SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL DEVIDAMENTE QUALIFICADA, NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 5.801, DE 1º DE JULHO DE 2015, PARA CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA, NA FORMA DO PROCESSO N.º 2634/2022.

FENIX DO BRASIL

JUNHO DE 2022

Sumário

1. ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAUDE FENIX DO BRASIL 6
2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO 7
2.1. DADOS DA INSTITUIÇÃO 10
2.2. QUEM SOMOS 10
2.3. HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO 12
2.4. PERFIL INSTITUCIONAL 13
2.5. FILOSOFIA DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE 13
2.6. OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO 14
2.6.1. OBJETIVO GERAL 14
2.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 14
2.7. RESPONSABILIDADE SOCIAL 18
2.8. ÁREAS DE ATUAÇÃO 18
2.8.1. EXPERIÊNCIA – CAPACITAÇÃO TÉCNICA 18
2.9. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE 22
2.9.1. ORGANOGRAMA ESTRUTURAL DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE 23
2.9.2. ESTRUTURA DE GESTÃO INTERNA DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE 23
2.9.3. ESTATUTO CONSOLIDADO DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE 27
2.9.4. REGIMENTO INTERNO DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE 27
2.10. GESTÃO DE SAÚDE PRESTADA PELA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE 27
2.10.1. INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS PELA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 28
2.10.2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO VOLTADO A NECESSIDADE DO CLIENTE 29
2.10.3. ATENÇÃO À SAÚDE PARA A REDE DE SAÚDE 29
2.11. DO OBJETO 33
2.11.1. Quanto à assistência 36
2.11.2. Quanto ao aspecto institucional 37
2.11.3. Quanto ao aspecto operacional 39
2.11.4. Quanto à gestão de pessoas 41
2.11.5. Quanto aos bens móveis e imóveis 44
2.11.6. Quanto a tecnologia da informação 45
2.11.7. Quanto à prestação de contas 46
3. SOBRE O CONTRATO DE GESTÃO 50
3.1. OBJETO 50
3.2. PROPOSTA GERENCIAL 51
3.2.1. FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA 53
3.2.2. IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA 53

3.2.3. SUSTENTABILIDADE....54
3.3. MODELO GERENCIAL....55
3.3.1. RELEVÂNCIA DE GESTÃO POR PROCESSOS DE SAÚDE....55
3.4. DISPOSIÇÕES SOBRE CONTRATAÇÕES....59
3.4.1. Controle De Qualidade....61
3.4.2. Nossas Obrigações....62
3.5. O SERVIÇO....64
3.5.1. Ações Serviços Assistenciais e Diretrizes....66
3.5.2. Proposta para o Cronograma de Implantação....72
3.5.3. Metas Físicas/Produção Física....73
3.5.4. Metas Qualitativas/Humanização....74
3.5.5. Metas Qualitativas/Gestão....75
4. HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA....77
4.1. SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA....81
4.2. ANÁLISE SITUACIONAL....89
4.3. CONHECENDO O SUS....106
4.3.1. Municipalização - Contexto Histórico Institucional....114
4.3.2. Unidades De Pronto Atendimento 24 Horas (Upa,Ps)....117
5. ORGANOGRAMAS TATICO E OPERACIONAL....121
5.1. PERFIS E ATRIBUIÇÕES....122
6. PROPOSTA PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E FLUXO INTERNO....135
6.1. CRITÉRIOS PARA O ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS....136
6.1.1. Protocolo da Classificação de Risco....137
7. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CUIDADO E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO MUNICIPAL....151
7.1. ORGANIZAÇÃO DO ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA....151
7.2. REGULAÇÃO DE LEITOS....152
7.3. COMPONENTES E INTERFACE DA RUE....154
7.3.1. Características e Competências do Nir....155
7.3.2. Referência e Contra referência....163
8. RELATÓRIO DE PRODUTIVIDADE....166
9. SADT - Serviço Diagnostico e Terapêutico....169
9.1. SOBRE PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIA A AÇÃO REGULAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE SADT....172
9.1.1. Protocolos de Regulação de Acesso para Exames de Apoio Diagnóstico....174
10. RELATÓRIOS GERENCIAIS....196
11. ESTRATÉGIA DE GESTÃO DA OFERTA E DO CUIDADO E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO MUNICIPAL 198
12. REGULAMENTAÇÃO SOBRE DADOS PESSOAIS NO BRASIL....200
13. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS....208
13.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM....219

13.2. DEMAIS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS 358
13.2.1. Buco-Maxilo/Dentista 358
13.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA DE MAIOR COMPLEXIDADE 379
14. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA E MATERIAIS 539
14.1. NORMAS PARA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS 556
14.1.1. Comissão de Padronização de Materiais Médico Hospitalares (CPMMH) 557
14.1.2. Do Funcionamento Da Farmácia 565
15. ATIVIDADES DE APOIO 590
15.1. LIMPEZA HOSPITALAR 591
15.2. SERVIÇO DE RECEPÇÃO 608
15.3. SERVIÇOS DE CONTROLADORIA DE ACESSO OU PORTARIA 613
15.4. TRANSPORTE DE PACIENTES 625
15.5. EXAMES DE ANALISES CLINICAS (LABORATORIO) 633
15.6. ESTERILIZAÇÃO E ROUPARIA 645
15.7. FLUXO DE RESÍDUOS DE SAÚDE 664
15.7.1. Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde 669
15.8. MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEIS, IMÓVEIS E VEICULAR 679
15.8.1. Manutenção preditiva, preventiva e corretiva 684
15.9. MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES 686
15.9.1. Contratação De Terceiros 695
15.9.2. Protocolo de Manutenção das Unidades de Transporte 699
15.10. NUTRIÇÃO (PACIENTE, FUNCIONARIOS E ACOMPANHANTES) 710
15.10.1. Protocolos para o Serviço de Nutrição e Dietética - Organização do Serviço de Nutrição e Dietética 714
15.11. SERVIÇOS DE ASSISTENCIA SOCIAL 728
15.11.1. Modelo de Regimento Geral do Serviço Social 730
15.11.2. Procedimento Operacional Padrão do Serviço Social da Rede de Unidades de Saúde 735
15.12. DEMAIS ATIVIDADES DE APOIO 740
15.12.1. Departamento Jurídico 740
15.12.2. Departamento de Auditoria 742
15.13. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS 745
15.13.1. Serviço de Administração 745
15.13.2. Financeiro – Conceito Geral 781
15.14. MANUAL DE ROTINAS PARA GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO 791
15.14.1. Lista de materiais disponível na Unidade de Pronto Socorro Municipal 816
16. METAS 846
16.1. METAS QUANTITATIVAS 846
16.2. METAS QUALITATIVAS 849
17. POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS 852
17.1. REGULAMENTO INTERNO DE RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL 864

18. REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM....870
19. REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO....880
20.1. PGR – PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS....899
20.2. CIPA – COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES....906
20.3. AVALIAÇÃO AMBIENTAL....910
20. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA....925
21. ATIVIDADES VOLTADAS A QUALIDADE....931
22.1. COMISSÕES TÉCNICAS....931
22.1.1. Comissão de Ética Médica....931
22.1.2. Comissão de Ética de Enfermagem....940
22.1.3. Comissão de Análise e Revisão de Prontuário Médico....943
22.1.4. Comissão de Verificação de Óbitos....949
22.1.5. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar....954
22.1.6. Comissão de Gerenciamento de Riscos....959
22.1.7. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde....979
22. BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO ELETRÔNICO E FORMAS DE ARMAZENAMENTO BEM COMO A SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO....987
23. MONITORAMENTO DE INDICADORES....996
24.1. AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS....1007
24. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE....1013
25. ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO....1024
26.1. MANUAL DE APOIO AOS USUÁRIOS E FAMILIARES PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA 1024
26.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO....1046
26. NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP....1054
27. SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO DESCARTE DE RESÍDUOS....1066
28.1. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE....1067
28. SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO....1088
29. CONCEITO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICO....1095
30. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE....1104

1. ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAUDE FENIX DO BRASIL

Organização Social - OS é uma qualificação que pode ser concedida pelo Poder Executivo às entidades privadas — sem fins lucrativos, destinadas ao exercício de atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura ou à saúde, conforme estabelecido na Lei nº 9.637 de 1988. A Lei estabelece que, obrigatoriamente, uma OS deva possuir determinadas porcentagens de representantes tanto do Poder Público como também da sociedade civil, na composição do seu Conselho de Administração. Para o estabelecimento deparcerias, entre o Poder Público e a Organização Social, a Lei nº 9.637 criou um instrumento específico denominado Contrato de Gestão.

Os requisitos específicos para que as entidades privadas se habilitem à "Qualificação como Organização Social" estão dispostos nas Leis Federais, Estaduais e Municipais vigentes. O primeiro deles refere-se às áreas de atuação, o segundo, estabelece, entre outros, que a Instituição terá finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades. A partir da qualificação essa entidade está apta a firmar contratos de gestão de parceira com o Estado na área da Saúde.

As Organizações Sociais - OSs não são criadas pela Lei das OSs, são entidadesque já existem. A qualificação como OSs é concedida pelo Estado seguidas às entidades que pleiteiem este título, desde que atendam aos quesitos legais, tenham reconhecida expertise em gestão de saúde e uma experiência no gerenciamento de serviços e gestão.

As Organizações Sociais de Saúde são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua Lei Orgânica - Lei nº 8080/90 que estabelece no artigo 7º:

I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis

de assistência;

II. Integralidade de assistência, entendida como um 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;

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

Em nenhum momento, a política pública de saúde deixa de ser responsabilidade do poder público (Governo Estadual). Mesmo administrado e prestado por uma entidade privada sem fins lucrativos, caso haja problema no atendimento einsatisfação dos usuários em relação ao serviço, a organização social é notificada e deverá explicar os motivos dos problemas ocorridos.

A FÊNIX, foi planejado e efetivado em consonância com as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 e Leis Estaduais e Municipais vigentes que dispõem sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais.

O processo de monitoramento, fiscalização e avaliação de desempenho da FÊNIX, será realizado pela Estrutura de Governança do Serviço de Saúde e Órgãos Competentes envolvidos no processo contratual e de trabalho para garantia dos resultados com transparência da Gestão prestada bem como avaliação se o objeto contratual atinge o fim a que se destina, com eficácia e qualidade.

2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A FÊNIX possui quadro social constituído por número ilimitado de associados, distribuídos nas categorias: fundadores, efetivos, correspondentes, beneméritos e honorários, formando assim equipe multidisciplinar qualificada a prestação de serviços de Gestão e Assistência à Saúde.

A FÊNIX, instituição privada, sem fins lucrativos, que atua em parceria formal com o Estado e colabora de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme previsto em sua Lei Orgânica - Lei nº 8080/90, planejado e efetivado em consonância com as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de

15 de maio de 1998 e Leis Estaduais e Municipais vigentes que dispõe sobre a qualificação de entidades de Organização Social e, rege-se pelo presente Estatuto Social, Qualificação, Regimento Interno e pelas disposições legais aplicáveis. Em 1998, o Governo do Estado de São Paulo sancionou uma lei específica para a qualificação de Organizações Sociais - Lei nº 846/98, com atividades dirigidas à Saúde e à Cultura, baseada na Lei Federal nº 9.637/98

No modelo de gestão proposto, planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentários para o custeio dos serviços e cobra os resultados previamente definidos em contrato.

A Secretaria de Saúde, terá como instrução de gestão a ser executada pela FÊNIX, negociar e firmar, contratos de gestão para gerenciar os serviços, empenhando recursos orçamentários do tesouro municipal/estadual/federal, em troca de resultados de desempenho específicos.

A responsabilidade direta pela administração da unidade será da FÊNIX, mas o serviço de saúde continua sendo público, com os seus bens, de preço e valor, mobiliários e equipamentos pertencendo ao Município/Estado.

Os resultados alcançados serão supervisionados e avaliados por uma comissão específica, integrada dentre outros, por representantes da Comissão de Saúde,que verifica o cumprimento das metas desejadas e estipuladas no Contrato de Gestão.

A FÊNIX tem como objetivo transformar a saúde, cuidar das pessoas, promovera excelência no atendimento humanizado e gerar qualidade de vida, ter sucesso na gestão de hospitais e também ter bons números.

Nosso objetivo é realizar uma gestão eficiente e amparada no cuidado aos pacientes em nossas unidades de saúde, promovendo qualidade de vida e valorização dos profissionais.

Atualmente somos responsáveis pela gestão de Unidades de Saúde em nível nacional.

Nosso foco é a gestão diferenciada, com transparência, eficiência e humanização na assistência em saúde.

A FÊNIX direciona e alinha os processos voltado ao objetivo de prestar serviços qualificados de Gestão e assistência a saúde, ensino e pesquisa sob gestão de excelência, sendo preferência e referência pelo seu diferencial nos processos de

trabalho e resultados esperados e alcançados.

2.1. DADOS DA INSTITUIÇÃO

Razão Social FENIX DO BRASIL SAUDE – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE		CNPJ 64.029.101/0001-78
Endereço Rua Diamante Preto nº 47, Chácara California		
Município São Paulo	CEP 03317-040	UF - SP
DDD 11	Telefone 2092-6787	e-mail fenixbrasilsaude@outlook.com
Representante Legal Eliana Donizetti Girotto Silva		CPF 076.121.298-17
Cargo Diretora Executiva		Período de Mandato 15/11/2020 a 15/11/2024

2.2. QUEM SOMOS

Somos uma Organização Social – OS. Portanto, uma associação privada, compersonalidade jurídica, sem fins lucrativos, que recebe recursos Federais, Estaduais e Municipais para prestar serviços de relevante interesse público.

Organização Social - OS é uma qualificação que pode ser concedida pelo Poder Executivo às entidades privadas — sem fins lucrativos, destinadas ao exercício de atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura ou à saúde, conforme estabelecido na Lei nº 9.637 de 1988. A Lei estabelece que, obrigatoriamente, uma OS deva possuir determinadas porcentagens de representantes tanto do Poder Público como também da sociedade civil, na composição do seu Conselho de Administração. Para o estabelecimento deparcerias,

entre o Poder Público e a Organização Social, a Lei nº 9.637 criou um instrumento específico denominado Contrato de Gestão.

Os requisitos específicos para que as entidades privadas se habilitem à "Qualificação como Organização Social" estão dispostos nas Leis Federais, Estaduais e Municipais vigentes. O primeiro deles refere-se às áreas de atuação, o segundo, estabelece, entre outros, que a Instituição terá finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades. A partir da qualificação essa entidade está apta a firmar contratos de gestão de parceira com o Estado na área da Saúde.

As Organizações Sociais - OSs não são criadas pela Lei das OSs, são entidadesque já existem. A qualificação como OSs é concedida pelo Estado seguidas às entidades que pleiteiem este título, desde que atendam aos quesitos legais, tenham reconhecida expertise em gestão de saúde e uma experiência no gerenciamento de serviços e gestão.

As Organizações Sociais de Saúde são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de forma complementar, para a consolidação do Sistema Único de Saúde, conforme previsto em sua Lei Orgânica - Lei nº 8080/90 que estabelece no artigo 7º:

I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II. Integralidade de assistência, entendida como um 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;

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

Em nenhum momento, a política pública de saúde deixa de ser responsabilidade do poder público. Mesmo administrado e prestado por uma entidade privada sem fins lucrativos, caso haja problema no atendimento einsatisfação dos usuários em relação ao serviço, a organização social é notificada e deverá explicar os motivos dos problemas ocorridos.

O processo de monitoramento, fiscalização e avaliação de desempenho da FÊNIX, será realizado pela Estrutura de Governança do Serviço de Saúde e Órgãos Competentes envolvidos no processo contratual e de trabalho para garantia dos

resultados com transparência da Gestão prestada bem como avaliação se o objeto contratual atinge o fim a que se destina, com eficácia e qualidade.

2.3. HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO

Tendo iniciado seus trabalhos em 23 de agosto de 1990, como Associação dos Moradores do Conjunto Habitacional do Jardim São Carlos, com a finalidade de incentivar a luta social com dignidade, contribuir para o desenvolvimento da vida comunitária, promover a solidariedade, lutar por melhorias das condições habitacionais entre outros, foi transformada em Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP – Fênix do Brasil – Gestão e Desenvolvimento de Políticas Públicas e Sociais em 10 de maio de 2004. Em vista de uma nova realidade, seu estatuto foi reformulado e passou a ser então Organização Social Fênix do Brasil Saúde – Gestão e Desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde.

Cientes do que queremos ser, e onde queremos chegar, desenvolvemos um plano estratégico. Um processo gerencial que possibilita a organização e o estabelecimento de diretrizes para alcançar os objetivos propostos.

O que se busca com o planejamento estratégico é o reconhecimento da situação atual da organização em busca da projeção de melhoria que afetam diretamente a viabilidade do negócio.

Nosso objetivo é realizar uma gestão eficiente e amparada no cuidado aos pacientes em nossas unidades de saúde, promovendo qualidade de vida evalorização dos profissionais.

Nossos profissionais são qualificados e especialistas em diversas áreas, em especial, a gestão hospitalar.

Atualmente somos responsáveis pela gestão de Unidades de Saúde em nível nacional. Nosso foco é a gestão com transparência, eficiência e humanizada.

2.4. PERFIL INSTITUCIONAL

A FENIX DO BRASIL SAUDE, pessoa jurídica de direito privado, é uma associação sem fins lucrativos, com duração por prazo indeterminado e regido por estatuto próprio e legislação pertinente. Observando os princípios do Sistema Único de Saúde, trabalhamos para a elaboração, planejamento, implantação, e execução, através de meios adequados a assistência medica e odontológica, promovendo a saúde e a assistência social, a capacitação e treinamento de recursos humanos na área de saúde, a cidadania, melhoria de acessibilidade e acolhimento nas unidades assistenciais, a gestão dos serviços terceirizados, campanhas de mobilização, projetos educativos e conscientização, entre outros.

2.5. FILOSOFIA DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE

Nossa **Missão** é promover o desenvolvimento humano por meio de ações práticas visando atender a população de forma plena, olhando a pessoa em seu aspecto mais amplo de forma a cuidar dos fatores que promovem a melhoria de sua qualidade de vida. Buscamos através de práticas modernas de atendimento e gestão melhorando a experiência das pessoas com um atendimento mais resolutivo e colaborativo, interligando setores. Nosso objetivo básico e único é a melhoria na qualidade de vida de todas as pessoas que forem cuidadas por nós, através de nossos **Valores**:

Ética: Atuar com responsabilidade no exercício das suas atividades.

Humanização: Oferecer tratamento humanizado, com base na valorização do indivíduo.

Excelência: Trabalhar permanentemente a melhoria dos processos, dos resultados e da satisfação das necessidades presentes e futuras dos clientes.

Baseado nos três E: **Excelência, Efetividade e Eficácia**

Transparência: Adotar uma postura clara e transparente no que diz respeito aos objetivos contratuais e aos compromissos éticos da organização, fortalecendo a legitimidade social de suas atividades.

Valorização das Pessoas: Estabelecer relações formais com os colaboradores, criando condições para a constante atualização e crescimento profissional, valorizando a maximização de resultados, a assiduidade e o comprometimento.

Valorização do Saber Local: Valorizar os conhecimentos adquiridos pelos profissionais no decorrer da sua vida funcional.

Inovação: Promoção de um ambiente favorável à criatividade, à experimentação e à implementação de novas ideias que possam gerar um diferencial competitivo para a organização.

2.6. OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO

2.6.1. OBJETIVO GERAL

Construir à quatro mãos, um novo modelo de gestão e operacionalização dos serviços dentro de qualquer estrutura municipal, focada no atendimento humanizado e qualificado para o paciente/usuário, e administração de resultado, com eficiência, eficácia e efetividade nas ações desenvolvidas, reconhecendo os saberes locais e controle social, nossa expertise coloca em condições de apoiar os municípios nos objetivos específicos como destacaremos abaixo.

2.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Criar e implantar uma cultura organizacional dos equipamentos com a utilização de planejamento estratégico na unidade;
- Definir o organograma e fluxograma da unidade;
- Implantar e implementar ferramentas de suporte e manutenção de programas de gerenciamento em gestão hospitalar;
- Implementar o Setor de Prontuário Padrão;
- Implementar Comissão de Ética:
- Implementar Comissão de Infecção Hospitalar;
- Implementar a Comissão Interna de Prevenção a Acidentes – CIPA e

da Brigada Contra Incêndio;

- Implantar o Protocolo de Manchester na Unidade de Urgência e Emergência;
- Implementar o Sistema de Urgência e Emergência dentro de uma estratégia de Promoção da Qualidade de Vida, como forma de enfrentamento das causas das urgências;
- Dar retaguarda para as unidades básicas dos municípios parceiros;
- Implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- Implantar, na medida do possível Comissão de Ética em toda a administração;
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população determinada garantindo a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- Estimular a participação popular e o controle social.
- Estruturar a Seção de Desenvolvimento de Pessoal e políticas de Recursos Humanos;
- Implantar Sistema de Avaliação Permanente de todos os funcionários bem como dos serviços prestados;
- Implantar treinamento permanente para os funcionários, para a qualificação, requalificação, adaptação, aperfeiçoamento e motivação funcional;
- Informatizar os sistemas de atendimento, controle e gerenciamento da unidade;
- Implantar protocolos de qualidade no atendimento;
- Implantar sistemas de fluxos hierarquizados e de referência e contrarrefência;
- Adequar todos os serviços e procedimentos às normas do Sistema Único de Saúde, reavaliando a forma de faturamento dos serviços prestados ao SUS;

- Demonstrar mensalmente a origem dos clientes/usuários com os seus respeitos custos operacionais, com nomes e endereço para cada parceiro público no formato de relatório circunstanciado;
- Otimizar a distribuição de material médico hospitalar e medicamento no formato de dose certa por paciente;
- Implantar o Manual dos Direitos do Cliente-cliente-usuário;
- Promover a adequação da unidade de acordo com a legislação vigente que garanta a acessibilidade para as pessoas portadoras de necessidades especiais;
- Implantar projetos e programas de Educação Ambiental e Inclusão Digital para a comunidade interna;
- Implementar a ouvidoria;
- Intensificar ações que promovam a implantação e/ou reorganização de gerenciais, segundo os princípios e diretrizes do SUS
- Monitorar as ações desenvolvidas pela Equipe de Multiprofissional na assistência de baixa e média complexidade;
- Implantar a metodologia de planejamento, programação, e avaliação sistemática e permanente dos serviços;
- Viabilizar os processos de Educação Permanente em Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde;
- Monitorar e avaliar os indicadores de saúde, priorizando as ações estratégicas do Programa de Melhoria ao Acesso e Qualidade (Ficha de qualificação dos Indicadores) e legislação vigente.
- Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade, em especial, aos casos de baixa e média complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica, Estratégia da Saúde da Família, não está em funcionamento.
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde, de saúde da família. Ser entreposto de Estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, e atendimento aos pacientes recebidos de forma espontânea.
- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio

diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarrefência;

- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviços que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências e de recuperação e habilitação da vida, bem como de todo o sistema de saúde.
- Manter uma estrutura física e administrativa no município, e a equipe completa para que não haja prejuízo de repasse orçamento do Ministério da saúde para o Município;
- Atender de imediato as solicitações e/ ou projetos específicos da Secretária Municipal de Saúde, tais como epidemias, calamidade pública, estado de emergência, e ações de utilidade pública na área de atuação;
- Garantir que o processo de trabalho transcorra de forma organizada e sistematizada;
- Desenvolver ações de Educação Permanente para os trabalhadores do Serviço Hospitalar de Atendimento Móvel de Urgência, objetivando o trabalho interdisciplinar, a diminuição da segmentação do trabalho e a implantação do cuidado integral;
- Garantir a humanização da assistência;
- Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua, aos equipamentos instalações;
- Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos nos anexos no contrato de gestão;
- Prestar assistência à saúde gratuita aos usuários do SUS, observando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal;
- Prover serviços de assistência com melhor qualidade;
- Assegurar a gestão com qualidade na execução;
- Implantar um modelo de gerencia dentro da concepção administrativa objetiva;

Ampliar a capacidade decisória do Serviço Hospitalar e de Urgência

e Emergência.

2.7. RESPONSABILIDADE SOCIAL

A FÊNIX, de maneira socialmente responsável significa garantir o compromisso dos nossos profissionais com ética no exercício de suas profissões. No ambientehospitalar essa ação significa salvar vidas, amenizar sofrimentos e garantir a dignidade do paciente, além do respeito ao meio ambiente através do controle dos resíduos e apoio às ações sociais.

2.8. ÁREAS DE ATUAÇÃO

- Atividades de Apoio à Gestão da Saúde
- Atendimento em Hospitais, Pronto Socorro, Serviços de Urgências e Emergência, Ambulatoriais e Especialidades;
- Atendimento Odontológico;
- Realização de Procedimentos Cirúrgicos;
- Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica;
- Serviços Moveis de Atendimento às Urgências e Emergências, Serviço de Remoção Pacientes e UTI Móvel;

Atuação em Unidade Básicas de Saúde, Estratégia da Saúde da Família, CEO, Centros de Assistência Psicossocial, entre outras.

2.8.1. EXPERIÊNCIA – CAPACITAÇÃO TÉCNICA

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUAQUECETUBA - SP

Período de Execução: 07/06/205 a 31 /10/2008

Local da Prestação de Serviços: Hospital Municipal “Dr. Pedro da Cunha Albuquerque Lopes”

Promoção e Desenvolvimento de Assistência à Saúde Integral ás Urgências e Emergência, disponibilizando força de Trabalho na execução de programas de interesse público em grande abrangência. Os serviços eram prestados, conforme aprovado no Programa de Trabalho, na Unidade de Urgência e Emergência de forma interrupta nas vinte e quatro horas do dia, zelando pela boa qualidade das ações e serviços de saúde prestados e buscando alcançar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade nas atividades desenvolvidas.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPUÍ - SP

Período de Execução: 07/07/2006 a 31/12/2008

Local da Prestação de Serviços: UBS, PSF e eventuais serviços médicos no Pronto Socorro.

Promoção e Desenvolvimento e a execução do Programa Saúde da Família e Programa da Saúde Bucal da Família serviços médica no Pronto Socorro. Os serviços eram prestados de segunda à sexta feira nas unidades da Atenção Básica e nos finais de semana no Pronto Socorro.

Contratante: DAY HOSPITAL ERMELINO MATARAZZO S/C LTDA - SP

Período de Execução: 07/07/2012 até 11/05/2018.

Gestão, Operacionalização e Execução dos Serviços de saude em baixa, media e alta complexidade.

Prestação de serviços médicos urgencia/emergencia, consultas e cirurgia eletivas em clinica medica, pediatria, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia toracica, neurocirurgia, traumatologia, cirurgia plastica ed UTI, serviços de enfermagem, apoio tecnico e administrativo.

.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIÓPOLIS - SP

Período de Execução: 15/10/2015 a 01/06/2016

Local da Prestação de Serviços: Pronto Socorro do Hospital Olívio Canavezi, ESF (Unidade Renovação, Integração e Nosso Teto) e Base do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

Atendimento às urgências e emergências com atendimento de forma interrupta nas 24 horas do dia no Pronto Socorro; Promoção e desenvolvimento dos

serviços do Ambulatório de Especialidades na Unidade Mista: Ginecologia, Oftalmologia, Pediatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Fonoaudiologia, Cardiologia, Fisioterapia, serviços de radiologia e ultrassonografia; na Farmácia com fornecimento de medicação; nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família com disponibilidade de médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de Saúde e assistência odontológica; remoção e transferência de pacientes intra e intermunicípios e SAMU (192), além do fornecimento de mão de obra para as equipes multiprofissionais e administração geral.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE PEREIRAS - SP

Período de Execução: 02/06/2016 a 02/12/2016 (Contrato Emergencial)

Prestação de Serviços especializados para fornecimento de serviços médicos de assistência à saúde nas áreas de: clínica geral, cardiologia, ortopedia, ginecologia, ultrassonografia, oftalmologia, pediatria, obstetrícia, neurologia e plantões médicos (urgência/emergência).

Contratante: PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ - SP

Período de Execução: 02/12/2016 a 02/12/2017

Gestão, Operacionalização e execução de serviços médicos especializados em ortopedia e traumatologia ortopédica e serviços médicos de imobilização ortopédica junto a unidade básica de saúde Dr. Cypriano Mônaco CG 504/16.

Contratante: PREFEITURA DA ESTÂNCIA HIDROMINERAL DE POÁ - SP

Período de Execução: 12/12/2016 a 12/12/2017

Gestão, Operacionalização e execução de serviços de saúde no apoio e diagnóstico por imagem junto às unidades básicas de saúde Vereador Wellington Lopes e Dr. Cypriano Mônaco CG -513/16.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE JUQUIÁ - SP

Período de Execução: 21/02/2017 a 19/08/2017

Contrato Emergencial para Gestão dos Serviços do Hospital Santo Antônio - atendimento de urgência/emergência na baixa e média complexidade 24 horas ininterruptas de segunda-feira a domingo em regime de plantão, além do fornecimento

de mão de obra especializada das equipes multiprofissionais de saúde e administração, serviço de nutrição e dietética, regulação (Cross), referencia/contra referencia, gerenciamento de medicamentos,

gerenciamento dos resíduos sólidos da saúde, serviço de diagnostico por imagem rx, coleta de exames laboratoriais, remoção e transferência de pacientes intra e inter municípios.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE JUQUIÁ - SP

Período de Execução: 19/08/2017 a 15/05/2020

Contrato de Gestão para Administração dos Serviços do Hospital Santo Antônio (16 leitos) - atendimento de urgência/emergência na baixa e média complexidade 24 horas ininterruptas de segunda-feira a domingo em regime de plantão, além do fornecimento de mão de obra especializada das equipes multiprofissionais de saúde e administração, serviço de nutrição, regulação (Cross), referencia/contra referencia, gerenciamento de medicamentos, gerenciamento dos resíduos sólidos da saúde, serviço de diagnostico por imagem rx, coleta de exames laboratoriais, remoção e transferência de pacientes intra e inter municípios.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE CANANEIA - SP

Período de Execução: 26/12/2108 a 02/07/2020

Contrato para realização de Projetos de atenção à Saúde, com disponibilização de médicos para o Pronto Socorro Municipal, Médico Generalista, Pediatra e Psiquiatra para as Unidades da Saúde do Município.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ - SP

Período de Execução: 28/12/2018 até a presente data.

Contrato de Gestão para Gerenciamento, Operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, direcionado à UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS PORTE II – UPA VETOR OESTE no município de Jundiaí.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO - RJ

Período de Execução: 02/05/2022 até a presente data.

Contrato de Gestão para Gerenciamento, Operacionalização e Execução do

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com manutenção de Equipes EMAD e EMAP.

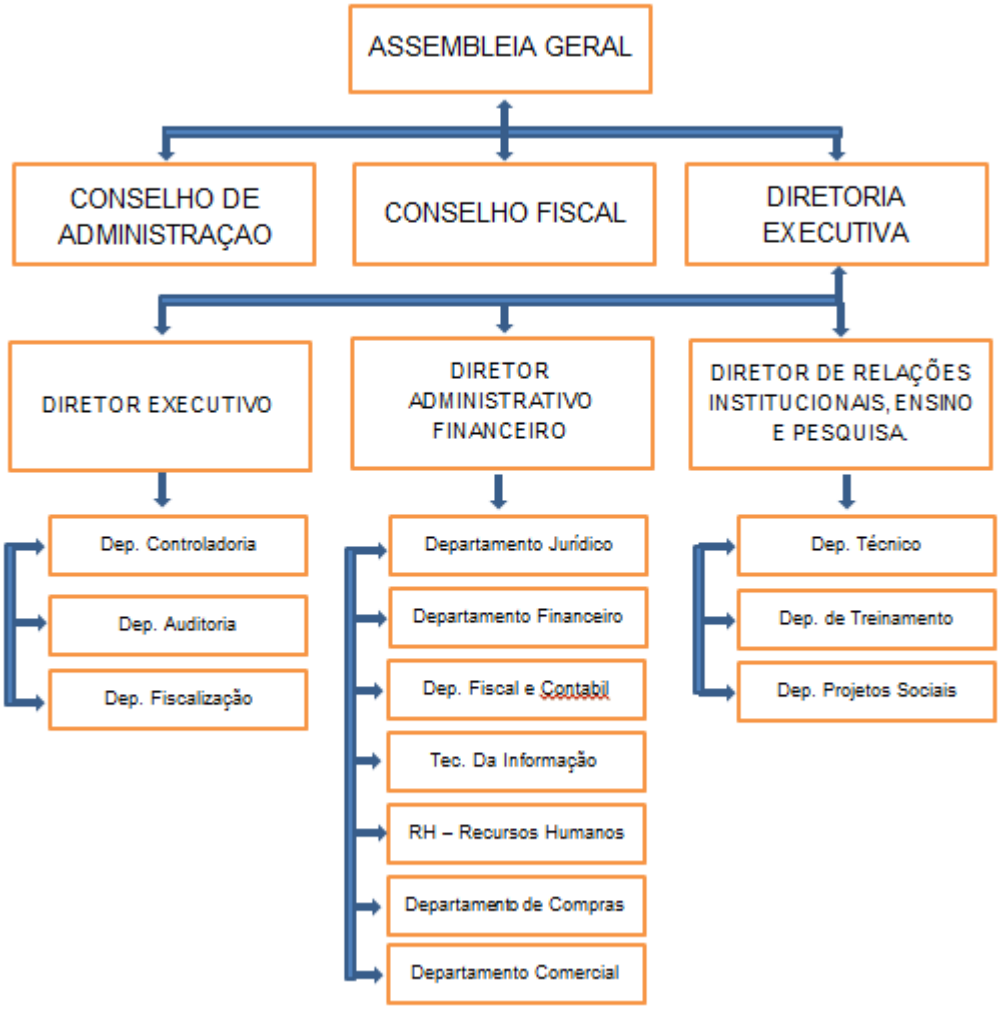
2.9. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE

A FÊNIX foi estruturada estrategicamente para o funcionamento estrutural alinhado à Gestão de Governança de Excelência, seguido do Estatuto da Organização Social qualificado e de acordo com as funções exercidas pelos seus respectivos órgãos do relacionamento hierárquico e funcional, para que funcione de maneira eficaz, atingindo os objetivos e cumprindo a Missão, Visãoe Valores.

A estruturação dos serviços não implica adotar os mesmos critérios de agrupamento de funções para todas as unidades. A organização recomendável e seguida foi de adaptação da realidade dos processos internos da Organização Social, respeitando e seguindo as recomendações e Leis vigentes.

A Organização Estrutural é composta de estrutura processos e resultados esperados alinhado com a arquitetura organizacional de compatibilização entre a estratégia da Estrutura Organizacional e dos Processos Administrativos necessários para a obtenção de Estrutura de Gestão em forma de Organograma

2.9.1. ORGANOGRAMA ESTRUTURAL DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE



2.9.2. ESTRUTURA DE GESTÃO INTERNA DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE

FÊNIX subdivide-se por quatro estruturas alinhadas:

a) Propriedade;

b) Controle;

c) Administração;

d) Auditoria e Fiscalização.

A Gerência de Auditoria é estruturada pela Diretoria Executiva e gerenciada por quatro órgãos:

I. Assembleia Geral;
II. Conselho Administrativo;
III. Conselho Fiscal;
IV. Conselho de Administração.

Os membros da estrutura de governança reúnem-se em Assembleia Geral, órgão soberano, para deliberações de alto impacto nos destinos da Organização Social, sob direção da Diretoria Executiva da FÊNIX, em poder exercido de tomada de decisões como órgão superior supremo.

O Conselho de Administração junto com o Conselho Fiscal FENIX, atuam como órgãos guardiões dos interesses da Organização Social.

A Diretoria Executiva interagem com o Conselho de Administração no exercício das validações dos projetos de melhoria, novas implantações de processos, avaliação dos resultados e metas e, cumprimento das funções dos cargos atribuídos na Estrutura Organizacional da FÊNIX, abrangendo as áreasfuncionais e de negócios padronizada e esperada.

Os princípios e propósitos da FÊNIX consolidam o modelo predominantemente direcionado na Governança Corporativa expressada por um sistema de relações entre três estruturas:

I. Conselho Fiscal;
II. Conselho de Administração;
III. Diretoria Executiva.

O Pilar Estrutural da FÊNIX tem como finalidade única garantir a qualidade absoluta no produto ofertado em gestão de saúde, com excelência reconhecida em qualidade, mantendo a união, alinhamento e competências garantidas, com funcionalidade das estruturas organizacionais interligadas e em sintonia contínua, resultando no alcance da visão da FÊNIX no que se refere a satisfaçãoaos clientes, responsabilidade social, excelência em gestão de qualidade dos serviços de saúde, compromisso com resultados, confiabilidade, transparência, resiliência e

humanização.

O objetivo principal Pilar Estrutural da FÊNIX é a interação construtiva entre os processos de trabalho da estrutura de governança entre a Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Conselho de Administração com alinhamento planejado das ações, avalição de desempenho das estruturas organizacionais, análise dos resultados esperados e formulação de estratégias para o direcionamento das demais estruturas das Diretorias e Departamentos para assim a obter a manutenção da extensão e objetivos da gestão focada em resultados da FÊNIX.

A extensão e os objetivos do relacionamento é a assimilação, envolvimento e comprometimento, pelos membros e colaboradores, de responsabilidades padronizadas e ampliadas, voltadas para cargos de cadeia de negócios, garantiado compromisso e imagem da Organização.

Para isso a FÊNIX utiliza como ferramenta uma Estrutura Otimizada de Gestão, com interação construtiva, alinhamento dos princípios e propósitos e, conciliaçãodas demandas de trabalho focado unicamente no interesse da FENIX em gestão qualificada de estrutura em Organização Social focada em resultados de excelência.

Compete ao **Conselho de Administração** definir as Políticas de relacionamento com as outras partes interessadas.

A Diretoria Executiva compete implementar as devidas políticas, focado na gestão estratégica das demandas e gerenciamento dos resultados esperados e alcançados.

As partes envolvidas emitirão sinais que reforçam a legitimidade da atuação executiva.

Do ponto de vista organizacional, a Estrutura de Governança foi e é constituída:

Pela Assembleia Geral dos acionistas, à qual está vinculado o Conselho Fiscal;

Pelo Conselho de Administração, pelos seus comitês técnicos;

Pela Diretoria Executiva, à qual reportam-se as unidades de negócios e asde serviços corporativos compartilhados e, junto ao Conselho Fiscal entre os quais a

realiza o diagnóstico para alinhamento com os resultados.

O **Conselho Fiscal** garante o direito dos proprietários de fiscalizar a gestão de negócios, opinar sobre relatórios de resultados e sobre propostas da administração à Assembleia Geral.

O Conselho de Administração possui assento de representantes eleitos pela Assembleia Geral por membros representantes do Poder Público, da Sociedade Civil e eleitos pelos demais integrantes do Conselho, seguido do Estatuto Consolidado da FÊNIX, além da constituição, são três as questões chave do Conselho Administrativo:

I. Validação da Presidência da FÊNIX;
II. Grau de envolvimento na governança;
III. Definição de suas responsabilidades.

Os papéis e responsabilidades da **Diretoria Executiva** são focados na busca incessante de eficácia estratégica, na excelência operacional, na criação de valor e na maximização dos resultados esperados pela FÊNIX.

São atributos e posturas esperadas:

I. Integração com o Conselho de Administração e compromisso com asexpectativas da Diretoria Executiva;
II. Eficaz alinhamento da estratégia e das operações;
III. Capacitação expressa por visão sistêmica e multidisciplinar;
IV. Comportamento positivo e de liderança;
V. Capacidade de escuta;
VI. Capacidade de decisão;
VII. Geração de resultados positivos.

Em síntese, a boa governança corporativa da FÊNIX:

I. Está voltada para a geração de valor;
II. Busca a harmonização da geração dos resultados de interesses internos eexternos;
III. É vista como fundamental para a criação de um ambiente de negócios saudável e confiável, importante para o desenvolvimento de Organização Social.

2.9.3. ESTATUTO CONSOLIDADO DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE

É o regulamento da FÊNIX, definindo os diversos assuntos de interesse da instituição de saúde, com o objetivo de facilitar sua constituição e seu funcionamento, assegurando o fortalecimento de sua participação no processo de desenvolvimento econômico e social.

O Estatuto é constituído por tempo indeterminado, em conformidade com a legislação em vigor e demais disposições legais pertinentes que lhe sejam aplicáveis.

O Estatuto original estará na íntegra, junto aos anexos de documentos solicitados no Edital de Licitação.

2.9.4. REGIMENTO INTERNO DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE

O Regimento Interno - RI é o conjunto dos dispositivos normativos do Organograma da FÊNIX, que deve ser obrigatoriamente seguido dentro da estrutura organizacional estabelecida e validada pelo Conselho Administrativo e Presidência, visando definir a estrutura bem como cargos e atribuições para a garantia do funcionamento e consequente resultados planejados, estabelecidose funcionamento das prestações de serviços de saúde, respeitando nível hierárquico do Organograma da FÊNIX e processos de trabalhos definidos a ser seguido.

2.10. GESTÃO DE SAÚDE PRESTADA PELA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE

A FÊNIX tem como metodologia na prestação de serviços em saúde, diferenciada, o uso de metodologias e ferramentas de gestão a definição, o diagnóstico, o planejamento, a implantação, a execução, a mensuração, a avaliação e a garantia de melhorias contínuas com consequente reconhecimento das certificadoras em acreditação em qualidade geral e setorial e, assim ademonstração

certificada que registra e demonstra os melhores resultados em saúde.

A FÊNIX tem como diretrizes a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física, tecnológica, orçamentária e financeira.

A gestão da FÊNIX, direciona a assistência multidisciplinar qualificada e focada às necessidades dos clientes, voltada as boas práticas, normativas, legislações, resoluções e recomendações vigentes, com estrutura e seguimento aos níveis de qualidade da Organização Nacional de Acreditação — ONA.

As padronizações dos processos de trabalhos são implantadas em forma de documentos institucionais através de normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão, regimentos internos e políticas, quedeverão ser discutidas e validadas pelas estruturas de governança das instituições.

2.10.1. INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS PELA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, é almejada a adoção de um modelo de gestão que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida e melhorando a qualidade de serviços ofertados.

Diante do exposto, a FÊNIX junto a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, vem, através da Rede de Atenção Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência assegurar o alcance dos seguintes objetivos:

I. Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento àpopulação;

II. Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;

III. Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;

IV. Evitar o êxodo do usuário para os grandes hospitais em busca de

serviçosda assistência à saúde de melhor qualidade e garantir a assistência mais rápida, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento dos usuários

O modelo gerencial proposto obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde.

2.10.2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO VOLTADO A NECESSIDADE DO CLIENTE

Para a prestação de serviço voltado a necessidade do cliente, a FÊNIX faz-se necessário o reconhecimento da estrutura do sistema de saúde como um todo, para a prestação de serviços projetada ao matriciamento com olhar de gestão voltada a qualidade, através da absorção da gestão e execução das atividades solicitadas, com o propósito de obter economicidade, a vantajosidade e efetividade para o Município de Pindamonhangaba promovendo a prestação de serviços em conformidade ao referente Edital de Licitação.

A Fênix atuará em sua gestão, seguindo integralmente dos termos, cláusulas, condições e anexos do Edital de Licitação, que passarão a integrar o Contrato de Gestão como se transcrito, com lastro na legislação referida no preâmbulo do Edital, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de Seleção e execução do Contrato de Gestão.

2.10.3. ATENÇÃO À SAÚDE PARA A REDE DE SAÚDE

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua

capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

Considerando a integração e a interação dos serviços de saúde, dando suporte ao atendimento de pacientes com quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados, compondo a rede regional de assistência e atenção à saúde e as urgências e emergências, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, sendo capaz de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves.

A manutenção deste serviço para o cuidado de pessoas que necessitem de atenção de urgência e emergência avançadas proporciona à população uma assistência completa, integral, qualificada, humanizada e resolutiva. Tal resultado só é possível utilizando modelo gerencial moderno, flexível e transparente que permite, além de alto grau de resolutividade e satisfação do usuário, um controle adequado pelo Gestor Municipal, gestão essa que a FÊNIX se compromete em prestar com excelência.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo, a FÊNIX implantará ações de logística e abastecimento específicas, gerenciamento de pessoas, faturamento e informações sobre saúde concernentes ao atendimento do público em geral.

As estruturas físicas e lógicas, bem como os processos seguirão interligadas de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço.

A unidade de saúde tem e terá por função disponibilizar serviços assistenciais, centrados na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltados para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, buscando para isso um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional, atendendo às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde - MS, especialmente os referentes ao atendimento humanizado e integral à saúde do usuário.

Nossa gestão operacional e assistencial terá como meta a padronização das ações e procedimentos dentro de métodos, técnicas e rotinas, através de protocolos e procedimentos operacionais padrão.

Para alcançar as metas e colocar em pleno funcionamento os serviços será necessário superar as dificuldades como a deficiência quantitativa de profissionais e os elevados custos e prazos de aquisição de materiais e insumos, bem como da

manutenção dos equipamentos próprios, dando mais agilidade ao processo sem que com isso se fira os princípios da transparência, publicidade e legalidade.

A FÊNIX irá implantar um modelo de gestão à saúde que garanta os benefícios ao interesse público, por meio da oferta de serviços de qualidade, bem como pela realização de investimentos necessários a esta prestação de atenção à saúde.

A assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde - SUS, bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada.

Dentro da lógica de organização de rede, a FÊNIX atuará também para o desenvolvimento das linhas de cuidados, que por definição são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção da região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

A unidade participa e manterá da regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Urgência e Emergência com garantia da equidade e integralidade do cuidado, participando ativamente da qualificação da assistência por meio da educação permanente de suas equipes de saúde na Atenção às Urgências, em consonância com os princípios da integralidade e humanização.

O Complexo de Saúde sob a gestão da FÊNIX utilizará da sua expertise para o aumento da eficiência e maior oferta no número de procedimentos, já nos moldes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde - HUMANIZASUS, com a vinculação a metas quantitativas e indicadores de desempenho. Tal forma de gestão representa uma modernização na administração de serviços de saúde no âmbito do SUS e proporcionará à população assistência completa, integral, qualificada, humanizada e resolutiva.

Assim, a FÊNIX prestará gestão e assistência compreendendo o atendimento assistencial pleno ao usuário, provimento do material, dos medicamentos e insumos e da manutenção de materiais, instalações e equipamentos permanentes, integrados à monitoração do processo de gestão da qualidade e segurança ao usuário, desde sua origem ao produto final.

O modelo gerencial proposto, como forma flexível de administração de gestão

compartilhada, obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS, se comprometendo no cumprimento das políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da Secretaria de Saúde do Município de Pindamonhangaba e o contido no Contrato de Gestão.

2.11. DO OBJETO

Prestação de serviços em saúde em gestão plena com foco na assistência diferenciada e qualificada, por meio de contrato de gestão a ser celebrado a partir do presente plano de trabalho apresentado para análise e seleção criteriosa, com excelência na qualidade à assistência aos usuários através de reconhecimentos e certificações dos serviços de saúde. Por meio do contrato de gestão, instituído conforme as diretrizes da Lei n°9.637/98, o Poder Público poderá atribuir e transferir a execução de serviço público prestado pela FÊNIX, entidade privada, que visa prestar atividade de Interesse Público.

A Gestão da FÊNIX será prestada por meio de contrato de gestão, a ser celebrado com a proponente vencedora, a partir da proposta técnica e econômica, observadas as na presente proposta de Trabalho e, estabelecidas pelo presente edital e seus anexos, seguindo e respeitando os termos da legislação pertinente, e terá como objetivo assegurar a assistência universal e gratuita à população, em especial, no qúe tange aos serviços descritos no termo de referência do edital.

A gestão das atividades propostas do presente projeto será efetivada mediante oContrato de Gestão, fundamentar-se-á no propósito de que se venha a obter a economicidade e a vantajosidade para o Município e também seguirá em sua Gestão pela FÊNIX à:

- Executar os procedimentos e ações objeto deste do contrato de Gestão sempre a bem do serviço público;
- Executar as ações formalmente autorizados e regulados pela Secretaria Múnicipal de Saúde, sendo seu pagamento precedido de verificação e controle, a fim de aferir a conformidade entre a quantidade e especificidade apresentada pelos prestadores de serviços, o autorizado pela Contratante, e ainda as comprovações da súa devida execução pelo prestador de serviços, primando o contratado sempre pela preservação da vida, e pelo cumprimento das Normas e Diretrizes do Programa ao o serviço estiver vincúlado, em fiel cúmprimento dos Princípios do SUS;
- Responsabilizar-se integralmente pela ocorrência de sinistros teratogênicos, iatrogênicos, bem como por atos decorrentes de imperícia ou imprudência na realização de procedimentos, respondendo na forma da legislação

aplicável, estando ainda obrigada a ressarcir o CONTRATANTE e PACIENTE de todo e qualquer dano moral ou material. No caso da prestação de serviços que envolvam risco de morte ou de sequelas graves, o ente deverá estar devidamente autorizado a realiza-lo pelo Conselho de Classe, Sociedade da Especialidade ou Órgão regúlador pertinente, devendo possuir no sitio de realização do procedimento todos os meios necessários as intervenções de urgência e emergência, na ocorrência de complicações;

- Prestar serviços gratuitos de maneira tecnicamente satisfatória a fim de que sejam atendidas as condições e critérios estabelecidos pela legislação atinente ao Sistema Único de Saúde e Normas emanadas pela Secretaria Municipal de Saúde, em perfeita conformidade com o disposto no artigo 198, da Constituição Federal, no Inciso I e no artigo 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde — SÚS e na forma deste Processo de Seleção;
- Assegurar a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS, com ênfase no Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Ampliar a capacidade decisória do gestor da unidade e/ou serviço de saúde;
- Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face as metaspactuadas;
- Prover a guarda, conservação e manutenção do prédio e terreno, e dos bens inventariados pelo Município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares;
- Promover a contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes a operacionalização, gerenciamento e execução de atividades, ações e serviços de saúde em caráter complementar no âmbito da rede de saúde do município de Pindamonhangaba -SP, respeitadas as Normativas específicas de cada programa e determinações dos Conselhos de Classe aos quais os mesmos estão vinculados;
- Realizar a execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento, tais como: higiene e

limpeza, vigilância — controle de acesso, manutenção predial, tecnologia da informação, monitoramento por câmeras, SADT, tudo conforme estabelecido o referente edital, no Contrato de Gestão e nos respectivos anexos.

- Assegurar a operacionalização do atendimento integral, multiprofissional einterdisciplinar dos usuários das Unidades sob Contrato de Gestão;
- Executar diretamente ou por meio de subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios ao funcionamento das Unidades e Serviços de Saúde, objeto deste Contrato de Gestão;
- Administrar a oferta e gestão dos serviços acessórios necessários ao funcionamento das Unidades e Serviços de Saúde conforme estabelecido no edital, no Contrato de Gestão e nos respectivos anexos;
- Proceder a aquisição de medicamentos e material médico hospitalar necessário e demais insumos, para o adequado funcionamento das Unidades sob Contrato de Gestão, mediante apresentação de listagem descritiva, por unidade de saúde, para aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba;

O gerenciamento, operacionalização e execução das atividades da FÊNIX, ações assistenciais e serviços de saúde, incluirão ainda:

- Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade da assistência e do acesso da população local aos serviçose ações assistenciais de saúde;
- Alcance de metas e indicadores assistenciais e de gestão que se encontram expressos no termo de referência que integra o referente edital.

A FÊNIX, estabelecerá compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, com pactuarão em regime de 24 (vinte e quatro) horas/dia, assistência diferenciada a gestão e compromisso com a qualidade, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e serviços privados, além da garantia de gestão voltada aos resultados quantitativos e qualitativos dos serviços prestados, ferramenta de gestão como indicadores de Desempenho, Qualidade e Produção.

Os mecanismos de controle estão previstos em todo o processo de trabalho, da Estrutura de Governança do setor de saúde aos serviços operacionais, seguido de planejamento, implantação e qualificação com prestação de contas e relatórios de Gestão a serem monitorados e analisados para que os mesmos sirvam como demonstração de compromisso e transparência de gestão.

A FÊNIX, apresenta a proposta de trabalho de gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde Rede de Atenção Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência, conforme especificações quantitativas, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações contidas no Termo de Referência do referente Chamamento Público.

2.11.1. Quanto à assistência

1. Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e segura (Portaria de Consolidação nº 1, Título I - dos direitos edeveres dos usuários da saúde);

2. Garantir a realização de atendimento aos usuários assistidos, de forma ininterrupta, com equipe técnica da CONTRATADA, conforme estabelecido nas normas exaradas pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, Conselhos de Classe, além de outras normas técnicas;

3. Implementar rotinas e procedimentos específicos do dispositivo de acolhimento com a ferramenta de classificação de risco disponibilizada no sistema informatizado e-Saúde, incluindo o treinamento da equipe técnica;

4. Implementar, dentro dos limites físicos e operacionais do Pronto Socorro, o dispositivo da visita ou boletim médico em horário pré-estabelecido ou ampliado e o direito ao acompanhante conforme previsto em legislações vigentes (Art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente; Art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso; Lei 11.108/05 -Parturientes; Portaria de Consolidação nº 1, Título I - Dos direitos e deveres dos usuários da saúde, art.

5º, parágrafo único, incisos V, VI e 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da

Pessoa com Deficiência. 5. Implementar ações de cuidados à saúde baseadas em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção, segundo os princípios estabelecidos pelos Conselhos de Classes, MS e Organização Mundial da Saúde (OMS);

6. Elaborar rotinas técnicas e assistenciais da Unidade, bem como suas revisões e atualizações;

7. Realizar todos os atendimentos médicos de urgência necessários ao usuário, dentro da capacidade operacional da Unidade, não sendo permitida a limitação do atendimento sob qualquer alegação;

8. Fornecer e disponibilizar, sempre que solicitados, prontuário, laudos e relatórios de exames, deprocedimentos e relatórios assistenciais, realizados pela equipe do Pronto Socorro, para paciente ou responsável, para auditorias dos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação;

9. Realizar visita multiprofissional, incluindo o médico, diariamente em todos os pacientes sob observação nas salas de emergência, observação, qualificação, estabilização e isolamentos, com evolução e prescrição médica, solicitação e verificação dos resultados de exames complementares;

10. Realizar a notificação obrigatória de agravos à saúde por meio do registro das informações emficha específica padronizada pelo MS e encaminhamento da comunicação à SES, conforme fluxo estabelecido pelo gestor municipal

11. Manter sempre atualizado no sistema informatizado da Instituição o prontuário médico dos pacientes na unidade administrada pela CONTRATADA;

12. Interagir com os demais recursos do território através da região de saúde, desenvolvendo açõesde contra referência de usuários nos pós-atendimento.

2.11.2. Quanto ao aspecto institucional

1. Indicar formalmente preposto apto a representar a CONTRATADA junto à CONTRATANTE, que deverá responder pela fiel execução do contrato;

2. Atender prontamente quaisquer orientações e exigências do fiscal do contrato, inerentes à execução do objeto contratual;

3. Reparar quaisquer danos causados à contratante ou a terceiros por culpa

ou dolo de seus representantes legais, prepostos ou empregados, em decorrência da relação contratual, não excluindo ou reduzindo a responsabilidade da fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pela administração pública municipal;

4. Propiciar todos os meios e facilidades necessárias à fiscalização da execução do contrato de gestão, garantindo disponibilidade permanente de documentação para auditoria da administração pública municipal;

5. Manter, durante toda a execução do contrato, as mesmas condições da qualificação da Organização Social;

6. Responder pelos pagamentos fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto previsto no contrato de gestão, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública municipal na hipótese de inadimplência da entidade em relação ao referido pagamento;

7. Assinar, por meio de seu representante legal, Termo de Compromisso contendo declaração de manutenção de sigilo e respeito às normas de segurança vigentes no Município de Pindamonhangaba, assumindo a responsabilidade pelo sigilo acerca de quaisquer dados e informações do CONTRATANTE, que porventura venha a ter ciência e conhecimento, em função dos serviços prestados;

8. Atender com seus recursos humanos e técnicos exclusivamente aos usuários do SUS oferecendo, conforme o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades descritas neste Termo de Referência, sendo vedada a remuneração pelo atendimento ao usuário por qualquer outra fonte de pagamento que não a prevista no contrato de gestão;

9. Observar o respeito aos direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade e de modo igualitário;

10. Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por representantes de qualquer culto religioso;

11. Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviçosde saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

12. Garantir o sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

13. Prestar esclarecimento aos usuários acerca de seus direitos quanto aos serviços oferecidos e funcionamento da Unidade durante as 24h

14. Reportar-se à Coordenação de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba;

15. Adotar a padronização que será orientada pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba na comunicação visual, uniformes, enxoval e nos demais itens, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do preconizado;

16. Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes;

17. Participar das ações determinadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba na prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes. Nestes casos, será possível a repactuação do Contrato de Gestão, visando ao equilíbrio econômico e financeiro;

18. Compor a subcomissão do controle social de acompanhamento do Pronto Socorro;

19. Contratar empresa para realizar os exames de patologia clínica (exames laboratoriais), imagem e diagnóstico;

20. Realizar a transferência de pacientes, conforme as pactuações com a SES;

21. Fornecer equipamentos de informática e providenciar a manutenção dos mesmos;

22. Providenciar sistemas informatizados oficiais (CNES, SIA/SUS, e- Saúde);

23. Fornecer link de dados e conectividade (Intranet/Internet).

2.11.3. Quanto ao aspecto operacional

1. Garantir o funcionamento ininterrupto da Unidade;

2. Garantir que a Unidade esteja devidamente cadastrada e atualizada no banco de dados do CNES, conforme legislação vigente;

3. Fornecer materiais médicos, farmacêuticos, medicamentos, insumos e instrumentais adequados, conforme REMUME;

4. Fornecer serviços de esterilização dos materiais, tanto de materiais termo resistentes quanto de materiais termo sensíveis;

5. Fornecer manutenção preventiva e corretiva de todos os itens disponibilizados para funcionamento da Unidade: manutenção predial, hidráulica, elétrica, de eletrodomésticos e eletrônicos, bem como engenharia clínica para a manutenção preventiva e corretiva do parquetecnológico imediatamente após a assinatura do Contrato;

6. Fornecer profissionais para atuar na Recepção, Acolhimento e Apoio Administrativo conforme equipe multidisciplinar que consta no item V;

7. Fornecer uniformes no padrão e especificações exigidas pelo MS e demais normasregulamentadoras;

8. Fornecer roupas hospitalares no padrão estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba;

9. Fornecer alimentação aos usuários em observação (aguardando transferência) e aosacompanhantes, quando aplicável;

10. Fornecer alimentação para a equipe do Pronto Socorro;

11. Fornecer Gases Medicinais

12. Fornecer materiais médicos, materiais para radiologia odontológico e insumos;

13. Fornecer Serviços de portaria e vigilância desarmada durante 24 horas;

14. Fornecer sistema de câmeras de vigilância com gravação de vídeo e armazenamento deimagens, bem como a manutenção desses equipamentos;

15. Fornecer serviço de lavanderia hospitalar;

16. Fornecer serviço de limpeza e conservação 24 horas ao dia, com o fornecimento de mão de obra, materiais e equipamentos para obtenção de condições adequadas de salubridade e higiene, redução do risco de proliferação de micro-organismos e transmissão cruzada;

17. Contratarserviços especializados e licenciados para controle de pragas urbanas, observando asnormas em vigor e a periodicidade necessária;

18. Contratar serviços de limpeza de esgoto e de caixa d'água, bem como de análise da água, de acordo com a legislação vigente;

19. Fornecer manutenção e reposição de filtros HEPA – isolamentos, de acordo com o preconizadopelo fabricante dos filtros;

20. Fornecer manutenção predial, hidráulica e elétrica e conforto ambiental;

21. Manter gerador de energia compatível para atender no mínimo a área

crítica do Pronto Socorro 24h (salas de estabilização observação e de emergência), além da área de acolhimento, sala de vacinas e classificação de risco;

22. Solicitar aos usuários ou a seus representantes legais a documentação de identificação do paciente, sendo vedada a negação do atendimento devido à falta de documentação;

23. Realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações;

24. Arcar com as despesas de concessionárias, tais como, de água, luz, telefone, internet, gás e outros serviços, mantendo-os em dia a fim de evitar a interrupção do fornecimento dosserviços.

25. Dar conhecimento imediato à Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba de todo e qualquer fato que altere de modo relevante o normal desenvolvimento do Contrato, ou que, de algum modo, interrompa a correta prestação do atendimento aos usuários da Unidade;

26. Comunicar previamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba qualquer propostade alteração no quadro de direção ou coordenação geral e técnica da Unidade;

27. Facilitar o acesso do cidadão à Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, mantendo exposto o cartaz da Ouvidoria, bem como caixa de sugestões em sua sala de espera;

28. Responder às demandas da Ouvidoria da SES de Pindamonhangaba, dentro dos prazos estabelecidos.

2.11.4. Quanto à gestão de pessoas

1. Promover a adesão de compromisso de todos os profissionais com os princípios e diretrizes do SUS, especialmente:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- Integralidade de assistência, entendida como 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;

- 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 à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- Participação da comunidade;
- Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- Fornecimento gratuito de medicamentos aos usuários em atendimento, mediante prescrição do profissional médico responsável pelo atendimento em questão;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito de informação sobre sua saúde às pessoas assistidas;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;
- Correto e completo preenchimento de todos os prontuários, boletins de atendimento ou pedidos de esclarecimentos oriundos do Poder Judiciário (magistratura, Ministério Público e Defensoria Pública).

2. Utilizar critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3. Elaborar ações de valorização do profissional, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades;

4. Definir política de segurança ocupacional, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável;

5. Elaborar programa de avaliação periódica do desempenho dos profissionais;

6. Garantir a contratação de profissionais médicos e de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem), dentista e técnico auxiliar de saúde bucal e outros profissionais qualificados para atender adultos e crianças nos casos de urgência e emergência, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência;

7. Garantir que a escala dos profissionais do Pronto Socorro seja cumprida, através de plano de contingência e chamada de profissionais de sobreaviso, para cobertura dos plantões em caso de faltas e afastamentos legais. O não cumprimento deste item implicará na imediata aplicação das cláusulas de sanção do contrato de gestão;

8. Garantir que todos os colaboradores que executem ações ou serviços de saúde na Unidade estejam cadastrados no CNES;

9. Adotar valores compatíveis com os níveis de remuneração praticados no mercado e convenções coletivas de trabalho para pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza a dirigentes e funcionários da Unidade;

10. Estabelecer programa de Educação Permanente para todos os profissionais, oferecendo cursos de capacitação e atualização e garantir a sua participação em capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba. A Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba poderá, a qualquer momento, solicitar capacitação específica em alguma área;

11. Manter controle do ponto biométrico de todos os profissionais, inclusive substitutos, em serviço na Unidade;

12. Contratar e pagar o pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da Unidade, ficando a CONTRATADA como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba de quaisquer obrigações, presentes ou futuras;

13. Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba a relação dos profissionais da Unidade responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação, e, mensalmente, suas alterações;

14. Compor equipe devidamente qualificada para a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação;

15. Implantar e manter, conforme NR-32, diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral;

16. Apresentar declaração referente à não contratação para labor de menores de 18 anos, em cumprimento ao disposto no art. 7º inciso XXXIII da Constituição Federal.

2.11.5. Quanto aos bens móveis e imóveis

1. Administrar, manter e reparar os bens imóveis e móveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do Contrato, até sua restituição à Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba;

2. Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba e, caso necessário, notificar a Secretaria para substituí-los por outros do mesmo padrão técnico. Ao encerramento do Contrato de Gestão a CONTRATADA fica responsabilizada pela

devolução à Contratante nas mesmas condições em que foram recebidos todos os bens móveis e imóveis, devendo ser considerado a depreciação natural dos bens móveis e imóveis;

3. Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba ao longo do tempo, especificando os serviços executados e as peças substituídas;

4. Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito aos órgãos de controle do Poder Público;

5. Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributários, ou quaisquer outros previstos na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com materiais e concessionárias;

6. Providenciar seguro contra incêndio, responsabilidade civil e patrimonial dos bens móveis cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, em até 30 dias após a assinatura do Contrato;

7. Dar conhecimento imediato à Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba de vícios ocultos, problemas nas estruturas ou funcionamento dos bens móveis e imóveis do Pronto Socorro, sob pena de responsabilização pelo dano e obrigatoriedade de reparação à Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba;

8. Manter a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba informada sobre substituição ou aquisição de novos bens móveis, conforme termos do contrato, para que o inventário esteja sempre atualizado e os bens devidamente patrimoniados.

2.11.6. Quanto a tecnologia da informação

1. Operacionalizar o sistema informatizado a ser adquirido pela Contratada para o registro das atividades assistenciais realizadas no Pronto Socorro, em conformidade com as normas da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba;

2. Alimentar e atualizar os sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela SES com as informações completas acerca dos profissionais, serviços prestados e procedimentos realizados,

quando solicitado;

3. Alimentar e atualizar os sistemas de informação adotados pela SES e MS;

4. Responsabilizar-se pela implantação e manutenção de impressoras compatíveis com os equipamentos de informática e o sistema e-Saúde, de acordo com a necessidade do Pronto Socorro;

5. Implantar sistema informatizado para prestação de contas.

2.11.7. Quanto à prestação de contas

A CONTRATADA deverá apresentar mensalmente à CONTRATANTE, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente à execução das despesas:

- Relatório Contábil e Financeiro - Balancete e DRE - Demonstrativo de Resultado do Período - consolidado da OS, com análise e assinatura dos representantes legais e contador com carimbo e número do registro de classe (CRC)
- Extrato bancário, com saldo financeiro disponível e relatório de movimentação diária da conta corrente;
- Relatório de custos, por grupos de despesas analítico, e relatório de custos por grupos de despesas consolidado;
- Relatórios das Comissões de controle de infecção, de investigação de óbitos e de revisão de prontuários;
- Relatório das capacitações realizadas informando tema, ministrante, carga horária e lista de frequência devidamente assinada;
- Relatório acerca da ação mensal realizada e voltada à segurança dos pacientes;
- Conciliação bancária mensal;
- Demonstrativo integral das receitas e despesas - DIRD mensal;
- Declaração de que os procedimentos de seleção de pessoal da OS, devidamente previstos em regulamento próprio, obedeceram critérios impessoais e objetivos;
- Cópia das certidões de regularidade com encargos sociais - INSS, FGTS e PIS/PASEP, TRABALHISTA E AFINS);
- Prestação de contas anual, no prazo legal, de acordo com a Instrução

Normativa 01/2020 do TCESP;

- Notas fiscais devidamente acompanhadas dos relatórios detalhados de serviços prestados, com a respectiva assinatura do responsável pelos serviços;
- Notas fiscais de serviços médicos acompanhadas com as respectivas escalas individuais;
- Escalas médicas mensais com a integralidade dos plantões realizados, divididas de acordo com as especialidades;
- Entrega da prestação de contas no formato digital.
- Certidão negativa de débitos previdenciários e de terceiros referentes ao mês imediatamente anterior;
- Guias de recolhimento da contribuição previdenciária, devidamente quitadas;
- Guias de recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), devidamente quitadas, e Relação de Empregados (RE) envolvidos na execução do objeto contratado, acompanhada do respectivo protocolo oficial de envio;
- Folhas de salário dos empregados envolvidos na execução do objeto contratual, com discriminação das verbas pagas;
- Declaração do responsável legal pela empresa dando conta da regular quitação de todos os direitos sociais trabalhistas de seus empregados, da qual deve constar a qualificação civil e número da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) de cada um dos empregados envolvidos, bem como o motivo de eventual afastamento durante o mês;
- Termos de rescisão contratual firmados no período e correspondente termo de quitação das verbas rescisórias e recolhimento FGTS, acompanhado do relatório e Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS - GRRF ou outra que vier a substituí-lo;
- Declaração do responsável legal da empresa, contendo indicação dos empregados que desenvolveram as atividades previstas no objeto do contrato por posto de trabalho e período, integral ou parcial, de atuação no mês de apuração, com indicativo expresso da jornada cumprida em cada posto de trabalho e horário de intervalo de cada empregado;
- Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);

- Certidões de regularidade fiscal federal, estadual e municipal;
- Fluxo de Caixa com demonstração de recebimentos, pagamentos e investimentos, assinado pelos representantes legais e contador com carimbo e número do registro de classe (CRC) da Entidade;
- Notas Fiscais de Compras e Serviços e comprovantes dos respectivos pagamentos para fornecedores,
- Listagem com nome e CRM dos médicos que atuaram no Pronto Socorro no mês da competência apresentada;
- Declaração informando os nomes dos membros do Conselho de Administração da Organização Social, os órgãos que representam, os períodos de atuação, acompanhada do ato de fixação de suas remunerações, na primeira prestação de contas e sempre que ocorrerem alterações; 6. Declaração informando os nomes dos membros da Diretoria da Entidade, os períodos de atuação, acompanhada do ato de fixação de suas remunerações, na primeira prestação de contas e sempre que ocorrerem alterações;
- Ato de constituição, estatuto social e regimento interno da Entidade, na primeira prestação de contas e sempre que ocorrerem alterações;
- Regulamento para contratação de obras, serviços e compras com emprego de recursos públicos e seleção de pessoal, na primeira prestação de contas e sempre que ocorrerem alterações;
- Plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, na primeira prestação de contas e sempre que ocorrerem alterações;
- Relatório da Entidade sobre atividades desenvolvidas no gerenciamento da entidade pública, objeto do contrato de gestão, contendo as principais realizações e exposição sobre as demonstrações contábeis e seus resultados, anualmente;
- Relação dos contratos, convênios e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela Entidade para os fins estabelecidos no contrato de gestão, contendo: tipo e número do ajuste; nome do contratado ou conveniado; data; objeto; vigência; valor e condições de pagamento, na primeira prestação de contas e sempre que ocorrerem alterações;
- Relação dos bens móveis e imóveis cedidos pelo Poder Público no

período, com permissão de uso para as finalidades do contrato de gestão, especificando forma e razão, inclusive das eventuais substituições dos respectivos bens, quando solicitado;

- Certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade (CRC), comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis na primeira prestação de contas e sempre que ocorrerem alterações;
- Parecer do Conselho de Administração da Entidade sobre as contas e demonstrações financeiras e contábeis da entidade pública gerenciada, quando solicitado.

A Contratada deverá apresentar ainda:

- Anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei;
- Ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse do serviço, relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.
- A contratada deverá informar 02 (duas) contas bancárias especificas para gestão deste projeto, sendo que 01 (uma) conta será específica para o recebimento dos valores de provisões, e deverá ter aplicação automática dos valores depositados, garantindo assim que os mesmos fiquem reservados para esta finalidade.

3. SOBRE O CONTRATO DE GESTÃO

3.1. OBJETO

Gestão, Operacionalização e Execução dos serviços de saúde no **PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA.**

Contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área de saúde no município de Pindamonhangaba, para a gestão, operacionalização e execução dosserviços de saúde no Pronto Socorro Municipal, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, diretrizes, programas e regulamentação do gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, além da execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações especificadas neste documento.

Introdução

Nosso Plano de Trabalho contendo a Proposta Técnica será apresentado de forma minuciosa, considerando-se analise do perfil do município de PINDAMONHANGABA, de acordo com O Edital de Chamamento Público 04/2022 e seus Anexos.

As ações estabelecidas estão de acordo com o objeto da proponente e são estruturadas nas Diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e da rede de Urgência e Emergência.

Para alcançarmos excelência da gestão utilizamo-nos de:

- Gestão de Pessoas;
- Padronização dos processos;
- Gerenciamento de Riscos
- Segurança do Paciente;
- Avaliação de Resultados obtidos;
- Gestão de Informação;

- Articulação com a Rede;
- Educação Permanente;

Implantação das Comissões Técnicas.

3.2. PROPOSTA GERENCIAL

A Carta Magna define a saúde como direito de todos e dever do Estado, reconhecendo como de relevância publica as ações e serviços de saúde executadas diretamente pela rede pública ou através do setor privado (artigos 196 e 197).

As terceirizações que vêm ocorrendo em nosso País, além de se nortear pela sugestão de contratação efetuada pelo Ministério da Saúde, se baseiam também na própria norma da Constituição Federal, que prevê expressamente no artigo 199, parágrafo primeiro, que “naquelas situações em que o Município não tiver determinado serviço em seu quadro próprio, ou possuindo de forma incompleta, poderá recorrer a iniciativa privada, dando preferência para as Instituições Filantrópicas ou sem fins lucrativos, preferencialmente com certificadas.

Em consonância com essas disposições, a Lei Federal n. 8.080/90, define o SUS como sendo o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, atuando a iniciativa privada em caráter complementar, por intermédio de Termo de Colaboração ou Contratos de Gestão firmados, preferencialmente, com entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (artigo 4º., caput e parágrafo segundo; e artigos 24 e 25).

Quando as disponibilidades do ente público forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, sempre que ultrapassada a sua capacidade de prestação de serviços, implicando risco de descontinuidade nas ações e serviços de saúde, ou seja, estando a rede pública impossibilitada, com limitações técnicas ou quantitativas, de realizar as ações ou prestar os serviços necessários à

garantia da saúde da população.

O processo de descentralização da gestão do Sistema de Saúde em curso no Brasil coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados. A pluralidade de contextos vivenciados pelos municípios exige que sejam desenhadas políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade.

Nessa perspectiva, o papel do Gestor Público é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas da população do município de Pindamonhangaba.

Como marco zero da instituição é proposto a elaboração de atividade com o objetivo geral de contribuir para a consolidação de um modelo de gestão estratégico, colegiado e descentralizado, capaz de fazer face às exigências inerentes ao porte do serviço de saúde do Município de Pindamonhangaba.

A sensibilização dos integrantes do conselho diretor, núcleos gerenciais e coordenadores de área em relação aos desafios de gestão que decorrem da implantação dessa unidade organizacional com uma visão de gestão de serviços de saúde inovadora e focada na excelência, é imprescindível identificar a necessidade de formular e implementar estratégias, promovendo o alinhamento com a base operacional, tendo como resultados uma dinâmica de gestão por processos, de cunho participativo e descentralizado, com apoio em sistemas de indicadores de resultados.

Torna-se possível visualizar um projeto de intervenção para elaboração do planejamento estratégico em três blocos — formulação, implementação e sustentação. Essa segmentação se deve ao momento em que as atividades se desenvolverão, à sequência e progressividade das ações, ao dimensionamento dos envolvidos e, finalmente, à observância do tempo de implementação.

3.2.1. FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA

Definição das premissas estratégicas, levando em conta os seus propósitos (missão, visão, negócio e valores), uma avaliação ambiental (oportunidades, ameaças, pontos fortes e pontos fracos), as premissas de serviços ou focos e as escolhas alternativas que resultarão na definição de objetivos, de projetos inovadores e de indicadores de resultados em gestão, a partir do cronograma de implantação.

O bloco formulação deverá ser realizado em *workshop* ainda na primeira semana de atividade do serviço com a participação dos diretores, assessores e coordenadores de área. A formulação compartilhada, resguardada as prerrogativas decisórias da diretoria técnica, ao mesmo tempo em se constitui fator de comprometimento e de engajamento no trabalho.

3.2.2. IMPLEMENTAÇÃO ESTRATÉGICA

Desdobramento de objetivos, projetos e indicadores de resultados organizacionais em nível de unidade de serviço, contemplando simultaneamente os processos primários, gerenciais e de apoio do Pronto Socorro. A formulação dos planos de negócios (PN) em nível de unidade de serviço terá caráter educativo e de desenvolvimento cultural, na medida em que deverá ser conduzida pelos seus respectivos coordenadores e equipes, com o suporte e a instrumentalização externos, sob a supervisão da Diretoria Técnica.

No bloco implementação, a negociação de metas, projetos e de indicadores de resultados em nível de unidade deverá ser empreendida tendo em vista os impactos sobre a dinâmica de funcionamento da organização e em particular sobre o Modelo de gestão de pessoas. A sustentação de determinadas propostas - operacionais ou em nível de projeto - poderá requerer decisões de investimentos —

avaliação, remuneração ou capacitação — ou composição de equipes, que são de alçada da Diretoria Técnica.

O bloco implementação deverá acontecer imediatamente após o bloco de formulação e pressupõe o aporte de metodologias e a capacitação de facilitadores em nível de unidade de serviço. Os resultados dos trabalhos das equipes serão submetidos ao conselho gestor e orientarão os desdobramentos futuros.

3.2.3. SUSTENTABILIDADE

A implementação de um modelo de gestão fundamentado em processos — participativo, descentralizado e apoiadas em indicadores de resultados - pressupõe um trabalho educacional continuado em nível de equipes e das suas lideranças.

A capacitação técnica inclui métodos específicos de gerenciamento de processos e o desenvolvimento comportamental das equipes, por meio de abordagens experienciais e vivenciais de *team-building*, permitindo atuar sobre os modelos mentais e as atitudes das pessoas no trabalho. Em paralelo, os coordenadores, sobretudo aqueles que precisam exercer a liderança e a profissão médica, deverão ser apoiados segundo uma abordagem *coaching* que leva em conta o nível das competências de cada coordenador. A capacitação proporcionada aos coordenadores visa sustentar o desenvolvimento destes, mas também a competência de apoiar o desenvolvimento da própria equipe.

O módulo sustentabilidade, portanto, busca capacitar lideranças e equipes para uma atuação proativa, atuando sobre os modelos mentais, as percepções das pessoas sobre o trabalho e as configurações dos processos de trabalho. Essa fase será implementada em conjunto com outros programas do serviço que envolve lideranças, gestão e qualidade, a serem desenvolvidos ao longo do primeiro ano de funcionamento.

3.3. MODELO GERENCIAL

3.3.1. RELEVÂNCIA DE GESTÃO POR PROCESSOS DE SAÚDE

Em uma perspectiva presente, a Unidade de Pronto Atendimento 24 Horas seja ela uma UPA porte I, II ou III, bem como uma estrutura como um Pronto Socorro Municipal, tem um compromisso inefável com a qualidade, imbricado em valores básicos e objetivos fundamentais norteadores do núcleo social na qual estão inseridas.

Considerando essa condição as organizações de saúde devem compreender, como qualquer empresa, a captação, a administração e otimização dos recursos, a fim de garantir sua continuidade.

A Unidade de Pronto Socorro 24 horas possui os mesmos problemas na geração de receitas, na gestão dos custos, na gestão de pessoas, além da necessidade de investimento em novas tecnologias na medicina e ampliação e/ou manutenção de sua estrutura física, caracterizando-a como um sistema organizacional complexo e interdependente, que envolve a interação de diversas áreas gerenciais especificas, portanto, o sucesso do gerenciamento recai no melhor aproveitamento racional dos recursos financeiros, estruturais e humanos.

Assim sendo a definição do modelo de gestão mais adequado para cada organização depende de um conjunto particular de variáveis, tendo como um ponto comum e essencial entre todos eles a importância do acesso a ferramentas que ajudem a desdobrar todos os processos organizacionais.

Uma visão holística é a base para garantir uma boa gestão em saúde, uma vez que leva a organização a redirecionar, com habilidade, suas decisões de acordo com a situação que se apresenta no momento.

O ato de gerir obedece a um processo lógico que se inicia com a necessidade de controle, pelo estabelecimento de padrões e metas, pelas conclusões, culminando

com a etapa de tomada de decisão em relação ao que foi planejado que possa garantir atingir resultados de forma eficaz e dispor dos recursos de forma eficiente.

De acordo com *Geary Rummler*[1] e *Allan Brache,* "***Uma organização só pode ser maior do que a soma de suas partes, quando a organização é gerenciada***", e é exatamente o que uma Instituição de Saúde precisa ser, pois não basta possuir ilhas de excelência em seu complexo, ou alguns dos melhores equipamentos, ou ainda um seleto grupo de *experts*, o resultado da Unidade de Pronto Socorro 24 Horas tem que estar além do excelente resultado que um serviço ou indivíduo possa apresentar dentro da cadeia de processos.

Esses administradores afirmam ainda que o gerenciamento eficaz da organização somente ocorrerá quando ela possuir um sistema de mediação de desempenho apoiado em indicadores associados aos objetivos relacionados, o que é corroborado por *Robert Kaplan*[1] e *David Norton*[1] reiteram esse entendimento ao afirmar que, se o desempenho não está sendo medido, ele não está sendo gerenciado, e para realizar medições é necessário conhecer sua estrutura e seus processos, sob a pena de gerenciar baseado em indicadores distorcidos da realidade.

O modelo de gestão por processos baseia-se em um conjunto de indicadores que fornecem informações sobre situação presente da Unidade de Socorrro 24 Horas, como indicadores capazes de controlar e monitorar a implementação das suas estratégias: é uma gestão baseada em fatos, ou seja, analisando o estado atual em comparação com uma série histórica, considerando onde queremos chegar, nossas restrições e potencialidades internas e as ameaças e oportunidades externas.

Assim construímos o nosso panorama estratégico que nos permite a definição de objetivos claros e mensuráveis, através dos tortuosos e sempre surpreendentes caminhos do futuro, porém com uma segurança na tomada de decisões que ajustem o curso da instituição.

A efetivação da gestão por processos passa, necessariamente, pela definição da estratégia e objetivos gerenciais, e a nossa decisão em adotar essa abordagem

em gestão nos leva a identificar e gerir um sistema de processos em profusa interação, o que não é fácil, porém, de inegável importância em organizações complexas como uma Unidade de Pronto Atendimento UPA, e Pronto Socorros daí a relevância de seguir o fluxo abaixo para o desenvolvimento desse modelo de gestão na Unidade de Saúde.

É notório que esse modelo exige, em paralelo, um eficiente mecanismo de gestão de informação e do conhecimento, o que é ponto positivo em uma unidade, pois permite tanto a melhor construção dos fluxos e processos reais como os virtuais, contemplados nos sistemas de informação.

As estruturas hierárquicas rígidas compartimentam de tal forma os processos de trabalho, que isso repercute em lentidão, desperdício de recursos e distorções de informação. As organizações orientadas por processos pressupõem que as pessoas trabalhem de forma diferente, ao invés de foco em trabalho individual, fundamentado em tarefas, é valorizado o trabalho em equipe e a cooperação.

PLANEJAMENTO ESTRATEGICO **(PRINCIPIOS - MISSÃO – VISÃO – VALORES)**
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEFININDO **O PLANO ORGANIZACIONAL**
IDENTIFICAÇÃO DE MACRO **PROCESSOS E MAPEAMENTO**
DEFINIÇÃO DAS INTERAÇÕES DE PROCESSOS **E PONTOS DE GERAÇÃO DE INDICADORES**
ANÁLISE DE PROCESSOS (PDCA) E INDICADORES **COM APLICAÇÃO DE MELHORIA CONTÍNUA**

3.4. DISPOSIÇÕES SOBRE CONTRATAÇÕES

A Fênix disponibilizará de imediato, os recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal e com quantitativo compatível com o perfil do Pronto Socorro Municipal e os serviços a serem prestados, bem como com insumos, medicamentos e todas as obrigações elencadas no Edital e seu termo de referência, obedecendo à legislação vigente, ao preconizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS e às resoluções dos Conselhos Profissionais.

A equipe multidisciplinar será composta por profissionais das especialidades exigidas, devidamente registrados nos Conselhos de Classe do Estado de São Paulo, em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços, de modo que a unidade realize a atividade assistencial que lhe é peculiar.

Manteremos durante todo o contrato um Diretor Técnico Médico e um Diretor Clínico devidamente eleito, bem como a Comissão de Ética Médica e de Revisão de Prontuários conforme as Resoluções do CREMESP; O médico designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por até 02 (duas) unidades de saúde, incluindo a referida Unidade de Pronto Socorro.

A Unidade deverá possuir o Manual de Rotinas/Procedimentos Administrativos de Funcionamento e Atendimento, atualizadas e revistas anualmente em conjunto com a Secretaria de Saúde. As rotinas e protocolos devem abordar todos os processos envolvidos na assistência que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos, incluindo aqueles relacionados à Segurança do Trabalho de acordo com a legislação vigente.

Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos serão formados em curso de Medicina, com nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e estarão registrados no respectivo conselho profissional, a FENIX manterá na equipe no mínimo UM profissional por plantão, capacitado para atendimento em urgência/emergência com certificados em ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) ATLS (Advaced Trauma Life Support e PALS (Pediatric Advanced Life Support).

Aplicaremos todas as normas e protocolos da Secretaria de Saúde nos casos de acidente vascular cerebral isquêmico.

Os profissionais responsáveis pelos serviços de enfermagem terão formação no mínimo em curso de Enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional; os Técnicos de Enfermagem terão formação em curso técnico específico para Técnico de Enfermagem, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional.

Os profissionais responsáveis pelos serviços de assistência social terão formação em curso de Serviço Social, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, e deverão, ainda, estar registrados no respectivo conselho profissional.

Garantir a contratação de profissionais médicos qualificados para atender adultos e crianças nos casos de urgência e emergência, de forma a oferecer aos usuários, serviços assistenciais de excelência.

A FENIX pratica em suas contratações as remunerações de todos seus profissionais compatível com a lei, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza aos empregados da entidade, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade.

Modernizar, através, inclusive de celebração de termos aditivos específicos, se necessário:

- Protocolo para todos os serviços:
- Acolhimento Humanizado;
- Programa de Manutenção Preventiva de Equipamentos.

Manter campo de estágio para estudantes em caso de autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, preferencialmente.

Fornecer/Prover:

- Atendimento Médico, Enfermagem e Assistência Social nos termos do Plano de Trabalho proposto;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento na Unidade
- Fornecimento de materiais médicos, hospitalares, cirúrgicos e insumos para utilização na Unidade;

- Exames laboratoriais, de acordo com a lista mínima de exames;
- Exames de imagem/radiográficos;
- Profissionais para atuar na Recepção, no Acolhimento e no Apoio Administrativo; - Serviços de Esterilização dos Materiais Médicos, tanto de materiais termo resistentes quanto de materiais termo sensíveis;
- Engenharia Clínica, manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos disponibilizados para funcionamento da Unidade Pronto Socorro Municipal;
- Aquisição e reposição de uniformes e enxoval no padrão estabelecido pela Secretaria de Saúde;
- Nutrição dos usuários em observação e dos acompanhantes, e, dos profissionais que estão em horário de trabalho, quando aplicável, dentro de padrões adequados de qualidade;
- Gazes Medicinais;
- Limpeza, Zeladoria e Portaria dentro dos parâmetros estabelecidos em lei específica; - Sistema de câmeras de vigilância;
- Serviços de Lavanderia;
- Manutenção Predial e Conforto Ambiental;
- Coleta, transporte e tratamento de resíduos;
- Equipamentos de uso permanente e demais itens elencados no Termo de referência e edital.

3.4.1. Controle De Qualidade

Compete a FENIX realizar:

- Treinamento e capacitação periódica dos profissionais de coleta, com emissão de certificados;
- Treinamento e capacitação dos profissionais da área técnica e todos os envolvidos no sistema, com emissão de certificados;
- Implantar formulários para registro de procedimentos realizados;
- Elaborar Procedimento Operacional Padrão - POP’s pertinentes aos processos realizados;

- Implantar controle de qualidade interno;
- Implantar controle de qualidade externo;
- Realizar Calibração de equipamentos;
- Realizar auditorias internas;
- Promover constante capacitação do Corpo Clínico, estimulando curso de ATLS/ACLS/PALS uma vez ao ano;
- Promover capacitação de todo Corpo Clínico ao atendimento de acidente com Animais Peçonhentos, bem como, acidentes com suspeita de Raiva Humana, visto a Unidade ser ponto estratégico regional para este atendimento com a obrigatoriedade de envio de protocolo de realização à Vigilância Epidemiológica do Município e Estado;
- Promover a integração dos profissionais técnicos com curso e orientação do sistema Fast Medic antes de iniciado o uso do sistema, bem como envio de documentação a UAC – Unidade de Avaliação e Controle da Secretaria de Saúde antes do início do atendimento dos profissionais.

3.4.2. Nossas Obrigações

Para o cumprimento do objeto deste contrato, a FENIX além das obrigações constantes na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas legais que regem a presente contratação, as seguintes:

- Disponibilizar equipe profissional 24 horas por dia, todos os 7 (sete) dias da semana, para atender a uma população estimada de 171.885 habitantes.
- Definir o quadro de pessoal necessário ao pleno funcionamento das ações e atividades dos serviços, atendendo os indicadores e metas descritos a seguir, estando ainda em consonância com o disposto pela Portaria de Consolidação GM/MS n.º 03/2017, ou outra que venha a substitui-la.
- Atendimento Médico (Clínico Geral, Pediatra, Ortopedista e Cirurgião Geral);
- Atendimento Odontológico;
- Assistência de Enfermagem;

- Assistência Social;
- Profissionais para atuar na Recepção;
- Profissionais de saúde para atuar no Acolhimento;
- Profissionais para atuar no Apoio Administrativo;
- Assistência Farmacêutica 24 horas
- A equipe médica e de enfermagem deverá ser dimensionada e distribuída nas 24 horas do dia em quantidade suficiente a fim de garantir a resolutividade, economicidade e o menor tempo de espera possível.
- O atendimento médico das crianças até 13 anos, 11 meses e 29 dias deverá ser realizado porprofissionais com formação em pediatria.
- A escala da equipe de enfermagem obrigatoriamente deveráser compatível com o dimensionamento definido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e legislações vigentes e suas atualizações, bem como todos os outros profissionais da equipe multiprofissional e seus respectivos conselhos.
- A escala poderá ser alterada em relação ao número de profissionais de acordo com os horários de maior ou menor demanda de atendimento, assim como, para atender às excepcionalidades no quadro sanitário (dengue, covid e outras) e datas comemorativas;
- Todos os dimensionamentos deverão garantir efetividade, eficácia e eficiência nos atendimentos, levando à qualidade no atendimento e satisfação do usuário;
- Os profissionais contratados pela Entidade deverão ter a formação adequada ao serviço a ser desempenhado, bem como estar registrado junto aos Conselhos de Classe, quando houver imposição legal para o exercício de sua função;
- Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos e especialistas deverão ter formação em curso de medicina, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, devendo ainda estar registrados no respectivo Conselho de Classe;
- Os profissionais responsáveis pelos serviços de enfermagem deverão ter formação em curso de enfermagem, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, devendo ainda estar registrado no respectivo conselho classe, sendo vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem como substitutos para a realização

das atividades específicas de Enfermeiro;

- Todos os empregados e terceirizados contratados pela Contratada deverão portar identificação (crachás), registro biométrico de ponto eletrônico e estarem devidamente uniformizados quando estiverem no exercício de suas funções nas dependências do Pronto Socorro Municipal;

- A FENIX deverá disponibilizar profissional médico emergencista 24 horas todos os dias dasemana, finais de semana e feriados.
- A Retaguarda Médica mínima a ser disponibilizada, no menor tempo possível, apresentada abaixo, sendo que a FENIX é responsável pelo atendimento integral aos usuários, ainda que seja necessária a utilização de outras especialidades.
- A exigência mínima de Retaguarda Médica será solicitada pelo médico plantonista para proceder a avaliação, procedimentos e indicações subsequentes, cabendo à Contratada a responsabilidade na adoção de todos os procedimentos para viabilizá-la e suas respectivas consequências, conforme abaixo

Especialidades de Retaguarda

Oftalmologista, endoscopista otorrinolaringologista urologista neurologista psiquiatra buco-maxilo e cirurgião vascular.

Observação: A Retaguarda Médica poderá ser operada no sistema de sobreaviso, cumprindo os termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 2.077/14

3.5. O SERVIÇO

Por se tratar de um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências, a assistência à saúde do Pronto Socorro Municipal deve observar as seguintes diretrizes:

- Funcionamento ininterrupto 24 horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos;
- Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais

compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;

- Acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização;
- Classificação de risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes.

Para que o Pronto Socorro seja considerado em efetivo funcionamento, deve desempenhar as seguintes atividades:

- Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento no Pronto Socorro 24 horas;
- Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;
- Articular-se com UBS e ESF, SAD, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos lógicos efetivos de referência e contrarreferência e ordenando esses fluxos por meio do Complexo Regulador;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior

complexidade;

- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica Municipal;
- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas; ♣ Manter pacientes em observação para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- Prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências, a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- Solicitar retaguarda técnica, mediante acesso ao sistema de regulação CROSS, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade (Fonte: Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS 03de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde devendo ser preenchida a solicitação eletrônica por médico e quando necessário realizar contato telefônico com a CROSS para regulação direta com o médico regulador.
- Manter pacientes em regime de internação quando necessário;
- Prestar atendimento de urgência e emergência odontológica conforme Política de Saúde Bucal de Pindamonhangaba.

3.5.1. Ações Serviços Assistenciais e Diretrizes

Ações e Serviços Assistenciais	Diretriz
1. Administração de medicação (via oral, intramuscular, sublingual, subcutânea, endovenosa, instilação nasal, aplicação ocular, aplicação otológica, retal e tópica) para pacientes durante o período de permanência no Pronto Socorro.	Segundo prescrição médica
2. Administração de imunobiológicos - Vacinas: Antitetânica, Dupla Adulto, Antirrábica. Soros: Antitetânico, Antirrábico, Anti-aracnídeo e Antiloxocélico. Imunoglobulinas: Antirrábica, Antitetânica e Anti-hepatite B, fornecidos pela GVE- Estadual.	Segundo prescrição médica e protocolos assistenciais estabelecidos pelo MS.
3. Administração de oxigenoterapia por dispositivos que atendam a necessidade do paciente durante o período de permanência no Pronto Socorro, com controle das vias aéreas com dispositivos invasivos (tubo oro traqueal e cânula de traqueostomia) e não invasivos (cânula orofaríngea e nasofaringe, bem como máscara).	Segundo prescrição médica e protocolos assistenciais estabelecidos.
4. Realização de suturas simples.	Realizadas pelo profissional médico.
5. Inserção e remoção de sondas e cateteres.	Realizadas pelo enfermeiro ou médico, segundo prescrição médica e protocolos assistenciais estabelecidos
6. Realização de curativos de feridas agudas.	Realizados pela enfermagem, segundo orientação médica e-protocolos assistenciais estabelecidos.

7. Realização de punções venosas e periféricas.	Realizadas pela enfermagem, segundo prescrição médica, ou por profissional médico.
8. Controle de dados vitais (PA, FC, FR, Temperatura, oximetria) e glicemia.	Realizado pela enfermagem, segundo prescrição médica e protocolos assistenciais estabelecidos.
9. Realização de exames laboratoriais e de imagem.	Segundo prescrição médica e odontológica e protocolos assistenciais estabelecidos.
10. Cuidado integral do paciente durante a permanência no Pronto Socorro até a alta médica e/ou transferência para internação hospitalar (higiene corporal, mudança de decúbito, desinfecção do leito e alimentação).	Realizado pela enfermagem, segundo orientação médica e protocolos assistenciais estabelecidos.
11. Transporte inter-hospitalar em caso de transferência ou exames em outras instituições, de usuários semicríticos em ambulância apropriada, devidamente tripulada e equipada conforme diretriz do MS, em ambulância da CONTRATADA para situações não críticas e exames	.Segundo encaminhamento médico, protocolo assistencial e autorização da CROSS
12. Realização de visita médica diariamente em todos os pacientes nos setores de observação e na sala de estabilização e sala de emergência, com evolução e prescrição médica, solicitação e verificação dos resultados de exames complementares e atualização dos dados no Sistema CROSS no mínimo 02(duas) vezes ao	Conforme normas e rotinas estabelecidas.

dia devendo ocorrer de forma obrigatória na primeira hora de cada plantão ou quando das atualizações que se fizerem necessárias	

Ações e Serviços Administrativos e Operacionais	Diretriz
1. Cadastro e identificação do usuário que buscou o atendimento no Pronto Socorro...	Realizado pelo profissional da recepção do Pronto Socorro com registro
2. Notificação obrigatória de agravos à saúde por meio do registro das informações em ficha específica padronizada pelo MS, conforme fluxo estabelecido pelo gestor municipal.	Realizada por todos os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros no exercício da profissão).
3. Manutenção do estoque de materiais médicos, insumos e-instrumentais adequados para o número de atendimentos realizados no Pronto Socorro e preconizados na REMUME..	Controle periódico
4. Serviços de esterilização dos materiais, incluindo os materiais termo resistentes e termo sensíveis.	Realizado conforme demanda ede acordo com protocolos e regulamentação vigentes
5. Serviço de Engenharia Clínica - Manutenção preventiva e corretiva quando couber, de todos os equipamentos disponibilizados para funcionamento do Pronto Socorro.	Realizada através de mão de obra especializada
6. Manutenção de móveis, eletrodomésticos e eletrônicos.	Realizada através de mão de obra especializada.
7. Disponibilização de uniformes e equipamentos de proteção individual (EPI).	Quantidade suficiente para atendimento às normas de

	segurança.
8. Disponibilização de roupa hospitalares.	Quantidade suficiente para o funcionamento 24 horas por dia,7 dias por semana.
9. Manutenção de gases medicinais.	Fornecimento por empresa especializada
10. Serviço de Controle de Acesso através de Sistema de portaria presencial e vigilância, por videomonitoramento nas 24h do dia,todos os dias do ano, com câmeras de vigilância com gravaçãode vídeo e guarda de imagens.	Realizada por equipe especializada
11. Serviço de limpeza e conservação 24 horas ao dia, com o fornecimento de mão de obra, materiais e equipamentos para obtenção de condições adequadas de salubridade e higiene, redução do risco de proliferação de micro-organismos e transmissão cruzada.	Realizada por equipe especializada .
12. Serviço de lavanderia para rouparia eenxoval de uso no Pronto Socorro.	Realizada por empresa especializada, atendendo à legislação vigente.
13. Manutenção Predial.	Realizada por equipe especializada
14. Coleta, transporte e destinação dos resíduos.	Realizada por empresa especializada atendendo à legislação vigente
15. Instituição das Comissões de Controle de Infecção, Análise de Prontuário e Revisão de Óbito.	Conforme RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, Portaria de

	Consolidação GM/MS nº 5, Título I, Capítulo VIII – da Segurança do Paciente
16. Instituição da política de gestão de pessoas: gerenciamento e controle RH.	Conforme normas trabalhistas vigentes.
17. Instituição da Política de Segurança Ocupacional.	Através de Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).
18. Instituição do Programa de Educação Continuada periódica para os colaboradores do Pronto Socorro.	Capacitação da equipe nos protocolos assistenciais, operacionais definidos pela SES e aperfeiçoamento do trabalho da equipe.
19. Elaboração de escala de trabalho conforme categoria profissional, garantindo o atendimento ininterrupto no Pronto Socorro.	Conforme normas vigentes para cobertura obrigatória
20. Definição de normas de atendimento a Acidentes Biológicos.	Conforme Norma Regulamentadora Nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.
21. Composição de equipe devidamente qualificada e corretamente dimensionada para manter a assistência, inclusive de odontologia de urgência, e a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação da SMS.	Conforme normativas do MS em relação a equipe multiprofissional do Pronto Socorro e da política de urgência e emergência.
22. Manutenção do CNES atualizado (profissionais serviços).	Conforme normas do SUS vigentes
.. 23. Fornecimento de alimentação	Realizada por empresa

para os pacientes em observação (aguardando transferência), acompanhantes e profissionais do Pronto Socorro.	especializada, atendendo a legislação vigente
24. Articulação com a Atenção Primária à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência.	Conforme Portarias e em consonância com as normas de regulação do acesso instituídas pelo gestor municipal.
25. Manutenção dos equipamentos referentes ao serviço de radiologia odontológica.	Conforme necessidade de manutenção preventiva e corretiva, seguindo manual do fabricante.
26. Disponibilização de informações no caso de auditorias realizadas por órgãos de controle externo ou pelos componentes do Sistema Nacional de Auditoria (componente federal, estadual e/ou municipal).	Conforme demandado pelo gestor.

3.5.2. Proposta para o Cronograma de Implantação

Os cronogramas de Implantação serão apresentados ao longo deste Plano de trabalho em seus programas específicos, para cada protocolo apresentaremos um cronograma de Implantação.

A FENIX irá nomear uma Comissão Técnica de Acompanhamento, que procederá à avaliação mensal do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela FENIX com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o Secretário Municipal de Saúde, em

meio digital e físico.

A avaliação restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do Contrato, através dos indicadores quantitativos e de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

3.5.3. Metas Físicas/Produção Física

- Manter a taxa de alcance da produção pactuada no Edital para os códigos na Tabela do SIGTAP referente a Urgência,
- Manter a taxa de alcance da produção pactuada para o código: 03.01.06.011-8
- Manter a padronização de exames complementares conforme protocolo vigente do Pronto Socorro
- Manter relatório analítico dos procedimentos realizados pelo serviço por especialidade

Descrição

- Verificar a proporção de alcance da produção através de reuniões trimestrais pela comissão de avaliação tendo como referência os códigos da portaria MS / GM n.º10 de 03/01/2017 e Edital de Chamamento Público.
- Verificar a proporção de alcance da produção através de reuniões trimestrais pela comissão de avaliação tendo como referência o código da portaria MS / GM n10 de 03/01/2017.
- Verificar a produção de exames de diagnósticos realizados por especialidade, conforme protocolo de atendimento.
- Verificar a produção dos procedimentos realizados por especialidades.

Indicador

- Produção relativa ao agrupamento dos códigos / quantidade pactuada.
- Produção relativa ao agrupamento dos códigos / quantidade pactuada.

- Produção por porcentagem de exames realizados, por especialidades.
- Produção dos procedimentos por especialidade.

Pontuação

- Apresentar relatório das avaliações da produção mensal dentro da meta de alcance. Fazer em formato de tabela. 90 a 100%: 20 pontos 80 a 90 %: 10 pontos < 80%: não pontua.
- Apresentar relatório das avaliações da produção mensal dentro da meta de alcance. Fazer em formato de tabela. 90 a 100%: 20 pontos 80 a 90 %: 10 pontos < 80%: não pontua.
- Apresentar relatório da produção dos exames de diagnóstico por especialidade, mensalmente: Produção apresentada: 10 pontos Produção não apresentada: não pontua.
- Produção apresentada: 10 pontos Produção não apresentada: não pontua.

3.5.4. Metas Qualitativas/Humanização

- Constituir e manter grupo de trabalho em humanização
- Apresentar percentual igual ou maior a 80% de bom e ótimo no grau de satisfação do usuário
- Manter serviço de ouvidoria integrado com os existentes no SUS.

Descrição

- Formalizar o grupo de trabalho de humanização com a participação de representantes dos funcionários assistenciais e administrativos.
- Realizar pesquisa de satisfação dos usuários, por meio de formulários padronizados junto a usuários e/ou acompanhantes, com amostragem de 10% do total.
- Proporção de demandas registradas.

Indicador

- Apresentar a ata das reuniões realizadas, com seus planejamentos e ações implantadas do planejamento anual ocorridas no período.

- Relatório mensal do resultado da pesquisa de satisfação dos usuários, por especialidades, considerando percentual dos conceitos bom e ótimo igual ou maior a 80%.
- Apresentar número de demandas resolvidas sob o número de demandas registradas.

Pontuação

- Apresentar a ata trimestral das reuniões com a implantação de novas ações e avaliação das já existentes. Atas apresentadas: 02 pontos Atas não apresentadas: não pontua.
- Apresentar o resultado da pesquisa de satisfação dos usuários, por especialidades, trimestralmente. Grau de satisfação bom e ótimo igual ou maior a 80% nas especialidades: 02 pontos Grau de satisfação bom e ótimo entre 79% e 60% nas especialidades: 01 ponto Grau de satisfação menor que 59% nas especialidades: não pontua.
- Apresentar o relatório de demandas registradas e resolvidas: 02 pontos não apresentar o relatório de demandas registradas e resolvidas: Não pontua.

3.5.5. Metas Qualitativas/Gestão

- Manter CNES atualizado.
- Elaborar relatório de atendimento, por unidades de saúde, conforme classificação de risco.
- Avaliar o tempo de espera para o atendimento do usuário conforme padrão do Protocolo de Manchester ou padronizado pelo Ministério da Saúde.
- Apresentar produção dos serviços prestados dentro da própria competência.
- Manter comissão de avaliação de ficha de atendimentos (FA).
- Manter comissão de avaliação de infecção (CCIH).
- Manter conselho de ética atuante.

Descrição

- Comunicar o gestor SUS, a cada alteração de recursos físicos, estruturais e humanos envolvidos na assistência, ocorridos no serviço, mantendo as

informações atualizadas no CNES.

- Demonstrar através de relatório, o número de atendimentos por unidade conforme a classificação de risco.
- Demonstrar através de relatório, do tempo de espera para o atendimento do usuário em relação ao esperado no Protocolo de Manchester.
- Apresentar 100% da produção do serviço no faturamento SIA, dentro da própria competência.
- Manter comissão de revisão de fichas de atendimentos, de acordo com o cronograma de reuniões do Serviço.
- Manter comissão de CCIH, de acordo com o cronograma de reuniões do Serviço.
- Manter conselho de ética por classe profissional (Médica, Enfermagem) Indicador
- Relatório com a data da última atualização do CNES e documento do Serviço relatando as atualizações e as ocorrências por data de atualização mensal
- Apresentar relatório trimestral (digitalizado) com o número de atendimentos mês a mês, por unidade de saúde e classificação de risco.
- Apresentar relatório trimestral, com a média do tempo de espera para o atendimento, desde a confecção da ficha até o atendimento médico.
- 100% da produção apresentada.
- Apresentar a ata de reuniões no período de avaliação.
- Apresentar a ata de reuniões no período de avaliação.
- Apresentar a ata de reuniões no período de avaliação.

Outras metas e demais pontuações poderão ao longo da Gestão do Pronto Socorro poderão ser criadas pela Secretaria Municipal de Saúde, e a FENIX se compromete a seguir e implantar todas as ações necessárias para cumpri-las sempre em concordância mutua entre as partes.

4. HISTÓRIA DO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA

Existem duas teorias em relação à sua fundação:

A primeira teoria diz os irmãos Leme adquiriram da Condessa de Vimieiro glebas de terra ao norte da Vila de Taubaté, bem á margem direita do Rio Paraíba. Aos 12 de Agosto de 1672, Antônio Bicudo Leme e Braz Esteves Leme, iniciaram a construção da capela em honra a São José, fundaram a povoação de São José de Pindamonhangaba. Essa capela foi edificada no alto de uma colina, exatamente onde hoje se localiza a Praça da República Largo do Quartel). Baseado nesta teoria, em 07/12/53 o então Prefeito Dr. Caio Gomes Figueiredo oficializou pela Lei n° 197 a data de 12 de agosto de 1672 como a data da Fundação de Pindamonhangaba, tendo como Fundadores: Antônio Bicudo Leme e Braz Esteves Leme.

A segunda teoria diz que no início do Século XVII sesmarias vão sendo concedidas na zona de Taubaté – Pindamonhangaba – Guaratinguetá, destacando-se uma que é concedida em 17/05/1649, ao Capitão João do Prado Martins, na paragem chamada Pindamonhangaba. De acordo com a respectiva carta de doação, esse povoador, vindo de São Paulo, com a família e agregados já estava de posse de suas terras, naquela paragem, desde o dia 22 de julho de 1643, que é considerada a data de Fundação de Pindamonhangaba, pois o sítio então aberto por João do Prado se situava no rocio mesmo da futura vila e cidade de nossos dias. A partir daí, da paragem à margem direita do rio Paraíba, forma-se um bairro dependente de Taubaté, para onde vão afluindo novos povoadores e moradores. Começa a funcionar no bairro uma igreja, de porte pequeno, cujo orago é Nossa Senhora do Bom Sucesso. A sua ereção é devida ao padre João de Faria Fialho, considerado o Fundador de Pindamonhangaba.

Por existirem dúvidas quanto à Fundação de Pindamonhangaba, em 09/03/73 o Prefeito Dr. João Bosco Nogueira, faz saber a Câmara Municipal de Pindamonhangaba, aprova e ele promulga a seguinte:

Lei Municipal n° 1336 de 09 de março de 1973:

Art. 1° – Fica revogada a lei nº 197, de 7 de dezembro de 1953, que oficializou data da fundação de Pindamonhangaba.

Art. 2° – A data de 10 de julho de 1705, que é a da Emancipação Política de

Pindamonhangaba, continuará sendo comemorada como a data magna do município, até que a da Fundação seja descoberta de forma documental.

Emancipação Política

No início do século XVIII, por volta de 1704, a pequena Freguesia de São José crescia intensamente e já era intenção de seus moradores separa-la da Vila de Taubaté, a qual pertencia.

Frequentemente os maiorais do lugar se reuniam para trocar idéias sobre a maneira de torna-la independente, elevando-a à categoria de Vila.

Para alimentar ainda mais esse desejo nato de liberdade, quis o destino que por aqui passasse o Desembargador João Saraiva de Carvalho, Ouvidor Geral e Corregedor da Comarca de São Paulo. E assim, à custa de rogos que lhe foram feitos e de “valiosos presentes” que lhe foram ofertados, o Desembargador resolveu o caso da noite para o dia. A freguesia foi elevada à Vila por obra e graça de um ato assinado por João Saraiva de Carvalho. Esta resolução provocou os protestos das autoridades taubateanas e elas resolveram comunicar o fato a Sua Majestade D. Pedro II, El Rei de Portugal.

Era preciso anular a ilegalidade cometida pelo Desembargador. Estando o Rei doente, coube à Rainha Dona Catarina resolver aquele delicado caso. No entanto, considerando, talvez, a humildade dos representantes da nova Vila, que afirmavam estar cientes do erro cometido e pediam perdão, a Rainha acabou por lhes desculpar o erro.

Mas não passou muito tempo e o povo da Freguesia elevada à Vila ilegalmente teve uma grata surpresa. Num gesto magnânimo e inteligente, a Rainha, depois de haver anulado a criação da Vila de São José, havia mandado criar a Vila de Nossa Senhora do Bom Sucesso de Pindamonhangaba.

A boa nova alegrou duplamente os habitantes da então freguesia de Pindamonhangaba, porque os livrou das penas a que estavam sujeitos por terem cometido o “grande crime” de eleva-la à Vila e por satisfazer suas justas aspirações.

Em 03 de Abril de 1849 a Vila Real de Pindamonhangaba é elevada à cidade, por Lei Provincial, sancionada pelo Dr. V. Pires da Mota – Presidente da Província.

Em 07 de Maio de 1877 o termo de Pindamonhangaba é elevado a cabeça de

Comarca, por Lei n° 27, desse dia.

Pela participação de seus filhos na maioria dos feitos históricos nacionais e pela opulência advinda da cultura do café, a cidade recebeu o codinome de “Princesa do Norte”.

Distrito de Moreira César

Dados, relevo e características.

Com seu núcleo distante 13 quilômetros da sede do município de Pindamonhangaba, Moreira César é um dos maiores distritos do Estado de São Paulo. São 234 km2 de área, correspondendo a aproximadamente 1/3 do território do município. Atualmente conta com uma população de 40.000 habitantes distribuídos por 30 localidades, entre bairros e loteamentos residenciais.

A extensa planície onde se situa é emoldurada de um lado pela serra do Quebra Cangalha, onde fica sua extremidade sul, na região conhecida por “Macuco”; do outro lado, pela serra da Mantiqueira, onde se localiza sua extremidade norte, nas proximidades do Pico do Itapeva. Serpenteando entre as duas serras corre, majestosamente, o lendário rio Paraíba, em cujas margens no século XVII aportaram os pioneiros da colonização. O contraste entre as duas serras e planície, empresta ao Distrito de Moreira César uma magnífica e singular paisagem que encanta os visitantes que passam pelo Vale do Paraíba.

Regiões principais que compõe o distrito: **Vila Taipas, Coruputuba, Teteqüera.**

Origem do povoado

A área hoje considerada a região central de Moreira César se formou a partir da capela de Santa Cruz, construída em terras doadas pelo capitão Claro Monteiro César, no mesmo local onde hoje existe a matriz de São Vicente de Paulo. A localidade era então conhecida como Barranco Alto, sendo o ponto de partida para quem tinha como destino o centro de Pindamonhangaba, passando por dentro da fazenda Coruputuba.

O nome primitivo da região de Moreira César era “Nhambuí”, que na língua

Tupi-guarani significa “a noz que arrebenta”. Os indígenas se referiam ao fruto da mamoneira, a mamona, que, quando seco se arrebenta. Nos tempos da colonização as mamoneiras eram a vegetações mais comum do lugar.

A importância do café

Atraído pelas férteis terras do Nhambuí, no início do ciclo do café, o capitão Claro Monteiro César estabeleceu grandes lavouras de café, produto este que durante um grande período foi a mais importante fonte de divisas para o Brasil, sendo por isso chamado de “ouro verde”. A produção do café gerou uma grade riqueza para Pindamonhangaba. A exuberância desse período pode ser imaginada contemplando as edificações que restaram do século XIX: o Palacete Visconde das Palmeiras (atual sede do Museu Histórico e Pedagógico D. Pedro I e Dona Leopoldina), o Palacete 10 de Julho (Palacete Barão do Itapeva), antiga sede da Prefeitura e o Palacete Tiradentes, sede da Câmara Municipal.

Inicialmente o café produzido no Nhambuí era conduzido em lombo de burro, carroças ou carros de boi por um caminho que passava onde hoje é o bairro do Feital. O destino era a estação de Pindamonhangaba, para ser embarcado nos trens da Estrada de Ferro São Paulo/Rio de Janeiro, inaugurada em 18 de janeiro de 1877. Três anos depois foi instalado o posto telegráfico de Nhambuí, um avanço muito festejado na época, pois se estabelecia assim a primeira linha de comunicação rápida (para aqueles tempos).

Aos 7 de janeiro de 1898 surgiu a “Estação Moreira César”, numa justa homenagem ao coronel Antônio Moreira César, vitimado no comando das tropas governamentais durante a Campanha de Canudos, nos sertões da Bahia. Essa estação foi toda confeccionada em madeira nobre denominada pinho de riga, veio totalmente pronta da França para ser montada em Moreira César. A partir de sua inauguração, passou a ser o embarcadouro do café colhido nas redondezas para ser transportado, principalmente, aos longínquos países europeus, onde era muito apreciado, tendo conquistado vários prêmios pela sua qualidade na Suíça.

4.1. SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA

O município de Pindamonhangaba pertence à Região de Saúde do Vale do Paraíba e Região Serrana, composta pelos 10 municípios, porém sendo referência apenas para os munícipes de Pindamonhangaba. O principal acesso à cidade se dá pela Rodovia Presidente Dutra, no quilômetro 99. O município está a cerca de cem quilômetros da divisa com o estado Rio de Janeiro e a cerca cinquenta quilômetros da divisa com o estado de Minas Gerais. A população aferida pelo IBGE, no Censo de 2010, era de 146 995 habitantes, distribuídos em uma área de 729,9 km², o que resultava em uma densidade populacional de 201,39 habitantes por km². Na estimativa populacional calculada pelo IBGE para 1º de julho de 2021, a população de Pindamonhangaba era de 171 885 habitantes, resultando em uma densidade estimada de 233,09 habitantes por km². Em número de habitantes, está na 179.ª posição no país e na 49.ª no estado.

A cidade possui o maior polo industrial de reciclagem de latas de alumínio da América Latina. Também possui a maior comunidade ligada ao Movimento Hare Krishna da América Latina. Seguem abaixo os bairros que compõem as 05 (cinco) regiões:

- Região I – Centro 02 UBS e 04 ESF que abrange os bairros Alto do Tabaú (parte), Vila Nair, Campo Alegre, Parque São Domingos, Vila Borguese, Vila Prado, Jardim Angelina, São Benedito, Santa Luzia, Parque do Ipê, São Judas Tadeu, Jardim Roseli, Quadra Coberta, Socorro, Alto do Cardoso, Maria Aurea, Parque das Nações, Vila Verde, Bela Vista, Ponte Alta, Vila Rica, Mombaça, Jardim Mariana, Campo Belo, Campos Maia, Lessa, Jardim Rezende, Galega, Jardim Imperial, Ouro Verde, Parque São Dimas, Jardim Cristina, Bom Sucesso, Piracuama, Mandu, Trabiju, Kanegal, Martins, Oliveiras, Cruz Grande, Ribeirão Grande, Cruz Pequena, Colméia, Pinga, Graminha, Bicas, Orvalhinho, Nova Gokula, Buraqueira, Tetequera, Roia, Maçaim.
- Região II – Leste sendo 01 UBS e 03 ESF que abrange os bairros Castolira, Jardim São Paulo, Crispim, Jardim Maria Emília, Andrade, Morumbi, Água Preta, Bosque, Boa Vista, Beira Rio, Santana, Alto do Tabaú (parte), Carangola,

Yassuda, Parque das Palmeiras, Vila Suiça, Santa Cecília, Haras Paulista, João de Barro, Maricá, Chácaras Reunidas

- Região III – Sudeste sendo 07 ESF que abrange os bairros Cidade Nova, Vista Alegre, Burity, Santa Cruz, Vitória Park, Jardim Regina, Campinas, Solo Rico, Shangrilá, Triangulo, Beta, Alfa, Delta, Campininhas, Goiabal, Borba, Pouso frio, Pinhão do Una, Quilombinho, Horto Florestal, Lago Azul, Cafezal, Cantagalo, Monte Tabor, Santo Antonio do Borba.
- Região IV – Moreira César sendo 03 UBS e 02 ESF que abrange os bairros Jardim Azeredo, Padre Rodolfo, Marieta Azeredo, Vale do Sol, Estrada do Atanázio, Loteamento Ramos, Loteamento Paulino de Jesus, Laerte Assunção, Karina, Jardim Cariota, Vale das Acácias, Vila São Benedito, Pasin, Mantiqueira, Vila São José, Vila São João, Taipas, Sapucaia, Terra dos Ipês I, Terra dos Ipês II, Portal dos Eucaliptos, Coruputuba, Loteamento Cícero Prado, Loteamento Liberdade.
- Região V – Araretama 01 UBS e 04 ESF que abrange os bairros Nova Esperança, Jardim Arco Íris, Itaoca/CDHU, Residencial das Américas, Araretama III, Bairro do Una, Fazenda Marçon, Fazenda Santa Rita, Cidade Jardim, Jardim Princesa, Parque Lago Azul, Colonial Ville, Village Paineiras, Real Ville, Distrito Industrial, Bem Viver, Loteamento Bem Viver, Fazenda Mombaça.

A rede municipal de saúde de Pindamonhangaba é composta por:

- 06 (seis) Unidades Básicas de Saúde (UBS),
- 21 (vinte e um) Unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF),
- 01 (um) Centro Integrado de Assistência a Família,
- 01 (um) Centro de Infectologia referência em IST/AIDS e Hepatites Virais,
- 01 (um) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO),
- 01 (um) Centro de Especialidades Médicas,
- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD),
- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSII),
- 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II),

- 01 (um) Ambulatório de Saúde Mental, Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância Epidemiológica (VE), Unidade de Vigilância em Zoonoses (UVZ),
- 01(um) Pronto Socorro Municipal 24 horas,
- 02 (duas) Unidades de Pronto Atendimento (UPAS Moreira Cesar e Araretama) 24 horas e
- 01 (um) Hospital Geral (Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba.

A Atenção Primária à Saúde

(APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

A cobertura das equipes de APS do município corresponde a 68% da população. O município possui 123 (cento e vinte e três) Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com cobertura de 43,04 % da população pela Estratégia de Saúde da Família (Fonte: egestor.saude.gov.br/Dezembro 2020).

Vigilância em Saúde

Compõem também a estrutura dos serviços de saúde as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

A VISA desenvolve ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários. Para isso, realiza atividades como: licenciamento, fiscalização, monitoramento de produtos e serviços, investigação de

surtos e agravos, além da orientação e educação em saúde e o atendimento às denúncias.

A Vigilância Epidemiológica é responsável pela coleta de dados e informações, investigação e levantamentos de dados necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde da população. Também é responsável pela coordenação do Programa de Controle à Tuberculose e do Programa de Controle à Hanseníase.

Para atender a rede SUS municipal, a SES conta com contratos assistenciais nas áreas de: exames laboratoriais (patologia clínica, Citopatologia e anatomia patológica) e exames de imagem e diagnóstico (radiografia, ultrassonografia, mamografia e métodos gráficos cardiológicos).

O Centro Integrado de Assistência a Família

Se caracteriza no atendimento de Clínico e Pediatria para a UBS Centro e complementa com o atendimento à saúde da mulher na ginecologia e obstetrícia no baixo, médio e alto risco.

A Atenção Especializada

Se caracteriza por meio de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial dos centros de especialidades e dos hospitais, com equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados (médicos, dentistas, fisioterapeutas, psicólogo, fonoaudiólogos, etc.) que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

No Centro de Especialidades Médicas – CEM concentrados atendimentos médicos especializados, programas estratégicos (Programa de Diabético e outros) e serviços auxiliares de diagnose e terapia (eletrocardiograma, eco cardiograma, teste ergométrico, ultrassonografia, mamografia, colposcopia e outros), para atender a demanda advinda da rede integrada da Atenção Primária e Secundária.

A Central de Regulação atua regulando o acesso da população própria aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal e garantindo o acesso às consultas

e exames especializados pactuados com a gestão estadual.

O município realiza a gestão parcial da média complexidade em saúde, com cotas distribuídas pelo Departamento Regional de Saúde – DRS-XVII Taubaté da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), destinadas a consultas, exames e procedimentos ambulatoriais especializados disponibilizados ao município.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS**)** destina-se à oferta de suporte assistencial, desenvolvido por equipe multiprofissional qualificada que garante o atendimento aos usuários em toda rede pública de saúde do município e a manutenção do CAPS AD, CAPSI e CAPS II.

O CAPS AD**.** É composto por equipe multiprofissional que atua sob a perspectiva interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). O CAPS AD encontra-se alinhado à Política de Saúde Mental e aos pressupostos da reabilitação psicossocial. É um serviço de saúde que oferece atendimentos diários. Sua atuação é pautada na clínica ampliada, tendo como ferramentas ações interdisciplinares, coletivas, de promoção da saúde e na lógica da redução de danos.

O CAPS II também é um dos componentes da RAPS, que acolhe pessoas com transtorno mental grave e persistente na modalidade de atenção diária, ou seja, os pacientes são acolhidos diurnamente por um ou dois turnos no serviço onde recebem acolhida, alimentação e cuidados em saúde individualmente ou coletivamente.

‘O serviço objetiva a reabilitação e reinserção social de seus usuários, ajudando-os a reconstruir seus projetos de vida e readquirir autonomia para participação na vida social e comunitária.

O CAPS I acolhe pessoas com transtorno mental grave e persistente na modalidade de atenção diária, através de equipe multiprofissional, oferecendo cuidado em liberdade para a sua reabilitação social. É um lugar de referência e acompanhamento para crianças e adolescentes (0 a 17 anos) com transtornos mentais graves e persistentes como autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição, estão impossibilitados de estabelecer e manter laços sociais, incluindo por decorrência do uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas).

A Infectologia destina-se à identificação precoce de pessoas infectadas por

doenças virais, ao aconselhamento e à promoção de ações de educação em saúde voltadas à redução do risco e vulnerabilidade, e ao fomente de práticas mais seguras destinados os programas de prevenção das IST, HIV e Hepatites Virais.

Tem seus serviços contínuos ampliados e fortalecidos por meio da implantação e formação de equipe multiprofissional de referência no atendimento às vítimas de violência com o Centro de Acolhimento à Vida (CAV).

O CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) oferta à população serviços especializados de qualidade destinados ao diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca, periodontia especializada, pequenas cirurgias orais, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais, entre outros atendimentos.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

Promove a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. A RUE promove a interface com vários pontos da rede, incluindo Vigilância em Saúde e Atenção Básica, com o objetivo de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência. Para tanto, conta com os seguintes serviços: Atenção Domiciliar (Melhor em Casa); Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU); Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Pronto Socorro Municipal Urgência/Emergência 24 Horas e retaguarda de internação na Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba.

A Atenção Domiciliar (EMAD)

Por definição é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. O EMAD é indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna

para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Dentro da RUE o EMAD tem um importante papel como instrumento de desospitalização liberando assim leitos hospitalares e as portas de urgência otimizando assim, a utilização de leitos e recursos hospitalares. Tem papel significativo para redução os custos da atenção, diminuindo os riscos de infecções com a oferta de cuidados de média complexidade no ambiente domiciliar proporcionando um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença no qual a equipe possui maior permeabilidade aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias.

As Unidades de Pronto Atendimento são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS, USF e a rede hospitalar, devendo funcionar 24 horas por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do ttratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

As Unidades de Pronto Atendimento Moreira Cesar e Araretama ofertam atendimento de urgência e emergência 24 horas ao dia com prestação de serviço de saúde em clínica médica e pediatria.

A Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba é um serviço de atendimento de urgência e emergência 24 horas ao dia com prestação de serviço em Ginecologia/Obstetrícia (PSGO).

Estas três portas de urgência municipais funcionam 24 horas ininterruptas, em todos os dias da semana, com equipe assistencial multiprofissional qualificada garantindo acesso à assistência de urgência e emergência. Como dito anteriormente, a RUE deve se articular com outros pontos da rede para garantir atendimento seguro, qualificado e adequado às situações de urgência da Rede de Atenção à Saúde.

Sendo assim a RUE se articula com a APS buscando a ampliação do acesso,

o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Outra articulação da RUE é com o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, SAMU, e Centrais de Regulação Médica de Urgências, uma vez que este serviço ordena o fluxo assistencial e disponibiliza atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e/ou acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

O município de Pindamonhangaba é composto por serviços da rede da atenção primária, secundária e terciaria de baixa e média complexidade. A implantação e consolidação da rede da atenção primária e terciaria no município de Pindamonhangaba é um dos desafios que requer uma ampla mobilização da gestão e dos demais atores do processo para que possamos responder oportuna e efetivamente às necessidades do município e do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano Municipal de Saúde de Pindamonhangaba 2022-2025 estabelece as diretrizes, os objetivos e o conjunto de metas a serem alcançados na área da saúde para os próximos quatro anos. O documento foi elaborado a partir de um amplo diagnóstico situacional, em um processo de planejamento ascendente, envolvendo várias etapas e níveis de gestão, destacando a participação da população, representada pelo Conselho Municipal de Saúde. A análise situacional do plano seguiu o modelo do Plano Nacional de Saúde 2020- 2023, com a divisão em eixos: Democracia e Saúde, Saúde como Direito, Consolidação dos Princípios do SUS, Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS,

4.2. ANÁLISE SITUACIONAL

Características Gerais do Município

Pindamonhangaba	Código 3538006	
Síntese das Informações		
População estimada (2021)	171.885	Pessoas
População no último censo (2010)	146.995	Pessoas
Densidade demográfica (2010)	201,39	hab/Km2
Salário médio mensal dos trabalhadores formais (2019)	3,3	Salários mínimos
Pessoal ocupado (2019)	36.019	Pessoas
População ocupada (2019)	21,4	%
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo (2010)	35,9	%
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010)	98,2	%
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) (2019)	6,8	-
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública) (2019)	5,5	-
Matrículas no ensino fundamental (2020)	20.009	Matrículas
Matrículas no ensino médio (2020)	5.625	Matrículas
Docentes no ensino fundamental (2020)	1.209	Docentes
Docentes no ensino médio (2020)	572	Docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental (2020)	85	Escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio (2020)	33	Escolas
PIB per capita (2018)	51.761,18	R$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas (2015)	74,9	%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2010)	0,773	-
Total de receitas realizadas (2017)	437.265,77	R$ (x1000)
Total de receitas empenhadas (2017)	398.565,03	R$ (x1000)
Mortalidade Infantil (2019)	9,13	Óbitos por nascidos vivos
Internações por diarreia (2016)	0,2	Internações por mil habitantes
Estabelecimentos de Saúde SUS (2009)	35	Estabelecimentos
Área de unidade territorial (2020)	731,355	Km2

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

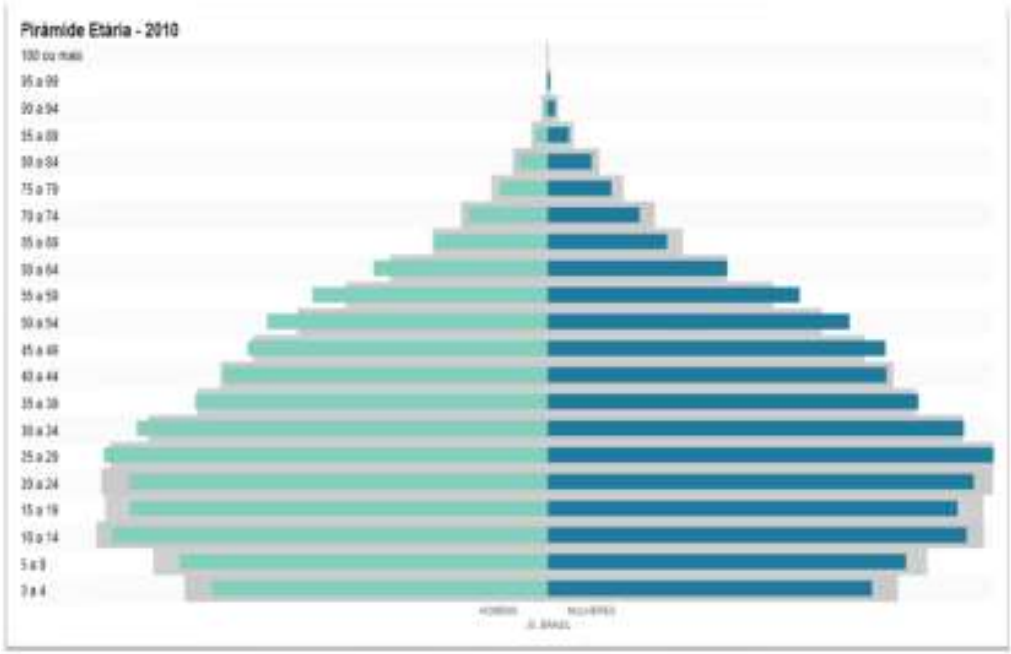
O município de Pindamonhangaba é composto por serviços da rede da atenção primária, secundária e terciaria de baixa e média complexidade. A implantação e consolidação da rede da atenção primária e terciaria no município de Pindamonhangaba é um dos desafios que requer uma ampla mobilização da gestão e dos demais atores do processo para que possamos responder oportuna e efetivamente às necessidades do município e do Sistema Único de Saúde (SUS)

Condições de Saúde da População

Panorama Demográfico

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos.

A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população. Este padrão também é observado no município de Pindamonhangaba. De acordo com a estimativa Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021 a população de Pindamonhangaba é de 171.885 habitantes.



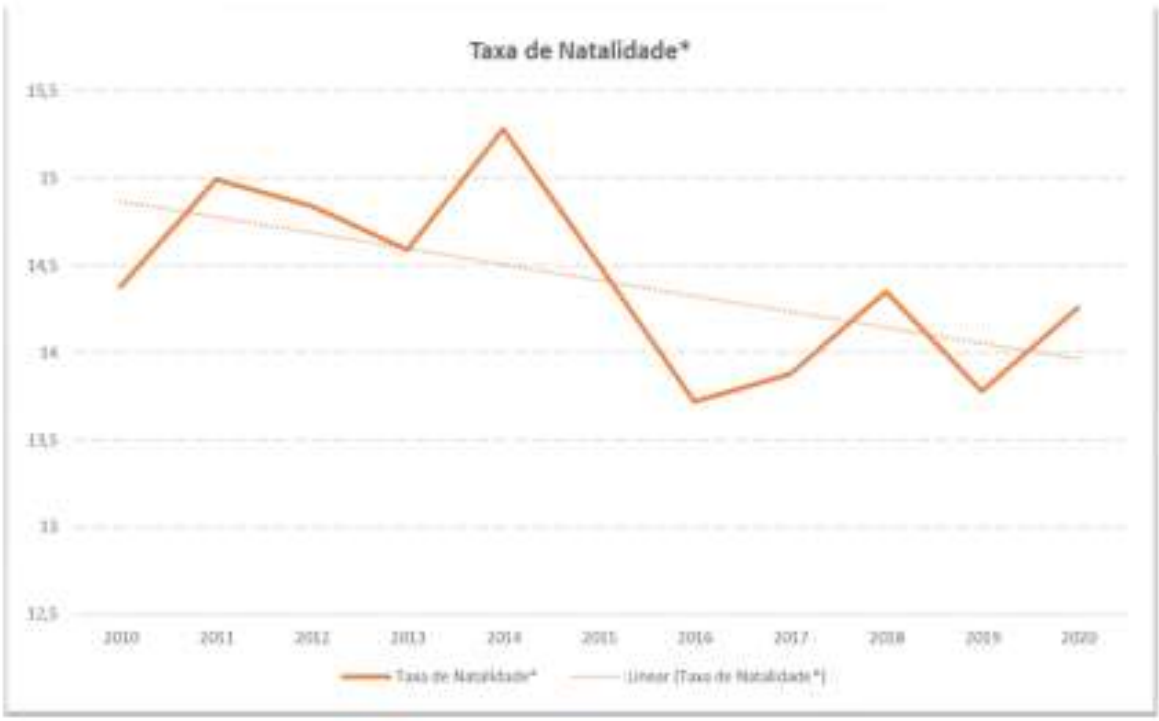
Analisando a pirâmide etária, observa-se a tendência atual em Pindamonhangaba como em outras cidades de mesmo perfil de apresentarem a chamada Pirâmide adulta, que apesar de também ter uma base larga, apresenta uma taxa menor de natalidade quando comparada com a população infantil e jovem.

Estatísticas Vitais

Série histórica das Taxas Geral de Natalidade e Geral da Fecundidade 2010 a 2020

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Taxa de Natalidade*	14,38	14,99	14,84	14,59	15,28	14,51	13,72	13,88	14,35	13,78	14,26
Taxa de Fecundidade Geral**	50,8	52,99	52,48	51,65	54,17	51,35	48,96	49,95	51,89	50,51	51,36

*Por 1.000 habitantes
** Por 1.000 mulheres entre 15 e 49 anos
Fonte: SEADE



Na Série Histórica de natalidade e fecundidade do município (dados SEADE) apresentase com oscilações e com tendência de queda para os próximos anos.

Série Histórica de Índice de Envelhecimento da População 2010-2020

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Índice de Envelhecimento (Em %)	44,24	47,07	50,07	53,27	56,65	60,25	63,16	66,21	69,42	72,78	76,33

Fonte: SEADE

O índice de envelhecimento de uma população reflete a expectativa de vida da mesma. Em Pindamonhangaba este índice vem crescendo e mostra o aumento da população idosa. Este dado somado às taxas em declínio de natalidade e fecundidade aponta o crescimento do número de habitantes acima de 60 anos em detrimento da população mais jovem de 0 a 14 anos

Série Histórica de Nascimentos de Residentes em Pindamonhangaba

ANO / TAXA	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	2018*	2019*	2020**
% de mães adolescentes (até 17 a.)	8,34	7,27	7,44	7,88	8,16	8,03	6,77	5,3	5,84	4,71	4,5
% de Consultas (7 ou mais)	87,66	90,67	82,48	85,91	84,62	87,62	88,24	85,33	79,97	85,09	82,89
% de Partos cirúrgicos	75,47	78,53	76,46	75,95	73,11	67,48	67,41	69,84	68,19	68,37	67,74
% de Prematuridade	7,40	7,58	10,52	15,09	11,35	11,06	14,09	12,5	12,43	12,99	11,1
% de Baixo Peso	6,82	9,38	9,5	9,33	7,9	7,96	9,64	8,54	8,9	10,5	8,57

*Dados Fundação SEADE
**Dados SIM - SINASC

Os dados apresentados na tabela acima indicam:

1. Mães adolescentes: a tendência a queda neste indicador permanece estável.

2. Consultas de pré-natal: este indicador se mantém estável.

3. Partos cirúrgicos: apresenta tendência a queda no indicador, pois no período de 2014 a 2020 há diminuição na taxa de partos cesáreos, fruto do trabalho desenvolvido a partir da instalação da Rede Cegonha.

4. Prematuridade: Tendência a aumento neste indicador, apesar do alto índice de consultas de pré-natal da queda verificada em 2020.

5. Baixo Peso: permanece estável no período analisado.

Série Histórica do Coeficiente de Mortalidade Infantil em Pindamonhangaba

ANO / TAXA	2010*	2011*	2012*	2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	2018*	2019*	2020**
Taxa de Mortalidade Infantil	12,79	10,77	17,47	13,96	9,35	8,84	11,84	14,5	10,85	9,85	10,71

* Dados Fundação SEADE

** Dados SIM – SINASC – VE

Nesta tabela os indicadores apresentam oscilação nos anos relatados, apesar disto ao analisarmos o período todo verifica-se que a tendência é de queda no indicador.



* Dados SEADE

** Dados SIM - SINASC - VE Pindamonhangaba

Óbitos Residentes em Pindamonhangaba por capítulo do CID10 2010 – 2020

Causa (Cap CID 10)	2017		2018		2019		2020	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Doenças do aparelho circulatório	316	32,48%	314	31,49%	312	29,41%	314	27,28%
Neoplasias	186	19,12%	203	20,36%	181	17,06%	196	17,03%
Doenças do aparelho respiratório	131	13,46%	133	13,34%	173	16,31%	132	11,47%
Causas externas de morbidade e de mortalidade	79	8,12%	69	6,92%	86	8,11%	96	8,34%
Doença endócrinas, nutricionais e metabólicas	53	5,45%	71	7,12%	77	7,26%	78	6,78%
Demais causas	208	21,38%	207	20,76%	232	21,87%	335	29,11%
Total	973	100,00%	997	100,00%	1.061	100,00%	1.151	100,00%

As causas de mortalidade no município são principalmente as Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Externas. Em 2020 com a pandemia do novo coronavírus houve aumento considerável no número de óbitos se compararmos a série histórica e a variação verificada entre 2019 e 2020. É bom ressaltar que o capítulo referente ao novo coronavírus não é o de doenças do aparelho respiratório, mas sim o de Doenças Infecciosas e parasitárias que apresentou no ano de 2019 26 óbitos e em 2020 foram 126 óbitos.

Agravos de Notificação

AIDS INVESTIGAÇÃO DE AIDS ADULTO – Sinan NET
Frequência por Ano Diagnóstico segundo sexo

Sexo	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	27	71,05%	29	65,91%	17	70,83%	39	71,58%	31	81,58%	31	72,09%	26	78,79%	14	93,33%	37	68,52%	21	72,41%	15	78,95%
Feminino	11	28,95%	15	34,09%	7	29,17%	14	26,42%	7	18,42%	12	27,91%	7	21,21%	1	6,67%	17	31,48%	8	27,59%	4	21,05%
Total	38	100,00%	44	100,00%	24	100,00%	53	100,00%	38	100,00%	43	100,00%	33	100,00%	15	100,00%	54	100,00%	29	100,00%	19	100,00%

Através da Busca Ativa de rotina e Campanhas do Fique Sabendo, envolvendo toda a rede, é possível o diagnóstico precoce do HIV. A incidência é superior na população masculina devido a maior tendência à exposição e a comportamentos de risco.

Investigação de Aids Adulto

Frequência por Ano Diagnóstico segundo Categoria de Exposição

Categoria de Exposição	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Heterossexual	19	34,55%	22	50,00%	11	45,83%	30	58,82%	29	50,88%	24	55,81%	18	34,62%	7	33,33%	27	50,00%	14	48,28%	6	33,33%
Homossexual	11	20,00%	14	31,82%	6	25,00%	14	26,92%	14	24,56%	11	25,58%	7	21,23%	8	52,38%	21	38,89%	10	34,48%	11	57,89%
Bissexual	2	3,64%	4	11,64%	4	16,67%	1	5,88%	2	3,51%	7	16,28%	4	12,12%	2	13,33%	1	5,56%	1	10,34%	0	0,00%
Ignorado	2	3,64%	1	2,27%	2	8,33%	3	5,41%	1	1,75%	0	0,00%	2	6,08%	0	0,00%	1	1,85%	1	3,45%	0	0,00%
Heterossexual/Drogas	4	10,52%	0	0,00%	1	4,17%	1	1,85%	0	0,00%	0	0,00%	1	3,03%	0	0,00%	1	1,85%	1	3,45%	0	0,00%
Homossexual/Drogas	0	0,00%	1	2,27%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	1,85%	0	0,00%	1	5,26%
Drogas	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,33%	1	3,03%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Bissexual/Drogas	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	5,26%
Total	55	100,00%	44	100,00%	24	100,00%	51	100,00%	58	100,00%	43	100,00%	51	100,00%	21	100,00%	54	100,00%	29	100,00%	19	100,00%

Na investigação de AIDS em Adultos, atualmente a exposição ao vírus da AIDS é por via sexual. As drogas deixaram de ter uma incidência significativa com o advento do CRACK.

Hanseníase

Frequência por Classificação Operacional de Notificação segundo Ano diagnóstico

Ano do Diagnóstico	Paucibacilar		Multibacilar		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2010	4	7,27%	5	9,09%	9	16,36%
2011	2	3,64%	8	14,55%	10	18,18%
2012	1	1,82%	8	14,55%	9	16,36%
2013	3	5,45%	7	12,73%	10	18,18%
2014	2	3,64%	3	5,45%	5	9,09%
2015	2	3,64%	5	9,09%	7	12,73%
2016	0	0,00%	4	7,27%	4	7,27%
2017	2	3,64%	5	9,09%	7	12,73%
2018	1	1,82%	2	3,64%	3	5,45%
2019	0	0,00%	3	5,45%	3	5,45%
2020	0	0,00%	2	3,64%	2	3,64%
Total	**21**	**38,18%**	**34**	**61,82%**	**55**	**100,00%**

O município tem atravessado problemas para instituir a Busca Ativa em sua rede de atenção, apesar da cobertura de 60% de Atenção Básica. O reflexo é a alta quantidade de pacientes com classificação operacional Multibacilar

Tuberculose

Coeficiente de Incidência de Casos Novos de Tuberculose 2010 a 2020 em Pindamonhangaba

Ano	Nº	Incidência
2010*	29	19,75
2011*	27	18,17
2012*	21	13,96
2013*	23	14,64
2014*	18	11,33
2015*	18	11,21
2016*	23	14,17
2017*	35	21,27
2018*	43	25,83
2019*	39	23,17
2020*	30	17,63

A mesma dificuldade relatada para a hanseníase permeia a Busca Ativa de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera quando a meta de diagnóstico para a população geral do município é de aproximadamente 80 casos novos por ano, porém, nota-se melhora no número de casos diagnosticados a partir do ano de 2017, exceto pelo ano de 2020 que foi prejudicado em virtude da pandemia do novo coronavírus

Encerramento de Casos 2010 a 2020

Encerramento / Ano	Abandono	Cura	Óbito Não Tb	Óbito por Tb	Transferência/falência/ resistência
2010	0,00%	93,10%	6,90%	0,00%	0,00%
2011	14,81%	85,19%	0,00%	0,00%	0,00%
2012	15,38%	69,23%	0,00%	15,38%	0,00%
2013	17,39%	73,91%	0,00%	4,35%	4,35%
2014	16,66%	77,77%	5,55%	0,00%	0,00%
2015	5,56%	88,88%	5,56%	0,00%	0,00%
2016	4,34%	91,30%	4,34%	0,00%	0,00%
2017	2,86%	91,43%	0,00%	2,86%	2,86%
2018	4,65%	88,37%	6,98%	0,00%	0,00%
2019	0%	82,05%	10,26%	5,13%	2,56%
2020	10,00%	83,33%	3,33%	0,00%	3,33%

Porém, nos últimos anos, a taxa de cura dos pacientes que são diagnosticados supera 80% dos casos

Hepatites

INVESTIGAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS – SINAN NET

Classificação Etiológica / Ano	Virus A	%	Virus B	%	Virus C	%	Total	%
2010	0	0,00%	5	50,00%	5	50,00%	10	6,80%
2011	0	0,00%	2	13,33%	13	86,67%	15	10,20%
2012	0	0,00%	6	30,00%	14	70,00%	20	13,61%
2013	0	0,00%	5	25,00%	15	75,00%	20	13,61%
2014	0	0,00%	2	14,29%	12	85,71%	14	9,52%
2015	0	0,00%	1	9,09%	10	90,91%	11	7,48%
2016	0	0,00%	2	15,38%	11	84,62%	13	8,84%
2017	2	10,53%	2	10,53%	15	78,95%	19	12,93%
2018	0	0,00%	1	11,11%	8	88,89%	9	6,12%
2019	0	0,00%	1	12,50%	7	87,50%	8	5,44%
2020	0	0,00%	0	0,00%	8	100,00%	8	5,44%
Total	**2**	**1,36%**	**27**	**18,37%**	**118**	**80,27%**	**147**	**100,00%**

Assim como nos agravos crônicos a busca ativa de casos novos de hepatites é baixa, com exceção do ano de 2013 e 2017 no qual houve uma campanha para diagnosticar hepatites na população. Ressaltando que a hepatite é uma doença silenciosa e raramente apresenta algum tipo de sintoma.

Dengue

Série Histórica de Casos de Dengue – 2017 a 2020

CASOS DE DENGUE	2017	2018	2019	2020
Autóctones	39	36	190	1960
Importados	0	3	4	7
Descartados	659	534	1503	4459
Notificados	698	573	1697	6426

No Município a infestação pelo mosquito Aedes aegypti já está presente e durante o verão, considerado o período mais crítico, o foco das ações da Equipe de Controle de Vetores são as atividades de bloqueio de criadouros e nebulização direcionados aos casos confirmados de dengue somados aos serviços de rotina direcionados ao controle do mosquito. Durante o inverno, momento em que se registra menor número de casos ou nenhum caso, o enfoque é direcionado para campanhas educativas de prevenção.

Meningite

INVESTIGAÇÃO DE MENINGITE

Frequência de casos confirmados por Evolução segundo Ano do Diagnóstico

Ano Inic. Sintomas	Alta	%	Óbito por meningite	%	Total	%
2010	3	100,00%	0	0,00%	3	5,88%
2011	2	100,00%	0	0,00%	2	3,92%
2012	3	60,00%	2	40,00%	5	9,80%
2013	1	50,00%	1	50,00%	2	3,92%
2014	1	25,00%	3	75,00%	4	7,84%
2015	4	80,00%	1	20,00%	5	9,80%
2016	5	100,00%	0	0,00%	5	9,80%
2017	5	83,33%	1	16,67%	6	11,76%
2018	11	91,67%	1	8,33%	12	23,53%
2019	6	100,00%	0	0,00%	6	11,76%
2020	1	100,00%	0	0,00%	1	1,96%
Total	**42**	**82,35%**	**9**	**17,65%**	**51**	**100,00%**

A ocorrência de meningites apresentou aumento nos anos de 2015 a 2019, provavelmente em razão de dias com temperaturas mais baixas favorecendo a concentração de pessoas em espaços fechados. O que não ocorreu no ano de 2020 em razão da pandemia, onde a orientação era manter os ambientes ventilados

Campanhas de Vacinação

Cobertura Vacinal – Campanhas de Imunização

Item	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Realizar Campanha de Imunização contra a influenza em maiores de 60 anos (em %)	94,68%	97,47%	95,45%	85,49%	84,92%	108,83%	109,74%	102,10%	108,37%	139,29%	53,70%

As Campanhas de Vacinação no município têm atingido as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde anualmente, exceto no ano de 2021 onde em razão da Campanha de vacinação contra o Coronavírus não tivemos a mesma adesão da população verificada em anos anteriores.

Cobertura Vacinal Básica 2017 – 2020

Ano / Vacinas	2017	2018	2019	2020
Pentavalente	80,43	82,59	57,99	86,25
Pneumocócica 10	90,03	87,31	80,22	85
Poliomielite	80,06	82,36	78,57	78,88
Tríplice viral	78,86	83,66	86,61	83,97

Fonte: SIPNI

Na Série Histórica de Imunizações Básicas o município apresenta boas coberturas, apesar da meta estipulada pelo Ministério da Saúde ser de 95% para cada vacina. Ocorre que no período de 2017 a 2020 tivemos três alterações de sistemas de informação, determinadas pelo próprio Ministério da Saúde, o que dificultou o processo de trabalho para inserção das informações, além do movimento anti-vacina alimentado pelas notícias falsas veiculadas em redes sociais.

Coronavírus

No final do ano de 2019 houve o surgimento de um novo tipo de vírus na China, em fevereiro de 2020 tivemos o primeiro caso confirmado no Brasil e em março já tínhamos o primeiro caso em Pindamonhangaba.

Notificações de Coronavírus por Classificação Final e ano da notificação

Residentes em Pindamonhangaba 2020/2021

Classificação / Ano	Confirmado	%	Óbitos	%	Descartado	%	Total	%
2020	4.581	10,77%	71	1,55%	10.307	69,23%	14.888	33,15%
2021	15.469	51,52%	361	2,33%	14.557	48,48%	30.026	66,85%
Total	20.050	44,64%	432	2,15%	24.864	55,36%	44.914	100,00%

Produtividade da Unidade do Pronto Socorro Municipal

Nº de consultas realizadas* no Pronto Socorro por especialidade nos anos de 2019, 2020 e 2021**

Atendimento por Especialidade*	Atendimento de Urgência c/ observação até 24 horas	Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	Atendimento Médico em Unidade de Pronto atendimento	Atendimento em Odontologia	Total
ANO 2019	5908	88969	73818	3796	172.491
ANO 2020	5993	10046	91386	439	107.864
ANO 2021* (até Agosto)	4938	7879	80404	1.053	94.274

Fonte: TABWIN

4.3. CONHECENDO O SUS

O Sistema Único de Saúde – SUS com seus princípios, como Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social, constitui a viga mestre na garantia dos direitos de saúde do cidadão e o seu arcabouço jurídico-legal é um dos melhores do mundo.

No caminho da construção, a Constituição Federal de 1988 resgatou o Estado de Direito em nosso país, buscando garantir a plena cidadania. Dessa maneira, a saúde foi consagrada como um direito social e de cidadania, extensivo a toda população brasileira, mediante um intenso processo de participação social, expressado pelas lutas sociais travadas na década de 70 e nos anos 80, por diversos setores da sociedade civil organizada.

Deste modo, esta consagração culminou na construção do Sistema Único de Saúde – SUS e neste sentido, com uma perspectiva democrática, fundamentaram-se os princípios de descentralização político-administrativa e de participação popular na formulação de políticas e no controle social.

Assim, o avanço deve dar-se-á na compreensão da promoção da saúde como um conceito revelador da qualidade de vida de uma população, através dos determinantes sociais, como: escolaridade, habitação, renda, emprego, saneamento, terra e outros, é que se podem promover cidades saudáveis com populações saudáveis e, consequentemente, promover saúde.

A política de promoção da saúde do Ministério da Saúde vem a cada dia ganhando espaço e importância. É necessário que o olhar esteja direcionado para a integralidade das ações, reconhecendo o indivíduo como integrante do processo. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

O “acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde”, vem com o forte apelo de firmar e consolidar um direito social, no qual a saúde passa a ser um direito de cidadania e dever do Estado, assim Carvalho(2004), destaca que a Constituição ampliou também, mais do

que qualquer de seus antecedentes, os direitos sociais e estas conquistas estão indiretamente contribuindo para o bem-estar dos indivíduos, havendo uma mudança nos patamares de alguns indicadores, como: a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer.

Fundamentos Teóricos Na metade do século XX nos países capitalistas periféricos, os processos de urbanização impactaram os perfis de morbimortalidade das populações. Este impacto recolocou a questão urbana na agenda da saúde, no qual a cidade passou a ser o local de desigualdade e pobreza. A cidade em si, como relação social e como materialidade, tornou-se criadora de pobreza, tanto pelo modelo socioeconômico de que é suporte como por sua estrutura física, que faz dos habitantes das periferias, pessoas ainda mais pobres. Assim, Santos (1996) descreve e destaca que "*a pobreza não é apenas o fato do modelo socioeconômico vigente, como também, do modelo espacial.".* (BOUSQUAT, A; COHN, A., 2004 apud SANTOS, 1996, p.10).

O século XX foi responsável pelas grandes mudanças na ciência e na tecnologia. De fato, os avanços foram inúmeros e a busca da ação comunitária pela saúde e pelo bem-estar do indivíduo foi marcante neste século. As doenças prevalentes da infância, como sarampo, não matam mais como antes. Alguns indicadores, como por exemplo 'esperança de vida ao nascer' tiveram mudanças significativas, o que permite afirmar que hoje se vive mais e, isto nos leva a pensar em políticas para o idoso, tendo como desafio o controle das doenças crônico-degenerativas.

Neste aspecto ficou constatada a manutenção dos graves problemas de saúde na população, na qual se observava uma baixa qualidade de vida associada à pobreza, em virtude do modelo econômico instaurado e, também, pela falta de investimento na saúde pública. Neste modelo, delineava-se a mudança do cenário que ao lado das doenças infectocontagiosas, características de sociedades subdesenvolvidas, associavam-se às doenças crônicas degenerativas, características das sociedades industrializadas.

O Estado teve como empenho fundamental, a reconstrução econômica do país e a política de saúde, as quais sofreram grandes transformações, através da centralização das decisões, e com isso, definindo-se um novo perfil de intervenção de

caráter estatal, expandindo a usuário lá do sistema previdenciário, como medidas compensatórias. O desenvolvimento da ação estatal esteve voltado para a ampliação dos serviços de saúde, consequentemente, disponibilizando mais recursos financeiros para o setor, o que levaria a crise financeira.

Assim então, surge o movimento denominado 'Reforma Sanitária', na tentativa de reestruturação do setor com medidas que apontavam para a unificação da assistência médica e das ações preventivas, em um único comando, o que mais tarde, se consolidaria no Sistema Único de Saúde. A reforma teve como fundamento transformador a mudança do modelo existente na época, o '*médico-assistencial-privatista'* para o modelo atual em vigor, o '*universal-público'*, representado na sua forma político-normativa, como Sistema Único de Saúde se apresentando com um caráter participativo, descentralizado e equânime.

Na trajetória, segundo Luz (1992), a reforma assume um papel não somente ligado à organização dos serviços de saúde num sistema único regionalizado e hierarquizado, mas, também, no estabelecimento de uma ordem social democrática que contribui para situar a política de saúde como elemento de importância fundamental na presente conjuntura de estabilização da ordem política.

No caminho da construção, a Constituição Federal de 1988 resgatou o Estado de Direito em nosso país, buscando garantir a plena cidadania. Dessa maneira, a saúde foi consagrada como um direito social e de cidadania, extensivo a toda população brasileira, mediante um intenso processo de participação social, expressado pelas lutas sociais travadas na década de 70 e nos anos 80, por diversos setores da sociedade civil organizada.

Deste modo, esta consagração culminou na construção do Sistema Único de Saúde – SUS e neste sentido, com uma perspectiva democrática, fundamentaram-se os princípios de descentralização político-administrativa e de participação popular na formulação de políticas e no controle social.

A política de promoção da saúde do Ministério da Saúde vem a cada dia ganhando espaço e importância. É necessário que o olhar esteja direcionado para a integralidade das ações, reconhecendo o indivíduo como integrante do processo. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso, posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de

tudo o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Neste contexto, somente com ações inovadoras e intersetoriais, é que se poderá alcançar a redução da violência, da fome, urbanização desordenada, desemprego, entre tantos outros indicativos, representando a possibilidade de mudança da nossa sociedade. E, desta maneira, temos que trilhar o entendimento de que saúde é muito mais que a ausência de doenças, e sim um conceito amplo que expressa à qualidade de vida de uma população.

O “acesso universal, igualitário e integral da população aos serviços e ações de proteção e recuperação da saúde”, vem com o forte apelo de firmar e consolidar um direito social, no qual a saúde passa a ser um direito de cidadania e dever do Estado, assim Carvalho(2004), destaca que a Constituição ampliou também, mais do que qualquer de seus antecedentes, os direitos sociais e estas conquistas estão indiretamente contribuindo para o bem-estar dos indivíduos, havendo uma mudança nos patamares de alguns indicadores, como: a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer.

A Municipalização do Sistema de Saúde Sobremaneira, a década de 80 representou o referencial histórico no processo de institucionalização da saúde pública, através da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, firmando o princípio da participação social, gestão e fiscalização das políticas públicas e subsidiando a elaboração da Constituição de 1988 e a consolidação da participação da sociedade civil no processo de redemocratização do país. Assim, as reformulações e mudanças se destacaram na esfera das atuações e deliberações dos Conselhos de Saúde com o objetivo de contemplar as necessidades da maioria da população brasileira, e assim, buscando a reformulação, a reestruturação dos serviços, bem como o firmamento de uma gestão democrática, tendo o controle social como a ferramenta capaz de viabilizar estas mudanças, configurando-se o processo participativo.

Desta maneira, enfatizamos que as políticas públicas de saúde, ao longo do processo histórico da reforma sanitária, apresentaram no caráter da descentralização um constante processo de sua efetivação. A descentralização ocorre com delegação de funções ou transferências de ações para os níveis locais, ou seja, para o nível municipal.

A descentralização do sistema de saúde é princípio ético-político do processo de reformas institucionais que vem sendo implementado no Brasil, principalmente a partir do final da década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL. MS, 1996), contudo, nos deparamos com questões relativas ao processo da descentralização, discussões inesgotáveis, uma vez que a consolidação do SUS encontra-se em permanente processo de consolidação. No processo de descentralização, o município assume a gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada.

Estratégia na consolidação do SUS Em virtude de toda uma complexidade no processo de organização do SUS, em suas diversas instâncias de governo, estudo de formulação das normalizações que iriam definem o arcabouço operacional do SUS.

Abaixo, resumidamente:

- Constituição Federal de 1988: criação do SUS;
- Lei Orgânica de Saúde: Lei 8.080/1990 – Regulamentação do SUS e Lei 8.142/1990 – participação social no SUS;
- Normas Operacionais Básicas – NOB 91, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001 e Pacto pela Saúde 2006: princípio constitucional do comando único de saúde em cada nível de governo, descentralizando a gestão e definindo responsabilidades sanitárias, além de definir as transferências dos recursos financeiros de Fundo a Fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Pindamonhangaba, bem como, a remuneração por serviços produzidos na assistência hospitalar, ambulatorial, como para as ações de vigilância de saúde;
- Emenda Constitucional n°. 29/2000: recursos destinados ao SUS;
- Lei no. 8.080/90 – Regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS): integração dos serviços municipais, estaduais e federal e concretização dos princípios constitucionais;

Assim, entendemos que a descentralização/municipalização da saúde, tem um potencial bastante significativo, no que se refere às mudanças, nas quais o Município poderá assumir e atuar como ente federativo, alcançando uma maior agilidade nessas transformações, principalmente, nas políticas sociais, enquanto políticas públicas, mantendo-se numa constante articulação e integração com os

demais níveis de governo.

Considerando o argumento de que é preciso melhorar a cobertura das ações e sua resolutividade e garantir os princípios básicos, como universalidade, integralidade e equidade, deve firmar um compromisso com a democracia, assim como, buscar um aprofundamento da gestão participativa, como forma de avançar para um sistema de saúde verdadeiramente equânime.

Como conseguinte surge o Pacto pela Saúde – Inovação dos procedimentos, o Pacto foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), no dia 09/02/2006 e publicado pela Portaria GM/MS nº. 399 de 22/02/2006, sendo estruturado em três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. (BRASIL. MS, 2006).

Desta maneira, foram instituídas novas bases para o sistema de saúde, visando proporcionar um processo mais solidário de gestão e a reforma institucional em defesa do SUS como política de estado. Deste modo, o processo de consolidação e efetivação do sistema de saúde, parece mais uma vez, buscar formas que venham efetivar a saúde como direito de cada cidadão. O Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes. (BRASIL. MS, 2006).

As prioridades pactuadas, no Pacto pela Vida, são: A saúde do idoso; controle do câncer do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, tuberculose, [...] e o fortalecimento da atenção básica. (BRASIL. MS.2006, p.8); No Pacto em Defesa do SUS, foram definidos: Apoio à mobilização social [...]; elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; fortalecimento das relações com os movimentos sociais; [...]; regulamentação da EC. Nº. 29 e aprovação de um orçamento geral do SUS. E, por último, o Pacto de Gestão, que define: Atribuições e responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão, compondo o seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG), aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, que: considera as responsabilidades gerais da gestão do SUS; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle e avaliação e

auditoria; gestão do trabalho; educação na Saúde e participação e controle social. (BRASIL. MS. 2006, p.8-9).

A trajetória destas prioridades e pactuações vem mostrando uma evolução no quadro das doenças no Brasil. A mortalidade infantil vem caindo ao longo das últimas décadas, estando este declínio associado à expansão da rede de assistência, da aceleração da infraestrutura de saneamento básico, principalmente da rede de abastecimento de água e do aumento da escolarização.

O desenvolvimento de programas de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente aqueles que buscam reduzir a mortalidade infantil, como o aleitamento materno, exige uma confiável base de dados e um estruturado fluxo de notificação que expresse quantitativa e qualitativamente a complexidade da inter-relação das condições socioeconômicas da população.

Sendo assim, alguns indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade geral, o coeficiente de mortalidade Infantil e o coeficiente de mortalidade de menores de 5 anos são mais utilizados para diagnósticos epidemiológicos em nível local, fornecendo subsídios aos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção à saúde.

A morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerpério é, em sua quase totalidade, evitável. Trata-se de um importante indicador do nível de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos na comunidade. A mobilização da sociedade civil e o fortalecimento de espaços como os Comitês de Mortalidade Materna são essenciais para seu enfrentamento. (BRASIL. MS, 2006, p.20).

A Organização Mundial de Saúde revela que a maioria das mortes materna poderia ser evitada com medidas de melhoria na assistência. No Brasil, a precária qualidade da assistência obstétrica, a má qualidade da informação e a subnotificação dos óbitos, o qual muitas vezes, não é notificado como morte materna, à morte de mulheres grávidas, contribui para um perfil com pouca redução.

Este quadro adverte o Brasil, quanto as Metas do Milênio até o ano de 2015, nas quais está inserida a melhoria da saúde materna. A mortalidade materna associa-se ao direito de acesso aos serviços de saúde de qualidade, como também se associa às desigualdades sociais e as iniquidades, como por exemplo, no Brasil, os óbitos decorrentes dos abortos estão representados, em sua maioria, pelas mulheres negras. (MS. SVS, Saúde Brasil, 2005).

Com relação as endemias de maior relevância destacamos a Tuberculose, a Hanseníase, a Dengue e Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e outros agravos, como a Hipertensão Arterial e Diabetes.

A tuberculose é um dos problemas mais sérios em saúde pública, juntamente com os outros países em desenvolvimento são responsáveis por 80% dos casos mundiais da doença. Segundo o Ministério da Saúde (2006), atualmente, ocorrem em torno de oito milhões de casos novos e quase três milhões de mortes por tuberculose. No Brasil, aproximadamente 85 mil casos novos por ano e cerca de 5 a 6 mil mortes pela doença.

A hanseníase apesar dos avanços do SUS, a hanseníase continua sendo uma doença de importante endemicidade. A ausência de informações sobre as condições sociais dos portadores da doença é um ponto negativo na compreensão da doença.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS – A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida representa um dos maiores problemas de saúde pública, pelo seu caráter pandêmico e pela sua gravidade.

O enfretamento da epidemia e a melhoria da qualidade de vida da população que vive com o HIV/AIDS são vitórias do SUS e da sociedade brasileira, através das militâncias das organizações não governamentais, dos movimentos de luta contra a AIDS e das parcerias que tornaram como exemplo mundial, o Programa Nacional de DST/AIDS.

Também, se destaca outros agravos como a Hipertensão Arterial e Diabetes, sendo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus problemas de saúde pública de grande relevância para todo o país.

As estatísticas, apesar dos subregistros, revelam essa importância, além disso, essas doenças se constituem como os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório que, há algumas décadas, representam uma das maiores causas de morte no país, e que dentre as demandas que surgem, o número de acidentes de trânsito é frequente, desta maneira, considerando ainda que o trauma é uma epidemiologia crescente de agravo à saúde na população brasileira, esse fator vem contribuir na economia, gerando aumento de gastos públicos desde o atendimento pré-hospitalar, internação hospitalar e sem contar com aumento da taxa de permanência destes pacientes, levando a um transtorno no Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS passou a lei, a resistência ao SUS deslocou-se da discussão de princípios, em torno de grandes diretrizes, para elementos pragmáticos da implantação do acesso universal a uma rede “integral” de assistência, procurando, contudo, sempre, buscar meios para atendê-los segundo seus interesses corporativos e valores capitalistas de mercado. Podemos falar em resistência permanente a cada programa, a cada projeto e cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição da reforma sanitária. (Campos G. W. S, 2007 – Revista Ciência e Saúde Coletiva).

Entre as diretrizes do SUS, as duas que desenharam alcançar maior legitimidade foram exatamente a do acesso universal e da atenção integral a todo e qualquer tipo de procedimento considerado necessário para intervir sobre o processo saúde e doença. Estas duas diretrizes são compatíveis tanto com o desenho socializante da tradição europeia dos sistemas nacionais, quanto com a tradição norte-americana, liberal-privatista.

As estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, são interligados de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço, sendo que existem dificuldades diversas na prestação dos serviços de saúde oriundas, dentre outros fatores, do escasso mercado profissional. Atualmente há carência numérica no que tange a médicos pediatras e, em grau menor, socorristas com perfil para atendimento a usuários que procuram as Unidades de Pronto Atendimento, enfermeiros e técnicos de enfermagem capacitados e outros profissionais da área de saúde. Todos estes componentes da cadeia de atendimento ao usuário devem atuar com competência e destreza em sua atenção. Também, as dificuldades da aquisição de insumos e medicamentos, além da manutenção e aquisição de equipamentos são fatores que interferem na eficiência, efetividade e eficácia da administração. É necessária a busca por novas formas de gestão para que muitos destes processos cursem com maior simplicidade e eficácia, buscando um menor custo para a administração pública.

4.3.1. Municipalização - Contexto Histórico Institucional

Tanto os coeficientes de mortalidade geral, quanto os coeficientes de

mortalidade infantil são bons indicadores em saúde pública. A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida de uma população e revelam a oportunidade de acesso e qualidade das ações e serviços de saúde, significando o número de crianças mortas até um ano de vida para cada mil nascidas vivas.

No Brasil, a mortalidade infantil vem caindo ao longo das últimas décadas, estando este declínio associado à expansão da rede de assistência, da aceleração da infraestrutura de saneamento básico, principalmente da rede de abastecimento de água e do aumento da escolarização. Também, incorporando-se como fatores determinantes desta melhoria, os programas de saúde materno-infantil, principalmente aqueles voltados para o pré-natal, parto e puerpério; ampliação da oferta de serviços; campanhas de vacinação; programas de aleitamento materno e reidratação oral. Desse modo, resumidamente, a reunião de todos esses programas e ações, juntamente com a queda da fecundidade, vem intensificando o processo deste declínio, embora o Brasil, ainda, apresente taxas elevadas se comparadas aos países socialmente mais evoluídos. Contudo, esta redução representa uma grande vitória para as políticas sociais, uma vez que sua queda se deve a melhores condições de vida, saúde e trabalho.

O desenvolvimento de programas de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente aqueles que buscam reduzir a mortalidade infantil, como o aleitamento materno, exige uma confiável base de dados e um estruturado fluxo de notificação que expresse quantitativa e qualitativamente a complexidade da inter-relação das condições socioeconômicas da população.

Sendo assim, alguns indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade geral, o coeficiente de mortalidade Infantil e o coeficiente de mortalidade de menores de 5 anos são mais utilizados para diagnósticos epidemiológicos em nível local, fornecendo subsídios aos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção à saúde.

A morte de mulheres por causas ligadas a gravidez, aborto, parto e puerpério é, em sua quase totalidade, evitável. Trata-se de um importante indicador do nível de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos na comunidade. A mobilização da sociedade civil e o fortalecimento de espaços como os Comitês de Mortalidade Materna são essenciais para seu enfrentamento. (BRASIL. MS, 2006, p.20).

A Organização Mundial de Saúde revela que a maioria das mortes materna

poderia ser evitada com medidas de melhoria na assistência. No Brasil, a precária qualidade da assistência obstétrica, a má qualidade da informação e a subnotificação dos óbitos, o qual muitas vezes, não é notificado como morte materna, à morte de mulheres grávidas, contribui para um perfil com pouca redução. Este quadro adverte o Brasil, quanto as Metas do Milênio até o ano de 2015, nas quais está inserida a melhoria da saúde materna. A mortalidade materna associa-se ao direito de acesso aos serviços de saúde de qualidade, como também se associa às desigualdades sociais e as iniquidades, como por exemplo, no Brasil, os óbitos decorrentes dos abortos estão representados, em sua maioria, pelas mulheres negras. (MS. SVS, Saúde Brasil, 2005).

Com relação as endemias de maior relevância destacamos a Tuberculose, a Hanseníase, a Dengue e Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e outros agravos, como a Hipertensão Arterial e Diabetes.

A tuberculose é um dos problemas mais sérios em saúde pública, juntamente com os outros países em desenvolvimento são responsáveis por 80% dos casos mundiais da doença. Segundo o Ministério da Saúde (2006), atualmente, ocorrem em torno de oito milhões de casos novos e quase três milhões de mortes por tuberculose. No Brasil, aproximadamente 85 mil casos novos por ano e cerca de 5 a 6 mil mortes pela doença.

A hanseníase apesar dos avanços do SUS, a hanseníase continua sendo uma doença de importante endemicidade. A ausência de informações sobre as condições sociais dos portadores da doença é um ponto negativo na compreensão da doença.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS – A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida representa um dos maiores problemas de saúde pública, pelo seu caráter pandêmico e pela sua gravidade. A transmissão vertical é um dos aspectos prioritários do Programa Nacional de DST/AIDS.

O enfretamento da epidemia e a melhoria da qualidade de vida da população que vive com o HIV/AIDS são vitórias do SUS e da sociedade brasileira, através das militâncias das organizações não governamentais, dos movimentos de luta contra a AIDS e das parcerias que tornaram como exemplo mundial, o Programa Nacional de DST/AIDS.

Também, se destaca outros agravos como a Hipertensão Arterial e Diabetes, sendo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus problemas de saúde pública de

grande relevância para todo o país. As estatísticas, apesar dos sub-registros, revelam essa importância, além disso, essas doenças se constituem como os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório que, há algumas décadas, representam uma das maiores causas de morte no país.

A situação de saúde no município de Pindamonhangaba é resultado de uma longa caminhada em estreita relação como a história de construção do SUS e da estruturação do sistema de saúde no município.

O município está habilitado normativamente, à condição de Gestão Plena da Atenção Básica sob a égide o Pacto pela Saúde, expresso pelas Portarias nº 399 de 22/02/06 e nº 699 de 30/03/2006.

4.3.2. Unidades De Pronto Atendimento 24 Horas (Upa,Ps)

Os PSs são considerados estabelecimentos de saúde com complexidade intermediária entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar e fazem parte da rede de atenção às urgências, e priorizam o atendimento de emergência, onde a gravidade é que determina a rapidez do atendimento, e não a ordem de chegada.

Os PSs devem ser implantadas em locais estratégicos, com funcionamento ininterrupto por 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados e sábados e domingos e possuir uma equipe multiprofissional interdisciplinar.

A população a ser atendida deve estar de acordo com a caracterização da PS estabelecidos pela legislação vigente. Para tanto será considerado a extensão territorial e densidade populacional, outros serviços de atendimento 24 horas, quantidade e duração de população sazonal do território e dados de demanda reprimida de atendimento de urgência e emergência (Brasil, 2013).

A política para atenção às urgências no Brasil envolve três momentos principais, de 1998 até 2003 com predomínio da regulamentação entre 2004 e 2008, e a extensão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (PS/UPA/UBS), e a partir de 2005, a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs (MACHADO et al., 2011).

Os PSs se constituem no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e tem se estabelecido como importante porta de entrada ao sistema, e são

classificadas de acordo com a população do município, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos.

No que diz respeito ao desenvolvimento da política de urgências, o Ministério da Saúde e a CGUE propõem que a Rede de Atenção às Urgências (RAU) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL,2011ª). A RAU está entre as redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde e foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS. Essa rede considera os componentes pré-hospitalares – atenção básica, especialidades, diagnósticos, pronto atendimento, UPA e PS, tendo como interfaces promoção e prevenção, acolhimento, qualificação profissional, informação e regulação (BRASIL, 2011ª).

No decorrer dos tempos, o Ministério da Saúde regulamenta Portarias Ministeriais, nas quais estão definidas diretrizes de implantação dos PSs dentro da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

Política Pública de Saúde Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. A PNAU foi reformulada em 2011, com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde. Os Pronto Socorros (PSs) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas são componentes da rede, que deve ser implementada gradativamente em todo território nacional com base em critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas em 2010, 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, destacando que a atenção às urgências deve

estar organizada dessa forma. As redes são uma garantia do direito à saúde por intermédio da ampliação do acesso, amenizando as desigualdades sociais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Para a implantação dos PSs foram estabelecidas diretrizes normativas fundamentais na ordenação do planejamento e das práticas dos serviços de assistência – Art. 2º – Definir como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) / Saúde da Família e Rede Hospitalar, associada a uma rede organizada de atenção às urgências. (BRASIL, 2005, P. 33).

O Decreto Federal nº 7.508 de junho de 2011 surge com o importante papel de regulamentar a Lei nº 8.080 nas questões relativas à organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação Inter federativa, e sequencialmente, a PNAU foi reformulada com a criação da Rede de Atenção às Urgências no SUS. O documento definiu as diretrizes da rede, sua estrutura hierarquizada, descrevendo de forma pormenorizada seus componentes e os objetivos a serem alcançados com a regionalização dos atendimentos (BRASIL, 2011).

Os PSs foram criados para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido, poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às UBS, sendo que as PSs deveriam funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade e estabilizar os casos de pacientes graves.

4.3.2.1. Normas que Regem as Unidades 24 Horas

Art. 197 Constituição Federal/1988

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Portaria nº 2.048/2002 Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas.

Estaduais de Urgência e Emergência.

Portaria nº 2.072/2003 Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Atenção às Urgências

Portaria nº 1.601/2011 Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade coma Política Nacional de Atenção às Urgências.

Portaria nº 2.648/2011 Redefine as diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

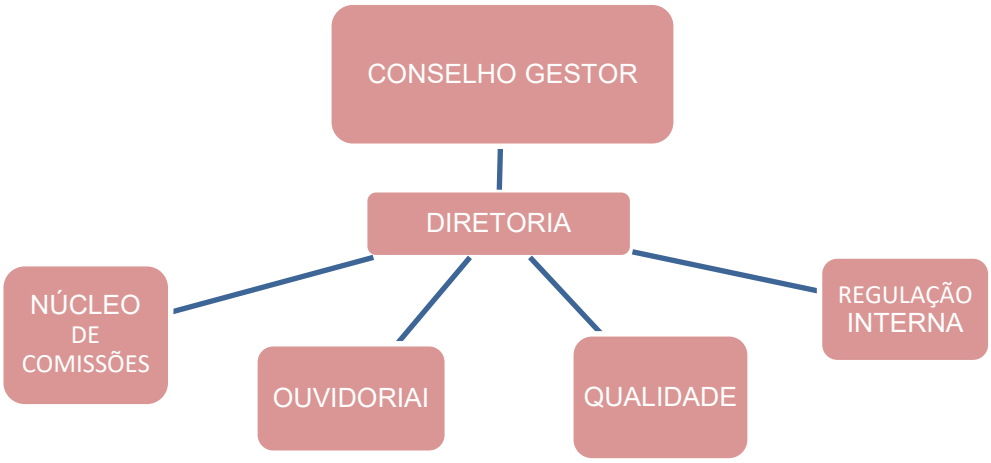
Portaria nº 10/2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde

Resolução CFM 2079/14 Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.

5. ORGANOGRAMAS TATICO E OPERACIONAL

Os organogramas de uma instituição são divididos em três: Estratégico, o tático e o operacional. Acima a página 20 (vinte), apresentamos nosso organograma estratégico, abaixo segue os:

Tático



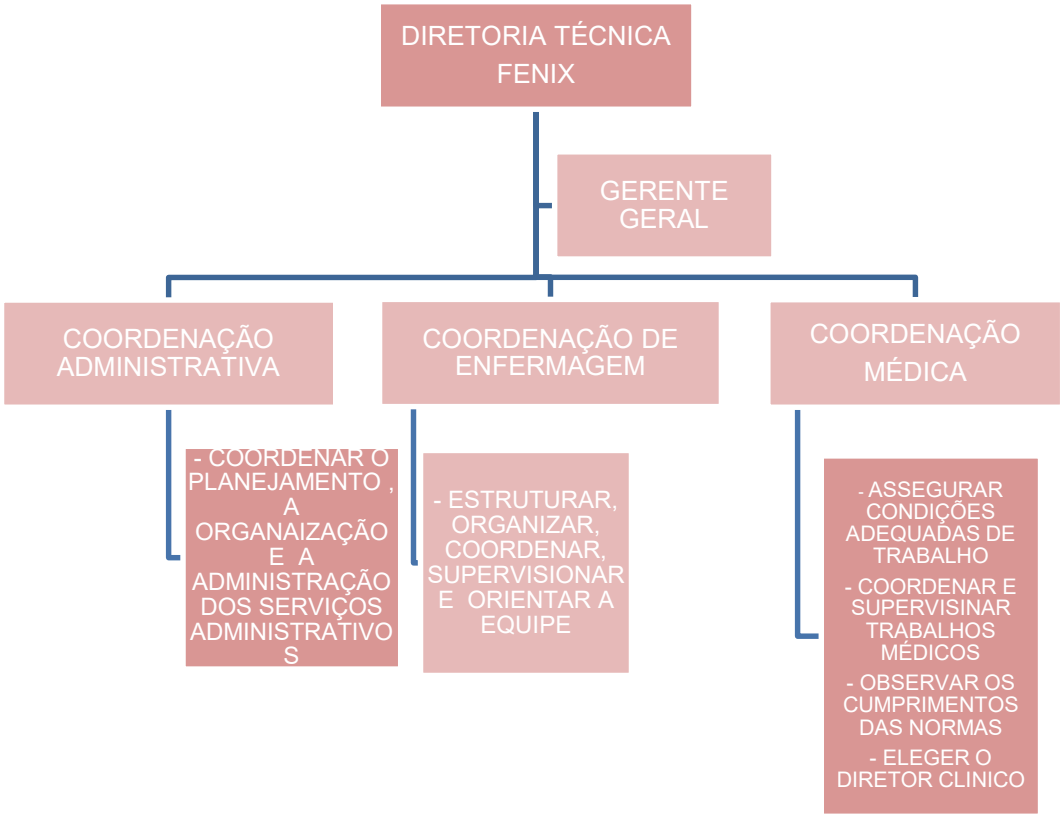
O Conselho Gestor será composto pelos membros gestores da FENIX e por membros que compõe a rede de Urgência Emergência municipal, além da composição de representantes do Núcleo de Qualidade, por ordem seguido de membros do município.

Terá como competências e responsabilidade:

- Propor, implementar e avaliar o planejamento de atividades de assistência, ensino e pesquisa a serem desenvolvidas no âmbito do serviço de saúde, em consonância com as diretrizes estabelecidas;
- Garantir a execução das diretrizes dos serviços sob Gestão da FENIX, independente do porte hospitalar ou complexidade de atendimento, para o cumprimento dos contratos firmados;
- Elaborar, implementar, gerenciar e avaliar o Plano Diretor da unidade para a garantia da melhoria contínua dos processos de trabalho em gestão e assistência ao paciente;

- Estabelecer Políticas Institucionais, Normas e Rotinas além de delegar poderes no âmbito de sua competência;
- Intermediar o relacionamento da Governança da Instituição de Saúde com a SMS/ Pindamonhangaba;
- Disseminar as informações requeridas pelo Conselho à comunidade do Município;
- Instituir e gerenciar as respectivas Comissões e Núcleos nos termos da legislação vigente.

Operacional



5.1. PERFIS E ATRIBUIÇÕES

Diretoria Técnica

Perfil: Ensino de Nível Superior com Título de Especialista, Mestre ou Doutor

em Administração, Gestão Hospitalar, Gestão Pública, Saúde Coletiva ou área correlata e experiência no mínimo de 01 ano, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. A Diretoria Técnica da FENIX é a responsável pela execução dos serviços nas Unidades de acordo com o contrato de gestão firmado com Prefeitura Municipal.

Atribuições Terá como competência determinar os atos de gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de gestão de recursos humanos necessários ao funcionamento da unidade, bem como, tratar com a Secretaria de Saúde sobre todos os aspectos do contrato; Terá que implantar normas, rotinas e protocolos de acordo com as legislações vigentes, se utilizando dos CADERNOS DA REDE DE URGÊNCIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE;

Gerencia geral

Perfil: Ensino de Nível Superior em Administração e ou área vinculada a Saúde, com experiencia em Gestão Hospitalar ou Gestão Pública ou área correlata de no mínimo 01 (hum) ano, experiência em gestão em serviço público ou serviço credenciado do SUS; com conhecimento em Gestão de Saúde, no SUS e de Políticas de Saúde e Administração Pública. Deve ainda possuir habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças

A Gerência Geral é responsável por planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades e ações propostas para a UNIDADE, criando fluxogramas de acolhimento mais indicado para unidade, observando características da comunidade local, dependência SUS, e espaço físico de modo a atender de forma eficiente o usuário, cumprindo com as exigências contratuais e com as propostas da FENIX.

I. É designado como o responsável por estabelecer diálogo e articulação com a Secretaria, bem como as demais Instituições públicas, de controle e fiscalização, assim como o Conselho Regional de Administração, o Ministério Público, conselhos municipais de saúde entre outros.

II. Dentre as competências destaca-se:

- Gerenciar e implementar as políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil em acordo com as diretrizes do SUS na atenção básica;
- Gerenciar e implementar as políticas de gestão da logística e infraestrutura e de gestão de pessoas;
- Gerenciar e implementar as ações e serviços do Serviço de Arquivo Médico e Estatística SAME;
- Gerenciar e implementar as ações de Vigilância e Segurança Patrimonial;
- Gerenciar e implementar as ações que mantenham em perfeitas condições de higiene, climatização e conservação as áreas físicas e instalações da UNIDADES;
- Realizar, anualmente, o inventário de mobiliário e equipamentos contendo condição dos itens;
- Coordenar a elaboração, adequação e a implantação dos manuais, procedimentos e/ou rotinas administrativas da UNIDADES;
- Acompanhar a aquisição e gestão de suprimentos, mantendo estoque em qualidade e quantidade suficientes de medicamentos, material médico hospitalar e correlatos;
- Acompanhar a utilização das ferramentas informatizadas que permitam monitorar e avaliar os indicadores e metas de desempenho;
- Manter atualizado o CNES da UNIDADES;
- Manter a padronização visual da unidade de acordo com o previsto em contrato;
- Acompanhar a elaboração e implantação do Mapa de Risco da UNIDADES, do Projeto e sinalização das Rotas de Fuga, do Programa gerais de Riscos PGR e do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional PCMSO;
- Organizar a UNIDADES, aplicando critérios e indicadores de qualidade, com foco em Certificações de Qualidade;
- Acompanhar por meio de relatórios/atas as reuniões multidisciplinares de estudos de casos;
- Acompanhar a organização e digitação das informações necessárias para alimentar os sistemas de informação oficiais determinados pela Secretaria de Saúde.

Coordenação Médica

Perfil: Ensino Superior em Medicina com Título de Especialista, Mestre ou Doutor em área assistencial com experiência em gestão de serviços de saúde de urgência e emergência pré-hospitalar ou serviço hospitalar e conhecimento em Gestão da Saúde, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública; habilitado para exercer a medicina pré-hospitalar e nas ambulâncias; conhecedor das normativas e portarias relacionadas a Rede de Urgência e Emergências, do Código de Ética Médica, das Resoluções do Conselho Regional de Medicina (CRM) e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; pró atividade; empatia. É o médico principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei.

Atribuições A Coordenação Médica deve assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica, supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos na UNIDADES, além de elaborar e observar o cumprimento das escalas de plantões e das normas em vigor, assegurar o funcionamento da Comissão de Ética Médica. Representar a UNIDADES em suas relações com as autoridades sanitárias e demais autoridades, quando exigirem a legislação em vigor. Manter perfeito relacionamento com os membros da equipe médica. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica. Elaborar, aprovar e zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da UNIDADES.

Coordenação de Enfermagem

Perfil: Ensino Superior em Enfermagem, com cursos relacionados a rede de Urgência Emergência e atendimento pré-hospitalar; experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde e urgência e emergência ou área correlata. Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Gestão em Serviços de Enfermagem, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos;

processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças. Atitudes: ética; pró atividade; empatia.

Atribuições: A Coordenação de Enfermagem deve acompanhar, divulgar o planejamento estratégico da UNIDADES;

- Estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar a equipe de profissionais sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem;
- Acompanhar a evolução dos indicadores, tomando ações corretivas se necessário;
- Acompanhar as ocorrências registradas das suas áreas;
- Prever, elaborar e distribuir quali/quantitativamente o quadro de profissionais do Serviço de sua responsabilidade;
- Acompanhar a escala de férias e horas extras da equipe de enfermagem.
- Elaborar registro de atividades de enfermagem, atendimento dos pacientes e procedimentos realizados para fins de controle e efeito estatístico;
- Manter e atualizar registro funcional de todos os profissionais de sua responsabilidade;
- Elaborar projetos e planejamentos a área do Serviço de sua responsabilidade;
- Distribuir tarefas e funções adequadas aos membros de sua equipe;
- Convocar e presidir reuniões com a sua equipe de enfermagem, registrando em atas;
- Manter inter-relações com as equipes multiprofissionais;
- Participar das reuniões multidisciplinares de estudos de casos.
- Sugerir, elaborar, participar e realizar procedimentos que visem melhorar o atendimento;
- Apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico de sua área de competência;
- Participar, junto ao NEP, de treinamentos sistematizados, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde;

- Desenvolver as Instruções de trabalho (técnicos e administrativos) de Enfermagem, referente às unidades e participar na implantação;
- Informar, orientar e interpretar as normas elaboradas a serem implantadas;
- Zelar pelo cumprimento do Código de Ética de Enfermagem.

Coordenação Administrativa

Perfil Ensino de Nível Superior em Administração, Gestão Hospitalar, Gestão Pública ou área correlata e experiência no mínimo de 01 ano, em gestão serviço público ou credenciada do SUS; Conhecimento em Gestão em Saúde, SUS e Políticas de Saúde e Administração Pública. Habilidades em liderança; trabalho em equipe; mediação de conflitos; processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças.

Atribuições

- Coordenar o planejamento, a organização e administração dos serviços administrativos;
- Coordenar as atividades da equipe administrativa, recepção e controle de fluxo;
- Acompanhar metas quantitativas e qualitativas dos profissionais;
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados por meio de indicadores de desempenho;
- Articular internamente os serviços e práticas, com vistas à garantia da integralidade da atenção;
- Garantir o cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, referentes ao funcionamento dos serviços de saúde e implantação das políticas de saúde;
- Acompanhar a implantação e implementação das ações de vigilância em saúde;
- Acompanhar a implantação e implementação das ações de regulação e avaliação da atenção à saúde;
- Manter atualizados os dados necessários para os sistemas de informação em saúde;

- Monitorar a regularidade de abastecimento de medicamentos, instrumentais e insumos médico-hospitalares;
- Monitorar o processo de identificação de necessidades e proposição de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde;
- Mobilizar e acompanhar fóruns colegiados e Comissões;
- Fornecer à Gerência Geral informações sobre o cuidado assistencial e a gestão da atenção à saúde;
- Elaborar, mensalmente, relatório contendo as carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica.

Outros Cargos Apresentação das exigências de currículos para os demais postos ou cargos correspondentes da Unidade.

- **Assistente Social**: Graduação em Serviço Social. Experiência mínima de 06 (seis) meses, conhecer os estatutos que regem os direitos dos usuários. Identificar os determinantes sociais bem como na apreensão das vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários.
- **Administrativo**: Certificado, devidamente registrado, de Conclusão de Curso de Ensino Médio, fornecido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação, curso de conhecimento em ferramentas informatizadas (Word, Excel) e experiência profissional de no mínimo 06 (seis) meses ininterruptos em serviços administrativos. Apoiar as áreas administrativas em geral. Estratificar dados, criar planilhas e relatórios, conforme solicitação dos gestores. Assim como todas as atividades pertinentes ao cargo.
- **Auxiliar de Limpeza**: Ensino Fundamental Completo. Desejável ter trabalhado em áreas hospitalares. Experiência mínima de 06 (seis) meses como auxiliar de limpeza ou serviços gerais. Responsável por fazer o preparo de materiais e produtos utilizados no dia-a-dia pela equipe e realizar higienização em ambiente interno e externo da Unidade de Saúde que envolve técnica e habilidade específica, controlar consumo dos produtos, deve zelar e manter os equipamentos organizados e limpos. Assim como todas as atividades pertinentes ao cargo.

- **Auxiliar de Saúde Bucal**: Ensino Médio Completo, Curso de Auxiliar de Saúde Bucal Completo, Registro Ativo no Conselho da Classe, Experiência mínima de 06 (seis) meses comprovada na função de Auxiliar de Saúde Bucal. Instrumentalizar e auxiliar o Cirurgião Dentista nos procedimentos clínicos, organização das rotinas da sala odontológica e nas ações coletivas de saúde bucal. Ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários na urgência e emergência do serviço de saúde de forma ágil e oportuna. Realizar interface com a rede assistencial a saúde com objetivo de reinserir o usuário no cuidado continuado.

- **Controlador de acesso**: é o profissional responsável por limitar a presença de pessoas. Controlar o acesso, cuidar da segurança de 129ontinua público, Além disso, o controlador de acesso faz a gestão do controle externo; Controlar a movimentação em áreas que são de sua responsabilidade; Controlar a entrada e saída de veículos e visitantes, também em áreas de sua responsabilidade; Finalizar aglomerações estranhas em locais determinados pelo contratante; Dar suporte a recepção. Entre outros determinados pela chefia que não gere desvio de função.
- **Dentista: Ensino Superior** Completo em Odontologia. Registro ativo no Conselho de classe. Experiência mínima de 06 (seis) meses em unidade hospitalar. Realizar atendimento que tem por objetivo aliviar os sintomas dolorosos e infecciosos da cavidade bucal, tais como odontalgia aguda, hemorragia, abcessos, alveolites, traumatismos e outras urgências odontológicas. Ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários na urgência e emergência do serviço de saúde de forma ágil e oportuna. Realizar interface com a rede assistencial a saúde com objetivo de reinserir o usuário no cuidado continuado.
- **Enfermeiro:** Ensino Superior Completo em Enfermagem. Registro ativo no Conselho de classe. Experiência mínima de 06 (seis) meses em unidade hospitalar. Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços. Providenciar os documentos para todos os casos de internação e alta que ocorram, bem como pelos processos de transferência de Usuários.
- **Farmacêutico**: Graduação no curso de farmácia. Registro ativo no Conselho de classe. Experiência mínima de 06 (seis) Meses. Realizar ações especificas de dispensação de produtos e serviços farmacêuticos, controle de

qualidade de serviços farmacêuticos, gerenciando o armazenamento, distribuição e transportem desses produtos, observando os ensinamentos da farmacoeconômia, farmacovigilância e das boas práticas de armazenamento e dispensação. Prestar cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar e prevenir doenças.

- **Médico Clínico**: Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar. Necessita demonstrar equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em Unidades de Pronto Atendimento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para aprendizagem e certificação periódica.
- **Médico Pediatra**: Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico com especialização em Pediatria, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, certificado em Unidade de Ensino Credenciada para o curso de Pediatric Advanced Life Support – PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria). Necessita demonstrar equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em Unidades de Pronto Atendimento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para aprendizagem e certificação periódica
- **Médico Emergêncista**: Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico com especialização em Medicina de Emergência, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar. Necessita demonstrar equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em Unidades de Pronto Atendimento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para aprendizagem e certificação periódica.
- **Médico Generalista/Rotina**: Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do

Estado, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos. Necessita demonstrar equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas; capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em Unidades de Pronto Atendimento; capacidade de trabalhar em equipe; disponibilidade para aprendizagem e certificação periódica.

- **Recepcionista**: Ensino Médio Completo. Pacote Office. Experiência mínima de 06 (seis) meses em recepção geral ou hospitalar. Recepcionar, acolher o usuário com excelência. Realizar o agendamento de exames, consultas e procedimentos. Controlar prontuários de pacientes direcionando-os até os consultórios médicos e salas de exame e medicação.
- **Técnico de Farmácia**: Certificado, devidamente registrado, de Conclusão de Curso de Ensino Médio, fornecido por instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação e experiência profissional de no mínimo 06 (seis) meses ininterruptos em serviços de farmácia. Realizar tarefas simples em farmácias, estocando e manipulando produtos já preparados para auxiliar o farmacêutico; colocar etiquetas nos remédios, produtos e outros preparados farmacêuticos; armazenar os produtos, para facilitar a manipulação e controle dos mesmos; abastecer as prateleiras com os produtos, para permitir o rápido e permanente atendimento.
- **Técnico de Enfermagem**: Curso técnico em Enfermagem. Registro ativo no Conselho de classe. Experiência mínima de 06 (seis) em unidade hospitalar. Desempenhar atividades técnicas de enfermagem, prestar assistência ao paciente, atuando sob supervisão de enfermeiro; organizar ambiente de trabalho. Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança.
- **Técnico em Radiologia**: Curso técnico em Radiologia. Registro ativo no Conselho de classe. Experiência mínima de 06 (seis) em unidade hospitalar. Atuar na manipulação e processamento de imagens radiológicas, de forma a reduzir ao máximo os riscos decorrentes da exposição à radiação, promovendo o bem-estar do paciente e, inserir em todo o processo cuidados com as Normas e Leis vigentes em nosso país.

- **Nutricionista**: Elaboração do diagnóstico de nutrição. Elaboração da prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e demais informações pertinentes. Registro em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos.
- **Oftalmologista** De uma forma bem resumida, a oftalmologia é uma especialidade da medicina que tem a função de cuidar, prevenir e tratar doenças na visão. O especialista em oftalmologia, ou seja, o oftalmologista, é responsável por investigar e combater doenças relativas à visão e aos olhos. Além disso, é apto a realizar cirurgias e outros procedimentos nesta região. Dentro da oftalmologia, há a possibilidade de o médico seguir se atualizando. Assim, ele pode atuar nas subespecializações oftalmológicas (glaucoma, catarata, retina, plástica ocular, transplante de córnea, etc.).
- **Endoscopista** Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, especialista em endoscopia, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos A Pós-graduação em Endoscopia Digestiva é voltada para médicos especialistas ou pós-graduados em Gastroenterologia. Também podem fazer os especialistas em Cirurgia Digestiva ou Geral.
- **Otorrinolaringologista** Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado como otorrinolaringoslogista, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos com conhecimento médico especializado no diagnóstico e tratamento, clínico e cirúrgico, das doenças dos ouvidos, nariz, garganta, laringe e pescoço.
- **Urologista** Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado como Urologista, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos com conhecimento médico no trato geniturinário, que inclui os rins, bexiga, uretra e órgãos reprodutivos

masculinos, atuando no tratamento clinico e cirúrgico de enfermidades que afetam esses órgãos.

- **Neurologista** Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado como especialidade em Neurologia, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos com conhecimento na especialidade médica que cuida de pessoas com doenças e desordens do Sistema Nervoso. É uma área ampla e complexa. Engloba diversas doenças diferentes e ainda tem relação com outras especialidades médicas, como a neurocirurgia, a reumatologia, a infectologia e a psiquiatria, dentre outras.

- Psiquiatra Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado como especialidade em Neurologia, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos com conhecimento na especialidade médica que cuida de pessoas com os transtornos mentais e trata seus sintomas com medicamentos.
- Buco Maxilo Profissional de nível superior titular de Diploma de Dentista com especialização em Buco maxilo, devidamente registrado no Conselho Regional do Estado como especialidade em Buco maxilo, habilitado ao exercício pré hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos com conhecimento. O Buco Maxilo-Facial é uma especialidade odontológica e sua área de atuação compreende os traumas e fraturas dos ossos da face, patologias e tumores dos maxilares, alterações congênitas de crescimento facial (deformidades do crânio), doenças da Articulação Têmporo Mandibular (ATM), entre outras.
- Cirurgião Vascular Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado como especialidade em Cirurgião Vascular, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, experiência e vivencia em ambientes de pronto-atendimento de, no mínimo, 3 anos com conhecimento para avaliar, tratar e devidamente diagnosticar e encaminhar os pacientes ao atendimento necessário.

6. PROPOSTA PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E FLUXO INTERNO

No Brasil a relação de procura invertida de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços da alta complexidade resultam frequentemente em situações de superlotação dos pronto atendimentos que passaram a ser o principal local de triagem dos serviços de saúde, sobrecarregando a equipe multidisciplinar desses serviços, e por conta disto, buscando melhorar a qualidade da assistência e estimulando a participação de gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS, o Ministério da Saúde instituiu em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS.

Dentre as diretrizes de maior relevância no HumanizaSUS está o acolhimento que o Ministério da Saúde define como ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (Brasil, 2004).

Para o Ministério da Saúde “o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas o compartilhamento de saberes, angustias e invenções” (Brasil, 2005, p. 18), e por conta disto, o Ministério da Saúde desde 2002 vem falando da triagem classificatória nas portas de entrada das emergências hospitalares, porém, somente em 2005 que a classificação de risco surge como ferramenta para organizar a fila de espera, propondo uma ordem de atendimento pelo acometimento do paciente, e não pela ordem de chegada.

Essas condições visam a um pronto atendimento mais racionalizado, com bases criteriosas e qualificadas, fundamentalmente estruturado em uma rede hierarquizada e efetiva.

"O acolhimento é um modo de operar os processos 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 em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização". (Gomes e Pinheiro, 2005, p.46)

Atualmente a classificação de risco já se faz presente nas unidades de urgência/emergência, sendo instrumento necessário para implantação das Urgência/Emergência do Pronto Socorro/UPA.

Desta maneira, o Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macros e micropolíticas" (Brasil, 2005, p. 28).

Para o Ministério da Saúde o enfermeiro é o profissional que deve realizar a classificação de risco. Assim, em 2012 o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) através da portaria nº 423 estabeleceu como atividade privativa do enfermeiro a classificação de risco, por se tratar de um processo complexo, no qual são necessários competência técnica e científica em sua execução. Além de que o enfermeiro deve ser dotado de conhecimentos, competências, habilidades para garantir o rigor técnico-científico do processo de classificação.

6.1. CRITÉRIOS PARA O ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS

Todo usuário admitido na Urgência/Emergência dos Postos de Urgência será avaliado, inicialmente, pela classificação de risco realizada por um enfermeiro qualificado.

Este profissional deverá priorizar o atendimento do usuário, de acordo com a necessidade da assistência. Durante o processo da classificação de risco, o usuário será submetido à avaliação inicial (queixa principal, sinais e sintomas aparentes, antecedentes clínicos, cirúrgicos, alérgicos, e de imunização, parâmetros vitais, registro da data e horário de chegada) e classificado em cores,

de acordo com o nível de complexidade do caso.

A classificação de risco não se limitará ao espaço físico, mas sim, ao conceito de determinação de urgência e fluxo de atendimento.

As emergências serão admitidas em entrada exclusiva (sala de emergência – Sala vermelha).

Cabe lembrar que durante o Acolhimento com Classificação de Risco o enfermeiro deve estar atento tanto ao sofrimento físico quanto ao psíquico, deve assumir uma postura acolhedora, realizar escuta qualificada, procurando sempre dar encaminhamentos e respostas resolutivas para os problemas dos pacientes e familiares que buscam atendimento (Brasil, 2005).

6.1.1. Protocolo da Classificação de Risco

A classificação de risco é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, que visa avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Ou seja, trata-se da priorização do atendimento, após uma complexa avaliação do paciente, realizada por um profissional devidamente capacitado, do ponto de vista técnico e científico.

A classificação de risco deve ser realizada por meio de protocolos, para tornar o trabalho mais sistemático, garantindo que diferentes profissionais obtenham o mesmo resultado na avaliação do paciente, aumentando a agilidade e a segurança nos serviços de urgência, reduzindo mortes evitáveis, além de fornecer um respaldo legal aos profissionais.

No Brasil, um dos mais utilizados é o Modelo de Manchester TriageGroup (MTG), e os profissionais aptos a aplicarem a metodologia do Sistema Manchester de Classificação de Risco são médicos e enfermeiros certificados como classificadores pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. No âmbito da equipe de enfermagem, segundo o Art.1º da Resolução COFEN 311/2007: “o Enfermeiro é o único profissional da equipe que pode atuar no processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde, desde que tenha a devida qualificação, conforme citado anteriormente”.

O Protocolo de Manchester nada mais é que um método de triagem que estabelece escalas de urgência para o atendimento dos pacientes. Ele se mostrou tão eficaz, que hoje é aplicado em diversas instituições de saúde, visando melhorar e agilizar o atendimento, evitar a superlotação, dar prioridade a casos mais graves e melhorar processos no geral. Este método prevê que o tempo de chegada do paciente ao serviço até a classificação de risco seja menor que dez minutos, e que os tempos alvos para a primeira avaliação médica sejam cumpridos de acordo com a gravidade clínica do doente. O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente.

A seguir, a escala de cores mais utilizada, baseia-se nos sintomas que indicará o grau de gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento, de acordo com as respostas apresentadas na aplicação do protocolo, o fluxograma leva a um resultado e o paciente é classificado em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial.



PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
EMERGENCIA	**MUITO URGENTE E URGENTE**	**URGÊNCIA RELATIVA**	**AMBULATÓRIO**

✓ Politraumatismo;TCE ✓ Queimaduras grandes; ✓ Coma ou alteração de consciência; ✓ Lesão de coluna vertebral ✓ Desconforto respiratório grave; ✓ Dor no peito + falta de ar + cianose; ✓ Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30 dias; ✓ Perfuração no peito, abdome ou cabeça; ✓ Crise convulsiva; ✓ Intoxicação exógenas ou tentativa de suicídio; ✓ Anafilaxia ou reações	✓ Cefaleia intensa de início súbito; ✓ Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; ✓ História de convulsão; ✓ Dor torácica intensa; ✓ Crise asmática ou desconforto respiratório; ✓ Diabético + sudorese, alteração de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ✓ Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ✓ História recente de	✓ Idade superior a 60 anos; ✓ Pacientes escoltados; ✓ Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ✓ Asma fora de crise; ✓ Enxaqueca; ✓ Dor de ouvido moderada a grave; ✓ Dor abdominal sem alteração de sinais vitais; ✓ Sangramento vaginal sem dor abdominal; ✓ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ✓ Abcessos; ✓ Distúrbios neurovegetativos;	✓ Queixas sem alterações agudas; ✓ Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; ✓ Demais situações não ✓ Demais situações não enquadradas anteriormente; ✓ Uso de benzilpenicilina

alérgicas + falta de ar; ✓ Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); ✓ Parada cardiorrespiratória; ✓ Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados) ✓ Hemorragias não controláveis; ✓ Fraturas; ferimentos (cortes). ✓ ✓ Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); ✓ Parada cardiorrespiratória; ✓ Alterações de SSVV + sintomas	melena ou hematêmese ou entorragia; ✓ Epistaxe; ✓ Dor forte de qualquer natureza; ✓ Sangramento vaginal com dor abdominal; ✓ Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; ✓ Febre alta (39/40°) ✓ Luxações, entorse + dor intensa; ✓ Acidentes por animais; ✓ Broncoespasmo	✓ Lombalgia intensa; ✓ Intercorrências ortopédicas; ✓ Gastroenterite ✓ Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; ✓ Abcessos; ✓ Distúrbios neurovegetativos; ✓ Lombalgia intensa; ✓ Intercorrências ortopédicas; Gastroenterite.	

(diagnosticados) ✓ Hemorragias não controláveis; ✓ Fraturas; ferimentos (cortes).			

6.1.1.1. Dicionário de Queixas e Sintomas

A	
Abuso sexual, vítimas de violência	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (FC < 50 ou >140; PA Sistólica <90 ou >240; PA Diastólica > 130; Taxilar <35 ou >40ºc)	AMARELO
Alterações de Sinais Vitais em paciente sintomático – (Pulso > 140 ou < 45; PA Diastólica >130 mmHg; PA Sistólica < 80 mmHg; FR > 34 ou < 10)	VERMELHO
Abscessos	VERDE
Alterações Agudas de Comportamento – Agitação, Letargia ou Confusão Mental	AMARELO
Asma fora da crise	VERDE
Anafilaxia ou Reações Alérgicas associadas a insuficiência respiratória	VERMELHO
Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h	VERMELHO
Antecedentes com problemas respiratórios, cardiovasculares e metabólicos (diabetes)	AMARELO
Avaliação de resultados de exames	AZUL
Atestados médicos	AZUL
Aspiração	VERMELHO
C	
Comprometimento da Coluna Vertebral	VERMELHO
Crises Convulsivas (inclusive pós-crise)	VERMELHO
Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos	AMARELO
Crise Asmática	AMARELO
Contusão pulmonar	VERMELHO

Curativos	AZUL
D	
Deambulação, impossibilidade de	VERDE
Doadores de sangue	VERDE
Diarreia e vômitos sem sinais de desidratação	VERDE
Diarreia e náuseas / vômitos persistentes com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de sinais vitais	AMARELO
Dor no peito associado à falta de ar e cianose	VERMELHO
Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora com repouso	VERMELHO
Dor em aperto, facada, agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores, ombro, região cervical e mandíbula, de início súbito, de forte intensidade acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos ou queimação epigástrica, acompanhada de perda da consciência, com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes	VERMELHO
Distúrbios Metabólicos – (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO
Diminuição do Nível de Consciência	AMARELO
Dor torácica intensa	AMARELO
Diabético apresentando – sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia	AMARELO
Desconforto respiratório grave	VERMELHO
Desmaios	AMARELO
Distúrbios metabólicos – complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia)	VERMELHO
Distúrbios neurovegetativos	VERDE
Dor abdominal sem alteração de sinais vitais	VERDE
Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais (taquicardia ou	AMARELO

bradicardia, hipertensão ou hipotensão, febre)	
Deficientes físicos	VERDE
Dor de ouvido moderada a grave	VERDE
E	
Estado mental alterado ou em coma ECG entre 12 e 10	VERMELHO
Estados de pânico, overdose	AMARELO
Epistaxe com alteração de sinais vitais	AMARELO
Escoltados	VERDE
Enxaqueca – pacientes com diagnóstico anterior de enxaqueca	VERDE
Entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
Envenenamento – intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
F	
Febre em imunodeprimidos	AMARELO
Forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Fraturas da 1ª e 2ª costela	VERMELHO
Fraturas 9ª, 10ª, 11ª costela ou mais de três costelas	VERMELHO
Febre alta (39/40º C)	AMARELO
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor intensa	AMARELO
Ferimentos para sutura	VERDE
Fraturas – Lesão de membros com desalinhamento	VERMELHO
G	
Gestantes com complicações da gravidez	AMARELO
Gravidez confirmada ou suspeita	VERDE
H	

Hipo ou hiperglicemia – complicações de diabetes	VERMELHO
Hemorragias não controláveis	VERMELHO
História de convulsão sem alteração da consciência	VERDE
História de Convulsão / pós ictal – convulsão nas últimas 24 horas	AMARELO
História recente de melena ou hematêmese ou entorragia com PA sistólica < 100 ou FC > 120	AMARELO
I	
Infecções graves- febre, exantema petequial ou púrpura, alteração do nível de consciência	VERMELHO
Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12	VERMELHO
Intoxicação exógena sem alteração de sinais vitais, Glasgow 15	AMARELO
Insuficiência respiratória: saturação < 90% + taquicardia, bradicardia, incapacidade de falar, confusão mental	VERMELHO
Imunodeprimidos com febre	AMARELO
Intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
Inalação de fumaça – Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO
I	
Lombalgia intensa	VERDE
N	
Negação violenta das óbvias injúrias graves com pensamentos de fugas e alterações de discurso e ocasionalmente, com respostas inapropriadas	VERMELHO
Neurovegetativos, distúrbios	VERDE
O	

Óbitos no local da ocorrência	VERMELHO
Ortopédicas – intercorrências ortopédicas (entorse suspeita de fraturas, luxações)	VERDE
P	
Politraumatizado grave – lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; ECG < 12	VERMELHO
Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15; sem alterações de sinais vitais	AMARELO
Parada cardiorrespiratória	VERMELHO
Pacientes escoltados	VERDE
Pacientes doadores de sangue	VERDE
Perfurações no peito, abdome e cabeça	VERMELHO
Q	
Queimaduras com mais de 25% de área de superfície corporal queimada ou com problemas respiratórios	VERMELHO
Quedas – forças de desaceleração tais como quedas ou em explosões	VERMELHO
Queixas crônicas sem alterações agudas	AZUL
R	
Requisições ou trocas de receitas médicas	AZUL
Resultado de exames	AZUL
S	
Sangramento vaginal sem dor abdominal ou com dor abdominal leve	VERDE
Sangramento vaginal com dor abdominal e alteração de sinais vitais	AMARELO
T	
Trauma Crânio Encefálico grave ´ECG < 12 – Glasgow < 10	VERMELHO
Trauma Crânio Encefálico leve (ECG entre 13 e 15)	AMARELO

Trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos	AZUL
V	
Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação	VERDE
Vômitos em paciente diabético, associado a sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, taquipnéia e taquicardia	AMARELO
Vômitos / Náuseas e diarreia persistente com sinais de desidratação grave – letargia, mucosas ressecadas, turgor pastoso, alterações de sinais vitais	AMARELO

Em se tratando da observação clínica, firmamos que a observação compreenderá a prestação de assistência à saúde no período previsto de até 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da urgência/emergência do pronto atendimento, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias.

Após as 24 horas de observação com realização de exames e terapêutica, caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, o paciente deverá ser encaminhado para internação nos serviços hospitalares, por meio do NIR (Núcleo Interno de Regulação).

No período de Observação, estão incluídos:

Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer;

Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade,

RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e REMUME (Relação Municipal de Medicamentos), Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de Saúde;

Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao usuário; Assistência Nutricional necessária durante o período de observação.

Direito a acompanhante durante o período da observação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que

estabelece o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS – Sistema Único de Saúde).

O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico consistirá na realização de exames complementares necessários para o diagnóstico ou à coleta de materiais, e realização de procedimentos terapêuticos imediatos necessários no atendimento da emergência.

Estão incluídos:

- Eletrocardiograma;
- Coleta de material e realização de exames laboratoriais;
- Exames de radiologia geral;
- Suturas e curativos;
- Imobilização de fraturas/gesso;
- Inalação/aplicação de medicamentos/reidratação;
- pequenos procedimentos médicos.

Garantir o tratamento medicamentoso durante o processo de assistência.

Realizar tratamentos concomitantes para diferentes dos prescritos para a condição mórbida.

O atendimento médico e pediátrico, sendo contínuo nas 24 horas, todos os dias, inclusive feriados e finais de semana, de acordo com a abrangência de atendimento específico de cada Urgência/Emergência do Pronto Socorro 24h.

Solicitar avaliação a retaguarda de especialista disponíveis na Unidade, e quando avançar os instrumentos da Unidade, inserir o paciente na CROSS para o encaminhamento ao serviço referenciado.

As ações de saúde a serem desenvolvidas estão construídas com base no alicerce normativo do Sistema Único de Saúde, sendo estruturadas da seguinte maneira:

No que se refere ao atendimento às urgências e emergências, realizaremos atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias do ano, observando o que segue:

Atendimento de Urgência com observação até 24h em Atenção especializada;

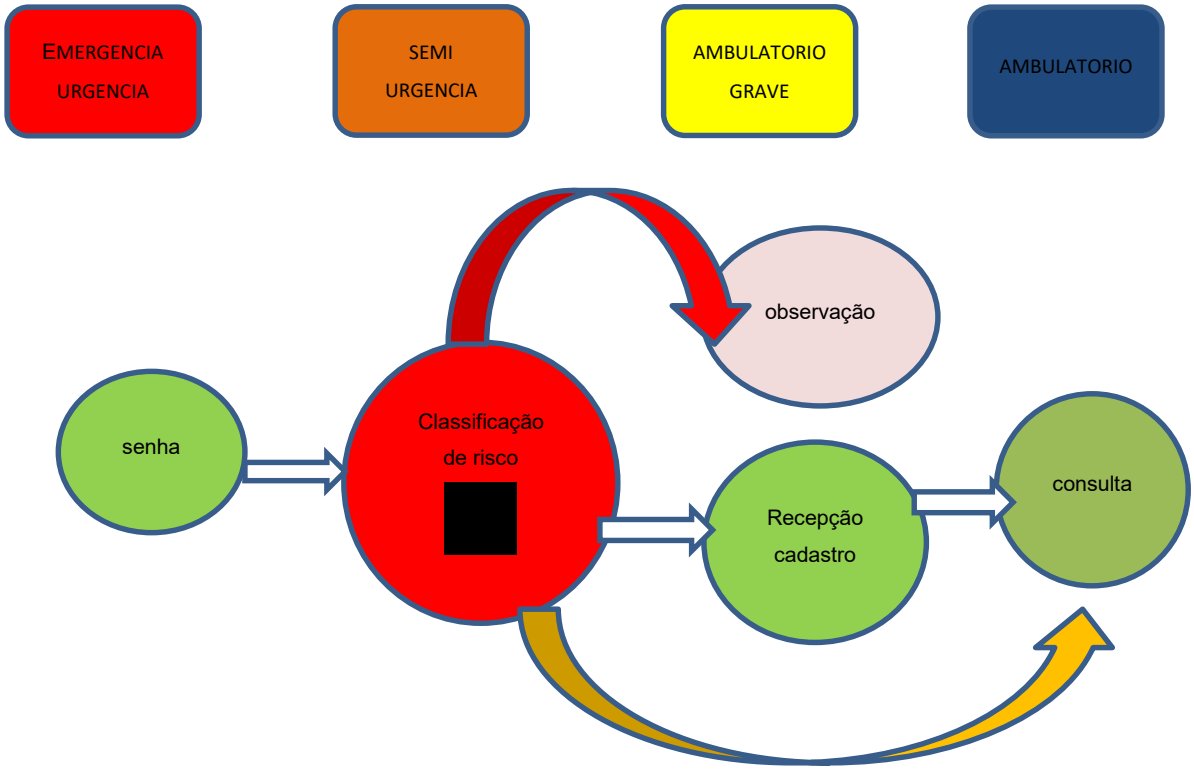
Atendimento Médico em urgência/emergência do pronto atendimento 24h;

Atendimento ortopédico com imobilização provisória;

Acolhimento e Classificação de Risco.

Assegurar aos usuários que os serviços prestados estejam voltados à atenção acolhedora, resolutiva e humana com base nas normas da Política Nacional de Humanização, além de estar alinhados com as orientações da Secretaria Municipal da Pindamonhangaba. As rotinas e procedimentos específicos do dispositivo de acolhimento com a ferramenta de classificação de risco e busca ativa para os usuários atendidos. O atendimento aos usuários deve apresentar o caráter multidisciplinar com equipe especializada em conformidade com as legislações vigentes e aplicáveis – MS. Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, etc.

6.1.1.1.1 Fluxo de Atendimento



7. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CUIDADO E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO MUNICIPAL

- Implementação de processos regulatórios intra-hospitalares, centrados no usuário, voltados à garantia de acesso oportuno às ações e serviços ofertados, na perspectiva da operacionalização das linhas de cuidado;
- Implementação de mecanismos de gestão da oferta de leitos, consultas e SADT tendo em vista as necessidades assistenciais, o conhecimento da oferta, sua disponibilização em tempo oportuno e maior efetividade clínica;
- Participação, junto à gestão do cuidado, da organização do fluxo assistencial intra-hospitalar, a partir do conjunto de ações e serviços de saúde contratualizados com o gestor do SUS;
- Elaboração, implantação e operacionalização dos protocolos de regulação assistencial de maneira articulada com a gestão do cuidado e harmonizada com os critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades adotados pelo hospital;
- Implementação de mecanismos de contrarreferência dos usuários aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS, com vistas à continuidade do cuidado e alta responsável;
- Participação do processo de construção, avaliação e adequação dos protocolos de regulação adotados pelos gestores do SUS;
- Articulação sistemática com as estruturas regulatórias do SUS, com vistas a viabilizar a disponibilização de ações e serviços para regulação pelo gestor do SUS e aprimorar a regulação do acesso.

7.1. ORGANIZAÇÃO DO ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

- SAME, SIS, revisão de laudos para emissão de AIH e APAC;
- Estruturação, organização, operacionalização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME);
- Registro regular, atualização e processamento, quando couber, dos sistemas SIMEC/SISREHUF, SCNES, SIA, SIH, SISREG e SISRCA ou outros que vierem a substitui-los, e envio regular do processamento ao gestor de saúde;

- Implementação de estratégias de qualificação do registro das informações de produção ambulatorial e hospitalar;
- Envio sistemático ao setor de orçamento e finanças das informações financeiras de produção ambulatorial e hospitalar e da programação orçamentária da contratualização SUS;
- Implementação de processo de revisão dos prontuários e laudos para emissão de AIH e de APAC;
- Revisão sistemática da programação física e orçamentária, ambulatorial e hospitalar;
- Revisão sistemática de contas médicas incluindo a avaliação das internações e procedimentos ambulatoriais (Auditoria Clínica);
- Monitoramento e avaliação da produção ambulatorial e hospitalar;
- Monitoramento e avaliação de indicadores de desempenho da regulação assistencial e da contratualização hospitalar com o gestor do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Monitoramento e avaliação das metas da contratualização hospitalar com o gestor do SUS, em consonância com as definições estabelecidas no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização – CAC;
- Elaboração dos relatórios de acompanhamento das metas contratualizadas com o gestor do SUS e discussão junto à equipe de governança do hospital;
- Disponibilização de informações estratégicas para a tomada de decisão pela governança para as questões afetas à contratualização hospitalar;
- Implantação de Contratos Internos de Gestão conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, com vistas ao cumprimento das metas contratualizadas com o gestor do SUS.

7.2. REGULAÇÃO DE LEITOS

O sistema de regulação de leitos será responsável pela interlocução com a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba utilizando sistema informatizado via web padronizado. O Serviço funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, de

forma ininterruptas.

Em julho de 2011foi publicada a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, esta reformulação trata-se de um consolidado de todas as estratégias para a implementação da RUE no Brasil com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços em situações de urgência e emergência com resolutividade e em tempo oportuno.

Em dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o MS já acenava para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos. Esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

A RUE deverá se dar de forma pactuada entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionado pautado na oferta de serviços.

A portaria nº 4279/2010 que estabelece as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde nos diz que “a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. O objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e eficiência econômica (Brasil, 2010).

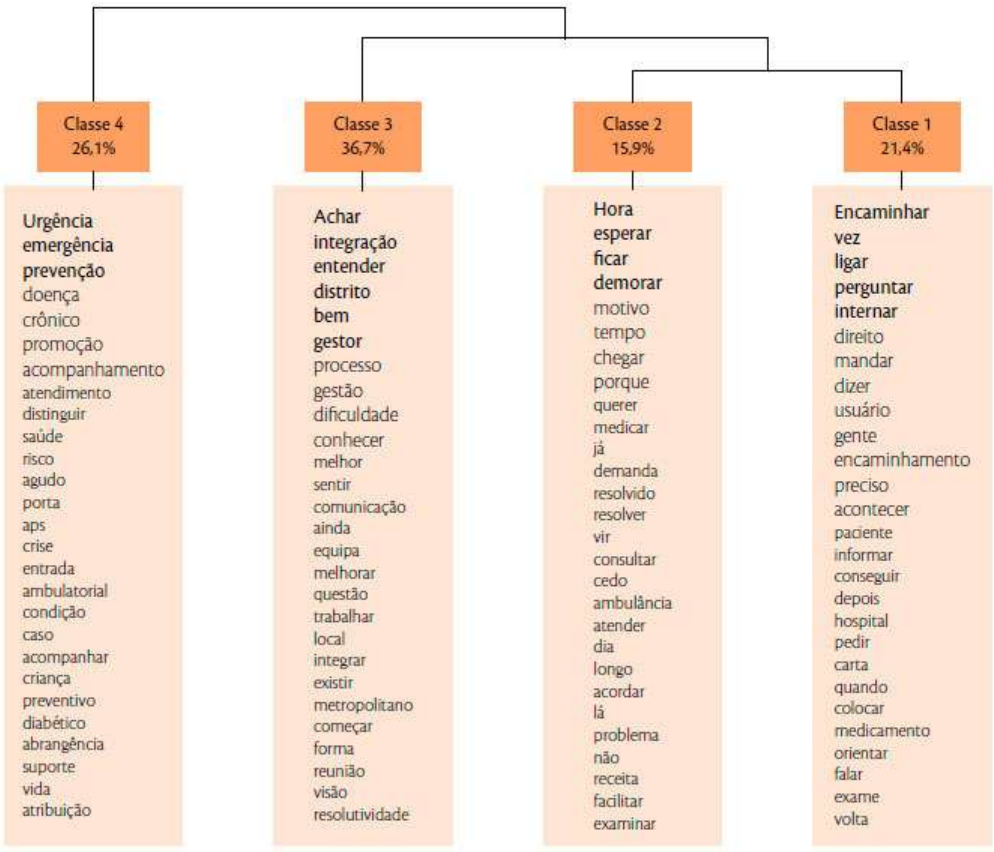
Deste modo, surge a necessidade de se criar a RAS pela evidente dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (Brasil, 2010). A portaria nº 1600/2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS fala que: “a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna”.

E para tal, o acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção consiste à base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a Rede de atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. (Brasil, 2011).

A rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos está composta pelas unidades de pronto atendimento 24h, que são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a rede hospitalar, tendo como objetivo assegurar o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referencia-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

7.3. COMPONENTES E INTERFACE DA RUE

Os serviços deverão funcionar dentro de um fluxo regulado e efetivo de atenção.



7.3.1. Características e Competências do Nir

Capítulo I
Disposições Iniciais

Art. 1.º Este regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo Interno de Regulação (NIR), tendo como foco principal o atendimento especializado, eficaz e de qualidade aos usuários, internos e externos, do Pronto Socorro Municipal de Pindamonhangaba e regiões de referencia, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) Estadual.

Art. 2.º O conteúdo deste regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do NIR, tais como: definir os fluxos dos procedimentos e orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe interna e externa, facilitar a tomada de

decisões; proporcionar meios para delegar autoridade; fazer com que o serviço funcione de maneira harmônica e efetiva; disciplinar os procedimentos; ordenar as atividades, bem como definir e estabelecer responsabilidades.

Art. 3.º Este regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis inconformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho, possibilitando a FENIX uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional do NIR, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado e um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Capítulo II
Caracterização Seção

Art. 4.º O NIR é uma subunidade (Técnico-Administrativa) da Unidade de Regulação Assistencial que monitora o paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

Parágrafo único. O serviço está estruturado conforme diretrizes instituídas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e Política Nacional de Regulação do SUS, e caracteriza-se da seguinte forma:

I – Título: Núcleo Interno de Regulação;

II – Sigla: NIR;

III – Localização: na propria unidade de saúde;

IV – Vinculação:

a) Unidade de Regulação Assistencial (Santa Casa e demais serviços do municipio);

b) Central de Regulação e Oferta de Serviços de Saúde (CROSS);

Seção II
Estrutura física

Art. 5.º Compõem a estrutura física do NIR:

Salas do Núcleo de Controle e Acompanhamento de Procedimentos Eletivos, Espaços destinados ao desenvolvimento das atividades específicas do Serviço.

Capítulo III
Responsabilidades

Seção I Missão

Art. 6.º O NIR tem por missão concretizar o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações necessárias ao atendimento da demanda dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS.

Seção II Visão

Art. 7.º O NIR tem por visão ser referência nacional no gerenciamento de leitos, na racionalização e no uso da capacidade instalada, ampliação e promoção de práticas assistenciais seguras bem como ter excelência no acolhimento e atendimento ao usuário, em consonância com as diretrizes da humanização do Ministério da Saúde.

Seção III Valores

Art. 8.º São valores do NIR, em consonância com os valores do Municipio de Pindamonhangaba, respeito e comportamento ético em relação ao ser humano, ao ambiente de trabalho e à legislação; humanização, cooperação e integração, solidariedade, empatia, responsabilidade social, respeito ao meio ambiente, inclusão social, equidade e universalidade no atendimento.

Seção IV Competências e produtos

Art. 9.º São competências do NIR:

I – coordenar o trabalho de regulação intra-hospitalar;

II – controlar diariamente a disponibilidade de leitos;

III – monitorar o tempo médio de permanência de cada paciente;

IV – constituir a interface entre hospital e Central de Regulação;

V – monitorar o fluxo de informações entre a Central de Regulação e o hospital;

VI – organizar e acompanhar indicadores;

VII – elaborar relatórios mensais para discussão em colegiado/comissões;

Parágrafo único. Ações relativas à gestão de consultas são articuladas e integralizadas ao NIR por meio de ações do coordenador.

Art. 10. Constituem produtos do NIR:

I – estruturação do fluxo de entrada e saída do paciente na Unidade;

II – conciliação das etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico;

III – coordenação da gestão dos leitos das unidades de internação em conformidade com as necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida;

IV – coordenação da gestão de consultas e procedimentos no âmbito ambulatorial, em conformidade com as necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida e de acordo a contratualização estabelecida;

V – acompanhamento da efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos, estabelecer e utilizar critério de admissão por fator de risco;

VI – permissão do acesso a informações médicas do tratamento de pacientes, ao requerente devidamente autorizado por lei;

VII – recepção, administrativamente, dos pacientes para internação eletiva, verificando e preenchendo todos os formulários exigidos para o atendimento;

VIII – intermediação, com os demais órgãos de saúde, visando os procedimentos que necessitem de prévia autorização;

IX – operacionalização do Sistema de Regulação Interno, o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e demais sistemas existentes como a CROSS e demais softwares que permitam a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde;

X – garantia do acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, de urgência/emergência e eletivos;

XI – otimização do Controle e Acompanhamento de Procedimentos Eletivos;

XII – atuação na referência e contrarreferência aos serviços envolvidos;

XIII – promoção da melhoria constante de processos e integração institucional;

Seção V Clientes

Art. 11. São clientes do NIR:

I – internos:

a) usuários, familiares e/ou acompanhantes;

b) unidades organizacionais e assistenciais;

c) áreas de apoio;

d) colaboradores;

II – externos:

a) usuários e seus acompanhantes;

b) órgãos públicos ligados à saúde e assistência.

c)Todos os cidadãos que buscarem o serviço

Capítulo IV
Capital Humano

Seção I Deveres

Art. 12. O NIR deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos

objetivos da instituição, devendo:

I – conhecer a capacidade de leitos por especialidades e patologias;

II – subsidiar discussões internas e externas (Rede de Atenção à Saúde – RAS) que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos ofertados;

III – otimizar a utilização dos leitos, com vistas a redução da taxa de ocupação e o tempo médio de permanência nos diversos serviços, ampliando o acesso aos leitos, tanto no âmbito intra-hospitalar, quanto para outros serviços disponibilizados pela RAS;

IV – articular a dinamicidade do uso dos leitos hospitalares por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades desempenhadas pelas equipes assistenciais;

V – permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação assistencial;

VI – qualificar os fluxos de acesso aos serviços e as informações no ambiente hospitalar;

VII – otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de novas tecnologias no âmbito hospitalar;

VIII – promover a articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado no âmbito intra-hospitalar;

IX – aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando o atendimento mais adequado às suas necessidades;

X – apoiar as equipes na definição de critérios para internação e alta;

XI – estimular o cuidado horizontal dentro da instituição;

XII – subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão interna;

XIII -colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento na proposição e atualização de protocolos de diretrizes clínicas, terapêuticas e administrativos.

Art. 13. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no NIR:

I – observar rigorosamente os horários de entrada, saída e refeições, determinados pela chefia e por lei;

II – comunicar à chefia imediata, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço, com possibilidade de corte de ponto para as faltas injustificadas.

III – comparecer ao trabalho trajados adequadamente;

IV – usar o crachá nas dependências do hospital;

V – tratar a todos com urbanidade;

VI – cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais for designado;

VII – acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

Capítulo V
Organização interna

Art. 14. O NIR funciona 24 horas por dia, sete dias por semana.

Art. 15. Para a consecução das atividades do NIR serão observadas as diretrizes e protocolos assistenciais definidos pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e que, juntamente com as respectivas Divisões e Unidades, serão partes integrantes do Conselho do NIR para o assessoramento das atividades desenvolvidas pelo Núcleo.

Art. 16. As reuniões do Núcleo serão realizadas semanalmente, com o coordenador e a equipe, para deliberar sobre as atividades e/ou pendências administrativas inerentes ao serviço.

Parágrafo único. Quando se tratar de assuntos que envolvam a alta gestão, cabe ao coordenador solicitar, oficialmente, reunião extraordinária com a presença do Conselho.

Art. 17. São indicadores de gestão NIR:

I – indicadores de produção com monitoramento mensal:

a) pacientes-dia no período;

b) taxa de ocupação dos leitos;

c) número de internações;

d) número de consultas;

e) número de cirurgias;

f) taxa de consultas realizadas;

II – indicadores de desempenho com monitoramento mensal:

a) tempo médio de permanência em leito de observação/internação;

b) taxa de pacientes residentes na unidade (permanência superior a 24 horas);

c) índice de renovação (giro de leitos);

d) índice de intervalo de substituição (intervalo de substituição de leitos;

III – Indicadores de Processo com monitoramento trimestral:

a) tempo para efetivação da internação;

c) tempo para higienização do leito;

d) tempo de intervalo entre ocupação do leito por novo paciente

Capítulo VII
Disposições fFinais

Art. 18. O funcionamento NIR, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, devem observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da Ebserh, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do NIR devem ser tratados em documento próprio (Manual de Normas e Rotinas e/ou POP's).

§ 2.º O descumprimento das determinações previstas neste regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regulamentos internos e legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 19 Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação

do Conselho com a chefia do NIR, bem como com a chefia imediatamente superior.

7.3.2. Referência e Contra referência

O Sistema de referência e contra referência em saúde **foi criado para melhorar a atenção global ao paciente**. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo.

O sistema de referência e contra referência é um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível.

Consequentemente, a integração entre os diferentes níveis está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência.

Os níveis de complexidade são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos de prestação de serviços de saúde segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização e a frequência em que ocorrem.

O **nível primário** é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde.

O **nível secundário** destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação, como as unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais.

Finalmente, **o nível terciário** caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência, em que podemos citar os ambulatórios de especialidades, hospitais especializados Maternidade para atendimento de alto

risco e hospitais de especialidades (ex.: Hospital Universitário, Hospitais Regionais, e referencias Estaduais).

O sistema de referência e contrarreferência constitui-se na articulação entre as unidades acima mencionadas, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade.

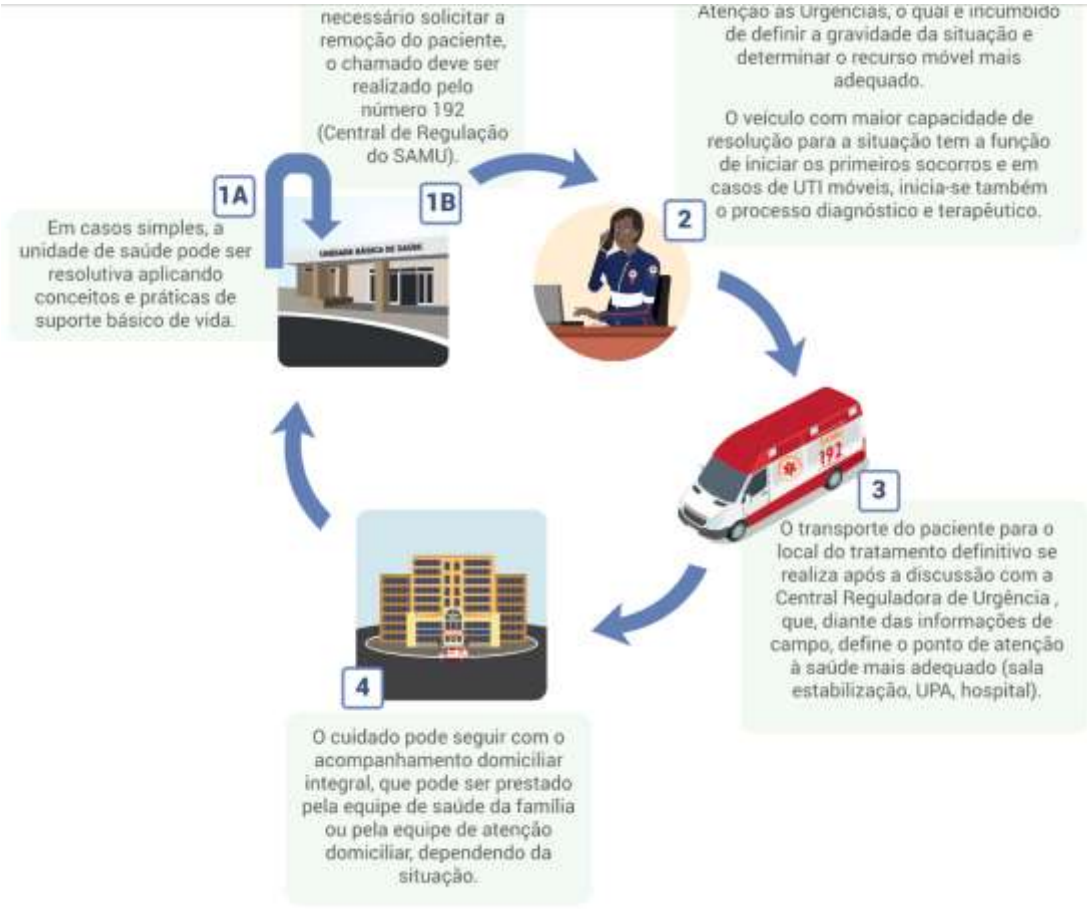
A FENIX criará em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde protocolos específicos por referência e contra referencia;

a) Contra referenciar o paciente a atenção primária, utilizando de impressos e protocolos próprios, já criados dentro da rede e ou a construir;

b) Contra referenciar o paciente a atenção especializada, utilizando de impressos e protocolos próprios, já criados dentro da rede e ou a construir;

O paciente contra referenciado deve ser minuciosamente orientado, e todas as informações quando possíveis devem ser escritas, para que o mesmo não se perca na rede assistencial do município.

7.3.2.1. Fluxo de acesso



8. RELATÓRIO DE PRODUTIVIDADE

A FENIX faz apresentação dos relatórios de produtividade de acordo com as exigências do município, podendo ser bimestral, trimestral ou quadrimensal, ocorre que estes relatórios são entregues juntamente coma a prestação de contas trata-se de um documento destinado a registrar dados relativos ao desempenho de cada setor e atividade realizada no Pronto Socorro Municipal.

É a ferramenta que utilizamos para coletar informações acerca da produtividade do pronto socorro, apresentando um panorama completo dos atendimentos realizados contendo nome do paciente, local de moradia, o atendimento e o CID, lembrando que esses dados são sigilosos, portanto são entregues e apresentados apenas a Secretaria Municipal de Saúde que é a Gestora do Contrato, portanto detentora oficial destas informações.

È por meio desses dados que a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba conseguira ter uma visão geral dos atendimentos realizados na unidade, conhecendo a real produção realizada e podendo desta forma tomar decisões, de modo a melhorar o desempenho da unidade como um todo.

O objetivo dessa estratégia, portanto, é maximizar a produção e reduzir os custos e o tempo para executá-la.

A gestão da FENIX busca fundamentar suas decisões em informações confiáveis desta forma conseguimos alcançar melhores resultados pois trabalhamos com dados concretos e reais não apostando suas ações e prestações de contas em achismos ou intuições.

Desta forma contamos com indicadores que, de alguma forma, registrem também a qualidade dos serviços, como:

- Número de acolhimentos;
- Número de internações;
- Atendimentos ocorridos;
- Medicamentos utilizados;
- CIDS atendidos, entre outros acordados com a Secretaria Municipal de Saúde.

Com poucas palavras, é correto afirmar que a importância de um relatório de produtividade está em seus diversos benefícios, tais como:

- Decisões mais racionais e eficazes;
- Redução de custos;
- Identificação de gargalos, de anomalias e de problemas que atrapalham a produtividade;
- Contribuição para o cumprimento de prazos em dia;
- Aumento da eficiência;
- Elaboração de projetos em médio e em longo prazo;
- Gestão atualizada e atenta a tudo o que acontece internamente.

Não podemos deixar de pontuar, ainda, que todas essas vantagens proporcionam melhores resultados à FENIX e, consequentemente, a municipalidade.

MODELO de relatório de produtividade que será entregue ao município:

	PRODUTIVIDADE DA UNIDADE DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

DATA	NOME	IDADE	ENDEREÇO COMPLETO COM TELEFONE	ATENDIMENTO REALIZADO	CID

CIDS MAIS UTILIZADOS EM UNIDADE DE URGENCIA

CID e quais são suas classificações mais importantes

- Doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99);
- Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (E00 - E90);
- Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99);
- Afecções geradas no período perinatal (P00 - P96).

9. SADT - Serviço Diagnostico e Terapêutico

O SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada nas unidades de saúde e responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado da atenção básica e da atenção especializada.

O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo dos casos de usuários de determinada região. Alguns dos exames mais utilizados na rede de atenção a saúde são: eletroencefalograma, holter, teste ergométrico, ecocardiograma e ultrassonografia, radiografias, estes são alguns dos procedimentos diagnósticos disponíveis em certas unidades com SADT, sendo que os exames ofertados podem variar de acordo com a necessidade de saúde da população da região, de acordo com a capacidade instalada do município e as referências pactuadas junto aos órgãos estaduais e ministeriais.

Basicamente consiste na realização de exames complementares necessários para o diagnóstico, coleta de materiais e a realização de procedimentos terapêuticos imediatos no atendimento de emergência. Inclui procedimentos como: suturas e curativos, imobilização de fraturas com gesso, inalação, aplicação de medicamentos, reidratação, serviço laboratorial e de diagnóstico por imagem.

Para todo e qualquer exame é indispensável o pedido médico preenchido com indicação clínica, carimbado e assinado pelo médico requisitante.

Para todo e qualquer exame é indispensável um documento de identidade do paciente e um comprovante de residência. Sem esses documentos o exame não será realizado em hipótese alguma, pois não poderemos abrir o cadastro do paciente no sistema de prontuário eletrônico e de digitalização de imagens.

Para cada exame específico observar a Tabela SIGTAP, orientar pacientes com relação aos agendamentos, dias, locais, horários e distribuição das vagas durante a semana.

Sempre solicitar que seja informado um telefone de contato, de fácil acesso, para viabilizar a comunicação de eventuais suspensões dos atendimentos em virtude de defeitos que ocorram nos equipamentos ou de imprevistos ocasionados por licenças por motivo de doença dos profissionais responsáveis pelos exames.

O diagnóstico consiste em uma etapa semiológica onde se realiza a coleta e análise de dados sobre determinada condição em um indivíduo. Na maioria das vezes

está atrelado ao raciocínio clínico desenvolvido a partir de uma anamnese bem elaborada, exame físico do paciente e, de exames complementares.

Auxilio na Detecção Precoce das Doenças

A detecção precoce significa fazer o diagnóstico da doença no seu estágio pré-sintomático, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma relacionado com a doença ou apresente alguma alteração ao exame físico realizado por um profissional da área da saúde.

Todas as doenças possuem uma história natural que se caracteriza, basicamente, por três grandes períodos denominados pré-clínico, clínico e reabilitação. No período pré-clínico a doença já está instalada no organismo, mas não existem sinais e sintomas. É exatamente neste momento que o diagnóstico precoce representa a diferença entre a cura e o agravamento da doença.

Os exames realizados quando os sinais e sintomas (período clínico) já apareceram são importantes para avaliar o estágio de evolução da doença e, assim, fornecer dados importantes para o médico direcionar o tratamento.

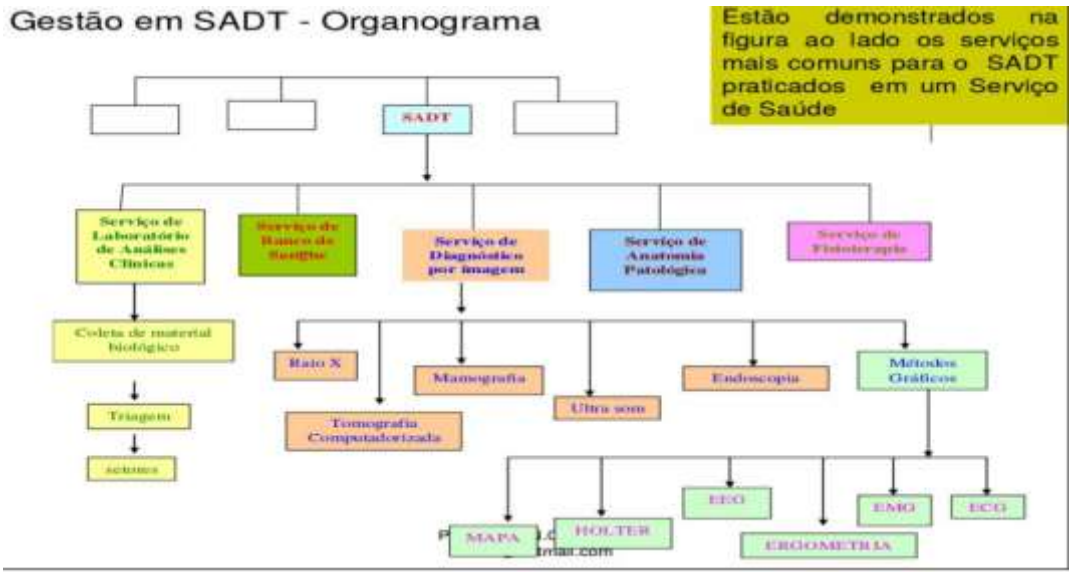
Onde é usado

Hospitais, Rede de Urgência, unidades de saúde básicas e especializadas, médicos solicitam exames à unidades que oferecem SADT (que podem ser internas ou externas em hospitais). Logo, podem ser unidades privados ou públicas, porém atuam sempre de forma autônoma.

Para que é usado auxiliar em exames médicos por meio de informações que descrevem alguma determinada característica de um paciente. Em resumo, servindo como um sistema de apoio à decisão.

Quando é usado quando há necessidade do levantamento de informações para decisões, prescrições, cirurgias, etc. Por parte de especialistas.

O serviço de imagem realiza os mais variados exames de diagnóstico por imagem, colaborando de forma ativa na definição das condutas terapêuticas. Engloba as modalidades de radiologia geral, tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética, atuando 24 horas por dia e nos 7 dias da semana.



Para a realização dos exames, se utiliza hoje equipamentos de última geração, por meio dos quais é possível rastrear traumas e fraturas ósseas (radiologia e tomografia), buscar a causa de dores abdominais e lesões de víscera (ultrassonografia), detectar patologias agudas infecciosas (tomografia), verificar patologias neurológicas e relativas ao músculo esquelético (ressonância magnética), dentre outras funções.



Condizente com a proposta de oferecer um atendimento humanizado e de qualidade, os serviços, além da aparelhagem moderna, tem que contar com uma equipe capacitada e estrutura física adequada.

O laboratório de análises clínicas é responsável pela realização de exames de apoio diagnóstico, o que inclui exames de sangue, urina, fezes, culturas microbiológicas. É a equipe do laboratório que coleta o material, faz a sua análise clínica e entrega os laudos, emitidos via sistema informatizado, dando sustentação diagnóstica ao corpo clínico.

Para solicitação e realização dos exames de diagnose no SUS se utiliza a tabela de procedimentos SIGTAP emitida pelo Ministério da Saúde, nesta tabela se encontra os códigos dos procedimentos, bem como todas as informações necessárias para que os municípios possam realizar através da administração direta (própria ou terceira) seus diagnósticos ou pactuar com os órgãos governamentais estaduais e ministeriais de acordo com sua complexidade.

9.1. SOBRE PRINCÍPIOS E CRITÉRIOS QUE NORTEIA A AÇÃO REGULAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE SADT

O sistema de assistência à saúde é composto por unidades de saúde segundo sua capacidade resolutiva para diferentes agravos da saúde. Isto significa que a atenção básica não deve tratar e pedir exames que são de competência da atenção secundária ou terciária. Por outro lado, patologias básicas não devem ser compulsoriamente encaminhadas para a atenção secundária. É indispensável que os protocolos de acesso sejam observados.

O profissional solicitante de um procedimento de auxílio diagnóstico deve ser aquele responsável por sua interpretação, frente ao quadro clínico e decisão terapêutica. Isto significa que o médico deve pedir exames que são da sua competência. Excepcionalmente, dentro de protocolos de screening e/ou encaminhamento para consulta médica, o profissional da APS poderá solicitar previamente um procedimento de auxílio diagnóstico.

a. A responsabilidade da interpretação de procedimento de auxílio diagnóstico decorre da capacidade/especialização do profissional e da vocação da unidade de saúde à qual se encontra ligado o usuário.

b. O médico da rede básica pode ser orientado por um especialista (até mesmo por tele medicina) na solicitação de um exame. Mas essa orientação deve ser

para cada caso e essa orientação deve constar no pedido. Essa orientação do especialista de maneira nenhuma exime o assistente de 9 atender e preencher o pedido conforme as regras, expressando clínica, tempo de doença, exames já realizados, tratamento já iniciados e evolução, logo, pedidos em que se tem apenas a suspeita diagnóstica e “por orientação do especialista”, serão devolvidos para esse solicitante.

c. Os pedidos médicos da rede privada, de especialistas ou não, terão sempre prioridade inferior aos dos pacientes devidamente cadastrados e atendidos por serviços essencialmente públicos.

Ao médico é dado o poder da caneta e é o responsável pela condução de cada caso de seus pacientes, entretanto é necessário justificar qual a necessidade, e em que ele baseia o seu pedido, caso ele esteja fora do já protocolado pelo SUS.

A Central de Regulação e o Médico Regulador têm funções muito amplas ao defender os três pilares do SUS (universalidade, equidade e integralidade).

A Central de Regulação tem que fazer os pedidos “FLUÍREM”, com o compromisso de:

- Evitar que os pacientes sejam aliciados para a rede particular.
- Evitar o colapso da rede prestadora e congelamento da demanda reprimida.
- Evitar exames autogerados.
- Colher dados e trabalhando junto ao gestor para continua adaptação da rede assistencial.
- Identificar irregularidades recorrentes e informando-as ao gestor.
- Tentar evitar demandas judiciais que comprometem gravemente o orçamento e o direito dos outros pacientes em mesma condição.

A regulação deve ser rígida e imparcial e os médicos solicitantes bem mais criteriosos, éticos e econômicos. E econômico não significa privar o médico nos seus direitos, mas sim exigir melhor semiologia, critérios e conhecimentos, inclusive do regulador que estiver no cargo.

Para solicitação de exames deve seguir os códigos existentes na tabela

SIGTAP, SUS, existem exames de baixa complexidade e os de alta complexidade deve ser observadas as pactuações e as referências além do modelo de alguns protocolos.

As UNIDADES DE PRONTO SOCORRO tem características próprias e sua complexidade é limitada, não podemos esquecer que seu perfil não é o de manter paciente mais do que 24 horas, portanto a solicitação de exames devem ser os que são pactuados junto a SMS e de acordo com sua complexidade, no que caso de necessidade de maiores investigações, os pacientes devem ser encaminhados para a referência hospitalar que tem especialistas que podem realizar a investigação diagnóstica com mais profundidade.

Os exames básicos solicitados em PS, são: exames de apoio ao diagnóstico como raio-X, eletrocardiografia, exames laboratoriais.

Algumas UNIDADES possuem exames de USG e até mesmo retaguarda para realização de exames de alta complexidade como tomografias, ressonâncias, endoscopias entre outros.

Alguns protocolos já instituídos pela FENIX para exames de SADT, e após iniciar a gestão a FENIX se reunirá com a Secretaria Municipal de Saúde Pindamonhangaba para elaboração de novos.

9.1.1. Protocolos de Regulação de Acesso para Exames de Apoio Diagnóstico

RX

O raio x é feito em equipamento específico, que pode ser fixo ou móvel, sendo manuseado por um técnico em radiologia.

Trata-se de um procedimento rápido, simples e indolor.

Para a sua realização, o profissional auxilia o paciente a posicionar a área do corpo investigada junto a um suporte do aparelho.

É por uma abertura ali existente que sairá a chamada radiação ionizante, responsável por gerar as imagens.

São partículas que saem do aparelho e atravessam o corpo do paciente. Parte delas é absorvida por estruturas anatômicas.

Na sequência, os raios chegam a uma chapa que está sob o paciente, cujo material é sensível à radiação. É nesse momento que há o registro de imagens.

Como destacado antes, elas são como fotografias que apresentam tons de cinza, preto e também branco.

A cor que aparece na radiografia depende de alguns fatores, como a densidade, já que o contato da radiação com os tecidos varia.

Aqueles mais densos são os que absorvem uma maior quantidade de radiação.

Quanto mais radiação é absorvida, mais intenso é o seu impacto com a chapa, o que gera imagens mais claras.

É por isso que partes como ossos aparecem brancas em todos os tipos de raio x, enquanto tecidos moles são revelados em tons mais escuros.

Importante dizer ainda que a radiação à qual o paciente é exposto no exame é pequena, embora associada ao desenvolvimento de câncer.

Mais à frente, você verá mais informações sobre os possíveis riscos do raio x.

Rx do membro superior

A base do esqueleto do membro superior é constituída por 4 segmentos, a saber:

- Cintura Escapular – clavícula e escápula;
- Braço – úmero;
- Antebraço – rádio e ulna;
- Mão – ossos da mão.

Preparação para o RX

Não é necessário realizar qualquer tipo de preparação prévia ao exame.

Também não é necessário cumprir qualquer tipo de jejum antes do exame.

O paciente pode tomar a medicação habitual.

Rx dos membros inferiores

Os ossos dos membros inferiores podem ser distribuídos em quatro segmentos:

- Cintura Pélvica – Ilíaco (osso da anca);

- Coxa– Fémur e Patela;
- Perna – Tíbia e Fíbula;
- Pé – Ossos do Pé.

Preparação para o RX

Não é necessário realizar qualquer tipo de preparação prévia ao exame.

Também não é necessário cumprir qualquer tipo de jejum antes do exame.

O paciente pode tomar a medicação habitual.

Existem ainda muitos tipos de RX que são solicitados dentro de uma unidade de Urgência, são exames comuns, e que respeitam sempre a solicitação do medico com seus critérios.

Eletrocardiograma.

- Com uma duração média de 10 minutos, o eletrocardiograma não é complicado. Sua realização é feita por um técnico de cardiopneumologia, em um local tranquilo.
- Deitado em uma maca, com o tronco nu, são colados 6 eletrodos no tórax e outros nos membros ligados ao aparelho eletrocardiógrafo responsável pela medição.
- Durante toda a medição, o equipamento vai gerar um papel térmico quadriculado com um traçado que será interpretado pelo cardiologista. Para que esse resultado seja capaz de contribuir para o diagnóstico, é importante seguir todas as etapas.entrada do paciente — é sempre interessante orientar para que chegue com 10 minutos de antecedência. Assim, diminui-se o risco de atrasos;
- Explicação do procedimento — mesmo sendo simples, muitos pacientes nunca tiveram contato com esse tipo de medição. Convém mencionar tudo que vai acontecer nos próximos minutos, para evitar surpresas;
- Retirada do vestuário — oferecer um avental, já aberto na frente, pode ajudar a diminuir o desconforto por precisar se despir. É essencial pedir também a retirada de acessórios e bijuterias. O sutiã pode ser deixado se não tiver arame, contudo, a conduta precisa ser avaliada de forma a não prejudicar a colagem dos eletrodos;

- Colagem de eletrodos: colocar os condutores nos locais corretos é parte essencial do protocolo. Alterações causadas por erros nessa etapa podem comprometer tanto resultado quanto diagnóstico.
- Limpeza com álcool: assim como a eventual depilação prévia, o álcool ajuda na aplicação dos eletrodos. O que acontece é que a gordura natural da pele gera ruído na transmissão dos sinais. Dessa forma, é importante passar álcool com graduação acima de 90% no local onde serão colados;
- Registro de dados no software: nome e dados clínicos do paciente, remédios consumidos, nome do técnico, tudo precisa ser devidamente inserido no cadastro que inicia o exame;
- Escolha do melhor registro: é preciso considerar qual leitura ficou mais clara durante o ECG. Na tela de correção de registros, será possível perceber eventuais perdas de sinais, interferências ou qualquer detalhe inadequado. É importante desconsiderar esses registros e utilizar apenas o que estiver mais claro.
- Após todo esse protocolo, resta liberar o paciente e explicar que o exame já está pronto, porém, depende de uma interpretação especializada. Em geral, é possível entregar a leitura e o registro em questão de minutos.
- Entretanto, o seu resultado em si sempre vai depender da percepção e do laudo médico. Ao técnico, cabe o procedimento em si, não o diagnóstico. Até mesmo porque às vezes os sinais sozinhos não representam nada e precisam de outros exames para saber exatamente o que significam.

*__verificar protocolo de dor toráxica.__

Exames laboratoriais = ir no protocolo laboratoriais. (Pag.1359 e seguintes)

Os 11 exames laboratoriais mais solicitados em UPAS são:

Exames de hemograma, CKMB, troponina, ureia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, amilase e PCR total quantitativo, podendo a critério médico e de acordo com a pactuação serem inseridos outros.

Broncoscopia

(1) Tumores (Diagnóstico e estadiamento);

(2) Suspeita de doenças pulmonares intersticiais;

• SADT em uma via;

• Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;

• Médico da Unidade

Colposcopia

(1) Resultado de citologia oncótica: ASCUS displásico, NIC II e III e lesões microinvasoras;

(2) Acompanhamento trimestral de gestantes com diagnóstico de lesões pré-invasoras do colo;

(3) Antes do início de terapia de reposição de esteróide sexual na mulher (hipoestrogenismo).

(1) Lesões visíveis de colo (Schiller positivo);

• SADT em uma via;

• Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;

• Descrever resultado da citologia oncótica e teste de Schiller (se houver).

• Todos os médicos da UNIDADE.

Ecocardiografia Transtorácica

(1) Cardiopatias congênitas;

(1) Lesões valvulares;

(1) Acompanhamento de próteses valvulares.

(1) Insuficiência cardíaca em pacientes com achados clínicos de maior gravidade e nos que não melhoram com as intervenções terapêuticas iniciais;

• SADT em uma via;

• Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10;

• Descrever resultado de raios-X simples de tórax;

• Descrever resultado de ECG.

• O exame ecocardiográfico utiliza-se de recursos

Eletroencefalograma (EEG)

(1) Convulsão Maior, Menor e Focal (para diagnóstico, acompanhamento e planejamento terapêutico);

(1) Ausência (todos os tipos);

(3) Demências;

(2) Narcolepsia;

(3) Doença de Alzheimer.

SADT em uma via;

• Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico, hipótese diagnóstica e CID-10. (manifestações neurológicas). Não há e vidências que sustentem a indicação do EEG no diagnóstico de cefaléias

Endoscopia Digestiva Alta

(1) Esofagite e nos casos de complicações do refluxo gastresofágico (úlceras, estenose péptica e esôfago de Barrett);

(1) Varizes esofagianas;

(1) Tumor / Metástases;

(2) Úlcera gástrica/duodenal (diagnóstico e controle);

(2) Sinais de alerta: melena, vômitos persistentes, disfagia, odinofagia, hematêmese, anemia e perda de peso involuntária maior que 5%;

(3) Dispepsia em pacientes maiores de 50 anos ou com maior risco de câncer gástrico.

(3) Dispepsia persistente, refratária ao tratamento clínico e farmacológico, ou evidência de piora dos sintomas;

• SADT em uma via;

• Descrever os resultados de exames realizados durante a investigação do caso. • Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

• Toda endoscopia digestiva alta deverá ser solicitada com pesquisa de H. Pylori “SE NECESSÁRIO”, que será realizada a critério do endoscopista

Ultrassonografia – Abdome Total

(1) Lesões Tumorais palpáveis;

(3) Estudo do Retroperitônio;

(3) Pesquisa de patologias da parede abdominal.

(2) Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais;

(2) Suspeita de líquidos em cavidade;

(2) Pesquisa de má formação de vísceras;

(1) Aneurismas;

• SADT em uma via;

• Descrever resultado de raios-X simples nos casos de estudo do retroperitônio. • Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

• Excluir verminoses, meteorismos e constipação intestinal crônica (CIC).

Ultrassonografia – Aparelho Urinário

(1) Suspeita de tumores vesicais e renais e suprarrenais;

(3) Classificação das disfunções miccionais.

(2) Insuficiência Renal;

(3) Suspeita de nefrolitíase;

(3) Rim policístico;

(2) Pesquisa de má formação do aparelho urinário;

• SADT em uma via;

• Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese diagnóstica e CID-10.

• Descrever resultado de USG prévio (se houver).

Ultrassonografia – Articulação

(2) Cisto Sinovial com limitação funcional;

(3) Disfunção da Articulação têmporo-mandibular;

(3) Tendinite;

(3) Lesão por esforço repetido (LER/DORT);

(3) Bursite.

(3) Metatarsalgias;

(2) Derrame Articular;

• SADT em uma via;

• Descrever os dados relevantes da história clínica e do exame físico; hipótese

diagnóstica e CID-10.

• Descrever resultado de raios-X simples nos casos de cisto sinovial, derrame articular e Metatarsalgias.

• Descrever o local de realização do USG;

• Para cada local do exame, deve ser feita uma SADT.

EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE

1- TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

Procedimento	Código	Especialista	CBO
- Tc do Crânio	02.06.01.007-9	- Neurologista / Neurocirurgião / Infectologista	225112/225260/225103
- Tc de Coluna Cervical com ou sem Contraste	02.06.01.001-0	- Neurocirurgião / Neurologista / Ortopedista	225260/225112/225270
- Tc de Coluna Torácica com ou sem Contraste	02.06.01.003-6	- Ortopedista / Neurologista / Neurocirurgião	225270/225112/225
- Tc de Coluna Lombo Sacra com ou sem Contraste	02.06.01.002-8	- Infectologista / Ortopedista / Neurologista / Neurocirurgião	225103/225270/225112 225260
- Tc de Face / Seios da Face / Articulações - Temporo Mandibulares	02.06.01.004-4	- Cirurgião Cabeça-Pescoço / Otorrino Neurologista / Cirurgião Bucomaxilo	225215/225275/225112
- Tc do Pescoço	02.06.01.005-2	- Cirurgião Cabeça e Pescoço Cirurgião de tórax / Otorrino	225240/225275
- Tc de Sela Turcica	02.06.01.006-0	- Otorrino / Neurocirurgião / Neurologista / Endócrino / Cirurgião Cabeça e Pescoço	225275/225260/225112 225155/225215
- Tc de Torax	02.06.02.003-1	- Oncologista / Cirurgião Torácico / Pneumo/ Cirurgião Pediátrico / Cirurgião Geral / Cardiologista	225121/225240 225127/225230 225225/225120
- Tc de Segmentos Apendiculares	02.06.02.002-3	- Cirurgião Geral	225225
- Tc de Articulações de Membro Superior	02.06.02.001-5	- Oncologista / Ortopedista / Reumatologista	225121 225270/225136
- Tc de Abdômen Superior	02.06.03.001-0	- Pneumologista / Gastroenterologista / Cirurgião Geral / Oncologista / Nefrologista / Urologista / Cirurgião Pediátrico / Endocrinologista / Nefrologista	225127/225165 225225/225121 225109/225285 225230 225155/225109
- Tc de Pelve/Bacia	02.06.03.003-7	- Cirurgião geral / Cirurgião Pediátrico / Urologista / Ginecologista / Oncologista / Nefrologista	225225/225230 225285/225250 225121/225109
- Tc de Articulações de Membro Inferior	02.06.03.002-9	- Reumatologista / Ortopedista / Oncologista Geriatra	225136/225270 225121/225180

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade e com CID e justificativa clínica adequada

Documento de solicitação – BPAI (2 vias) e necessita autorização prévia - **Procedimento Regulado**

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO - CÓDIGO SIA/SUS 0206010079

TOMOGRAFIA DE SELA TURCICA - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.01.006-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Traumatismo - Hemorragias (até 48h para diagnóstico e após 48h para acompanhamento) - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Metástases (detecção e acompanhamento) - Processos Expansivos - AVCs - Doenças Degenerativas do Encéfalo - Aneurismas - Convulsões recentes a esclarecer - Cefaléia grave a esclarecer - Hidrocefalia - Distúrbio do comportamento* - Estudo da hipófise*	- História clínica - Exame físico - RX simples com laudo - Exame do liquor (se doença infecciosa)	- Neurologista - Neurocirurgião - Ortopedista - Oncologista - Infectologista - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Endocrinologista * - Psiquiatra* - Geriatra	- Pesquisa de tumores e metástase cerebral - Crise convulsiva a esclarecer de origem recente - Traumatismo Craniano

TOMOGRAFIA DE TÓRAX - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.02.003-1

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Traumatismo - Sangramentos (vias aéreas) - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Metástases (detecção e acompanhamento) - Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento) - Pneumopatias Intersticiais - Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação) - Bronquiectasias (acompanhamento) - Síndrome de compressão da veia cava superior - Doenças da aorta (aneurisma / dissecção) - Troboembolismo pulmonar - Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses - Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural	- História Clínica - Exame Físico - RX do tórax PA / Perfil (com laudo)	- Pneumologista - Oncologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Torácico - Cardiologista - Cirurgião Cardíaco - Dermatologista - Ortopedista - Cirurgião - Pediátrico - Reumatologista	- Traumatismo - Sangramento (vias aéreas)

TOMOGRAFIA DE COLUNA - CÓDIGO SAI/SUS

CERVICAL – 02.06.01.001-0 / LOMBAR – 02.06.01.003-6 / TORÁXICA – 02.06.01.002-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Trauma (suspeita de fratura) - Estenose do Canal Medular (suspeita) - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Metástases (detecção e acompanhamento) - Processos Expansivos - Hérnia Discal - Má formação congênita (hemi- vértebras) - Esclerose Múltipla	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de coluna (com laudo)	- Ortopedista - Neurocirurgião - Neurologista - Oncologista - Reumatologista - Mastologista	- Processo expansivo - Estenose de canal Medular (suspeita)

TOMOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.01.004-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Sinusopatia crônica - Trauma facial - Pólipos mal caracterizados por radiografia dos seios da face - Tumores	- História Clínica - Exame Físico - RX dos Seios da Face (com laudo)	- Otorrinolaringologista - Oncologista - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Neurologista - Neurocirurgião Bucomaxilofacial	- Trauma

TOMOGRAFIA DO ABDOME SUPERIOR - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.03.001-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridades
- Abscessos - Traumatismos - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Processos expansivos - Ruptura de órgãos (suspeita) - Metástases - Aneurismas - Pancreatites - Hemorragias pós-cirurgia, pós-cateterismo, pós-tratamento anticoagulante) - Investigar comprometimento de órgãos: micoses sistêmicas, colagenoses e sarcoidoses	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de abdômen (de pé ou deitado) - USG, se houver	- Cirurgião Geral - Cirurgião Vascular - Cirurgião Pediátrico - Gastroenterologista - Oncologista - Endocrinologista - Proctologista - Nefrologista - Urologista - Dermatologista - Hematologista - Reumatologista	- Aneurisma - Pancreatite necro-hemorrágica - Tumor renal/cálculo renal em rim único

TOMOGRAFIA DA PELVE - CÓDIGO SIA/SUS 02.06.03.003-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Contra Indicação
- Traumatismos - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Processos expansivos - Metástases (detecção e acompanhamento)	- História Clínica - Exame Físico - USG de pelve	- Cirurgião Geral - Oncologista - Ginecologista - Urologista - Cirurgião-Pediátrico	- Gravidez

TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES - CÓDIGO SIA/SUS: DE MEMBROS SUPERIORES – 02.06.02.001-5

DE MEMBROS INFERIORES – 02.06.03.002-9

Tipos	Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Articulações Esterno-Claviculares - Articulações dos Ombros - Articulações dos Cotovelos - Articulações dos Punhos - Articulações Sacro-Ilíacas - Articulações Coxo-Femurais - Articulações dos Joelhos - Articulação dos tornozelos - Lombo-sacra	- Traumatismos - Tumores (diagnóstico e estadiamento) - Processos expansivos - Metástases (detecção e acompanhamento) - Fraturas (cominutivas)	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples de Articulação com laudo US	- Ortopedista - Oncologista - Reumatologista - Pediatra - Endocrinologista	- Processo expansivo - Fraturas (cominutivas) - Má formação congênita

ANGIOTOMOGRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS: PROCEDIMENTO NÃO CONSTA NA TABELA SUS

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Trombose Pulmonar (suspeita) - Dilatação, dissecção, fistulas e sub oclusão de Aorta, Ilíacas, Carótidas e Vasos Supra-Aórticos - Doenças da Aorta - Aneurisma cerebral	- História Clínica - Exame Físico - RX (Patologias pulmonares) - DOPPLER do Vaso (se houver)	- Cardiologista - Pneumologista - Angiologista - Cirurgião Vascular - Neurocirurgião - Neurologista	- Pacientes internados em Unidades Hospitalares - Pacientes acima de 60 anos

2- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

Procedimento	Código
Rm Articulação Temporo Mandibular (Bilateral)	02.07.01.002-1
Rm Crânio / Rm Hipófise	02.07.01.006-4
Rm Coluna Cervical	02.07.01.003-0
Rm de Coluna Lombo Sacra	02.07.01.004-8
Rm de Coluna Torácica	02.07.01.005-6
Rm de Sela Turcica	02.07.01.007-2
Rm de Membro Superior (Unilateral)	02.07.02.002-7
Rm de Tórax	02.07.02.003-5
* Rm de Coração/Aorta com Cine-Rm	02.07.02.001-9
Rm de Membro Inferior (Unilateral)	02.07.03.003-0
Rm de Bacia/Pelve	02.07.03.002-2
Rm de Vias Biliares	02.07.03.004-9
Rm de Abdômen Superior	02.07.03.001-4

A solicitação deverá ser feita de acordo com a especialidade e com CID e justificativa clínica adequada

Documento de solicitação – BPAI (2 vias) e necessita autorização prévia - **Procedimento Regulado**

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO E ENCÉFALO - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.01.006-4

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliar fossa cerebral posterior e tronco cerebral - AVC isquêmico - Infartos cerebrais múltiplos (suspeita) - Demência - Tumores (diagnóstico) - Metástases (detecção) - Lesões orbitárias ou Trato Visual - Infecções - Doença desmielinizantes - Doenças degenerativas	- Cefaléias - Vertigens - Hemorragias Cerebrais - Aneurisma - Implantes metálicos de toda a natureza (Marca-passo Cardíaco, Válvula de drenagem liquórica, pinos, fios âncoras, próteses, placas metálicas ósseas e articulares, válvulas cardíacas com componentes metálicos, clips, e outros)	- História Clínica - Exame Físico - RX Crânio com Laudo - TC Crânio, se necessário	- Neurologista - Neurocirurgião - Geriatra - Oncologista - Infectologista - Oftalmologista	- Lesão orbitária - Tumores cerebrais

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE TÓRAX - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.02.003-5

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes
- Avaliar Artérias Pulmonares - Avaliar Massas Hilares, Parenquimatosas e Pleurais, - Avaliar Anomalias do Arco Aórtico e aorta descendente - Tumores Neurais e Mediastinais - Tumores cardíacos - Lesão mal caracterizada na TComputadorizada	- Implantes Metálicos (Marca-Passo Cardíaco, Próteses Metálicas Ósseas, Stents, etc) - Sangramentos - Fratura de Órgão Sólido (suspeita)	- História Clínica - Exame Físico - RX tórax PA/Perfil com Laudo - TC Tórax, Se necessário	- Pneumologista - Oncologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Torácico - Cardiologista - Cirurgião cardíaco - Cirurgião Vascular

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ABDÔMEN - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.03.001-4

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Metástase Hepática - Adenoma de Supra-Renal, Feocromocitoma - Diferenciar Tumor Hepático e Hemangioma. - Doenças dos ductos pancreáticos e vias biliares, - Suspeita de metástase em veia cava inferior	- Sangramentos - Fratura de Órgão Sólido (suspeita) - Implantes Metálicos	- História Clínica - Exame Físico - RX simples de Abdômen com Laudo - USG Abdômen, se necessário - TC Abdômen, se necessário	- Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Gastroenterologista - Oncologista - Endocrinologista - Nefrologista - Urologista - Hepatologista	- Seguimento de Portadores de cálculo renal com insuficiência renal instalada

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DA COLUNA VERTEBRAL - CÓDIGO SIA/SUS:

Cervical - 02-07-01-003.0 **Lombo-Sacra - 02.07.01.004-8** **Torácica - 02.07.01.005-6**

Indicações	Pré-Requisitos	Contra Indicação	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Tumores Ósseos Primários (suspeita) - Metástases - Processos Expansivos - Hérnia de Disco - Infecções (suspeita) - Complicações pós- operatórias - Doença desmielinizantres - Investigação de tuberculose extra-pulmonar - Prurido braquiradial - Investigação de mielopatias - Mielopatia aguda	- História Clínica - Exame Físico - RX simples com Laudo - TC com Laudo se necessário	- Fraturas (detecção) - Implantes Metálicos (ex: marca-passo)	- Ortopedista - Neurologista - Neurocirurgião - Infectologista - Reumatologista - Tisiologista/ Pneumologista	- Processos expansivos

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE ARTICULAÇÕES

PROCEDIMENTOS SIA/SUS:

- **Articulações Temporo-Mandibular** (Bilateral), **CÓDIGO SIA/SUS: 02.07.01.002-1**
- **Membro Superior** - **CÓDIGO SIA/SUS 02.07.02.002-7** - Ombro
  - Cotovelo-Punho (Unilateral)
  - Esterno-claviculares

- Membro inferior - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.03.003-0 - Tornozelo ou Pé (Unilateral)
- Joelho (Unilateral)
- Coxo-Femural (Bilateral)
- Sacro–ilíacas

Indicações	Pré-Requisitos	Contra Indicação	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Traumatismos Articulares - Derrames Articulares (suspeita) - Fraturas Ocultas - Alterações de partes moles (Lesões Ligamentares, nervos)	- História Clínica - Exame Físico - RX simples com Laudo - USG Articular com Laudo (quando indicado)	- Fraturas Simples (detecção) - Tendinites e Sinovites - Implantes Metálicos	- Ortopedista - Reumatologista - Neurologista - Oncologista - Cirurgião de Tórax - Cirurgião Bucomaxilo-facial - Cirurgião de Cabeça e Pescoço	- Alterações de partes moles (lesões ligamentares,nervos) - Traumatismos articulares - Fraturas ocultas - Derrames articulares (suspeita)

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE PELVE - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.03.002-2

Indicações	Pré-Requisitos	Contra Indicação	Profissionais Solicitantes
- Tumores - Traumas - Metástases - Processos Inflamatórios, Linfoproliferativos ou Indefinidos no RX, US ou TC	- História Clínica - Exame Físico - US Pélvico com Laudo - TC da Pelve (se for o caso)	- Sangramentos Traumáticos - Implantes Metálicos	- Cirurgião Geral - Ginecologista - Oncologista - Infectologista - Urologista - Cirurgião Pediátrico

ANGIORESSONÂNCIA - CÓDIGO SIA/SUS 02.07.01.001-3

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Investigação de doença ateromatosa extracraniana: estudo das artérias carótidas - Mesentérica superior, artéria ilíaca e femural - Estudo das doenças estenóticas e oclusivas das artérias cervicais, arco aórtico e aneurisma da aorta abdominal e torácica - Hipertensão arterial grave ou forte suspeita de origem renal	- História Clínica - Exame Físico - Doppler de carótidas alterado (se houver) - USG com Doppler (se houver)	- Angiologista - Cardiologista - Cirurgião Vascular - Cirurgião Cardíaco - Cirurgião Torácico - Cirurgião Pediátrico - Nefrologista - Hematologista	- Portador de hipertensão severa < 16 anos ou > 55 anos - Pacientes internados em unidades hospitalares

3-CINTILOGRAFIA

Profissionais habilitados a solicitar cintilografias de acordo com a especialidade:

Especialista	CBO	Especialista	CBO
- Neurologista	25112	- Cirurgião Geral	225225
- Neurocirurgião	225260	- Oncologista	225121
- Ortopedista	225270	- Ginecologista	225250
- Infectologista	225103	- Pneumologista	225217

EXAMES DE MÉDIA COMPLEXIDADE

1- RX CONTRASTADOS

CLISTER OPACO - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.05.001-4

Indicação	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissional Solicitante
- Doença de Crohn - Doença diverticular - Neoplasias - Massas Abdominais - Obstrução Intestinal Sub-aguda - Alteração do Hábito Intestinal com dor Abdominal (constipação/diarréia alternantes) - Fístulas Entero-vesicais - Dolicocolon - RX simples de abdômen não conclusivo	- Hemorragia Digestiva - Baixa Aguda sem Diagnóstico -Alergia ao Contraste	- História Clínica - Exame Físico - RX Simples de abdômen com laudo - Colonoscopia, retossigmoide ou outro exame se houver	- Gastroenterologista - Proctologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Oncologista

URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL (RX contrastado) - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.05.017-0

Indicações	Contra Indicação	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Nefropatia de Refluxo (sinais) - Lesão Medular (seguimento) - Pré-Operatório de Transplante Renal - Lesões Obstrutivas da Bexiga ou Uretra - Lesões Traumáticas do Trato Urinário Inferior	- Hemorragia - Traumas Perineais - Pielonefrite	- História Clínica - Exame Físico - US do Aparelho Urinário ou Pelve (se houver) - RX Contrastado (se houver)	- Urologista - Nefrologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico	- Candidato a transplante renal - Sequelado de AVC com perda de função renal - Trauma de uretra

2- ULTRASSONOGRAFIAS

USG DE MAMA - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.009-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Identificação e caracterização anormalidades palpáveis - Para guiar procedimentos Invasivos (OBS: Aspiração de Cistos e Aspiração com agulha fina para procedimentos pré-cirúrgicos e biopsia) - Para avaliar problemas associados com implantes mamários - Massas palpáveis em mulheres com idade abaixo de 35 anos - Imagem suspeita em mamografia de pacientes com idade igual ou inferior a 35 anos - Indicada para pacientes maiores de 40 anos	- História Clínica - Exame Físico - USG prévio (se houver)	- Mastologista - Ginecologista - Clínico geral/ Médico PSF - Oncologista	- Pacientes dependentes exclusivos do SUS

USG ABDOMINALTOTAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.004-6

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Lesões Tumorais (Císticas e Sólidas) - Aneurismas - Colelitíase - Nefrolitíase - Estudo do Retroperitônio - Orientar Biopsia para punção de lesões tumorais - Alterações morfofuncionais (má formação de vísceras) - Dor abdominal - Hepatoesplenomegalia - Pancreatopatias - Trauma	- História Clínica detalhada - Exames Físicos específicos - Raio X simples (conforme o caso)	- Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Cirurgião Vascular - Urologista - Oncologista - Gastroenterologista - Pediatra - Clínico Geral/ Médico do PSF - Endocrinologista - Geriatra - Infectologista - Ginecologista - Nefrologista	- Suspeita de câncer e situações que dependam do resultado do exame para intervenção imediata ou suspeita de agudização de doença pré-existente

OBS: Apresentar EPF, EAS e/ou Urocultura para os casos encaminhados pelo médico do PSF, clínicos gerais e pediatras. Em caso de identificação de doenças graves pelo generalista ou medico do PSF, este deve encaminhá-lo ao especialista referente imediatamente.

USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.010-0
USG DA PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL E TRANSRETAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.011-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Câncer Prostático (suspeita) - Hipertrofia prostática benigna - Prostatite - Infertilidade - Abscessos - Prostatismo	- História Clínica - Exames Físicos - PSA - Exame de toque retal - USG prévia (se houver)	- Urologista - Cirurgião Geral - Oncologista - Geriatra - Nefrologista	- PSA alterado e pacientes acima de 40 anos

USG DO APARELHO URINÁRIO - CÓDIGO SAI/SUS 02.05.02.005-4

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Tumores - Litíase - Más formações - Rim policístico - Insuficiência Renal - Hipertensão Arterial Sistêmica Renovascular (suspeita) - Disfunção miccional	- História Clínica - Exame Físico - EAS - Função renal - Raio X simples (conforme o caso) - USG de abdômen prévia (se houver)	- Urologista - Cirurgião Geral - Cirurgião pediátrico - Clínico Geral/Médico PSF - Nefrologista - Oncologista - Pediatra	- História clínica compatível com as indicações acima - Passado de litíase de vias urinárias - Crianças e recém-nascidos com infecções urinárias, comprovadas por urocultura ou internação prévia por sepse ou pielonefrite

USG DO HIPOCONDRIO DIREITO - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.003-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Colelitíase - Hepatopatias - Tumores	- História Clínica - Exame Físico - Transaminases hepáticas - Raio X simples (conforme o caso) - USG prévio (se houver)	- Geriatra - Cirurgião Geral - Clínico Geral/ Médico PSF - Gastroenterologista - Cirurgião Pediátrico - Pediatra	- Histórico compatível com cólica biliar, - Portadores de hepatite B e C, - Acompanhamento de doenças crônicas de recém-nascidos **URGÊNCIA** - Suspeita de câncer e sinais de obstrução das vias biliares

ULTRASSONOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES (osteomuscular) - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.006-2

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Artrite séptica - Tendinites - Cistos Sinoviais - Lesão por esforço repetido (LER) - Disfunção da Articulação temporomandibular - Derrames Articulares - Bursites - Espessamento de Bainha Tendinosa de qualquer natureza - Lesão muscular e tendinosa	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples (conforme o caso)	- Ortopedista - Reumatologista - Cirurgião Buco maxilo - Cirurgião Cabeça e Pescoço - Pediatra	- Artrite séptica

USG DO GLOBO OCULAR - CÓDIGO SAI/SUS 02.05.02.008-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliação do olho indevassável (catarata madura) - Tumores intra – oculares - Traumas oculares - Patologias coroideas - Patologias vitrais e retinianas - Doenças do nervo óptico e da órbita	- História Clínica - Exame Físico	- Oftalmologista	- Traumatismo - Suspeita de câncer

USG TRANSFONTANELA - CÓDIGO SAI/SUS 02.05.02.017-8

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Hidrocefalia - Estenose dos vasos intracranianos de maior calibre - Avaliar efeitos hemodinâmicos e repercussão de doença obstrutiva das carótidas extracranianas, - Avaliar roubo da subclávia - Monitorar vasoespasmo - Rastrear comprometimento da circulação cerebral na Anemia Falciforme	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples (conforme o caso)	- Neurologista - Neurocirurgião - Pediatras - Neonatologistas - Hematologista	- Menores de 01 ano - Portadores de válvulas de derivação ventrículo-peritoneal - Pacientes falcêmicos SS

USG DO TÓRAX - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.013-5

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Derrame Pleural - Pleuropatias - Patologias do diafragma - Patologias do mediastino	- História Clínica - Exame Físico - Raio X do tórax PA / Perfil	- Cirurgião Torácico - Pneumologista - Cirurgião Geral - Pediatra - Oncologista	- Histórico clínico compatível com os indicadores acima

USG DA BOLSA ESCROTAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.007-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Aumento da bolsa escrotal - Tumores - Varicocele - Cistos de cordão - Infecções - Torções	- História Clínica - Exame Físico - Raio X simples (conforme o caso)	- Urologista - Pediatra - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Clínico Geral/Médico PSF - Oncologista	- Crianças - Adolescentes **URGÊNCIA** - Suspeita de câncer

Obs: Médicos generalistas devem encaminhar para os especialistas

USG DA TIREÓIDE - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.012-7

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Hipotireoidismo - Hipertireoidismo - Cistos - Tumores	- História Clínica - Exame Físico - Exames de laboratório (TSH, T4, T3)	- Endocrinologista - Oncologista - Cirurgião Geral - Cirurgião de Cabeça e Pescoço - Cirurgião Torácico - Cirurgião Pediátrico - Clínico Geral/Médico PSF - Oncologista	- Nódulo de tireóide

USG PÉLVICA GINECOLÓGICA - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.016-0
USG TRANSVAGINAL - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.018-6

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Dor pélvica aguda - Dor pélvica crônica - Anexites - Investigação de massa abdominal - Diagnóstico diferencial de tumores Pélvicos - Sangramento genital pós-menopausa - Sangramento genital anormal no menacme - Seguimento periódico de climatério - Amenorréia primária - Amenorréia secundária não relacionada à gravidez - Tumores e cistos ovarianos pré e pós Menomenopausa - Início de gravidez - Gestação de 1º Trimestre	- História Clínica - Exame Físico - Preventivo recente - EAS - RX simples, conforme o caso -USG prévio, se houver	- Ginecologista - Cirurgião Geral - Cirurgião Pediátrico - Clínico Geral/ Médico PSF - Pediatra - Oncologista - Nefrologista	- Gestantes e idosas com suspeitas de CA

OBS: O exame não deverá ser repetido com menos de 01 ano. O médico do PSF somente deverá solicitar estes exames para determinação de idade gestacional em caso de DUM desconhecido. Em outros caso encaminhar ao especialista.

USG OBSTÉTRICA - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.02.014-3

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Doença hipertensiva da gravidez (DHEG) - Seguimento de desenvolvimento fetal - Medida de espessura do colo uterino - Localização da placenta, nos casos de suspeita de Placenta Prévia - Acretismo placentário (suspeita) - Oligodrâmnio e Polidrâmnio - Gestante obesa grau 3 - Erro provável de data do parto - Amniorrexe prematura confirmada - Gravidez múltipla - Ausência de BCF - Sofrimento fetal - Circular de cordão - Crescimento Intra-Uterino Retardado (CIUR)	- História Clínica - Exame Físico - Teste de Gravidez - Cartão de pré- natal	- Ginecologista - Obstetra - Clínico Geral/ Médico do PSF	- Gestante com cartão de pré-natal do SUS e número do SIS pré- natal

USG DOPPLER FLUXO OBSTÉTRICO - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.01.005-9
USG OBSTÉTRICA COM DOPPLER COLORIDO - CÓDIGO SIA/SUS 02.05.01.005-9

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Retardo de crescimento intrauterino - Gestante diabética e/ou hipertensa	- História Clínica - Exame Físico - USG obstétrica	- Obstetra	

USG DE PARTES MOLES - CÓDIGO SIA/SUS - NÃO TEM

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Avaliação e acompanhamento da profundidade de tumores cutâneos e subcutâneos - Abscessos	- História Clínica - Exame Físico	- Dermatologista - Cirurgião Geral - Pediatra - Clínico - Ortopedista - Reumatologista - Infectologista - Geriatra - Oncologista	

3- MAMOGRAFIA

MAMOGRAFIA PARA RASTREMENTO (FAEC) - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.03.018-8

MAMOGRAFIA UNILATERAL (MAC) - CÓDIGO SIA/SUS 02.04.03.003-0

Indicações	Pré-Requisitos	Profissionais Solicitantes	Prioridade
- Mulheres com idade entre 50 e 69 anos bianualmente - Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos, com fator de risco - Nódulos - Alterações da pele das mamas, Fluxo papilar - Linfonodo axilar suspeito - Mulheres em Tratamento de Reposição Hormonal - Achado anormal em mamografia anterior	- História Clínica - Exame Físico - USG ou mamografia prévia (se houver)	- Médico de Família - Mastologista - Oncologista - Ginecologista	RASTREAMENTO (FAEC) - Pacientes assintomáticas ao exame clínico, a partir de 35 anos (a pedido de mastologista), prioridade na faixa etária 50 a 69 anos (bianual) de acordo com critérios do MS MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICO (MAC) – Mulheres alto risco de câncer, estadiamento e acompanhamento periódico de doentes já operadas de câncer (qualquer idade a partir de 10 anos ambos sexos)

OBS:

- Municípios que tenham serviços próprios de mamografia poderão definir por normativa interna que ENFERMEIROS da Estratégia de Saúde da Família poderão ser profissionais solicitantes de mamografia.

- Para os prestadores de serviços Estaduais as solicitações deverão ser feitas por profissionais médicos relacionados acima (Médico de Família, Mastologista, Ginecologista e Oncologista)

- Cadastrar solicitação no SISCAM para o prestador de referência ao qual o município está vinculado

4- EXAMES DIAGNOSE EM UROLOGIA

Procedimento	Médico	CBO
- Biópsia de Próstata com Anestesia - Cistoscopia com Biopsia de Bexiga - Cistoscopia com Prova de Punção - Peniscopia - Ureteroscopia - Estudo Urodinâmico - Urofluxometria	- Urologista Oncologista - Nefrologista	225285 225121 225109

A FENIX prevê no seu plano de trabalho a disponibilização dos resultados por meio eletrônico e impresso, que serão integrados à toda monitoração do processo.

Os sistemas devem conversar com o sistema já existente que contemple a digitalização das imagens; o gerenciamento dos arquivos junto a toda equipe médica, o arquivamento e a devida distribuição de imagem para que os médicos possam realizar a diagnose precisa, o sistema deverá ainda contemplar todas as normas

vigentes inerentes ao exame, bem como respeitará a LGPD e demais dados que mantenham o médico e o usuário protegidos dando a informação e oferecendo o diagnose preciso.

A FENIX disponibilizará toda a equipe técnica que irá operacionaliza os equipamentos e realizará o Serviço de Radiodiagnóstico, todos devidamente qualificados de acordo com as normas vigente, inclusive as normas sanitárias, lembrando que todos os serviços realizados seguirão rigorosamente as determinações dos órgãos responsáveis e fiscalizadores, e estão de acordo com a VISA local.

A FENIX será responsável por disponibilizar todos os materiais e insumos para a realização deste procedimento.

A FENIX será responsável pelo armazenamento e guarda dos exames e seus backups atendendo às regras estabelecidas na Resolução 1.821 / 2007 e Parecer nº 10 / 2009 do Conselho Federal de Medicina.

Serão realizados exames da tabela SIA/SUS e na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos compatíveis com os equipamentos existentes no Serviço e ou os pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde.

O protocolo do procedimento de RX será utilizado de acordo com as normas e os já existentes pelo Ministério da Saúde, bem como será respeitado as recomendações da Secretaria Municipal de Saúde.

Os exames de baixa complexidade como RX, Exames laboratoriais, eletrocardiograma, e alguns que existam no município para atender sua população, nos serviços de Urgência e nos serviços ambulatoriais

Estes exames são quase que sempre fornecido quanto da rede de urgência dentro das próprias unidades, e quando encaminhados pela atenção básica existem já os locais pré determinados dentro do município para sua realização, na forma ambulatorial/especialidades.

Todos serão realizados de acordo com a determinação da Secretaria de Saúde e quando necessário a FENIX fará contratos com serviço de terceiros para atender a demanda mencionada no termo de referência.

Todos os exames deverão ser solicitados em formulário próprio em 2 (duas) vias, com todos os campos preenchidos, carimbo e assinatura do médico solicitante e informando a quantidade de sessões. Anexar os seguintes documentos (cópia):

Cartão nacional de saúde, CPF, Identidade, Comprovante de residência. Observações a serem consideradas no preenchimento de todas as solicitações de Exames Depende de autorização prévia – Procedimento Regulado e de informações da Secretaria Municipal de Saúde, que passará a FENIX as informações necessárias para o bom andamento dos serviços.

Toda a estrutura foi vistoriada pela FENIX e todas as correções necessárias para a realização destes procedimentos serão devidamente informados ao município em um período de 30 (trinta) dias conforme prescrito no termo de referência, neste relatório será previsto as reformas necessárias com detalhes que apenas um técnico de engenharia poderá analisar e mensurar. Caso seja necessária uma reforma e ou mudança do espaço físico para atender as normas da vigilância Sanitária e demais normas, a FENIX, até que as correções sejam realizadas, fará contrato de terceiro com todas as exigências legais e em espaço devidamente aprovado pelos órgãos fiscalizadores.

Do serviço de eletrocardiografia

Este serviço dentro das Unidades de Saúde é realizado por profissionais já incorporado a assistência a FENIX investe na Educação Permanente destes profissionais oferendo capacitação periódica.

A FENIX se preocupa muito com a manutenção dos equipamentos e este em especifico terá um olhar criterioso devido a sua precisão, este exame é disponibilizado na rede de urgência 24 horas, todos os dias do ano, e no ambulatorial será de acordo com a agenda disponível pelo sistema ambulatorial utilizado pelo Município.

O exame de eletrocardiografia digital deverá ser disponibilizado aos pacientes com suspeita de IAM e outras situações pertinentes e que o médico julgar necessário.

O exame de eletrocardiograma consiste na compreensão anatômica dos impulsos elétricos necessários para a contração do miocárdio. O eletrocardiograma permite a avaliação elétrica da atividade cardíaca do paciente apresentada em gráficos.

Por meio do ECG podem ser diagnosticadas doenças do coração ou outras alterações do organismo que afetam o registro eletrocardiográfico como, infarto do miocárdio antigo ou agudo (em evolução naquele momento); inflamação do músculo

cardíaco ou da membrana que reveste o coração e outras complicações cardiovasculares.

O exame também pode evidenciar consequências no coração derivadas de doenças pulmonares: enfisema ou embolia pulmonar e algumas alterações congênitas.

Como é realizado este exame:

O profissional de enfermagem utiliza um eletrocardiógrafo para fazer o eletrocardiograma. Para conectar o aparelho ao paciente são utilizados os eletrodos – pequenos dispositivos que ficam em contato com a pele limpa e fixados com gel condutor em suas ventosas.

O gel facilita a captação dos estímulos.

Ao todo são utilizados dez dispositivos divididos em cores que seguem critérios que orientam a localização exata de como colocar eletrodos no paciente. (Alguns aparelhos oferecem 12)

O paciente deve estar deitado e os eletrodos são posicionados no peito, nos punhos e nos tornozelos. Os equipamentos colocados no peito devem estar nas posições de V1 a V6, formando o plano horizontal para o registro da atividade elétrica do coração. O ECG dura de 5 a 15 minutos para ser concluído.

Com o exame é possível detectar o ritmo do coração e o número de batimentos por minuto. A frequência cardíaca normal é de 50 a 90 batidas por minuto, se durante o exame for de 100 batidas por minuto é um indicativo de aumento no ritmo cardíaco e se registrar abaixo de 40 batidas por minuto é considerado funcionamento reduzido.

A realização do ECG é feita pelo aparelho de eletrocardiograma que permite verificar as frequências cardíacas e sinais de falha por meio de gráficos. Também chamado de eletrocardiógrafo, ele pode ser digital ou analógico.

Bons aparelhos melhoram a performance da leitura dos dados e segurança do diagnóstico, por isso é importante verificar os modelos que geram imagens de alta qualidade e manter suas manutenções constantes.

O aparelho de eletrocardiograma deve ser registrado pela Anvisa. Se a clínica optar pelos digitais, mais atualizados, pode conectá-los facilmente aos serviços de

telemedicina, que permitem que os exames sejam analisados remotamente e laudados de forma online.

Existem diversos tipos de exames disponíveis tanto na rede de Urgência como na Ambulatorial e todos possuem protocolos feitos pelo Ministério da Saúde, o que nem sempre são utilizados pelos municípios que constroem seus próprios para melhor atender a sua população.

10. RELATÓRIOS GERENCIAIS

Ao Longo deste Plano apresentamos diversos tipos de relatórios de gestão que deverão ser discutidos junto a Gestão Municipal com prazo e período para as entregas.

Os relatórios gerenciais funcionam como bússolas. Eles reúnem todas as informações necessárias para mostrar o que deve ser corrigido, reforçado ou alterado nas diferentes áreas, processos e atividades realizadas nos contratos de gestão.

Por isso, todo gestor que busca o crescimento do negócio precisa tomar decisões com base nesses documentos, se quiser chegar alcançar os melhores resultados.

Os relatórios gerenciais são documentos que reúnem dados, informações e análises sobre áreas estratégicas, projetos e ações da FENIX, servindo como base para uma gestão mais qualificada.

A FENIX apresentará os relatórios contábeis e financeiros, relatórios de produtividade e o de controle de qualidade. Pretendemos com isso mostrar a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba o panorama geral da Gestão do Pronto Socorro Municipal Seguimos métodos rigorosos de pesquisa, análise e organização das informações.

Afinal, os dados apresentados no documento vão guiar as ações da gestão e definir o caminho que devemos seguir, além de subsidiar a Secretaria Municipal de Saúde na produção do RAG.

Relatórios que apresentaremos a Gestão Municipal seguindo o cronograma das Prestações de Contas, ou sempre que necessário ou solicitado. (mensalmente, trimestralmente e anualmente).

- Faturamento por grupo de gastos; (Apresentação de Notas Fiscais, gastos com as linhas apresentadas em nossas planilhas orçamentárias, entrada e saída, valores reais e atualizados).
- Relatório dos pacientes atendidos em produção diária, mensal e anual; (dados retirados dos sistemas ministeriais e municipais), com gastos por item individualizados,
- Relatórios de Produtos e serviços (por especificidade, valores de cada prestador com respectivos relatórios de ações).
- Relatório de Satisfação de clientes; (vamos apresentar o questionário, após o levantamento das respostas do questionário, relatos de ouvidoria e internet).
- Relatório de qualidade; (Humanização, acolhimento, Núcleo de Educação Permanente, treinamentos, entre outros).
- Relatórios de ocorrências; (todas as ações realizadas que fogem do escopo do termo de referência, ações diárias e imprevisíveis).
- Relatórios de produção contendo a faixa etária, CID, Local de residência e atendimentos realizados
- Relatórios que serão apresentados ao longo deste plano de trabalho.

Por meio desses relatórios, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba vamos definir estratégias e realizaremos um planejamento estratégico conjunto. Após o primeiro trimestre de início da Gestão do Pronto Socorro Municipal, prepararemos os relatórios exigidos no Termo de Referência e aqueles as quais são exigências legais, para apresentarmos a Secretaria Municipal de Saúde, dessa forma, os relatórios gerenciais vão permitir a gestão conhecer o presente da gestão do Pronto Socorro e planejar o futuro para esta Unidade de Saúde.

Nossos relatórios são baseados em dados.

Eles serão produzidos com gráficos, tabelas e planilhas com apelo visual e organização intuitiva das informações. Utilizaremos uma forma segura, que cruzam os dados do próprio sistema e geram relatórios automaticamente, sem intervenção humana e risco de erros.

Com esse tipo de tecnologia, você elimina a necessidade de redigitar informações, diminui a chance de erros e consegue produzir relatórios gerenciais mais concisos, claros e completos.

11. ESTRATÉGIA DE GESTÃO DA OFERTA E DO CUIDADO E ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO MUNICIPAL

- Implementação de processos regulatórios intra-hospitalares, centrados no usuário, voltados à garantia de acesso oportuno às ações e serviços ofertados, na perspectiva da operacionalização das linhas de cuidado;
- Implementação de mecanismos de gestão da oferta de leitos, consultas e SADT tendo em vista as necessidades assistenciais, o conhecimento da oferta, sua disponibilização em tempo oportuno e maior efetividade clínica;
- Participação, junto à gestão do cuidado, da organização do fluxo assistencial intra-hospitalar, a partir do conjunto de ações e serviços de saúde contratualizados com o gestor do SUS;
- Elaboração, implantação e operacionalização dos protocolos de regulação assistencial de maneira articulada com a gestão do cuidado e harmonizada com os critérios de priorização de riscos e vulnerabilidades adotados pelo hospital;
- Implementação de mecanismos de contrarreferência dos usuários aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS, com vistas à continuidade do cuidado e alta responsável;
- Participação do processo de construção, avaliação e adequação dos protocolos de regulação adotados pelos gestores do SUS;
- Articulação sistemática com as estruturas regulatórias do SUS, com vistas a viabilizar a disponibilização de ações e serviços para regulação pelo gestor do SUS e aprimorar a regulação do acesso.

Unidade de Monitoramento e Avaliação

- SAME, SIS, revisão de laudos para emissão de AIH e APAC;
- Estruturação, organização, operacionalização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME);

- Registro regular, atualização e processamento, quando couber, dos sistemas SIMEC/SISREHUF, SCNES, SIA, SIH, SISREG e SISRCA ou outros que vierem a substitui-los, e envio regular do processamento ao gestor de saúde;
- Implementação de estratégias de qualificação do registro das informações de produção ambulatorial e hospitalar;
- Envio sistemático ao setor de orçamento e finanças das informações financeiras de produção ambulatorial e hospitalar e da programação orçamentária da contratualização SUS;
- Implementação de processo de revisão dos prontuários e laudos para emissão de AIH e de APAC;
- Revisão sistemática da programação física e orçamentária, ambulatorial e hospitalar;
- Revisão sistemática de contas médicas incluindo a avaliação das internações e procedimentos ambulatoriais (Auditoria Clínica);
- Monitoramento e avaliação da produção ambulatorial e hospitalar;
- Monitoramento e avaliação de indicadores de desempenho da regulação assistencial e da contratualização hospitalar com o gestor do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Monitoramento e avaliação das metas da contratualização hospitalar com o gestor do SUS, em consonância com as definições estabelecidas no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Contratualização – CAC;
- Elaboração dos relatórios de acompanhamento das metas contratualizadas com o gestor do SUS e discussão junto à equipe de governança do hospital;
- Disponibilização de informações estratégicas para a tomada de decisão pela governança para as questões afetas à contratualização hospitalar;
- Implantação de Contratos Internos de Gestão conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, com vistas ao cumprimento das metas contratualizadas com o gestor do SUS.

12. REGULAMENTAÇÃO SOBRE DADOS PESSOAIS NO BRASIL

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei n. 13.709, de 14 de agosto de 2018) foi aprovada em 2018 e entraria em vigor a partir de 14 de agosto de 2020. Houve pedido de adiamento da vigência da lei para maio de 2021, mas a proposta foi rejeitada pelo Congresso, entrando a legislação em vigor em 18 de setembro. A lei representa um marco histórico na regulamentação sobre o tratamento de dados pessoais no Brasil, tanto em meios físicos quanto em plataformas digitais. Além de mudar a maneira como instituições privadas coletam, armazenam e disponibilizam informações de usuários, a LGPD é destinada às instituições públicas – portanto, deve ser seguida por União, estados, Distrito Federal e municípios.

Logo após a publicação da LGPD, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Recomendação 73/2020, que orientou os órgãos do Poder Judiciário a adotarem medidas para a adequação dos tribunais às disposições da legislação de proteção de dados.

Desde então, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem realizado estudos, promovido discussões e implementado ações voltadas para o cumprimento da LGPD e a garantia de proteção dos direitos fundamentais de liberdade e de privacidade dos cidadãos.

Consentimento

Outro elemento essencial da LGPD é o consentir. Ou seja, o consentimento do cidadão é a base para que dados pessoais possam ser tratados. Mas há algumas exceções a isso. É possível tratar dados sem consentimento se isso for indispensável para: cumprir uma obrigação legal; executar política pública prevista em lei; realizar estudos via órgão de pesquisa; executar contratos; defender direitos em processo; preservar a vida e a integridade física de uma pessoa; tutelar ações feitas por profissionais das áreas da saúde ou sanitária; prevenir fraudes contra o titular; proteger o crédito; ou atender a um interesse legítimo, que não fira direitos fundamentais do cidadão.

Automatização com autorização

Por falar em direitos, é essencial saber que a lei traz várias garantias ao cidadão, que pode solicitar que dados sejam deletados, revogar um consentimento, transferir dados para outro fornecedor de serviços, entre outras ações. E o tratamento dos dados deve ser feito levando em conta alguns quesitos, como finalidade e necessidade, que devem ser previamente acertados e informados ao cidadão. Por exemplo, se a finalidade de um tratamento, feito exclusivamente de modo automatizado, for construir m perfil (pessoal, profissional, de consumo, de crédito), o indivíduo deve ser informado que pode intervir, pedindo revisão desse procedimento feito por máquinas.

ANPD e agentes de tratamento

E tem mais. Para a lei a “pegar”, o país contará com a Autoridade Nacional de Proteção de Dados Pessoais, a ANPD. A instituição vai fiscalizar e, se a LGPD for descumprida, penalizar. Além disso, a ANPD terá, é claro, as tarefas de regular e de orientar, preventivamente, sobre como aplicar a lei. Cidadãos e organizações poderão colaborar com a autoridade.

Mas não basta a ANPD – que está em formação – e é por isso que a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais também estipula os agentes de tratamento de dados e suas funções, nas organizações: tem o controlador, que toma as decisões sobre o tratamento; o operador, que realiza o tratamento, em nome do controlador; e o encarregado, que interage com cidadãos e autoridade nacional (e poderá ou não ser exigido, a depender do tipo ou porte da organização e do volume de dados tratados).

Artigo: LGPD aplicada aos contratos e estatutos sociais

Com o início das aplicações das sanções, muitas dúvidas têm surgindo com relação à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoas (LGPD), suas aplicações e limites e, dentre as dúvidas mais recorrentes, destaco a aplicação da LGPD aos contratos e estatutos sociais.

A Lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), foi editada para disciplinar o tratamento de dados pessoais, a fim de garantir os direitos

fundamentais de liberdade, privacidade e livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Ainda nesse ponto, se faz necessário destacar alguns conceitos trazidos pela legislação:

dado pessoal: informação relacionada à pessoa natural identificada ou identificável;

tratamento: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem à coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração; e

uso compartilhado de dados: comunicação, difusão, transferência internacional, interconexão de dados pessoais ou tratamento compartilhado de bancos de dados pessoais por órgãos e entidades públicas no cumprimento de suas competências legais, ou entre esses e entes privados, reciprocamente, com autorização específica, para uma ou mais modalidades de tratamento permitidas por esses entes públicos, ou entre entes privados.

Além disso, é importante destacar que, a LGPD aplica-se a qualquer operação de tratamento de dados realizada por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, independentemente do meio e de sua sede.

Por outro lado, a legislação societária exige que os contratos e estatutos sociais, que posteriormente serão disponibilizados ao público, contenham uma série de dados pessoais, vejamos a previsão do Código Civil:

Art. 997. A sociedade constitui-se mediante contrato escrito, particular ou público, que, além de cláusulas estipuladas pelas partes, mencionará:

I – nome, nacionalidade, estado civil, profissão e residência dos sócios, se pessoas naturais, e a firma ou a denominação, nacionalidade e sede dos sócios, se jurídicas;

II – denominação, objeto, sede e prazo da sociedade;

III – capital da sociedade, expresso em moeda corrente, podendo compreender qualquer espécie de bens, suscetíveis de avaliação pecuniária;

IV – a quota de cada sócio no capital social, e o modo de 203ontinu-la;

V – as prestações a que se obriga o sócio, cuja contribuição consista em serviços;

VI – as pessoas naturais incumbidas da administração da sociedade, e seus poderes e atribuições;

VII – a participação de cada sócio nos lucros e nas perdas;

VIII – se os sócios respondem, ou não, subsidiariamente, pelas obrigações sociais.

Sendo assim, já podemos concluir que a LGPD também se aplica aos contratos e estatutos sociais, seja para a pessoa jurídica, quanto a Junta Comercial ou Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, bem como as pessoas que tenham acesso a estes documentos, logo, todos que realizam o tratamento destes dados devem observar as regras previstas na LGPD.

Por seu turno, merece destaque o fato de que a LGPD não altera ou suprime quaisquer leis ou regulações e provimentos aplicáveis ao registro das pessoas jurídicas, sendo um instrumento adicional que veio disciplinar a forma como os dados pessoais deverão ser tratados, logo, as disposições aplicáveis aos contratos e estatutos sociais permanecem as mesmas, competindo apenas às pessoas naturais e jurídicas a observância das disposições previstas na LGPD.

Nesse sentido, a própria LGPD autoriza o tratamento de dados quando realizado para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória, bem como a disponibilização publica dos dados, quando estiver pautado pelos princípios da finalidade, boa-fé e interesse público que justificam sua disponibilização.

Art. 7º O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses:

[...]

II – para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador;

[...]

§ 3º O tratamento de dados pessoais cujo acesso é público deve considerar a finalidade, a boa-fé e o interesse público que justificaram sua disponibilização.

Isto posto, os contratos e estatutos sociais da FENIX 204ontinuam sendo elaborados com todas as informações exigidas pela legislação, uma vez que, ainda que contenham dados pessoais, a sua disponibilização está pautada no interesse público.

Um dos principais documentos na área da saúde é o prontuário do paciente, este em qualquer meio de armazenamento, é propriedade física da instituição onde o mesmo é assistido, quer seja uma unidade de saúde quer seja um consultório, a quem cabe o dever da guarda do documento.

Assim, ao paciente pertencem os dados ali contidos, os quais só podem ser divulgados com a sua autorização ou a de seu responsável, ou por dever legal ou justa causa. Estes dados devem estar permanentemente disponíveis, de modo que, quando solicitados por ele ou seu representante legal, permitam o fornecimento de cópias autênticas das informações a ele pertinentes.

Existe, hoje, um volume crescente de documentos armazenados pelos vários tipos de estabelecimentos de saúde, conforme definição de tipos de unidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde.

As unidades de serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica têm documentos próprios, que fazem parte dos prontuários dos pacientes. Além disso, os avanços da tecnologia da informação e de telecomunicações oferecem novos métodos de armazenamento e transmissão de dados.

O disposto no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, elaborado, conforme convênio, pelo Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde garante que, para eliminar o papel, os sistemas informatizados para guarda e manuseio de prontuários de pacientes, atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”.

Ao atender o “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, o sistema informatizado já possui um bom nível de segurança, entretanto, a eliminação do papel só é possível com a utilização de certificado digital padrão ICP-Brasil, segundo determinação da legislação em vigor sobre documento eletrônico no Brasil, descrita abaixo.

A validade jurídica dos documentos eletrônicos como prova é garantida conforme o disposto nos artigos 104, 212, 221, 225 e 421 do Código Civil e nos artigos 131, 154, 244, 332 e 383 do Código de Processo Civil.

O Decreto nº 3.587, de 5 de setembro de 2000, estabelece normas para a Infra-Estrutura de Chaves Públicas do Poder Executivo Federal – ICP-Gov.

A Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileiras – ICP-Brasil e concedeu validade jurídica plena aos documentos públicos e privados desde que tenham uma certificação (arts. 1º e 10); e o Decreto nº 3.872, de 18 de julho de 2001, dispõe sobre o Comitê Gestor da Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira – CG ICP-Brasil, sua Secretaria Executiva e Comissão Técnica Executiva.

Como já percebemos, quem não cumprir a lei de proteção de dados pode sofrer com as penalidades previstas no regulamento. Pensando nisso, é crucial que todas as OS cumpram a LGPD, já que, de uma maneira ou outra, lidam com dados pessoais.

Da mesma maneira, muitas OS possuem dados sensíveis das pessoas que ajudam para prestarem um serviço mais personalizado e cuidado. Isso inclui dados sobre crianças e adolescentes, religião, sexualidade, saúde, raça/etnia, preferência política, entre outros.

Estes dados precisam ser armazenados com grande cuidado, tendo em conta a sua segurança. As OS são responsáveis diretas por todos os dados que possuem nas suas bases, incluindo dados comprados para utilizarem nas suas comunicações. Isso significa que, se forem roubados ou difundidos por engano (mesmo resultantes de um erro informático), caberá às OS responder a processos na justiça e a pagar as indenizações necessárias.

A primeira coisa a fazer é mesmo ler a lei de proteção de dados e perceber o que consta no documento e quais as suas obrigações;

A FENIX analisa periodicamente os dados que possui na sua OS e faz um mapeamento discriminando a sua origem, forma como é recolhido, natureza, categoria, quem tem acesso a essa informação, como é armazenada, por quanto tempo é guardada, etc.

A FENIX possui uma política interna de tratamento desses dados, para que todos os colaboradores saibam como proceder em cada etapa (da recolha ao armazenamento) e evitar qualquer problema judicial por incumprimento da lei, por meio do NEP, que traz em seus temas este treinamento a todos os colaboradores.

A FENIX busca ser proativa para eliminar vulnerabilidades que possam colocar em risco a segurança dos dados. Avaliamos a necessidade de investir em meios digitais mais robustos e com maiores garantias de proteção, mesmo que não pedido na lei.

Os princípios que estruturam a Lei Geral de Proteção de Dados.

As atividades de tratamento de dados pessoais deverão observar a boa-fé e os seguintes princípios:

Finalidade: a realização do tratamento deve ocorrer para propósitos legítimos, específicos, explícitos e informados ao(à) titular, sem possibilidade de tratamento posterior de forma incompatível com essas finalidades;

Adequação: a compatibilidade do tratamento deve ocorrer conforme as finalidades informadas ao(à) titular, de acordo com o contexto do tratamento;

Necessidade: o tratamento deve se limitar à realização de suas finalidades, com abrangência dos dados pertinentes, proporcionais e não excessivos em relação às finalidades do tratamento de dados;

Livre acesso: é a garantia dada aos(às) titulares de consulta livre, de forma facilitada e gratuita, à forma e à duração do tratamento, bem como à integralidade de seus dados pessoais;

Qualidade dos dados: é a garantia dada aos(às) titulares de exatidão, clareza, relevância e atualização dos dados, de acordo com a necessidade e para o cumprimento da finalidade de seu tratamento;

Transparência: é a garantia dada aos(às) titulares de que terão informações claras, precisas e facilmente acessíveis sobre a realização do tratamento e os respectivos agentes de tratamento, observados os segredos comercial e industrial;

Segurança: trata-se da utilização de medidas técnicas e administrativas qualificadas para proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou difusão;

Prevenção: compreende a adoção de medidas para prevenir a ocorrência de danos por causa do tratamento de dados pessoais;

Não discriminação: sustenta que o tratamento dos dados não pode ser realizado para fins discriminatórios, ilícitos ou abusivos;

Responsabilização e prestação de contas: demonstração, pelo Controlador ou pelo Operador, de todas as medidas eficazes e capazes de comprovar o cumprimento da lei e a eficácia das medidas aplicadas.

A FENIX em seus contratos de Gestão já deu inicio a treinamentos a seus colaboradores para a implantação da LGPD –

LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018

Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

A VIGÊNCIA

Art. 65. Esta Lei entra em vigor: (Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019)

I – dia 28 de dezembro de 2018, quanto aos arts. 55-A, 55-B, 55-C, 55-D, 55-E, 55-F, 55-G, 55-H, 55-I, 55-J, 55-K, 55-L, 58-A e 58-B; e(Incluído pela Lei nº 13.853, de 2019)

I-A – dia 1º de agosto de 2021, quanto aos arts. 52, 53 e 54; (Incluído pela Lei nº 14.010, de 2020)

II – 24 (vinte e quatro) meses após a data de sua publicação, quanto aos demais artigos(Incluído pela Lei nº 13.853, de 2019)

Brasília, 14 de agosto de 2018;.

13. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho da enfermagem e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento em saúde. Na atualidade, valer-se dessas tecnologias é prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e usuário. Nesse sentido, a FENIX adota os protocolos Ministeriais que é muito importante para o cuidado, pertinente e dá suporte para organizar e gerenciar o trabalho de enfermagem.

Algumas instituições lançam mão dos protocolos para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-as à prática assistencial e arranjando-se a partir dos recursos disponíveis. Outrossim, não é incomum encontrar protocolos nas gavetas das unidades ou em arquivos de computador, pouco acessados pelas equipes. Destarte, a não utilização das normativas pode levar à carência de padronização das ações e diversidade nas formas de fazer, culminando em equívocos na realização dos atos assistenciais.

Embora essa forma de organização seja amplamente difundida nas instituições de saúde, comumente ocorrem situações em que profissionais desconhecem os protocolos ou sabem da sua existência, mas não os aplicam na prática. Ocorre também de os profissionais desenvolverem as suas ações, muitas vezes sem terem a consciência do objeto a ser modificado.

A mudança ou transformação é entendida como inerente ao desenvolvimento da consciência da sociedade, despertada por meio da educação, sendo a ação educativa um ato de conhecimento e conscientização, mediada pelo diálogo singular entre os sujeitos. A mudança também assume caráter de processo, pois um sujeito crítico, consciente de si fundamenta seu presente para então projetar as ideias para o futuro.

No trabalho em saúde, as ações desenvolvidas se completam no momento da sua realização e podem ser identificadas e caracterizadas na esfera da produção não material.

Compreende-se que o produto do trabalho em saúde na maioria dos casos não se materializa, impossibilitando uma avaliação ou comparação concreta do que foi produzido. Essa circunstância pode gerar discrepâncias nas formas de cuidado

assistencial em saúde. Sendo assim, torna-se imprescindível a utilização de uma tecnologia, como os protocolos assistenciais, para nortear a organização do trabalho no âmbito dos serviços de saúde.

Na perspectiva dialética e emancipatória, reconhecer a importância das normatizações e a aplicação dos protocolos de organização dos serviços parece ser contraditória, pois a determinação de normas e padrões está intimamente ligada a um modelo de gestão hierarquizado, composto pela divisão do trabalho e centrado na tarefa em si.

A organização do trabalho depende da definição clara de normas, protocolos, regras e fluxos, os quais devem ser socializados e respeitados por todos os profissionais, de modo que as ações em conjunto atendam aos objetivos a que se propõe um serviço de saúde.

Diretriz Assistencial

Deterioração Clínica PRT- SIS-001

Gerenciamento da Deterioração Clínica

Introdução As escalas de alerta precoce são ferramentas que vêm sendo utilizadas para o reconhecimento precoce da deterioração clínica dos pacientes.

De aplicação simples, podem ser realizadas à beira leito e interpretadas pela equipe na tentativa de identificar alterações clínicas que precedem gravidade dos pacientes.

As escalas são baseadas na avaliação dos sinais vitais e atribuição de pontos conforme as alterações verificadas em relação aos parâmetros considerados normais.

Quanto maior a pontuação atingida nos parâmetros avaliados, maior será a pontuação alcançada no escore.

De acordo com a pontuação encontrada, a frequência no controle da reavaliação é adequada à criticidade do paciente e os profissionais envolvidos são comunicados para avaliação e conduta.

Objetivo Geral

A utilização de escalas de alerta melhora a comunicação interprofissional e promove segurança e eficácia nos cuidados com o paciente.

O reconhecimento precoce de sinais e sintomas que demonstram gravidade é fator decisivo para a sobrevida e bom prognóstico e melhoram o desfecho evolutivo.

Objetivos Específico

● Garantir o atendimento precoce através da identificação dos sinais de deterioração.

● Reduzir a incidência de Paradas Cardiorrespiratórias fora das unidades críticas.

● Diminuir o número de transferências inesperadas para UTIs.

● Aumentar e uniformizar a percepção do estado clínico dos pacientes, pela equipe multidisciplinar e facilitar a comunicação entre seus membros.

● Padronizar a realização de avaliações e reavaliações para o profissional médico, com prazos objetivamente definidos, para os pacientes com sinais de deterioração clínica. Atribuições da Equipe Assistencial

● Técnico de enfermagem: Realizar a avaliação dos dados vitais e parâmetros de cada escala à beira leito, registrando os valores encontrados na tela de sinais vitais, conforme frequência indicada no fluxo de atendimento e/ou sempre que o paciente apresentar instabilidade clínica ou queixa de algum desconforto importante; Realizar acionamento do enfermeiro imediatamente, sempre que a conduta da escala de deterioração seja diferente do seguimento do plano terapêutico ou sempre que necessário; Registrar as condutas realizadas no prontuário do paciente via sistema MV na Anotação de Enfermagem.

● Enfermeiro: Comparecer ao leito do paciente assim que acionado pelo técnico de enfermagem; Conferir dados vitais e resultado do escore; Solicitar avaliação do médico internista ou acionar código amarelo de acordo com o resultado de cada escala (adulto, pediátrico, gestante); Discutir com médico assistente internações com escore alterado, registrando as definições em prontuário; Registrar as condutas realizadas no prontuário do paciente via sistema.

● Médico: Comparecer ao leito do paciente e avaliá-lo com base nas informações repassadas pelo enfermeiro, implementando as condutas necessárias para o tratamento do paciente; Registrar as condutas realizadas no prontuário do paciente via sistema.Comunicar ao médico assistente quando cabível



Atividades

As escalas de alerta precoce são instrumentos de fácil aplicação e rápida avaliação que buscam reconhecer sinais de alerta que possam indicar deterioração clínica e alertar à equipe quanto à necessidade de monitoramento e intervenções de acordo com o escore.

Foram desenvolvidos sistema de alerta precoce específicos para cada perfil de paciente. Na FENIX são aplicadas as escalas de News – para o paciente adulto, Pews – para o paciente pediátrico até 17 anos e Meows – para as pacientes gestantes e puérperas até a 6º semana de pós-parto.

A escala de alerta precoce News é baseada em parâmetros fisiológicos que formam a base do sistema de pontuação. Seis parâmetros simples formam a base do sistema de pontuação:

- Frequência respiratória
- Saturação de O2
- Temperatura (ºC)
- Pressão arterial sistólica
- Frequência cardíaca

● Nível de consciência Além desses, uma pontuação de 2 pontos deve ser adicionada para qualquer paciente que necessite de suplementação de oxigênio.

NATIONAL EARLY WARNING SCORE ESCALA DE ALERTA PRECOCE							
PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	3	2	1	0	1	2	3
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (IRPM)	<8		9-11	12-20		21-24	≥25
SATURAÇÃO DE O2	≤ 91	92-93	94-95	≥96			
USO SUPLEMENTAR DE 02		SIM		NÃO			
TEMPERATURA (ºC)	< 35,0°		35,1° - 36°	36,1°-38°	38,1°-39°	≥ 39,1°	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥220
FREQUÊNCIA CARDÍACA	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				A			V-P-U

A – alerta / V – responde a estímulo verbal / P – responde à estímulo de dor / U – irresponsivo

É importante reforçar que para pacientes com condições basais já fora dos parâmetros de normalidade, deve-se avaliar a piora desses parâmetros para seguir o fluxo de atendimento de acordo com o score. Se não houver piora deve-se registrar em prontuário quadro compatível com o basal do paciente e seguir a reavaliação de acordo com o resultado do escore.

Por exemplo:

● Pacientes com faixa normal de saturação abaixo do limite inferior (<=91%), compatíveis com o quadro clínico.

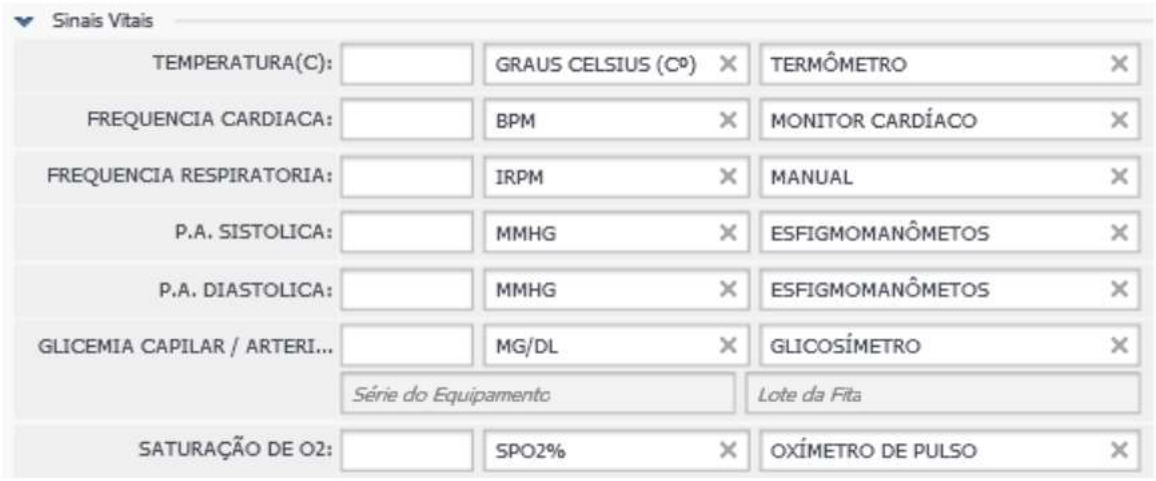
● Pacientes com alterações neurológicas irreversíveis e que mantém o basal durante avaliação devem ser classificados como neurológico basal com pontuação zero.

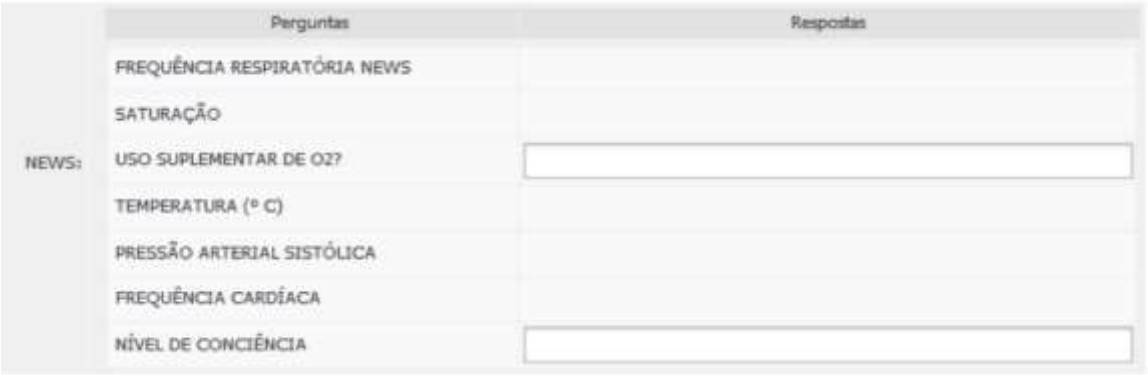
Observação: Pacientes em uso de oxigenoterapia contínua devem ser avaliados no parâmetro uso suplementar de O2 quando os dispositivos forem máscara ou cateter nasal.

Outros dispositivos não devem ser considerados como suplementação (ventilação mecânica).

News . A escala está parametrizada na tela de sinais vitais e deve ser aplicada junto com a aferição dos sinais vitais, que devem ser preenchidos em campo próprio. Para finalizar a aplicação da escala, aparecer os outros parâmetros que ainda não

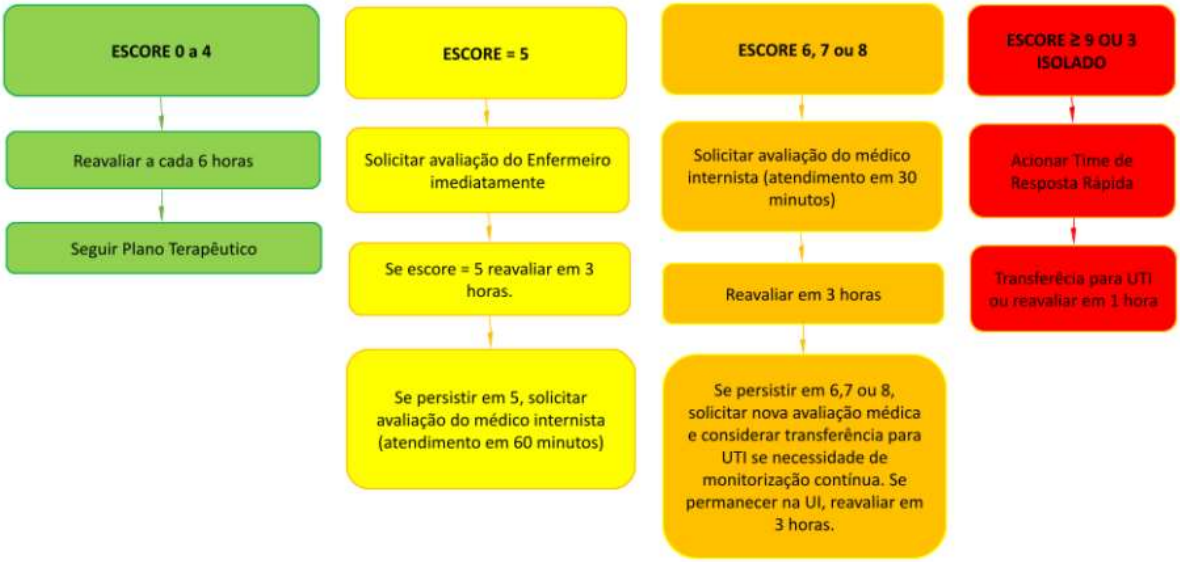
foram verificados. Ao terminar de preencher todos os campos, a soma do resultado do escore é automática.





Parâmetros

De acordo com a pontuação encontrada, as ações devem seguir o fluxo de atendimento estabelecido para cada escore.



A percepção da equipe deve sempre ser considerada quando o profissional julgar necessário aumentar o nível de cuidados ou acionar equipe médica. Caso o paciente tenha algum sinal vital com escore atribuído de 3 pontos quando analisado de forma isolada, há o critério de acionamento do Time de Resposta Rápida, mesmo que o escore total da avaliação dos sinais vitais seja inferior a 9.

A partir do resultado, a equipe é alertada sobre qual deve ser a interpretação e intervenção para atendimento do paciente. Escore 0 a 4

INTERPRETAÇÃO	REAVALIAR A CADA 6 HORAS
INTERVENÇÃO	SEGUIR PLANO TERAPÊUTICO

Escore = 5

INTERPRETAÇÃO	SOLICITAR AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO
INTERVENÇÃO	REAVALIAR EM 3 HORAS. SE PERSISTIR EM 5 SOLICITAR AVALIAÇÃO DO MÉDICO INTERNISTA (EM ATÉ 60 MINUTOS)

Escore = 6,7 ou 8

INTERPRETAÇÃO	SOLICITAR AVALIAÇÃO DO INTERNISTA (EM ATÉ 30 MINUTOS)
INTERVENÇÃO	REAVALIAR EM 3 HORAS. SE PERSISTIR EM 6,7,8 SOLICITAR AVALIAÇÃO DO MÉDICO INTERNISTA (EM ATÉ 30 MINUTOS)

Escore >=9

INTERPRETAÇÃO	COMUNICAR AO ENFERMEIRO
INTERVENÇÃO	APÓS REAVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ACIONAR O TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

Pews (Pediatric Early Warning Score) O Pews é baseado em um sistema simples de pontuação agregada, no qual uma pontuação é atribuída aos parâmetros

fisiológicos avaliados durante aferição dos dados vitais, além de sinais clínicos e critérios pré-estabelecidos.

Na criança, os sinais de alerta para deterioração clínica podem já estar presentes ou surgirem de forma súbita. A identificação destes sinais e o atendimento precoce podem evitar a evolução para piora do quadro clínico vigente

Formam a base do sistema de avaliação:

- Comportamento
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratório Além desses, uma pontuação de 2 pontos deve ser adicionada para qualquer paciente que necessite de uso de nebulizador/espaçador com frequência a cada 15 minutos ou vômitos persistentes em pacientes pós-cirúrgicos.

PEWS - PEDIATRIA EARLY WARNING SCORE								
ESCALA DE ALERTA PRECOCE								
ACORDADO								
Parâmetros	Idade	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca (bpm)	< 3 meses	<=79	-	-	80-205	206-224	225 - 264	>=265
	3 meses a 1 ano	<=99	-	-	100-190	191-209	210 - 249	>=250
	1 - 2 anos	<=99	-	-	100-190	191-209	249	>=250
	3 - 6 anos	<=59	-	-	60-140	141 - 159	160-199	>=200
	6 - 10 anos	<=59	-	-	60-140	141 - 159	160-199	>=200
	>= 11 anos	<=59			60-100	101 - 119	120-159	>=160
Frequência Respiratória (irpm)	< 3 meses	<=25	-	-	MV (26-60)	61-70	>=71	-
	3 meses a 1 ano	<=25	-	-	MV (26-60)	61-70	>=71	-
	1 - 2 anos	<=19	-	-	MV (20-40)	41-50	>=51	-
	3 - 6 anos	<=17	-	-	MV (18-34)	35-44	>=45	-
	6 - 10 anos	<=13	-	-	MV (14-30)	31-40	>=41	-
	>= 11 anos	<=7			MV (8-16)	17 - 26	>=27	
Comportamento| Resposta ao estímulo	-	-	-	-	Normal/ Brincando	Sonolento	Irritado	Confuso, letárgico, resposta reduzida a dor
Pós - Cirúrgico (Vômito)	-	-	Vômitos persistentes	-	Vômitos mínimos	-	Vômitos persistentes	-
Uso de nebulizador | Espaçador	-	-	A cada 15 minutos	-		-	A cada 15 minutos	-

PEWS - PEDIATRIA EARLY WARNING SCORE								
ESCALA DE ALERTA PRECOCE								
DORMINDO								
Parâmetros	Idade	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca (bpm)	< 3 meses	<=79	-	-	80-160	161-179	180 - 219	>=220
	3 meses a 1 ano	<=74	-	-	75-160	161-179	180 - 219	>=220
	1 - 2 anos	<=74	-	-	75-160	161-179	180 - 219	>=220
	3 - 6 anos	<=59	-	-	60-90	91 - 109	110-149	>=150
	6 - 10 anos	<=59	-	-	60-90	91 - 109	110-149	>=150
	>= 11 anos	<=49			50-90	91 - 109	110-149	>=150
Frequência Respiratória (irpm)	< 3 meses	<=25	-	-	MV (26-60)	61-70	>=71	-
	3 meses a 1 ano	<=25	-	-	MV (26-60)	61-70	>=71	-
	1 - 2 anos	<=19	-	-	MV (20-40)	41-50	>=51	-
	3 - 6 anos	<=17	-	-	MV (18-34)	35-44	>=45	-
	6 - 10 anos	<=13	-	-	MV (14-30)	31-40	>=41	-
	>= 11 anos	<=7			MV (8-16)	17 - 26	>=27	
Comportamento| Resposta ao estímulo	-	-	-	-	Normal/ Brincando	Sonolento	Irritado	Confuso, letárgico, resposta reduzida a dor
Pós - Cirúrgico (Vômito)	-	-	Vômitos persistentes	-	Vômitos mínimos	-	Vômitos persistentes	-
Uso de nebulizador | Espaçador	-	-	A cada 15 minutos	-	Frequência maior que cada 15 min ou contínua	-	A cada 15 minutos	-

Além dos parâmetros acima, devem ser avaliados: perfusão capilar, cor do leito da unha e esforço respiratório.

A escala está parametrizada na tela de sinais vitais e deve ser aplicada junto com a aferição dos sinais vitais, que devem ser preenchidos em campo próprio. Para finalizar a aplicação da escala, clicar no ícone Pews, selecionar a faixa etária do paciente em avaliação, onde irão aparecer os outros parâmetros que ainda não foram verificados. Ao terminar de preencher todos os campos, a soma do resultado do escore é automática.

Sinais Vitais

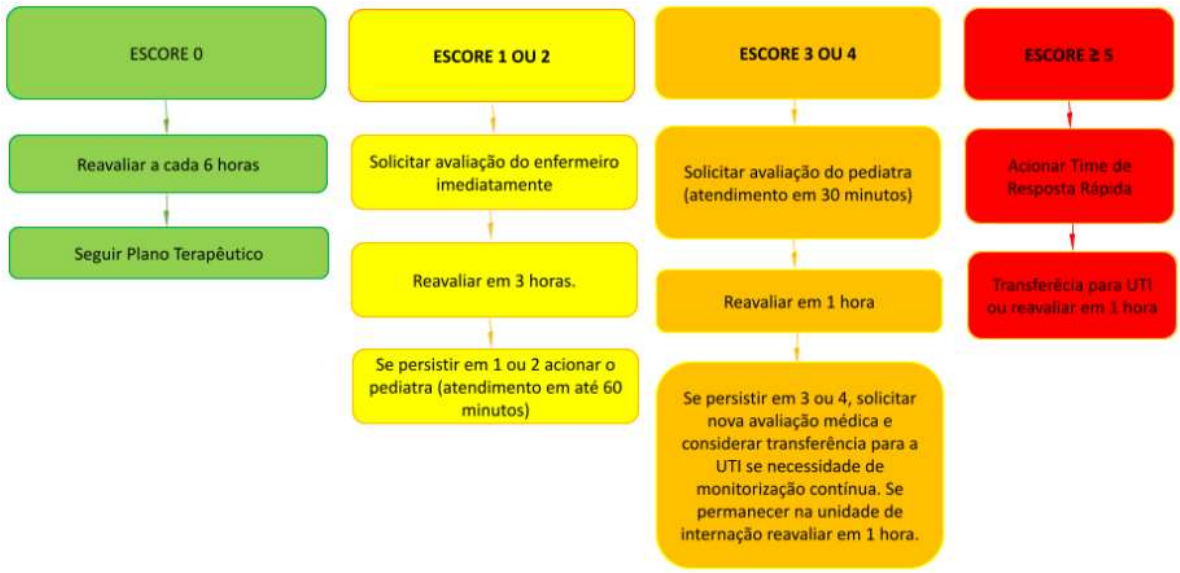
TEMPERATURA(C):		GRAUS CELSIUS (Cº)	TERMÔMETRO
FREQUENCIA CARDIACA:		BPM	MONITOR CARDÍACO
PEWS FC ACORDADO:		BPM	MONITOR CARDÍACO
PEWS FC DORMINDO:		BPM	MONITOR CARDÍACO
FREQUENCIA RESPIRATORIA:		IRPM	MANUAL
P.A. SISTOLICA:		MMHG	ESFIGMOMANÔMETOS
P.A. DIASTOLICA:		MMHG	ESFIGMOMANÔMETOS
GLICEMIA CAPILAR / ARTERIAL:		MG/DL	GLICOSÍMETRO
	Série do Equipamento		Lote da Fita
SATURAÇÃO DE 02:		SPO2%	OXÍMETRO DE PULSO

PEWS < 3 MESES:	-
PEWS 3 MESES A 1 ANO:	-
PEWS 1 A 2 ANOS:	-
PEWS 3 A 6 ANOS:	-
PEWS 6 A 10 ANOS:	-
PEWS > = 11 ANOS:	-

Perguntas	Respostas
PERFUSÃO CAPILAR	
COR DO LEITO DA UNHA	
FC DORMINDO	
FC ACORDADO	
ESFORÇO RESPIRATÓRIO	
SATURAÇÃO PEWS	
RESPIRATORIO	
COMPORTAMENTO	
PÓS-CIRÚRGICOS	
USO DE NEBULIZADOR| ESPAÇADOR	

Fluxo de atendimento

De acordo com a pontuação encontrada, as ações devem seguir o fluxo de atendimento estabelecido para cada escore



A percepção da equipe deve sempre ser considerada quando o profissional julgar necessário aumentar o nível de cuidados ou acionar equipe médica. A partir do resultado, a equipe é alertada sobre qual deve ser a interpretação e intervenção para atendimento do paciente. Escore 0

INTERPRETAÇÃO	REAVALIAR A CADA 6 HORAS
INTERVENÇÃO	SEGUIR PLANO TERAPÊUTICO

Escore = 1 ou 2

INTERPRETAÇÃO	SOLICITAR AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO
INTERVENÇÃO	REAVALIAR EM 3HS, SE PERSISTIR EM 1 OU 2 SOLICITAR AVALIAÇÃO DO PEDIATRA EM ATÉ 60 MIN

Escore = 3 ou 4

INTERPRETAÇÃO	SOLICITAR AVALIAÇÃO DO PEDIATRA (ATENDIMENTO EM 30 MIN)
INTERVENÇÃO	REAVALIAR EM 1H, SE PERSISTIR EM 3 OU 4 SOLICITAR NOVA AVALIAÇÃO EM ATÉ 30 MIN.

Escore >=5

INTERPRETAÇÃO	ACIONAR TIME DE RESPOSTA RÁPIDA
INTERVENÇÃO	TRANSFERÊNCIA PARA UTI OU REAVALIAR EM 1 HORA

Aplicação Das Escalas

● No PSO para definir transferência do paciente para UIN ou CTI: antes da transferência deve ser aplicado e, caso escore > ou igual a 5, discutir com médico assistente caso a internação tenha como destino a Unidade de Internação.

● Na UIN para auxiliar na identificação precoce de deterioração clínica.

● No CTI Adulto para confirmar se paciente com condição clínica deve ser transferido para unidade menos crítica. Caso escore > ou igual a 5, discutir com médico assistente.

● No bloco cirúrgico antes da transferência do paciente para UIN ou CTI: antes da transferência deve ser aplicado e, caso escore > ou igual a 5, discutir com médico assistente caso a internação tenha como destino a unidade de internação. Pews

● Na UIN para auxiliar na identificação precoce de deterioração clínica.

● Na UTIN/UTIP para confirmar se paciente com condição clínica deve ser transferido para unidade menos crítica. Caso escore > ou igual a 3, discutir com médico assistente.

● No bloco cirúrgico antes da transferência do paciente para UIN ou UTIN/UTIP: antes da transferência deve ser aplicado e, caso escore > ou igual a 3, discutir com médico assistente caso a internação tenha como destino a unidade de internação.

Estes escores ajudam ainda nas transfereencias dos pacientes, por meio dele a equipe orientará o médico profisional que irá acompanhar o paciente durante o transporte.

13.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

Os Protocolos de Enfermagem, juntamente com os Procedimentos Operacionais Padrão são documentos que expressão o planejamento do trabalho repetitivo e tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da atividade. Assim, garante que as ações sejam realizadas da mesma forma, independente do profissional executante ou de qualquer outro fator envolvido no processo, diminuindo assim as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias. O manual de procedimentos, é a reunião de todos rotinas do serviço em um único documento, que descreve o trabalho de enfermagem a ser executado e a

forma correta de fazê-lo, sendo de responsabilidade da gerência a organização do mesmo. Ressalta-se que esse documento deve ter atualização e revisão periódica, seguida da aprovação institucional de cada versão.

Existem inumeros protocolos para a equipe de enfermagem, a FENIX apresentará neste Plano os mais usuais sendo que todos os protocolos seguem como base os manuais do Ministerio da Saúde, como os 6 Protocolos Básicos de segurança do paciente:

Protocolo de Úlcera por Pressão:

O surgimento de alterações na pele é comum durante internações. A Úlcera por Pressão (UPP) é um exemplo destas lesões decorrente de uma pressão ou fricção na pele. A UPP pode resultar em:

- Prolongamento da estadia
- Riscos de infecções graves
- Dores
- Sepse
- Mortalidade

Estas consequências são, em sua maioria, evitáveis. Por esta razão, criou-se o Protocolo com objetivo de “promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele”, seguindo 6 etapas:

- Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes;
- Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados;
- Inspeção diária da pele;
- Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada;
- Otimização da nutrição e da hidratação;
- Estratégias de monitoramento e indicadores.

Protocolo de Higiene das Mãos:

A higiene das mãos é fundamental no cuidado à saúde, uma vez que o profissional lida com diferentes pacientes, em diferentes condições e com diferentes necessidades. Esse ato de segurança refere-se a higienização das mãos a fim de prevenir a transmissão de microorganismos e doenças.

Assim, o Protocolo expõe os 5 momentos em que a higienização das mãos devem ser feitas:

- Antes do contato com o paciente;
- Antes da realização do procedimento;
- Após a exposição a fluídos corporais;
- Após o contato com o paciente;
- Após o contato com áreas próximas ao paciente.

Assim, o Protocolo enfatiza a importância em higienizar as mãos com sabonete líquido e água, ou com preparação alcoólica a fim de de “prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde”.

Protocolo de Cirurgia Segura:

Estudos mundiais apontam que, anualmente, uma em cada 25 pessoas passa por um procedimento cirúrgico grande e um em cada 150 pacientes morre devido a um incidente hospitalar.

Desta forma o Protocolo foi criado com objetivo de “determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes, eventos adversos e a mortalidade cirúrgica”, focando na utilização da Lista de Verificação de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual contém três etapas:

- Antes da indução anestésica
- Antes da incisão cirúrgica
- Antes do paciente sair da sala cirúrgica

Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos:

Anualmente, 400 mil eventos adversos evitáveis (relacionados à medicação) são registrados nos Estados Unidos. Destes incidentes, 7 mil resultam na mortalidade do paciente.

Assim, o Protocolo tem o objetivo de “promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde” a fim de reduzir estes indicadores, por meio do/a:

- Acesso a informação medicamentosa pelos profissionais
- Desenvolvimento de um padrão interno de treinamento
- Padronização dos processos
- Uso de equipamentos tecnológicos
- Educação permanente;

Protocolo de Identificação do Paciente:

Nos Estados Unidos, em torno de 850 enfermos recebem transfusão de sangue que era destinada a outro paciente, sendo que em 3% destes casos, o paciente morre.

Por esta razão o Protocolo busca “garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes”, garantindo que o paciente certo, receba o tratamento certo no momento certo.

Neste contexto, sugere-se as seguintes intervenções pelos profissionais:

- Identificação do paciente;
- Educação do paciente/acompanhante/familiar/cuidador;
- Confirmação da identificação do paciente antes de receber o cuidado.

Para o cumprimento destas diretrizes, o Protocolo reforça a importância da existência de mecanismos de monitoramento (a curto e longo prazo) nas instituições.

Protocolo de Prevenção de Quedas:

As quedas dos enfermos resultam em danos em 30 a 50% dos casos, sendo que 6 a 44% destes danos são graves. Entre as consequências estão:

- Aumento da estadia hospitalar
- Aumento dos custos assistenciais
- Diminuição da credibilidade da instituição

- Complicações legais

Assim o Protocolo pretende “reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente”, identificando os fatores físicos e do ambiente relacionados ao incidente e sugerindo intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira;
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes;
- Educação dos pacientes e dos profissionais;
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Todos estes Protocolos são sistêmicos e gerenciados, a fim de:

- Aprimorar a comunicação
- Construir uma assistência à saúde segura
- Promover o trabalho em equipe
- Monitorar riscos

	POP: 01	PREPARO DE MEDICAMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO POR VIA PARENTERAL

DEFINIÇÃO: Método para o preparo de medicamentos não absorvíveis pelo trato gastrointestinal

OBJETIVO: Oferecer segurança e qualidade nas medicações realizadas pela via parenteral.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MATERIAIS

Bandeja;

Algodão;

Álcool a 70%;

Seringa descartável, com dispositivo de segurança, apropriada à via de administração e volume;

Agulha descartável apropriada;

Medicamento prescrito;

Etiqueta para identificar o medicamento.

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento.

No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outros quesitos e solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da medicamento a ser administrado;

Se for Ampola:

Observar se toda o medicamento está na parte inferior da ampola;

Limpar o gargalo com algodão embebido em álcool a 70%;

Montar a seringa com agulha de grosso calibre;

Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze;

Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio de uma das mãos, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido;

Aspirar a dose prescrita;

Se for Frasco-Liófilo:

Retirar o lacre metálico do frasco superior, limpar a borracha e o gargalo da ampola com o diluente, usando algodão embebido em álcool a 70%;

Aspirar o diluente da ampola e introduzir o líquido no frasco ampola;

Retirar a seringa, sem contaminar a agulha;

Realizar rotação do frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma;

Colocar ar na seringa, na mesma quantidade do líquido que será aspirado do frasco;

Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada à seringa, no mesmo e injetar o ar, aspirando a dose prescrita;

Se for Frasco-Ampola:

Retirar o lacre metálico superior;

Limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;

Montar seringa com agulha de grosso calibre;

Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado;

Erguer o frasco verticalmente, com a borracha voltada para baixo, logo após introduzir a agulha, que está conectada a seringa, no mesmo e injetar o ar;

Aspirar a dose prescrita;

Ao final do preparo:

Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado;

Proteger a agulha com protetor próprio;

Trocar a agulha conforme a especificidade do paciente, líquido e via de administração;

Identificar com nome do paciente, nome do medicamento, via de administração, horário de administração e colocar na bandeja;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Higienizar as mãos;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Solicitar para outro profissional realize a dupla checagem;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;

Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais.

Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;

Quando necessário diluir o medicamento em soro compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.

Permanecer na unidade pós administração de medicamentos injetáveis para observação.

	POP: 02	Administração de Medicamento por Via Intravenosa

DEFINIÇÃO: Método de administração de medicamentos ou soluções através de uma veia

OBJETIVO: Permitir absorção rápida do medicamento;

Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via;

Administrar doses elevadas de medicamentos e soros;

Manter / reestabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Bandeja;

Luva de procedimento;

Algodão;

Garrote;

Etiqueta para identificar o medicamento;

Seringa descartável com dispositivo de segurança;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;

Medicamento/solução prescrita;

Solução prescrita para diluição do medicamento;

Equipo micro ou macrogotas (se necessário);

Cateter intravenoso periférico – AbocathR ou dispositivo de infusão intravenoso – ScalpR com número adequado para quantidade e velocidade de infusão;

Esparadrapo ou microporeR.

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, e outras quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado;

Calçar luvas de procedimento;

Verificar o local onde será realizada a punção venosa, atentar para possíveis restrições de local (mastectomia, distúrbios de coagulação, cateterismo e fístulas);

Realizar antissepsia da pele;

Garrotear aproximadamente 10 cm acima do local escolhido para a realização da punção venosa, solicitar ao paciente a realização do movimento de abrir e fechar das mãos;

Utilizar o dispositivo mais adequado para infusão do medicamento conforme as indicações a seguir:

Punção com ScalpR:

Realizar a punção com o bisel do scalpR voltado para cima;

Observar se há retorno venoso, se sim, soltar o garrote;

Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

Fixar o dispositivo com microporeR ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Punção com cateter intravenoso periférico (AbocathR):

Realizar a punção com o bisel do abocathR voltado para cima;

Observar se há retorno venoso no dispositivo, se sim, introduzir o cateter, remover a agulha ou acionar o dispositivo de recolhimento automático;

Soltar o garrote;

Conectar o equipo e iniciar a infusão, controlar o gotejamento de acordo com o tempo em que a solução deve ser administrada;

Fixar o dispositivo com microporeR ou esparadrapo e orientar o paciente quanto aos cuidados para não se perder o acesso venoso.

Administrar o medicamento no tempo correto, conforme prescrição ou indicação do fabricante, observando atentamento o retorno venoso, o paciente, e as reações apresentadas.

Após a finalização da administração medicamentosa:

Retirar o dispositivo escolhido para punção e pressionar o local com algodão;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Punção com ScalpR: utilizado para infusão de soluções de grande volume. Deve-se utilizar o dispositivo de tamanho adequado ao calibre da veia escolhida para realização da administração medicamentosa;

Punção com AbocathR: utilizado para infusão de soluções de grande volume, e principalmente quando há a necessidade de infusão rápida. Em pacientes com prognóstico de remoção via SAMU, é obrigatória a utilização deste dispositivo.

Solicitar para outro profissional de enfermagem realizar a dupla checagem;

Evitar conversar durante o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Antes de administrar qualquer medicamento, assegure-se de que ele está na temperatura ambiente, evitando dessa forma a ocorrência de hipotermia;

Durante a reconstituição, diluição e administração dos medicamentos, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procurar a orientação do farmacêutico;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar o frasco com nome do paciente, nome e quantidade do medicamento, data e horário da diluição;

Quando necessário diluir o medicamento em solução compatível, como SF 0,9% ou SG 5%.

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de	Água e	Álcool

Administração	sabão	a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

	POP: 03	Administração de Medicamentos por Via Intramuscular

Definição: Administração de medicamentos em tecido muscular.

OBJETIVO: Utilizar o tecido muscular como via de administração de medicamentos, beneficiando-se da rápida absorção de substâncias por esse tecido.

CONTRAINDICAÇÃO: Processos inflamatórios locais.Medicação trazida em mãos (externas) pelo usuário e fora das especificações técnicas (imunoglobulinas, termolábeis, etc).

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

EPI (luva de procedimento, óculos de proteção);

Bandeja;

Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.);

Agulha – comprimento/calibre compatível com a massa muscular e solubilidade

Algodão;

Medicamento prescrito.

Descrição do procedimento

. Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de

outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Paramentar-se com os EPIs;

Questionar se o usuário tem prótese de silicone ou silicone industrial injetado e qual a localização;

Escolher local da administração e em caso de dúvida, chamar o enfermeiro;

Realizar antissepsia da pele;

Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;

Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;

Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);

Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;

Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme;

Fazer leve compressão no local;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

Recomenda-se para adultos, de 2 a 3 ml no deltóilde e no máximo 5 ml no dorso ou ventro-glúteo; para bebê e crianças, preferencialmente utilizer a via ventro-glúteaou o vasto lateral da coxa, sendo 0,5 a 1 ml para bebês e até 3 ml para crianças, sempre avaliando e analisando a massa muscular.

O músculo escolhido para administração do medicamento deve ser bem desenvolvido, de fácil acesso e não possuir vasos de grosso calibre ou nervos superficiais. O volume máximo e substância a ser utilizada devem ser compatíveis com a estrutura muscular.

Não é recomendado região dorso-glútea para menores de 2 anos, devido risco de acidentes com nervos e vasos, dada as variações anatômicas, bem como a musculatura pouco desenvolvida, por não serem deambulantes ainda.

Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

Distância em relação a vasos e nervos importantes;

Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;

Espessura do tecido adiposo;

Idade do paciente;

Irritabilidade da droga;

Atividade do paciente.

Atentar para a utilização tanto de próteses de silicone quanto do uso de silicone industrial injetado na pele de forma clandestina: geralmente trata-se de material de baixa qualidade, que pode extravazar para outras partes do corpo, comprometendo a administração de medicamentos IM.

Caso a região glútea (mais comumentemente utilizada em adultos), não seja adequada para a realização do procedimento, escolher a região vasto-lateral ou ventro-glútea, solicitando a avaliação do enfermeiro em caso de dúvidas ou para a escolha da região deltóide. No caso da escolha da administração de medicamento IM em região deltóide, é necessário atentar-se para a diluição em um volume menor de diluente, levando-se em consideração que nesta região o maior volume recomendado é de 3 ml.

Caso o enfermeiro constate o comprometimento da região do deltóide, deverá informar ao médico para que o tratamento seja prescrito por outra via de administração.

Dorsoglútea (DG):

Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição em pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma linha imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocanter do fêmur;

Administrar a injeção acima dessa linha imaginária;

Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;

Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;

Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;

Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;

Espalmar a mão sobre a base do grande trocanter do fêmur e afastar o indicador dos outros dedos formando um triângulo ou “V”. Realizar a aplicação dentro dessa área delimitada entre os dedos médios e indicador;

Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Vasto Lateral da Coxa:

Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;

Traçar um retângulo delimitado pela linha média na região anterior da coxa, (na frente da Perna) e na linha média lateral da coxa (do lado da perna), 12-15 cm do grande trocanter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;

Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;

Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicamento

no centro do triângulo imaginário.

Escolha correta do ângulo:

Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica.
Deltóide – ângulo 90º.
Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
Dorso glúteo – ângulo 90º.

Escolha correta da agulha:

Conforme Horta & Teixeira (1973) a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

Faixa Etária	Espessura Subcutânea	Solução Aquosa	Solução Oleosa ou Suspensão
Adulto	Magro	25 x 6/7	25 x 8
	Normal	30 x 6/7	30 x 8
	Obeso	30 x 8	30 x 8
Criança	Magra	20 x 6	20 x 6
	Normal	25 x 6/7	25 x 8
	Obesa	30 x 8	30 x 8

Considerações sobre o Tratamento de Sífilis com Penicilina Cristalina:

Questionar se o paciente teve previamente reação alérgica ou de hipersensibilidade à algum antibiótico;

Caso a resposta seja negativa, proceder à administração conforme prescrição médica e, mantendo o paciente em observação por 30 minutos após a aplicação. Esclarecer que este procedimento visa sua segurança, e que ele deve comunicar qualquer desconforto pós medicação nesse período;

Registrar data de aplicação e qual a dose (1ª, 2ª ou 3ª) tanto no prontuário, quanto no verso da receita médica;

Manter na unidade registro de acompanhamento do tratamento (planilhas ou cartões-índice), a fim de facilitar a detecção de abandono de tratamento, atrasos de doses, etc. E convocar o paciente, caso necessário;

Demais dúvidas sobre o tratamento da Sífilis, consultar o manual do Ministério da Saúde, disponível on-line.

	POP: 04	Administração de Medicamento Via Subcutânea

Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através da hipoderme, conhecida como tecido subcutâneo, através da pele..

OBJETIVO: Lentificar o tempo de absorção do medicamento administrado.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Algodão;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;

Agulha para aplicação (13x4,5 ou 8x4,5);

Seringa de 1 ml;

Medicamento prescrito

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade,

transporte, temperatura, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada e outras quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

Calçar as luvas de procedimento;

Escolher o local da administração;

Realizar antissepsia da pele;

Pinçar com os dedos a pele do local da administração (correta posição das mãos no instante de aplicar a injeção: a seringa deve estar posicionada entre o polegar e o indicador da mão Dominante. O profissional deve segurar a seringa como se fosse um dardo, deixando a palma da mão para cima);

Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo 45° a 90°; dependendo da quantidade de tecido subcutâneo no local;

Aspirar, observando se atingir algum vaso sanguíneo;

Injetar o líquido lentamente;

Retirar a agulha com movimento único e firme;

Fazer leve compressão local com algodão;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de

alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico ou do enfermeiro;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;

Na administração de insulina e heparina não realizar massagem após aplicação, para evitar absorção regride.

Locais de aplicação:

Região deltoide no terço proximal, face superior externa do braço, face externa coxa, parede abdominal;

Administrar volume máximo 0,5 a 1 ml (o tecido subcutâneo é extremamente sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamento); Realizar rodízio nos locais de aplicação.

	POP: 05	Administração de Medicamento por Via Intradérmica

Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através da derme.

OBJETIVO: Realizar imunização com vacina antirrábica e BCG;

CONTRAINDICAÇÃO: reações de hipersensibilidade

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Bandeja;

EPIs (luvas de procedimento e óculos de proteção);

Algodão;

Seringa descartável de 1mL;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração/preparo do medicamento;

Agulha 10x5 ou 13x4,5 para administração da substância;

Solução prescrita

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de

outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos da solução a ser administrada;

Calçar as luvas de procedimento;

Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura);

Realizar antissepsia da pele utilizando algodão com álcool 70%, no sentido de baixo para cima;

Colocar os óculos de proteção;

Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o

dedo indicador;

Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça;

Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;

Após a finalização da administração, retirar o polegar da extremidade do embolo e a agulha da pele;

Não friccionar o local;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, registrando lote e validade do medicamento administrado (rastreabilidade), assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Recomenda-se que, sempre que possível o paciente seja identificado com documento com foto, garantindo a Segurança nas ações desenvolvidas.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

A OMS preconiza que caso a pele esteja limpa, não há necessidade do uso do álcool a 70% para algumas vias de administração de injetáveis, bem como de alguns imunobiológicos.

Preparo da Pele e desinfecção		
Tipo de Administração	Água e sabão	Álcool a 70%
Intradérmica	Sim	Não
Subcutânea	Sim	Não
Intramuscular – Imunização	Sim	Não
Intramuscular – Terapêutica	Sim	Sim
Acesso Venoso	Não	Sim

Fonte: Adaptado de: WHO best practices for injections and related procedures toolkit, 2010.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Antes de administrar soluções intradérmicas, assegure-se de que ela está na temperatura adequada, evitando dessa forma a inativação da mesma;

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do farmacêutico;

Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com data e horário da diluição;

Imediatamente após a administração, aparecerá no local uma pápula de

aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

A aplicação de imunoterapia com alérgenos – comumentemente conhecida como “vacina anti-alérgica” – deverá seguir o padrão de boas práticas: checar prescritor, instituição proveniente, rotulagem, orientação acerca da conservação, data de fabricação, data da validade, periodicidade na administração, dentre outros. As aplicações deverão ser registradas em prontuário e/ou formulário que garanta o acompanhamento das dosagens.

	POP: 06	Administração de Medicamentos por Via Oral

Definição: Técnica pela qual os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido ou dissolvidos na forma sublingual.

OBJETIVO: Utilizar a via oral para a administração de medicamentos orais tais como drágeas, cápsulas, comprimidos, xaropes e suspensões.

CONTRAINDICAÇÃO: Pacientes com incapacidade de deglutição ou com rebaixamento significativo do nível de consciência.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Copo descartável ou copo graduado quando xarope ou solução aquosa;

Medicamento;

Bandeja;

Líquido para ingestão (copo de água).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Separar o medicamento evitando toca- lo com as mãos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. Em caso de suspensão aquosa ou xarope, agitar o frasco e separar a dose prescrita com auxílio de copo graduado ou conta gotas;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Oferecer o medicamento;

Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção.

Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo.

Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa.

Certificar-se que o medicamento foi deglutido ou completamente dissolvido;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrado na presença do paciente;

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

.

	POP: 07	Administração de Medicamento por Via Inalatória

Definição: Método de administração de medicamentos ou soluções através do sistema respiratório.

OBJETIVO: Umidificar as vias aéreas;Fluidificar secreções do trato respiratório, facilitando a sua expectoração;Manter a permeabilidade da via aérea

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Máscara para nebulização;

Copo nebulizador;

Extensão de latex (chicote);

Seringa descartável de 10 ml com dispositivo de segurança;

Agulha descartável 1,20x25 (18G) – para aspiração da solução para diluição (se necessário);

Solução de diluição prescrita;

Medicamento prescrito;

Fonte de oxigênio ou ar comprimido.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário,

legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento e solução a serem administrados;

Aspirar a quantidade prescrita da solução para diluição do medicamento, se necessário;

Preparar corretamente o medicamento prescrito no copo nebulizador (quantidade de solução associada ao medicamento, conforme prescrição);

Conectar o copo nebulizador a extensão de latex (chicote), que está acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio;

Regular o fluxo (5 a 10 litros/mim). Em caso de oxigênio o fluxo deve estar prescrito;

Orientar o paciente a manter a respiração nasal durante a inalação do medicamento;

Fechar o fluxômetro ao término da inalação e oferecer papel toalha ao paciente para este secar a umidade do rosto;

Comunicar ao prescritor que o procedimento findou-se caso haja a necessidade de reavaliação após procedimento;

Desconectar o copo da extensão de latex (chicote) acoplado ao fluxômetro e colocar o copo e a máscara para lavagem e desinfecção;

Desprezar os materiais perfuro- cortantes em recipiente adequado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

Evitar conversar durante a o processo de preparação de medicamentos;

Se não conhecer o medicamento ou tiver dúvida sobre o mesmo, procurar o enfermeiro do serviço;

Preparar o medicamento a ser administrada na presença do paciente;

Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;

Durante a reconstituição, diluição e administração das soluções, observe qualquer mudança de coloração e formação de precipitado ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo, procure a orientação do Farmacêutico;

Caso a solução para diluição esteja em um frasco que será fracionado para

vários procedimentos, identificar frasco com data e horário de abertura e validade;

Deve-se fazer a inalação com o cliente sentado ou em decúbito elevado, sempre que possível, para facilitar a expectoração.

Descrição do procedimento

	POP: 08	Administração de Medicamento por Via Ocular

Definição: Técnica para instilar colírios ou pomadas oftálmicas na bolsa conjuntival.

OBJETIVO: Administrar medicamentos na bolsa conjuntival como em casos de glaucoma, após cirurgia de catarata, uso de lágrimas artificiais e vasoconstritores.

CONTRAINDICAÇÃO:

Uso de medicamentos que não sejam preparados para a administração oftálmica..

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Colírio ou pomada oftalmológica;

Gaze

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução, solicitando que incline a cabeça para trás;

Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente e evitando tocá-la, pedindo ao paciente para olhar para cima e pingar o medicamento no centro da bolsa conjuntival.

Pingar o medicamento na bolsa conjunctival, orientando o paciente a fechar a pálpebra.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Usar o medicamento apenas no olho afetado.

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem.

	POP: 09	Administração e Mistura de Insulinas

Definição: Método para a administração de duas insulinas no mesmo horário..

OBJETIVO: Melhorar o tratamento com as ações complementares destas insulinas numa mesma aplicação; Evitar duas aplicações subcutâneas...

CONTRAINDICAÇÃO: Incompatibilidade das associações de certas formulações numa mesma seringa.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Algodão; Álcool a 70%;

Seringa de 01 ml; Frascos de insulinas (NPH e Regular ou Ultra- Rápida).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;

Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento. No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados, checar procedência, lote, validade, transporte, temperatura e outros quesitos;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Retirar o lacre superior do frasco de insulina e limpar a borracha com algodão embebido em álcool a 70%;

Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH, lentamente, facilitando a aspiração da dose exata desta insulina e evitar a formação de bolhas;

Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;

Injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R no frasco de insulina R ou Ultra- Rápida e retirar a dose;

Introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado, e puxar o êmbolo até a marca correspondente à soma das doses das duas insulinas;

Retirar a agulha do frasco, e prosseguir seguindo recomendações da técnica de aplicação de medicamento subcutâneo;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar o paciente a comparecer ao serviço trazendo um documento com foto, garantindo sua segurança nas ações que serão desenvolvidas.

Sempre que possível, solicitar para outro profissional realizar a dupla checagem;

No caso de uma aspiração da insulina maior que a necessária, descartar as insulinas e reiniciar o procedimento. NUNCA devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;

Mistura de NPH e regular pode ser utilizada imediatamente ou armazenada em refrigerador para uso em até 30 dias e mistura de NPH e ultra-rápida deverá ser utilizada imediatamente após o preparo;

	POP: 10	Administração de Dieta Enteral

Definição: Administração de dieta enteral, definida como um alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, industrializado ou não, através de sondas...

OBJETIVO: Oferecer aporte nutricional para melhora clínica do paciente....

CONTRAINDICAÇÃO: Absoluta: obstrução mecânica.

Relativa: pancreatite hemorrágica grave, enterocolite necrotizante, íleo paralítico prolongado, diarreia grave, refluxo de vômito, fístulas entéricas, disfunção da motilidade intestinal.Cada contraindicação deve ser avaliada pela equipe multiprofissional e de maneira individual.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

EPI (luva de procedimento e óculos de proteção);

Dieta industrializada ou não;

Frasco para dieta;

Equipo de dieta enteral;

Seringa de 20 ml;

Estetoscópio.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Conferir o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Promover a privacidade do paciente;

Preparar a dieta conforme recomendações do fabricante ou solicitar a dieta preparada pelo familiar em residência e colocá-la em frasco próprio, utilizando

técnica limpa e luvas calçadas;

Conectar o frasco de dieta ao equipo e preencher o equipo retirando o ar da extensão, evitando a entrada de ar desnecessária no TGI do paciente e facilitando o controle de infusão;

Colocar o paciente em posição Fowler (45°), quando não contraindicado, evitando o risco de broncoaspiração;

Com auxílio da seringa, injetar 20ml de ar com pressão e auscultar com stetoscópio simultaneamente a região epigástrica;

Aspirar e medir o resíduo gástrico, colocando-o em um copo plástico para posterior reintrodução (se menor que 200ml);

Conectar o equipo com dieta à sonda;

Abrir a pinça rolete do equipo ajustando apropriadamente a velocidade de infusão;

Injetar 40ml de água na sonda logo após o término da dieta, com auxílio da seringa;

Administrar água conforme prescrição médica;

Deixar o paciente em posição de Fowler por cerca de 30 minutos após o término da infusão, evitando refluxo, broncoaspiração e facilitar a digestão;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar os EPI e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Existem diferentes tipos de sondas de alimentações: naso/orogástrica, naso/oroenteral, gastrostomia e jejunostomia.

As sondas de gastrostomia e jejunostomia não necessitam de confirmação de localização antes das administrações de dieta.

Seguir a prescrição médica/nutricionista em relação ao tipo de dieta do paciente e valor calórico.

A dieta enteral deve ser preparada com técnica limpa seguindo as

recomendações do fabricante.

O equipo e o frasco de dieta devem ser trocados a cada dieta.

Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de dieta, para evitar obstrução da sonda.

Realizar higiene oral conforme prescrição de enfermagem.

Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água ou SF 0,9%.

Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele.

Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.

Comunicar ao Enfermeiro as alterações ocorridas devido à infusão da dieta (vômitos, diarreia, constipação).

As dietas não devem estar muito quentes ou frias.

As infusões de dietas enterais por sonda devem ser administradas de forma intermitente, com infusão ou gotejamento lento por gravidade, cinco a seis vezes ao dia, durante um período de 40 a 60 minutos.

Antes de cada administração de nova dieta deve-se verificar o resíduo gástrico, quando este for superior a 200ml e o paciente apresentar desconforto ou distensão abdominal, recomenda-se interromper a infusão de dieta enteral e avaliar o paciente radiologicamente. Na ausência de sintomas digestivos, reavaliar o resíduo novamente em 1h. Deve-se comunicar o enfermeiro tal alteração. Lembrar sempre de devolver o resíduo retirado quando este for inferior a 200ml.

Para o cuidado domiciliar

Orientar familiar/cuidador a utilizar 1 frasco/equipo para dieta e 1 frasco/equipo para água e sucos por 7 dias. Após este período desprezar o frasco/equipo da dieta, substituindo pelo frasco/equipo da água e abrir novo frasco/equipo para água e sucos.

Utilizar seringa de 20ml para lavar as sondas após as administrações das dietas, essa deve ser substituída a cada 7 dias.

O paciente, sempre que possível, deve ser estimulado a participar da terapia, cuidando da higiene das narinas e da sonda, e ainda ser instruído sobre os

horários de infusão, bem como a relatar sintomas de desconforto e mal estar, mudanças no hábito intestinal ou qualquer alteração que possa indicar uma complicação.

	POP: 11	Aferição da Glicemia Capilar

Definição: Método para obtenção do nível de glicemia capilar dos indivíduos.

OBJETIVO: Obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea, por meio de punção digital.....

CONTRAINDICAÇÃO: Pacientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Bandeja

Algodão

Álcool a 70%

Luvas de procedimento

Lanceta

Glicosímetro

Fitas reagentes

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Conferir prescrição de enfermagem ou médica e reunir o material;

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas de procedimento;

Conectar a fita reagente ao glicosímetro;

Orientar o paciente a lavar as mãos com água e sabão, enxaguar e secar. Fazer antissepsia com algodão embebido no álcool a 70% e secar completamente;

Posicionar o dedo do paciente para baixo e perfurar a lateral do dedo com

uso da lanceta, sem ordenhar o local;

Ao formar uma gota de sangue, aproximá-la da tira reagente e aguardar a sucção;

Comprimir o local com algodão seco;

Aguardar o resultado pelo glicosímetro;

Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Seguir as instruções dos fabricantes dos glicosímetros, checando recomendações específicas;

Evitar locais frios, cianóticos ou edemaciados para a punção para assegurar uma amostra de sangue adequada;

Verificar a validade das fitas;

Verificar a compatibilidade entre o número do “chip” /código com o número do lote da fita utilizada;

Comunicar resultado ao enfermeiro, caso esteja alterado;

Cumprir rodízio dos locais de punção;

Amostras de sangue escridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

.

	POP: 12	Aferição da Pressão Arterial

Definição: Procedimento para avaliar o nível de pressão arterial dos indivíduos

OBJETIVO: Detectar precocemente desvios de normalidade;Indicar variações individuais de níveis pressóricos

CONTRAINDICAÇÃO: Aferir em membros com trombose venosa profunda, acessos venosos, lesões ou do lado em que foi realizada mastectomia.

Acientes com distúrbios de coagulação sanguínea.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Algodão;

Álcool a 70%;

Estetoscópio;

Esfigmomanômetro

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de rounidadess, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;

Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço), realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio

com algodão embebido em álcool a 70%;

Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;

Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua palpar a artéria, tendo o cuidado de que para identificar com exatidão o primeiro som de KorotKoff, o manguito precisar estar inflado a uma pressão acima do ponto em que o pulso não pode ser mais sentido e anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece (estimativa da pressão sistólica);

Desinsuflar o manguito rapidamente;

Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente (tempo necessário para diminuição da congestão venosa;

Colocar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial e colocar o manômetro em posição de leitura;

Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insufle o manguito gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20- 30 mmHg acima desta pressão;

Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (1º som audível) e a PAD (último som);

Desinsuflar totalmente o manguito;

Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;

Retirar o manguito do braço do paciente;

Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento;

Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em pé,

especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva;

Certificar-se de que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da aferição;

O esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses ou sempre que apresentar sinais de descalibração

	POP: 13	Anotação de Enfermagem

Definição: Anotação de Enfermagem é o registro sistematizado de todas as informações, observações, avaliações e ações relativas ao cuidado do paciente/cliente

OBJETIVO: Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre a equipe de saúde e garantir a continuidade das informações

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para realização deste procedimento.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Prontuário ou ficha de atendimento;

Caneta esferográfica preferencialmente azul ou preta;

Carimbo pessoal (com nome do profissional, categoria e número registro no conselho de classe).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Ação de enfermagem

Registrar todo e qualquer procedimento realizado no paciente sobre sua responsabilidade, garantindo o respaldo legal dos profissionais e garantia da continuidade da assistência prestada (segurança do paciente e do profissional de Enfermagem);

Nunca registrar procedimento ou cuidado feito por terceiros;

Registrar de forma completa, clara, legível, pontual, cronológica e objetiva, observando ortografia, caligrafia e redação;

Devem ser precedidas de data e hora e assinadas ao final. O uso do carimbo faz parte da assinatura;

Não pode conter rasuras, entrelinhas, espaços em branco;

O registro deve constar em impresso devidamente identificado no cabeçalho com nome completo do paciente, e complementado com data e horário, bem como numeração da página;

Registrar cuidados prestados, observações efetuadas e sinais/sintomas referidos pelo paciente sem usar termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

A Anotação de Enfermagem embasa a Sistematização de Enfermagem realizada pelo Enfermeiro, e deve conter nela as respostas frente aos cuidados prescritos pelo Enfermeiro;

Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

Sempre registrar em impressos próprios e padronizados pela instituição.

Observação

O conteúdo da anotação deve ser descritiva e não interpretativa;

Não utilizar corretivos, nem riscar, molhar ou manchar o impresso;

Em caso de erro na anotação, usar a palavra “digo”, entre vírgulas;

O prontuário é um documento de valor legal, para o paciente, para a instituição e para a equipe de saúde e poderá ser utilizado como instrumento de ensino e pesquisa, além de servir como defesa e respaldo legal a todos;

As anotações são necessárias para garantir a continuidade na assistência prestada;

Os registros de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática e estágio supervisionado, conforme Resolução Cofen n° 441/2013 e ser pactuado com o órgão responsável pela articulação ensino/serviço (CETS);

	POP: 14	Aspiração de Vias Aéreas

Definição: É o método utilizado para remover secreções da boca e da faringe, através de sucção, desobstruindo a entrada de ar nas vias aéreas superiores, bem como da traqueia e brônquios nos pacientes entubados e traqueostomizados

OBJETIVO: Manter as vias aéreas permeáveis;Reestabelecer as trocas gasosas melhorando a oxigenação arterial e pulmonar;Prevenir infecção.

CONTRAINDICAÇÃO: Não existem contraindicações absolutas para este procedimento. A maioria das contraindicações é relativa e diz respeito ao risco do paciente apresentar reações adversas ou piora de sua condição clínica..

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

EPIs (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, gorro, máscara cirúrgica);

Fluxômetro para aspiração;

Fonte de vácuo e oxigênio;

Frasco de aspiração;

Extensão de silicone;

Sonda aspiração 14ou 16 (adulto), 8 ou 10 (pediátrico);

Ampola de SF 0,9%;

Ressuscitador manual de respiração;

Gaze estéril;

Cânula de Guedel;

Oxímetro de pulso.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Aspiração de Orofaringe:

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler, se não for contraindicado, promovendo o conforto, oxigenação, reduzindo o esforço para ventilação e prevenir vômitos e a aspiração.

Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo;

Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento;

Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;

Clampear a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e a orofaringe até a ausência/redução esperada do conteúdo aspirado;

Lavar a extensão com água destilada;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Retirar os EPIs;

Deixar o paciente confortável;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Aspiração Traqueal:

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal, promovendo o conforto, oxigenação,

reduzir o esforço para ventilação e prevenir êmese;

Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone, expondo apenas a parte que conecta a extensão e abrir fonte de vácuo. Utilize o restante da embalagem para protege a sonda, mantendo-a estéril;

Colocar gorro, máscara cirúrgica, os óculos de proteção e calçar as luvas estéreis

Desconectar o ventilador e conectar o ressuscitador manual para realização de seis ventilações em 30 minutos, com auxílio de outro professional, prevenindo hipoxemia;

Com a mão dominante (estéril), introduzir a sonda no tubo mantendo a extensão clampeada para não aplicar sucção até encontrar resistência (carina), favorecendo remoção das secreções, e prevenir hipoxia;

Soltar o látex para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;

Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos, favorecendo que o paciente ventile e descanse entre as aspirações, para corrigir a hipoxemia e amenizar o desconforto;

Se necessário, repetir o procedimento, entretanto é recomendado não realizar mais do que três aspirações por sessão;

Ao termino da aspiração traqueal, promover a limpeza da sonda com água destilada e gaze, e realizar aspiração das vias aéreas superiores;

Lavar a extensão do aspirador com água destilada e desprezar a sonda;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de 270aúde;

Retirar os EPIs;

Fechar fonte de vácuo;

Deixar o paciente confortável;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Instilação de SF0,9% (até 5ml) por via intrabronquica é indicada para promover fluidificação, mobilizar as secreções e estimular a tosse quando ocorrer formações de rolhas;

Observação

O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração;

Quando o paciente estiver em IOT, ficar atento aos dados vitais como SpO2, FR, FC, PA;

Deve-se observar o aspecto da secreção do paciente (cor, consistência, quantidade e odor);

Monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica. Essa monitoração deve ser feita antes, durante e após procedimento

	POP: 15	Cateterismo Vesical de Demora

Definição: É a introdução de uma sonda/cateter estéril e permanente da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica

OBJETIVO: Controlar o volume urinário; Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados, inconscientes ou com obstrução..

CONTRAINDICAÇÃO: Obstrução mecânica do canal uretral;Uretrite;Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica)...

EXECUTANTE: exclusivo Enfermeiro.

Materiais

EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, luva estéril);

Biombo;

Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba redonda, gazes esterilizadas e campo fenestrado);

Sonda de Foley de calibre adequado;

Sistema fechado de drenagem urinária estéril;

Ampola de água destilada (quantidade para encher o balonete conforme discriminado na sonda);

Agulha para aspiração;

Seringa de 20ml sem luer lock;

Lidocaína gel 2%;

Fita adesiva (esparadrapo ou adesivo hipoalergênico);

Gaze estéril se necessário;

Solução de PVPI tópico;

Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

Descrição do procedimento

Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:

Ação de enfermagem

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Chamar o paciente, confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente adequadamente:

Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os pés sobre o leito.

Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

Paramentar-se com os EPIs;

Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;

Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;

Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril e sistema coletor fechado) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;

Abrir a ampola de água destilada sobre a mesa de cabeceira do paciente;

Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;

Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.

Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril.

Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;

Calçar luvas estéreis;

Com auxílio de uma seringa de 20ml e uma agulha de aspiração, sem contaminar as mãos, aspirar água destilada necessária para insuflar o balonete conforme descrito na sonda de Foley e testá-lo, retirando a água após o teste e reservar a seringa com água no campo estéril;

Adaptar a sonda de Foley na bolsa coletora (sistema fechado de drenagem esterilizado);

Realizar a antissepsia da região genital, com auxílio da pinça, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino:

Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande.

Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento;

Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento;

Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos e grandes lábios;

Colocar o campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;

Lubrificar a sonda com lidocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;

Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina.

Quando paciente do sexo masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do paciente e introduzir a sonda até a bifurcação.

Quando paciente do sexo feminino introduzir aproximadamente mais 10 centímetros, que garante que a sonda de Foley esteja posicionada após o esfíncter uretral;

Insuflar o balonete com água destilada, observando o volume marcado na sonda, mantendo a extremidade distal da sonda no interior da bexiga;

Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;

Retirar o campo fenestrado sem desconectar o sistema fechado de drenagem;

Fixar sonda na parte interna da coxa (sexo feminino) e área suprapúbica (sexo masculino). Evitar possível tensão no trígono urogenital (sexo feminino) e

tensão uretral na junção penescrotal (sexo masculino);

Prender o coletor na parte inferior da cama após colocar a data, hora e nome do funcionário;

Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;

Desprezar os materiais pérfuro- cortantes em recipiente adequado.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Para realizar este procedimento é necessária prescrição médica (sondagem e retirada da sonda);

Não há um intervalo ideal preconizado para a troca da sonda, mas recomenda-se a sua retirada precocemente;

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Manter o sistema de drenagem fechado, a não ser em situações específicas, como nas irrigações urinárias;

Escolher sondas de menor calibre (12 a 16F) em adultos. Utilizar sondas de maior calibre (20 a 24 F) quando for passível a formação de coágulo;

Trocar todo sistema de drenagem fechado quando ocorrer obstrução do cateter ou do tubo coletor, suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter, violação ou contaminação do cateter e/ou do sistema de drenagem e febre sem outra causa conhecida;

Manter bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e orientar o paciente a mantê-la nesta posição;

Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga;

Alternar os locais da fixação e trocar a fita adesiva a cada 24 horas;

Manter o ponto distal de drenagem do coletor de urina suspenso, ou seja, sem que este encoste no solo.

Realizar higiene íntima com água e sabão, e do meato uretral, pelo menos duas vezes ao dia;

Perguntar ao paciente se este apresenta alergia a látex, PVPI e/ou fita adesiva (microporeR ou esparadrapo).

Em caso de urgência, (bexigoma, infecções de urina, entre outras) a troca do CVD poderá ser delegada a profissional auxiliar/técnico de enfermagem devidamente capacitado.

	POP: 16	Cateterismo Vesical de Alívio

Definição: É a introdução de uma sonda/cateter estéril da uretra até a bexiga com finalidade diagnóstica ou terapêutica.

OBJETIVO: Colher material para exame.

Possibilitar a eliminação da urina em pacientes imobilizados.

Inconscientes ou com obstrução.

Esvaziar a bexiga em caso de retenção urinária.

Mensurar débito urinário...

CONTRAINDICAÇÃO: Obstrução mecânica do canal uretral.Uretrite.Hipertrofia prostática (relativa – necessário avaliação médica).

EXECUTANTE: exclusivo Enfermeiro.

Materiais

EPIs (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luva estéril);Biombo; Bandeja de cateterismo vesical esterilizada (contendo cuba rim, pinça para antissepsia, cuba, redonda gazes esterilizadas e campo fenestrado);

Sonda uretral de alívio;

Seringa de 20ml sem luer lock;

Lidocaína gel 2%;

Gaze estéril se necessário;

Solução de PVPI tópico;

Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).Materiais para higiene íntima se necessário (água e sabão).

Descrição do procedimento

Após realizar higiene íntima se necessário, com a finalidade de prevenir a contaminação por agentes microbianos, realizar os seguintes passos:

Ação de enfermagem

Checar a prescrição;Reunir o material;Higienizar as mãos;

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente adequadamente:

Sexo feminino: decúbito dorsal, com joelhos flexionados e afastados com os

pés sobre o leito.

Sexo masculino: decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas.

Paramentar-se com os EPIs;

Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente, posicionando-o de forma a não passar o descarte contaminado sobre o campo estéril;

Abrir o material de cateterismo sobre a mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;

Abrir os materiais descartáveis (sonda, seringa e gaze estéril) e adicioná-los ao campo estéril com técnica asséptica;

Desprezando o primeiro jato, colocar solução de PVPI tópico nas gazes estéreis que se encontram na cuba redonda;

Abrir bisnaga de lidocaína gel 2%, desprezando o primeiro jato.

Sexo feminino: colocar a solução sobre a gaze estéril;

Sexo masculino: após calçar as luvas estéreis solicitar ajuda para colocar o gel dentro de uma seringa de 20ml;

Calçar luvas estéreis;

Com auxílio da pinça, proceder antissepsia da região genital, contaminando apenas a mão não dominante:

Sexo masculino:

Retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande.

Manter a mão não dominante na posição durante todo procedimento.

Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir o procedimento três vezes.

Sexo feminino:

Com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.

Usando pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e limpar sempre da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Limpar meato uretral, pequenos lábios e grandes lábios;

Colocar o Campo fenestrado sobre a genitália, deixando o meato exposto;

Lubrificar a sonda com xilocaína. No homem, poderá ser injetado o lubrificante diretamente na uretra através de seringa de 20 ml;

Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina;

Drenar a diurese na cuba rim, quando for realizar coleta de exames, colocar a urina no coletor próprio e após drenar a urina na cuba rim;

Retirar a sonda e o campo fenestrado;

Desprezar a urina no vaso sanitário;

Deixar o paciente confortável. Lavar e secar a área perineal conforme for necessário;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Para realizar este procedimento é necessário prescrição médica;

Respeitar a privacidade do paciente, mesmo que este esteja inconsciente;

Escolher sonda que sejam adequadas ao diâmetro da uretra do paciente.

	POP: 17	Classificação de Risco com Escala de Manchester

Definição: É um processo de classificação de risco de pacientes, através do uso de cores.

OBJETIVO: Permite definir rapidamente qual é a situação de cada paciente, resultando na prioridade dos atendimentos, evitando o caos no atendimento.

CONTRAINDICAÇÃO: não a contraindicação.

EXECUTANTE: exclusivo Enfermeiro.

Materiais

Manual de classificação de risco simplificado;

Termômetro;

Glicosímetro;

Relógio;

Monitor (saturímetro e FC);

Esfigmomanômetro e estetoscópio;

Ficha de registro da classificação de risco.

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo e pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome, recomendando que compareça à Unidade com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/ homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

Apresentar-se ao paciente e explicar a importância da classificação de risco que será realizada, sanando todas suas dúvidas;

Solicitar que o paciente sente-se, fique o mais confortável possível;

Iniciar a verificação dos sinais vitais, conforme queixas ou patologias pré-existentes como Diabetes e Hipertensão;

Preencher todos os campos da ficha de atendimento que são pertinentes à

classificação de risco, inclusive queixa principal;

Ao término, solicitar que o paciente retorne a sala de espera e aguarde atendimento médico.

Determinantes gerais:

Vermelho (atendimento imediato)
Comprometimento das vias aéreas;
Respiração inadequada;
Hemorragia exanguinante;
Choque;
Convulsionando;
Criança irresponsiva;
Laranja (atendimento até 10 minutos)
Dor intensa;
Hemorragia maior incontrolável;
Alteração da consciência;
Criança febril;
Esfriamento;
Dor moderada.
Amarelo (atendimento até 1 hora)
Hemorragia menor incontrolável;
História de inconsciência;
Adulto febril;
Verde (atendimento até 2 horas)
Dor leve recente;
Febre baixa;
Problema recente.
Azul (atendimento até 4 horas)
Dor abdominal em adultos



Atenção – Pacientes que podem ter piora repentina:

Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km/h;

Forças de desaceleração, tais como quedas ou explosões;

Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes;

Acidentes com ejeção do veículo;

Negação violenta das óbvias injúrias graves, pensamentos de fuga e alteração do discurso, respostas inapropriadas;

Fraturas de 1ª e 2ª costelas;

Fraturas da 9ª, 10ª e 11ª costela ou mais de 3 costelas;

Possível aspiração;

Possível contusão pulmonar;

Acidentes com óbito no local;

Atropelamento de pedestre ou ciclista;

Acidente com motociclista.

	POP: 18	Coleta de Exames Laboratoriais

Definição: Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde de Urgência.

OBJETIVO: Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças..

CONTRAINDICAÇÃO: Distúrbios de coagulação.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

EPIs;

Tubos para coleta de sangue à vácuo;

Kit estéril para urocultura;

Frasco preparador para exame parasitológico de fezes;

Kit não estéril para Urina I;

Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.

Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).

Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.

Gelo reciclável;

Caixa para descarte de material pérfuro-cortante;

Livro de registro para controle de exames realizados.

Descrição do procedimento

Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;

Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.

Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.

Separar a guia de requisição de exames.

Verificar quais exames foram solicitados.

Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.

Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta, etc).

Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.

Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos adequados para os exames solicitados (vide Manual do Laboratório Municipal);

Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.

Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada (Vide versão atualizada do Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Campos do Jordão) e devidamente fechada.

Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.

Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;

Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;

Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;

Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;

fornecer etiqueta com número do exame para controle;

Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;

Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta

Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.

Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.

Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.

Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado (vide Manual do Laboratório Municipal);

Higienizar as mãos utilizando água e sabão ou utilizar o álcool 70.

Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.

Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.

Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.

Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados.

Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa

angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.

Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.

Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2º tubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3º tubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).

Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.

Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.

Descartar a agulha em caixa própria para resíduos pérfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.

Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente. 17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.

Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;

Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele

aguarda ser chamado na sala de coleta.

O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.

Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.

Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.

Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.

Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospitais, etc).

Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio.

Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77 MS/GM 12/01/2012.

Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal – Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe) – Grupo 15 e Cultura de fezes – Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.

RDC 302 (item 6.1.7): “A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente”. O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.

Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

.

	POP: 19	Colocação de Colar Cervical

Definição: Selecionar e colocar o colar cervical de tamanho adequado, para a imobilização da coluna cervical de uma vítima de trauma e manutenção da tração e do alinhamento da cabeça e pescoço.

OBJETIVO: Proteger a coluna cervical de compressão; Evitar o agravamento de possíveis lesões

CONTRAINDICAÇÃO: Objeto encravado no local de colocação do colar; Ferimento com sangramento intenso (fazer curativo compressivo antes da colocação do colar); Se a movimentação cuidadosa da cabeça e do pescoço em direção a uma posição alinhada e neutra provocar qualquer uma das seguintes reações, devendo ser imediatamente interrompida: Resistência ao movimento; Espasmos dos músculos do pescoço; Aumento da dor; Início ou aumento de déficit neurológico (como adormecimento, formigamento ou perda da motricidade); Comprometimento da via aérea ou da ventilação.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

MateriaisColar cervical de tamanhos variados e/ou ajustáveis.

Descrição do procedimento

Para realizar este procedimento com segurança é necessária a presença de dois socorristas, sendo pelo menos um deles profissional da enfermagem, o outro poderá ser um socorrista capacitado.

Ação de enfermagem

Explicar o procedimento ao paciente caso este esteja consciente e solicitar que não mova a cabeça e nem o pescoço;

Primeiro socorrista: fazer a estabilização manual da cabeça e do pescoço da vítima em posição alinhada neutra; utilizar ambas as mãos, colocando o 2º ao 5º dedo e palmas da mão sob a região occipital e cada um dos polegares na região temporomandibular. Manter ligeira tração cefálica e o alinhamento da coluna cervical, eixo nariz, umbigo, pés;

Segundo socorrista: retirar suavemente, rounidadess e adereços do pescoço e orelhas, para que esses não interfiram na colocação do colar cervical;

Segundo socorrista: medir a distância entre a mandíbula e uma linha imaginária na base do pescoço (músculo trapézio) com uma das mãos, em posição transversal e avaliar o número de dedos que cabe nesse espaço, para determinar o tamanho do colar;

Segundo socorrista: utilizar a medida feita com os dedos na lateral do colar (considerando apenas o plástico rígido e não a parte de espuma), para a seleção do tamanho adequado ou para fazer a regulagem nos colares ajustáveis;

Segundo socorrista: colocar o colar de tamanho apropriado, enquanto o primeiro socorrista mantem a estabilização neutra alinhada da cabeça. Se a vítima estiver sentada a colocação deve ser iniciada pela frente, a partir do mento e o fechamento com o velcro na parte posterior, de forma firme, porém sem apertar.

Na vítima deitada, a colocação deve ser iniciada pela parte da nuca, tendo o cuidado de dobrar o velcro para não enroscar nos cabelos e prender cabelos compridos, se necessário. Concluir a colocação do colar ajustando-o ao mento e fazer o fechamento com o velcro na lateral, mantendo uma folga apenas para conforto;

Em caso de utilização de colar ajustável, certificar-se que este está travado no tamanho correto, antes de colocá-lo no pescoço da vítima;

Primeiro Socorrista: Permanecer na posição inicial de estabilização manual da cabeça e do pescoço até que a vítima esteja totalmente imobilizada e não apenas com o colar cervical.

Observação

Os colares devem ser de tamanho adequado para cada paciente;

colar não deve impedir a abertura da boca do paciente (espontânea ou realizada pelo socorrista caso ocorra saída de secreção/êmese);

O colar não deve obstruir ou dificultar a ventilação.

Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;

Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.

O

01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

	POP: 20	Colocação de dispositivo urinário

Definição: Dispositivo de uso externo utilizado em pacientes do sexo masculino com incontinência urinária ou inconscientes.

OBJETIVO: Conforto e controle da diurese em pacientes incontinentes ou inconscientes

CONTRAINDICAÇÃO: Alergia ao látex.

EXECUTANTE: Enfermeiro,

EPI (luva de procedimento);
Bandeja;
Material para higiene: água morna, sabão, bacia e toalha;
Material para tricotomia, se necessário;
Dispositivo para incontinência urinária (UripenR) de tamanho adequado;
Coletor de urina sistema aberto;
Fita hipoalergênica;
Tesoura.

Descrição do procedimento

Reunir o material;
Chamar a paciente, confirmar o nome, e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
Higienizar as mãos;
Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);
Preparar os materiais, cortando a fita hipoalergênica previamente (1 tira de 20cm).
Paramentar-se com os EPI;
Realizar a tricotomia dos pêlos pubianos se necessário;
Realizar higiene íntima, secando o pênis;
Coloque o dispositivo como um preservativo, deixando um espaço livre na

ponta do pênis;

Enrole a fita hipoalergênica, metade sobre o dispositivo e metade sobre a pele para garantir a fixação;

Conecte o coletor ao dispositivo;

Recolha o material utilizado;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Retirar o EPI e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Trocar o dispositivo diariamente.

Realizar a higiene do pênis e do dispositivo, com água e sabão e secar muito bem;

No ambiente domiciliar o dispositivo pode ser utilizado várias vezes, desde que bem higienizados;

Se possível, retirar o dispositivo durante a noite, dando preferência ao uso do papagaio;

Observar frequentemente: garroteamento, fixação, vazamentos e lesões decorrentes do trauma pela fita hipoalergênica;

Suspender o uso se apresentar lesões ou edema no pênis. Aguardar restabelecimento da pele.

	POP: 21	Contenção Mecânica

Definição: É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito devido ao grau de risco que esse apresenta para si e/ou para os outros, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais..

OBJETIVO: Controlar o comportamento violento evitando danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

CONTRAINDICAÇÃO: Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente encontra-se agressivo. Sendo vedado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Conjunto de faixas específicas para contenção física (faixa imantada ou de algodão merceirizado com espuma);

Lençol;

Algodão Ortopédico

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Avaliar técnica e clinicamente a necessidade terapêutica de realizar este procedimento;

Assegurar que o procedimento faça parte de um projeto terapêutico;

Verificar a existência da prescrição médica e/ou do Enfermeiro;

É recomendado que haja cinco pessoas para auxiliar na contenção: um

profissional de enfermagem para auxiliar em cada membro do corpo, além do tórax e cabeça;

É necessário que um dos membros coordene as ações, explicando o procedimento ao paciente e orientando a equipe.

Iniciar a aplicação sempre pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente – dos MMSS pelos punhos e dos MMII pelos tornozelos, protegendo com com algodão ortopédico e mantendo a faixa dobrada;

Abrir a faixa, juntar as pontas e passá- las pelo lado oposto da faixa com os punhos/tornozelos no meio, amarrando na lateral da cama;

Proceder a contenção do tórax passando a faixa própria pela linha média mamilar e sem atingir a região do diafragma. Em caso de mulheres, utilizar a região inframamária colocando a faixa embaixo das mamas devolvendo-as à posição original;

Colocar os dedos médio e indicador entre a faixa e o tórax, avaliando se há compressão excessiva. Se os dedos entrarem com dificuldade deve-se relaxar a tração e se entrarem com muita facilidade deve-se ajusta-la. A faixa não pode ser colocada sob as costas e passada por debaixo das axilas e tracionada para cima (em mochila);

Proceder a contenção dos tornozelos envolvendo-os e fixando a faixa na lateral do leito;

Reavaliar o paciente continuamente mantendo a elevação da cabeça do paciente, perfusão sanguínea, edema e pulsos periféricos dos quatro membros, avaliando se há presença de lesões cutâneas, expansão da caixa torácica, nível de consciência e estado psíquico, verificando sinais vitais antes e após a administração de fármacos e outros cuidados gerais (alimentação, higiene, eliminações, ambiente terapêutico);

Em caso de contenção por mais de um período, realizar a mudança de decúbito a cada duas horas e liberação de uma área corporal por vez para a realização de movimentos ativos e passivos;

Observar e anotar em prontuário quanto a segurança e conforto da contenção a cada uma hora;

Avaliar continuamente a necessidade de manter a contenção.

Observação

A contenção mecânica deve ter o envolvimento da equipe multidisciplinar para que a decisão de realizá-la faça parte de um projeto terapêutico baseado clinicamente, não realizando-o com finalidade punitiva ou intimidadora.

Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro;

Deve-se iniciar a retirada das faixas de contenção a partir do membro inferior não dominante e cerca de um minuto após, retira-se a faixa do membro superior do lado contrário, aguardando novamente um minuto até a liberação de um outro membro;

Somente pelo motivo da contenção física não se justifica a sondagem vesical ou uso de dispositivo de incontinência urinária (Uropen R), ou qualquer outro procedimento invasivo;

Não há motivos que justifiquem manter o paciente contido após instalar-se o estado de sedação, pois cessa o perigo anteriormente presente;

Deve-se evitar adaptações ou improvisações de faixas devido ao risco que essas representam ao paciente.

	POP: 22	Realização de Eletrocardiograma

DEFINIÇÃO: Registro gráfico de alterações em potencial elétrico da atividade cardíaca, cujo produto final resulta no eletrocardiograma...

OBJETIVO: Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento..

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Eletrocardiógrafo;

Papel milimetrado;

Cardioclip;

Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção;

Álcool a 70%;

Algodão seco ou gaze;

Gel condutor;

Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário);

Lençol.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmando o nome, apresentando-se ao paciente e explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Checar o funcionamento do eletrocardiográfico;

Checar a integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente;

Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos;

Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacente, relaxados;

Solicitar e/ou expor tornozelos, punhos e tórax;

Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto;

Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização, segundo o fabricante;

Ligar o eletrocardiógrafo;

Inserir papel milimetrado no local indicado.

Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo registrado;

Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);

Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações monopolares e bipolares, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (RA) em membro superior direito; Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo; Cabo preto (RL) em membro inferior direito;

Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.

Colocar os eletrodos de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante) para os primeiros, para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente:

Cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;

Cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno; Cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4; Cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; Cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;

Cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.

Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;

Apertar o botão “segue”;

Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;

Aguardar o sinal sonoro, que indica o término da aquisição dos potenciais elétricos;

Retirar eletrodos e cardioclips;

Realizar limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;

Retirar e/ou destacar folha do ECG;

Identificar o ECG com: nome completo do paciente, idade, data de nascimento, data e hora da realização, carimbo e assinatura do profissional, nome da instituição;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;

Realizar tricotomia, caso seja necessário;

Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;

Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois

dias;

Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;

É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;

Em situações que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros

	POP: 23	Higienização Simples das Mãos

Definição: É a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde...

OBJETIVO: Remover a sujidade e outros resíduos; Reduzir a microbiota transitória; Prevenir a transmissão de microorganismos patogênicos.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para realização deste procedimento.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Pia; Papel toalha; Almotolia de sabão líquido neutro ou soluções antissépticas.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Confirmar a presença dos materiais necessários para o procedimento;
Retirar adornos;
Arregaçar a manga do vestuário até altura do cotovelo, se necessário;
Posicionar-se em frente a pia, sem encostar-se à mesma;
Abrir a torneira;
Molhar as mãos;
Fechar a torneira;
Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido neutro para cobrir toda superfície das mãos;
Friccionar toda a superfície de 10 a 15 segundos:
palma contra palma;
palma direita sobre dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos;
palma esquerda sobre o dorso da mão direita, entrelaçando os dedos;

palma contra palma com os dedos entrelaçados, friccionando os espaços interdigitais;

parte posterior dos dedos em oposição à palma, com movimentos de vai-vem;

rotação dos polegares direito e esquerdo;

friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda fechada em concha fazendo movimento circular e vice-versa;

esfregar punho esquerdo com auxílio da palma da mão direita em movimento circular e vice-versa;

Abrir a torneira;

Enxaguar as mãos no sentido dos dedos para os punhos;

Enxugar as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;

Fecha a torneira com auxílio do mesmo papel toalha que enxugou as mãos e despreza-lo na lixeira de resíduos comuns.

Observação

Segundo a NR32 não se deve usar adornos no local de trabalho;

Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente, após contato com as áreas próximas ao paciente;

Manter unhas curtas e limpas e não utilizar unhas artificiais;

Evite espirrar pois os microrganismos disseminam-se com maior facilidade em superfícies úmidas.

	POP: 24	Lavagem Gástrica

Definição: Procedimento realizado para diminuir a absorção de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos), bem como remover secreções irritantes à mucosa gástrica

OBJETIVO: Diminuir a exposição dos agentes tóxicos por medidas de esvaziamento gástrico ou pela diminuição da absorção intestinal;

Drenar secreções da cavidade gástrica; Limpar e remover secreções irritantes; Diagnosticar e tratar hemorragia gástrica; Obter conteúdo gástricos para análise laboratorial; Esvaziar o estômago para preparo de exame endoscópico..

CONTRAINDICAÇÃO: Ingestão de substância corrosiva..

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

EPI (luva de procedimento);

Sonda nasogástrica calibrosa;

Gaze não estéril;

Gel hidrossolúvel;

Seringa de 20ml;

Soro Fisiológico 0,9%;

Equipo macro gotas;

Bolsa coletora.

Descrição do procedimento

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Paramentar-se com o EPI;

Proceder à técnica de SNG, se o paciente não estiver sondado;

Se estiver com sonda, conectar o equipo da solução na SNG e infundir lentamente;

Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo elevado com cabeça fletida, diminuindo a passagem do conteúdo gástrico para o duodeno durante a lavagem gástrica;

Administrar volumes fracionados de SF 0,9% conforme prescrição médica, permitindo retorno do líquido infundido. Repetir o procedimento até que o líquido instilado retorne claro e não se observe resíduos;

Retirar a sonda e recolher o material.

Após a sondagem oferecer gargarejo para limpar a boca.

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.
;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Em crianças, utiliza-se SF 0,9% aquecido a 38°C para evitar hipotermia.

Durante a lavagem, observar o volume de retorno, que deverá ser o mesmo do infundido.

Checar a necessidade de coleta de material para análise laboratorial, que deve anteceder a lavagem gástrica.

Observar continuamente qualquer alteração de nível de consciência e monitorar frequentemente os sinais vitais, pois a resposta vagal natural à intubação pode diminuir a frequência cardíaca do paciente

	POP: 25	Lavagem instestinal

DEFINIÇÃO: Lavagem intestinal consiste no processo de introdução no intestino de solução, medicamentosa ou não, por meio de sonda retal. O processo de lavagem intestinal também é denominado enteroclisma. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema.

OBJETIVO: Auxiliar no amolecimento do conteúdo fecal viabilizando sua exteriorização, aliviando a constipação; Preparo e realização de procedimento diagnóstico ou terapêutico.

CONTRAINDICAÇÃO: Portadores de apendicite;Obstrução intestinal;Hemorragia retal não diagnosticada;Lesões intestinais.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

EPI (luvas de procedimento, óculos, avental)

Solução prescrita; Sonda retal;

Equipo macrogotas;

Suporte de soro;

Comadre ou fralda descartável;

Xylocaína 2%, (se for necessário realizar toque retal);Biombo se necessário.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;

Checar a prescrição;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Aquecer a solução prescrita a 37º e conectar o equipo macrogotas e a

sonda retal;

Posicionar o paciente em DLE, se possível, com MIE estendido e MID fletido;

Lubrificar a sonda retal com a própria solução a ser administrada ou utilize xylocaina 2%;

Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7cm nas crianças e 10 a 13cm nos adultos;

Infundir a solução de acordo com a prescrição médica;

Após o término da infusão, retirar a sonda e comprimir as nádegas;

Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Observar lesões de pele e mucosa antes e após o procedimento;

Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência comunicar o enfermeiro ou médico, o toque retal é realizado de forma exclusiva pelo enfermeiro ou médico, com o consentimento prévio do médico, paciente e/ou família;

Na ocorrência de desconforto abdominal, suspender o uso imediatamente;

enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador para permanência ou não do profissional de enfermagem no domicilio até o final do gotejamento;

cuidador deverá avisar a equipe por meio de ligação telefônica sobre o resultado do procedimento;

Combinar sempre que possível com o cuidador o melhor horário a ser realizado o procedimento, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

.

	POP: 26	Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Materiais

Definição: Processos realizados para remoção de sujidades, orgânicas e inorgânicas, reduzindo a carga microbiana, para que as etapas subsequentes sejam eficazes. Alguns artigos termossensíveis passarão pelo processo de desinfecção e os demais serão submetidos a esterilização

OBJETIVO: Garantir de modo sistematizado a desinfecção de materiais em quantidade, qualidade e condições adequadas para o uso, a fim de promover uma assistência segura e eficaz ao paciente e condições de biossegurança ao profissional..

CONTRAINDICAÇÃO não existe contraindicação.

EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais por sala

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

EPIs (gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável), sapato fechado.

Recipiente plástico de cor opaca com tampa;

Detergente enzimático;

Gaze não estéril;

Panos limpos e macios;

Escova de cerdas duras e finas;

Bucha não abrasiva;

Detergente neutro;

Preparo e esterilização de materiais;

Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado.

Embalagem: Papel grau cirúrgico, campo cirúrgico, saco plástico;

Tesoura;

Máquina seladora;

Pacote teste desafio;

Ampolas indicador biológico (ampola para teste e ampola controle); Incubadora para indicador biológico; Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico; Etiqueta; Livro de registro para controle dos testes biológicos; Instrumento para controle dos parâmetros da autoclave/desinfecção química; Autoclave; Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes); Desinfecção de materiais termossensíveis; EPIs (luvas de borracha, máscara, óculos de proteção, gorro, avental impermeável), sapatos fechados; Recipiente plástico de cor opaca e com tampa para solução química; Recipiente plástico com tampa para a água potável corrente; Recipiente plástico com tampa para armazenamento de materiais; Detergente neutro; Seringa de 20 ml; Solução química (hipoclorito de sódio 1%); Panos limpos e macios; Bucha não abrasiva; Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções (conter: nome do produto, validade da solução, nome do profissional e Coren).
Descrição do procedimento Ação de enfermagem Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza: Higienizar as mãos; Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional e os fluídos corporais e matéria orgânica; Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;

Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio de gaze, pois a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes, tornando o método ineficaz;

Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante e não excedendo este tempo, para a solução não se tornar um substrato para as bactérias, propiciando um aumento da contaminação dos artigos

Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;

Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;

Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos

Realizar limpeza manual com auxílio de escova e detergente, com movimentos de fricção; A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações, ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;

Enxaguar novamente até completaremoção dos resíduos;

Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo, para secagem do material;

Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;

Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;

Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem: hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas; caixas plásticas vazias e limpas, as luvas de borrachas lavadas;

Realizar lavagem das mãos.

Preparo e esterilização de materiais

Higienizar as mãos;

Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;

Higienizar novamente as mãos;

Colocar os EPIs – luvas de procedimento, gorro e máscara.

Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integralidade e funcionalidade.

Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço.

Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.

Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microorganismos

Montar “pacotes teste desafio”, preparados para conter a ampola do indicador biológico, feitos com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido uma ampola, embalada em papel grau cirúrgico e selado);

Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto.

Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. O papel grau cirúrgico possa ser posicionado o lado filme em contato com lado filme do outro pacote

Posicionar o pacote teste desafio no local com maior dificuldade de circulação do vapor- em cima do dreno, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e também deixar espaço entre

os pacotes;

Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio

Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;

Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;

Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retira-los da câmara da autoclave;

Observar integralidade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorre alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;

Separar os pacotes teste desafio, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. A Incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação. As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão); os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização; indicador biológico der resultado positivo.

Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na parte do filme ou na aba de manuseio do material.

Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;

Observar os materiais já estocados quanto a integralidade da embalagem e validade da esterilização, se necessário encaminhar para ser reprocessado;

Manter a sala em ordem.

Desinfecção de materiais

Higienizar as mãos;

Colocar os EPIs: luva borracha, máscara, gorro, óculos proteção;

Desconectar todas as peças e lavar com água e detergente neutro. Se houver materiais tubulares, injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com auxílio de seringa;

Enxaguar bem os materiais em água corrente, inclusive a parte interna dos tubos com auxílio de seringa;

Colocar sobre pano limpo os materiais para secar. Usar ar comprimido para secar as partes internas de tubos;

Se necessário utilizar pano limpo e macio para completar a secagem dos materiais, garantindo que os materiais estejam secos antes de colocar na solução desinfetante para evitar que ocorra alteração na sua concentração;

Imergir completamente todas as peças em recipiente opaco e com tampa contendo a solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos, pois é o tempo necessário para realização do processo de desinfecção uma vez que o produto sofre inativação quando exposto a radiação ultravioleta;

Retirar os materiais da solução de hipoclorito;

Enxaguar rigorosamente em água, até diminuir a impregnação do odor característico do agente químico;

Retirar os materiais e colocar sobre pano limpo para escorrer e completar a secagem com pano limpo, seco e macio;

Guardar as peças em recipiente com tampa;

Após vencimento, desprezar solução de hipoclorito, lavar e secar recipiente (a solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas, conforme necessidade ou no máximo em 24 horas).

Manter a sala limpa e organizada.

Observações

Alguns conceitos importantes:

Limpeza: primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterelização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático.

Desinfecção: processo físico ou químico de destruição de microrganismos,

exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.

Esterelização: processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

Pacote teste desafio: é um pacote preparado para conter a ampola do teste biológico. É feito com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido a ampola, embalado em papel grau cirúrgico e selado. Dentro da autoclave deve ser colocado nos locais com maior dificuldade de circulação do vapor.

Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.

Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo.

Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.

A solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas ou conforme necessidade no máximo em 24 hs.

Segundo APECIH, 2010 até o momento é impossível recomendar tempo de estocagem para itens estéreis, pois não há uma metodologia padronizada e universalmente aceita para determinação de prazos de validade. A determinação deste prazo está relacionada as condições de estocagem e integridade das embalagens.

	POP: 27	Limpeza Hospitalar

DEFINIÇÃO: É um processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante aplicação de produtos químicos, ação física ou combinação de processos.

OBJETIVO: Proporcionar aos usuários um ambiente com a menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução de possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas..

CONTRAINDICAÇÃO: com uso do epi correto não há.

EXECUTANTE: Equipe de serviço de higiene e limpeza.

Materiais

Luvas de borracha;

Botas de borracha;

Avental impermeável;

Óculos de proteção;

Balde, rodo, escova sanitária, panos, saco de lixo branco e preto;

Álcool 70%, detergente neutro, desinfetante;

Materiais de reposição (sabonete, papel higiênico, papel interfolha, etc).

Descrição do procedimento

Áreas do ambiente hospitalar

Áreas Críticas: risco potencial de adquirir infecções. Ex: UTI, sade de emergência, sala de parto, sala de coleta de sangue, Centro Cirúrgico, CME, Isolamento, etc.

Áreas Críticas: ocupadas por clientes com doenças de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. Ex: enfermarias

Áreas não críticas: áreas não ocupadas por pacientes: Ex: administração, diretorias, etc.

Princípios da limpeza

Inicia-se do local mais limpo para o local mais sujo, ou do local menos contaminado de acordo com o “provável nível de sujidade ou contaminação”:

1º. Mobiliários;

2º. Parede;

3º. Piso.

Técnicas de limpeza

Do mais limpo para o mais sujo;

Da esquerda para direita;

De cima para baixo;

Do distal para o proximal;

Direção unilateral ou sequencial.

Descrição do procedimento

Limpeza concorrente

É o processo de limpeza realizado diariamente em diferentes dependências: unidade do paciente, piso de quartos e enfermarias, corredores, saguões, instalações sanitárias, áreas administrativas, salas de espera, etc. Essa limpeza é úmida e menos completa quando comparada com a limpeza terminal.

Limpeza terminal

É o processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies verticais e horizontais de diferentes dependências, incluindo paredes, vidros, portas, pisos, etc. A periocidade depende da área onde a limpeza é realizada, sendo que em quartos e enfermarias, ocorre após a alta, óbito e transferência do paciente.

Unidade do paciente

A unidade do paciente é representada por todo mobiliário, materiais e equipamentos que estejam próximos ao paciente e sejam passiveis de toques frequentes pelas mãos dos profissionais de saúde e do paciente. A frequência deve ser diária ou quando necessária

.

	POP: 28	Medida da Circunferência Abdominal

DEFINIÇÃO: Técnica para avaliar aproximadamente a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo.

OBJETIVO: Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Solicitar ao paciente que fique em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;

Afastar a rounidades do paciente de forma que a região da cintura fique despida;

Posicionar-se lateralmente ao paciente e localizar o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca;

Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio localizado;

Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não

deve ficar larga, nem apertada;

Pedir ao paciente que inspire e, em seguida, que expire totalmente.

Realizar a leitura antes que a pessoa inspire novamente;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

A medida não deve ser feita sobre a rounidades ou cinto.

	POP: 29	Medida da Circunferência do Quadril

DEFINIÇÃO: Medida da circunferência do quadril obtida ao nível das espinhas ilíacas anteriores

OBJETIVO: Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada com a circunferência abdominal do indivíduo.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de rounidadess possível;

Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;

Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;

Realizar a leitura; Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

.

	POP: 30	Medida de estatura

DEFINIÇÃO: Técnica para obtenção da altura dos indivíduos.

OBJETIVO: Obter o valor preciso da altura dos indivíduos para avaliação antropométrica.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais

Antropômetro..

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Apresentar-se ao paciente/acompanhante e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Crianças menores de 2 anos:

Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços;

Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:

a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;

os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;

os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro;

Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as

pernas.

Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam;

Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada;

Retirar a criança;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento;

Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos;

Solicitar ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede;

Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo;

Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel;

Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Antropômetro vertical deve estar fixado numa parede lisa e sem rodapé.

	POP: 31	Medida do Perímetro Cefálico

DEFINIÇÃO: Medida da circunferência fronte-occipital, correspondendo ao perímetro cefálico máximo..

OBJETIVO: Avaliar o desenvolvimento cerebral e detectar precocemente anomalias..

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais: Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem: Reunir o material; Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos; Deitar a criança na maca e posicioná-la em decúbito dorsal;

Passar a fita métrica por baixo da cabeça da criança posicionando-a sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima;

Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça;

Realizar a leitura;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Não incluir pavilhão auricular;

Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior.

	POP: 32	Medida do Perímetro Torácico

DEFINIÇÃO: Medida da circunferência torácica obtida na altura dos mamilos

OBJETIVO: Avaliar o desenvolvimento da criança comparando às outras medidas antropométricas...

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais: Fita métrica não extensível/inelástica.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Colocar a criança deitada ou sentada caso já consiga permanecer nessa posição;

Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos;

Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax;

Realizar a leitura; Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

A medida não deve ser feita sobre a rounidades.

	POP: 33	Medida do Peso Corporal

DEFINIÇÃO: Método para obtenção da medida do peso corporal dos indivíduos.

OBJETIVO: Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

- Balança mecânica ou digital;
- Papel toalha.

Descrição do procedimento

- Ação de enfermagem
- Reunir o material;
- Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Higienizar as mãos;
- Forrar a base da balança com papel- toalha;
- Verificar as condições de a balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica) ou ligá- la e verificar a tara (eletrônica);
- Pedir ao paciente para subir na balança após retirar os sapatos;
- Ler o valor obtido (balança eletrônica), ajustar os massores e verificar o peso (balança mecânica);
- Ajudar o paciente a descer da balança;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.;
- Higienizar as mãos;

- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.
- Observação
- Aferir periodicamente as balanças;
- Calibragem: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelação da agulha;
- Certificar que as balanças estão apoiadas sobre uma superfície plana, lisa e firme;
- Pesar os pacientes com a menor quantidade possível de rounidadess;
- Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima para evitar quedas;
- Deve-se despir totalmente a criança (inclusive calçados e fraldas) para evitar alteração de resultado;
- Crianças impossibilitadas de se movimentar devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

	POP: 34	Movimentação em Bloco

DEFINIÇÃO: Deslocar/rolar em bloco o paciente enquanto se mantém a estabilização manual, com mínimo movimento da coluna.O rolamento em bloco é indicado para colocar o paciente na prancha longa, ou outro dispositivo que facilite o transporte do mesmo, e para virar o paciente com suspeita de trauma vertebromedular para examinar seu dorso.

OBJETIVO: Impedir a angulação da coluna cervical.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

Prancha longa;

Colar cervical..

Descrição do procedimento

Para realizar este procedimento com segurança é necessário a presença de três socorristas.

Ação de enfermagem

Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal ou Posição Supina:

Realizar colocação do colar cervical adequada e eficiente, protegendo a coluna cervical de compressão;

Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento;

Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax;

Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente;

Esticar os braços do paciente e colocá- los juntos ao corpo com as palmas das mãos voltadas para o tronco, enquanto as pernas são colocadas em posição neutra alinhada;

Segurar o paciente pelos ombros (segundo socorrista) e quadris (terceiro

socorrista) de tal forma que se mantenha a posição neutra alinhada das extremidades inferiores;

Rolar o paciente “em bloco”, ou seja, ao mesmo tempo, para decúbito lateral

Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;

Manter a prancha longa contra o dorso do paciente, e deslocá-lo em bloco sobre a mesma, que deve ser abaixada ao chão com o paciente sobre;

Logo após deve-se segurar o paciente firmemente pelos ombros, pelve e extremidades inferiores;

Movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do paciente);

Verificar se o paciente encontra-se posicionado na prancha longa com sua cabeça no topo da prancha e seu corpo centrado.

Paciente em Decúbito Ventral ou Semipronação:

Primeiro socorrista: manter a cabeça do paciente estabilizada em posição neutra alinhada durante todo procedimento.

Segundo socorrista: ajoelhar-se na altura da metade do tórax e segurar o ombro, o punho e a pelve do lado oposto.

Terceiro socorrista: ajoelha-se na altura dos joelhos do paciente e segurar o punho, a pelve e as extremidades inferiores;

Colocar a prancha longa na borda lateral e posicionada entre o paciente e os socorristas.

Posicionar a prancha longa, de forma que a borda inferior fique entre os joelhos e os tornozelos do paciente e a borda superior se estenda além da cabeça do paciente;

Após ter colocado o paciente deitado em posição supina sobre a prancha longa deve-se movimentar o paciente para cima e lateralmente sobre a prancha longa (a estabilização neutra alinhada é mantida sem puxar a cabeça ou o pescoço do doente);

Após posicionar o paciente corretamente na prancha deve-se colocar o

colar cervical correto e então fixá-lo na prancha longa.

Observação

Os braços do paciente são posicionados prevendo-se a posição final que o este ficará após a rotação completa. No método do rolamento em bloco com o paciente em semipronação, o colar cervical só pode ser colocado com segurança quando o paciente estiver em posição supina alinhada sobre a prancha longa e nunca antes que isso ocorra;

Sempre que possível, o paciente deve ser girado na direção oposta daquela para onde sua face esta direcionada.

	POP: 35	Oxigenoterapia

DEFINIÇÃO: É a administração de oxigênio medicinal em concentrações maiores àquelas do ar ambiente, visando tratar ou prevenir os sintomas ou manifestações de hipóxia.

OBJETIVO: Melhorar a oxigenação, a perfusão tecidual e corrigir a acidose respiratória.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

- EPI (luvas de procedimento)
- Bandeja;
- Kit cateter nasal e/ou kit máscara de Venturi e/ou kit máscara de nebulização;
- Fonte de oxigênio;
- Água bidestilada;
- Fluxômetro.

Descrição do procedimento

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

- Checar a prescrição;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Paramentar-se com o EPI;
- Quando cateter:

– Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;

– Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;

– Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

- Quando máscara de nebulização

–Preencher o umidificador com água bidestilada até o nível recomendado pelo fabricante;

–Conectar o umidificador no fluxômetro de oxigênio;

–Conectar a traqueia da máscara no umidificador de oxigênio;

–Quando máscara de Venturi;

–Conectar o umidificador, sem água bidestilada, no fluxômetro de oxigênio;

–Conectar a extensão de silicone da máscara no umidificador de oxigênio;

–Abrir válvula reguladora e do fluxo de oxigênio do fluxômetro, de acordo com a prescrição médica, certificando-se da sua permeabilidade;

- Retirar o EPI e higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;
- Registrar o procedimento em planilha de produção.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

- Kit cateter nasal é composto por: cateter com numeração adequada, extensor de silicone e umidificador;
- Kit máscara de Venturi é composto por: máscara facial, extensor de silicone, traqueia, umidificador, regulador de fluxo de oxigênio e adaptador para nebulização;
- Kit máscara de nebulização é composto por: máscara facial, traqueia, cadarço e umidificador;

- Observar a verificação da permeabilidade, ou seja, sem dobras, fixação do fluxômetro de oxigênio, fluxo de saída de oxigênio;
- Verificar se a fonte de oxigênio contem oxigênio suficiente para liberar a quantidade prescrita;
- Observar estado das mucosas e vias aéreas superiores do paciente a fim de evitar ressecamento das mesmas;
- Fornecer cuidados orais de higiene frequente;
- Ajustar corretamente e frequentemente a força da fita elástica e/ou outros dispositivos para fixação, fazendo o uso de protetores, se necessário, para evitar lesões;
- Registrar a liberação de oxigênio e o fluxo em litros, relatando a resposta do paciente à terapia e instruções dadas ao paciente e familiar.

	POP: 36	Organização de Salas e Setores

DEFINIÇÃO: Compreende a preparação da sala ou setor para as atividades de enfermagem a serem desenvolvidas no plantão. Inclui a desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes nas diferentes áreas de uma unidade de saúde e a providencia dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

OBJETIVO: Preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde..

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

Luvas de borracha;

Álcool a 70%;

Panos limpos;

Solução com hipoclorito de sódio 1% (para locais com presença de matéria orgânica);

Lista com os materiais a serem reabastecidos na sala ou setor.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Descartar materiais com validade vencida ou com a qualidade comprometida;

Checar o funcionamento de todos os aparelhos e equipamentos do setor no início de cada plantão. Em caso de algum problema ou mau funcionamento, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;

Higienizar as mãos;

Calçar as luvas;

Umedecer o pano limpo com álcool 70% e realizar a limpeza com bastante pressão utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;

Se houver locais com presença de matéria orgânica, proceder primeiro a limpeza com hipoclorito de sódio 1%, aguardar 10 minutos e remover com água e sabão. Após, secar a superfície e limpar com álcool a 70% conforme descrição no item anterior;

Verificar os materiais em falta no setor e providenciar a reposição.

Observação

As superfícies referidas nesse protocolo compreendem: mobiliários. Equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores e outros com os quais o profissional e os materiais terão contato durante o trabalho.

Ao término do plantão a unidade deve estar limpa, organizada e com os materiais repostos. Nas situações em que isso não for possível, comunicar as pendências ao profissional a assumir a unidade e registrar os motivos no livro de ocorrência;

Após a realização de procedimentos em que haja contaminação da sala por secreções ou produtos, deve ser realizada uma limpeza sistemática, concorrente ou terminal de acordo com cada situação a ser definida pelo enfermeiro na rotina de cada serviço;

Enfermeiro deve ser responsável por determinar a execução e a periodicidade do procedimento de limpeza a fim de garantir o atendimento seguro ao paciente e ao profissional.

	POP: 37	Pranchamento em Posição Supina

DEFINIÇÃO: Imobilizar a coluna do paciente traumatizado e que deambula, e que tenha a indicação para imobilização da coluna

OBJETIVO: Imobilização total do paciente em pé na prancha longa enquanto a cabeça e o pescoço são mantidos em posição neutra, diminuindo o risco de outras lesões.

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

- Prancha longa;
- Colar cervical.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Três ou mais Socorristas

Os socorristas devem realizar a estabilização e o alinhamento manuais tanto pela frente como por trás do paciente;

Uma vez obtida a estabilização alinhada manual da cabeça e do pescoço do paciente, o colar cervical de tamanho correto pode ser colocado;

A prancha longa é colocada atrás do paciente e pressionada contra ele. Assim que a prancha estiver no lugar, mantém-se a estabilização manual por todo o procedimento e o paciente é fixado na prancha longa;

Dois socorristas ficam em pé de cada lado do paciente, virados na direção do deste, e inserem a mão que se encontra mais próxima do paciente sob a axila dele, segurando a alça mais próxima sem movimentar o ombro do paciente. A outra mão segura a alça superior da prancha. Enquanto o alinhamento e a estabilização manuais são mantidos o paciente e a prancha são deitados no chão;

Conforme o paciente é baixado ao chão, o socorrista, atrás dele, mantém a estabilização manual, rotacionando suas mãos;

Os outros socorristas, posicionados um de cada lado da maca, precisam soltar sua porção superior e colocar as mãos sob o braço do profissional responsável pela estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente;

Com o paciente e a prancha no chão, este é imobilizado na prancha longa.

Dois Socorristas

O primeiro socorrista faz e mantêm a estabilização manual da cabeça e do pescoço do paciente, enquanto o segundo socorrista verifica a medida e coloca o colar cervical de tamanho adequado;

Após a colocação do colar, o segundo socorrista posiciona a prancha atrás do paciente e na frente do primeiro socorrista;

O segundo socorrista segura a prancha com a mão mais próxima a ela. Esse profissional agora põe a outra mão, com a palma e os dedos estendidos, na cabeça do paciente, e aplica uma leve pressão para auxiliar a manutenção da estabilização manual;

O primeiro socorrista agora pode liberar a cabeça do paciente com as mãos mais próxima do segundo socorrista. Com sua outra mão, o socorrista se reposiciona ao lado da cabeça do paciente, aplicando pressão lateral enquanto se move e posiciona a prancha à altura da cabeça do paciente ou mais acima;

O paciente e a prancha são colocados no chão, enquanto os dois socorristas mantêm a estabilização manual, exercendo igual pressão lateral na cabeça do paciente. Os socorristas responsáveis pelo atendimento pré- hospitalar precisam trabalhar juntos durante esse movimento, garantindo a máxima estabilização manual;

Assim que o paciente e a prancha estiverem no chão, a estabilização manual pode ser mantida por um socorrista localizado acima da cabeça do individuo, até que este seja imobilizado na prancha longa;

Observação

Quando três ou mais socorristas não estão disponíveis, dois socorristas podem realizar a imobilização conforme descrito acima.

	POP: 38	Realização de Curativo

DEFINIÇÃO: Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão proporcionando um meio adequado ao processo de cicatrização.

OBJETIVO: Promover a cicatrização, manter a ferida limpa, prevenir infecções e traumas físicos, aliviar a dor, promover isolamento térmico, promover conforto físico e psicológico, permitir trocas sem traumas a lesão, manter a umidade da ferida em lesões abertas, absorver/controlar o excesso de exsudato.

CONTRAINDICAÇÃO É importante verificar se há contraindicações específicas da cobertura indicada ao tipo de tecido e/ou etiologia da lesão.

.

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

Mesa auxiliar ou bandeja

Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de-rato e uma pinça Kelly;

Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);

Tesoura;

Pacote de gazes esterilizadas;

Atadura de rayon estéril;

Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;

Agulha 25x1.2 ou 40x1.2; Álcool 70%;

Luvas de procedimento e/ou estéril;

Micropore/Esparadrapo;

Atadura de crepe; Espátula;

Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;

EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;

Papel Toalha.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome, apresentar-se ao paciente e explicar procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas, antes de iniciar execução;

Higienizar as mãos

Reunir todo o material;

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

Higienizar novamente as mãos;

Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

Observar o curativo anterior antes da remoção;

Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada do micropore e desprendimento da cobertura;

Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;

Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;

Retirar luvas e higienizar as mãos;

Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;

Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;

Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com ácool 70%;

Com o auxílio das pinças limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida de SF 0,9%

Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%, removendo detritos, bactérias, exsudatos, corpos estranhos, resíduos de agentes tópicos da superfície da ferida;

Na presença de tecido desvitalizado solto ou não solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento;

Secar a pele peri-lesão com gaze;

Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal;

Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico* e ocluir o curativo conforme necessidade (gazes,rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observações

Todos curativos crônicos devem passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.

Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do paciente e local da realização do curativo.

Na unidade a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis(pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.

A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.

A realização de curativo de imobilização ortopédica pode ser realizada por profissional de enfermagem (antes ou após a imobilização), sob indicação do médico (prescrição escrita do médico de referência para o procedimento ortopédico) e supervisão, direção e orientação do Enfermeiro.

Desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos

.

	POP: 39	Retirada de Pontos

DEFINIÇÃO: Retirada de fios colocados para aproximar as bordas de uma lesão (sutura).

OBJETIVO: Facilitar a cicatrização

CONTRAINDICAÇÃO: Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos..

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

EPIs: luvas de procedimentos e avental;

Pacote de retirada de pontos: Tesoura de Íris, pinça Kelly, pinça anatômica, dente de rato ou Kocker;

Soro Fisiológico 0,9%;

Gazes (estéreis).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Paramentar-se com os EPIs;

Expor a área na qual o procedimento será feito e realizar limpeza local com soro fisiológico;

Tracionar o ponto pelo nó com a pinça e cortar, em um dos lados, próximo a pele com a tesoura de Íris;

Colocar os pontos retirados sobre uma gaze;

Cobrir a ferida se houver necessidade;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados;

Retirar os EPIs e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas;

Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro.

Retirada de pontos de curativos Pós-Operatórios devem ter a supervisão do Enfermeiro e a prescrição médica.

	POP: 40	Sondagem Nasoenteral

DEFINIÇÃO: Introdução de uma sonda maleável, com fio guia metálico, flexível e radiopaco, através da narina até o intestino.

OBJETIVO: Permitir a administração de dietas e medicamentos de maneira mais segura, principalmente nos pacientes idosos, acamados, com reflexos diminuídos, inconscientes e/ou com dificuldade de deglutição

CONTRAINDICAÇÃO:

Pacientes com desvio de septo;

Pacientes com TCE, fraturas faciais e/ou suspeita de fratura de base de crânio;

Pacientes com relato e/ou que possuem documentação indicando varizes, lesões e/ou estenose/obstrução esofagiana;

Paciente com relato ou que possuem documentação indicando coagulopatia grave.

EXECUTANTE Enfermeiro

Materiais:

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);

Bandeja; Sonda nasoenteral tipo Dobhoff;

Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);

Gaze não estéril; Seringa de 20ml;

Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;

Estetoscópio; Soro fisiológico 0,9%;

Toalha ou papel toalha;

Biombo (se necessário).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Checar a prescrição

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar execução;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contraindicação

Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

Paramentar-se com os EPIs;

Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;

Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;

Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;

Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;

Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando 15 a 20 cm, marcando com fita adesiva;

Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;

Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, que indica que a sonda atingiu a nasofaringe e nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça, ocorrendo o fechamento da traquéia e abertura do esôfago;

Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;

Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia e/ou cianose;

Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito, facilitando o posicionamento da sonda para o duodeno através dos movimentos peristálticos;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Encaminhar o paciente para controle radiológico;

Após confirmar a localização da sonda pela radiografia, retirar o fio guia e iniciar a nutrição/medicação;

Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Lubrificar a sonda internamente com 10 ml de água ou SF antes da passagem da sonda, para facilitar a saída do fio guia;

Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;

Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;

No sistema de sondagem nasoenteral, o RX é considerado padrão ouro para verificar localização da sonda e segurança no procedimento, pelas Sociedades Americana, Européia e Brasileira de Terapia Nutricional (ASPEN, ESPEN, SBNPE);

Aguardar 30 minutos para realizar a radiografia, devido ao tempo de migração da sonda para duodeno/jejuno;

Checar a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;

Realizar higiene oral a cada 6h;

Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

Lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;

Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;

Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

Se houver resistência durante a passagem, girar a sonda e ver se ela avança. Se ainda houver resistência, retirar a sonda, deixar que o paciente descanse, lubrificar novamente a sonda, e passar pela outra narina;

Deixar toalhas próximas do paciente, para o caso deste sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação.

.

	POP: 41	Sondagem Nasogástrica

DEFINIÇÃO: Introdução de uma sonda maleável através da narina até o estômago.).

OBJETIVO: Drenar conteúdo gástrico para descompressão, realizar lavagem gástrica e administração de medicação/alimento

CONTRAINDICAÇÃO: Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos..

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

EPIs (luva de procedimento, máscara e óculos);
Bandeja;
Sonda nasogástrica tipo Levine;
Gel hidrossolúvel tópico (lubrificante);
Gaze não estéril;
Seringa de 20ml;
Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico;
Estetoscópio;
Toalha ou papel toalha;
Coletor de secreção (se necessário);
Biombo (se necessário.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Reunir o material;

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Checar a prescrição;

Higienizar as mãos;

Promover a privacidade do paciente (utilizar o biombo se necessário);

Posicionar o paciente em posição “Fowler” alta, a menos que haja contra-indicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça e inclinando-a para frente;

Paramentar-se com os EPIs;

Avaliar a desobstrução nasal e/ou desvio de septo;

Inspecionar a condição da cavidade oral do paciente e o uso de prótese dentária;

Colocar toalha ou papel toalha sobre o tórax do paciente;

Higienizar narina com SF 0,9% quando necessário;

Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide adicionando dois dedos, marcando com fita adesiva;

Lubrificar a sonda com gel hidrossolúvel;

Introduzir a sonda na narina do paciente até sentir uma pequena resistência, nesse ponto, peça ao paciente para fletir ligeiramente a cabeça;

Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo para que faça movimentos de deglutição;

Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até o ponto pré- marcado;

Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose;

Testar o posicionamento, injetando 20ml de ar com seringa. Auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica e/ou aspirar o conteúdo gástrico;

A sonda deverá ser fixada adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;

Acoplar a sonda ao coletor caso sonda tenha como objetivo a drenagem de conteúdo gástrico. Manter coletor abaixo do nível da cintura do paciente, a fim de possibilitar a drenagem;

Deixar o paciente confortável;

Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em Planilha de Produção;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Em pacientes com suspeita de TCE, é recomendado a sondagem orogástrica, sob suspeita de fratura de ossos da base do crânio;

Em pacientes com suspeita de trauma raquimedular, não elevar o decúbito;

Checar sempre a permeabilidade e o posicionamento da sonda antes de iniciar uma nova dieta e antes de administrar medicamentos;

Realizar higiene oral a cada 6h;

Manter o paciente posicionado em decúbito elevado a pelo menos 30 graus para evitar refluxo e broncoaspiração, se não houver contraindicação;

Sempre lavar a sonda com 40 ml de água após administração de medicação, para evitar obstrução da sonda;

Trocar fixação da sonda a cada 24h (após banho), ou quando necessário, para evitar saída acidental;

Higienizar as narinas do paciente pelo menos uma vez ao dia;

Deixar toalhas próximas, pois, durante a passagem da sonda, o paciente pode sentir náuseas por estimulação do nervo vago. Caso isso ocorra, interromper o procedimento temporariamente. Ocorrendo vômito, retirar a sonda e atender o paciente, retomando o procedimento mediante avaliação;

Em caso de perda ou deslocamento da sonda em pacientes de pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada nem mesmo reintroduzida sem avaliação médica.

POP 42 Transferência de Prontuário

	POP: 42	Transferência de Prontuário

DEFINIÇÃO: Prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações relativos à assistência prestada a um Usuário. A instituição de saúde é a responsável legal pela guarda e conservação desses documentos. Transferência é o ato de deslocar / movimentar esses documentos de um serviço de saúde para outro.

OBJETIVO: Realizar a movimentação de prontuário de usuários, de forma a preservar e conservar as informações nele contidas

CONTRAINDICAÇÃO: Não há contraindicação para a realização deste procedimento

EXECUTANTE Administrativo com apoio de equipe multiprofissional da qual a equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem) faz parte

Materiais:

Guia de remessa específica
Envelope
Prontuário do paciente

Descrição do procedimento

Ação Administrativa

Solicitar ao usuário endereço antigo e endereço atual obrigatoriamente.

Verificar qual o CS destino da área de abrangência de transferência.

Numerar as folhas do prontuário (apenas a frente da folha) e anotar o total de folhas na última página do prontuário, como o modelo:

"Nesta data, feito a transferência deste prontuário para o CS XXXX, com um total de número de folhas de 98 até o momento".

Transferência intramunicipais: Fazer guia de remessa em QUATRO vias completas (1ª via: CS de origem; 2ª via: CS de origem após assinatura do CS de destino; 3ª via: CS de destino, 4ª via: Distrito). Transferências intermunicipais/interestaduais: utilizar mesmo fluxo enviando ao DRS.

Atentar para que todos os nomes contidos no prontuário estejam completos e com o respectivo número da FF.

Colocar novo endereço no sistema SIGA e alterar vínculo para a nova unidade de referência.

Descrição do procedimento

Colocar as fichas individuais em pasta específica (para melhor organização interna) que será retirada na rotina do malote.

Profissional do Distrito, no ato da retirada do malote, assina de forma legível a primeira via da guia de remessa e a deixa no serviço.

Entrada de Prontuário

Verificar os prontuários (inclusive o conteúdo), assinar a planilha de controle do distrito, assinar a 2ª via da guia de remessa recebida e entregar para o profissional do distrito, devolvendo-a para a origem.

Guias de remessa (prontuários) sem endereço atual serão devolvidas para a unidade de origem.

Observação

Recomenda-se que transferência do prontuário seja realizada pelo Agente Comunitário de Saúde da área de abrangência do Usuário, ou por outro profissional indicado pela gestão local.

Recomenda-se que nas transferências entre municípios, seja realizada cópia do prontuário para transferência e o prontuário original fique arquivado na unidade.

Recomenda-se que após o recebimento do prontuário, este seja incluído no arquivo da unidade.

Recomenda-se que o prontuário não seja transferido pelo próprio usuário.

.

	POP: 43	Uso de Luvas Estéreis

DEFINIÇÃO: É a colocação e retirada adequada das luvas esterilizadas com a finalidade de evitar contaminação).

OBJETIVO: Evitar contaminação de procedimentos assépticos e contaminação das mãos na retirada da luva

CONTRAINDICAÇÃO: Procedimentos que não necessitem de tal material...

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

Luvas esterilizadas na numeração adequada

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Higienizar as mãos;

Abrir a embalagem externa pela borda de abertura até o final;

Retirar a embalagem interna, colocando-a sobre uma superfície limpa;

Abrir as dobras horizontais do envelope;

Abrir os dois lados das dobras verticais do papel pelas abas presentes nestas, expondo as luvas de forma a não contaminar o campo estéril;

Segurar com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma;

Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho;

Ajustar os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona;

Colocar os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;

Unir os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calça-la por completo, desfazendo a dobra do punho;

Ajustar as luvas de ambas às mãos;

Manter a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies;

Desprezar o papel envelope da luva apenas após término do procedimento asséptico a ser realizado.

Retirar as luvas

Segurar com o polegar e o indicador de uma das mãos a luva da outra mão, próximo ao punho desta;

Puxar a luva em direção aos dedos, virando-a para o lado avesso, a medida que vai sendo retirada;

Segurar a luva retirada com a mão que encontra-se com luva;

Permitir a retirada das luvas, evitando a contaminação das mãos e do ambiente;

Repetir o procedimento na outra mão, encapando a luva que era segurada;

Desprezar as luvas na lixeira correta (lixo comum ou infectante), dependendo da quantidade de sangue/secreção contida nestas;

Higienizar as mãos.

Observação

Higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta higienização das mãos antes de calçar as luvas;

Utilizar luvas esterilizadas sempre que for manipular campos/materiais estéreis.

	POP: 44	Verificação de Frequência Cardíaca

DEFINIÇÃO: Determinar a resposta cardíaca expressa pelo batimento de uma artéria pressionada sobre uma saliência óssea. Envolve os critérios de frequência, volume e ritmo avaliados por 1 (um) minuto.

OBJETIVO:

Verificar e estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;

Avaliar estado geral do paciente;

Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações.

CONTRAINDICAÇÃO: Sinais de processos inflamatórios ou infecciosos..

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

Relógio com marcador de segundos;

Estetoscópio se necessário.

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmer o nome, apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Reunir o material;

Higienizar as mãos;

Manter o paciente em posição confortável;

Verificação de Pulso Apical

Expor a região torácica;

Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (3º a 5º espaço intercostal à D);

Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

Verificação de Pulso Arterial

Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;

Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);

Ao final do procedimento

Higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Registrar o procedimento em planilha de produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração;

Considerar se o paciente realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior.

	POP: 45	Verificação De Frequência Respiratória

DEFINIÇÃO: Determinar a resposta pulmonar expressa pelos movimentos respiratórios envolve os critérios de frequência, amplitude/profundidade, ritmo e simetria que devem ser avaliados por 1 (um) minuto.

OBJETIVO: Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas.

Avaliar estado geral do paciente/cliente, auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações. Acompanhar a evolução da doença.

CONTRAINDICAÇÃO: não há...

EXECUTANTE Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Materiais:

Relógio com marcador de segundos

Estetoscópio se necessário

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Chamar o paciente, confirmar o nome e apresentar-se a paciente, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;

Higienizar as mãos;

Reunir o material e levá-lo para próximo do cliente;

Apresentar-se e explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;

Manter o paciente em posição confortável;

Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;

Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;

Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;

Higienizar as mãos;

Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;

Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar no prontuário;

Comunicar enfermeiro se alterações.

Registrar o procedimento em Planilha de Produção.

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado e desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Observações

Observar os padrões de frequência respiratória:

IDADE	Batimentos por minuto*
Recém-Nascido	35-40
Lactentes (06 meses)	30-50
Crianças que começam a andar	25-32
Crianças	20-30
Adolescentes	16-19
Adultos	14-20

** Valores conforme referência no repouso (acordado ou dormindo).*

13.2. DEMAIS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

13.2.1. Buco-Maxilo/Dentista

A odontologia conta com diversas áreas de atuação, entre elas, a especialização de um profissional muito importante, o cirurgião bucomaxilofacial. O especialista desempenha algumas funções significativas em uma unidade hospitalar no atendimento em procedimentos altamente complexos como tratamento de fraturas e cortes na face.

A Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico e tratamento de problemas como traumatismos, lesões e anomalias congênitas ou adquiridas do aparelho mastigatório e estruturas craniofaciais associadas.

> Espirometria: um aliado para avaliação da função pulmonar

Área de atuação

Algumas das atividades desse cirurgião envolvem o tratamento de fraturas em estruturas da face como mandíbula, maxilar, nariz e ossos malares, além de remoção de lesões de boca, dentes do siso, enxertos ósseos e colocação de implantes dentários.

Para mais, o profissional realiza cirurgias estéticas e funcionais dos ossos da face: a cirurgia ortognática. O procedimento tem a função de restabelecer a forma e função dos ossos da face que apresentem alteração genética ou pós-traumática.

“A especialidade tem ainda a capacidade de auxiliar pacientes no tratamento de enxaqueca crônica, que podem estar relacionadas com disfunções na articulação temporomandibular (ATM) por exemplo, e muitos outros tipos de problemas relacionados a ossos das face”.

POPS necessários e que serão apresentados no contrato de gestão a todos os profissionais envolvidas no atendimento da Urgência Odontológica.

POP -001 – Higienização simples das mãos

POP -002 – Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

POP -003 – Preparo pré-operatório das mãos

POP -004 – Utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) em procedimentos críticos

POP -005 – Utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) em procedimentos semi críticos

POP -006 – Precauções padrão na transmissão

POP -007 – Diluição da solução de detergente enzimático

POP -008 – Diluição de solução desinfetante à base de ácido peracético

POP -009 – Limpeza e desinfecção de almotolias

POP -010 – Limpeza e desinfecção de superfícies fixas

POP -011 – Manutenção e abastecimento do reservatório de água e tubulação do equipamento odontológico

POP -012 – Limpeza e desinfecção de superfície do equipamento odontológico

POP -013 – Limpeza e desinfecção do aparelho fotopolimerizador, negastocópio, ultrassom, esterilização e armazenamento dos acessórios

POP -014 – Colocação de barreiras de proteção das superfícies do equipamento odontológico

POP -015 – Desinfecção de tubete de anestésico em procedimentos semicríticos e críticos

POP -016 – Limpeza de instrumentais com detergente enzimático

POP -017 – Acondicionamento e Selagem do Instrumental e Material para Esterilização em Autoclave

POP -018 – Carregamento de Instrumental e Material para Esterilização em Autoclave

POP -019 – Confecção do pacote teste desafio para realização dos testes biológicos na autoclave

POP -020 – Teste Biológico Semanal do Ciclo de Esterilização

POP -021 – Limpeza Semanal das Paredes Internas da Autoclave

POP -022 – Descarte da lâmina de chumbo e do papel preto contidos na película radiográfica

Muitos outros Procedimentos existem para a Saúde Bucal assim como outros podem ser criados em conjunto FENIX e a Secretaria Municipal de Saúde de Pindmaonhangaba.

O serviço de urgência e emergência odontológica da PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA será realizado da seguinte forma:

Após passar pela recepção, o **acolhimento do usuário será realizado pela equipe de Enfermagem por ordem de chegada e a organização do atendimento se dará conforme o Protocolo de Manchester**. Logo após o paciente será encaminhado para o cirurgião dentista.

O exame clínico na consulta odontológica deverá focar os aspectos significativos sobre a patologia que motivou o atendimento não deixando de observar aspectos relevantes à saúde do paciente.

Na busca do diagnóstico além das características clínicas podem ser utilizados os testes de vitalidade pulpar, palpação, percussão. Exames complementares podem ser realizados sempre que necessários como: exames de imagem (limitadas as tomadas extraorais que estão disponíveis em nosso serviço, exames de sangue, verificação de sinais vitais, etc.

Diversos Testes Clínicos

Teste de palpação: Segundo Alvares et al 2001, a palpação digital pode ser feita tanto intra quanto extra bucal, em busca de alterações da normalidade, localizadas na região de fundo de sulco vestibular e tecidos moles adjacentes ao elemento dentário suspeito, quando encontradas regiões edemaciadas ou tumefações significará envolvimento inflamatório á nível de região periapical, quando esse envolvimento possuir caráter agudo, normalmente a palpação virá acompanhada de relato de dor pelo paciente.

Muitas vezes a tumefação já é observada ao exame visual, porém a palpação digital se torna necessária para determinação da consistência, endurecida ou amolecida do edema, sendo importante para fins diagnósticos da fase em que se encontra a patologia. A palpação extra bucal visa uma correta pesquisa dos linfonodos submandibulares, para observar se estão infartados ou não, para isso inclina-se a cabeça do paciente para o lado em que vai verificar, os dedos deverão palpar a região submandibular, com movimentos para frente e para trás e vice-versa, serão percebidos pequenos nódulos, que quando alterados provocarão certa dor ao toque. O mesmo exame deve ser realizado também nos linfonodos cervicais, realizado facilmente inclinando a cabeça do paciente para o lado que se vai examinar e palpando a região vizinha ao trajeto da veia jugular.

Teste de mobilidade dentária: Os testes de mobilidade dentária podem ser

realizados apreendendo-se o elemento dentário a ser examinado entre os dedos e movimentando-o, caso haja mobilidade significa que os tecidos de sustentação estão comprometidos.

Avaliamos a mobilidade vertical e horizontal. Mobilidade é o resultado da perda de inserção óssea por doença periodontal ou trauma oclusal. É medida com o auxílio de 2 instrumentos rígidos: um posicionado na coroa pela superfície vestibular e outro pela lingual ou palatina, fazendo o movimento V-L e também no sentido do longo eixo do dente. O grau de mobilidade pode ser: Grau I: movimento de até 1mm no sentido V-L (normal – prognóstico favorável) Grau II: movimento de + de 1mm no sentido V-L (prognóstico duvidoso) Grau III: além do dente se movimentar no sentido horizontal, ele intrui (prognóstico desfavorável).

Teste de percussão dentária: Teste clínico que visa a localização da dor e sua intensidade. Para isso, utiliza-se de pequenas batidas realizadas com instrumento metálico como o cabo do espelho, no elemento dentário suspeito, em busca de um estímulo doloroso relatado pelo paciente, quando a percussão é realizada no longo eixo do dente e é sintomática, provavelmente a sede da patologia encontra-se na região do periápice, enquanto a percussão realizada no sentido horizontal que apresenta relato de dor, pode levar a concluir envolvimento do ligamento periodontal, além de envolvimento a nível de terço médio e cervical .Em alguns casos o paciente relata dor a mastigação, portanto o exame de percussão deverá ser realizado da forma mais leve possível para evitar exacerbação exagerada do quadro doloroso. (ALVARES & ALVARES 2001).

Teste de variação térmica: Segundo Figueiredo et al 2007 o sintoma mais relacionado as alterações pulpares são a dor frente a estímulos térmicos de frio e calor, portanto os testes térmicos são de grande importância para o diagnóstico da vitalidade e condição pulpar. Os testes devem se iniciar primeiramente por um dente conhecidamente hígido, preferencialmente o homólogo ao dente suspeito, para se calibrar a resposta do paciente, já que normalmente polpas sadias respondem de maneira suave e rápida ao estimulo térmico. A ausência de resposta aos estímulos sugere necrose pulpar enquanto resposta positiva ao teste, mas que cessa rápido pode indicar pulpite reversível. O teste realizado em elementos com quadros de pulpite irreversível sugerem dor que demora a cessar e de grande intensidade.

A característica, intensidade e duração da dor provocada no exame será de

grande valia para avaliação da intensidade da inflamação do tecido conjuntivo, podendo assim guiar corretamente a conduta clínica evitando sacrificar polpas passiveis de recuperação ainda que parcial, ou diagnósticos incorretos que não solucionem o quadro. O teste térmico frio pode ser realizado com um filete de gelo congelado em tubete de anestésico, envolto em uma gaze, encostando-se à porção cervical do elemento suspeito e retirando-se assim que o estímulo for notado, pede-se para que o paciente relate com detalhes a dor sentida, embora muitas vezes quando o estímulo é positivo as reações dramáticas do paciente não deixem dúvidas do caráter da dor. Como ambos os estímulos, tanto frio quanto quente, tem alto poder de desencadear dores violentas em situações de patologia pulpar, cabe ao cirurgião dentista coordenar o exame de maneira a minimizar o tempo do estímulo e a realização brusca do exame, procedendo de maneira a orientar o paciente sobre o que será executado, com calma e conduta suave (FIGUEIREDO et al 2007).

Teste da cavidade: Esse teste é realizado em elementos já cavitados, para determinação da vitalidade pulpar, para tanto se utiliza a sonda n°.5 que deverá estar em contato com a dentina, caso haja vitalidade provavelmente haverá dor. Em casos nos quais existam muito tecido cariado e amolecido esses deverão ser retirados antes do teste. O uso de instrumentos rotatórios para realização do exame deverá ser feito com brocas em baixa rotação retirando-se dentina comprometida até que haja estímulo positivo, e cessado o corte, já que esse teste é realizado sem o uso de qualquer anestesia, ou até que se caia na cavidade pulpar, indicando um quadro de necrose. (ALVARES & ALVARES 2001)

Após elucidados os principais testes que constituem o exame para fins diagnósticos das algias de origem dentária, serão abordados os protocolos de atendimento contendo a abordagem clínica mais adequada, baseada no diagnóstico mais provável após coleta da anamnese, história dentária, testes de palpação, percussão, testes térmicos e teste da cavidade (ALVARES E ALVARES 2001).

Critérios de Exclusão do Atendimento de Urgência e Emergência Odontológica

- Pacientes assintomáticos ou que não incluam nos critérios de atendimento do Protocolo de urgência e emergência em Odontologia.

- Pacientes com fraturas na região bucomaxilofacial.
- Restaurações dentárias definitivas.
- Exodontias eletivas, por motivo ortodôntico ou protético.
- Exodontia de dentes inclusos.

Procedimentos Odontológicos de Urgência e Emergência Odontológica

- Abertura de câmera pulpar.
- Exodontia.
- Tratamento de pericoronarite.
- Tratamento de pericementite.
- Tratamento de alveolite.
- Contenção de fraturas dento alveolares.
- Controle de quadros hemorrágicos.
- Recimentação de trabalho protético.
- Incisão e drenagem de abcessos extra oral.
- Incisão e drenagem de abcessos intra oral.
- Redução simples de luxação de ATM.
- Remoção de corpo estranho na cavidade oral.
- Sutura de lesões traumáticas intra-orais.

Diagnóstico nas Condições de Urgência e Emergência Odontológica

Pulpite Reversível ou Hiperemia Pulpar: Patologia observada quando existe uma resposta inflamatória apenas no conjuntivo pulpar associado ao tecido dentinário agredido, todo o restante do tecido pulpar permanece em boas condições de vitalidade. Segundo Alvares et al 2001, qualquer tipo de agressão aplicada sobre a dentina ou esmalte, normalmente causam algum tipo de reação no tecido conjuntivo pulpar, essa resposta se dá com aumento d atividade metabólica na região e consequente aumento do aporte sanguíneo

As análises criteriosas do quadro e da sintomatologia são de salutar importância, já que de acordo com estudos sobre patologias pulpares a fase de pulpite

reversível é um estágio inflamatório no qual ainda é possível reverter o quadro sem que seja necessário o sacrifício da polpa dentária.

A dor aguda nesses casos estará presente principalmente devido ao aumento do calibre dos vasos e da condição inflamatório do tecido conjuntivo pulpar que irá responder dolorosamente a estímulo como doce, azedo e principalmente frio. As causas mais comuns são lesões cariosas, restaurações recentes em cavidades profundas, realizadas com ataque ácido próximo a polpa, restaurações profundas sem material forrador, restaurações ou elementos com contato prematuro, retração gengival, fraturas do tecido dentinário entre outras agressões aplicadas sobre o elemento dentário. (ALVARES & ALVARES 2001).

Como sinais clínicos temos a dor será de curta duração, cessando assim que retirado o estímulo. A dor é provocada e intermitente. O paciente normalmente irá relatar sensibilidade a alimentos doces ou azedos e dor aguda causada por líquidos gelados. A dor normalmente é controlada pelo uso de analgésicos por parte do paciente. A resposta aos testes térmicos costuma ser positiva e exacerbada para frio e menos intensa ou inexistente para o calor.

Dificilmente responderá positivamente aos testes de percussão, mobilidade dentária e palpação, devido às características de etiologia e fase inflamatória do quadro de hiperemia pulpar, não se deve encontrar tumefações periapicais ou comprometimento dos tecidos de sustentação dentária, justificando assim a falta de reações positivas a esses estímulos. Não deverá haver presença de fístulas ou linfonodos alterados a palpação extra bucal. A conduta clínica mais adequada consiste na remoção ou correção da causa (FIGUEIREDO et al 2007), para que o tecido conjuntivo tenha condições de voltar a um estado de normalidade. Todas as manobras clínicas devem visar a manutenção da função pulpar, ou seja, removendo a causa, por exemplo a cárie, e usando de maneira direta ou indireta um “forramento biológico”.

- Anestesia
- Profilaxia dentária: remoção de tudo que puder estar aderido a coroa dentária, como placa bacteriana, resíduos alimentares, tártaro e restaurações antigas
- Remoção de tecido cariado

- Limpeza da cavidade: remoção de cárie, processos inflamatórios, restos alimentares e resíduos de qualquer natureza
- Proteção pulpar: poderá ser feita em duas situações diversas, através do capeamento pulpar indireto (não houve exposição pulpar) utilizando o hidróxido de cálcio ou capeamento pulpar direto (quando houver exposição pulpar) utilizando a pasta de hidróxido de cálcio
- Restauração provisória do dente: os dentes que receberam capeamento indireto e principalmente o direto não tem indicação para serem restaurados em caráter definitivo imediatamente após o procedimento emergencial, um período mínimo de 30 dias é um prazo considerado conveniente para que se faça a restauração definitiva do elemento, desde que este apresente ao exame posterior sinais evidentes de vitalidade e normalidade pulpar.

Pulpite irreversível da polpa: A pulpite irreversível é a evolução do processo inflamatório da polpa, no qual a dor evolui até se tornar espontânea e contínua (De DEUS, QD, Endodontia,5 d. Rio de Janeiro Medsi, 1992). A dor nesses casos é intensa, constante, pulsátil, muitas vezes difusa, normalmente aliviada pelo frio e aumentada pelo calor. De acordo com Alvares et a 2001, o sinalgismo de dor é um dado muito importante no diagnóstico, a dor relatada pelo paciente com quadro de pulpite irreversível é sempre intolerável e contínua. Utilizando testes de variação térmica, normalmente a dor será exacerbada pelo calor, e acalmada ou não piorada pelo frio. A palpação digital do vestíbulo, altura apical, do elemento que está comprometido, normalmente não apresenta nenhuma alteração anatômica, porém dependendo do estágio do processo patológico o paciente poderá relatar dor. A palpação extra oral poderá mostrar nódulos cervicais e submandibulares alterados e doloridos, se assim for, há fortes indícios de envolvimento inflamatório do periápice.

A percussão será positiva, tanto no sentido longitudinal, quanto no vertical se já houver envolvimento inflamatório da polpa e do periápice. O paciente poderá descrever dor exacerbada pelos testes de mobilidade dentária. Um sinal bastante importante coletado durante a anamnese é que o uso de analgésicos tomados por via oral pouco ou nenhum efeito tem sobre os quadros de pulpite irreversível. Conduta Clínica Padrão:

- Abertura
- Pulpotomia
- Colocação de medicação de formocresol ou fenol e fazer a restauração provisória.
- Na presença de exsudato após a abertura e acesso dos condutos deixar o dente aberto para drenagem via canal ou fazer incisão para drenagem, aumentar o diâmetro do forame e prescrição de antibiótico e analgésico;
- Ajuste de oclusão para evitar contatos prematuros que dificultem ainda mais a resolução da inflamação e orientar o paciente para realizar a endodontia ou exodontia do elemento em questão.
- Como segunda opção dependendo das condições de recuperação protética do elemento dental e do desejo do paciente pode ser realizada a exodontia do elemento em questão.

Necrose Pulpar: Segundo Alvares et al 2001 a necrose pulpar é o estágio final do processo inflamatório pulpar, e pode ocorrer sob duas formas distintas, a crônica ou a aguda. A forma crônica normalmente não vem acompanhada de sintomatologia álgica e se não for retirado o agente causal a inflamação estende-se até o periodonto formando o granuloma dentário. A dor, quando presente, está associada a forma aguda da necrose pulpar, e será uma dor semelhante a da pulpite irreversível, ou seja, intensa, contínua, difusa e não controlada pelo uso de analgésicos, porém a grande diferença se dá na ausência de resposta aos testes clínicos térmicos. Conduta Clínica Padrão:

- Anestesia
- Limpeza e acesso coronário
- Debridamento, irrigação com hipoclorito de sódio, completa remoção do tecido conjuntivo pulpar com o uso de limas ou extirpa nervos
- Medicação da preferência do dentista e selamento do elemento dentário com restauração provisória e realizar o ajuste oclusal.
- Como segunda opção dependendo das condições de recuperação protética do elemento dental e do desejo do paciente pode ser realizada a exodontia do elemento em questão. Abscesso dento alveolar: Quando um processo inflamatório

agudo ultrapassa os limites do ligamento periodontal e se desloca para o tecido ósseo, de início ele infiltra os polimorfonucleares neutrófilos através dos canais ósseos. Só depois que a neutrofilia está instalada nesses espaços é que a inflamação reabsorve a fração mineralizada do tecido. Tal comportamento etiopatológico da inflamação, ao nível de periápice, comumente é visto em radiografias por meio de áreas radiolúcidas, com contornos muito pouco regulares. (ALVARES & ALVARES 2001).

Esse processo evolui invadindo os tecidos de menor resistência até encontrar um ponto de drenagem, quando não encontra pontos de drenagem a coleção purulenta se concentra de maneira a formar pontos de tumefação e rubor, o que geralmente é bastante doloroso para o paciente. Esses pontos de tumefação podem estar contidos no vestíbulo próximo ao periápice do elemento envolvido, ou até mesmo ser observadas assimetrias faciais decorrentes do inchaço causado pelo abcesso dentoalveolar. Conduta Clínica Padrão sem edema:

- Abertura do elemento dentário
- Realizar ajuste oclusal
- Prescrição de analgésicos e antibióticos.
- Orientar bochecho quente.
- Orientar realizar endodontia ou exodontia após fase aguda.

Conduta Clínica Padrão com edema intraoral:

- Drenagem por via canal deixando o elemento aberto para completa drenagem do conteúdo purulento.
- Realizar incisão fundo saco vestibulo caso houver ponto de flutuação.
- Prescrição analgésicos e antibióticos.
- Orientar bochecho quente.
- Orientar realizar endodontia ou exodontia após fase aguda.

Conduta Clínica Padrão com edema extraoral:

- Drenagem por via canal deixando o elemento aberto para completa drenagem do conteúdo purulento.
- Realizar incisão fundo saco vestibulo caso houver ponto de flutuação.

- Realizar incisão extraoral caso houver ponto de flutuação.
- Prescrição analgésicos e antibióticos.
- Orientar bochecho e compressa quente.
- Orientar realizar endodontia ou exodontia após fase aguda.

Conduta Clínica Padrão com edema extraoral extenso:

- Internar paciente.
- Administrar medicação antibiótica intra venosa.
- Orientar fazer bochecho e compressa quente 2/2 horas.
- Acionar bucomaxilofacial.

Abscesso periodontal: O abscesso periodontal constituí uma infecção na qual a coleção purulenta envolve os tecidos de sustentação do elemento dentário, é um processo no qual a inflamação se desenvolve de maneira dolorosa e agressiva. A urgência do caso se dá não somente pela sintomatologia álgica,mas também pelo fato de a inflamação tomar conta dos tecidos adjacentes à bolsa periodontal e causar rápida perda de inserção conjuntiva podendo trazer prognósticos sombrios para o elemento dentário envolvido. (CARRANZA, Junior. 1997) Sinais Clínicos:

- Edema, tecido de aspecto liso, brilhante e flácido que se estende desde a gengiva inserida até a junção muco gengival.
- Desconforto e dor a palpação e a percussão.
- Sensação de dente crescido, sangramento a sondagem.
- Presença de bolsa periodontal.
- Presença de exsudato purulento, drenando de maneira provocada ou não.
- Mobilidade dentária.
- Extrusão
- Halitose.

Conduta Clínica Padrão

- Estabelecer uma via de drenagem do exsudato purulento com o uso de uma sonda periodontal milimetrada, juntamente com compressão do tecido mole.

- Curetagem.
- Debridamento da região interna da bolsa.
- Raspagem e alisamento radicular.
- Irrigação com solução salina estéril (CARRANZA, 1997).
- Bochechos caseiros realizados com água morna e sal poderão ser prescritos para facilitar a drenagem.
- Antibioticoterapia.
- Orientar bochecho quente.
- Orientar realizar tratamento periodontal ou exodontia após fase aguda.

Pericoronarite: A pericoronarite ou abcesso pericoronário é uma infecção purulenta envolvendo o tecido gengival ou mucoso adjacente a um dente parcialmente irrompido. Sua maior incidência é em terceiros molares inferiores, acometendo mais comumente jovens na faixa etária de 20 a 25 anos (HOWE 1992), também pode acometer pessoas de idade avançada, mas normalmente o quadro possui menor gravidade. Sinais Clínicos:

- Gengiva edemaciada, vermelha e dolorida, drenando exsudato purulento.
- Poderá ter ulceração na região do capuz se houver trauma gerado pela cúspide do antagonista
- Paciente normalmente relata trismo, dor e gosto ruim.
- Dependendo da severidade do quadro, febre, dor pulsátil, dor no assoalho bucal e ouvido também podem ser relatadas.

Conduta Clínica Padrão:

- Pacientes que apresentem qualquer tipo de comprometimento sistêmico deverão receber profilaxia antibiótica antes de qualquer intervenção para evitar quadros de septicemia.
- Retirar cuidadosamente restos de matéria alba, cálculos e permitir o extravasamento do exsudato, com uso de instrumentos manuais ou ultra sônicos, em seguida deve-se irrigar com solução salina estéril.

- Fazer bochechos vigorosos com água morna sal para facilitar a drenagem.
- Orientar o paciente a insistir na higienização mesmo que dolorosa e a fazer bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% de 8/8 horas para controle químico de placa bacteriana.
- A prescrição medicamentosa irá depender da severidade do caso e presença ou não de exsudado.
- Orientar o paciente a realizar remoção do elemento em questão após fase aguda.

Pericementite: Segundo ALVARES & ALVARES 2001 pericementite é um quadro no qual a sede do processo inflamatório é o ligamento periapical e geralmente não se estende ao osso alveolar, mas fica circunscrita a região do conjuntivo ligamentar. Histologicamente percebe-se um infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos. Determinar a etiologia do quadro de pericementite é de fundamental importância para a resolução do caso. Se for de origem pulpar a extensão do processo infamatório do conjuntivo pulpar acometerá até o ligamento periapical, onde o sacrifício da polpa será o único caminho viável para a resolução do quadro. Porém existem situações onde a pericementite aguda é causada por traumatismo dentário tais como restaurações altas, falta de ajuste oclusal, contato prematuro, dentre outros, e, nesses casos o simples desgaste do contato é suficiente para devolver normalidade aos tecidos. Segundo ALVARES & ALVARES (2007) maior parte das pericementites de origem traumática não se devem a traumatismos diretos, que podem até mesmo tirar o elemento de sua oclusão habitual e lesar o periodonto apical, mas sim possui causas iatrogênicas como restaurações inadequadas, blocos metálicos, próteses fixas ou quaisquer outras causas que interfira de maneira anômala na oclusão dentária, gerando contato prematuro em determinado elemento dentário. Sinais clínicos da pericementite aguda advinda da inflamação pulpar:

- Assemelham muito a sintomatologia das pulpites e necroses pulpares
- Variação de temperatura não costuma ser dolorosa, diferentemente das pulpites agudas.

- Dor é sempre exacerbada pela mastigação ou contato, normalmente localizada e evidenciada em um elemento dentário.
- Palpação de fundo de sulco vestibular quase sempre revelará resposta dolorosa, assim como a percussão dentária.
- Teste de variação térmica muitas vezes poderá não ser conclusivo, ajudando apenas a afastar a hipótese de necrose, caso haja resposta positiva.

Conduta Clínica Padrão:

- Anestesia.
- Abertura e acesso do canal radicular caso seja de origem endodontia.
- Ajuste oclusal caso seja de origem traumática.
- A irrigação deverá ser feita com 2 ml de soro fisiológico entre cada lima, seguida de aspiração, colocação de clorexidina em gel a 2%, uso do próximo instrumento e nova lavagem com soro fisiológico. (FERRAZ et al 2001).
- A medicação intracanal de eleição será o formocresol que de acordo com DORN et al.1977 • preferência é que o elemento fique em infra oclusão.
- Necessário analgésicos e antinflamatórios.

Alveolite: Segundo Figueiredo et al (2007) a alveolite é definida como uma degeneração do coágulo alveolar que tem como consequência o retardo da cicatrização. O mesmo quadro pode ser chamado de alveolite seca, alvéolo seco ou osteíte alveolar. O quadro normalmente se inicia entre o 3º. E o 5º. Dia após exodontia. Algumas causas prováveis para a alveolite são: a proliferação bacteriana, exposição ao fumo, irrigação inadequada do alvéolo, excesso de anestésico local no alvéolo e higiene pós-operatória precária. Sinais Clínicos

- Coágulo alveolar terá aspecto liquefeito, fétido
- Presença de dor intensa que normalmente não cede a analgésicos comuns.

Conduta Clínica Padrão:

- Anestesia, se possível com bloqueio regional.
- Aspiração cuidadosa do conteúdo liquefeito do alvéolo.

- Irrigação com solução salina e digluconato de clorexidina 0,12 %.
- Colocação de pasta medicamentosa no alvéolo.
- Prescrição medicamentosa analgésica.

Traumatismos dentários: Os traumatismos dentários acometem principalmente crianças e adolescentes em idade escolar e em fase de crescimento, apresentando como causas mais frequentes quedas, colisões, violência, acidentes automobilísticos e atividades esportivas. (ANDREASEM et al. 2001) Um dos tipos mais comuns de lesão traumática em dentes permanentes é a fratura coronária, sendo os dentes anteriores superiores, em especial os incisivos centrais, os mais frequentemente acometidos (ANDREASEN et al. 1995; ALTUN; GÜVEN 2008). Fraturas dentárias parecem mais comuns na dentição permanente enquanto luxações e especialmente intrusões predominam na dentição decídua. A dor, a perda de função e da estética, a necrose pulpar, a obliteração dos canais radiculares, a reabsorção radicular e a perda óssea são algumas sequelas decorrentes das injúrias dentárias. Sinais Clínicos:

- Anamnese e avaliação geral;
- Tranquilizar paciente e familiares.
- Fragmentos dentários presentes devem ser armazenados adequadamente prevenindo a desidratação.

Em casos de avulsão, o melhor meio de armazenamento do dente é o leite, aceito pela Associação Americana de Endodontistas (1995).

Água da torneira, saliva e soro fisiológico são todos ineficazes em manter a viabilidade das células do ligamento periodontal. Esses meios não são recomendados pelas suas propriedades hipotônicas (água de torneira e saliva) e alta incidência de contaminação bacteriana que levam à rápida morte das células do ligamento periodontal (BASTOS, 2008).

Classificação dos traumas dentoavelolares:

6. Fissuras coronárias:

- Fissura ou fratura incompleta de esmalte sem perda de estrutura dentária.

B. Fratura coronária:

- Limitada ao esmalte;
- Envolvendo esmalte dentina sem exposição pulpar;
- Envolvendo esmalte e dentina com exposição pulpar.

C. Fratura da coroa e raiz/ corono-radicular:

- Sem envolvimento da polpa: esmalte, dentina e cemento;
- Com envolvimento da polpa: esmalte, dentina, cemento e polpa.

D. Fratura Radicular:

- Envolve cemento, dentina e polpa
- Envolvendo terço apical;
- Envolvendo terço médio;
- Envolvendo terço cervical.

E. Sensibilidade (concussão):

- Lesão da estrutura de suporte do dente, resultando em sensibilidade ao toque ou percussão, mas sem mobilidade ou luxação.

F. Subluxação (pequena mobilidade ou perda da fixação):

- Lesão da estrutura de suporte do dente, resultando em mobilidade, mas sem luxação.

G. Luxação dentária:

- Intrusão – deslocamento do dente para dentro do seu alvéolo, normalmente associado com fratura do alvéolo por compressão;
- Extrusão – deslocamento parcial do dente para fora de seu alvéolo, normalmente não associado com fratura do osso alveolar;
- Luxação labial e lingual – parede alveolar provavelmente fraturada;

- Luxação lateral – deslocamento do dente em direção mesial ou distal, normalmente em um espaço de um dente perdido; provável fratura da parede alveolar.

H. Avulsão:

- Deslocamento completo do dente de seu alvéolo, podendo ser associado a fratura da parede alveolar. A incidência de casos de avulsão varia de 1% a 16% de todas as injúrias traumáticas à dentição permanente e é considerada a pior dentre as injúrias dento-alveolares, e o dente mais frequentemente avulsionado é o incisivo central superior.

Fratura do processo alveolar

- Segmento ósseo dos dentes envolvidos está com mobilidade.

Conduta clínica Padrão:

- Anestesia.
- Limpeza da região com soro fisiológico.
- Reposicionamento dentário e imobilização com fio de aço e resina para dentes permanentes.
- Reposicionamento ou exodontia para dentes decíduos, exceto para intrusão, que deve ser feito apenas o controle clínico.
- Em caso de avulsão de decíduos realizar a sutura quando necessário.
- Em caso de avulsão de permanentes avaliar o reimplante e imobilização com fio de aço e resina.
- Em caso de fraturas alveolodentárias extensas acionar bucomaxilofacial.
- Orientar o paciente para dar continuidade ao tratamento realizado em um serviço de saúde ambulatorial.
- Medicação.
- Orientações quando a dieta.

Hemorragias: É o extravasamento abundante e anormal de sangue que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica, o qual não se coagula e a hemostasia

natural não ocorre.

Causas locais são geralmente de pouca gravidade e se devem à congestão ou infecção dos tecidos ou as lesões dilacerantes dos mesmos que causam injúrias aos vasos.

Causa gerais são de maior gravidade pois geralmente após as intervenções cirúrgicas. Hemorragias primárias são as que ocorrem durante ou logo após a intervenção cirúrgica, sendo mais fáceis de coibir.

Hemorragias secundárias são as hemorragias que ocorrem horas ou dias após a cirurgia e são as mais graves, resistem mais às medicações hemostáticas e nem sempre é fácil tratá-las pelos métodos locais conhecidos. São geralmente por deficiência dos fatores que promovem a coagulação, por certas enfermidades gerais predisponentes (lesões hepáticas) ou por determinantes locais (ex.: ruptura ou absorção de pontos empregados na cirurgia).

Conduta Clínica Padrão:

- **Compressão:** Comprime-se fortemente o foco hemorrágico, com compressa de gazes esterilizadas, apertando-as com os dedos.
- **Hemostáticos locais absorvíveis:** Estes são colocados diretamente na ferida cirúrgica com a finalidade hemostática. Esponja de fibrina: provém do plasma sanguíneo humano, não é removida após sua colocação no foco hemorrágico.
- **Hemostasia por processos cirúrgicos:** Temos três de hemostasias:

➢ Pinçagem: é realizada com pinças hemostáticas apertando as extremidades dos vasos que sangram.

➢ Ligadura: esta é feita após a pinçagem, passando um fio de sutura ao redor da pinça, faz primeiro o nó e desliza o pela pinça até a extremidade do vaso; o nó é então é apertado e terminado e a pinça é retirada.

➢ Sutura: é um dos melhores e mais simples meio de se realizar a hemostasia. Este promove a hemostasia, protege a ferida cirúrgica e proporciona uma mais rápida cicatrização.

- **Medicação hemostática geral:** É um complemento valioso dos métodos locais, em muitos casos, torna-se indispensável. É constituída por medicamentos que atuam na coagulação, ativando ou corrigindo fatores que o promovem, ou por agentes que atuam sobre os vasos, corrigindo possíveis alterações.

Dicione: é a base de estansilato. Transamim: ácido tranexanico. Styptanon: eficaz no combate à fragilidade capilar.

Pode ser usado tanto no pré, como no pós-operatório. Pode ser prescrito na via venosa, quando o paciente estiver com o estômago vazio, ou intramuscular quando o paciente estiver com o estômago cheio. Ferimento corto contuso: A cavidade oral está sujeita aos mais vários tipos de trauma.

Sendo necessária muitas vezes a atuação de um profissional de um serviço de urgência para dar o primeiro atendimento a esse paciente. Como agente etiológico do traumatismo podemos ter inúmeros instrumentos, causados por acidentes domésticos, agressões físicas, acidentes esportivos e de trabalho, acidente trânsito e agressões por arma de fogo ou arma branca. Sinais clínicos:

- Anamnese para identificar o mecanismo causal do ferimento.
- Presença de dor, edema, hematoma.
- Sangramento ativo pode estar presente. Conduta clínica Padrão:
- Inspeção da ferida.
- Remoção de corpos estranhos.
- Limpeza com gaze e soro fisiológico da ferida.
- Desinfecção.
- Sutura.
- Medicação.

Ferimentos amplos e profundos acionar bucomaxilofacial.

Luxação da articulação têmporo mandibular: A articulação temporomandibular (ATM) é a articulação que liga a mandíbula, através do côndilo, à fossa mandibular do osso temporal do crânio, e denomina-se de diartrose bicondílea, uma vez que é constituída por duas articulações (a direita e a esquerda). Esta executa movimentos de rotação e translação, e é por isso classificada como ginglimoartroidal (OKESON, 2003).

A luxação da ATM é uma disfunção temporomandibular (DTM), desse modo apresenta etiologia multifatorial e o seu tratamento pode ser efetuado através de

métodos conservadores ou cirúrgicos (PEREIRA, 2007) A luxação da ATM é a segunda luxação mais frequente do corpo humano (COLOMBINI & SANSEVERINO, 2002). Consiste numa incompatibilidade estrutural das superfícies articulares, levando à perda parcial ou total de contato das superfícies articulares devido a uma hiperextensão do movimento condilar.

O côndilo ultrapassa a eminência articular, deslocando-se para fora da fossa mandibular, e não é capaz de retornar sem a intervenção de forças externas. Este travamento é mantido pelo espasmo dos músculos da mastigação, tornando, portanto, a luxação inevitável (VASCONCELOS et al., 2004; GUPTA et al., 2012). Sinais Clínicos

- Dor ATM.
- Desvio da mandíbula para um lado.
- Sialorreia. • Maloclusão.
- Paciente não consegue fechar a boca. Conduta clínica Padrão:
- Medicação analgésica e ou ansiolítica pré manupulação.
- Redução da luxação.
- Orientar paciente a não abrir muito a boca nas próximas horas.
- Dieta pastosa. • Prescrição analgésica e anti-inflamatória.
- Orientar paciente procurar profissional para avalição da ATM.

Após tentativa e não obtiver sucesso na manobra acionar bucomaxilofacial. **Recimentação protética:** Cimentação provisória de peça protética em dentes anteriores é considerado um procedimento de urgência odontológica.

Corpo estranho na cavidade bucal: Além das iatrogenias, dos projéteis por arma de fogo, punhais, facas, etc, (tão freqüentes nos dias atuais), acidentalmente, todo e qualquer material perfurante ou contundente pode vir alojar-se nos tecidos moles ou duros da face, tais como vidros, pedras, gravetos, fragmentos dentários, pontas de lápis, moedas e peças de brinquedos.

O risco da presença de corpos estranhos em pacientes infantis é maior devido à criança ter o hábito de levar tudo à boca, especialmente nos primeiros anos de vida. Em Odontopediatria, entretanto, a presença de corpos estranhos na cavidade bucal, desde que sem grande significância à integridade física da criança, pode assumir uma

conotação jocosa dada a condição inusitada do caso. Esses corpos estranhos podem, principalmente aos menos experientes, levar a diagnósticos incorretos e/ou gerar situações alarmantes. Sinais clínicos:

- Os mais variados possíveis.
- Sempre com queixa de algum desconforto.

Sinais de processo inflamatório normalmente presentes. Conduta clínica Padrão:

- Anamnese precisa para nortear o tratamento.
- Localizar e identificar objeto.
- Remover objeto estranho.
- Sutura se necessário.
- Medicação necessária.

13.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA DE MAIOR COMPLEXIDADE

Protocolos Clínicos

Os protocolos assistenciais de Urgência/Emergência são medidas adotadas com o objetivo de servir de “guia” para os profissionais de saúde de Emergência e urgência que atendem os pacientes do S.U.S.

Tal medida visa melhorar a qualidade de atendimento às Urgências e Emergências e vem em consonância com outras medidas adotadas no SAMU, adequação de recursos materiais (desfibrilador, oxímetro, drogas). Os protocolos apresentados estão adaptados a realidade assistencial, são baseados nas melhores evidências disponíveis e se baseiam nas diretrizes do ATLS; ACLS; “Brain Attack”; FCCS, e seguem os “ABCs” das respectivas áreas de atuação.

Protocolos de Atuação Médica não têm a intenção de servir como padrão inflexível de atendimento.

Padrões de atenção médica são determinados com base nos dados clínicos conhecidos para cada caso individual e são sujeitos a mudança à medida que o conhecimento médico e a tecnologia avançam e novos padrões se desenvolvem.

Estes parâmetros de prática devem ser considerados apenas como diretrizes.

A decisão última no que diz respeito a um procedimento clínico ou plano de tratamento em particular deve ser feito pelo médico tendo em vista os dados clínicos e as opções diagnósticas e de tratamento disponíveis.

O papel das Unidades de Pronto Atendimentos (UPA / PS/UBSs)

As UBSs os PSFs e as Unidade de Urgência são a “porta” de entrada dos pacientes no Sistema de Saúde.

O atendimento às urgências deve ser qualificado, pois todas as evidências mostram que o atendimento qualificado nos primeiros minutos/horas é fundamental para um obter o melhor resultado possível nas “verdadeiras urgências”.

As urgências mais frequentes no nosso meio (traumas, Sepse, emergências cardiovasculares – PCR, IAM, AVC, emergências respiratórias) têm a sua “hora de

ouro” nos primeiros momentos do atendimento onde o atendimento qualificado baseado em protocolos é fundamental para a redução da morbimortalidade.

Assim, as UBSs, SAMU, Unidades de Pronto Socorros e UPAs devem estar preparadas para prestar atendimento qualificado às urgências, respeitando o seu nível de complexidade e promovendo o acolhimento dos quadros agudos. Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, frequentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão.

Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc. (PORTARIA 2048 MS).

O objetivo final da implantação **dos protocolos de atendimento à urgência** é criar o conceito de cadeia de sobrevivência, em que cada momento do atendimento ao paciente grave existe um tempo pré-estabelecido e atendimentos qualificados baseados em protocolos de atendimento de maneira que isso possibilite o melhor atendimento possível e redução da morbimortalidade dos pacientes graves.

Outra questão, apesar dos avanços promovidos pela Regulação Médica com redução do número de pacientes nas portas hospitalares. As unidades de Urgência como UPAs, PS e PAS dos hospitais em muitos momentos mostram-se superlotados e nem sempre existe capacidade para atendimento.

Assim, essas unidades devem estar preparadas para estabilizar e manter pacientes até a disponibilização de macas/leitos nos hospitais de referência.

Atribuições : Estas Unidades, integrantes do Sistema Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados. Tem como missão:

I. Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos;

II. Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;

III. Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família; Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade

IV. Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

V. Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes);

VI. Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

VII. Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde. (PORTARIA 2048 MS)

VIII. Se apresente pelo nome que você é conhecido na Unidade e use o crachá;

IX. Atenda os pacientes com respeito e educação. / Chame o paciente pelo nome, explique o diagnóstico que pode ser estabelecido naquele momento. / Veja se o paciente entendeu, tire as dúvidas do paciente e familiar;

X. Não banalize ou menospreze os sintomas, não passe para o paciente e para os familiares diagnósticos definitivos, quando ainda não é possível estabelecê-los. Ex.: ‘’É uma enxaqueca’’;

XI. Demonstre para o paciente e familiar que o diagnóstico, no momento, pode ser inespecífico. Ex.: ‘’ No momento, o quadro é de uma cefaleia, devemos manter um acompanhamento. O senhor deve utilizar esta medicação e a dor deve melhorar nas próximas horas’ ’oriente para o uso correto da medicação. O paciente é co-responsável pelo seu tratamento;

XII. Suspeite sempre das condições mais graves primeiro (Diagnóstico Diferencial das Doenças Graves), lembre-se; quanto mais precoce, mais difícil o diagnóstico. O diagnóstico médico nem sempre pode ser feito imediatamente na abordagem inicial, necessita de acompanhamento e seguimento do caso, etc.;

XIII. Encaminhe os casos crônicos que necessitam de acompanhamento para as respectivas UBS/USF de origem do paciente. Procure garantir o atendimento do paciente na Unidade de referência (fale com a enfermeira da classificação de risco, a gerente e assistente social);

XIV. Escreva os dados no prontuário corretamente. Anote dados negativos se considerar importante, isto significa que foi pesquisado esses dados. Ex.: Ausência de rigidez de nuca, ausência de sinais neurológicos localizatórios (Hemiparesia, pupilas isofotorreagentes);

XV. Deixe o paciente orientado e à vontade para retornar à Unidade se houver dúvidas ou mudança no quadro;

XVI. Se você atender um paciente com queixas agudas (< 15 dias) ou subagudas (< 60 dias) que está retornando a Unidade ou passou por várias Unidades em menos de 72 horas entre uma consulta e outra, considere que: o diagnóstico pode ser mais difícil (doenças com manifestações sutis ou atípicas), o paciente pode não estar utilizando as medicações adequadamente, etc. Na dúvida, mantenha o paciente na sala de observação e considere o encaminhamento;

XVII. Se você realizou algum procedimento médico, explique as possíveis consequências/complicações relacionadas à própria condição e o procedimento. Ex.: uma sutura no braço pode infectar deiscência dos pontos. Oriente onde o paciente deve retornar.

Fluxograma geral de paciente nas Unidades de Urgência Emergência

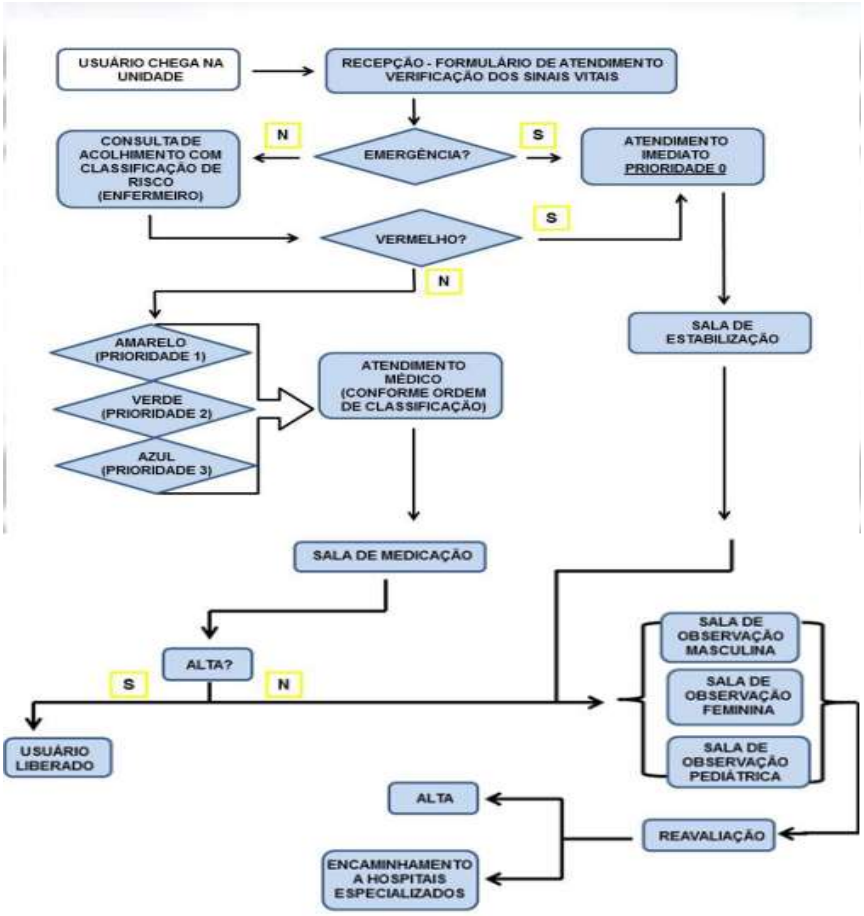
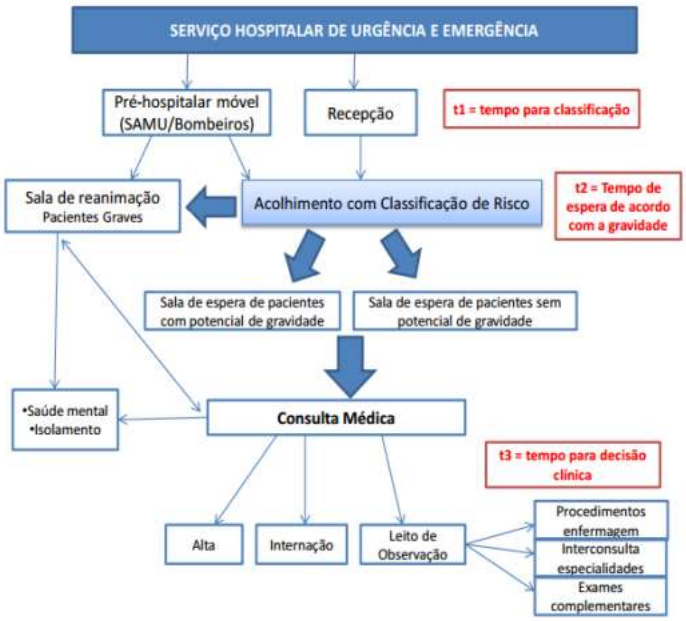


Figura 01. Fluxograma Descritivo

Algoritmo de fluxo dos pacientes no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.



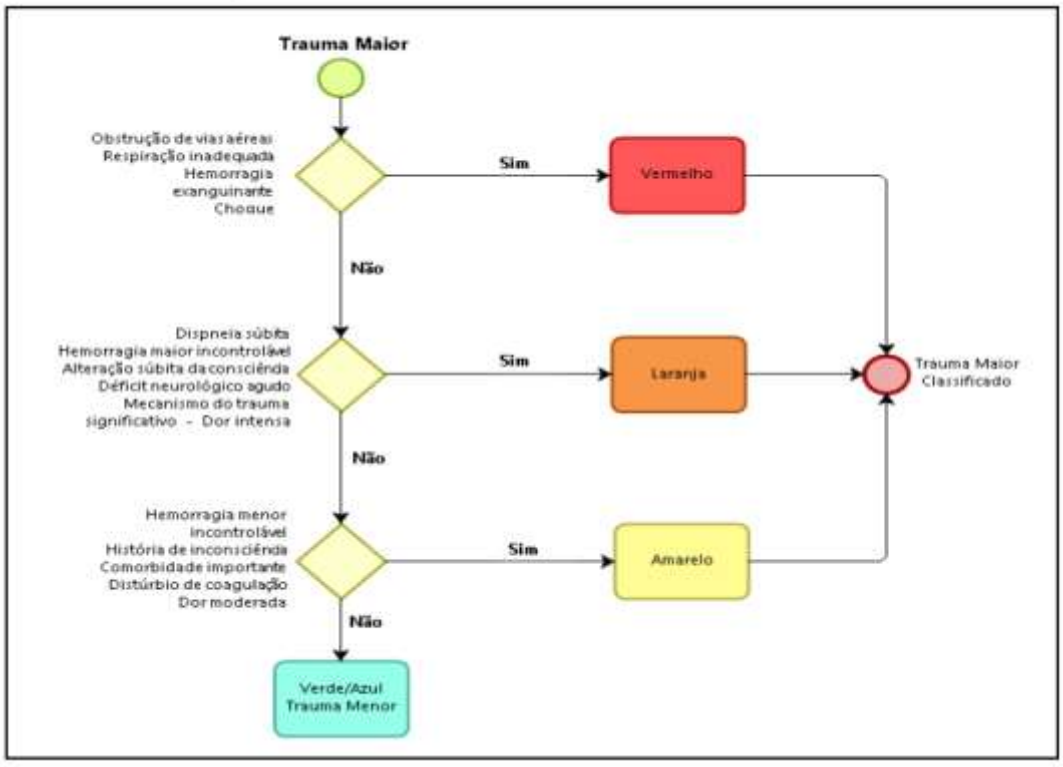
MANEJO HOSPITALAR

Classificação de Risco A classificação de risco (Fluxo 01) tem como finalidade de identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até observação médica. Não se trata de estabelecer diagnósticos.

O atendimento a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado. A sistematização proposta é de fundamental importância, pois garante estabilização da vítima e triagem adequada para tratamento definitivo.

O mecanismo de lesão, forças de lesão, localização da lesão, e o estado hemodinâmico do paciente determinam a prioridade e o melhor método de avaliação.

Fluxo 01: Estratificação de Risco - Trauma maior



Atendimento Pré Hospitalar

O atendimento a uma vítima de trauma deve contemplar todos os passos do atendimento ao politraumatizado.

A sistematização garante pronto diagnóstico e tratamento com um ganho de tempo fundamental.

O mecanismo de lesão, forças de lesão, localização da lesão, e o estado hemodinâmico do paciente determinam a prioridade e o melhor método de avaliação.

Quadro 07

Cinemática do Trauma
- Mecanismo do trauma;
- Velocidade do veículo;
- Tipo de colisão (frontal, lateral, capotamento);
- Uso de cinto de segurança
- Tempo decorrido até a chegada do resgate
- Altura de uma determinada queda, etc.

Quadro 08

ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition) - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição	
A *(Airway)*	Manutenção de vias aéreas pérvias e controle cervical, acessórios: oximetria de pulso se disponível
B *(Breathing)*	Avaliação e manutenção da respiração e mecânica ventilatória
C *(Circulation)*	Manutenção da circulação e controle da hemorragia. Manômetro de pressão. Microondas para aquecer fluidos. Sondagem vesical.
D *(Disability)*	Avaliação do estado neurológico. Colar cervical e prancha longa
E *(Exposure)*	Exposição do paciente (retirada das roupas) e controle do ambiente (por exemplo, evitar hipotermia)

Quadro 09

Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma
1. Garantir a segurança do local
2. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical e iniciar verificação da respiração
3. Avaliar as vias aéreas:
Manter as vias aéreas pérvias através de manobras de abertura das vias aéreas para o trauma, retirar secreções e corpo(s) estranho(s) da cavidade oral
Considerar o uso de cânula oro ou nasofaríngea
Oximetria e O2 por máscara facial, 10 a 12 l/min, se sato2 < 94%
Estabilizar manualmente a cabeça com alinhamento neutro da coluna cervical
Colocar o colar cervical assim que possível
Avaliar as indicações de via aérea definitiva
4. Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:
Avaliar o posicionamento da traqueia e presença ou não de turgência jugular
Expor o tórax e avaliar a ventilação
Avaliar a simetria na expansão torácica
Observar presença de sinais de esforço respiratório ou uso de musculatura acessória
Avaliar a presença de lesões abertas e/ou fechadas no tórax
No paciente com ventilação anormal, realizar a palpação de todo o tórax
Realizar ausculta torácica
Considerar a necessidade de ventilação assistida através de BVM com reservatório, caso a frequência respiratória seja inferior a 8 mrm, ou não mantenha ventilação ou oxigenação adequadas
Avaliar as indicações de via aérea definitiva
5. Avaliar a circulação:
Controlar sangramentos externos com compressão direta da lesão e/ou torniquete (conforme indicado)
Avaliar o estado circulatório
Avaliar o reenchimento capilar (normal até 2 segundos)
Avaliar características da pele (temperatura, umidade e coloração)
Avaliar pulso central e radial
Se possível, aferir pressão arterial precocemente
6. Avaliar o estado neurológico:
AVDI (Alerta, Voz, Dor e Inconsciência) ou a Escala de Coma de Glasgow (ECG)
Pupilas
7. Expor com prevenção e controle da hipotermia:
Cortar as vestes do paciente sem movimentação excessiva e somente das partes necessárias
Proteger o paciente da hipotermia com auxílio de manta aluminizada
Utilizar outras medidas para prevenir a hipotermia (ex: desligar o ar condicionado da ambulância)
8. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde

Quadro 10

Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma
1. Sinais vitais e entrevista ampla (com o paciente, familiares ou terceiros)
Nome e idade
Verificação dos sinais vitais
Respiração (frequência, ritmo e amplitude)
Pulso (frequência, ritmo e volume)
Pressão arterial
Pele (temperatura, cor, turgor e umidade)
S: sintomas? principal queixa?
A: tem alergias? problema ou doença atual?
M: medicamentos e/ou tratamentos em uso?
P: passado médico/prenhez (gravidez) – problemas de saúde ou doença atual?
L: ingeriu líquidos ou alimentos? última refeição?
A: ambiente do evento?
Obs: Em pacientes inconscientes ou impossibilitados de responder, buscar informações com circundantes ou familiares.
2. Avaliação complementar
Glicemia capilar se disponível
3. Exame da cabeça aos pés, frente e dorso
Objetivo específico: localizar ferimentos, sangramentos, afundamentos, desvios, hematomas, alterações na cor da pele ou mucosas, assimetrias, instabilidades, alterações de motricidade e sensibilidade.
Propedêuticas a serem utilizadas: Inspeção seguida de palpação, ausculta e percussão.
Cabeça e face:
Inspecionar e palpar o couro cabeludo, orelhas, ossos da face, olhos, pupilas (verificar diâmetro, reação à luz e simetria pupilar) nariz e boca;
Observar alterações na coloração e temperatura da pele.
Pescoço:
Avaliar região anterior e posterior;
Avaliar em especial se há distensão das veias e/ou desvio de traqueia.
Tórax:
Observar em especial se há uso de musculatura acessória, tiragem intercostal, movimentos assimétricos, afundamentos, ferimentos incluindo o sinal do cinto de segurança etc.
Observar contusões ou lesões abertas, distensão abdominal, dor à palpação e ao rechaço, abdome em tábua e sinal do cinto de segurança.
Pelve:
Observar sangramentos, contusões ou lesões abertas, realizar palpação das cristas ilíacas na busca de dor e/ou instabilidade realizando compressão látero-medial e ântero-posterior.
Membros:
Observar em especial a palpação de pulsos distais e perfusão dos membros (reenchimento capilar)
Avaliar a força motora, solicitando que o paciente movimente os pés e/ou eleve uma perna de cada vez, aperte a mão do profissional e/ou eleve um braço de cada vez, se não houver suspeita de lesão;
Avaliar a sensibilidade;
Sempre realizar a avaliação comparando um membro com o outro.
Dorso (se possível):
Inspecionar a presença de deformidades, contusões, hematomas, ferimentos;
Palpar processos espinhosos durante o posicionamento na prancha longa em busca de dor.

PROTOCOLOS CLINICOS DA REDE DE URGENCIA EMERGENCIA, iremos apresentar na integra **alguns** deles, portanto todos estarão disponiveis para os profissionais que realizarão o atendimento na Unidade de Pronto Socorro de Pindamonhangaba, e todos serão devidamente orientados e capacitados para sua realização na prática.

I. **ANESTESIA - . ROTINAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ANESTESIA**
II. POLITRAUMATISMO POLITRAUMATIZA
III. POLITRAUMATIZADO
IV. TRAUMA ADULTO
V. ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO
VI. ESCALA DE COMA DE GLASGOW
VII. POLITRAUMATISMO – CONDUTA IMEDIATA
VIII. CHOQUE: DESEQUILÍBRIO ENTRE OFERTA E CONSUMO DE OXIGÊNIO HIPOVOLÊMICO
IX. HIPOVOLÊMICO II ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUÍDOS OU SANGUE NO PACIENTE ADULTO
X. REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE E NO PACIENTE CARDIOPATA
XI. RESPOSTA SISTÊMICA À PERDA SANGUÍNEA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS
XII. CHOQUE PERSISTENTE
XIII. TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)
XIV. RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA GRUPO DE RISCO
XV. TCE LEVE MODERADO E GRAVE NA CRIANÇA
XVI. TCE LEVE (GLASGOW 15 A 14) EM LACTENTES .
XVII. TCE MODERADO (GLASGOW 13 A 9)
XVIII. TCE GRAVE (GLASGOW 8 A 3)
XIX. TRAUMATISMO ABDOMINAL – AVALIAÇÃO E RESSUSCITAÇÃO INICIAL
XX. TRAUMATISMO DE FACE – PARTES MOLES E FRATURA

RADIOGRAFIAS DO TRAUMATISMO DA FACE

XXI. TRAUMATISMO DE MÃO

XXII. PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

XXIII. ÍNDICES SENSITIVOS E MOTORES – NÍVEIS

XXIV. ESCORES DE TRAUMA

XXV. ESCALA ABREVIADA DE LESÕES (OIS – ORGAN INJURY SCALE)

XXVI. SISTEMA LOCOMOTOR (ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA)

XXVII. ATENDIMENTO EM CASOS DE URGÊNCIA EM REUMATOLOGIA

XXVIII. MONOARTRITE AGUDA

XXIX. POLIARTRALGIAS OU POLIARTRITES AGUDAS

XXX. LOMBALGIA AGUDA

XXXI. LOMBALGIA POSTURAL

XXXII. REAÇÕES ADVERSAS AOS MEDICAMENTOS REUMATOLÓGICOS

XXXIII. LUXAÇÃO DO OMBRO

XXXIV. ENTORSE DO JOELHO

XXXV. ENTORSE DE TORNOZELO

XXXVI. TORCICOLO .

XXXVII. SISTEMA VASCULAR URGÊNCIAS

XXXVIII. TRAUMAS VASCULARES

XXXIX. TROMBOEMBOLIA ARTERIAL

XL. **TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP**)

XLI. PÉ DIABÉTICO

XLII. ANEURISMAS

XLIII. SISTEMA CARDIOVASCULAR PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

XLIV. ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM: ATIVIDADE ELÉTRICA SEM PULSO

XLV. ASSISTOLIA

XLVI. BRADIARRITMIA

XLVII. TAQUICARDIA VENTRICULAR

XLVIII. TAQUIARRITMIA VENTRICULAR MULTIFOCAL

XLIX. TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES COM QRS ESTREITO

L. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO

LI. EDEMA AGUDO DE PULMÃO

LII. CRISE HIPERTENSIVA

LIII. SISTEMA RESPIRATÓRIO ANAFILAXIA

LIV. URTICÁRIA E ANGIOEDEMA

LV. ASMA

LVI. ANGINAS

LVII. OTALGIAS

LVIII. SINUSITE

LIX. SURDEZ SÚBITA

LX. TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA

LXI. CORPO ESTRANHO

LXII. ROLHA CERUMINOSA

LXIII. EPISTAXE

LXIV. LABIRINTITE AGUDA

LXV. PNEUMONIAS

LXVI. PNEUMONIAS I E II

LXVII. PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES

LXVIII. PNEUMONIA HOSPITALAR

LXIX. EMBOLIA PULMONAR: TERAPÊUTICA

LXX. MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA

LXXI. BORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) MACIÇO

LXXII. ALGUNS ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA

LXXIII. VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO

LXXIV. ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO .

LXXV. DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

LXXVI. VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO

LXXVII. VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSRUTIVA CRÔNICA

LXXVIII. VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA) E CHOQUE SÉPTICO

LXXIX. LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) / SDRA

LXXX. CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO

LXXXI. MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR NO ADULTO

LXXXII. HIPERCAPNIA – MANEJO FISIOTERÁPICO

LXXXIII. SISTEMA DIGESTÓRIO DOR ABDOMINAL AGUDA

LXXXIV. CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA

LXXXV. ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL AGUDA

LXXXVI. OBSTRUÇÃO INTESTINAL

LXXXVII. ABDOME AGUDO – DIAGNÓSTICOS

LXXXVIII. ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

LXXXIX. PERITONITES

XC. DIARRÉIA AGUDA

XCI. DIARRÉIA AGUDA COM MAIS DE 7 DIAS

XCII. PANCREATITE AGUDA I E II

XCIII. ICTERÍCIA

XCIV. COLANGITE

XCV. INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

XCVI. ABORDAGEM DA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

XCVII. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I, II E III

XCVIII. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

XCIX. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

C. HEMATOQUEZIA

CI. MELENA

CII. INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

CIII. INGESTÃO DE CÁUSTICOS

CIV. ASCITE NO PRONTO-SOCORRO

CV. TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

CVI. ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA

CVII. DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS

CVIII. ABSCESSO ANORRETAL

CIX. DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA
CX. FISSURA ANAL IDIOPÁTICA
CXI. HEMORRÓIDAS
CXII. FECALOMA
CXIII. VOLVO
CXIV. SISTEMA GENITOURINÁRIO INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA
CXV. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO BAIXO
CXVI. INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ALTO
CXVII. CÓLICA URETERAL
CXVIII. HEMATÚRIA
CXIX. HEMATÚRIA MACIÇA
CXX. ANÚRIA OBSTRUTIVA
CXXI. RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA
CXXII. PRIAPISMO
CXXIII. PARAFIMOSE
CXXIV. ESCROTO AGUDO
CXXV. TRAUMA RENAL
CXXVI. TRAUMA URETRAL
CXXVII. TRAUMA VESICAL
CXXVIII. FRATURA PENIANA
CXXIX. TRAUMA GENITAL
CXXX. FERIMENTOS PENETRANTES DE PÊNIS
CXXXI. TRAUMA DE TESTÍCULO .
CXXXII. SISTEMA NERVOSO DOENÇAS CEREBROVASCULARES NA EMERGÊNCIA
CXXXIII. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DOENÇA CEREBROVASCULAR AGUDA
CXXXIV. ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA
CXXXV. ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (EME)
CXXXVI. ESTADO DE MAL EPILÉPTICO REFRATÁRIO
CXXXVII. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM CRISE EPILÉPTICA NA EMERGÊNCIA
CXXXVIII. ATENDIMENTO DE EMERGÊNICA AO PACIENTE COM ESTADO

CONFUSIONAL AGUDO

CXXXIX. DROGAS

CXL. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE

CXLI. DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

CXLII. TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

CXLIII. ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COMA

CXLIV. ATENDIMENTO A PACIENTES COM CEFALÉIA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

CXLV. QUEIXA DE CEFALÉIA

CXLVI. INFECÇÃO INTRACRANIANA (SUSPEITA); AVALIAÇÃO E TRATAMENTO FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA

CXLVII. SAÚDE MENTAL ABORDAGEM PSICOLÓGICA DO PACIENTE TERMINAL PACIENTE VIOLENTO

CXLVIII. SÍNDROMES MENTAIS ORGÂNICAS

CXLIX. QUADROS PSIQUIÁTRICOS MAIS COMUNS EM EMERGÊNCIA

CL. TRAUMA EM OLHO E ANEXOS TRAUMAS QUÍMICOS

CLI. LACERAÇÕES OCULARES

CLII. CORPOS ESTRANHOS CONJUNTIVAIS OU CORNEANOS

CLIII. TRAUMA OCULAR

CLIV. LHO VERMELHO

CLV. UVEÍTES

CLVI. DOR OCULAR PÓS CIRURGIA OFTALMOLÓGICA

CLVII. ABRASÕES CORNEANAS

CLVIII. ÚLCERA DE CÓRNEA

CLIX. GLAUCOMA

CLX. TUMOR PALPEBRAL

CLXI. CERATOCONJUNTIVITE POR RADIAÇÃO, CELULITE ORBITÁRIA, DACRIOCISTITE)

CLXII. CONJUNTIVITE BACTERIANA

CLXIII. CONJUNTIVITE VIRAL

CLXIV. CONJUNTIVITE POR HERPES SIMPLES

CLXV. CONJUNTIVITE ALÉRGICA

CLXVI. CONJUNTIVITE PRIMAVERIL / ATÓPICA

CLXVII. HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL
CLXVIII. HORDÉOLO / CALÁZIO
CLXIX. BLEFARITES E ESPISCLERITES
CLXX. SISTEMA ENDÓCRINO HIPERCALCEMIA
CLXXI. CRISE TIREOTÓXICA
CLXXII. COMA MIXEDEMATOSO – ABORDAGEM E TRATAMENTO
CLXXIII. HIPOGLICEMIA
CLXXIV. CETOACIDOSE DIABÉTICA
CLXXV. ESTADO HIPEROSMOLAR
CLXXVI. HIPERGLICÊMICO
CLXXVII. INSUFICIÊNCIA ADRENAL
CLXXVIII. SISTEMA HEMATOLÓGICO CRISE FALCÊMICA TRANSFUSÃO SANGUÍNEA
CLXXIX. TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS
CLXXX. TRANSFUSÃO DE PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)
CLXXXI. TRANSFUSÃO DE CRIOPRECIPITADO
CLXXXII. INCIDENTES TRANSFUSIONAIS NOTIFICÁVEIS
CLXXXIII. REAÇÕES TRANSFUSIONAIS
CLXXXIV. REAÇÕES FEBRIS
CLXXXV. REAÇÃO ALÉRGICA
CLXXXVI. REAÇÕES HEMOLÍTICAS
CLXXXVII. NEUTROPENIA FEBRIL I
CLXXXVIII. NEUTROPENIA FEBRIL II
CLXXXIX. CONDIÇÕES ESPECIAIS DO NEUTROPÊNICO
CXC. COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS EM PEDIATRIA
CXCI. DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS HIPONATREMIA – I E II
CXCII. HIPOCALEMIA – I E II
CXCIII. HIPERCALEMIA – I E II E III
CXCIV. HIPERMAGNESEMIA
CXCV. HIPOMAGNESEMIA
CXCVI. DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS NO RN DISTÚRBIOS DO CÁLCIO NO RN
CXCVII. DISTÚRBIOS DO SÓDIO NO RN

CXCVIII. PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO PIODERMITES
CXCIX. CELULITE E ERISIPELA
CC. FURÚNCULO
CCI. HERPES VÍRUS: SIMPLES E ZOSTER
CCII. ECTIMA
CCIII. REAÇÕES HANSÊNICAS
CCIV. NEURITE HANSÊNICA
CCV. ERITEMA NODOSO HANSÊNICO
CCVI. DOENÇAS INFECCIOSAS DOENÇA MENINGOCÓCICA
CCVII. LEISHMANIOSE VISCERAL
CCVIII. DENGUE – DIAGNÓSTICO E CONDUTA
CCIX. HANTAVIROSE – SÍNDROME CÁRDIO-PULMONAR
CCX. CUIDADOS INTENSIVOS NA CRIANÇA – ALGUNS ASPECTOS ESTADO DE MAL CONVULSIVO
CCXI. CRISE EPILÉTICA AGUDA – SUPORTE AVANÇADO DE VIDA
CCXII. NORMAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES
CCXIII. DRENAGEM TORÁCICA FECHADA
CCXIV. INTOXICAÇÃO EXÓGENA ABORDAGEM INICIAL
CCXV. ATENDIMENTO INICIAL INTRA-HOSPITALAR
CCXVI. SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS
CCXVII. EFEITOS DAS TOXINAS
CCXVIII. ANAMNESE E EXAME FÍSICO
CCXIX. BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO
CCXX. DESCONTAMINAÇÃO
CCXXI. DESCONTAMINAÇÃO GASTROINTESTINAL
CCXXII. INDUÇÃO DA EMESE
CCXXIII. LAVAGEM GÁSTRICA
CCXXIV. CATÁRTICOS
CCXXV. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
CCXXVI. ADSORVENTES
CCXXVII. MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO
CCXXVIII. ANTÍDOTOS
CCXXIX. ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA,

CCXXX. SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO

CCXXXI. PROCEDIMENTOS RELATIVOS À DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Anestesia

Anestesia e Sedação

Definição

Diretriz que estabelece as normas e condições para a realização de anestesia e sedação, definindo as etapas do processo anestésico e os requisitos essenciais para a segurança, ética e qualidade.

Objetivos

Estabelecer regras para prática anestésica na instituição visando redução do risco e consequente aumento da segurança aos clientes.

Garantir os padrões éticos e de excelência em qualidade na prática anestésica institucional.

Indicação

Esta política se aplica aos médicos anestesiologistas que exercem a prática assistencial na instituição, e aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e ou terapêuticos que necessitem de cuidados anestésicos.

Instruções Específicas

Definições institucionais

Quanto à Faixa Etária de Pacientes

Paciente Pediátrico: Considera-se paciente pediátrico a criança desde o nascimento (zero) até os 18 anos de idade. Para fins anestésicos serão considerados

pacientes pediátricos aqueles com < 12 anos (11anos, 11 meses e 29 dias) de idade.

Paciente Idoso: considera-se idoso o paciente com idade superior a 65 anos.

Conceitos

Anestesiologia

É uma especialidade médica que tem como objetivo proporcionar segurança e conforto aos pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos sem percepção da dor e isentos dos efeitos reflexos indesejáveis do trauma cirúrgico.

Anestesia Geral

É um estado de depressão do nível de consciência durante o qual o paciente não é despertado, mesmo por estímulos dolorosos. A habilidade de manter a ventilação é frequentemente comprometida, necessitando de assistência respiratória para manutenção da permeabilidade da via aérea, e uso de ventilação com pressão positiva devido à depressão da ventilação espontânea por drogas e/ou relaxantes musculares.

Analgesia

Consiste na diminuição ou supressão da sensação dolorosa, sem perda de consciência.

Sedação

É um estado de depressão do nível de consciência induzida por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com doses administradas e respostas individuais do paciente, o resultado variar desde a consciência com leve tranquilidade até a inconsciência. É classificada em 3 níveis:

- **SEDAÇÃO LEVE =** é o estado de tranquilidade e calma induzido por drogas, durante a qual, o paciente responde normalmente aos comandos verbais. Embora as funções cognitivas e de coordenação possam estar comprometidas, a função cardiovascular e ventilatória estão preservadas.
- **SEDAÇÃO MODERADA ("SEDAÇÃO CONSCIENTE") =** é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente desperta intencionalmente a um comando verbal e/ou um leve estímulo tátil. Nenhuma intervenção é necessária para manter a via aérea permeável e a ventilação espontânea está adequada. A função cardiovascular está preservada.
- **SEDAÇÃO PROFUNDA =** é uma depressão da consciência induzida por drogas, durante a qual o paciente não acorda facilmente, porém responde aos estímulos dolorosos repetidos. A habilidade de manter a função ventilatória espontânea pode estar comprometida. Paciente pode requerer assistência para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e/ou suporte ventilatório. A função cardiovascular está frequentemente preservada. Os reflexos de retirada aos estímulos dolorosos não são válidos como resposta esperada nesse nível de sedação.

Anestesia do Neuroeixo

Técnica que promove a anestesia do neuroeixo, que incluem: subdural, epidural ou duplo bloqueio. É realizada se inserindo uma agulha ou cateter no espaço intervertebral para a injeção de medicação no espaço subaracnóide (para Raquianestesia), no espaço epidural (para anestesia Epidural) e em ambos para duplo bloqueio. Mais comumente usadas para anestesia de abdome inferior e extremidades inferiores.

Bloqueios Periféricos

São amplamente utilizados para cirurgias em extremidades superiores ou

inferiores. Ultrassom e estimuladores de nervos periféricos são comumente usados para posicionar a agulha ou cateter. Anestésicos locais de longa duração podem ser utilizados para anestesia ou analgesia pos-operatória.

Acompanhamento Anestésico

É a contínua monitorização dos sinais vitais do paciente por um médico anestesiologista, no diagnóstico e tratamento de problemas clínicos e administração de analgésicos ou conversão para outros tipos de técnicas anestésicas se necessário. Pode ser utilizado para acompanhamento de pacientes, para a realização de procedimentos, exames diagnósticos e transporte do paciente sob os cuidados do Serviço da Anestesia.

Regras

Aspectos gerais

Os procedimentos de anestesia e sedação são realizados por médicos autônomos e contratados, devidamente cadastrados na instituição.

Responsabilidades

1. O médico anestesiologista deve oferecer ao paciente os melhores padrões de cuidado na sua especialidade em respeito à dignidade do paciente.
2. O médico anestesiologista deve respeitar a lei e sugerir mudanças nos cuidados assistências pelo interesse da segurança de seus pacientes e sua prática.
3. O médico anestesiologista deve respeitar os direitos dos pacientes, seus familiares, demais médicos e outros profissionais de saúde.
4. O médico anestesiologista deve atualizar seus conhecimentos de forma contínua, objetivando proporcionar uma prática anestésica de qualidade aos seus pacientes.

5. O médico anestesiologista tem responsabilidade ética com a comunidade e a sociedade.

6. Todo paciente e seus familiares devem ser tratados com respeito, devendo ser identificadas suas necessidades e dúvidas, as quais devem ser esclarecidas antes de procedimento anestésico.

7. O médico anestesiologista é responsável por realizar uma avaliação clínica prévia à cirurgia, estabelecendo um plano anestésico para seu paciente.

8. É dever do médico anestesiologista: orientar ao paciente e seus familiares sobre riscos, benefícios e alternativas à anestesia e solicitar consentimento informado antes de qualquer procedimento de anestesia ou sedação.

9. É de responsabilidade do médico anestesiologista promover a vigilância do paciente durante todo o procedimento anestésico – cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico, não estando autorizado a sair de sala até o final do procedimento. Se a saída de sala do anestesiologista responsável for necessária, ela deverá ocorrer mediante substituição por outro anestesiologista cadastrado, o qual deverá receber todas as informações referentes ao procedimento anestésico, devidamente registradas na ficha de anestesia.

10. O médico anestesiologista deve manusear os agentes psicotrópicos, respeitando todas as etapas (registro, manuseio e descarte) conforme as regras institucionais.

11. Notificar eventos adversos quando estes ocorrerem através do sistema de notificação disponibilizado pelo hospital.

12. É dever do médico anestesiologista realizar sua prática atento aos riscos que podem ameaçar a segurança de todos os colaboradores e atuando para reduzir o risco de acidentes ocupacionais.

13. É responsabilidade exclusiva do médico anestesiologista a evidência finalização do processo de recuperação anestésica (alta da RA) do paciente anestesiado por ele, exceto nos casos em que a recuperação anestésica é feita nas unidades de pacientes graves, onde é realizada a transferência do cuidado para o médico intensivista.

O Processo de Anestesia e Sedação.

As etapas do Processo de anestesia e sedação, as quais devem ser rigorosamente realizadas e documentadas são:

- Avaliação pré-anestésica
- Definição do planejamento Anestésico (Plano).
- Ciência e Consentimento Informado do paciente ou responsável para o procedimento de anestesia e sedação.
- Anestesia ou Sedação propriamente ditos incluindo:
- Checagem de equipamentos e acessórios.
- Avaliação imediatamente antes da indução.
- Monitorização.
- Check-list -Time out: pré-indução, pré-cirúrgico e antes da saída do paciente da sala
- Aplicação da técnica anestésica (geral, sedação, bloqueios e acompanhamento)
- Recuperação anestésica.

Regras para as etapas do Processo de Anestesia e Sedação

Avaliação Pré-Anestésica

É obrigatória em todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos com ou sem intervenção que necessitem de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico em caráter eletivo.

Nas situações de urgência, quando a condição clínica permitir, o paciente (ou seu familiar) deverá ser submetido a uma anamnese breve, acompanhada de exame físico para o efetivo planejamento anestésico. Nas situações de emergência, com risco iminente de morte, as medidas clínicas de suporte de vida devem ser imediatamente iniciadas e posteriormente documentadas no prontuário do paciente.

A revisão do prontuário do paciente seguida de anamnese, exame físico, checagem de exames laboratoriais devem ser documentadas no formulário eletrônico “Avaliação Pré – Anestésica” sendo base para a determinação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.

Classificação do estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.

- ASA 1 – Paciente hígido, sem nenhuma patologia sistêmica além da que requer a cirurgia.
- ASA 2 – Paciente com alteração sistêmica leve ou moderada que pode ou não estar associada ao procedimento cirúrgico.
- ASA 3 – Paciente portador de doença sistêmica grave, com limitação de atividades que pode ou não estar associada ao procedimento cirúrgico.
- ASA 4 – Paciente portador de doença sistêmica incapacitante que ameaça a vida, nem sempre corrigíveis pela cirurgia.
- ASA 5 – Paciente com risco iminente de morte e pequena chance de sobreviver apesar da cirurgia.
- ASA 6 – Paciente declarado com morte cerebral cujos órgãos serão retirados com o fim de doação (doador de órgãos).

Observação: nas situações de emergência deve ser acrescido da letra “E” ao estado físico do paciente.

A checagem do tempo de jejum deve ser realizada em todos os procedimentos, usando como referência a orientação de jejum institucional – Protocolo de Jejum Pré-Anestésico.

As avaliações pré-anestésicas realizadas em consultórios têm validade de 30 dias antes do procedimento agendado, desde que o estado clínico do paciente esteja inalterado. O anestesiologista deve sinalizar no dia do procedimento, que não houve alteração do estado clínico desde a última avaliação válida.

Para pacientes internados que serão submetidos a procedimentos com anestesia, que não fizeram avaliação pré-anestésica no consultório, recomenda-se que a avaliação pré-anestésica seja realizada pelo menos uma hora antes do horário programado para o início da cirurgia.

A prescrição da medicação pré-anestésica deverá ocorrer após a avaliação pre anestésica e aplicação do Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia ao paciente ou responsável, conforme política institucional.

Planejamento Anestésico (Plano).

Para todo paciente submetido à anestesia ou sedação deverá constar no formulário eletrônico de “Avaliação Pré – Anestésica” o planejamento anestésico a ser executado, levando em conta o estado físico, o procedimento cirúrgico ou diagnóstico, bem como o planejamento analgésico pós operatório em concordância com o paciente.

Consentimento Informado e Esclarecido

Todos os pacientes a serem submetidos a um procedimento eletivo com anestesia ou Sedação e/ou seus responsáveis serão orientados por um anestesiologista quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento anestésico e assinarão o Termo de Ciência e Consentimento Informado para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Serviço de Anestesia conforme política institucional.

Em procedimentos de emergência é dispensada a assinatura do Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento pelo Serviço de Anestesia (sendo que o anestesiologista deverá notificar no referido termo “EMERGENCIA” a data, horário e validar a assinatura com carimbo contendo o CRM e anexar ao prontuário. Na primeira oportunidade em que o médico responsável e os familiares estiverem presentes, os devidos esclarecimentos serão prestados.

Checagem de Acessórios e equipamentos.

A checagem de equipamentos e acessórios necessários para o manuseio de vias aéreas para a indução e manutenção anestésica deve ser realizada antes da indução anestésica. No momento da realização do check-list (time out) antes da indução essa checagem é confirmada e notificada em local próprio do processo de time out.

Na ocorrência de falhas nos equipamentos, a equipe de engenharia clínica deverá ser acionada para o efetivo suporte.

Avaliação imediatamente antes da indução.

A checagem da avaliação pré-anestésica e seus pontos fundamentais, assim como o plano proposto deve ser realizada imediatamente antes da indução anestésica no registro eletrônico ficha de anestesia em campo apropriado.

A verificação dos dados vitais é realizada concomitante com a monitorização.

A presença do médico anestesiologista garantindo a vigilância permanente do paciente e as frequentes alterações clínicas decorrentes da anestesia e trauma cirúrgico é OBRIGATÓRIA, o qual não deve se ausentar da sala de procedimentos.

Nas situações onde pacientes recebam tratamento com uso de radiação ionizante expondo o anestesiologista, a monitorização do paciente pode ser garantida remotamente.

Em situações de emergência que impliquem na saída temporária do anestesiologista, o mesmo deve avaliar a condição clínica do seu paciente e designar outro profissional médico para garantir a vigilância do paciente.

A prática de anestesias simultâneas não é permitida, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico, conforme Resolução do CFM N° 1.802/2006, caracterizando grave infração ética.

Todos os procedimentos de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico devem utilizar os recursos mínimos obrigatórios de monitorização estabelecidos pela Resolução do CFM N° 1.802/2006 que incluem:

- Eletrocardiografia contínua.
- Pressão arterial não invasiva.
- Oximetria de pulso
- Temperatura em anestesia pediátrica e geriátrica e em cirurgias acima de 2 horas de duração
- O uso da capnografia em anestesias gerais em pacientes intubados, em uso de máscara laríngea ou qualquer dispositivo artificial para manutenção de via aérea é obrigatório.

- Os alarmes de segurança dos monitores multiparâmetros e do equipamento de anestesia devem estar acionados durante a cirurgia ou exame diagnóstico.

A utilização de recursos de monitorização adicionais é de julgamento do anestesiologista, baseado nas condições clínicas do paciente e complexidade do procedimento.

Os recursos de monitorização devem ser registrados no registro eletrônico de Anestesia em campo específico para tal finalidade, assim como os parâmetros apresentados durante tal monitorização.

Time out

O anestesiologista deve participar do procedimento de TIME OUT segundo diretrizes da “Segurança em Cirurgias e Procedimentos Invasivos – Identificação de Sítio Cirúrgico (lateralidade), Checklist Cirúrgico e TIME OUT.

Aplicação da técnica anestésica

Somente são permitidas para uso as medicações psicotrópicas padronizadas e dispensadas pela Farmácia e unidades avançadas para sedação, bloqueios ou anestesia geral.

As medicações psicotrópicas são dispensadas na farmácia mediante solicitação do anestesiologista devidamente cadastrado que assinará o impresso próprio.

Nas áreas fora do centro cirúrgico, onde os exames sob anestesia e sedação são realizados, os kits de psicotrópicos são dispensados pela farmácia e armazenados em armários chaveados e controlados pela enfermagem.

As medicações residuais, ao final da anestesia deverão ser descartadas mediante a testemunha de um profissional de enfermagem ou outro médico, que assinara o impresso próprio. Os cascos vazios de medicações psicotrópicas devem retornar para a farmácia.

Recuperação Anestésica (RA)

Todo paciente, após o término do procedimento anestésico deverá ser submetido a um processo de recuperação anestésica.

Critérios de admissão na RA

Paciente hemodinamicamente estável

Em ventilação espontânea sem necessidade de dispositivos para manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

Responsivo a estímulos táteis ou verbais caracterizando estado de sedação moderada ou leve de acordo com a definição da política de Anestesia e Sedação na.

Estão excluídos os pacientes com alergia a látex, hipertermia maligna e em precauções de contato, aérea e gotícula (que deverão ser recuperados em sala/ quarto privativo) e os pacientes internados nas unidades de pacientes graves: UTI.

É de responsabilidade do anestesiologista o acompanhamento do paciente até a sala de recuperação anestésica, onde será feita a transferência de cuidados à equipe de enfermagem da RA, que manterá a vigilância direta e monitorização do paciente, anotando em campo específico no prontuário eletrônico, a cada 15 minutos, ou menos se necessário, até que o paciente tenha condições de alta ou à Unidade de Pacientes Graves (UTI, SEMI, CORO e PA), para o médico responsável pelo setor e a monitorização dos sinais vitais dos pacientes seguirá a rotina setorial estabelecida.

Um médico anestesiologista deve estar sempre disponível para atender às demandas dos pacientes e possíveis situações de emergência.

Critérios de Alta da RA

A alta anestésica da sala de RA é de responsabilidade do anestesiologista e o paciente deve atender aos critérios mínimos determinados pelo CARA: Critérios de Alta em Recuperação Anestésica.

Unidades e Serviços onde são realizados procedimentos com anestesia

e sedação:

- Centros Cirúrgicos.
- Endoscopia.
- Centros de Terapia Intensiva.
- Tomografia.
- Ultra sonografia.
- Pronto Socorro (PS).

Estrutura necessária.

Todas as unidades destinadas à realização de anestesia/ sedação e recuperação anestésica devem atender as normas sobre Edificações em Salas de Operação e Recuperação – RDC/ANVISA No. 50/2002

Estão autorizados para a prática anestésica somente os equipamentos verificados e validados pela Engenharia Clínica.

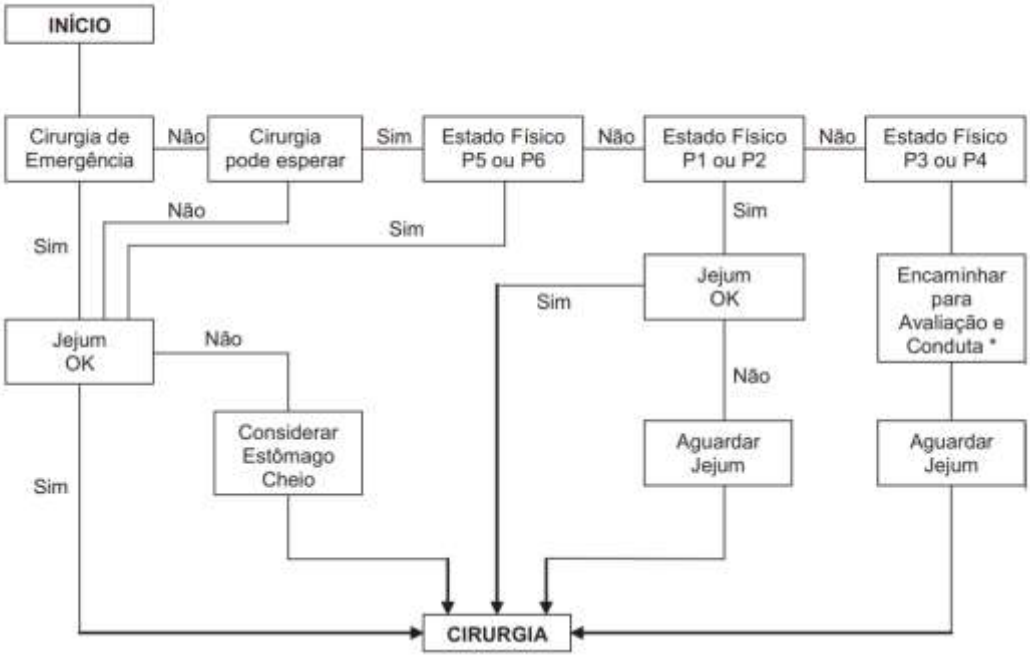
Os equipamentos de anestesia e monitores são checados pela Engenharia Clínica e registrados em formulários específicos. Informações sobre as manutenções preventivas periódicas e calibrações são registradas no sistema informatizado (SAP) com disponibilidade de consulta para os gestores de cada área.

Os acessórios necessários para a prática anestésica são checados pela enfermagem diariamente.

As unidades onde são realizados procedimentos com anestesia e sedação deverão apresentar equipamento de reanimação cardiorrespiratória disponível, com desfibrilador, fonte de oxigênio e aspirador.

As condições de monitorização mínima obrigatória, estabelecidas nessa política devem ser rigorosamente respeitadas.

ROTINAS DE ANESTESIA



*** ENCAMINHAR À CARDIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA (AUSÊNCIA DE CARDIOLOGIA)**

1) HAS de difícil controle terapêutico
   - PAS > 180 mmHg
   - PAD > 110 mmHg
   - PAD > 100 mmHg associada a insuficiência
2) Infarto prévio do miocárdio
3) ICC classe funcional II e III
4) Angina
5) Cardiopatia congênita
6) Valvopatia grave
7) Revascularização miocárdica
8) Cirurgia cardíaca prévia

** Deverá constar na avaliação resultados de exames **

CONDUTA EM HIPERTENSÃO ARTERIAL

- PAS > 180 mmHg
- PAD > 110 mmHg

Não administrar Nefedipina sublingual ou similar
Não administrar captopril ou outro inibidor do Sistema Renina Angiotensina
Não administrar diurético
Não promover queda brusca da pressão arterial (> 30% da basal)
Se necessário controlar a pressão arterial com Beta Bloqueador ou Alfa 2 Agonista (Clonidina ou dexmedetomidina)

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO FÍSICO

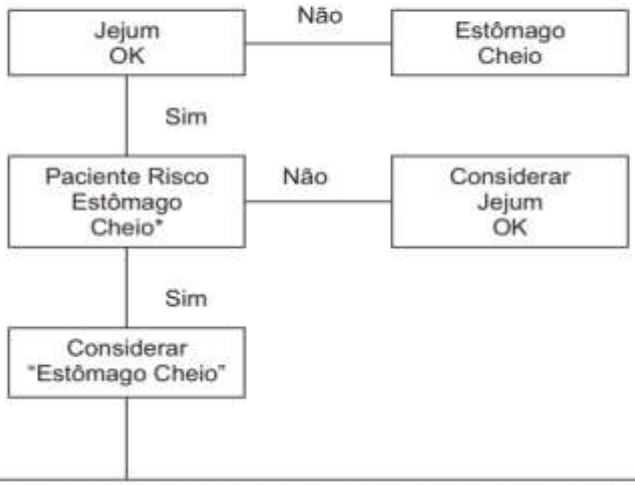
CLASSE	DESCRIÇÃO
P1	Paciente normal sem doença
P2	Paciente com doença sistêmica leve
P3	Paciente com doença sistêmica grave
P4	Paciente com doença sistêmica que representa ameaça constante à vida
P5	Paciente moribundo, sem expectativa de vida a menos que seja operado
P6	Paciente com morte cerebral, onde os órgãos serão removidos para doação
E	Sufixo colocado após a classificação para designar emergência

DEFINIÇÃO DO TEMPO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

IDADE	SÓLIDO (refeição leve – torrada e chá)	SÓLIDO (refeição completa – gorduras, carnes)	LEITE NÃO HUMANO	LEITE MATERNO	LÍQUIDO CLARO
RN					
< 6 meses			6 horas	4 horas	2 horas
6 - 36 meses	6 horas	8 horas	6 horas	4 horas	2 horas
> 36 meses	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas
Adulto	6 horas	8 horas	8 horas		2 horas

Líquido claro: água, suco de fruta sem polpa, chá claro, bebidas isotônicas, bebidas carbonatadas (refrigerantes).

ESTÔMAGO CHEIO



Nos pacientes de risco, introduzir profilaxia medicamentosa (gastrocinéticos como a metoclopramida, antiácidos não particulados como o citrato de sódio e antagonistas do receptor H2 como ranitidina) e associar indução seqüencial rápida. Quando o paciente já estiver em uso de sonda nasogástrica esta deve ser aspirada e não deve ser removida.

* Pacientes de risco estômago cheio: falta de jejum, refluxo gastroesofágico, acalasia, neuropatia autonômica diabética, divertículo de Zencker, estenose CA de esôfago, diminuição do tônus do EEI, TCE, isquemia cerebral, desordens neuromusculares, distrofias musculares, dor, estenose intestinal, ascite de grande volume, gestação, uremia, hipo e acloridria gástrica.

Diabetes Mellitus

a) Hipoglicemiante oral de longa duração suspender com antecedência se possível.

b) Hipoglicemiante oral de curta duração suspender no dia

c) Avaliação da glicemia deve ser feita no dia da cirurgia

d) Glicemia entre 150 e 200 mg % evitar insulina pelo risco de hipoglicemia

e) Glicemia até 250 mg/dL não contra indica cirurgia

f) Insulina deve ser utilizada no controle pré-operatório (ver esquema a seguir)

g) Evitar estresse e situações que desencadeiam reações catabólicas e hiperglicemia, sempre que pos s ível prescrever medicação pré-anestésica, planejar analgesia pós-operatória.

Obs.: Paciente diabético pode ter uma maior dificuldade para intubação traqueal Cuidados Específicos Em caso de pacientes compensados com dieta:

- Realizar glicemia capilar de 6/6 horas até o retorno da
- alimentação Evitar infusões de grandes volumes de soluções com glicose
- Em caso de pacientes compensados com hipoglicemiante oral:
- Suspender hipoglicemimiante Manter dextro de 6/6 horas na véspera, no intra o pós-operatório até a suspensão do jejum e o retorno do hipoglicemiante oral

Em caso de paciente compensado com insulina: Em uso de insulina ultralenta a mesma deverá ser suspensa 3 dias antes da cirurgia e substituí-la por insulina NPH e regular, se possível. Manter dextro de 6/6 horas e insulina se necessário, além da infusão de solução glicosada a 5%, durante o período de jejum. Nos pacientes com insulina NPH, administrar 1/3 da dose habitual na manhã da cirurgia e manter com solução glicosada a 5%.

Medicações que devem ser suspensas antes do Procedimento Anestésico quando possível

DROGA	TEMPO PRÉVIO DE SUSPENSÃO
Antidepressivo tricíclico – ADT (quando utilizando forma aguda menos de 4 semanas e ou utilizado doses elevadas)	15 a 21 dias
Inibidores da MAO (quando clinicamente viável)	15 dias
Hipoglicemiante oral	8 a 12 horas
Hipoglicemiante oral de longa duração	24 a 72 horas
Inibidores do apetite	15 dias
AAS	7 dias
ticlopidina	10 dias
clopidogrel	7 dias
Inibidores da GP IIb/IIIa	Bloqueio neuraxial não recomendado, monitorizar função plaquetária se punção for necessária
Heparina não-fracionada	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 1h antes ou 2-4h depois da dose de heparina
Heparina de baixo peso molecular	Bloqueio neuraxial ou remoção do cateter peridural pode ser realizado 10-20h após baixas doses ou 24h após altas doses e reiniciar a terapia 2-4h depois do bloqueio.
Anticoagulantes orais	Monitorizar INR, se $\leq$ 1,4 pode ser realizado bloqueio neuraxial; para cirurgias eletivas suspensão 1 a 3 dias antes e observar TP = 20% do valor normal e retornar com tratamento 1 a 7 dias após cirurgia.

TRAUMA

O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas.

TRAUMA MAIOR

Paciente que na classificação pré-hospitalar apresenta um ou mais dos critérios:

1. Parâmetros vitais: ECG < 14 ou deterioração neurológica; PAS < 90; FR < 10 ou > 29 ou mecânica ventilatória que necessite intubação pré-hospitalar.

2. Anatomia da lesão: o Ferimento penetrante craniano, cervical, torácico, abdome, extremidades proximais ao cotovelo e joelho; o Combinação de traumas ou queimaduras de 2º ou 3º graus; o Suspeita clínica de instabilidade da pelve; o Suspeita de fratura de dois ou mais ossos longos proximais (fêmur ou úmero); o Paralisia de um ou mais membros; o Amputação completa ou incompleta proximal ao punho ou ao tornozelo.

3. Impacto violento: o Ejeção do veículo; o Velocidade do veículo superior a 60 km/h; o Deformação externa superior a 50 cm; o Intrusão da lataria superior a 30 cm; o Capotamento do veículo; o Morte de um ocupante do mesmo veículo; o Colisão de automóvel, atropelamento de pedestre ou de ciclista com velocidade superior a 10 km/h;

ETIOLOGIA

Acidentes automobilísticos: atropelamentos e colisões
Quedas
Acidente de recreação (jogos de contato, mergulho)
Agressões interpessoais
Ferimento por projétil de arma de fogo
Ferimento por arma branca
Lesão por corrente elétrica

INCIDENCIA

Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 127.633 óbitos por traumas no Brasil em 2005, representando 12,67% do total de óbitos.

Trauma foi a principal causa de morte entre um e 39 anos de idade; morreram 58.969 adultos entre 20 e 39 anos.

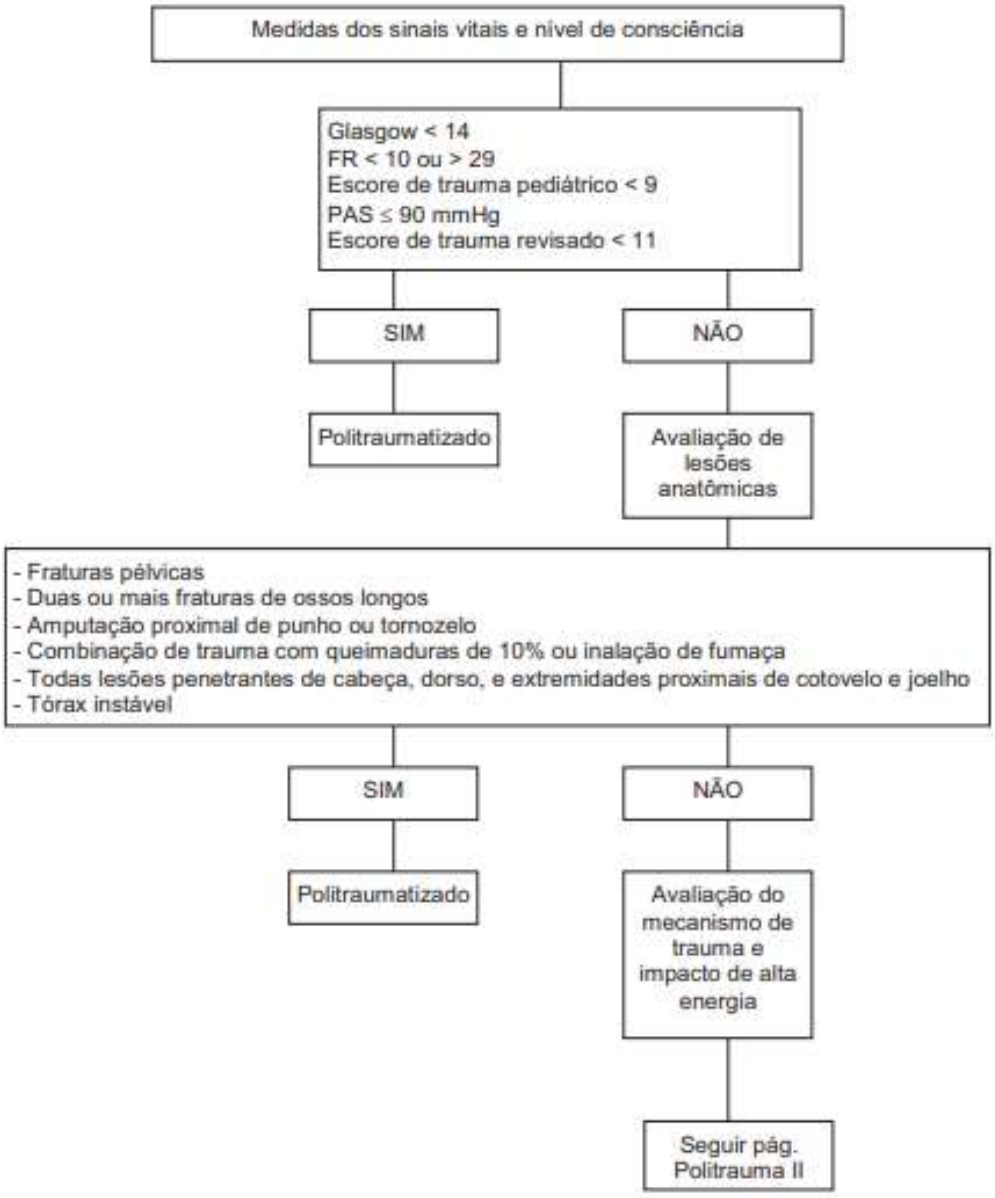
Em dezembro de 2007, houve 76.583 internações por traumas no País.

Somam-se aqueles os que sofreram lesões temporárias ou permanentes (BRASIL, 2008).

O trauma representa, atualmente, a terceira causa de morte mundial (PAVELQUEIRES, 1997).

Segundo estatísticas, em um dia médio, 170.000 homens, mulheres e crianças sofrem traumatismos, e aproximadamente 400 morrem com resultado de suas lesões.

POLITRAUMATIZADO – I
(IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos
de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Freqüência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

POLITRAUMATIZADO II
(IDENTIFICAÇÃO)

- Ejeção do automóvel
- Morte no mesmo compartimento do passageiro
- Atropelamento
- Impacto de alta velocidade
- Velocidade inicial > 64 Km/h
- Mudança de velocidade > 32 Km/h
- Maior deformidade > 50 cm
- Intrusão no compartimento do passageiro > 30cm

- Tempo resgate > 20min
- Queda > 20 pés (± 6 metros)
- Capotagem
- Lesão do pedestre com impacto significante > 8Km/h
- Impacto de motocicleta > 32Km/h com separação da roda do guidão

SIM → Politraumatizados

NÃO → Avaliação dos Fatores de Risco

- Idade < 5 ou > 55 anos
- Presença de doença cardíaca, respiratória ou uso de medicações psiquiátricas
- Diabéticos em uso de insulina, cirrose, malignidade, obesidade ou coagulopatia

SIM → Politraumatizado

NÃO → Reavaliação com controle médico

QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

ESCORE DE TRAUMA ADULTO

VARIÁVEIS		ESCORE
Freqüência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão Sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

PACIENTE POLITRAUMATIZADO
ESCORE DE TRAUMA PEDIÁTRICO

AVALIAÇAO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20Kg	< 10Kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nivel de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrantes
Fraturas	Nenhuma	Menor	Mútiplas ou penetrantes

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

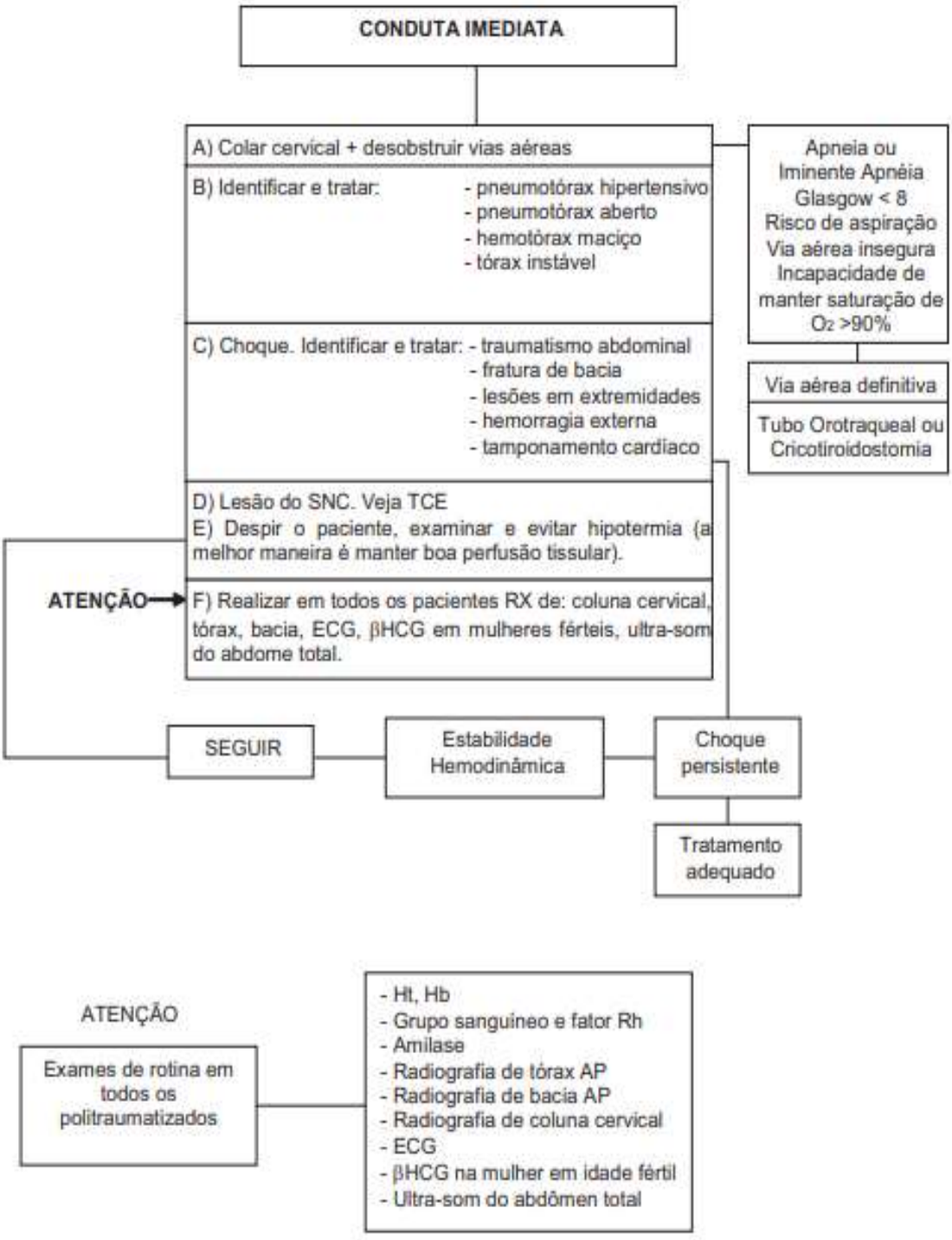
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

POLITRAUMATISMO

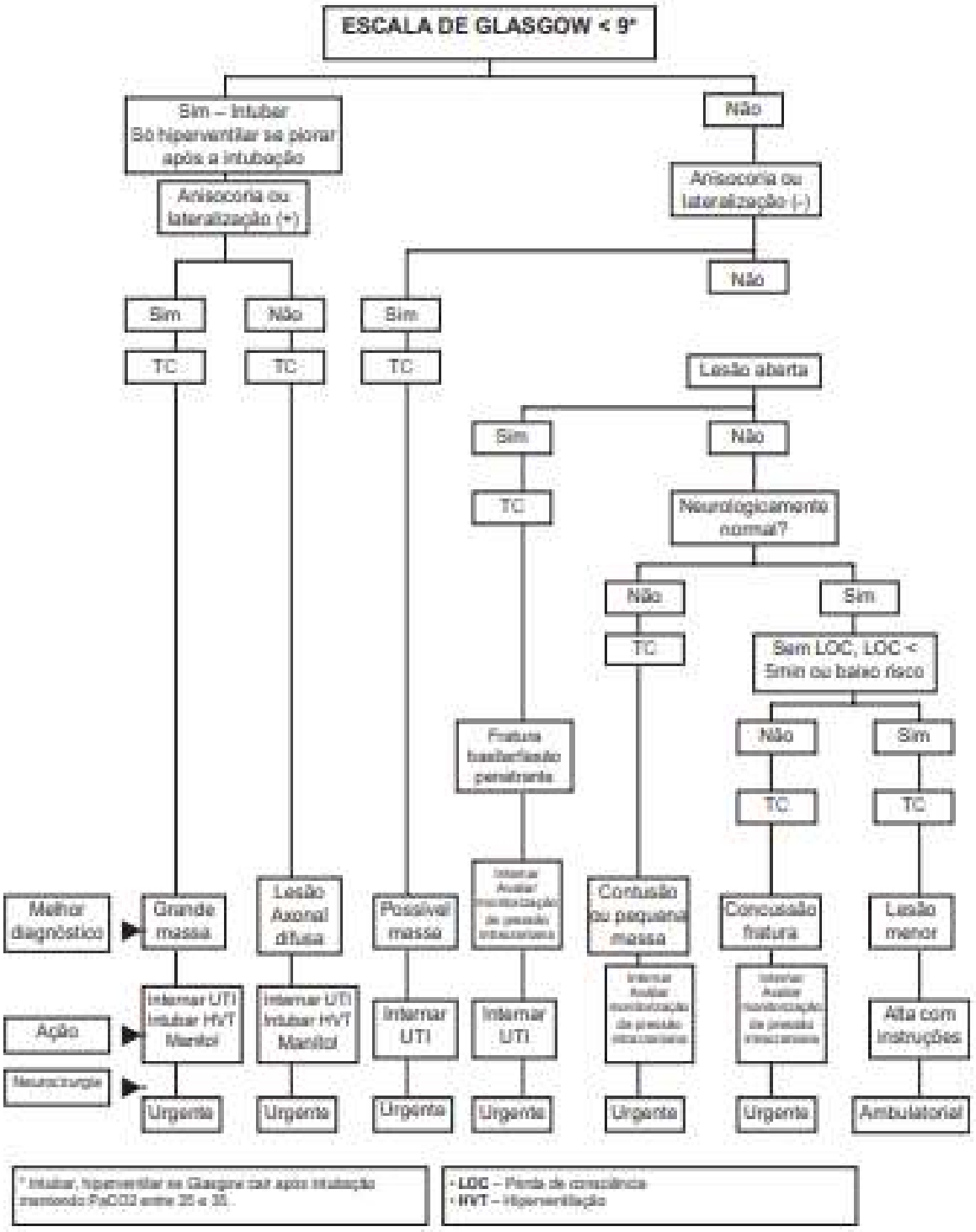


ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- βHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdômen total

TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (TCE)



Traumatismo Cranioencefálico

Introdução

Traumatismo cranioencefálico (TCE) constitui frequente causa de invalidez e morte em todo o mundo. O traumatismo de repercussão clínica importante requer diagnóstico rápido, especialmente quando o tratamento consiste em intervenção cirúrgica imediata.

A tomografia computadorizada (TC) é o principal exame na emergência para avaliação do traumatismo craniano, o que faz com que uma grande proporção de pacientes que buscam o atendimento nas PS com algum tipo de traumatismo craniano sejam submetidas a este exame.

Alguns estudos americanos estimaram que 50% das crianças que recorriam ao serviço de emergência por traumatismo craniano eram submetidas a exame de tomografia e a maior parte dos achados tomográficos não impunha qualquer intervenção no tratamento. De fato, levantamentos estatísticos revelam que o uso da TC teve aumento maior do que o dobro no período entre 1995 e 2005.

Considerando todos esses fatos, uma série de estudos tem apontado preocupação com a crescente exposição à radiação, particularmente na população pediátrica. Assim, é de grande importância identificar quais pacientes se beneficiariam de conduta com observação clínica mais conservadora, evitando a exposição desnecessária a radiação.

A presente diretriz tem por objetivos:

- Otimizar a indicação de TC nos pacientes com traumatismo craniano atendidos nas PS, evitando exposição desnecessária à exames, particularmente em pacientes pediátricos;
- Estabelecer critérios para determinar a necessidade de avaliação do especialista neurocirurgião e de internação;
- Padronizar as recomendações e orientações de alta aos pacientes e acompanhantes.

Incidência Unidade

A incidência de TCE nos Estados Unidos é estimada em 538 casos por 100.000 habitantes com registro aproximado de 1,5 milhão de novos casos em 2003. A incidência é maior nos grupos etários de crianças até os 4 anos, no adolescente e adulto jovem (15 aos 24 anos) e no idoso (>65 anos). Como ocorre na maioria das lesões por trauma, a incidência maior é nos homens que nas mulheres, com proporções entre 2:1 e 2,8:1, ou até maiores como 3,5:1 nos traumas graves.

Não existem dados epidemiológicos confiáveis sobre TCE no Brasil.

RISCO RELATIVO DE LESÃO INTRACRANIANA
GRUPO DE RISCO

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto risco	Amnésia	
	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

Tce: Leve, Moderado e Grave na Criança Atendimento Inicial

O atendimento inicial deve seguir as recomendações preconizadas pelo Pediatric Advanced Life Support (PALS) e pelo Advanced Trauma Life Support

(ATLS). A escala de coma de Glasgow (ECGL 1 e 2) permite classificar os pacientes e, a partir dessa definição, determina-se a conduta adequada:

- Trauma craniano leve: ECGL – 15 a 14;

- Trauma craniano moderado: ECGL – 13 a 9;

- Trauma craniano grave: ECGL – 8 a 3. Controle da hipertensão intracraniana na admissão 1. PALS / ATLS.

Manutenção da estabilidade hemodinâmica e respiratória.

Manter a cabeça e a coluna cervical em posição neutra

Decúbito elevado a 30º, se não houver instabilidade hemodinâmica.

Sedação (tiopental 3 a 5 mg/kg) e eventual curarização (atracúrio 0,3 a 0,5 mg/kg).

Manitol a 20% - 0,25 g/kg em bolo.

Se normovolêmico, restrição de líquidos 60 a 70% da manutenção normal e administração de furosemida (Lasix®) 1 mg/kg EV.

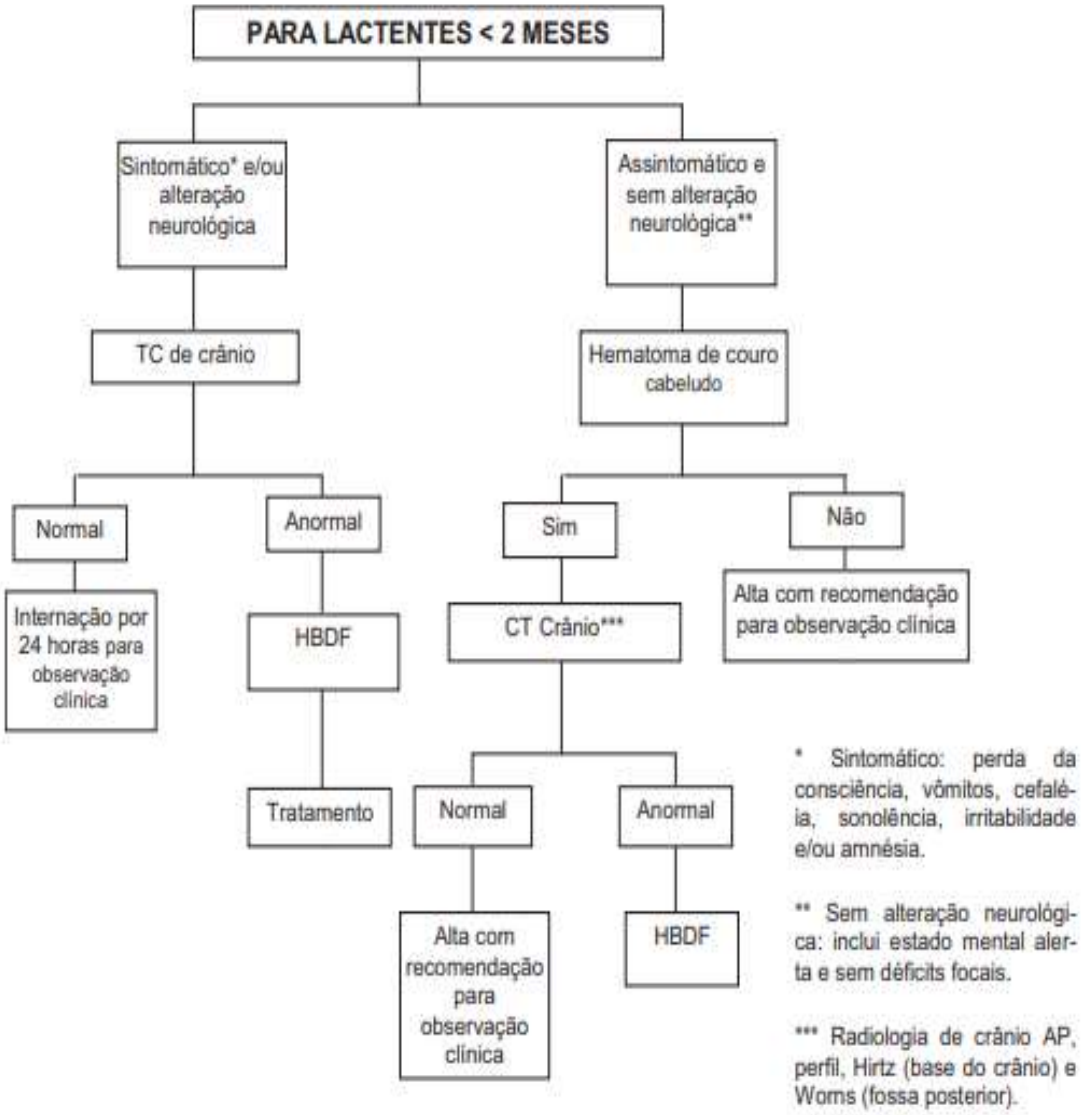
8. Fenitoína – ataque de 15 a 20 mg/kg e manutenção de 5 mg/kg/dia, profilaxia das convulsões.

9. Tratamento das lesões associadas.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW MODIFICADA PARA CRIANÇAS		
Resposta	**Forma**	**Escore**
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ordem verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Não abre	1
Melhor resposta verbal	Balbucio	5
	Choro irritado	4
	Choro à dor	3
	Gemido à dor	2
	Não responde	1
Melhor resposta motora	Movimento espontâneo e normal	6
	Reage ao toque	5
	Reage à dor	4
	Flexão anormal-decorticação	3
	Extensão anormal-descerebração	2
	Nenhuma	1
	Total	**15**

Fatores preditivos de lesão intracraniana (LIC)	
• Mecanismo de trauma; • Idade inferior a 2 anos com hematoma de couro cabeludo; • Fontanela tensa e abaulada; • Amnésia prolongada; • Perda da consciência maior que 5 minutos; • Déficits neurológicos; • Vômitos incoercíveis; • Cefaléia intensa ou moderada;	• Fratura craniana e fratura de base do crânio (sinal de Battle: equimose da região mastóide; "olhos de guaxinim": equimose periorbitária); • Rinorréia, otorréia e hemotímpano; • Alteração do diâmetro pupilar; • Suspeita de maus-tratos. **Observação** Pode ocorrer uma lesão intracraniana em 3 a 7% dos pacientes pediátricos sintomáticos com TCE neurologicamente normais.

TCE LEVE
(GLASGOW 15-14)

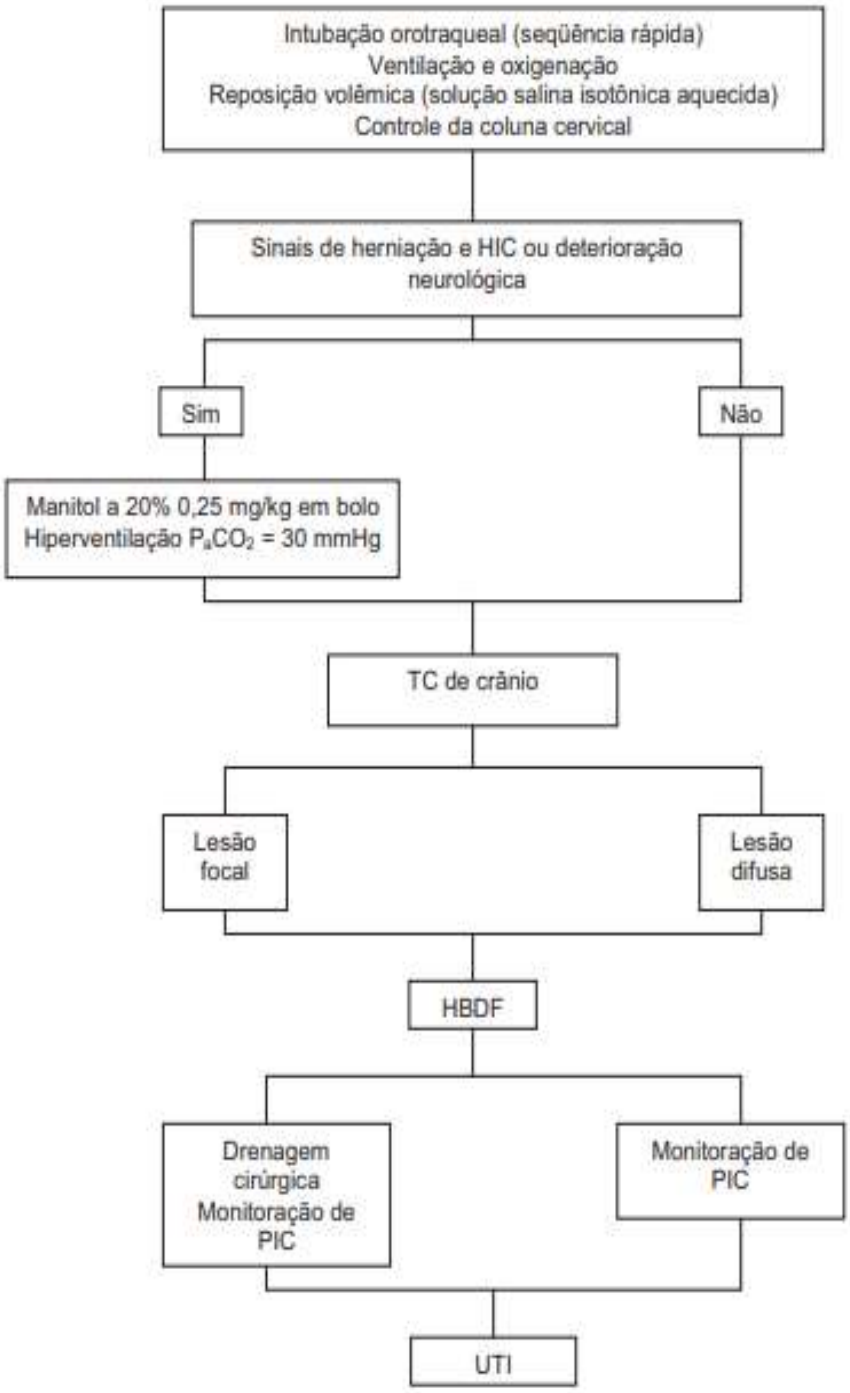


* Sintomático: perda da consciência, vômitos, cefaléia, sonolência, irritabilidade e/ou amnésia.

** Sem alteração neurológica: inclui estado mental alerta e sem déficits focais.

*** Radiologia de crânio AP, perfil, Hirtz (base do crânio) e Worms (fossa posterior).

TRAUMA DE CRÂNIO GRAVE ECGL 8 A 3



Diagnóstico

O diagnóstico é obtido pela história clínica e exame físico, em que deve-se avaliar e registrar:

Mecanismo de trauma:

- Atropelamento;
- Queda: altura, local, possibilidade de amortecimento da queda, posição na queda, etc.;
- Veículo envolvido e velocidade (carro, bicicleta, patins) e o uso de dispositivos de segurança (cinto, capacete, airbag);
- Corrida contra objeto estacionado e a natureza desse objeto;
- Características do objeto lançado contra cabeça: bola, objeto metálico, objeto pesado, etc.;
- Outros mecanismos;

Sintomas pós-trauma

- Amnésia: lacunar ou anterógrada com a duração aproximada
- Perda da consciência e duração aproximada
- Convulsão pós-traumática: tipo, tempo de início após o trauma, duração
- Cefaleia: intensidade, início do sintoma, duração, localização, evolução do sintoma
- Vômitos: número de episódios, momento após o trauma
- Náuseas e/ou vertigem: duração, persistência, intensidade
- Comportamento comparado ao habitual
- Dificuldade visual
- Dificuldade de se concentrar

Exame físico

Escala de coma de Glasgow (adaptado para faixa etária):

- Sinal de alteração do estado mental: agitação, sonolência, questionamento repetitivo, respostas lentas;

- Sinais de comprometimento de nervos cranianos, em especial: alterações de resposta pupilar (aferência II nervo, eferência III nervo), perda visual completa (II nervo), hiposmia/anosmia (I nervo), paresias ou paralisias de face (VII nervo), alterações da motricidade ocular extrínseca, causando diplopia (nervos III, IV ou VI).
- Sinais de fratura de base de crânio (hematoma de mastoide ou sinal de Battle; hematoma periorbitário ou sinal de guaxinim; hemotímpano; perda de líquor otorreia/ rinorreia);
- Fratura craniana palpável;
- Hematoma subgaleal: local, tamanho;
- Em crianças: abaulamento da fontanela (sinal de hipertensão intracraniana), agitação, sonolência.
- Deficiência neurológica: força e sensibilidade;
- Sinais de intoxicação: álcool, medicações, drogas ilícitas;
- Sinais de trauma penetrante.

A partir das informações da avaliação clínica inicial recomenda-se exame complementar com TC de crânio sem contraste conforme os critérios discutidos adiante. É importante verificar se o mecanismo de trauma também justifica a realização de tomografia da coluna cervical, com ou sem angiotomografia de vasos cervicais (protocolo de trauma de coluna cervical).

A TC é o exame padrão para diagnóstico rápido de lesões decorrentes de traumatismo craniano, mas pode detectar lesões menores ou achados irrelevantes para a conduta. Em contrapartida, a TC pode também subestimar lesões identificáveis por outros métodos e um paciente pode ter indicação de internação por traumatismo craniano independentemente dos achados tomográficos.

Até o início da década passada, a grande maioria das diretrizes recomendava a realização de TC sem contraste para praticamente todos os pacientes que sofreram traumatismo craniano. Mais recentemente, tem-se observado esforços para identificar condições com baixa probabilidade de lesão cranioencefálica com importância clínica e, portanto, sem necessidade do exame radiológico.

Stiell et al. Publicaram, em 2001, importante estudo conhecido como Canadian CT Head Rules que descreve critérios com alta sensibilidade e

especificidade para identificar pacientes com necessidade de intervenção neurocirúrgica ou com TCE clinicamente importante, o que acabou repercutindo na redução de tomografias desnecessárias.

Em crianças, o maior estudo publicado até o momento foi o de Kuppermann N et al (estudo PECARN, 2009) que analisou dados de 42.412 crianças com TCE dividindo-as por faixa etária em menores que 2 anos e maiores.

Classificação e Estratificação de Risco: A Escala de Coma de Glasgow é útil para avaliar a evolução dos pacientes durante o período de observação. Ao invés de apenas registrar a soma total, recomenda-se documentar os valores parciais de cada componente da escala: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora. Quando existe assimetria nos achados entre os lados ou entre membros superiores e inferiores considera-se para o cálculo de escore a melhor resposta, que será determinante para o prognóstico. No entanto, é imprescindível o registro em prontuário da assimetria encontrada. Nas situações em que não é possível avaliar algum componente da escala recomenda-se atualmente registrar como “NT” ou “não testado”, ao invés de atribuir 1 ponto como era feito antigamente. As oscilações do escore ao longo da evolução também são de fundamental importância e podem interferir nas decisões de conduta.

A partir da avaliação Escala de Coma de Glasgow pode-se agrupar os pacientes em:

- TCE Leve: ECG 13 a 15;
- TCE Moderado: ECG 10 a 12;
- TCE Grave: ECG 3 a 9.

Na prática, tal classificação tem caído em desuso devido a heterogeneidade desta definição de subgrupos e a frequente falta de correlação entre a classificação e a necessidade de intervenções.

Conduta

Atendimento inicial

O primeiro objetivo no tratamento do paciente com lesão por traumatismo

craniano é prevenir lesões secundárias. Para isso, todo paciente com traumatismo craniano deve receber atendimento inicial conforme a sequência de prioridades recomendada pelo ATLS. Garantir oxigenação e perfusão adequadas são essenciais no tratamento de qualquer lesão neurológica e prevenção lesões secundárias.

Indicação de tomografia computadorizada em adultos

A realização da tomografia computadorizada não deve atrasar a transferência do paciente com suspeita de trauma grave para o local onde receberá o tratamento definitivo. Portanto, o paciente com suspeita de trauma grave que recebeu o primeiro atendimento nas unidades avançadas deve priorizar a transferência imediata para a unidade Morumbi e acionamento do código Trauma, conforme preconizado no protocolo de atendimento ao trauma da instituição.

No sentido de melhor racionalizar a indicação de exames de TC em caso de TCE, várias diretrizes foram propostas nos últimos anos. As mais reconhecidas e aceitas são: New Orleans Criteria (Haydel, NEJM, 2000), Canadian CT Head Rule (Stiel, Lancet, 2001), NEXUS II, National Emergency X-Radiography Utilization Study II (Mower, J Trauma, 2005), ACEP (American College of Emergency Physicians, 2008) e NICE (National Institute for Health and Care Excellence (Inglaterra, atualizado em 2017).

Todas as diretrizes buscam definir critérios para aumentar a sensibilidade e especificidade do exame de TC, no intuito de identificar pacientes com TCE clinicamente importante, em especial os que necessitam de intervenções clínicas ou cirúrgicas, ao mesmo tempo reduzindo a exposição desnecessária à radiação, em especial na faixa etária pediátrica. Dada a grande variedade nos padrões de prática e das diferentes disponibilidades de recursos em todo o mundo, não se tem uma regra de aplicação universal, isenta de limitações ou críticas.

A partir da compilação dos critérios das diferentes diretrizes mencionadas acima e adequando ao contexto em termos de recursos e necessidades do nosso meio, esta diretriz propõe relação de critérios a serem considerados propendentes para realização de tomografia em adultos com TCE, idealizando reduzir o risco de não detecção de lesão relevante (sensibilidade) e ao mesmo tempo não expor pacientes desnecessariamente ao exame (especificidade). (vide Tabela 1)

É importante frisar novamente que as diretrizes devem guiar a decisão, mas em última análise a solicitação do exame de TC para TCE é ato médico, e deve corresponder ao melhor julgamento do emergencista para cada caso.

Indicação de tomografia computadorizada em crianças e adolescentes

Em crianças e adolescentes (menores do que 16 anos) com escala de coma de Glasgow ≤ 14 o risco de lesão traumática intracraniana é maior do que 20%. Além disso, outros fatores também mostraram risco relevante segundo o estudo de PECARN (Kuppermann, 2009), compondo assim os critérios para indicar tomografia:

- Escala de Coma de Glasgow ≤ 14;
- Alterações do estado mental (agitação, sonolência por rebaixamento de consciência, resposta verbal lenta à comunicação)
- Sinais de fratura de base de crânio ou, em menores do que 2 anos, qualquer fratura craniana.

Na ausência desses critérios, há situações em que deve-se ponderar entre manter a criança em observação clínica ou realizar tomografia computadorizada, conforme a faixa etária:

Em maiores do que 2 anos:

- Perda de consciência;
- História de vômitos;
- Mecanismo de trauma grave;
- Cefaleia intensa.

Em menores do que 2 anos:

- Hematoma occipital, parietal ou temporal;
- Perda de consciência > 5 s;
- Mecanismo de trauma grave;
- Não esteja reagindo normalmente segundo os pais.

Considerado mecanismo de trauma grave quando envolve alta energia como ejeção de carro, acidente automobilístico com morte de passageiro, atropelamento, queda de altura > 1,5m (90 cm para menores de 2 anos), atingido por objeto com alto impacto.

A decisão entre realizar a TC ou optar por período maior de observação vai ser determinada por fatores como a experiência do médico, outras condições clínicas associadas, piora dos sintomas na evolução, idade menor do que 3 meses e preferência dos pais (Fluxogramas abaixo).

Importante salientar que pelo estudo PECARN (Kupppermann et al, 2009) as crianças sem alteração neurológica ao exame, mas com algum critério isolado (perda de consciência isolada, vômitos isolados ou hematoma em couro cabeludo, especialmente em crianças maiores do que 3 meses) apresentam risco consideravelmente baixo para TCE clinicamente importante, menos do que 1% dos casos. Assim, nesses casos deve-se propender à observação clínica, enquanto, na presença de múltiplos critérios ou em pacientes menores do que 3 meses, pode-se tender para realização da TC.

A pretensão de abreviar o tempo de permanência da criança no pronto-atendimento não deve ser critério de decisão para realizar a tomografia, até mesmo porque, o levantamento dos casos em que houve indicação relativa de tomografia mostrou tempo de permanência em média superior ao tempo daqueles deixados em observação prolongada.

Observação no pronto-atendimento e alta hospitalar. O paciente que não tem indicação de tomografia por ser considerado de baixo risco pelos critérios usados conforme a faixa etária, a rigor não requer permanência intra-hospitalar e pode receber alta hospitalar com as orientações para observação domiciliar, exceto quando outras situações clínicas do paciente exijam o contrário ou na impossibilidade de supervisão domiciliar adequada (p.e., idoso com limitações e sem acompanhante). Conduta semelhante deve ser seguida para o paciente com tomografia de crânio normal e mantendo 15 pontos pela Escala de Glasgow.

Para crianças com critérios para observação intra-hospitalar e sem indicação de TC, conforme descrito anteriormente, aconselha-se a permanência no hospital por período de pelo menos 4 a 6 horas do trauma, a critério do médico emergencista. Recomenda-se nesse período a anotação evolutiva de sinais vitais e estado neurológico (FC, PA, Sat O2, Glasgow diâmetro e reflexo pupilar) pelo menos a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas, a cada hora até 4 horas e, então, a cada 2 horas nos pacientes com Glasgow de 15. Deve-se reduzir ou manter intervalos menores

sempre que houver alguma alteração ou deterioração dos sinais clínicos. Nessa última condição está indicada a internação.

Na alta hospitalar todo paciente ou seu responsável deve ser informado sobre os riscos, evolução esperada, sinais de alerta e orientações para observação domiciliar (orientações de alta). Isso inclui instruções a respeito de possível concussão: sinais e sintomas precoces e tardios, manejo adequado, necessidade de seguimento e até mesmo possibilidade de reabilitação para casos mais graves.

Traumatismo Craniano em Crianças Menores de 2 Anos de Idade

Seu filho (a) teve um traumatismo craniano leve e a avaliação médica realizada até o momento não identificou qualquer situação que exija a permanência por mais tempo no hospital. Embora haja um risco muito baixo, novas alterações neurológicas inesperadas podem ocorrer depois do traumatismo. As primeiras 48 horas são consideradas as mais críticas, sendo recomendado que neste período permaneça sob supervisão de um adulto.

Sobre o tratamento

- Repouso: permita que a criança descanse (física e mentalmente) e evite atividades extenuantes especialmente nas primeiras 24 horas. A criança pode dormir nos seus horários habituais, mas é recomendável que alguém verifique se está bem a cada 3-4 horas.
- Medicamentos para dor: a dor pode e deve tratar a dor com remédios prescritos ou recomendados pelo médico.

É esperado que a criança se sinta cada vez melhor e recuperada em questão de dias. Caso isso não ocorra, deve contatar o pediatra e agendar consulta.

Instruções para a casa

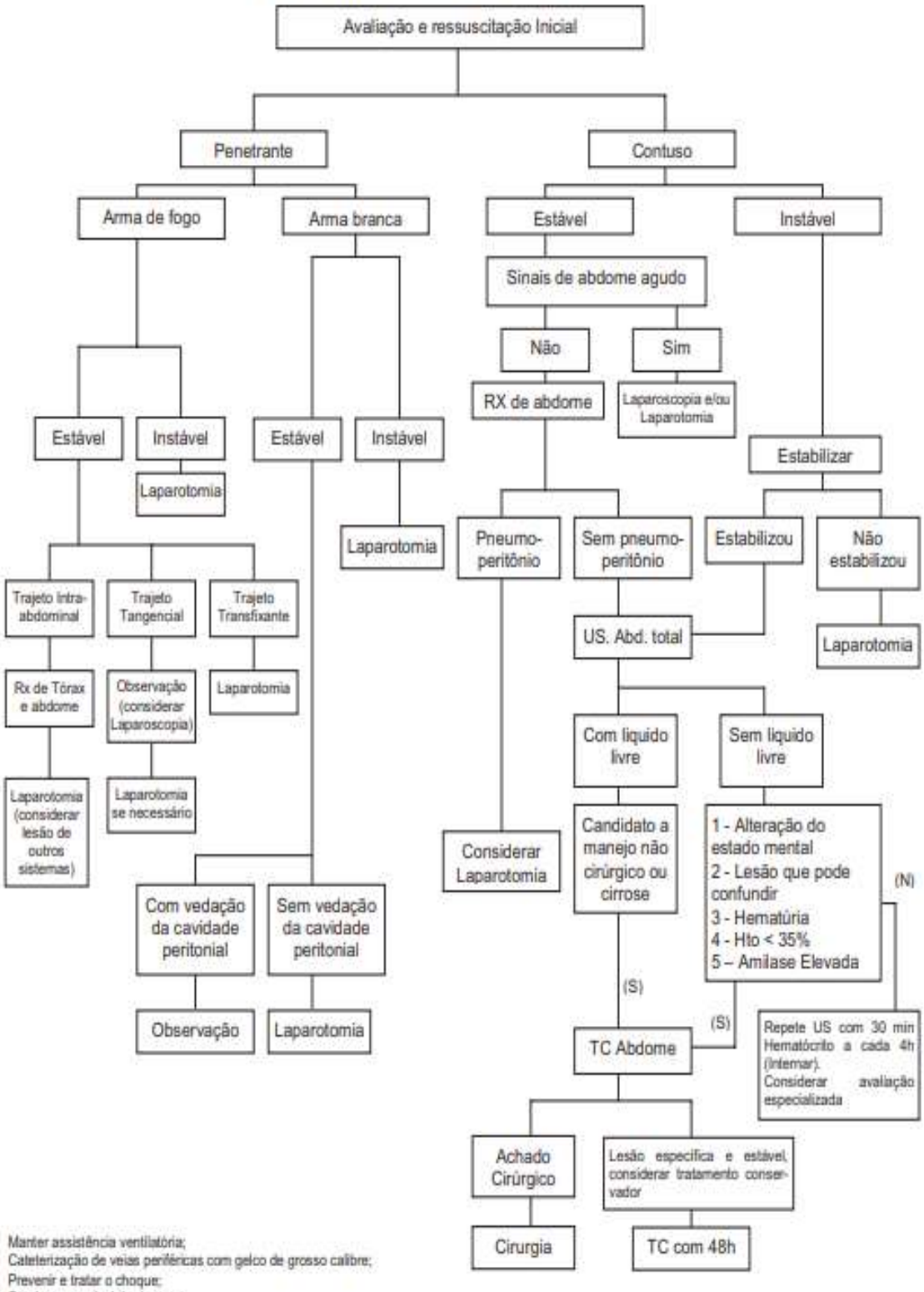
A criança pode fazer as suas atividades habituais, conforme as recomendações para idade. Devem ser evitadas apenas situações com maior risco de traumatismo craniano.

Retorne ao seu médico ou ao pronto atendimento se:

- Perda de consciência, desmaio, ou sonolência excessiva

- Alteração do tamanho ou discrepância entre as pupilas
- Abaulamento da fontanela
- Irritabilidade excessiva ou recusa das mamadas
- Vômitos persistentes (mais do que 2 episódios)
- Mudanças de comportamento ou diminuição da atividade normal da criança apesar do estímulo
- Convulsões
- Alteração do equilíbrio,
- Sangramento nasal ou pela orelha

TRAUMATISMO ABDOMINAL



Manter assistência ventilatória;
Cateterização de veias periféricas com gelco de grosso calibre;
Prevenir e tratar o choque;
Sondagem vesical de demora;
Sonda Nasogástrica

Obs: passar sonda vesical antes da realização de lavado e/ou punção abdominal.
Observar contra-indicações para passagens de sonda vesical

LOMBALGIA AGUDA

Anamnese e Exame Físico – para definição de possíveis causas

CAUSAS:
- Mecânico-degenerativas
- Hérnias de disco
- Alterações ósteo-cartilaginosas
- Inflamatórias
- Infecciosas (espondilodiscites)
- Metabólicas
- Dor lombar com repercussão de doença sistêmica
- Lombalgias psicossomáticas
- Fibromialgia e Síndrome Miofacial

SINAIS DE ALERTA:

Malignidade
- Idade acima de 50 anos
- História prévia de câncer
- Perda de peso inexplicável
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre e anemia

Compressão da cauda eqüina
- Disfunção vesical
- Perda do tônus do esfincter anal
- Fraqueza nos membros inferiores

Infecção
- Pele ou trato urinário
- Uso de drogas IV
- Imunossupressores
- Dor exacerbada p/ repouso
- Febre, calafrios, suores

Fratura
- Trauma com intensidade proporcional para a faixa etária

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx simples - persistência do quadro clínico por mais de quatro semanas. Indicado nas lombalgias agudas com sinais de alerta já na primeira consulta.

Tomografia computadorizada – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Ressonância nuclear magnética – lombalgia aguda c/ evolução atípica.

Exames laboratoriais - pacientes acima de 50 anos, com suspeita de neoplasias, infecções, processos inflamatórios, doenças osteometabólicas, fraturas osteoporóticas e metástases ósseas.

Internação em enfermaria para investigação/ tratamento ou transferência/HBDF

TRATAMENTO:

Repouso no leito - Períodos de dois a três dias é suficiente. Períodos de uma a duas semanas podem ser recomendados para casos de sintomatologia severa e limitação.

Aplicação de compressas frias ou quentes

Analgésicos - Não narcóticos (acetaminofen): 500 mg, 4 a 6 vezes/ dia.

Cloridrato de tramadol: 100 – 400mg/dia.

Sulfato de morfina: opção restrita para hérnias discais resistentes, fraturas e metástases

AINHS: todas as classes podem ser úteis, desde que usados em doses certas c/ intervalos regulares.

Corticóides

Relaxantes musculares

Tratamento cirúrgico - não mais que 1% a 2% dos pacientes com hérnia de disco têm indicação cirúrgica.

LOMBALGIA POSTURAL

Quadro agudo de dor na região lombar associado a esforço repetitivo, espasmo muscular para vertebral, sobrepeso corporal, estresse sem défilla alteração neurológico nos membros inferiores.

SINAIS E SINTOMAS

Lombalgia aguda: espasmo para vertebral,após esforço físico ou trauma recente, dor irradiada para a coxa ou perna, marcha alterada,dor aumentada com a flexão anterior da coluna e sinal de Lasegué negativo.

Lombalgia crônica: dor região lombar de baixa intensidade, ausência de trauma recente ou esforço físico,história de dor periódica associada a exercícios físicos da coluna, ausência de alteração dos dermátomos do membro inferior

Diagnósticos diferenciais da lombalgia: osteoartrose, herniação discal, tumores, infecção bacteriana, fratura,cálculos ,tumores e infecções renais, cistos ovarianos, úlcera péptica ,aneurisma da aorta e alteração pancreática ou biliar.

EXAMES COMPLEMENTARES

Febre ou perda de peso: Hemograma completo e cultura de secreções

Rigidez matinal: Fator reumatóide, ANA e VHS

Dor em cólica: Ultrasonografia, amilase, e urocultura

Exames radiográficos emergenciais não estão indicados exceto em casos de trauma evidente.

Tratamento: A maioria dos pacientes apresenta melhora progressiva em período de seis a oito semanas. Nos sintomas agudos prescrever diclofenaco 75 mg IM (dose única) e paracetamol 250 mg de 8/8 horas ou diclofenaco de potássio 50 mg de 8/8 horas. Redução ou abstenção de atividade física com repouso no leito por período de 48 horas, utilizar ainda calor local três vezes ao dia. Nos sintomas crônicos, pesquisar alterações neurológicas eventuais, prescrever diclofenaco 50 mg de 8/8 horas e encaminhar paciente para reabilitação postural.

ENTORSE DO JOELHO

MECANISMO

Torsional
Trauma Direto
Queda de Altura
Hiperflexão
Hiperextensão
Valgo / Varo

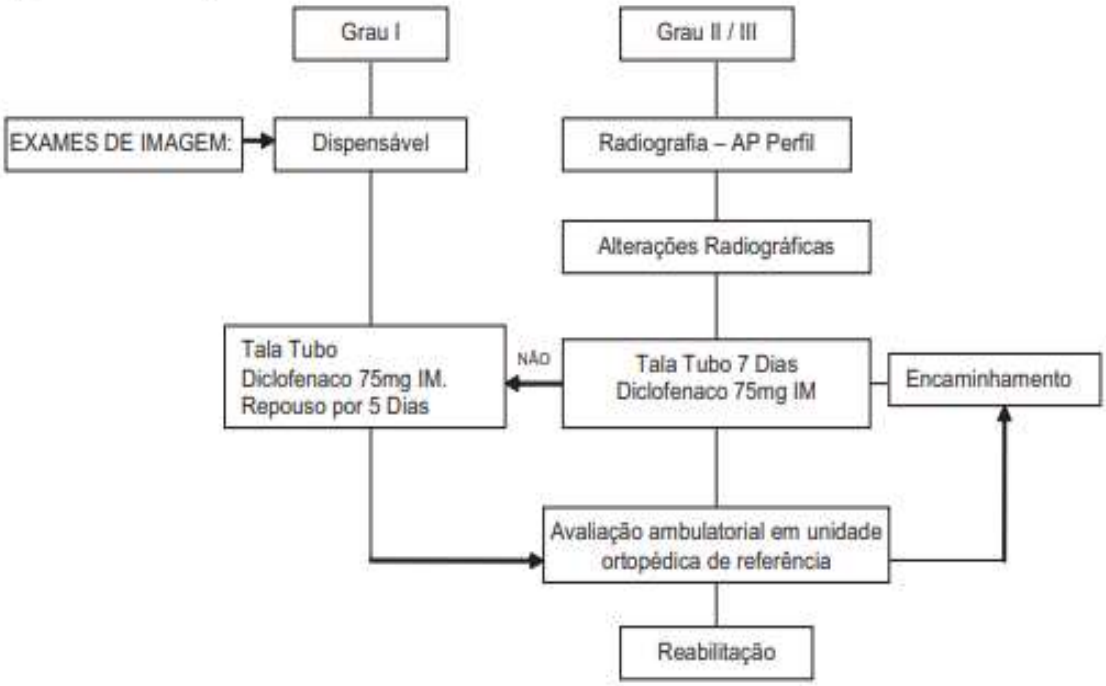
AVALIAÇÃO

Grau I – **Leve:** Suporta Carga; Sem Derrame articular.

Grau II – **Moderado:** Não suporta carga; Derrame moderado.

Grau III – **Grave:** Não suporta carga; Sensação de "Estalido". Derrame acentuado com sinal de Rechaço patelar.

CONDUTA:



ENTORSE DO TORNOZELO
LESÃO CÁPSULO - LIGAMENTAR

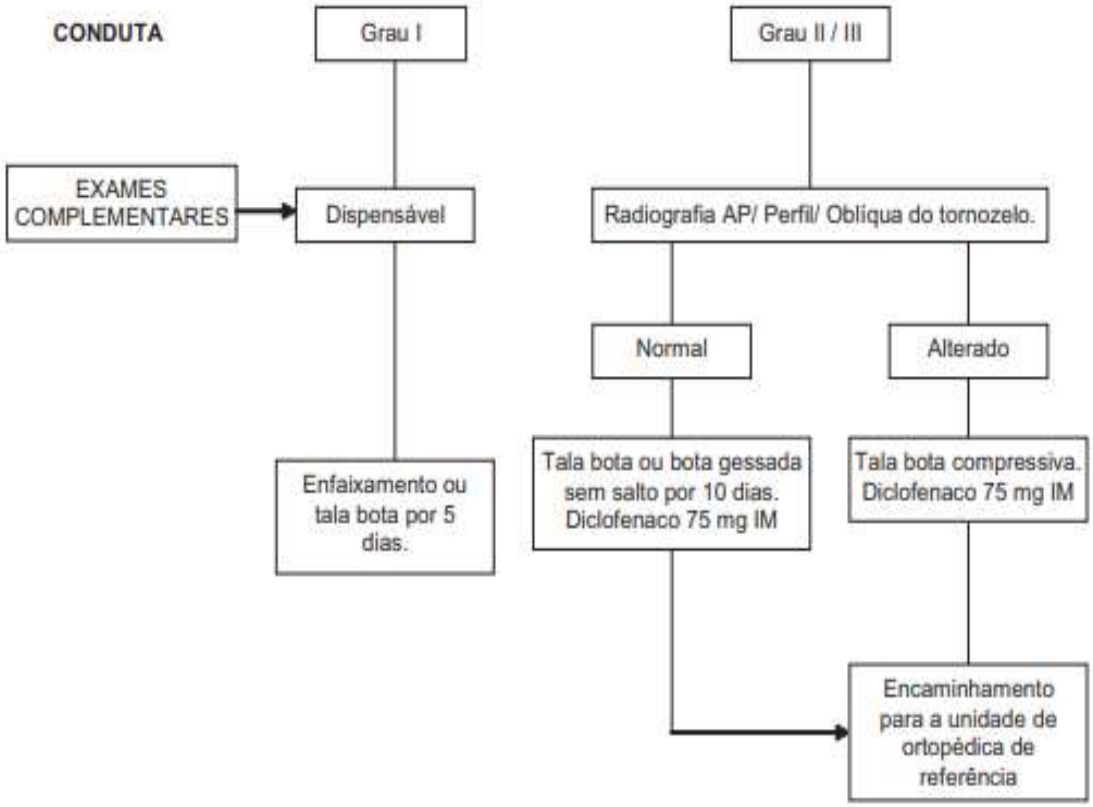
MECANISMO
Torsional Inversão Eversão

AVALIAÇÃO

Grua I – **Leve:** Discreto edema, sem equimose, suporta carga.

Grau II – **Moderado:** Edema perimaleolar. Pode suportar carga. Discreta equimose após 24 horas

Grau III – **Grave:** Edema difuso. Não suporta carga. Equimose após 24 horas



TORCICOLO

Definido como quadro antálgico da coluna cervical, associado a contratura muscular. A etilogia pode ser atitude postural viciosa, pós-traumática de baixa energia e infecciosa.

SINAIS E SINTOMAS

Dor a flexão e ou rotação da coluna cervical, matinal ou esforços laborais caracterizado por episódio de dor a palpação na bainha do músculo esterno cleido mastóideo, ou eretores da nuca trauma -faringeo. Presença de intenso espasmo muscular com limitação evidente dos movimentos cervicais e dor ocasional irradiada para membro superior. Ausência de déficit neurológico.

EXAMES COMPLEMENTARES

INFECCIOSO
Hemograma completo e VHS.

POSTURAL
Dispensável

PÓS-TRAUMÁTICO
Radiografia antero –posterior e perfil visualizando toda coluna cervical (incidência do nadador) e trans-oral

Alterações radiográficas

Não

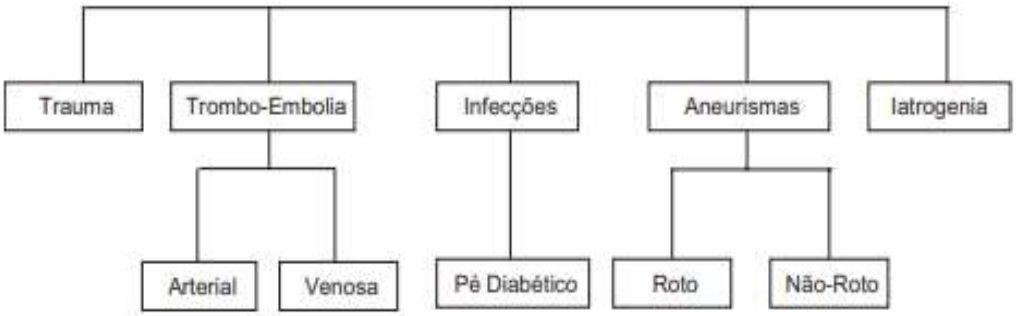
Sim

CONDUTAS
Avaliação da ORL

Imobilização com colar provisório de estoquinete e algodão ortopédico associado a repouso laboral por 48/72 horas. Dose única de 75 mg IM de diclofenaco e manutenção com 50 mg oral por 48 horas.

Imobilizar com colar cervical rígido com apoio mentoniano e encaminhar para avaliação pela neurocirurgia. Dose única de 75 mg IM de diclofenaco

URGÊNCIAS VASCULARES



Os serviços de cirurgia vascular da SES/DF são encontrados nos seguintes hospitais:
HBDF (Emergência 24 horas) – Ambulatório;
HRT – Ambulatório (Pareceres);
HRC – Ambulatório (Pareceres);
HRS – Ambulatório (Pareceres).

TRAUMAS VASCULARES

SINAIS

FORTES

- Choque
- Pulsos ausentes ou diminuídos
- Frêmitos
- Cianose
- Tumorações pulsáteis
- Hematoma expansível

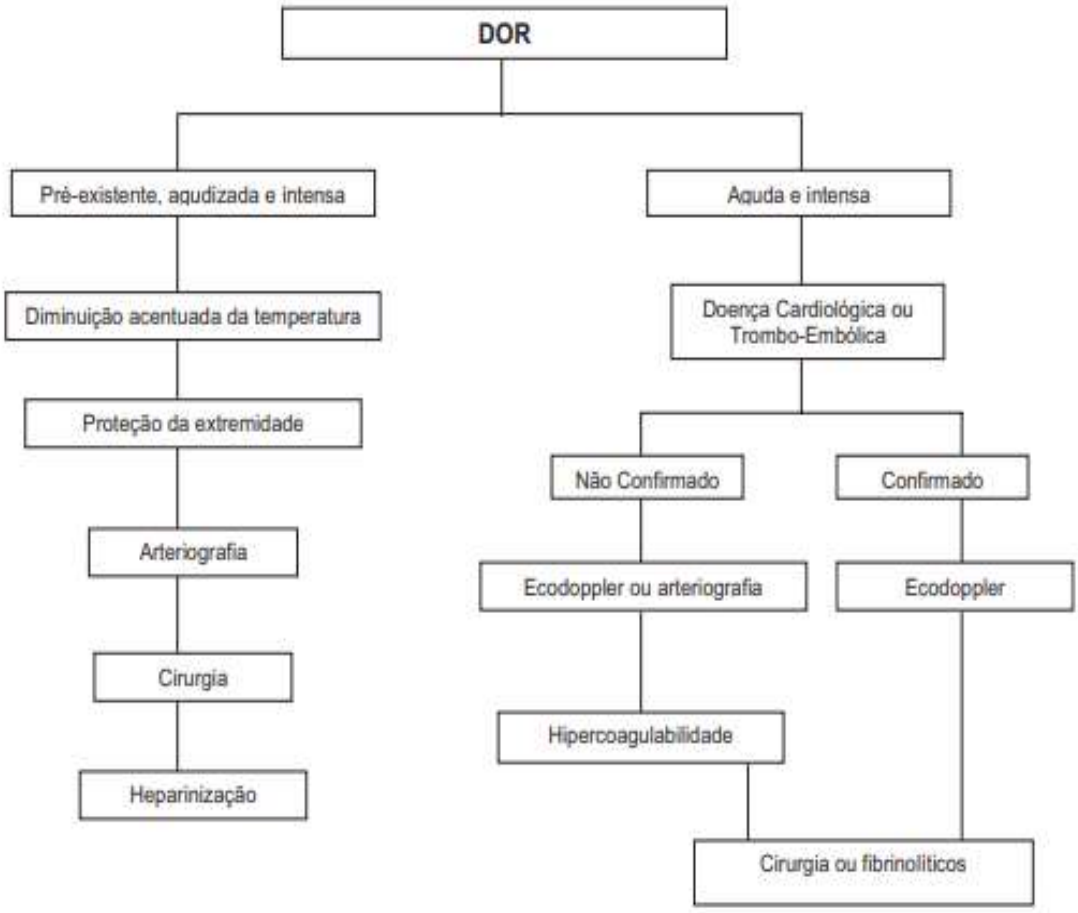
Encaminhamento ao Serviço de Emergência VASC c/ relatório medidas de tratamento acompanhado por médico e contato prévio.

PROVÁVEIS

- Próximo a trajeto vascular
- Lesão nervosa
- Choque refratário
- Edema desproporcional
- Hematoma estável

Encaminhamento ao Serviço de Emergência VASC p/ parecer médico fazendo contato prévio.

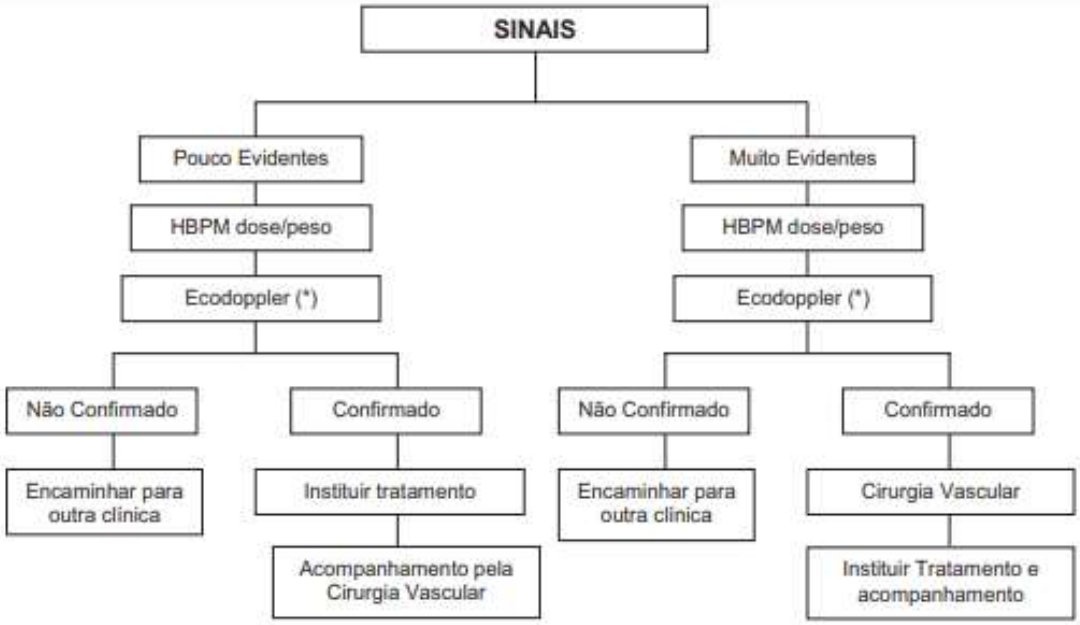
TROMBOEMBOLIA ARTERIAL



SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Ausente
Temperatura	Diminuída
Perfusão	Diminuída
Imobilização	Sim
Empastamento Muscular	Não
Cianose/Palidez	Sim
Sensibilidade	+++
Insuficiência Funcional	Sim
Início	Súbito

OBS: Encaminhar o paciente ao serviço de emergência urgente.



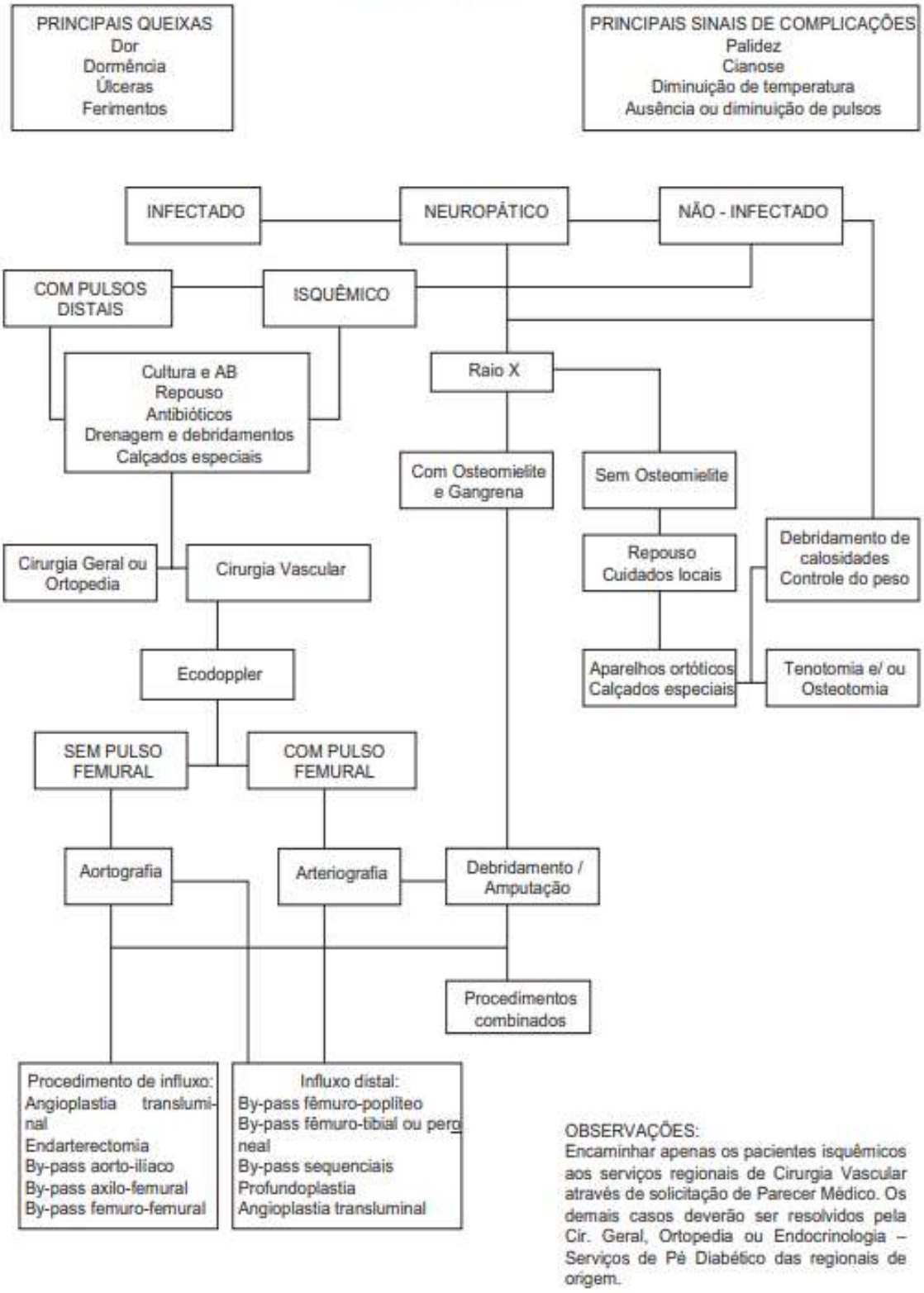
TVP - SINAIS E SINTOMAS

Dor	Presente
Edema	Presente
Temperatura	Normal / Aumentada
Perfusão	Normal
Imobilização	Não
Empastamento Muscular	Sim
Cianose/Palidez	Não
Sensibilidade	+
Insuficiência Funcional	Não
Início	Lento

OBS: (*) Ecodoppler poderá ser realizado em qualquer regional que possua médico especialista (radiologista ou cirurgião vascular) e aparelho, para confirmação ou não do diagnóstico. 1. Procurar encaminhar os pacientes aos ambulatórios das regionais que possuam especialistas (cirurgiões vasculares)para seguimento e controle preferencialmente no período diurno (segundas a sextas-feiras) em face de

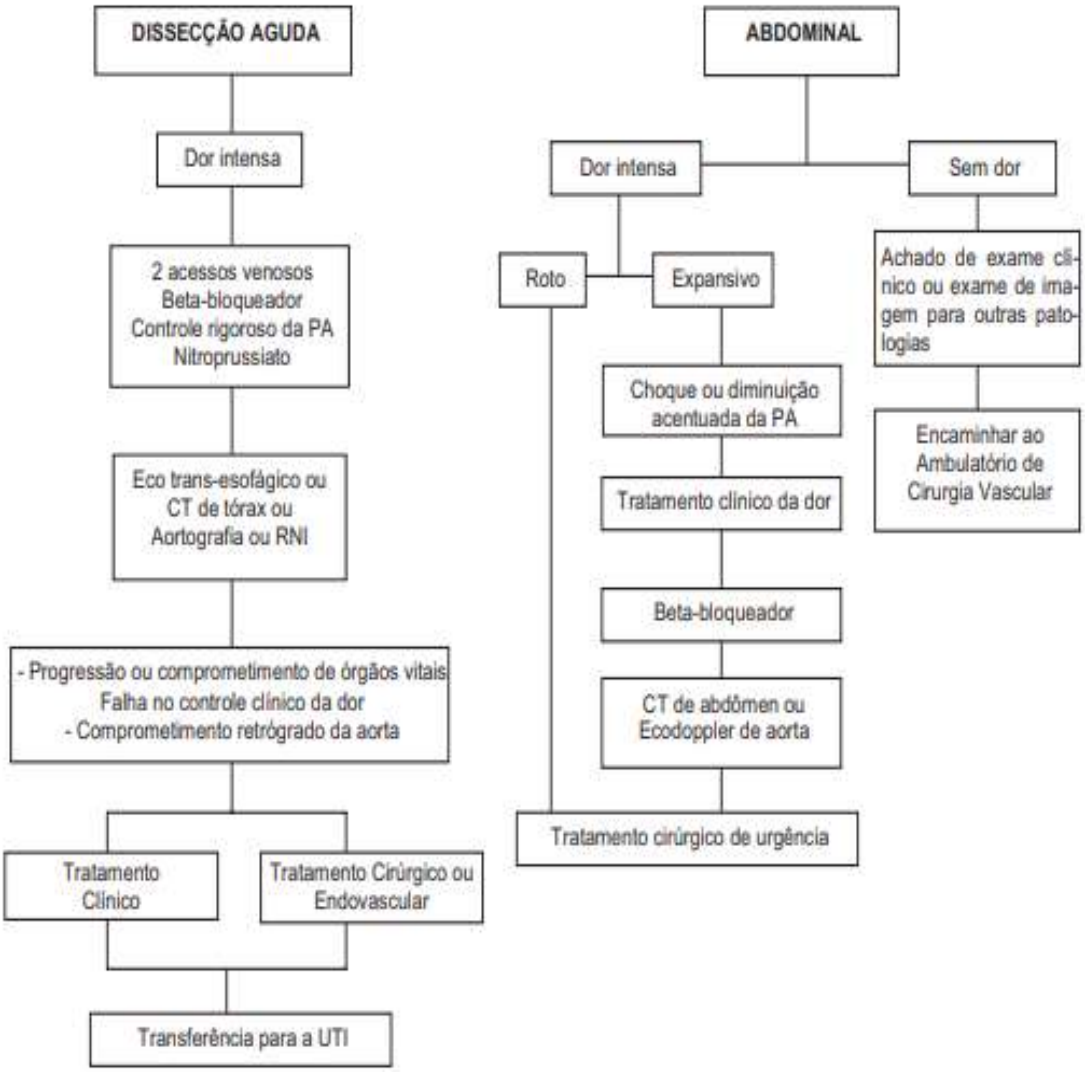
não haver plantonistas de ecodoppler à noite ou finais de semana. (*) HBPM – Heparina de Baixo Peso Molecular

PÉ DIABÉTICO

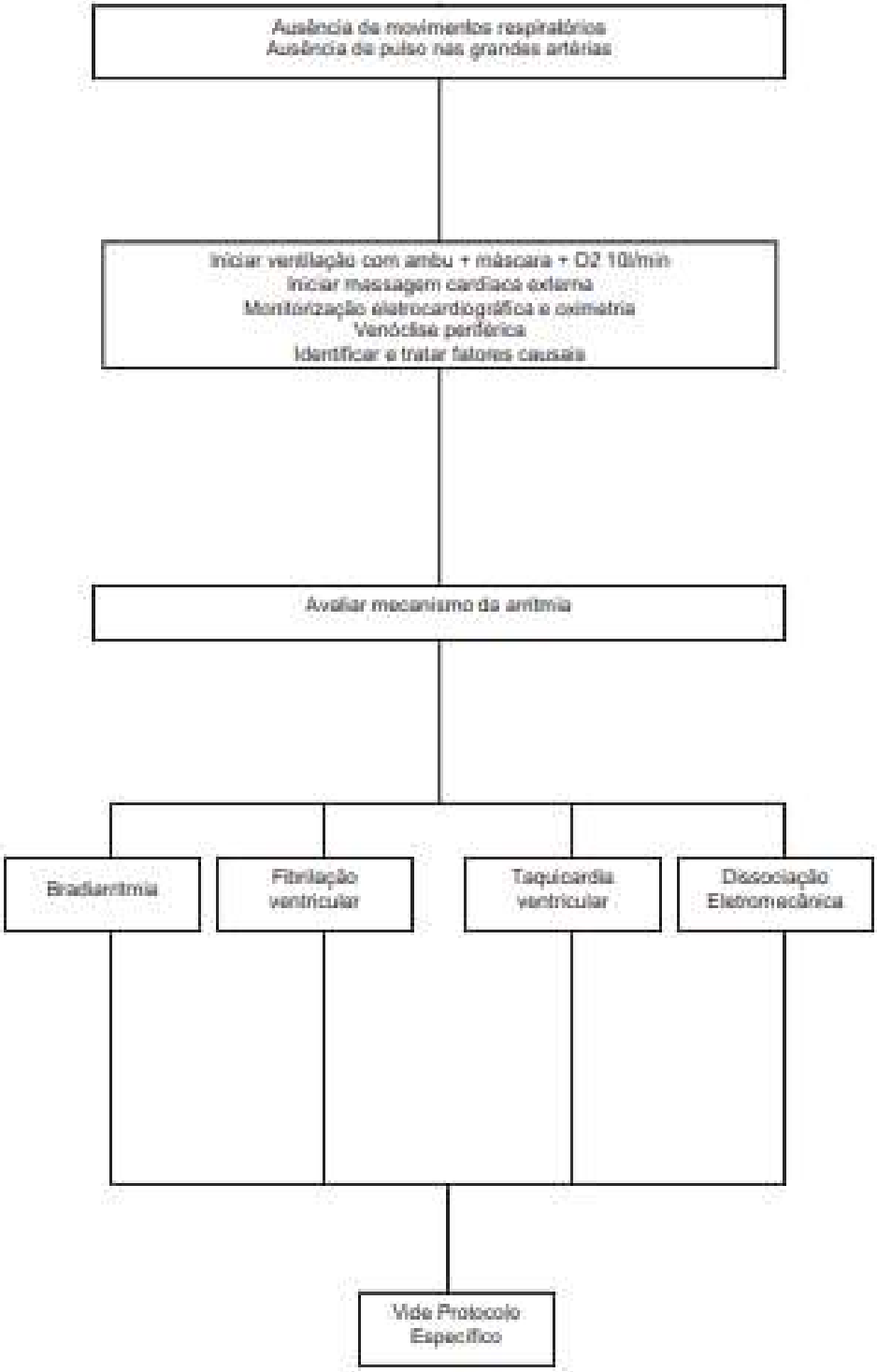


OBSERVAÇÕES:
Encaminhar apenas os pacientes isquêmicos aos serviços regionais de Cirurgia Vascular através de solicitação de Parecer Médico. Os demais casos deverão ser resolvidos pela Cir. Geral, Ortopedia ou Endocrinologia – Serviços de Pé Diabético das regionais de origem.

ANEURISMAS


DISSECÇÃO AGUDA
Dor intensa
2 acessos venosos
Beta-bloqueador
Controle rigoroso da PA
Nitroprussiato
Eco trans-esofágico ou
CT de tórax ou
Aortografia ou RNI
- Progressão ou comprometimento de órgãos vitais
Falha no controle clínico da dor
- Comprometimento retrógrado da aorta
Tratamento Clínico
Tratamento Cirúrgico ou Endovascular
Transferência para a UTI
ABDOMINAL
Dor intensa
Sem dor
Roto
Expansivo
Choque ou diminuição acentuada da PA
Tratamento clínico da dor
Beta-bloqueador
CT de abdômen ou Ecodoppler de aorta
Tratamento cirúrgico de urgência
Achado de exame clínico ou exame de imagem para outras patologias
Encaminhar ao Ambulatório de Cirurgia Vascular

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA



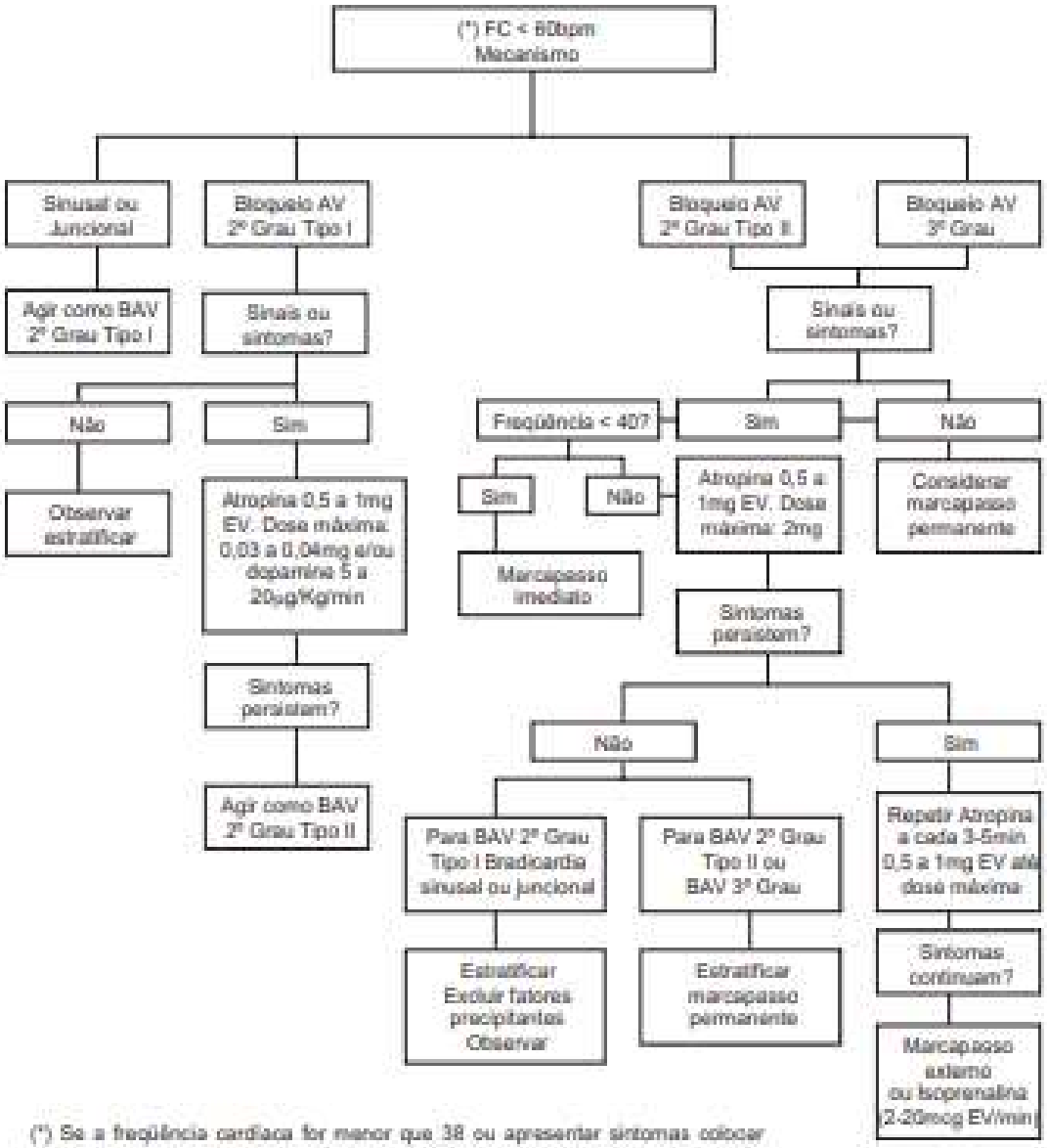
ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA



Causas de Atividade Elétrica sem Pulso (5Hs e 5Ts)	
Hipoxia	Tensão no Tórax(Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia – hipercalemia	Tóxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo pulmonar

CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

BRADIARRITMIA



(*) Se a frequência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marcapasso externo.

TAQUICARDIAS VENTRICULARES

Introdução:

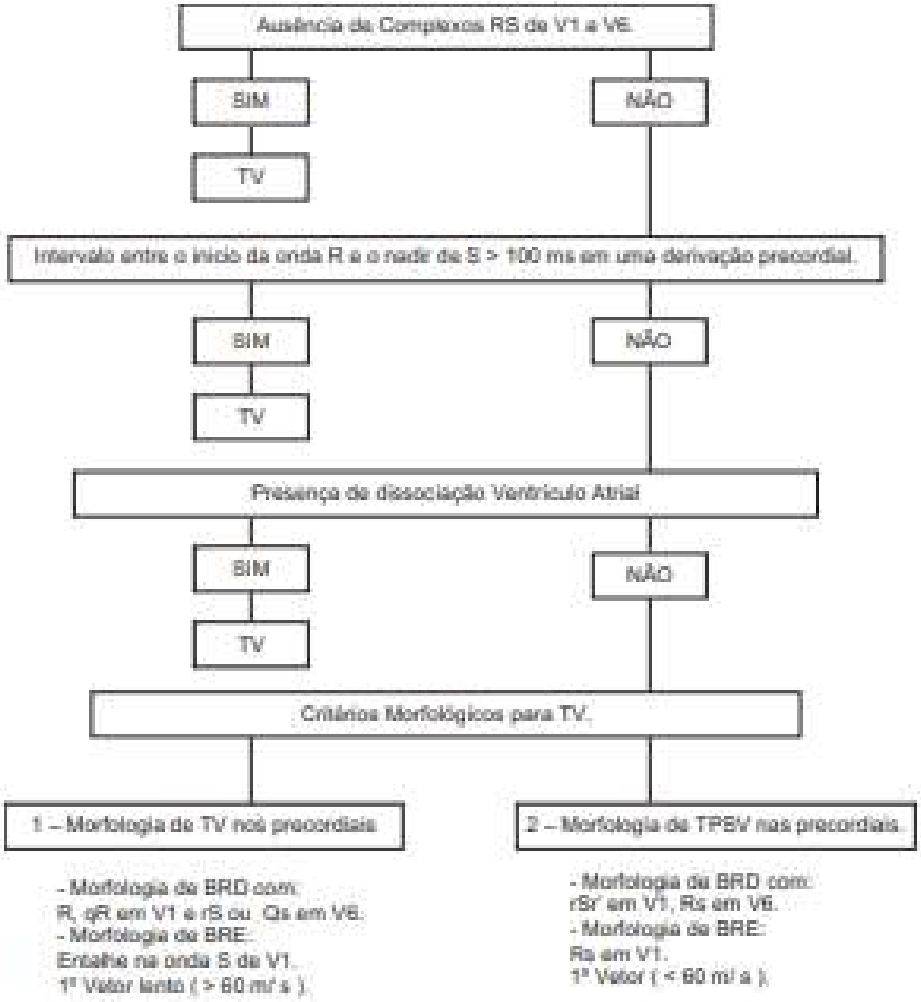
As Taquicardias com complexos QRS largos (QRS > 120 m / s) constituem um desafio na prática clínica.

É de suma importância para uma correta conduta terapêutica antiarrítmica (AA) o diagnóstico diferencial entre uma Taquicardia Ventricular (TV) e uma Taquicardia Supraventricular com condução aberrante.

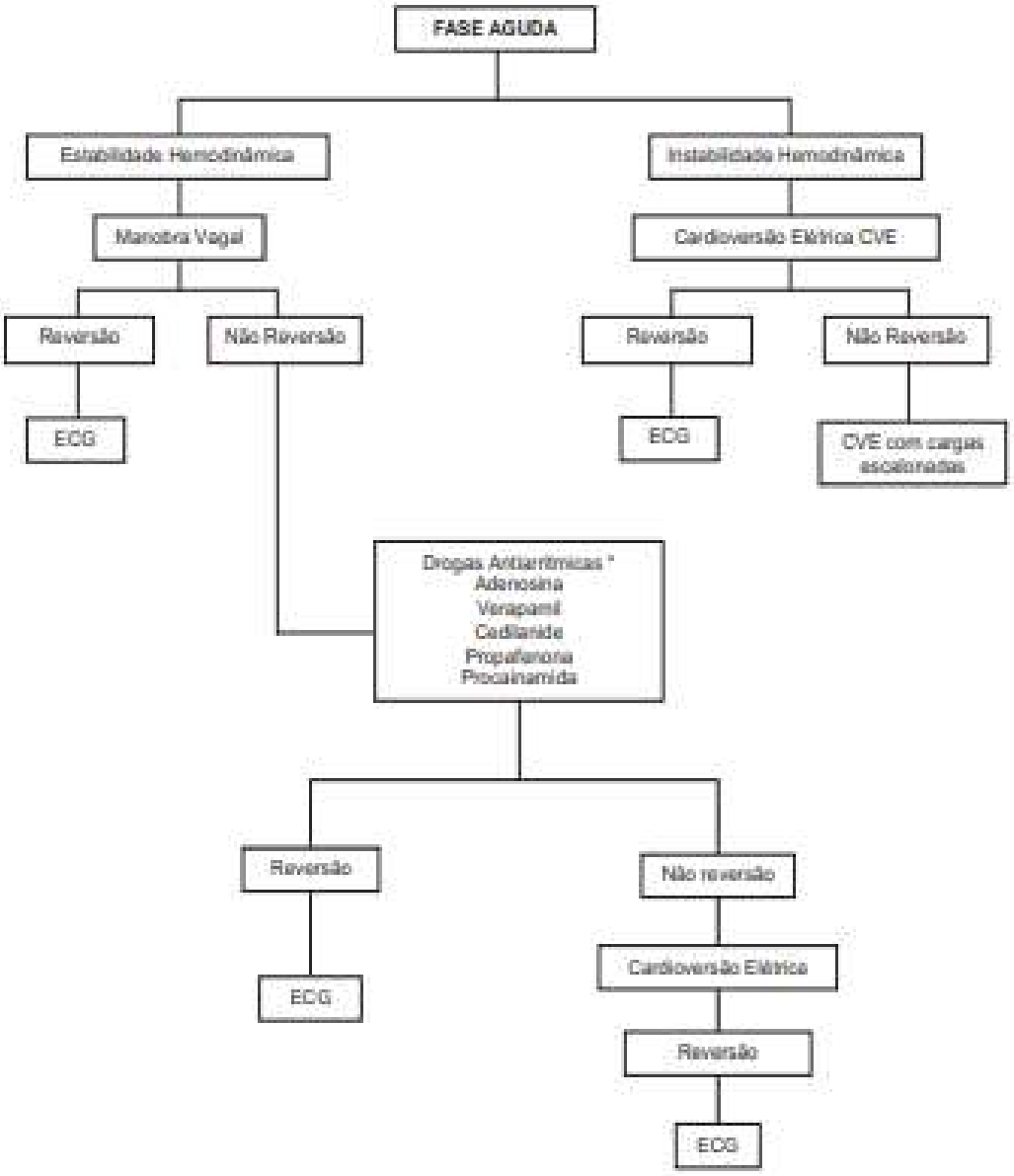
As taquicardias com complexos largos podem ocorrer em 4 situações distintas:

TPSV com bloqueio de ramo funcional
TPSV na vigência de bloqueio de ramo pré-existente.
TPSV com condução anterógrada através de uma via acessória.
Taquicardia Ventricular.

DIAGNÓSTICOS DAS TAQUICARDIAS DE QRS LARGO CRITÉRIOS DE BRUGADA.



TRATAMENTO NA FASE AGUDA
REVERSÃO DAS CRISES
TRATAMENTO DAS TPSV



DROGAS ANTI-ARRITMICAS PARA REVERSÃO.

1 - Taquicardia Reentrante Nodal Comum.
2 – Taquicardias Atriais, reentrante nodal incomum, Coumel, via anômala no Ebstein.
3 - Flutter Atrial com bloqueio A-V 2:1 Fixo.

Tipos – Preferências.

Verapamil (10 mg + 10 ml de soro) EV, 5 minutos	Tipo 1 e 3
Adenosina (de 6 a 12 mg) EV bolus	Tipo 1
Cedilanide (0,8 mg diluido) EV em 5 minutos.	Tipo 1 e 3
Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.	Tipo 1, 2, 3 e 4.

Tipo 2 – TPSV – Mediada por via anômala do tipo KENT.

Propafenona (70 mg) EV em 5 minutos.
Procainamida (1 g) EV em 5 minutos.

TAQUICARDIA COM RR IRREGULAR E QRS ESTREITO. FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA)

NTRODUÇÃO:

- No momento a FA está sob intensa investigação clínica e eletrofisiológica.
- É a arritmia mais freqüente na prática clínica e nas salas de emergência.
- Sua prevalência aumenta significativamente com a idade chegando a atingir 10% da população entre a 7ª e a 8ª décadas de vida.

SINTOMAS:

Estão relacionados:
- Elevação da resposta ventricular
- Comprometimento hemodinâmico.

É a desordem do ritmo cardíaco que mais comumente provoca acidentes Tromboembólicos Sistêmicos.

ABORDAGEM:

Classificação:



1 – A duração dos episódios é menor ou igual a 7 dias (a maioria < 24 hs)

2 – Duração maior que 7 dias.

3 – Cardioversão mal sucedida ou não realizada.

4 – FA paroxística ou persistente pode ser recidivante. ADENDO: Existem várias classificações para a FA Classificação baseada na relevância clinica

FA

PAROXÍSTICA	Resolução Espontânea.
PERSISTENTE	Resolução Não Espontânea.
PERMANENTE	Longa duração (mais de 1 anó), em que a cardioversão não foi realizada ou não houve manutenção do ritmo **sinusal**.

Classificação em relação a duração da arritmia.

FA de início recente ➡ FA que se instalou com menos de 48 hs.
FA com mais de 48 hs ou tempo indeterminado.

TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA.
FA DE INÍCIO RECENTE.



OBS.: Os pacientes que apresentam com FA < 48hs, mas são portadores de fatores de risco para fenômenos tromboembólicos como: Valvulopatia Mitral; Próteses valvares, disfunção ventricular esquerda com FE < 40% ou passado de tromboembolismo, devem primeiramente ser anticoagulados da tentativa de reversão.

DROGAS USADAS PARA REVERSÃO A RITMO SINUSAL:	
PROPAFENONA	1 a 2mg / kg / 10 min. – Pode repetir 30 min. Após a 1ª dose.
PROPAFENONA	450 mg V.O 4 / 4hs ou 600 mg V.O 12 / 12 hs.
SOTALOL	80mg V.O 2 x dia
AMIODARONA	150 mg em 10 min. 360 mg em 6 horas. 540 mg em 18 horas.

FA > 48h OU TEMPO INDETERMINADO.
FA Paroxística ou FA Permanente.

CONTROLE DA FC.

↓

DROGAS *

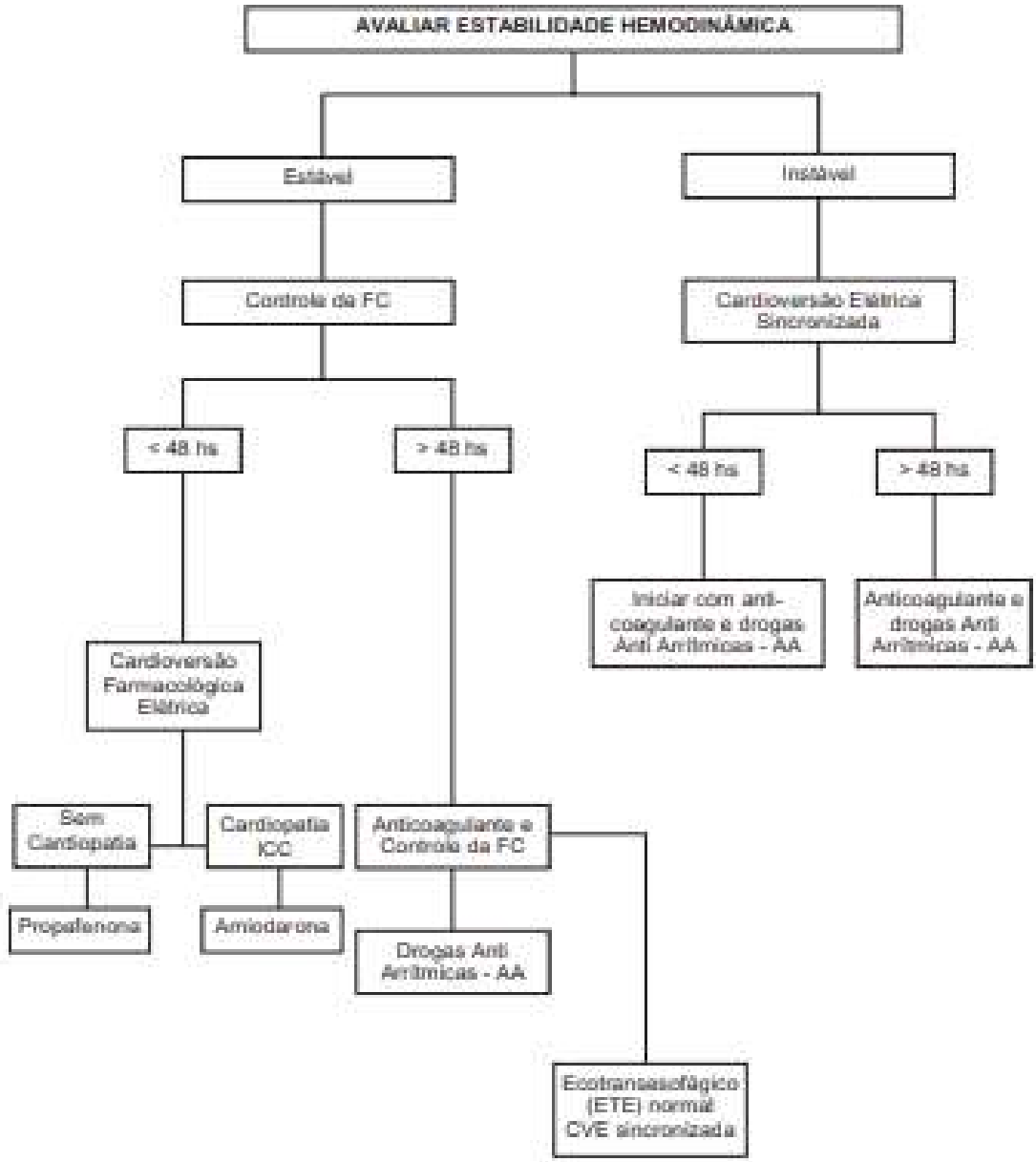
OBS.:
Pacientes com disfunção ventricular - Usar Amiodarona.
Pacientes sem disfunção ventricular – Usar como 1ª escolha – Diltiazem.

DROGAS QUE PODEM SER UTILIZADAS PARA CONTROLE DA FC (Controle da Frequência Ventricular).	
CEDILANIDE	0,04 mg IV, bolus
ESMOLOL	(10 mg / ml) – 0,5 mg / kg 1 min e dripping de 0,05mg / kg / min.
METOPROLOL	(1mg / ml) - 5mg IV lento em intervalos de 5min. Até 15mg.
DILTIAZEM	(5 mg / ml) – 0,25 mg / kg (15 a 20 mg IV – 2 min.), repetir 15 min. após 0,35 mg / kg.
VERAPAMIL	(2,5 mg / ml) – 2,5 a 5,0 mg IV - 2 min., repetir 5 a 10 mg / 15 a 30 min. ou 5mg / 15 min.

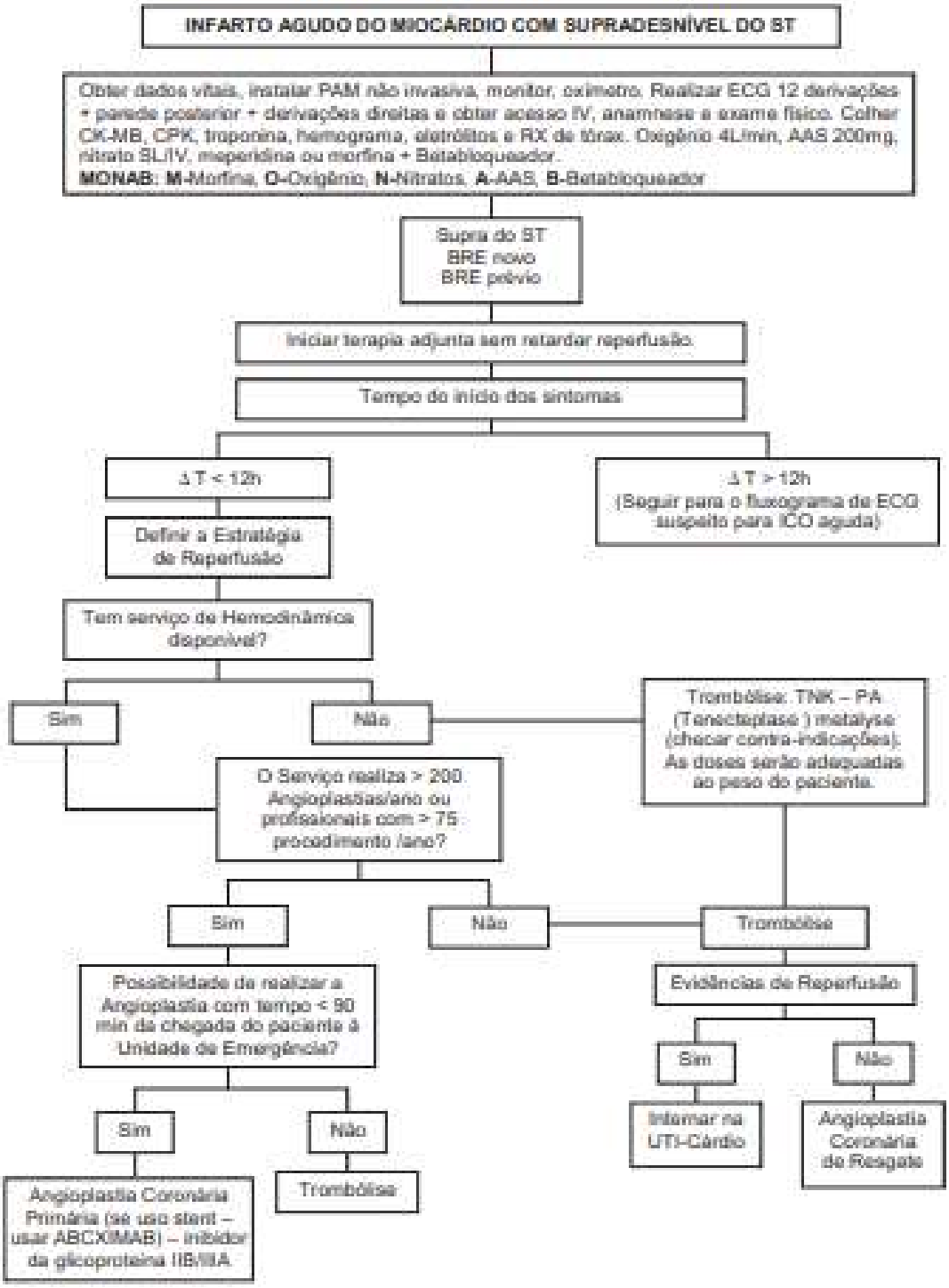
Objetivos do Tratamento de FA.

Controle da FC;
Restauração e manutenção do Ritmo Sinusal;
Prevenção de Recorrências;
Prevenção do tromboembolismo.

TRATAMENTO DE PACIENTES COM FA

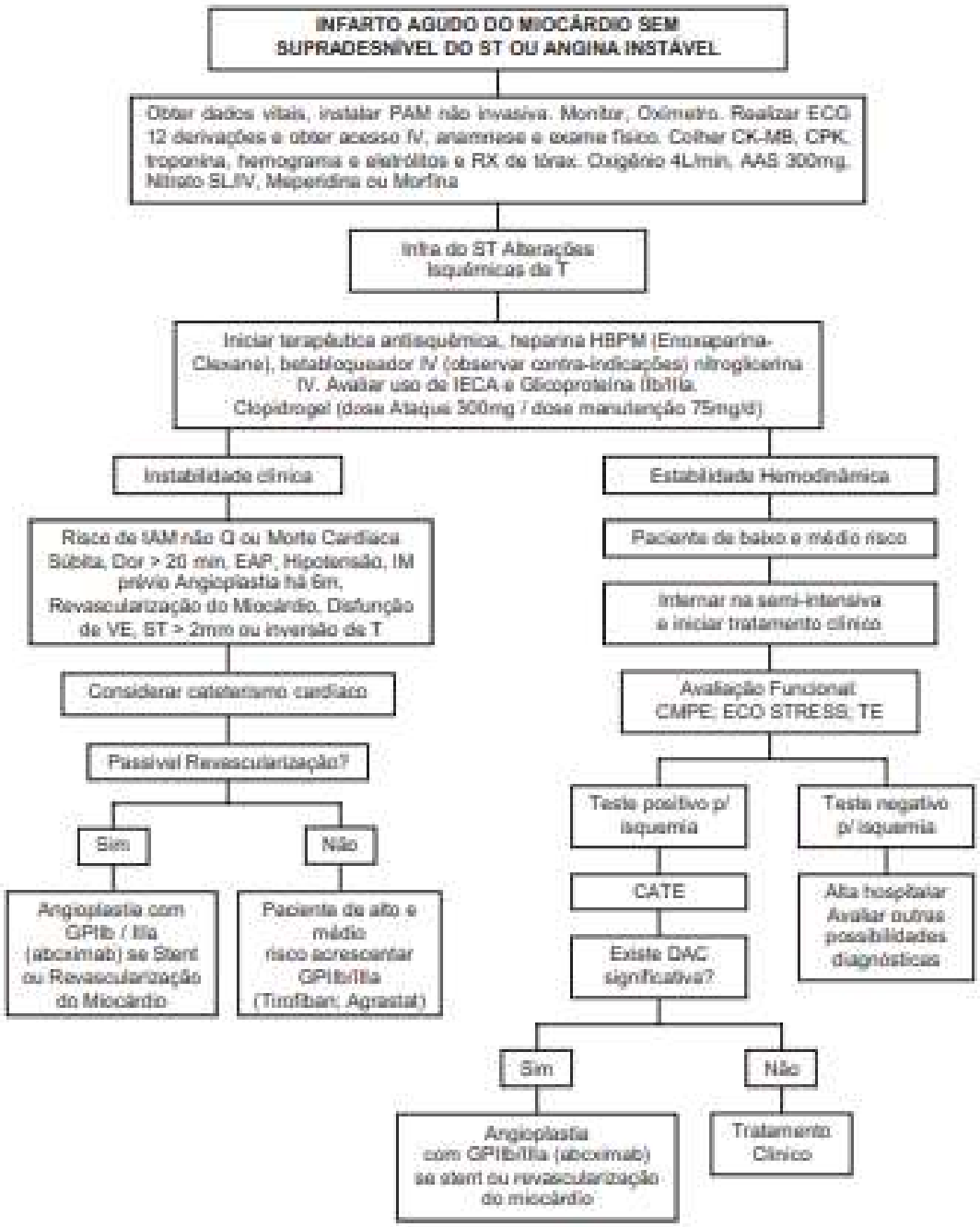


DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNÍVEL DO ST



I.A.M SEM SUPRA DE ST

ESTRATÉGIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA COM INFRADESNÍVEL ST OU INVERSÃO DE T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária

Cateterização de Veias Centrais

Definição

Implante de cateteres em veias centrais através de punção percutânea guiada por ultrassonografia com as seguintes finalidades: infusão de soluções concentradas, medicamentos, monitorização de pressão venosa central e/ou da saturação venosa central.

Objetivos

Possibilitar acesso a veias centrais.

Indicação e Contra Indicação

Indicações: para pacientes que não tenham acesso venoso periférico, que necessitem de medicação/solução de uso exclusivo em veia central ou para medida de pressão venosa central e/ou da saturação venosa central. Nas condições de urgência a indicação é feita pelo médico intensivista e, nas eletivas, deve contar com anuência do médico assistente.

Contra indicações: presença de coagulopatia grave (exceto se realizado pela veia jugular externa), nas deformidades anatômicas graves ou ainda por falta de colaboração do paciente que tenha contraindicação para ser sedado.

Responsáveis

Médico intensivista e enfermagem da unidade.

Orientação Pré e Pós Procedimento

Orientação pré procedimento: Quando pertinente notificar ao paciente/familiar um resumo do procedimento: indicação, riscos/benefícios e como colaborar para que o procedimento tenha sucesso. Alertar sobre o desconforto esperado pelo decúbito adotado, pela punção e manipulação do local selecionado. Solicitar assinatura de consentimento informado. Nos casos de urgência e emergência, tal situação deverá ser documentada e o termo deverá ser assinado pelo médico que indica e/ou participa do procedimento.

Orientação pós procedimento: Notificar sobre o resultado do procedimento. Alertar sobre a possibilidade de dores e hematoma no local manipulado e a possibilidade de usar analgésicos.

Descrição do Procedimento

Nota: punção guiada por ultrassonografia é mandatória

1. Avaliar o risco do procedimento e escolher o melhor acesso considerando:

- Presença ou não de coagulopatia, corrigindo suas alterações quando indicado
- Acessos difíceis por deformidades ou punções prévias
- Colaboração do paciente

2. Paramentar com máscara, avental e luvas;
3. Realizar antissepsia;
4. Selecionar o tipo de cateter a ser empregado: preferencialmente cateteres de lúmen simples e menor calibre. Os cateteres de lúmens múltiplos devem ser utilizados para nutrição parenteral ou uso de drogas vasoativas;
5. Preparar o campo cirúrgico;
6. Escolher o sítio de acordo com a experiência do médico, condições anatômicas e conveniências do quadro clínico; dar preferência para veia jugular anterior para punção guiada por ultrassonografia.
7. Anestesiar o local com lidocaína a 2%;
8. Utilizar sempre a ultrassonografia para guiar a punção, em tempo real.
9. Posicionar preferencialmente o paciente em decúbito de Trendelemburg no momento que estiver pronto para a punção. Esta posição facilita a punção de veia jugular e reduz o risco de embolia gasosa. Nos pacientes em que houver contraindicação ou falta de colaboração para decúbito de Trendelemburg, posicioná-lo em DDH tomando precauções para reduzir o risco de embolia gasosa. Deve-se ter especial cuidado com pacientes respirando espontaneamente, quando além de posicioná-los em Trendelemburg, deve-se solicitar, quando possível, que realizem manobra de Valsalva no momento da punção (depende da técnica utilizada), dilatação do subcutâneo e posicionamento do cateter sobre o fio guia. Deve-se

também sempre manter ocluído o sítio de punção por meio de compressão digital entre as etapas da técnica de Seldinger. Dessa forma, minimiza-se, além do risco de embolia gasosa, o de formação de hematomas locais.

10. Proceder fixação com ponto cirúrgico;
11. Exame físico sumário para identificar complicações precoces;
12. Solicitar radiografia de controle para verificação de posicionamento correto e complicações imediatas, quando pertinente.

Pontos Críticos / Riscos

- Identificar as contraindicações;
- Tomar medidas para evitar complicações, identificando-as precocemente quando acontecerem;
- Vigiar a permeabilidade;
- Promover a retirada do cateter em menor tempo possível

Padrão de Prática

- Uso da ultrassonografia como guia, em tempo real.

Periodicidade de Treinamento

- Admissional, seguido de treinamento obrigatório bianual. A validação pode ser indicada pela liderança, no caso de a proficiência no uso do US ser facilmente demonstrada (por exemplo: instrutor de curso de punção guiada por US).

Registro

- Termo de consentimento (em papel), Evolução médica (Cerner: criar nota específica ou adendo à evolução do dia), prescrição médica e Time out (no Cerner, preenchido pela enfermagem).

Indicadores de Qualidade

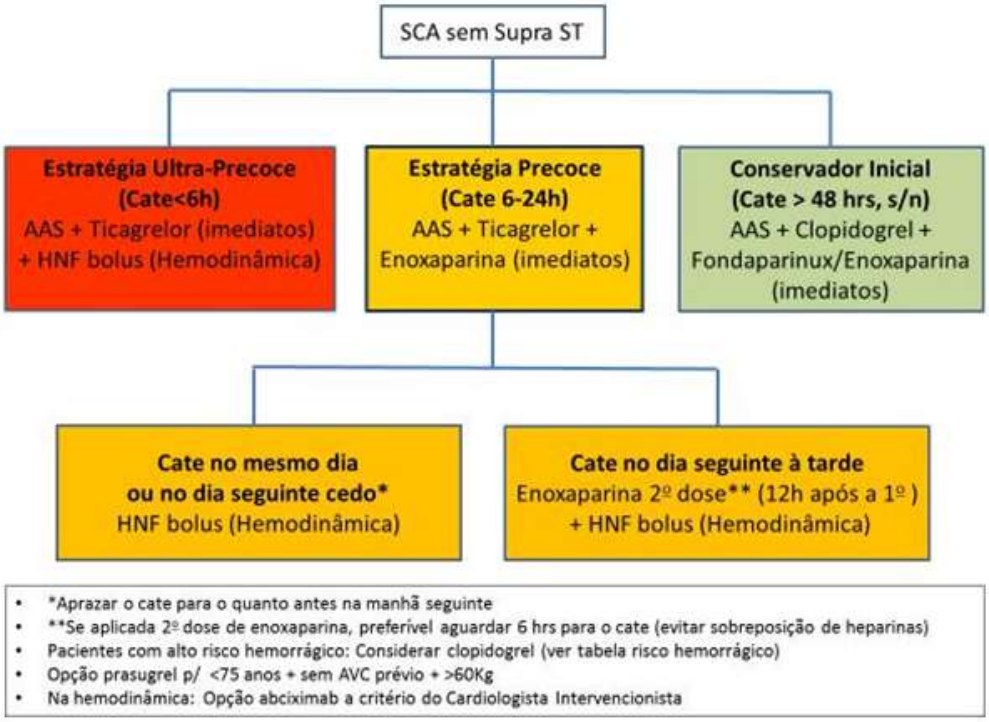
- Densidade de infecções de corrente sanguínea associada a cateteres venosos centrais. Taxa zero de complicações mecânicas.

Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Elevação do Segmento ST

Objetivo – População Alvo

Devem ser incluídos nesse protocolo aqueles pacientes com diagnóstico estabelecido ou alto risco de SCA sem elevação de ST.

Introdução



Fluxograma de tratamento antitrombótico conforme estratificação, nas SCA sem elevação de ST

Diagnóstico e Estratificação Precoce de Risco de morte/IAM

O diagnóstico se baseia nos sintomas + ECG + curva de troponina.

Todas as informações diagnósticas encontram-se no protocolo institucional de Dor Torácica.

Todos os pacientes devem ser avaliados clinicamente para estratificação precoce de risco, o que auxilia no entendimento prognóstico, na decisão de alocação,

definição de estratégia invasiva precoce/ultra-precoce, momento de alta, etc. Escores tradicionais (TIMI, GRACE, Brawnuald) podem ser utilizados. Resumidamente, pacientes muito idosos (>70 anos), com níveis substancialmente elevados de troponina, instabilidade elétrica/hemodinâmica, BRD agudo, ou disfunção ventricular importante, apresentam alto risco de re-infarto/morte.

Ao longo da internação, todos os pacientes devem ser submetidos a ecocardiografia eletivamente para acessar a função ventricular, ou emergencialmente em casos de instabilidade hemodinâmica/respiratória.

Tratamento

Todas as doses de medicamentos estão na tabela terapêutica.

Tratamento Anti-isquêmico Inicial (MONAB2)

O tratamento anti-isquêmico inicial para as SCA sem Supra de ST deve ser o mais brevemente possível, obrigatoriamente com MONAB2 (detalhes no tópico específico sobre antiagregantes).

M: Morfina
O: Oxigênio
N: Nitroglicerina ou Nitrato
A: Aspirina
B: Betabloqueador
2: Segundo anti-agregante inibidor de ADP (ticagrelor, prasugrel ou clopidogrel)

Oxigênio

O oxigênio suplementar deve ser administrado se saturação O2 < 90%, ou presença de insuficiência respiratória.

Morfina

- Iniciar se dor refratária a nitratos/betabloqueadores;
- Efeito analgésico potente – iniciar com doses de 2 a 4 mg, e aumentar se necessário até 4 a 8 mg a cada 15 minuto. Riso de depressão respiratória com doses elevadas;
- Reduz a ansiedade;
- Náuseas e vômitos são efeitos colaterais mais freqüentes. Broncoespasmo e prurido são mais raros;
- Efeito venodilatador, com redução da pré-carga e do volume diastólico final, portanto, do débito cardíaco e do consumo de O2 pelo miocárdio;
- Não iniciar morfina se PA sistólica < 90 mmHg;
- Cuidado no infarto de VD.

Nitrato

- A administração EV é mais efetiva do que a administração VO na redução de sintomas e na regressão do infradesnivelamento do ST. Pode ser iniciado tratamento EV, pela rapidez, e passado para VO logo que possível.
- Não iniciar Nitratos de PA sistólica < 90 mmHg e cuidados com FC>100 ou <50.
- Não administrar se uso recente de Sildenafil, Tadalafil ou Vardenafil (<48 hrs) – Risco de hipotensão extrema secundária a vasodilatação.
- Inicia-se com doses pequenas que devem ser tituladas até a melhora dos sintomas ou até que surjam efeitos colaterais: hipotensão e cefaléia intensa. Queda de PA máxima de 30% em previamente hipertensos e 10% em previamente normotensos.

Betabloqueadores

- Iniciar via oral em nas 24 hrs iniciais em todos os pacientes que não apresentam indícios de ICC descompensada, asma ativa, BAV 2-3 graus.

- Reduzem o consumo de O2 miocárdico pela diminuição da freqüência cardíaca, da pressão arterial e da contratilidade; inibem os efeitos das catecolaminas circulantes.
- Pacientes em uso crônico de betabloqueadores devem ser mantidos com a droga se estiverem em Killip I ou II.
- Pacientes devem receber betabloqueadores por via endovenosa apenas se apresentarem hipertensão descontrolada ou taquiarritmias, e estiverem em Killip I.
- Pacientes sem indicação de receber betabloqueadores na sala de emergência ou nas primeiras horas do atendimento, são candidatos a recebê-los a partir do dia de internação.
- Evitar em intoxicação por cocaína

Tratamento anti-plaquetário

O tratamento antiplaquetário das SCA sem supra ST deve ser iniciado o mais brevemente possível, obrigatoriamente com dois antiplaquetários:

- Aspirina (AAS) permanentemente + Inibidor do ADP por 1 ano*

Observações sobre tempo de inibidor de ADP:

- Considerar prolongar até 30-36 meses se alto risco trombótico (i.e. tabagismo, diabetes, stents múltiplos) e baixo risco hemorrágico (ver abaixo estratificação de risco hemorrágico). Se em uso de ticagrelor, após 12 meses considerar redução de dose (i.e. de 90 para 60 mg, 2 x dia).
- Considerar reduzir para 6 meses em caso de muito alto risco hemorrágico (ver abaixo estratificação de risco hemorrágico).
- Considerar reduzir para 3-6 meses (se stent farmacológico) ou 1 mês (se stent metálico ou sem stent) em caso de fibrilação atrial associada com necessidade de tratamento triplo: AAS + inibidor ADP + anticoagulante (warfarina, rivaroxabana ou apixabana).

A Escolha do Inibidor do ADP

Primeira Escolha

Ticagrelor é considerado a primeira linha de inibidor de ADP em nossa instituição em virtude de:

- Apresentar excelente perfil de risco-benefício;
- Apresentar menor taxa de hiperatividade plaquetária residual (resistência) do que clopidogrel (5% vs. 40%);
- É mais eficaz do que clopidogrel para redução do risco de trombose stent/reinfarto/morte em 1 ano;
- Modesto aumento do risco hemorrágico em comparação com clopidogrel;
- Pode ser utilizado em pacientes virgens de tratamento ou mesmo naqueles que tomaram clopidogrel previamente (Troca do inibidor de ADP: Fazer ataque do Ticagrelor).

Escolhas Alternativas

Prasugrel é uma boa alternativa a ticagrelor considerando que:

- Apresenta as mesmas características de eficácia que ticagrelor, superior em relação à clopidogrel (redução de eventos, baixa resistência plaquetária);
- Utilizar em pacientes que certamente serão tratados com angioplastia;
- Benefício muito expressivo em diabéticos;
- Facilidade posológica (1 x dia);
- Não deve ser utilizado nos seguintes subgrupos de alto risco hemorrágico: AVC prévio, Peso < 60 Kg, Idosos com idade > 75 anos;

Clopidogrel é uma boa alternativa em pacientes com alto risco hemorrágico (ver risco hemorrágico abaixo).

Opção do terceiro antiplaquetário

O uso de antiagregação tripla é opcional e não rotineiro, já que seu benefício em relação à dupla é questionável. Abciximab (Reopro®) poderá ser administrado a critério da equipe de hemodinâmica, nos casos de alto risco trombótico (elevada carga trombótica, falhas de reperfusão, embolia distal) e risco hemorrágico não elevado.

Fármaco	Dose	Tempo de uso	Contra-indicações	Efeitos Colaterais	Ajuste Função Renal	Observação
AAS	Oral Ataque: 200 mg Manutenção: 100 mg. 1 x dia	Permanente	Hemorragia Alergia	Anafilaxia Hemorragia Úlcera gástrica	Não	
Ticagrelor	Oral Ataque: 180 mg Manutenção: 90 mg. 2 x dia	1 ano (indivudualizar tempo > 1 ano)	Sindrome nó sinusal BAV 2/3 grau Hemorragia	Pausa ventricular (6%) Dispneia (16%) Hiperuricemia (>10%) Hemorragia	Não usar em IRC grave (Clearence< 15 ml/min)	Manter ataque se clopidogrel previamente Ef. Colateral dispneia pode melhorar em 1 semana
Prasugrel	Oral Ataque: 60 mg Manutenção: 10 mg. 1 x dia	1 ano (indivudualizar tempo > 1 ano)	Idade>75 a Peso<60 Kg AVC prévio Hemorragia Alto risco hemorrágico	Hemorragia	Não usar em IRC grave (Clearence< 15 ml/min)	Manter ataque se clopidogrel previamente
Clopidogrel	Oral Ataque: 300-600 mg Manutenção: 75 mg. 1 x dia	1 ano (indivudualizar tempo > 1 ano)	Hemorragia	Hemorragia	Não	
Abciximab	Endovenoso Ataque: 0,25 mg/kg. Manutenção: 0,125 mcg/kg/min (máx 10 mcg/min)	12 horas	AVC <2 anos Cirurgia /trauma < 2m Tu. SNC Hepatopatia Dialise Trombocitopenia Hemorragia	Hemorragia	Evitar em IRC moderada (Clearence< 30 ml/min)	

Tabela de Medicações antiplaquetárias

Tratamento Anticoagulante

Na estratégia invasiva ultra-precoce (cateterismo <6 hrs após diagnóstico), apenas o hemodinamicista deve aplicar heparina não fracionada com bolus único, no caso de realizar angioplastia. Evitar enoxaparina na PS.

Na estratégia invasiva precoce (cateterismo entre 6–24 hrs após diagnóstico):

a) Administrar 1º dose de enoxaparina no momento do diagnóstico (PS).

b) Se Cateterismo no mesmo dia ou no dia seguinte de manhã: Complemento do tratamento, pelo Cardiologista Intervencionista, com heparina não fracionada com bolus único, no caso de realizar angioplastia.

c) Se cateterismo adiado dia seguinte à tarde, considerar 2º dose de enoxaparina (12 hrs após diagnóstico).

d) Se aplicada 2º dose de enoxaparina, preferível aguardar 6 hrs para cateterismo (evitar sobreposição precoce de heparinas).

Em pacientes com estratégia conservadora inicial (exceção em nossa instituição), utilizar enoxaparina ou fondaparinux até o momento da alta ou até o cateterismo; se houver necessidade de angioplastia, acrescentar bolus de heparina não fracionada na sala de hemodinâmica.

Não é necessário manter anticoagulação após término da angioplastia.

Fármaco	Dose	Tempo de uso	Contra indicações	Ef. colaterais	Ajustes	Observação
Heparina não-fracionada	Ataque IV: 60 ui/Kg máx 5000 UI Na angioplastia manter TCA 200-300 seg	48h ou **interromper após angioplastia**	Sangramento ativo Trombocitopenia	Trombocitop. Sangramento Aumento de transaminases	De acordo com TTPA	Antídoto: protamina
Enoxaparina	1 mg/kg subcutâneo de 12/12h até 100 quilos Individualizar 2 dose, conforme tempo p/ cateterismo	8 dias ou **interromper após angioplastia**	Sangramento ativo Trombocitopenia	Trombocitop. Sangramento Aumento de transaminases	50% redução dose em IRC moderada Não usar em IRC grave (Clearence<20 ml/min) Opcional: 25% redução em muito idosos	Monitorar anti-Xa em: Obesos Idosos IRA/IRC Antídoto: protamina (efeito parcial)
Fondaparinux	2,5 mg subcutâneo 1xd	8 dias ou **interromper após angioplastia**	Sangramento ativo Clear. Creat< 20 ml/min	Sangramento, anemia	Não usar em IRC grave (Clearence<20 ml/min)	Associar heparina se angioplastia

Tabela de Medicações Anticoagulantes

Tratamento Complementar

- Manter glicemia entre 70 e 180 mg/dl;
- Suspender medicamentos orais e prescrever insulina endovenosa ou subcutânea;
- Seguir protocolo institucional de diabetes disponível na intranet para ajuste de insulina subcutânea e endovenosa;
- Introduzir estatinas precocemente em dose elevada (i.e. atorvastatina 40-80 mg; rosuvastatina 20-40; sinvastatina 40/ezetimiba 10 mg) para atingir meta de LDL<50 mg/dL (opcional meta de 50 mg/dL; colher perfil de colesterol < 24 hrs para mensurar o basal;
- Introduzir iECA ou BRA em pacientes com disfunção ventricular sistólica, ICC, infarto anterior, hipertensão ou diabetes;
- Introduzir espiranolactona em pacientes com disfunção ventricular sistólica (FE<40%), associada a diabetes ou ICC, na ausência de IRA (CR> 2.0 mg/dL) ou hipercalemia (monitorizar potássio durante a internação);
- Para todos os pacientes tabagistas, recomendar interrupção imediata e tratamento ambulatorial da comorbidade (considerar adesivos de nicotina, bupropiona ou varenicline).

Risco hemorrágico

Sangramento é a complicação não-isquêmica mais comum nos pacientes com síndrome coronariana aguda; Sangramento maior, que leva a redução importante de hemoglobina ou necessidade de transfusão (i.e. hemorragia digestiva, hemorragia retroperitoneal relacionada a punção femoral) está associado a um aumento na mortalidade por todas as causas, IAM recorrentes e acidente vascular cerebral (AVC) em 30 dias.

As principais características clínicas relacionadas ao risco hemorrágico estão no box abaixo. São considerados de alto risco hemorrágico aqueles com múltiplos fatores associados.

A avaliação clínica do risco hemorrágico deve rotineira e pode ser realizada subjetivamente (observando os fatores mencionados no box abaixo) ou quantitativamente através de escores já validados: http://www.crusadebleedingscore.org, http://precisedaptscore.com/predapt/.

A vantagem de identificar pacientes com alto risco hemorrágico é considerar medidas de prevenção de sangramento (ver abaixo).

Medidas de prevenção de hemorragia em pacientes de alto risco hemorrágico

- Considerar reduzir tempo de inibidor de ADP para 6 meses
- Em pacientes portadores de fibrilação atrial e alto risco embólico (CHADS ou CHA DS -VASc ≥) optar por menor duração de terapia tripla: AAS + inibidor ADP + anticoagulante (warfarina, rivaroxabana ou apixabana) – reduzir inibidor de ADP para 3-6 meses (se stent farmacológico) ou 1 mês (se stent metálico ou sem stent).
- Nos pacientes com associação de múltiplos fatores de risco hemorrágico, considerar o uso de medicações antitrombóticas com melhor perfil de segurança como clopidogrel e fondaparinux. Evitar associação tripla de antiplaquetários com inibidor da glicoproteína IIbIIIa.
- Utilização de protetor gástrico (inibidores de bomba de prótons ou ranitidina) em todos os pacientes, e especialmente nos idosos, ou naqueles com antecedente de úlcera ou sangramento gástrico. Evitar omeprazol concomitante com clopidogrel (nesse caso evita-se interação medicamentosa utilizando pantoprazol ou esomeprazol).

Manejo das complicações hemorrágicas

Medidas para estabilizar as condições hemodinâmicas do paciente (expansão volêmica).

- Sempre que possível, evitar a suspensão das medicações antitrombóticas em casos de sangramentos menores (exemplo: hematoma em sítio de punção).
- Nos casos de sangramentos maiores (gastrointestinal, retroperitoneal, intracraniano, intraocular ou outro sangramento com risco de morte) suspender as medicações antitrombóticas e avaliar necessidade de transfusão de plaquetas. Atentar para recurso institucional de atendimento padronizado de hemorragias – Código H
- Reintroduzir as medicações antitrombóticas pelo menos 24/48 horas após controle da complicação hemorrágica.
- Evitar transfusão de concentrados de hemácias em pacientes hemodinamicamente estáveis e com hemoglobina > 7 g/dL.
- É recomendada a reposição de ferro em pacientes com anemia decorrente de sangramento.
- É contra-indicada a utilização de eritropoetina para tratamento da anemia devido aumento de complicações trombóticas.

1. Idade (≥7 anos)
2. Sexo feminino
3. Insuficiência renal (clearance de creatinina< 60 ml/min)
4. História prévia de sangramento
5. Baixo peso (< 60 Kg)
6. Anemia ou plaquetopenia
7. Diabetes
8. Doença vascular periférica
9. Antecedente de AVC
10. Insuficiência cardíaca/choque cardiogênico

Tabela de Fatores de risco hemorrágico

Estratificação (invasiva e não invasiva) e Intervenção Coronária (Angioplastia e CABG)

O objetivo da estratificação coronária pós SCA sem supra de ST é identificar lesões obstrutivas residuais que estão relacionadas com recorrência de angina/infarto e morte.

Nas SCA sem elevação de ST, o método preferencial para estratificação em nossa instituição é a estratégia invasiva precoce (<24 horas, preferencial <6 horas) com cineangiocoronariografia. O objetivo dessa estratégia é reduzir eventos de morte, novo IAM ou angina recorrente, desfechos que de modo geral são mais bem controlados com a estratégia invasiva do que com a não-invasiva.

O acesso radial é preferível frente ao femoral, considerando melhor perfil de risco de complicações hemorrágicas.

Decisão de intervenção percutânea ou CABG deve ser dar com base no perfil clínico do paciente e na anatomia coronária, o que deve ser preferencialmente discutido em time (i.e. heart time: médico assistente, hemodinamicista, emergencista, cirurgiões), e com o paciente e familiares.

Para intervenção percutânea preferir stents farmacológicos; stents metálicos são alternativas em casos específicos (i.e. necessidade clínica de encurtar terapia com inibidor de ADP para 1-2 meses, por exemplo para realização de cirurgia geral já programada).

Para CABG pereferível suspensão de inibidores de ADP com antecedência: 5 dias para clopidogrel e ticagrelor; 7 dias para prasugrel. AAS não requer suspensão; Abciximab deve ser suspenso 12 hrs antes do procedimento.

A estratificação não-invasiva (conservadora inicial) é uma alternativa que pode ser utilizada com segurança (a critério do médico assistente) em pacientes de baixo risco, sem critérios de instabilidade (ICC/disfunção ventricular, arritmias graves, angina recorrente, alterações exuberantes de ECG), estáveis há pelo menos 48 horas, mesmo que tenham troponina inicial positiva. Trata-se de estratificar o paciente com exame não invasivo (ver abaixo) e definir intervenção em caso de presença de isquemia no exame.

Exames não invasivos na SCA Sem Supradesnivelamento do segmento ST

A avaliação não invasiva pode ser feita com: Angiotomografia de Coronárias.

Cintilografia do miocárdio com esforço ergométrico/dipiridamol/dobutamina

(em pacs. c/ DPOC).

Teste ergométrico.

Ecocardiograma com dobutamina.

Obs: Rotineiramente, preferir dipiridamol à dobutamina.

Não há indicação de qualquer um desses testes na fase aguda da SCA sem supra de ST (primeiras 48h).

Após 24-48 horas de estabilização do quadro, na ausência de sintomas e com troponina em queda sustentada a avaliação não invasiva pode ser realizada.

Nessas condições a sensibilidade do exame pode estar diminuída devido à medicação anti-isquêmica prescrita. Entretanto, exames negativos, mesmo existindo lesão coronária significativa, indicam bom prognóstico.

Evitar ergométrico simples em pacientes com ECG de base alterado (BRE, sobrecargas ventriculares, pré-excitação e alterações prévias do segmento ST)–A alternativa para esses casos é a cintilografia miocárdica (com dipiridamol ou dobutamina) ou o ecocardiograma com dobutamina.

Reabilitação

- Iniciar reabilitação se quadro clínico estável há 24 horas, sem novos sintomas isquêmicos, novas alterações eletrocardiográficas ou re-elevação de marcadores de necrose;
- Iniciar atividades leves até moderada intensidade (<6 METS), tanto para atividades de vida diária como para atividades físicas oferecidas por fisioterapeutas;
- As sessões devem iniciar no leito, evoluindo para atividades no quarto (24-48 h) e depois no corredor (>48 h) desde que devidamente monitorizado. As atividades devem ser aumentadas primeiro em duração e depois em intensidade;
- Para realizar a fisioterapia, utilizar as ferramentas de segurança cardiovascular:
- Telemetria (primeiras 48 horas): para monitorização da FC, ritmo e traçado ECG durante atividade;

- Escala de Borg (esforço percebido): limitando a sensação de esforço em 13 (ligeiramente cansativo);
- Respeitar o limite de aumento da FC até 20bpm da FC basal;
- Oximetria de pulso: para controle da SpO2 e da FC durante atividade;
- Para todos os pacientes recomendar rehabilitação ambulatorial rotineira.

Resumo dos valores das atividades físicas

Atividade	METs
Vestir-se	2,0-
Alimentar-se	1,0-
Higiene em pé	2,0-
Banho	
Sentado	1,0-
Subindo escada	4-7

Os critérios de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade coronariana (CORO) devem seguir as políticas institucionais para internação no CTI-A, conforme consta no link abaixo:

Critérios de Admissão, Alta e Transferência: CTI

Sugerimos 48 horas de internação monitorizada, preferencialmente na UCO. Considerar alta hospitalar precoce (i.e. <48-72 hrs) em pacientes de baixo-moderado risco, tratados com sucesso e sem complicações isquêmicas/hemodinâmicas.

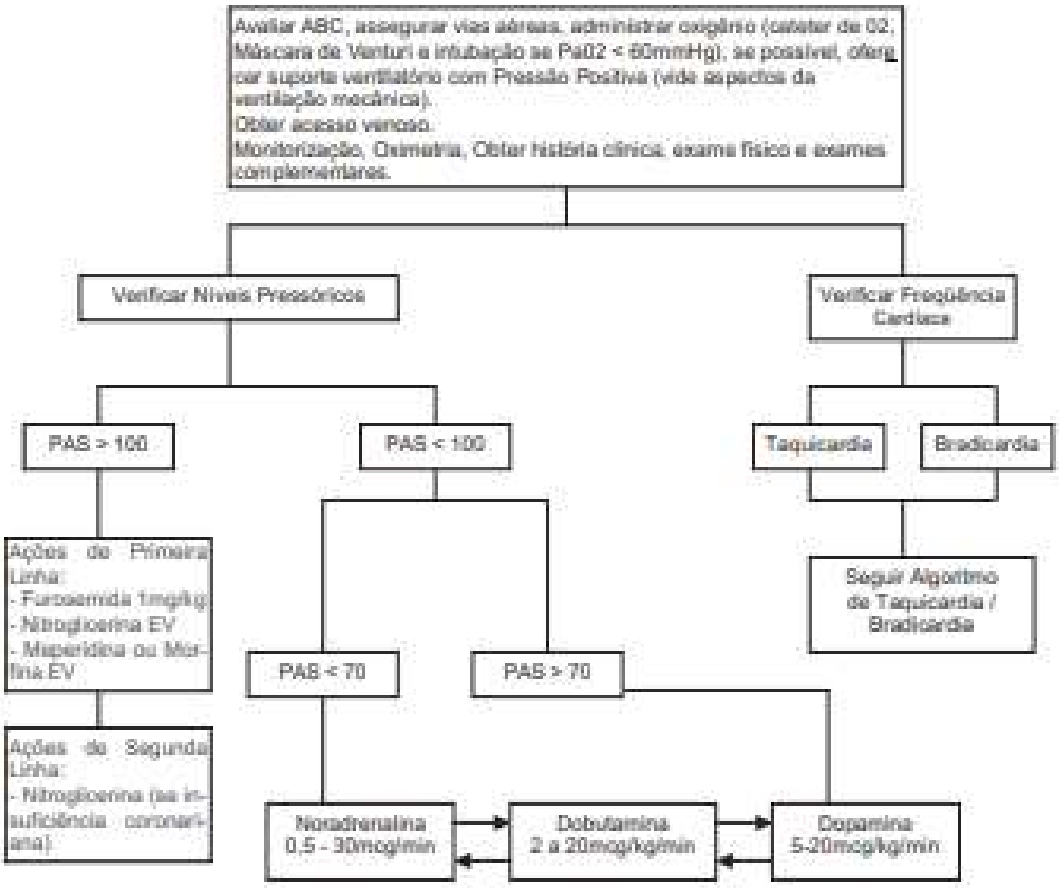
Pacientes com diagnóstico de SCA com indicação de cuidados semi-intensivos deverão ser internados. Nos casos internados na semi-intensiva recomenda-se o remanejamento para a UCO tão logo haja um leito disponível

O encaminhamento de todos os pacientes com SCA ao serviço de hemodinâmica deverá ser realizado com acompanhamento médico (anestesista ou médico assistente do paciente) e monitorização eletrocardiográfica

Sugere-se que pacientes internados no CTI que estejam nas primeiras 48h de SCA e serão encaminhados para estratificação não invasiva fora do ambiente do CTI

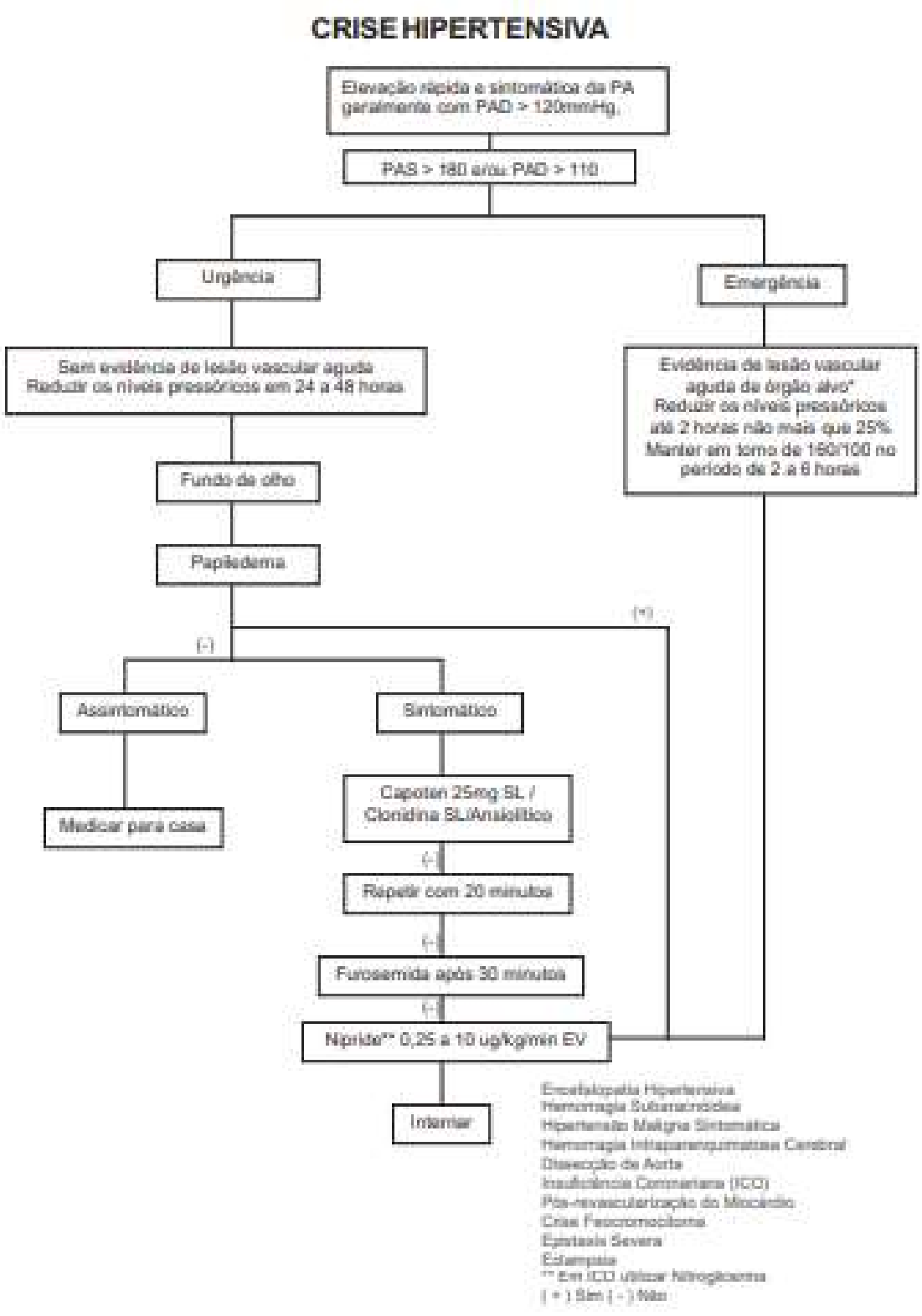
tenham acompanhamento médico. Tal conduta deverá ser discutida com o médico assistente responsável pela internação.

EDEMA AGUDO DE PULMÃO



OBS.:
- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
- Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, hg parinização se causa for TEP.
Tratar taquiarritmias seguindo algoritmo adequado.
Se Taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal).
Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

EXAMES A SEREM REALIZADOS:
- ECG, rad. de tórax no leito, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
• Em caso de não melhora dos sintomas, parada Cardiorespiratória, proceder intubação Orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
• Observar critérios para intubação Orotraqueal.
• Se FA com freqüência ventricular elevada usar Cedilanide.


CRISE HIPERTENSIVA
Elevação rápida e sintomática da PA geralmente com PAD > 120mmHg.
PAS > 180 e/ou PAD > 110
Urgência
Emergência
Sem evidência de lesão vascular aguda
Reduzir os níveis pressóricos em 24 a 48 horas
Evidência de lesão vascular aguda de órgão alvo*
Reduzir os níveis pressóricos até 2 horas não mais que 25%
Manter em torno de 160/100 no período de 2 a 6 horas
Fundo de olho
Papiledema
(+)
(-)
Assintomático
Sintomático
Medicar para casa
Capoten 25mg SL / Clonidina SL/Ansiolítico
(-)
Repetir com 20 minutos
(-)
Furosemida após 30 minutos
(-)
Nipride** 0,25 a 10 ug/kg/min EV
Internar
Encefalopatia Hipertensiva
Hemorragia Subaracnoidea
Hipertensão Maligna Sintomática
Hemorragia Intraparenquimatosa Cerebral
Dissecção de Aorta
Insuficiência Coronariana (ICO)
Pós-revascularização do Miocárdio
Crise Feocromocitoma
Eclampsia Severa
** Em ICO utilizar Nitroglicerina
(+) Sim (-) Não

Emergências Hipertensivas:

Quando há risco de vida em potencial e deteriorização de órgãoalvo, requerendo redução imediata da PA em minutos.

URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS: Quando há risco de vida em potencial e é mais remoto a deteriorização de órgão-alvo, requerendo redução mais lenta da PA em 24hs

OBS: PSEUDO-CRISE HIPERTENSIVA: Elevação acentuada da PA, sem sinais de deteriorização de órgãoalvo, geralmente desencadeada por dor, desconforto, ansiedade, etc.

EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS:

1) H.A.Maligna (Acelerada): Meta: redução da PAD para níveis de 100 – 110 mmHg em 2 a 6 hs. Tratamento: Nitroprussiato de Na. 0,25 mcg – 10 mcg (infusão contínua) 50 – 100mg (1 a 2 ampolas) em SG 250ml.

2) Encefalopatia Hipertensiva: Meta: redução da PAD a níveis de 120 mmHg em hipertensos crônicos. Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

3) Hemorragia Intracerebral: Meta: redução da PAS a 160 – 140 mmHg, não excedendo. Intervir quando PAS > 170 mmHg. Tratamento: Nitroprussiato de Na. (Vide dosagem anterior).

4) Hemorragia Subaracnóidea: Meta: redução de 20% - 25% da PAS (cuidado com a redução da PA pois a elevação pode ser devida a vasoespasmo cerebral – Reflexo de Cushing em pacientes normotensos). Tratamento: Nitroprussiato de Sódio.

5) Dissecção Aguda da Aorta: Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg, ou seja, o máximo tolerável. Tratamento: Nitroprussiato de Na. Beta bloqueador injetável: metropolol 5mg EV repetir a cada 10 min, até um total de 20 mg. Propanolol 1 – 3 mg EV; repetir após 20 min.

6) ICC com EAP: Meta: redução da PAD para 100 mmHg. Tratamento: Diuréticos de Alça venoso: Furosemide 20 a 60 mg EV Nitroglicerina EV 5 – 100 mcg/min., 50 mg (01 ampola em 500 ml de AD ou SG 5%) em frasco de vidro + morfina.

7) IAM: Meta: redução da PAD para 100 mmHg. Tratamento: Nitroglicerina ou nitroprussiato de Na. Betabloqueador venoso. (Vide acima).

8) Insuficiência Renal rapidamente progressiva: Meta e Tratamento: Nitroprussiato de Na.

9) Crises Adrenérgica graves e uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, LSD): Meta: redução da PAS a 120 – 100 mmHg se for tolerado. Tratamento: Nitroprussiato de na, Propanolol ou Metropolol (vide acima) Verapamil 5 – 10 mg EV lento.

10) Eclampsia: Meta: redução da PAD quando ultrapassar 100 mmHg. Tratamento: Hidralazina venosa. 10 – 20 mg EV ou 10 – 40 mg IM cada 6h, Sulfato de Mg por 24 hs (de acordo com avaliação obstétrica).

11) H.A. Perioperatória: Meta: redução de 20% - 25% da PAM. URGÊNCIAS

Hipertensivas:

1) H.A. ACELERADA SEM PAPILEDEMA: Tratamento: IECA, Inibidor de Ca (Nifedipina fracionada) Captopril 25 mg SL, repetir após 1 hora Nifedipina 5 a 10 mg SL fracionada.

2) ICO: Tratamento: Betabloqueador, IECA. Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO. Captopril 25 mg VO ou SL.

3) ICC: Tratamento: Diuréticos, IECA, Furosemide 40 a 80 mg EV Captopril 25mg VO ou SL, Nifedipina 5 a 10 mg fracionada.

4) ANEURISMA DE AORTA: Tratamento: Betabloqueador, IECA. Propranolol 40 mg VO ou metropolol 50 mg VO.

5) AVCI NÃO COMPLICADO: Meta: Intervir quando PAS > 190 mmHg ou PAD > 110 mmHg. Tratamento: Captopril 25 mg VO ou SL.

6) CRISES RENAIS: Tratamento: Clonidina, IECA (cuidado com hiper-reninismo podendo ocorrer diminuição acentuada da PA). Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO até 0,6 mg, Captopril 25 mg VO ou SL.

7) PERIOPERATÓRIO: Tratamento: IECA, Clonidina, betabloqueador. Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO. 8) CRISES ADRENÉRGICAS MODERADAS: Tratamento: IECA, Clonidina. Captopril 25 mg VO ou SL, Propranolol 40 mg VO Clonidina 0,1 a 0,2 mg VO.

ANAFILAXIA

AGENTES PRINCIPAIS
- Antibióticos
- Látex
- Contrastes iodados
- Picadas por Himenopteras
- Alimentos
- Anestésicos gerais e locais
- Antiinflamatórios não esteroides
- Soro heterólogo
- Idiopática
- Imunoterapia Específica

MANUSEIO
- Vias aéreas (observar permeabilidade, indicação de O2, intubação ou cricotireoidotomia)
- Estado hemodinâmico (medir pulso e pressão arterial) monitorização cardíaca.
- Acesso venoso para infusão de fluidos, se necessário.

SINAIS E SINTOMAS

- Eritema difuso	- Náuseas
- Prurido difuso	- Vômitos
- Urticária	- Cefaléia
- Inconsciência	- Rinite
- Broncoespasmo	- Choque
- Edema de laringe	- Asfixia
- Hipotensão	- Dor Abd.
- Parada Cardíaca	- Outras

Parada Cardiorespiratória

SIM → Seguir orientações de PCR. Conforme as novas diretrizes do ALS

NÃO → Seguir orientações de anafilaxia

- **Adrenalina** (preferencialmente IM, em vasto lateral da coxa (1:1000, na dose de 0.3 a 0.5 ml para adultos e 0.01 ml/kg (10µg/kg) para crianças, no máximo 0.3ml de 15/15 min., até 3 vezes.
- **Anti-histamínicos**: manifestações clínica de menor gravidade, como urticária e angioedema.

Preferência aos de primeira geração:
- **Dexclorfeniramina** na dose de 0.06mg/kg
- **Prometazina** na dose de 0.5 mg/kg, preferencialmente por via IM, tendo o cuidado para não aplicar em crianças, < 2 anos devido aos efeitos de depressão respiratória.
- **Corticosteroides:** usado no choque prolongado, edema de glote, broncoespasmo refratário e reação anafilática protraída.

Hidrocortisona: na dose de 5 -10 mg/kg ou a **Metilprednisolona** na dose de 1 – 2 mg/kg.
- **Broncodilatadores e oxigenoterapia** (se necessário)

REAVALIAÇÃO DO PACIENTE → Pior ou indiferente

Melhorado → ALTA

Adrenalina IM ou EV a cada 5 min.: 0.3-0.5 ml (0.01mg/kg na criança, max 0.3 mg/dose, IM). Epinefrina 1:000 ou Epipen.
Drogas vasoativas se hipotenção irresponsiva a fluidos: **Dopamina** – 400mg em 500 ml de soro, EV ou 2-20µg/kg/min no adulto e 5 a 15µg/kg/min. na criança.
Considerar **Glucagon** nos casos refratários: em uso de betabloqueadores
1-5 mg (20 – 30 µg/kg (max 1 mg) na criança, EV, por 5 min seguido de infusão contínua de 5 - 15µg/min

ASMA

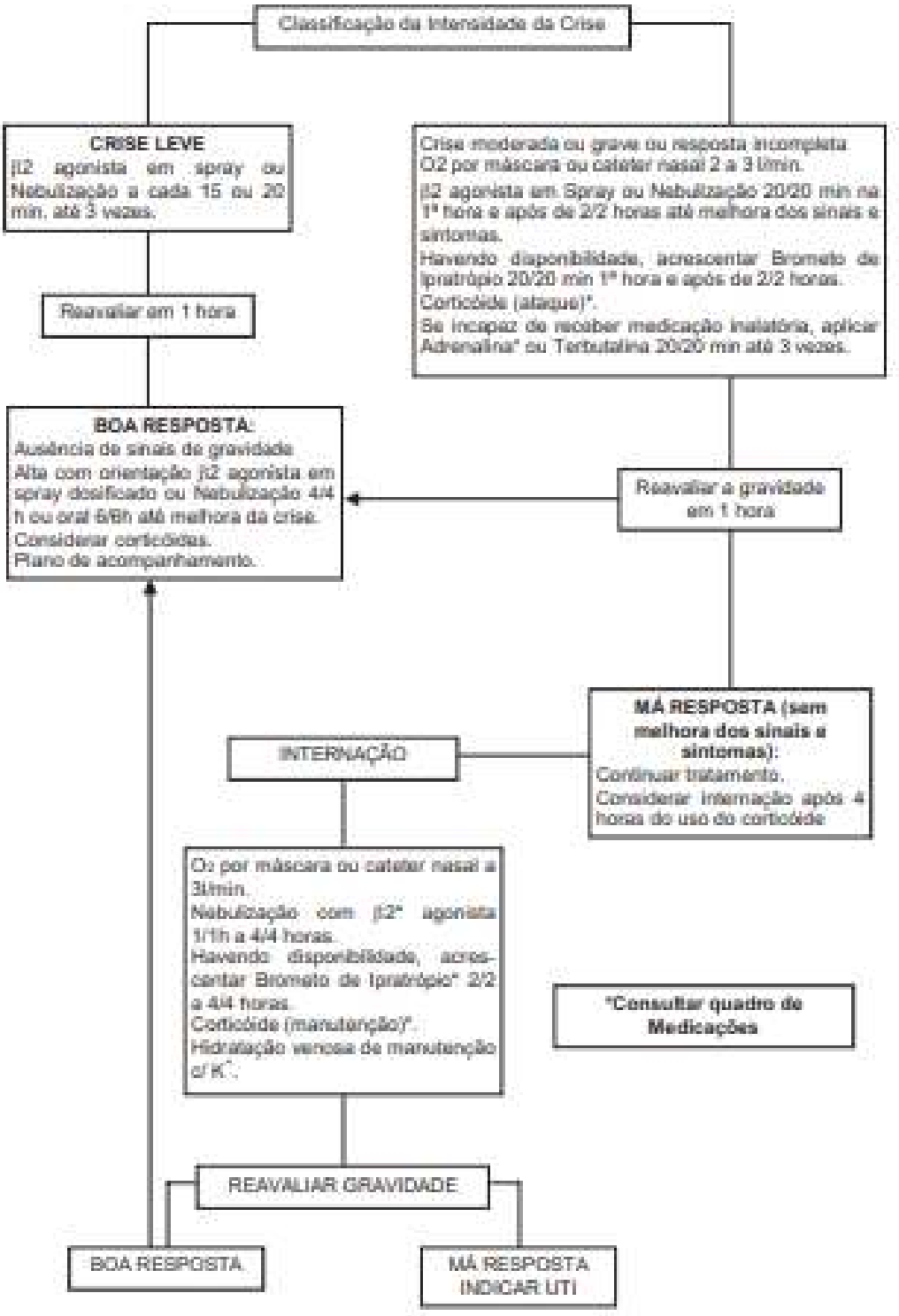
CLASSIFICAÇÃO DA INTENSIDADE DA CRISE DE ASMA EM ADULTOS E CRIANÇAS:

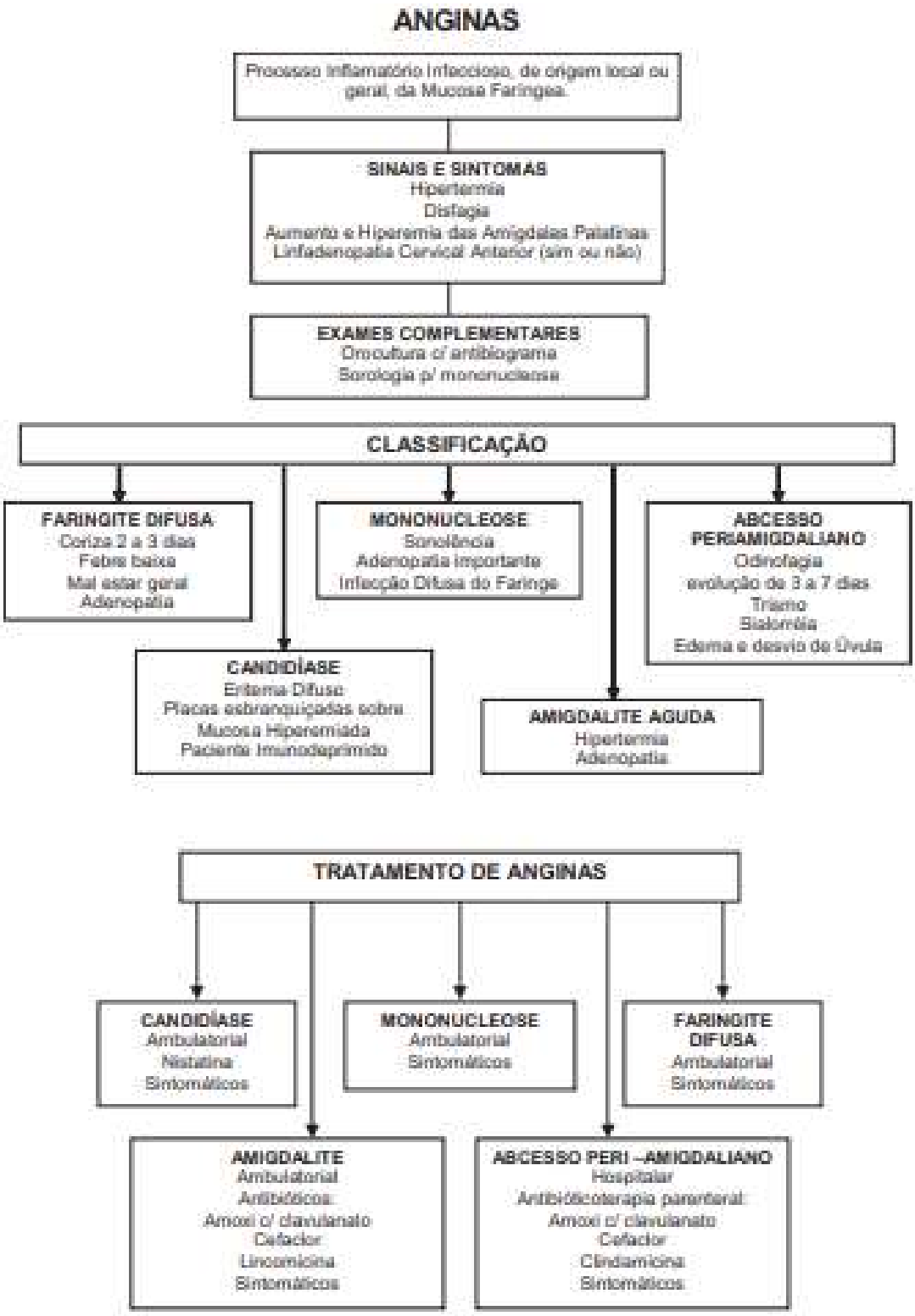
ACHADO *	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
Pico de fluxo (% melhor ou previsto)	>50%	30-50%	<30%
Gerais	Normais	Normais	Cianose, sudorese exaustão.
Dispnéia	Ausente/leve	Moderada	Grave
Fala	Frases completas	Frases incompletas/ parciais. Lactente choro curto, dificuldade de alimentar	Frases curtas/monossilábicas Lactente:maior dificuldade de alimentar
Estado mental	Normal	Normal	Agitação, confusão, sonolência.
Musculatura acessória	Retração intercostal ausente ou leve	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastóideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
Sibilos	Ausentes com MV normal/localizados ou difusos	Localizados ou difusos	Ausentes com MV↓, localizados ou difusos.
Freqüência Respiratória (irpm)**	Normal ou †	†	†
Freqüência Cardíaca (bpm)	≤ 110	110-140	>140 ou bradicardia
SaO2 (ar ambiente)	> 95%	91-95%	≤ 90%
PaO2 (ar ambiente)	Normal	60 mmHg	< 60mmHg
PaCO2(ar ambiente)	< 40 mmHg	< 40 mmHg	>45 mmHg

*A presença de vários parâmetros, mas não necessariamente todos, indicam a classificação geral da crise.
**FR em crianças normais: < 2 meses: <60 irpm; 2-11 meses: <50 irpm;
1 a 5 anos: <40 irpm; 6 a 8 anos: < 30 irpm
> 8 anos = adulto

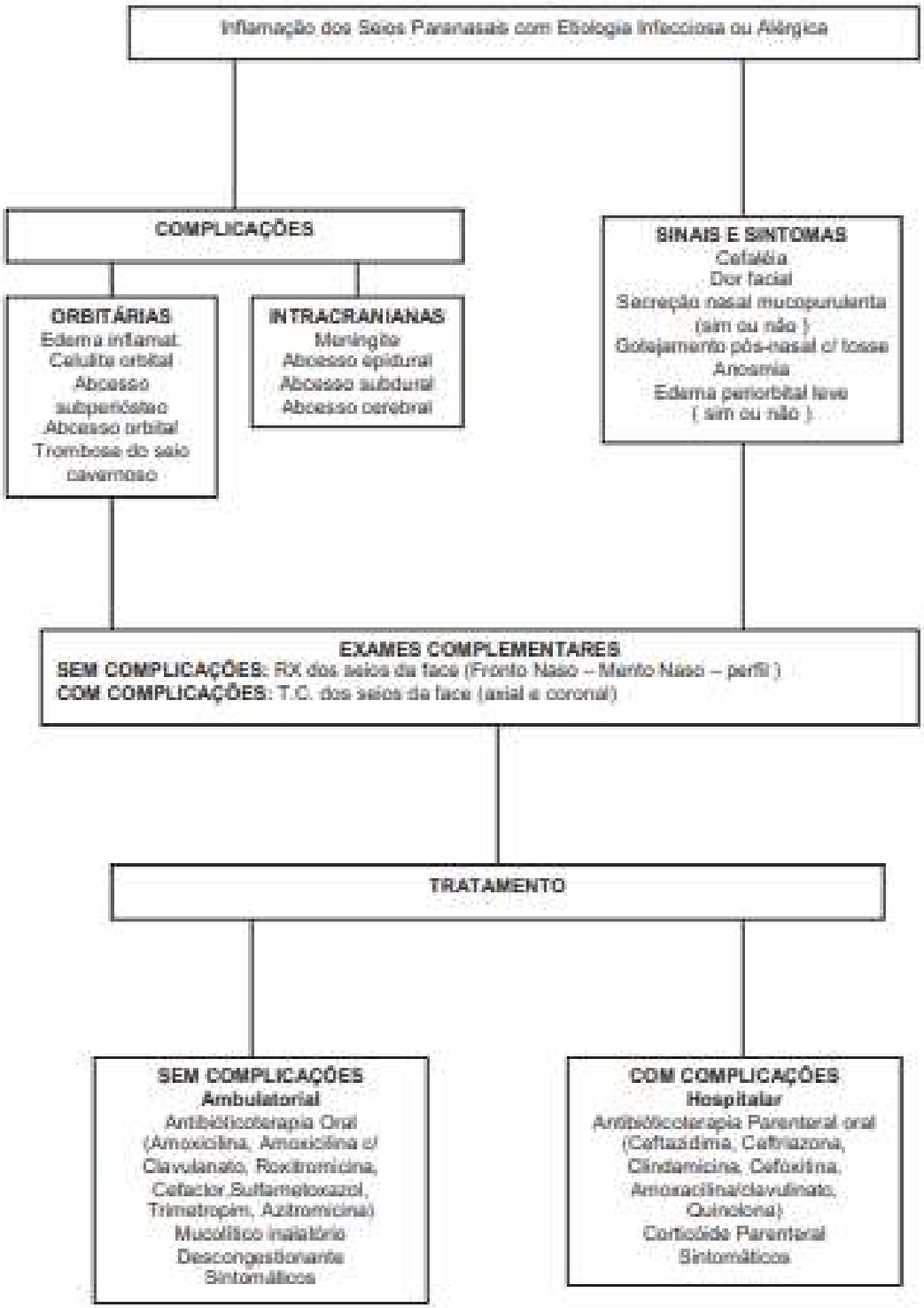
Exames complementares: 1. Gasometria (sinais de gravidade, PFE < 30% após tratamento ou SaO2 < 93%) 2. Radiografia do tórax (possibilidade de pneumotórax, pneumonia ou necessidade de internação por crise grave); 3. Hemograma (suspeita de infecção. Neutrófilos aumentam quatro horas após o uso de corticosteróides sistêmicos); 4. Eletrólitos (coexistência com doenças cardiovasculares, uso de diurético ou de altas doses de !2 agonistas, especialmente se associados a xantinas e corticosteróides)

MANEJO DA CRISE DE ASMA




ANGINAS
Processo inflamatório infeccioso, de origem local ou geral, da Mucosa Faríngea.
SINAIS E SINTOMAS
Hipertermia
Disfagia
Aumento e Hiperemia das Amígdalas Palatinas
Linfadenopatia Cervical Anterior (sim ou não)
EXAMES COMPLEMENTARES
Orocultura c/ antibiograma
Sorologia p/ mononucleose
CLASSIFICAÇÃO
FARINGITE DIFUSA
Coriza 2 a 3 dias
Febre baixa
Mal estar geral
Adenopatia
MONONUCLEOSE
Sonolência
Adenopatia importante
Infecção Difusa do Faringe
ABCESSO PERIAMIGDALIANO
Odinofagia
evolução de 3 a 7 dias
Trismo
Sialorréia
Edema e desvio de Úvula
CANDIDÍASE
Eritema Difuso
Placas esbranquiçadas sobre
Mucosa Hiperemiada
Paciente Imunodeprimido
AMIGDALITE AGUDA
Hipertermia
Adenopatia
TRATAMENTO DE ANGINAS
CANDIDÍASE
Ambulatorial
Nistatina
Sintomáticos
MONONUCLEOSE
Ambulatorial
Sintomáticos
FARINGITE DIFUSA
Ambulatorial
Sintomáticos
AMIGDALITE
Ambulatorial
Antibióticos:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Lincomicina
Sintomáticos
ABCESSO PERI –AMIGDALIANO
Hospitalar
Antibioticoterapia parenteral:
Amoxi c/ clavulanato
Cefaclor
Clindamicina
Sintomáticos

SINUSITE


Inflamação dos Seios Paranasais com Etiologia Infecciosa ou Alérgica
COMPLICAÇÕES
ORBITÁRIAS
Edema inflamat.
Celulite orbital
Abcesso subperiósteo
Abcesso orbital
Trombose do seio cavernoso
INTRACRANIANAS
Meningite
Abcesso epidural
Abcesso subdural
Abcesso cerebral
SINAIS E SINTOMAS
Cefaléia
Dor facial
Secreção nasal mucopurulenta (sim ou não)
Gotejamento pós-nasal c/ tosse
Anosmia
Edema periorbital leve (sim ou não)
EXAMES COMPLEMENTARES
SEM COMPLICAÇÕES: RX dos seios da face (Fronto Naso – Mento Naso – perfil)
COM COMPLICAÇÕES: T.C. dos seios da face (axial e coronal)
TRATAMENTO
SEM COMPLICAÇÕES
Ambulatorial
Antibioticoterapia Oral (Amoxicilina, Amoxicilina c/ Clavulanato, Roxitromicina, Cefactor,Sulfametoxazol, Trimetropim, Azitromicina)
Mucolítico inalatório
Descongestionante
Sintomáticos
COM COMPLICAÇÕES
Hospitalar
Antibioticoterapia Parenteral oral (Ceftazidima, Ceftriazona, Clindamicina, Cefoxitina, Amoxacilina/clavulinato, Quinolona)
Corticóide Parenteral
Sintomáticos

Convulsão Febril Benigna

Introdução

Convulsão febril é definida como crise convulsiva acompanhada por febre (temperatura maior ou igual a 38º.C por qualquer método de medida) que ocorre em crianças de 6 meses a 60 meses de idade sem evidência de infecção ou inflamação do sistema nervoso central, alteração metabólica e sem história prévia de crise convulsiva afebril. Ocorre em 2% a 5 % de crianças nessa faixa etária.

Caracterizada por convulsão generalizada com duração menor de 15 minutos e sem recorrência dentro de 24 horas (Quadro abaixo).

Idade: 6 meses a 5 anos
Crise convulsiva: tônico-clônica generalizada
Duração: até 15 minutos
Retorno do nível normal de consciência após término da convulsão
Documentação da febre (≥ 38ºC)
Única crise convulsiva em 24 horas
Ausência de doença neurológica prévia

Quadro de características da convulsão febril benigna

A maioria das crianças apresenta a convulsão febril no primeiro dia de doença, e em alguns casos essa é a primeira manifestação que a criança está doente. A maioria das crianças retorna gradualmente ao nível normal de consciência dentro de uma hora. Esse período de observação deve ser utilizado para uma realização de história clínica mais detalhada, permitindo manejo mais adequado.

Se a criança for capaz de aceitar antitérmico oral, este deve ser oferecido.

Após uma primeira crise de convulsão febril os pais e/ou responsáveis devem ser orientados sobre eventual possibilidade de novas crises convulsivas que podem ocorrer em até 32% dos casos (Quadro abaixo). Alguns avisos aos pais e/ou responsáveis podem ser importantes como observar o horário do início da convulsão, remover a criança de áreas de risco, desencorajar intervenções agressivas (respiração boca a boca ou tentar abrir a boca para segurar a língua).

Crianças menores de 18 meses
Temperatura menor de 39º C na primeira crise
Intervalo menor de 1 hora entre febre e convulsão
Parentes de 1º grau com história de convulsão febril

Quadro de fatores de maior probabilidade de recorrência da convulsão febril

Em 2011 a AAP revisou as indicações de exames subsidiários em crianças que apresentem quadro de convulsão febril benigna.

A utilização profilática de antitérmicos parece não ser efetiva na prevenção da recorrência.

Pacientes que apresentem nova crise convulsiva devem ser encaminhados ao neuropediatra para adequada avaliação.

Pais e/ou responsáveis devem ser informados que não existe associação entre convulsão febril benigna e sequelas neurológicas a longo prazo.

O risco de manifestar epilepsia após primeira crise convulsiva febril é muito baixo (cerca de 1%).

Objetivo

- Aprimoramento do atendimento emergencial da convulsão febril benigna;
- Reduzir custos hospitalares otimizando a realização de exames subsidiários e indicação de internação.

Aplicabilidade

População alvo:

- Crianças entre 6 meses a 5 anos de idade;
- População excluída;
- Crianças menores de 6 meses e maiores de 5 anos de idade;
- Crianças com evidência de infecção ou inflamação do sistema nervoso central;
- Crianças com evidência de alteração metabólica;
- Crianças com doença neurológica pré-existente;

- Crianças com crise convulsiva complexa (caracterizada por episódios com duração maior de 15 minutos, com sinais focais ou paresia pós-ictal) ou estado epiléptico (caracterizada por convulsões com duração maior ou igual a 30 minutos ou com crises convulsivas repetitivas e o paciente não recupera a consciência entre as crises).

Diretriz

Punção liquórica

Uma vez que convulsão febril é mais comum quando comparada a meningite bacteriana não há estudos prospectivos direcionados diretamente ao risco relativo de meningite bacteriana nessa população. Porém diversos estudos retrospectivos não associaram aumento de incidência de meningite bacteriana associada à convulsão febril benigna. Em 1996 a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendava que se considerasse “fortemente” realização de punção liquórica em menores de 12 meses, principalmente pela dificuldade em se avaliar adequadamente crianças nessa faixa etária. Em 2011 essa recomendação foi reavaliada:

Deve ser realizada em todas as crianças com sinais e sintomas de infecção de sistema nervoso central ou em qualquer criança onde história ou exame físico sugiram infecção do sistema nervoso central (RECOMENDAÇÃO B).

Opção em crianças de 6 meses a 12 meses se vacinação contra H. Influenza tipo b ou pneumococos não estiverem atualizadas ou forem desconhecidas (RECOMENDAÇÃO D).

Opção em crianças em uso de antimicrobianos (RECOMENDAÇÃO D).

EEG: Não deve ser realizado em crianças neurologicamente normais (RECOMENDAÇÃO B).

Eletrólitos séricos (cálcio, fósforo, magnésio e glicemia): Não devem ser realizados rotineiramente (RECOMENDAÇÃO B).

Hemograma: Não deve ser realizado rotineiramente (RECOMENDAÇÃO B).

Exame de neuroimagem: Não deve ser realizado rotineiramente (RECOMENDAÇÃO B).

Tratamento ambulatorial: Não há recomendação de terapêutica

anticonvulsivante contínua ou intermitente em crianças com uma ou mais convulsões febris benignas (RECOMENDAÇÃO B).

Nível de evidência e força de recomendação para terapêutica	
Nível de evidência	
1	Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (ECR). Um ou mais ECRs controlados, de tamanho adequado e com intervalo de confiança estreito.
2	Revisão sistemática de estudos de coorte. Estudo de coorte de boa qualidade. ECR de baixa qualidade (pequeno, seguimento < 80%).
3	Revisão sistemática de estudos caso-controle. Estudos caso-controle.
4	Série de casos. Estudos de coorte de baixa qualidade. Estudos de caso-controle de baixa qualidade.
5	Baseado na opinião de especialistas, ou em pesquisas experimentais, ou na fisiologia.

Força da recomendação	
A	Consiste em estudos de nível de evidência 1. Há boas evidências para apoiar a recomendação.
B	Consiste em estudos de nível de evidência 2 ou 3 ou extrapolado de estudos de nível de evidência 1 realizados com populações diferentes do estudo. Há evidências razoáveis para apoiar a recomendação.
C	Consiste em de nível de evidência 4 ou extrapolados de estudos de nível de evidência 2 ou 3 realizados com populações diferentes do estudo. As evidências são insuficientes, contra ou a favor.
D	Correspondente ao nível de evidência 5. Há evidências para descartar a recomendação.

Adaptado de: Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009)

Conclusões

O atendimento das crianças com convulsão febril benigna deve ser direcionado em identificar a causa da febre com atenção especial ao diagnóstico de meningite.

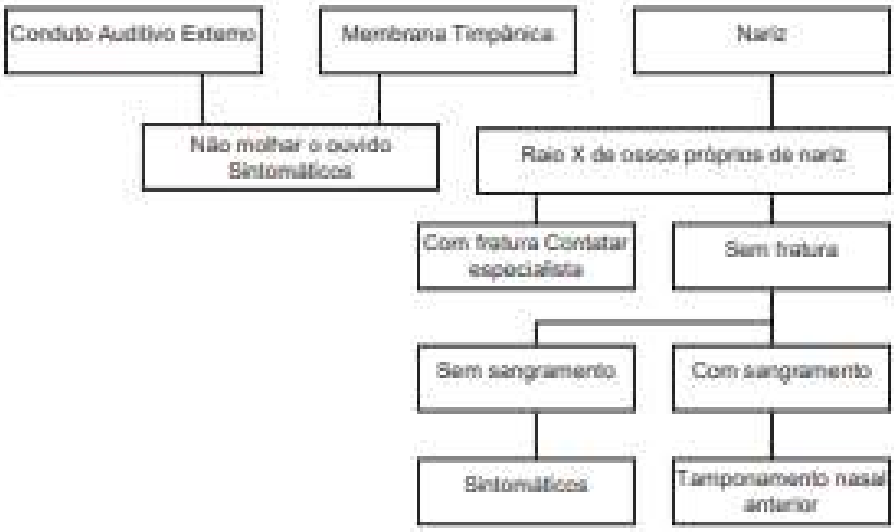
A punção liquórica deve ser realizada em todas as crianças com sinais e sintomas de infecção de sistema nervoso central ou em qualquer criança onde história ou exame físico sugiram infecção do sistema nervoso central, sendo opção em crianças de 6 meses a 12 meses se vacinação contra H. Influenza B ou pneumococos não estiverem atualizadas ou forem desconhecidas ou em crianças em uso de

antimicrobianos.

Em geral convulsão febril benigna não requer investigação secundária.

Apesar de evidências demonstrarem eficácia com uso de anticonvulsivantes na prevenção do risco de recorrência da convulsão febril benigna, a potencial toxicidade dessas medicações se sobrepõe ao eventual benefício de sua utilização. Assim, a terapia a longo prazo não está indicada. Em situações onde a ansiedade dos parentes for grande, o uso de diazepam oral intermitente no início da febre pode ser efetivo em prevenir recorrência

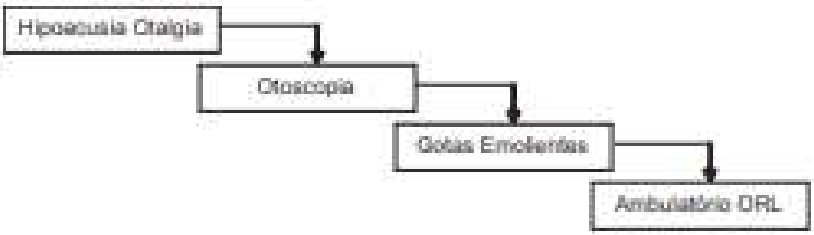
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



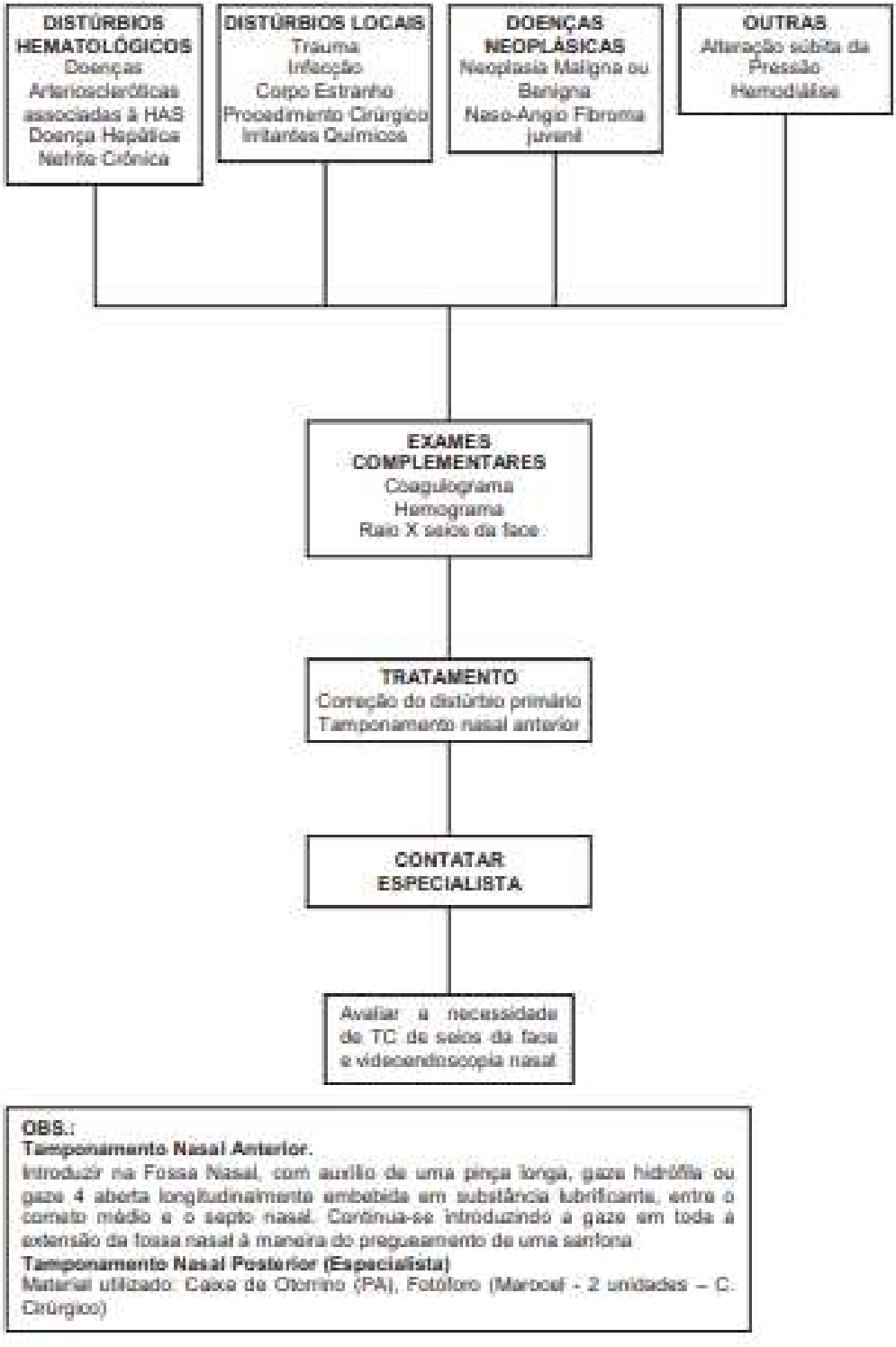
CORPO ESTRANHO



ROLHA CERUMINOSA

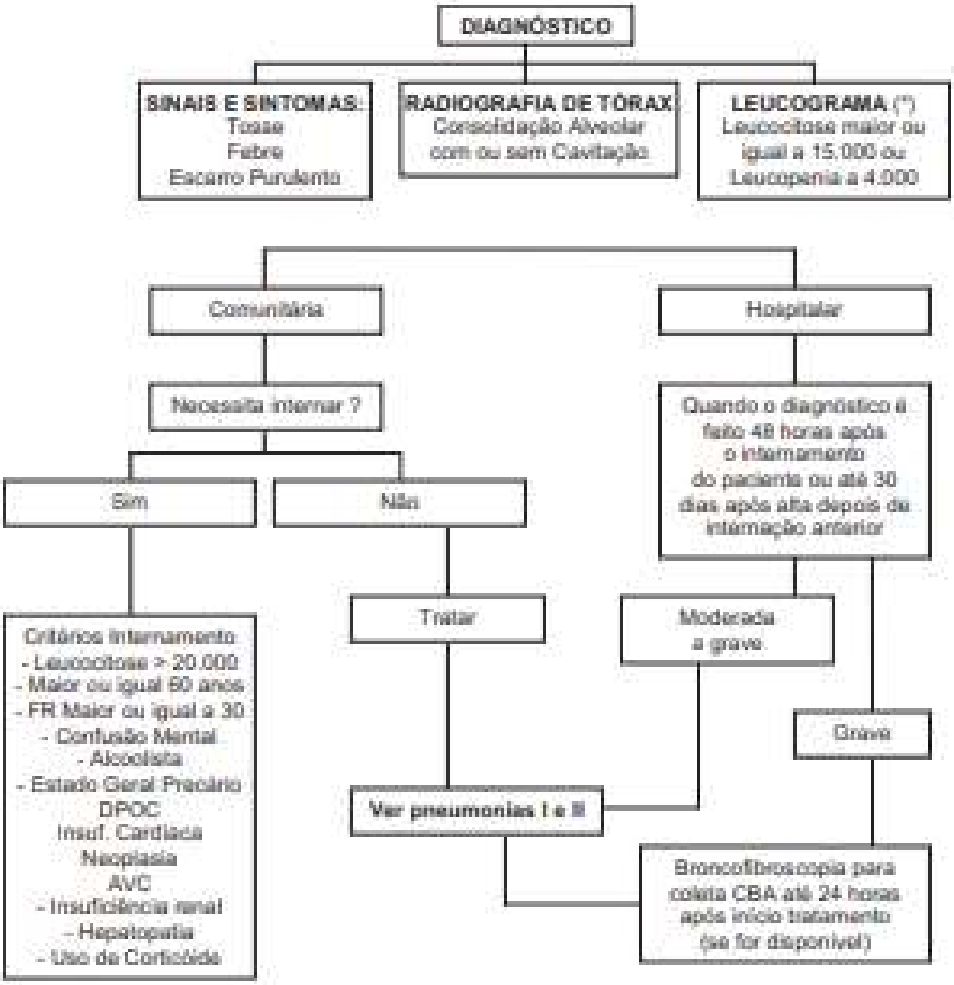


EPISTAXE



OBS.:
Tamponamento Nasal Anterior.
Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona.
Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)
Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marcosi - 2 unidades – C. Cirúrgico)

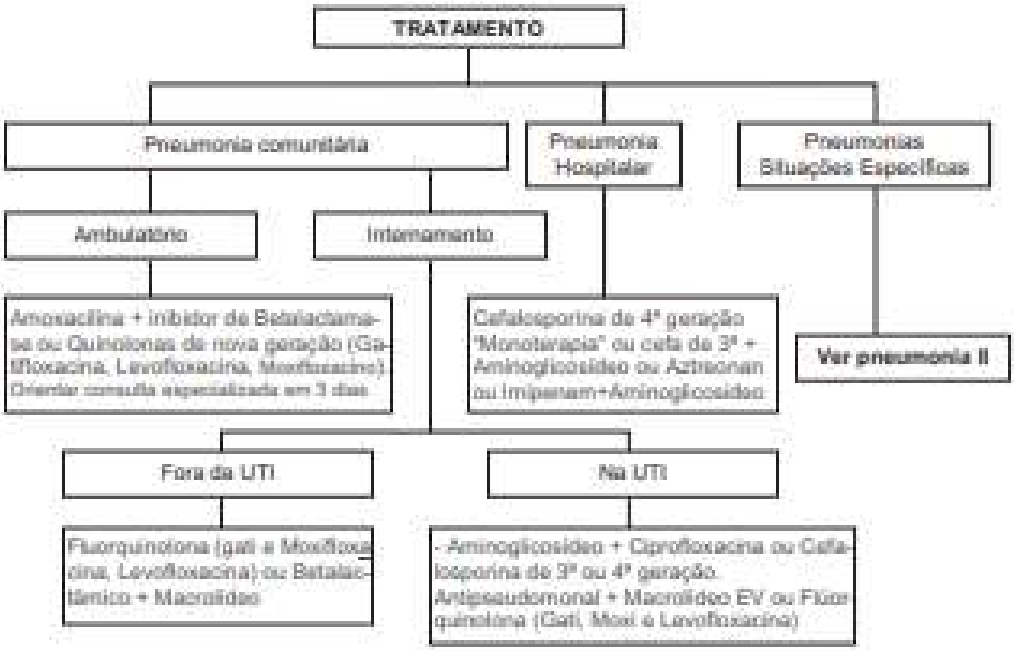
PNEUMONIAS (PN)



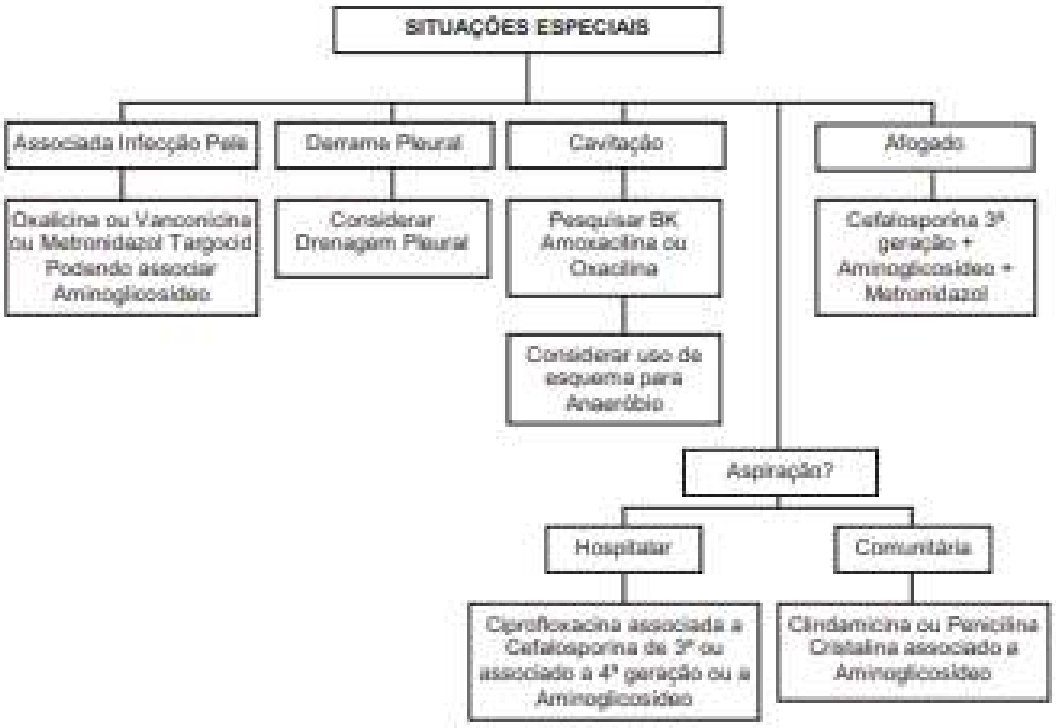
*Leucograma pode ser normal quando o patógeno for um agente atípico.

A Radiografia do tórax deve ser em PA e perfil.

PNEUMONIAS - I

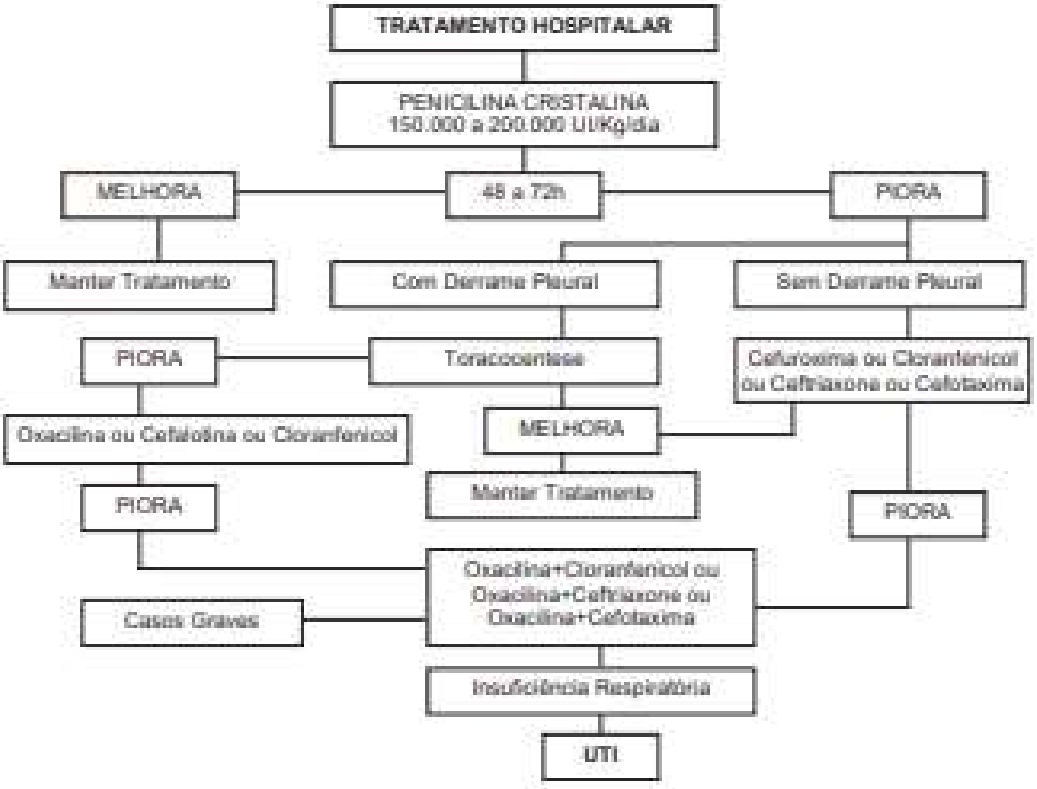


PNEUMONIAS - II

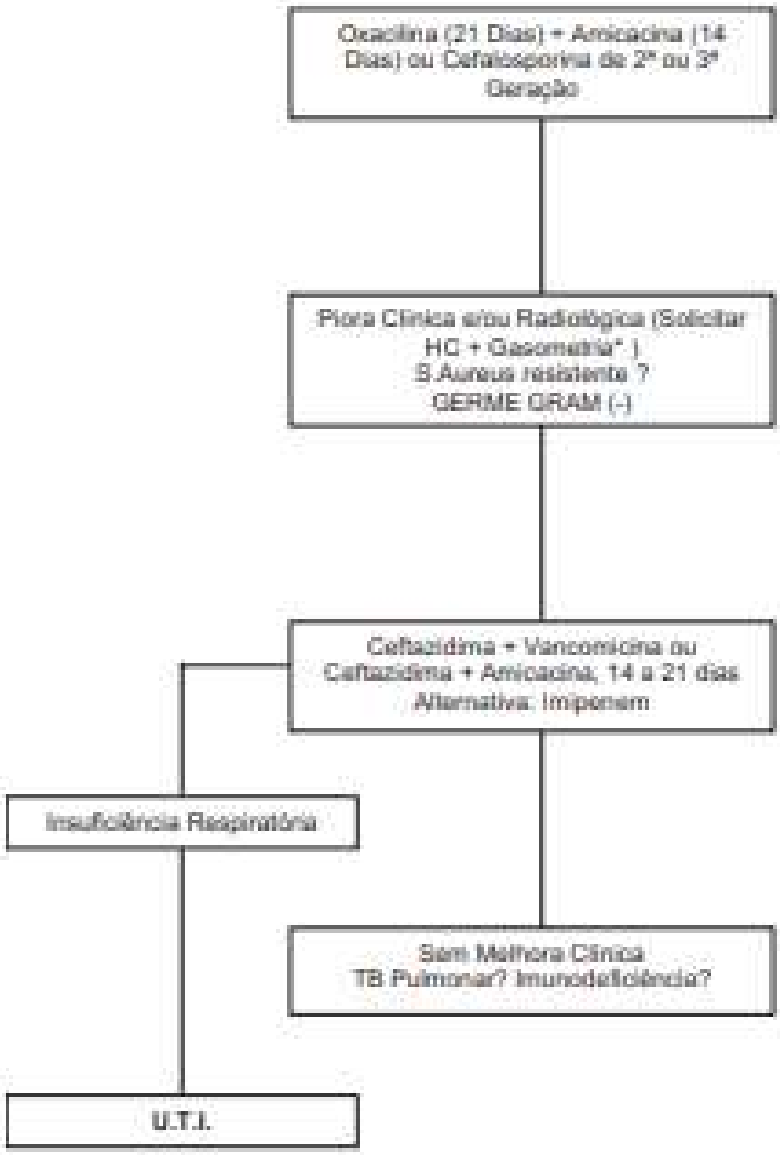


PNEUMONIA COMUNITÁRIA EM CRIANÇAS MAIORES DE 2 MESES





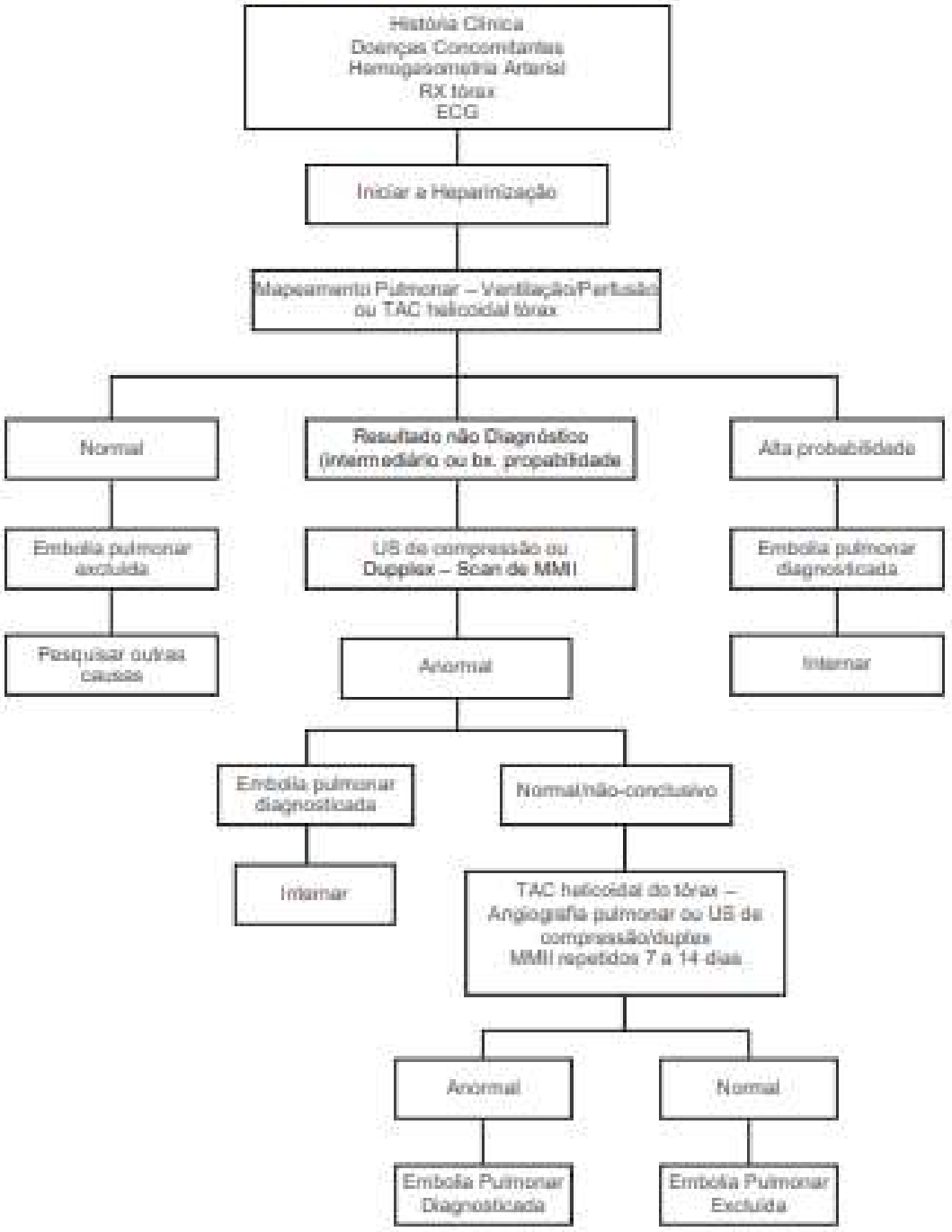
PNEUMONIA HOSPITALAR



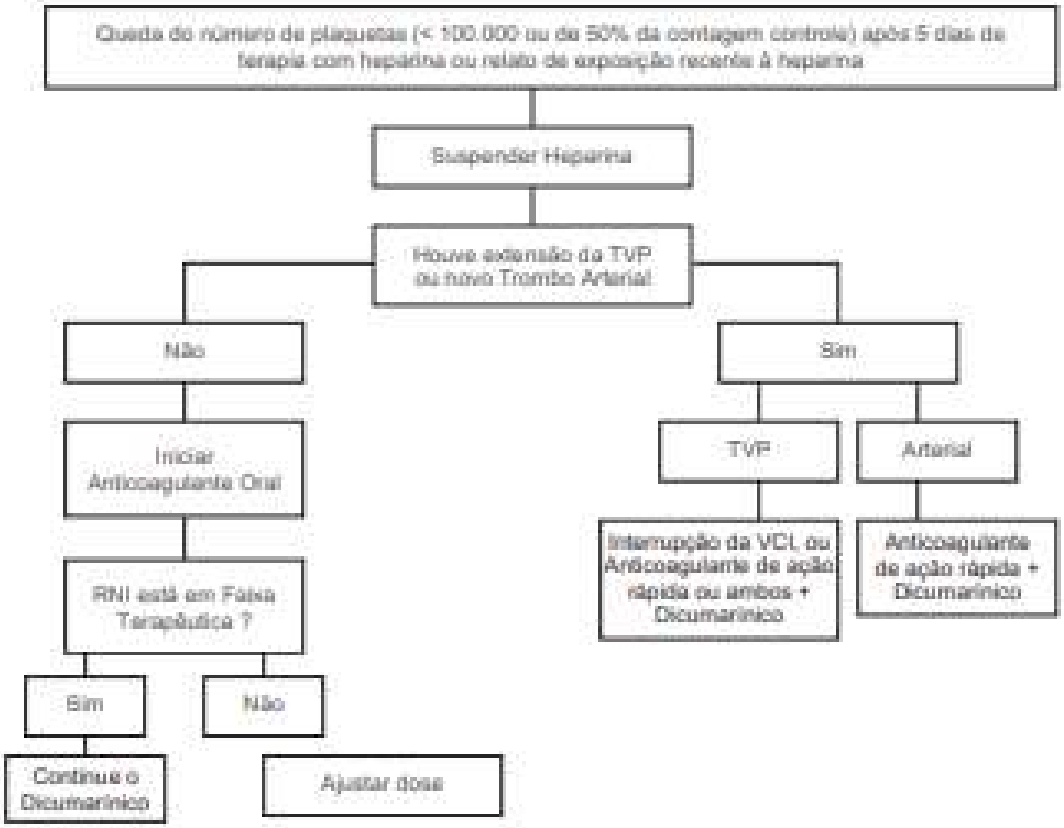
* Gasometria com sinais de Insuficiência Respiratória - Indicar U.T.I.

EMBOLIA PULMONAR

SUSPEITA DE EMBOLIA PULMONAR



MANEJO DA TROMBOCITOPENIA INTRODUZIDA POR HEPARINA



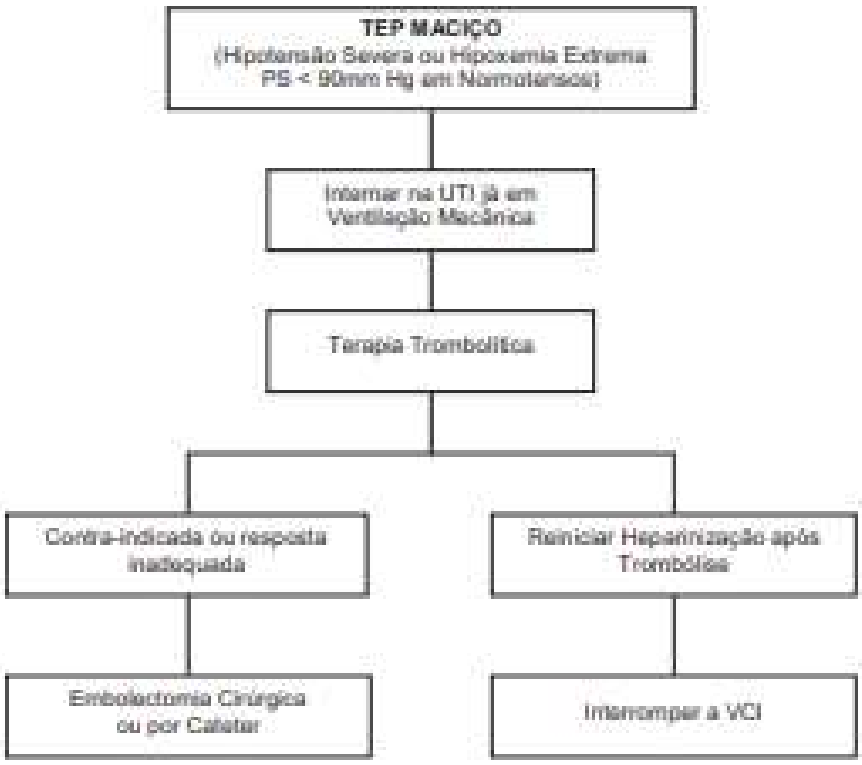
TROMBÓLISE NO TEP - INDICAÇÕES

Instabilidade Hemodinâmica.
Disfunção Sistólica de VD.
TEP Maciço.
TEP com Cardiopatia e Pneumopatia prévias.
TEP com diminuição de Perfusão em 1 lobo ou Múltiplos Segmentos Pulmonares.

OBS.:

1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.
2 - A Heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.
3 - Idade e câncer não são contra-indicações à Trombólise.
4 - A Trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.
5 - A Angiografia deve ser feita ou no MSE ou por Punção Femural, abaixo do ligamento inguinal.

ABORDAGEM DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MACIÇO (TEP)

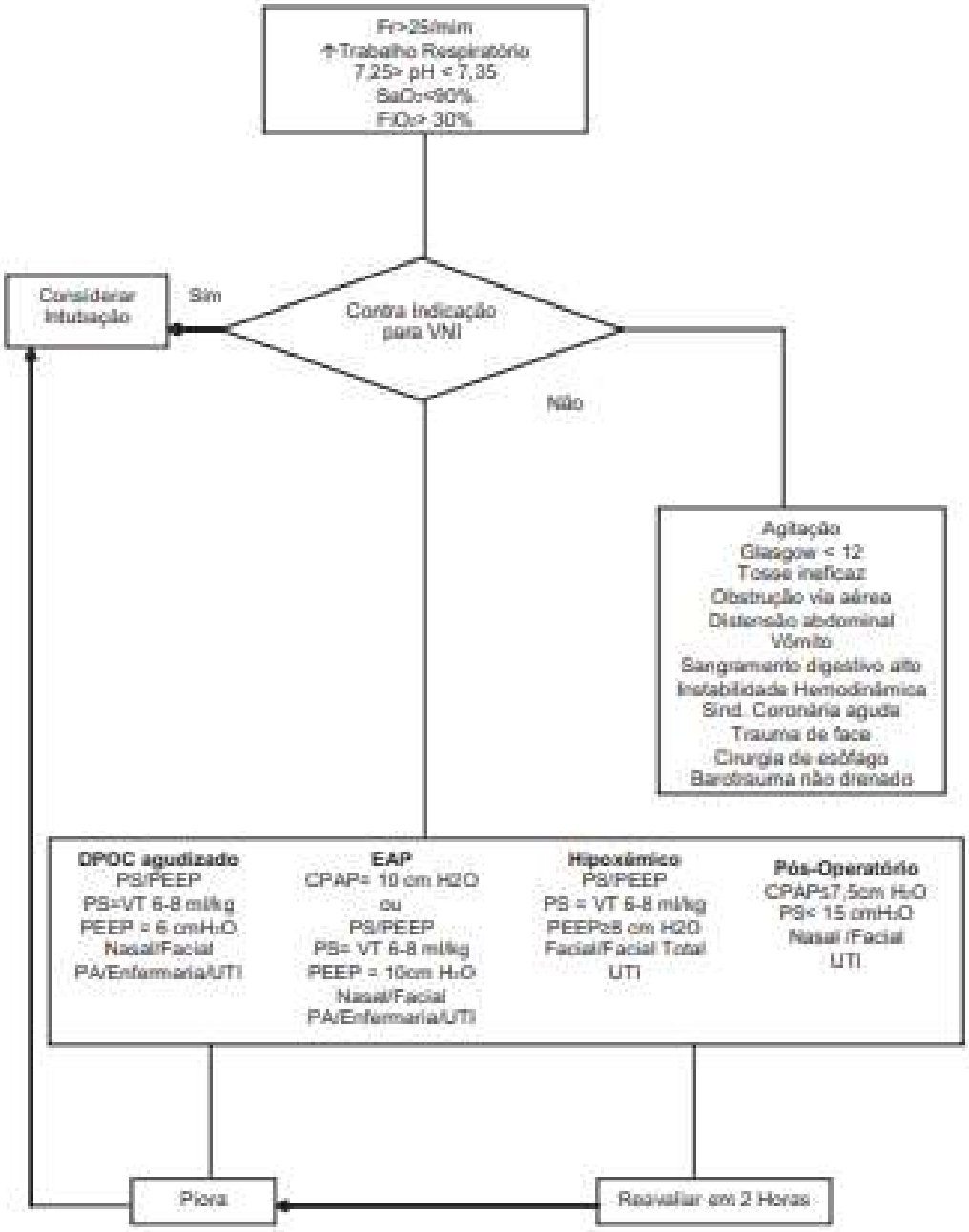


PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

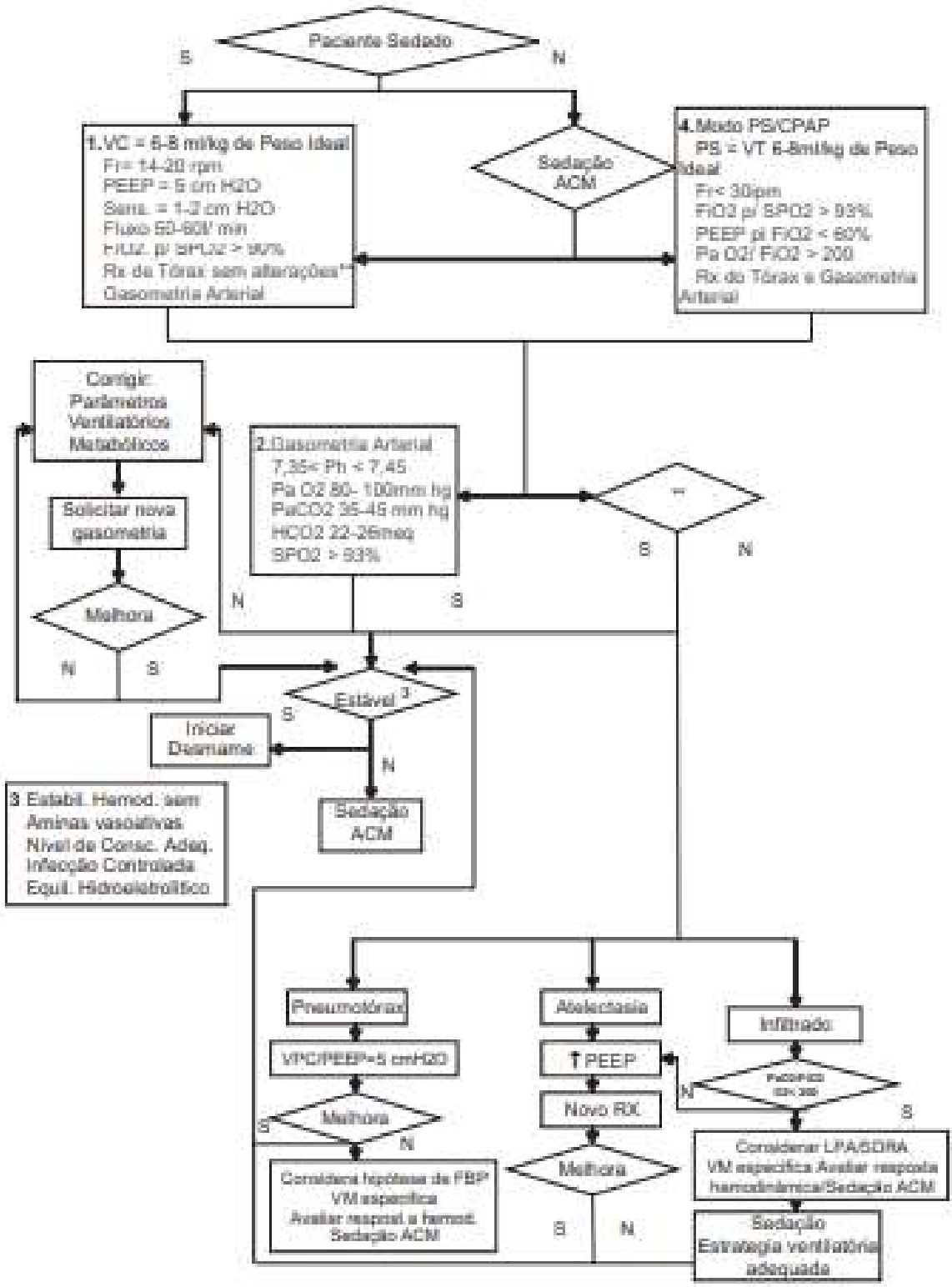
TTPa	REPETIR BOLUS	PARAR INFUSÃO (Min)	VELOCIDADE DE INFUSÃO ml/h	PRÓXIMO TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 – 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP TEP ou com TEP maior sem Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

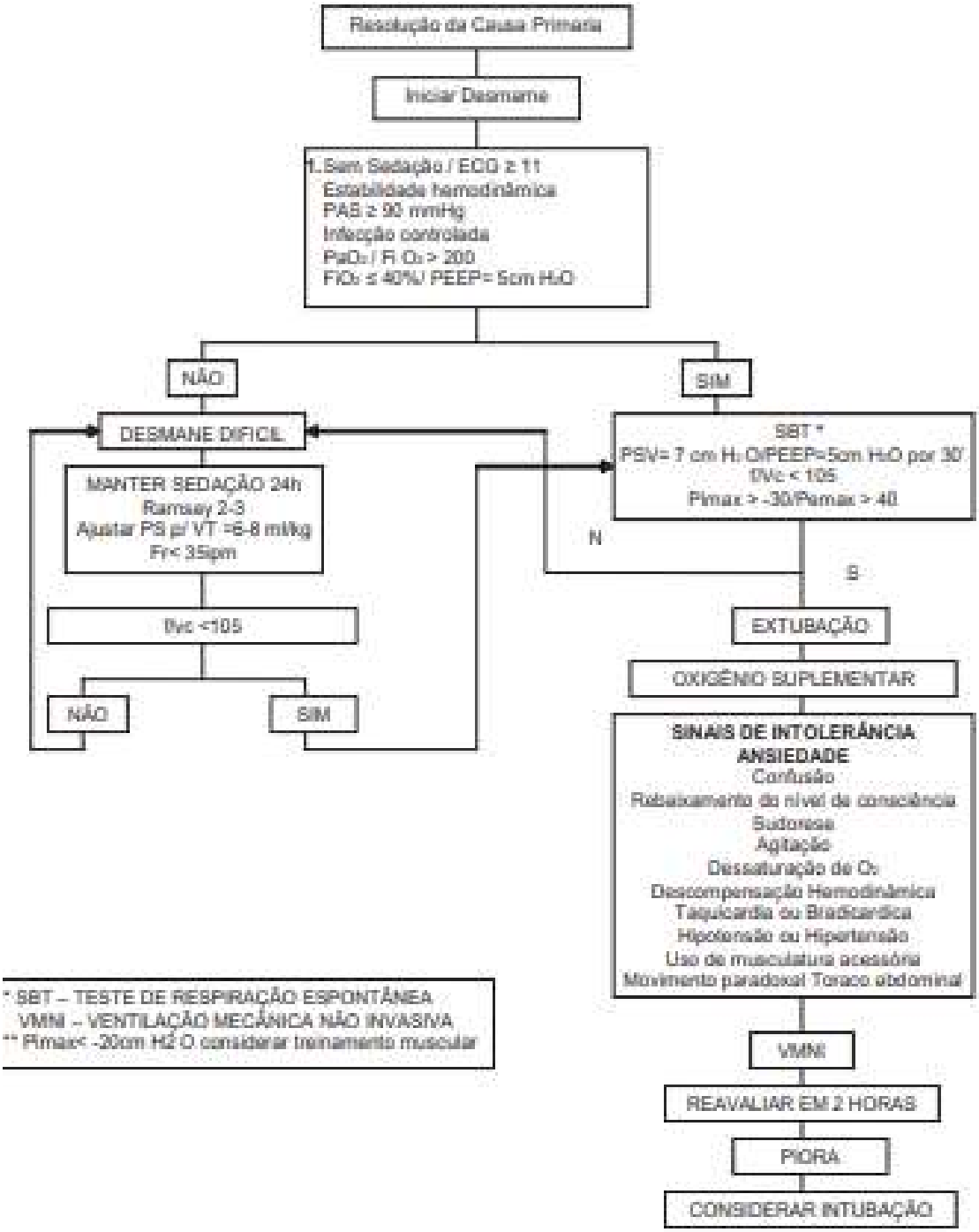
ASPECTOS DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA
VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA ADULTO



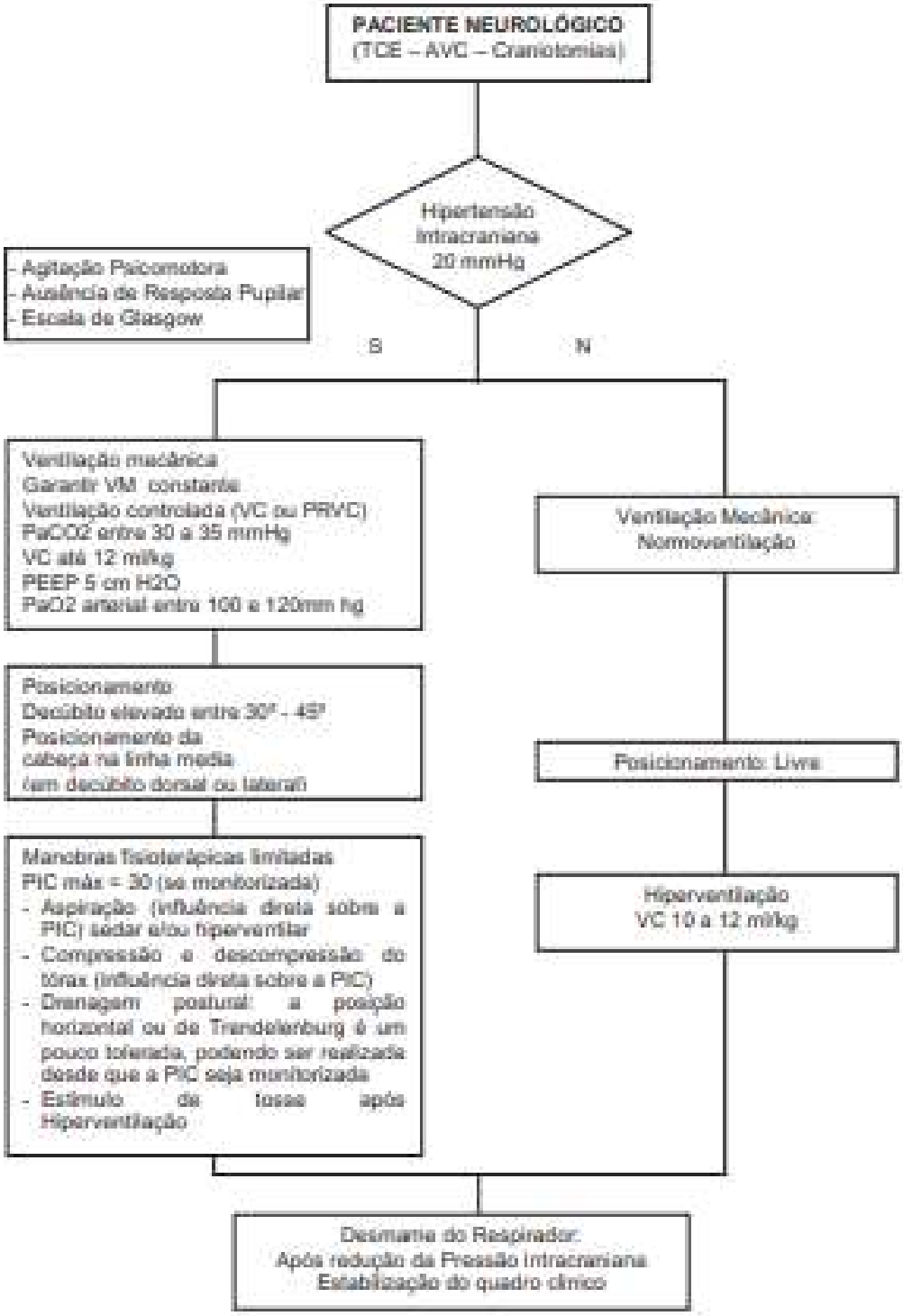
ADMISSÃO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA ADULTO



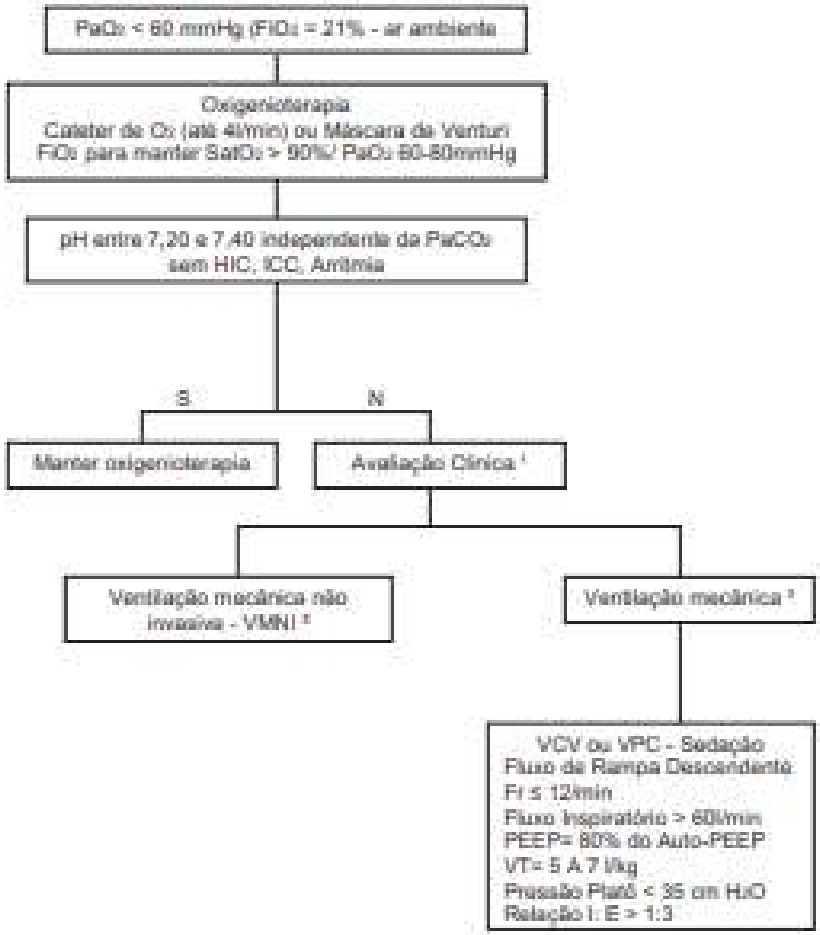
DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTE NEUROLÓGICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA EM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

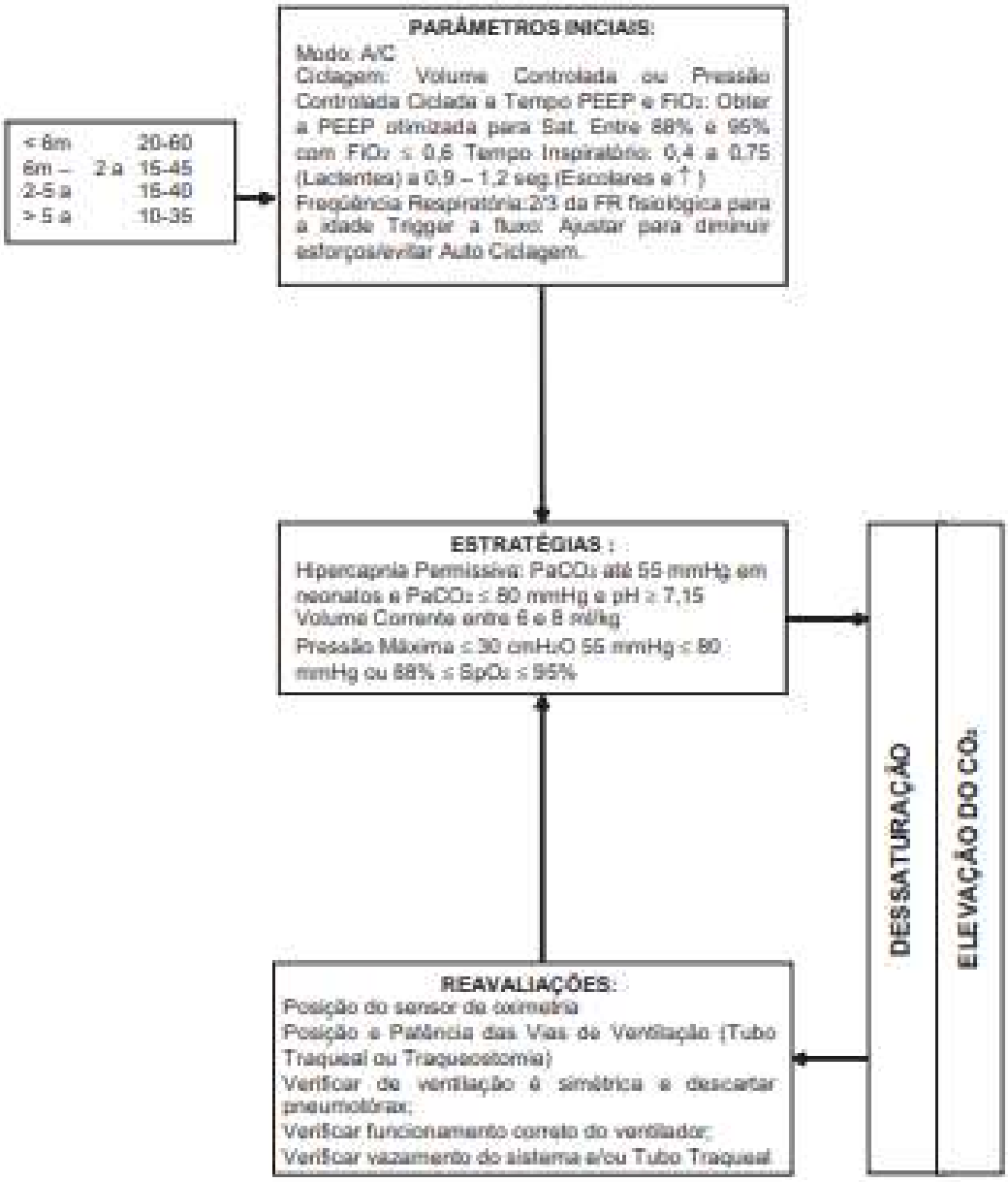


[1] **Avaliação Clínica**
Nível de consciência do paciente
Padrão Respiratório
Instabilidade Hemodinâmica

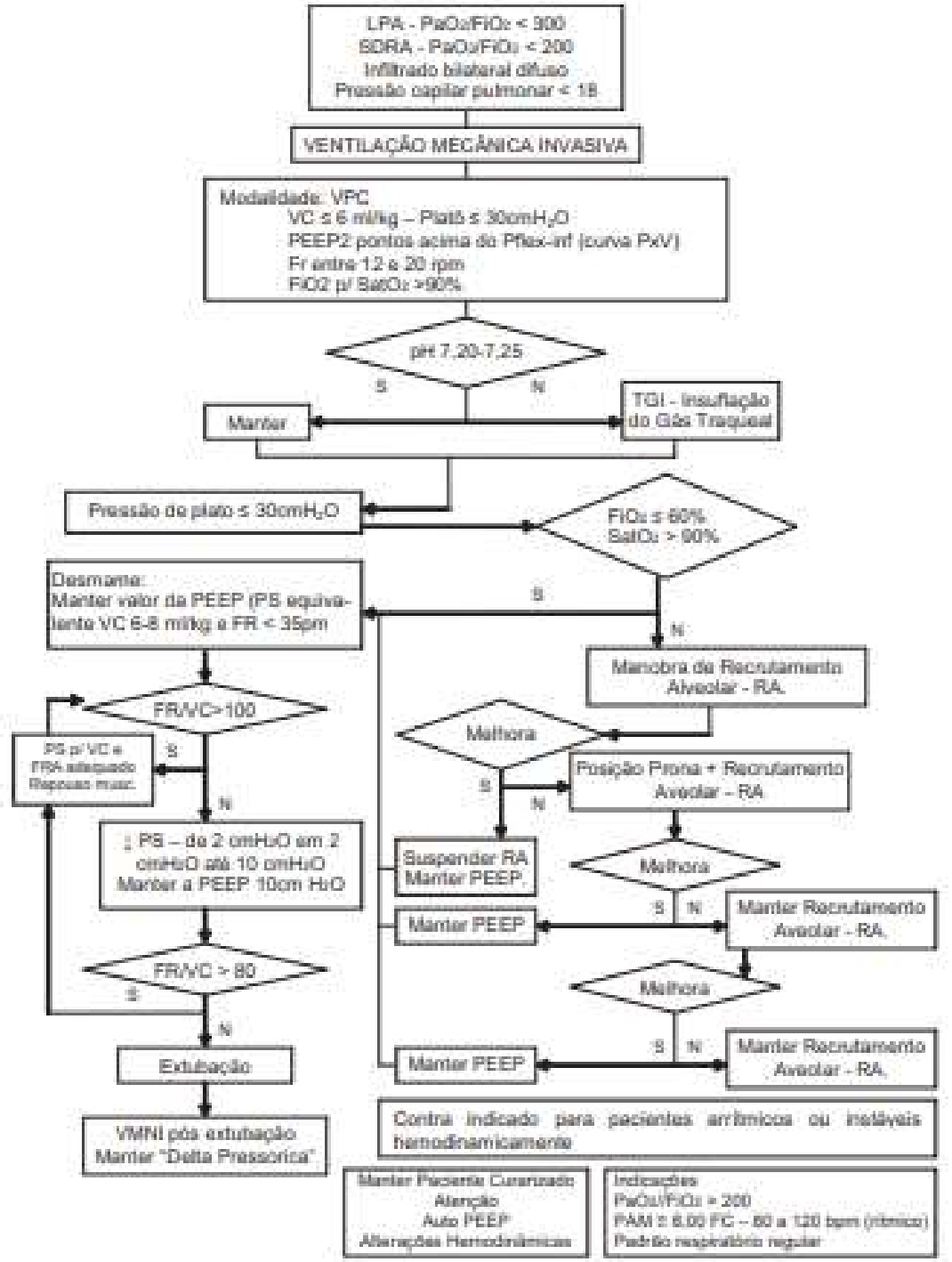
[2] **Critérios para utilização de VMNI**
Paciente colaborativo
Desconforto respiratório com Dispnéia moderada a severa / Fr < 35
Utilização da Musculatura Acessória
Estabilidade Hemodinamica
Nível de consc. rebaixado por Hipercapnia sem instabilidade Hemodinâmica

[3] **Critérios para IOT**
Glasgow ≤ 8, agitação, não colaborativo com VMNI
PCR
Instabilidade Hemodinâmica
Hipersecreção Pulmonar

VENTILAÇÃO MECÂNICA NA SDRA E CHOQUE SÉPTICO



VENTILAÇÃO MECÂNICA LESÃO PULMONAR AGUDA (LPA) SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO ADULTO (SDRA)



CÁLCULO DE CURVA PRESSÃO/VOLUME NO ADULTO

[1] Sedação e Curarização
Higiene Brônquica
Verificar vazamentos em circuitos
Monitorizar:
SatO2, PA, FC e Ritmo Cardíaco

↓

Homogenização do Parênquima Pulmonar
CPAP = 35 -40 cm H_2O por 30"

↓

FiO2 = 100
Vol. Controlado → VC = 4-5ml/kg
Pausa Insp.2" (p/ verificação platô)
Fr= 10 -12 ipm
Fluxo = 30l/min (onda quadrada)

↓

Após homogenização PEEP =0
↑ Progressivamente os níveis de PEEP de 2 em 2cm H_2O, aguardar 1' em cada novo nível da PEEP – medir Complacência Pulmonar

↓

Interromper o processo quando a complacência cair ou a pressão de platô exceder 45 cm H_2O

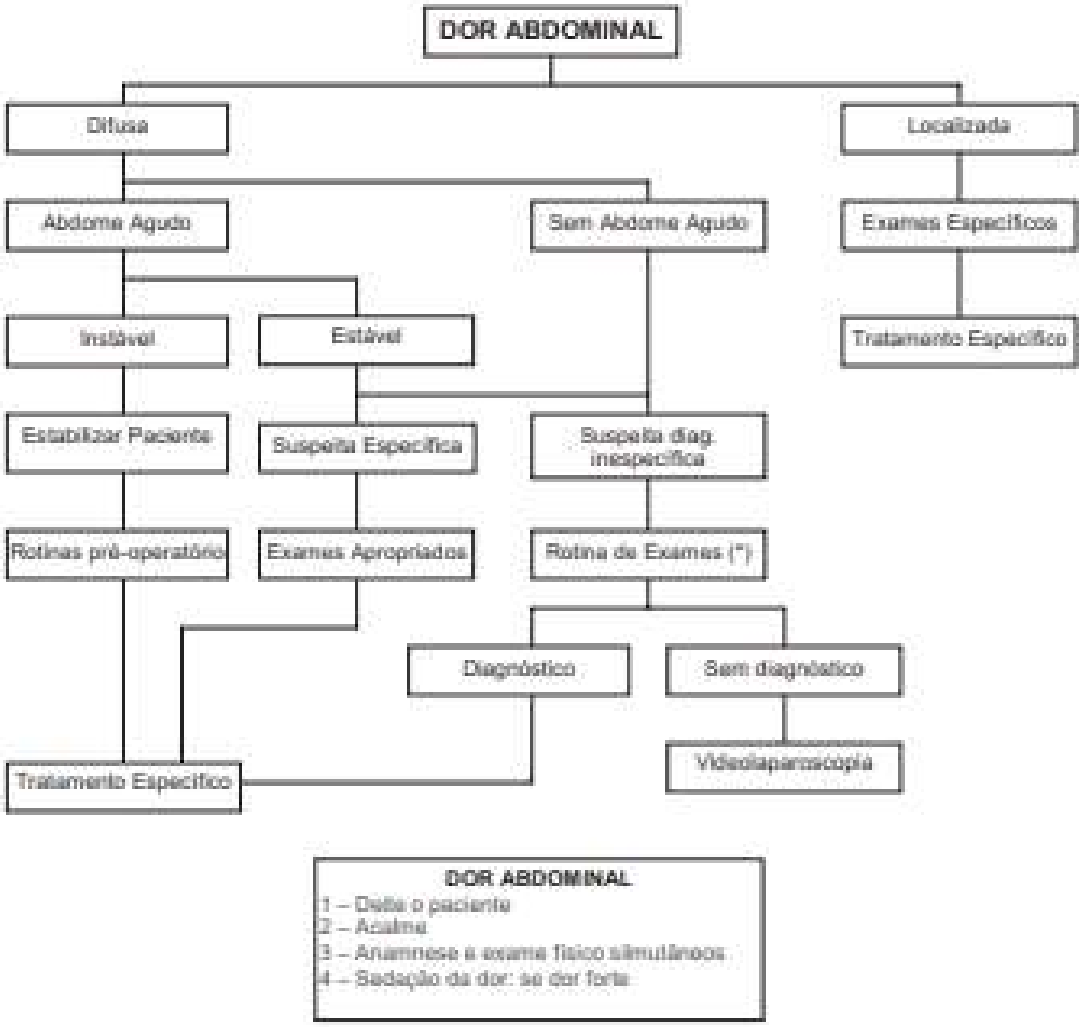
↓

[2] "**PEEP ideal**" será encontrada somando-se 2cm H_2O ao valor da PEEP que determinou a melhor complacência (melhor VC com menor pico de pressão insp.)

[1] Contra Indicações/ Critérios de exclusão:
Instabilidade Hemodinâmica (PAM ≤ 140 hpm/ arritmias)
Hipertenção Intracraniana
DPOC
Ocorrência de Pneumotórax e Fístula Bronco-pleural até pelo menos 48 hs
Situações onde está contra-indicado Hipercapnia

[2] Complacência = $\frac{VC}{Platô - PEEP}$

DOR ABDOMINAL AGUDA



(*) Rotina de Exames Homem: Hemograma; sumário de urina; amilase; RX. De tórax PA de pé; RX. De abdome PA de pé e deitado; Ultra Sonografia (US) de abdome total (após ver RX.) Mulher em idade fértil (Até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo com laqueadura tubária.) Hemograma; sumário de urina; amilase; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); Beta HCG, se Beta HCG neg.; RX. De tórax PA de pé; RX. De abdome AP de pé.e deitado. Mulher fora da idade fértil Rotina de exames p/ homem com US total e pelve

CAUSAS DA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA

1) Hipocôndrio D
Cólica biliar
Colecistite
Colangite
Pancreatite
Abscesso hepático
Hepatites
Neoplasias: do estômago, cólon, vesícula e vias biliares, fígado e pâncreas

2) Fossa ilíaca D
Apendicite
Infecção urinária
Patologias ginecológicas
Cálculo ureterolateral
Neoplasia de cólon

3) Hipogástrio
Apendicite
Infecção urinária
Patologias ginecológicas
Cálculo vesical
Neoplasia de cólon e bexiga

4) Epigástrio
Angina
IAM inferior
Aneurisma de aorta
Esofagite
Gastrite
Úlcera péptica perfurada ou não
Cólica biliar
Colecistite
Colangite
Pancreatite
Neoplasias de esôfago, estômago e cólon

5) Flancos D e E
Infecção urinária
Cálculo ureterolateral
Patologias ginecológicas
Pielonefrite
Neoplasia de cólon

6) Fossa ilíaca E
Diverticulite
Neoplasia de cólon
D. inflamatória (Crohn/ Retocolite)
Patol. ginecológicas
Cálculo ureterolateral
Infecção urinária

7) Hipocôndrio E
Gastrite
Úlcera péptica perfurada ou não
Pancreatite
Neoplasias de estômago e cólon
Abscesso esplênicos

DOR ABDOMINAL
Objetivos:
Afastar abdome agudo cirúrgico
Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo
Afastar doenças clínicas que matam

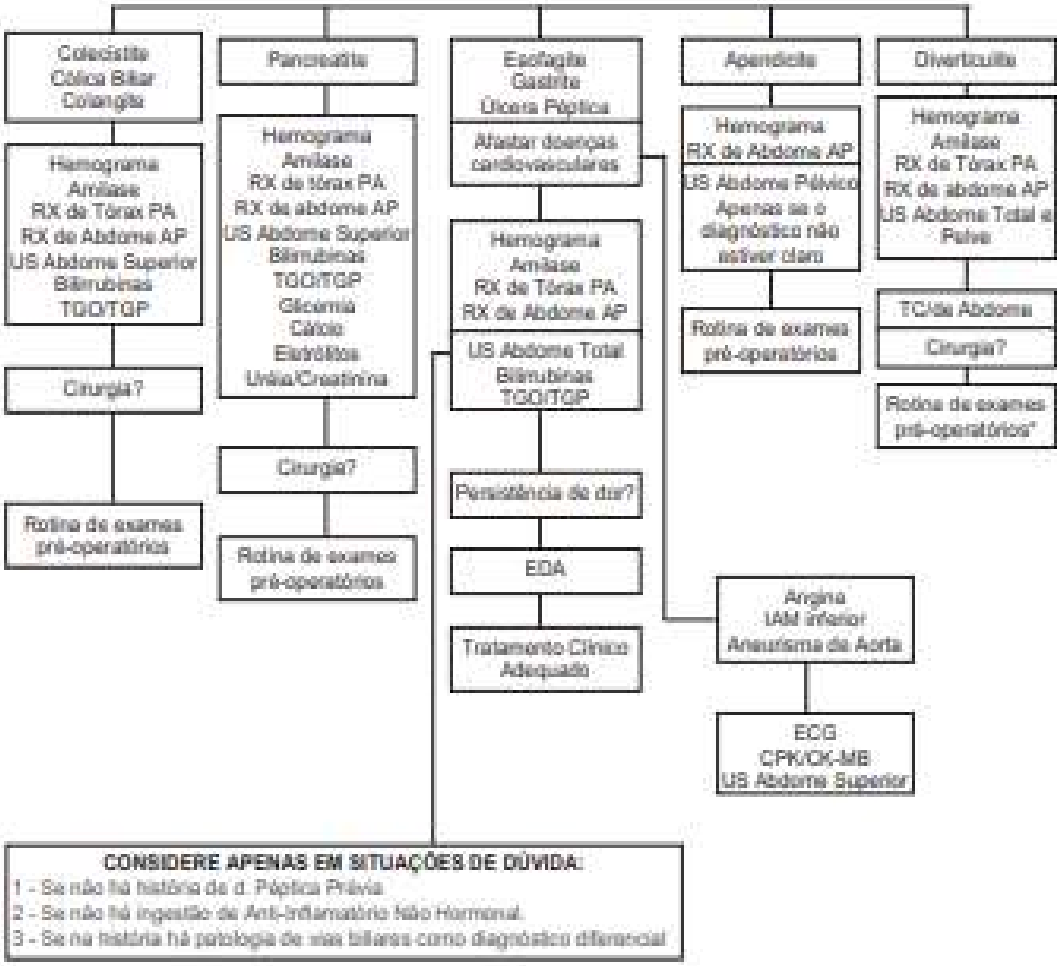
A rotina de exames visa a não deixar descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento.

Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar.

A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

ROTINA DE EXAMES
1 – Hemograma completo, TGO, TGP, amilase
2 – EAS
3 – Ecografia abdominal superior ou total.

ROTINAS DE EXAME NA DOR ABDOMINAL LOCALIZADA



DOR ABDOMINAL

Objetivos:

Afastar Abdome Agudo Cirúrgico.

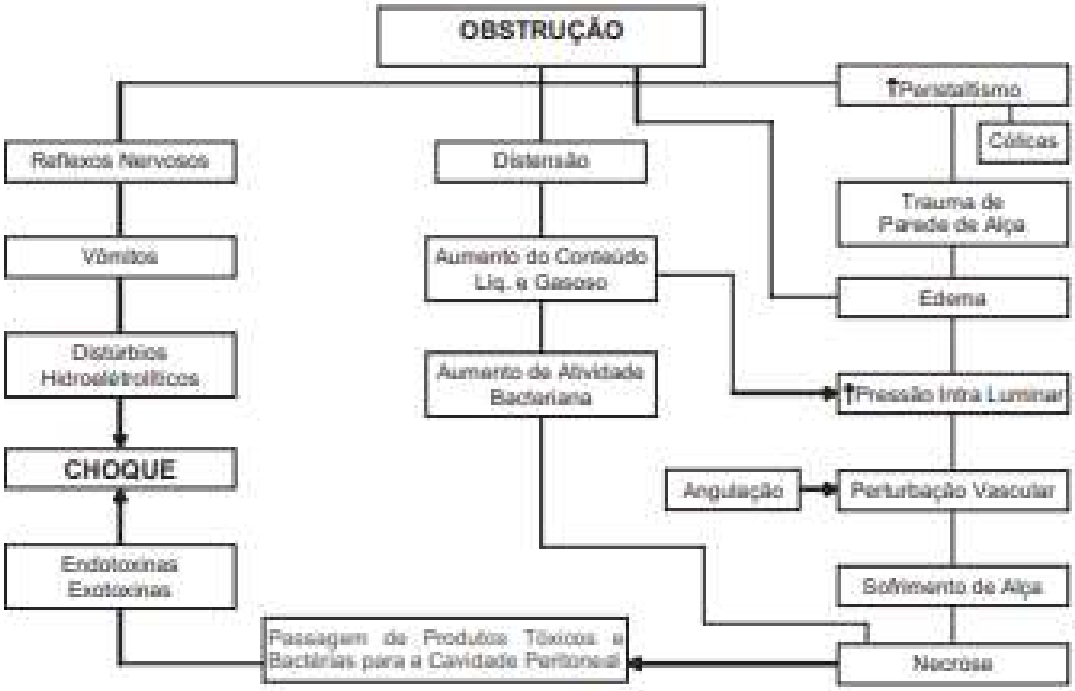
Afastar doenças clínicas que complicam com Abdome Agudo.

Afastar doenças clínicas que matam.

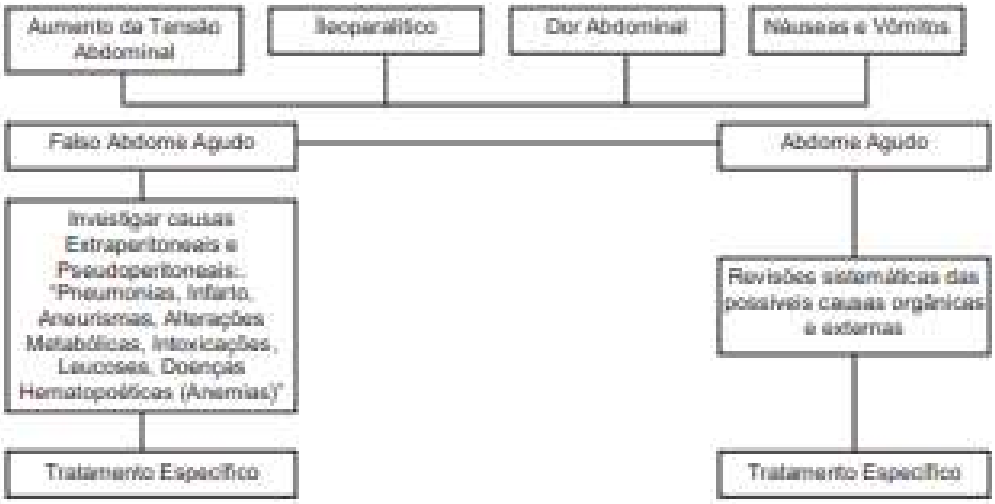
ROTINA PRÉ – OPERATÓRIA:

Hemograma Completo
Glicemia
Creatinina
Coagulograma
EAS
Ecografia Abdominal Superior ou Total.
Parecer Cardiológico

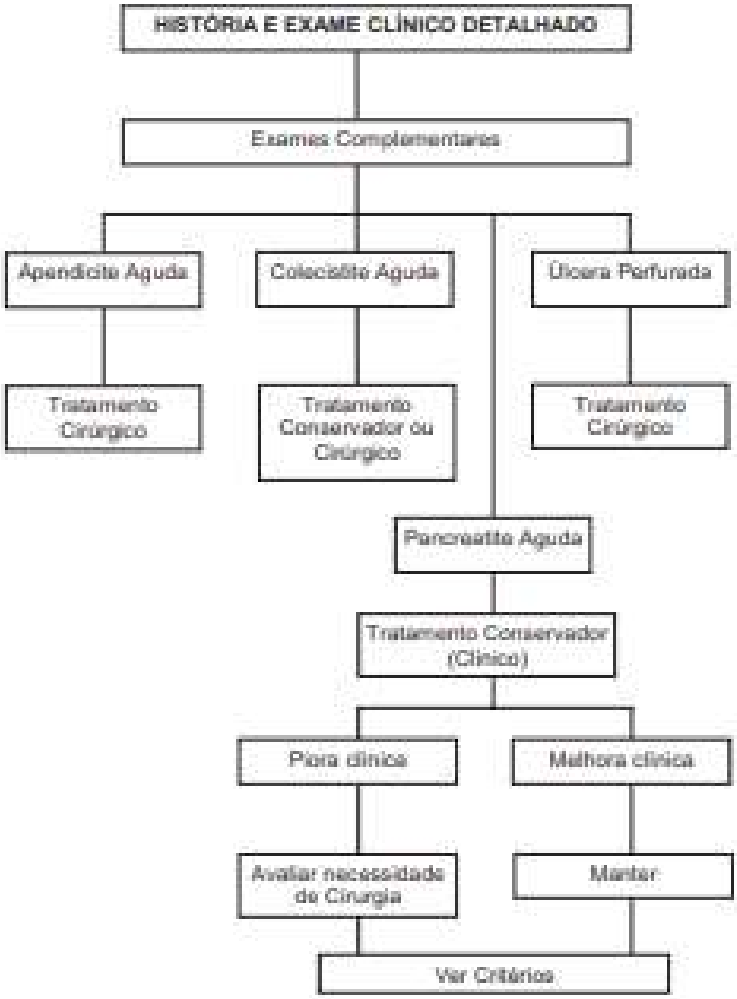
OBSTRUÇÃO INTESTINAL
FISIOPATOLOGIA



ABDOME AGUDO
DIAGNÓSTICOS



ABDOME AGUDO INFLAMATÓRIO
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO



OBS:
Prevenir o choque
Fazer exames de rotina para abdome agudo para todos os casos e exames específicos quando indicado.

PANCREATITE AGUDA – I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma Uréia/Creatinina Sódio/Potássio Glicemia Transaminases Fosfatase alcalina Cálcio Proteínas totais e frações LDH Amilase Gasometrial arterial	Repouso absoluto Dieta zero Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos Sedar a dor Tratamento de alterações hidroeletrolíticas Inibidores da bomba de prótons Tratamento do choque ou hipovolemia com cristaloides Observar débito urinário e PVC Identificar e tratar a hipovolemia Identificar e tratar a oligúria Antibióticos*

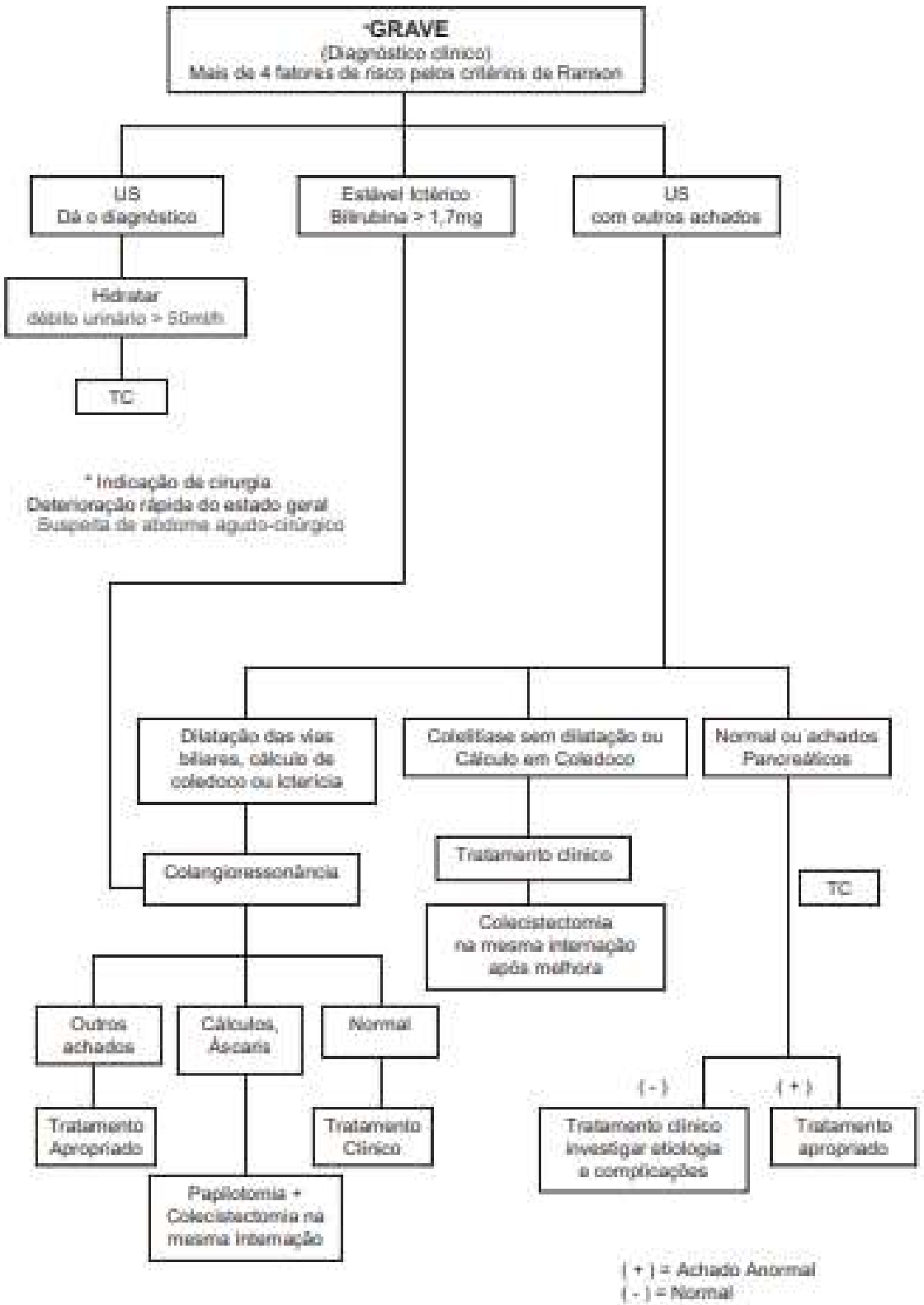
CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)	
PANCREATITE NÃO-BILIAR	**PANCREATITE BILIAR**
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm³	2. Número de leucócitos > 18.000mm³
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 350UI/L
Durante as 48 horas iniciais	Durante as 48 horas iniciais
6. Queda maior que 10% no hematócrito	6. Queda maior que 10% no hematócrito
7. Aumento no BUN > 5mg/dl	7. Aumento da uréia > 2mg/dl
8. Cálcio sérico < 8mg/dl	8. Cálcio sérico < 8mg/dl
9. PaO2 < 60mmHg	9. Déficit de base > 5mEq/L
10. Déficit de base > 4mEq	10. Sequestração hídrica > 4 litros
11. Sequestração hídrica > 6 litros	

Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)	
ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM < 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC < 50bpm. Taquicardia ventricular/ fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO2 > 40% e/ou PEEP > 5cm H2O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow < 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito < 20%. Leucócitos < 3.000. Plaquetas < 50.000.
Hepático	CIVD.
Gastrointestinal	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UI. LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

ANTIBIÓTICOS: (*) Casos muito graves. (*) Suspeita de Infecções. (*) Colangite ou Colecistite

PANCREATITE AGUDA – II



ICTERÍCIA

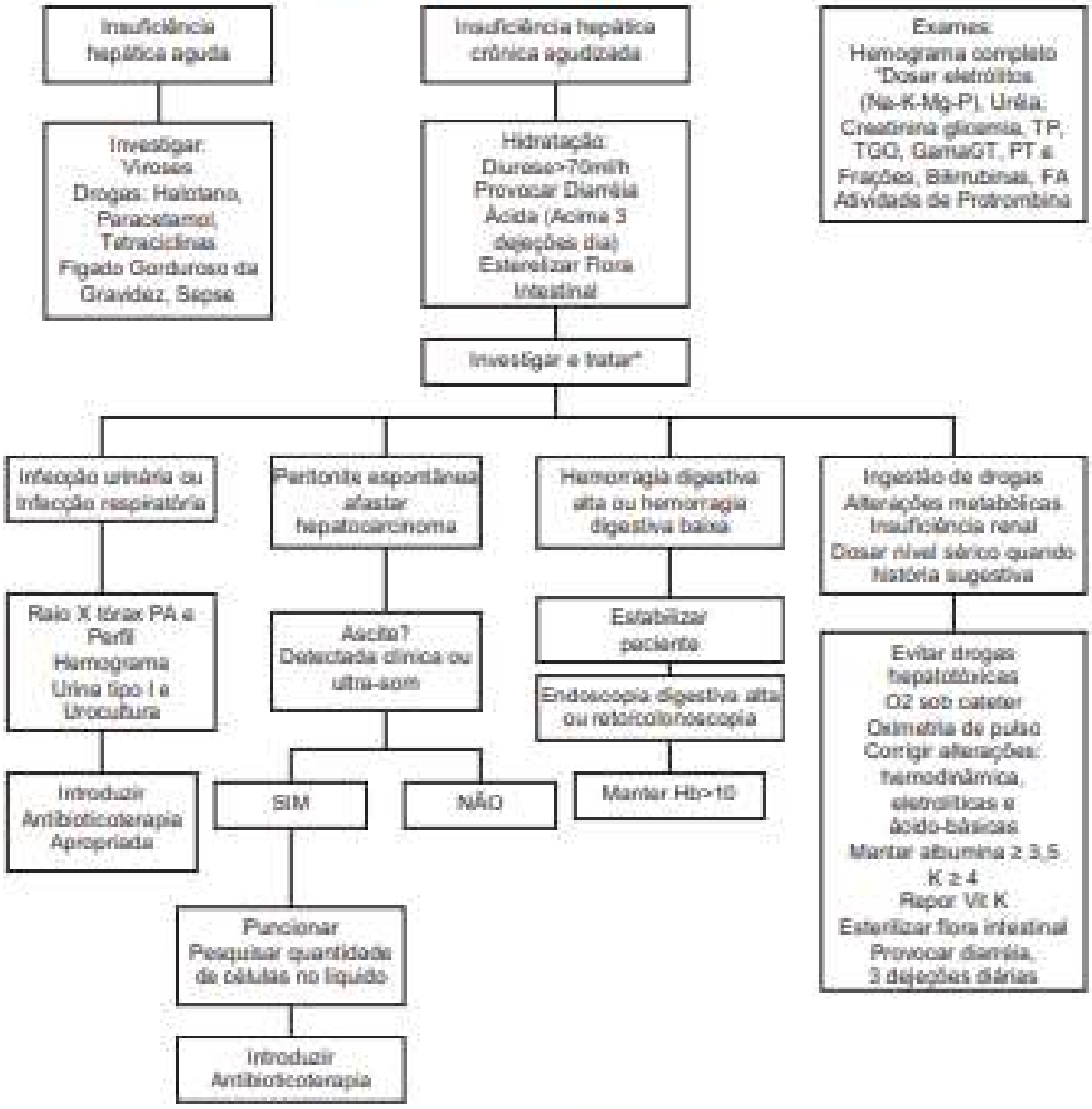


(+) = Achado anormal
(-) = Normal

EXAMES
Hemograma/plaquetas
Sumário de urina
Amilase
Tempo de Protrombina
Transaminases, Gama GT

MEDIDAS GERAIS
Venóclise
Sintomáticos
Vitamina K 10mg/ dia

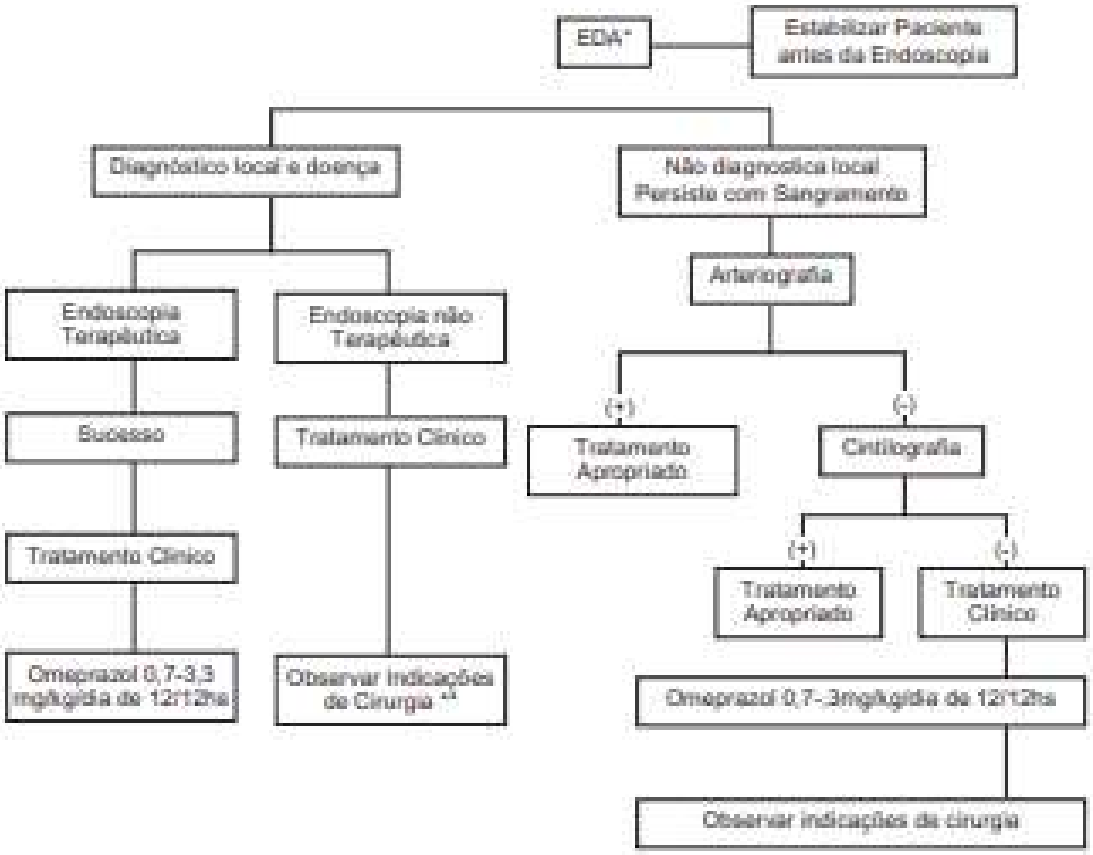
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA



CLASSIFICAÇÃO DE CHILD TURCOTTE			
GRUPOS:	**A**	**B**	**C**
Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
Estado nutricional	Bom	Regular	Mal

*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA I



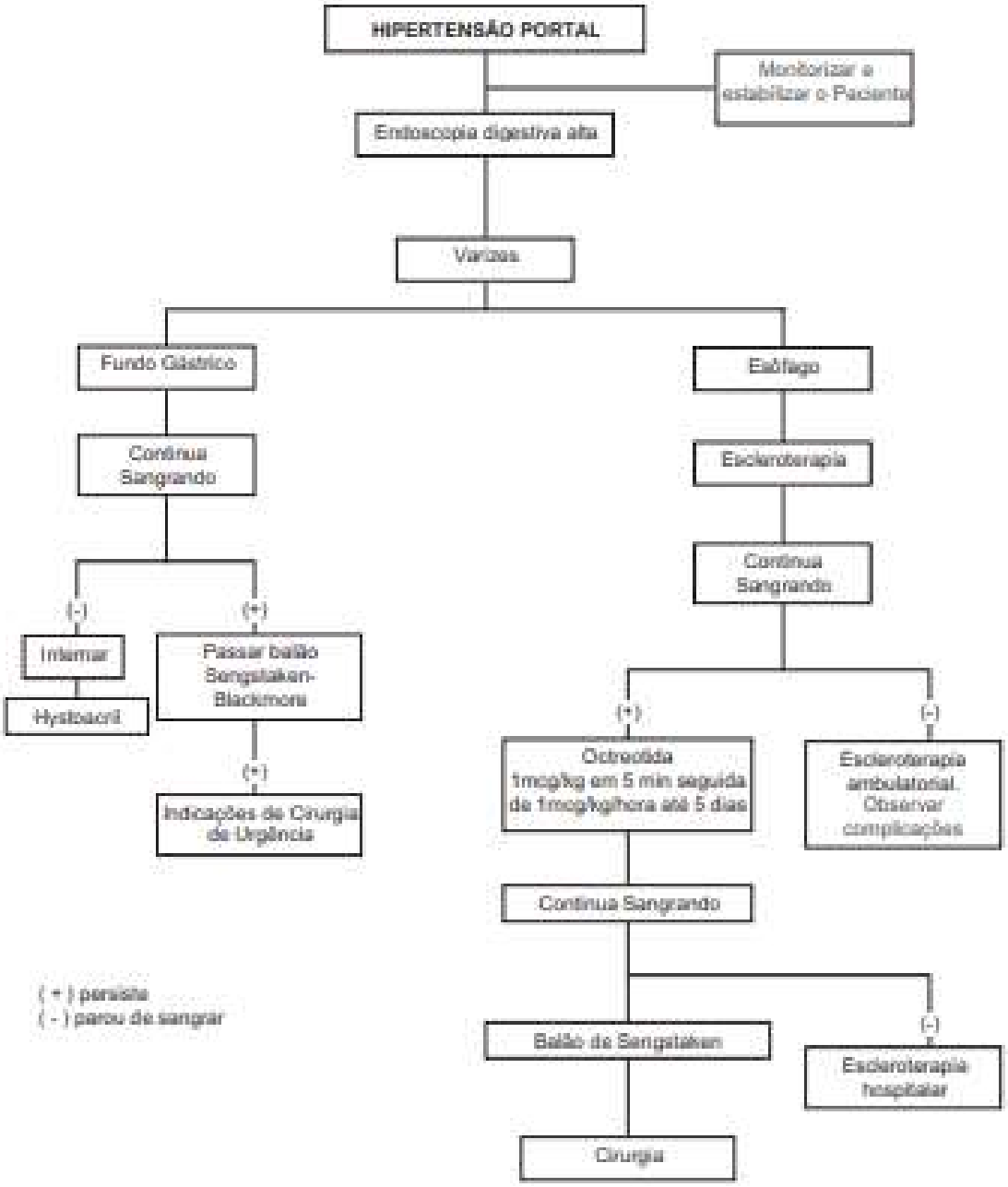
**** INDICAÇÕES DE CIRURGIA:**

-pac. Portador de Ca com hemorragia;
-pac. Com hemorragia e obstrução ou perfuração;
-pac. Que sangra, pára e reforma a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
-pac. Portador de sangue raro
-pac. Que necessita de transfusão de 8/8 hs para manter Ht>25 e Hb > 8
-pac. Que sangrou durante tratamento clínico.

Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostina (Sandostatin) – dose inicial de 1-2 mcg/kg em 2-5 min. Em seguida 1 mcg/kg/hora.

(+) encontrou sangramento local
(-) Não encontrou

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA II



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA III

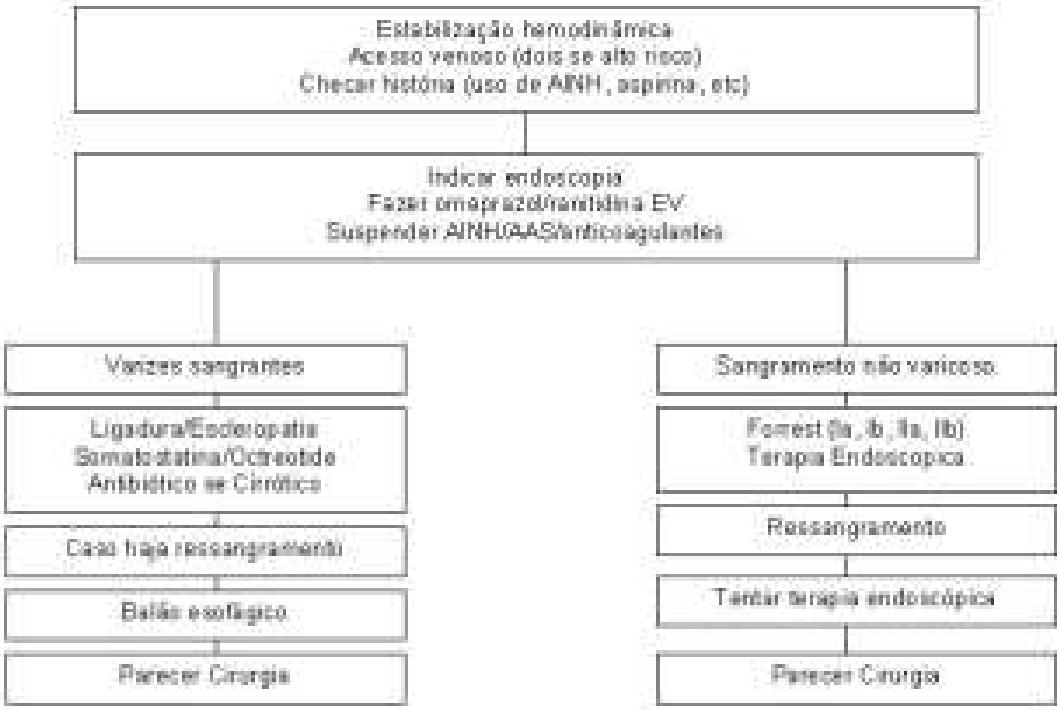
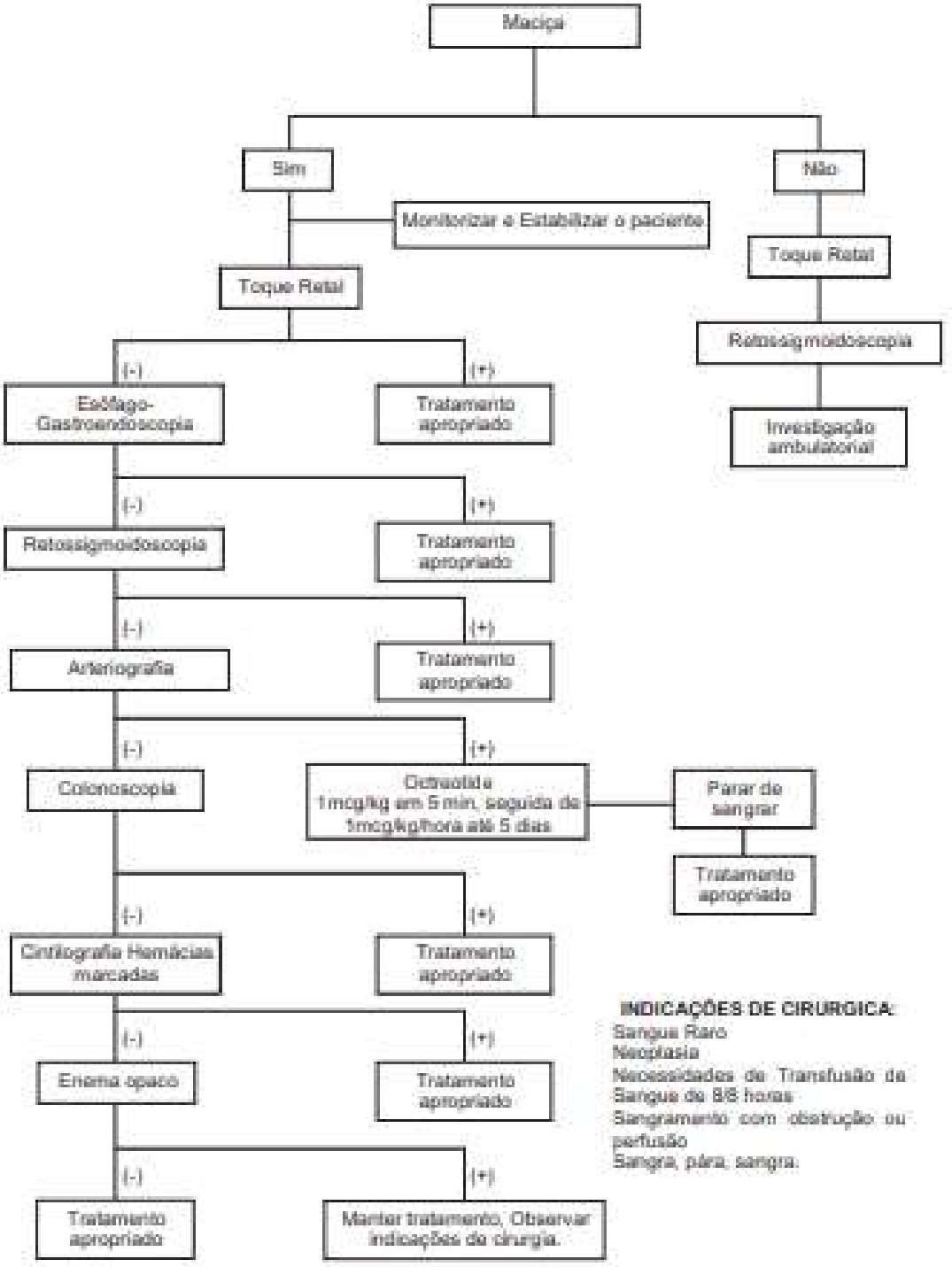


TABELA 1 – FATORES DE RISCO PARA PROGNÓSTICO RUIM
Idoso (>60 anos) Comorbidades Sangramento ativo (hematemese, sangue vivo na SNG , hematoquezia) Hipotensão ou choque Transfusão = unidades Paciente internado antes do sangramento Coagulopatia Severa

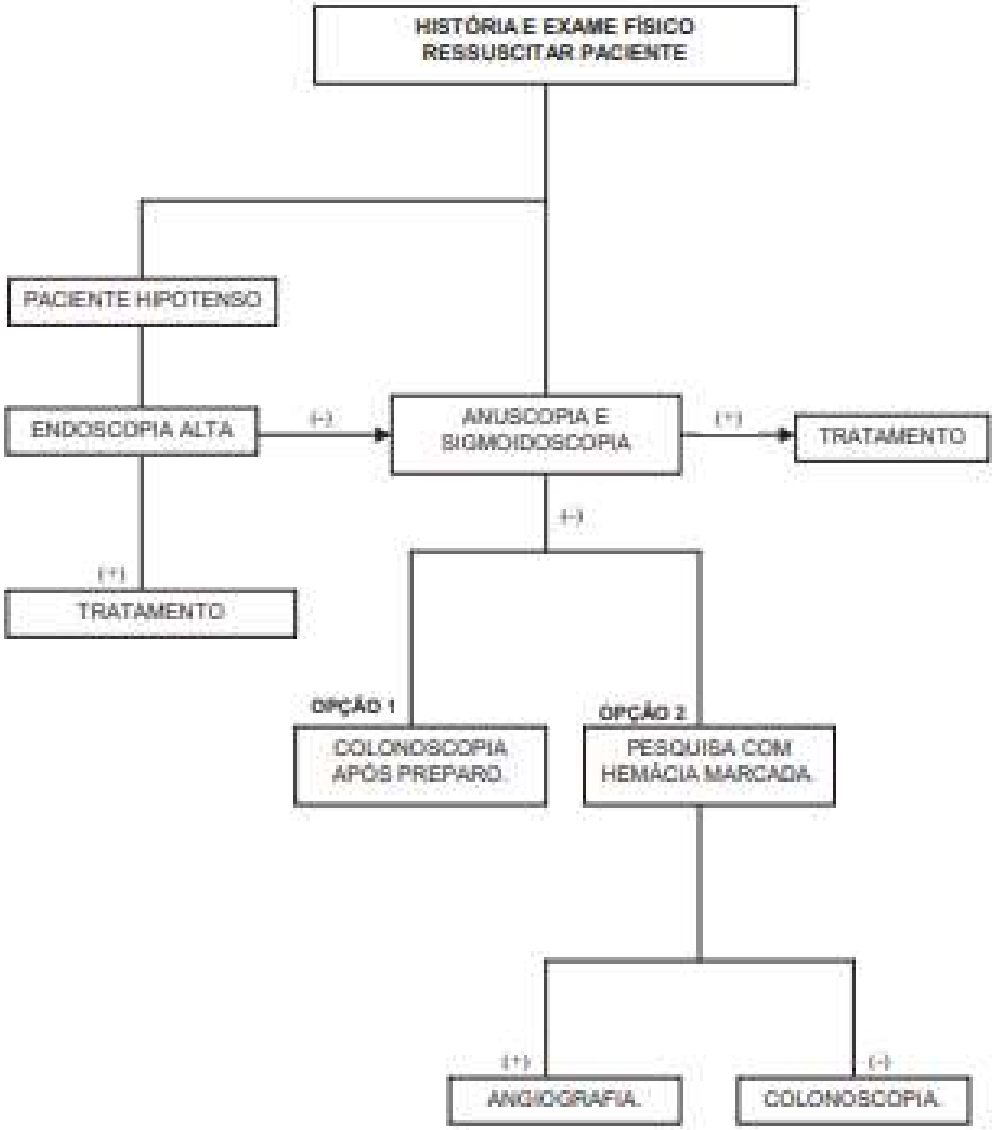
TABELA 2: ESTIGMAS DE ULCERA HEMORRÁGICA E RISCO DE RESSANGRAMENTO SEM TERAPIA ENDOSCÓPICA	
Estigmas (Class. Forrest)	Risco de ressangramento sem terapia endoscópica
Sangramento arterial ativo (spurting) F-I	Aproximadamente 100%
Vaso visível não sangrante F – IIa	Até 50%
Coagulo aderente, não sangrante F – IIa	30 – 35%
Ulcera (sem outros estigmas) F # C	10 – 27%
Ulcera base limpa / F – III	<3%

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA



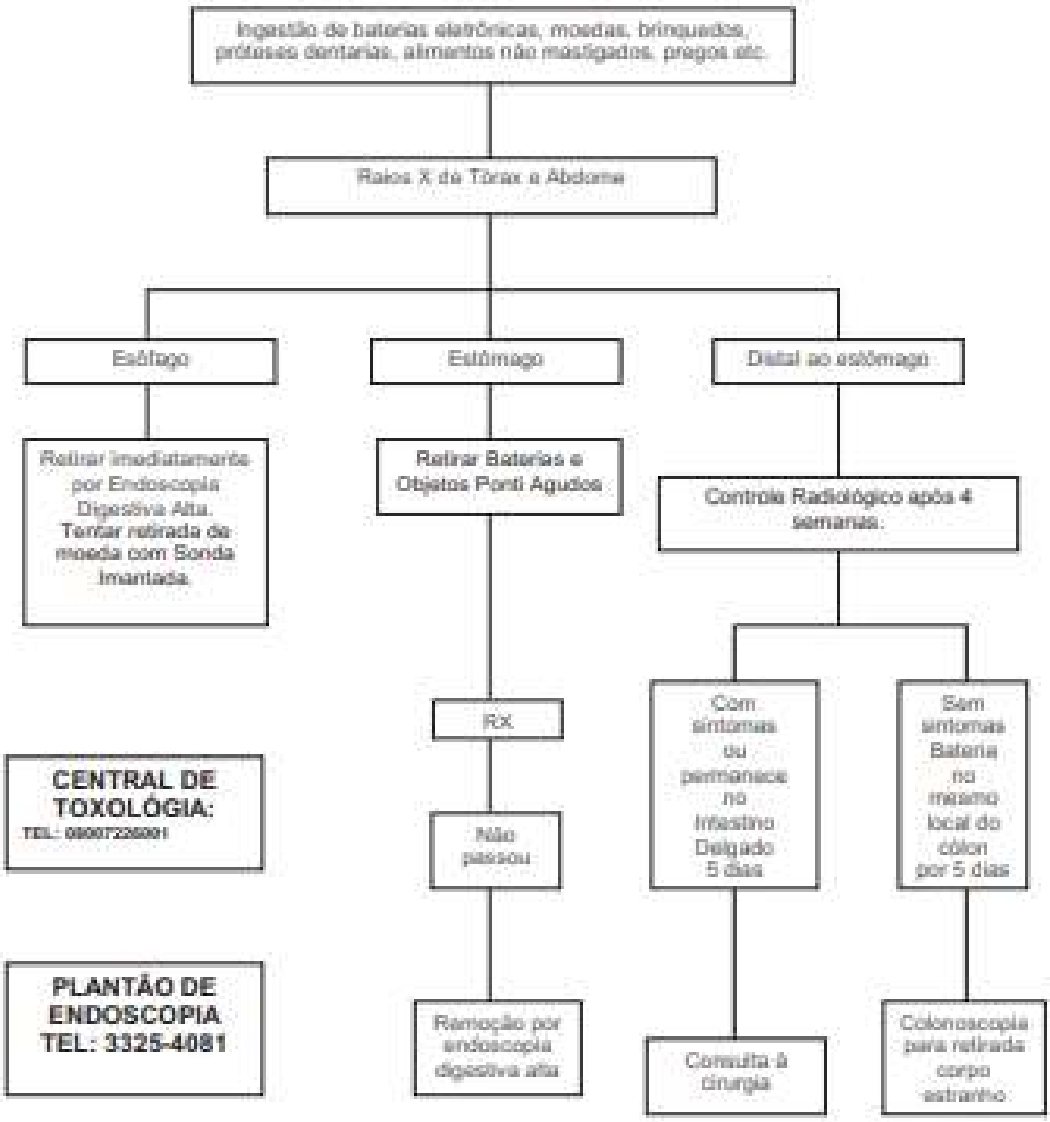
INDICAÇÕES DE CIRURGICA:
Sangue Raro
Neoplasia
Necessidades de Transfusão de Sangue de 8/8 horas
Sangramento com obstrução ou perfusão
Sangra, para, sangra.

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SEVERA

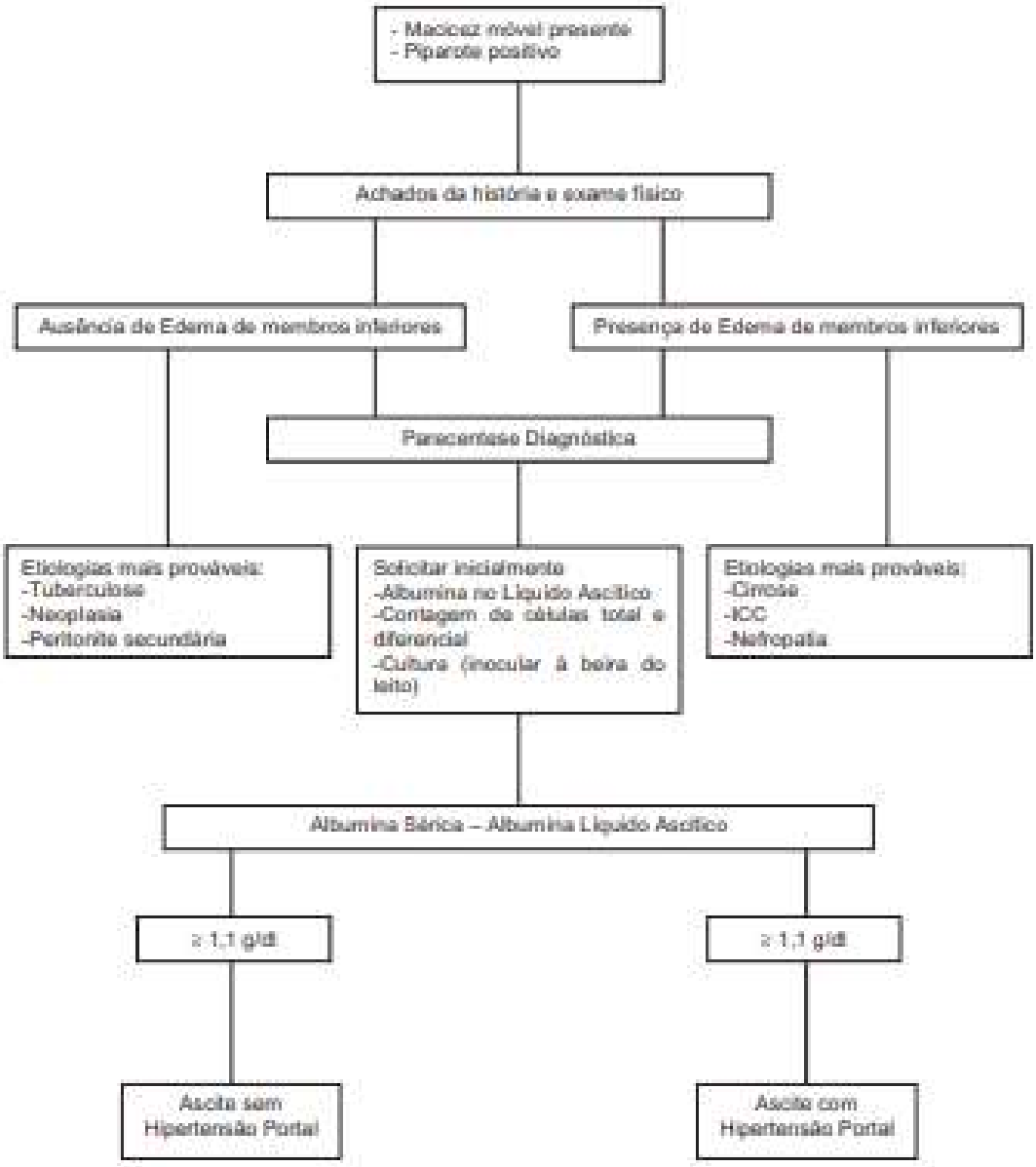


* O Tratamento Cirúrgico estará intimamente relacionado com o diagnóstico etiológico; Topografia da Lesão e Experiência do Serviço.

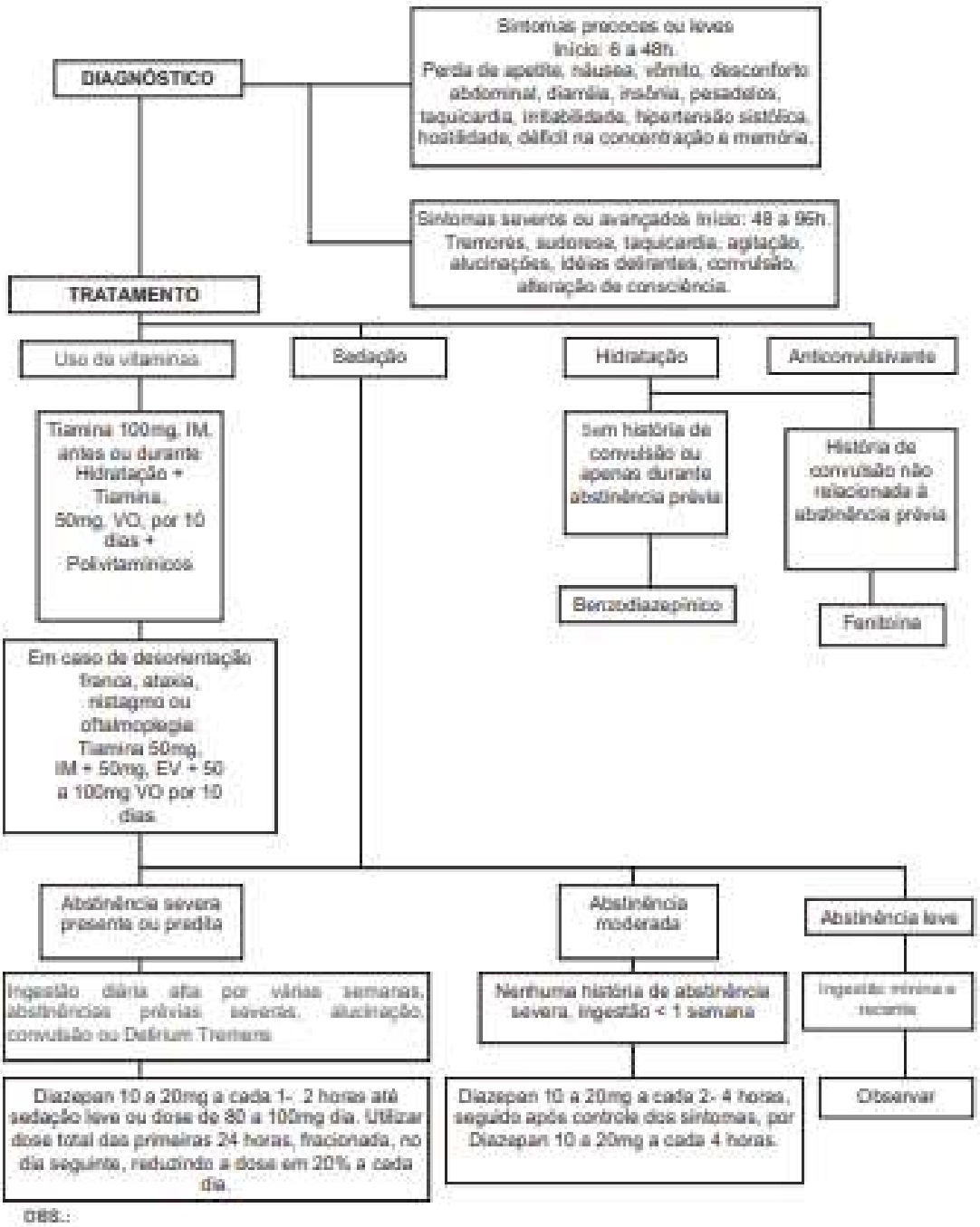
INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO



ASCITE NO PRONTO-SOCORRO

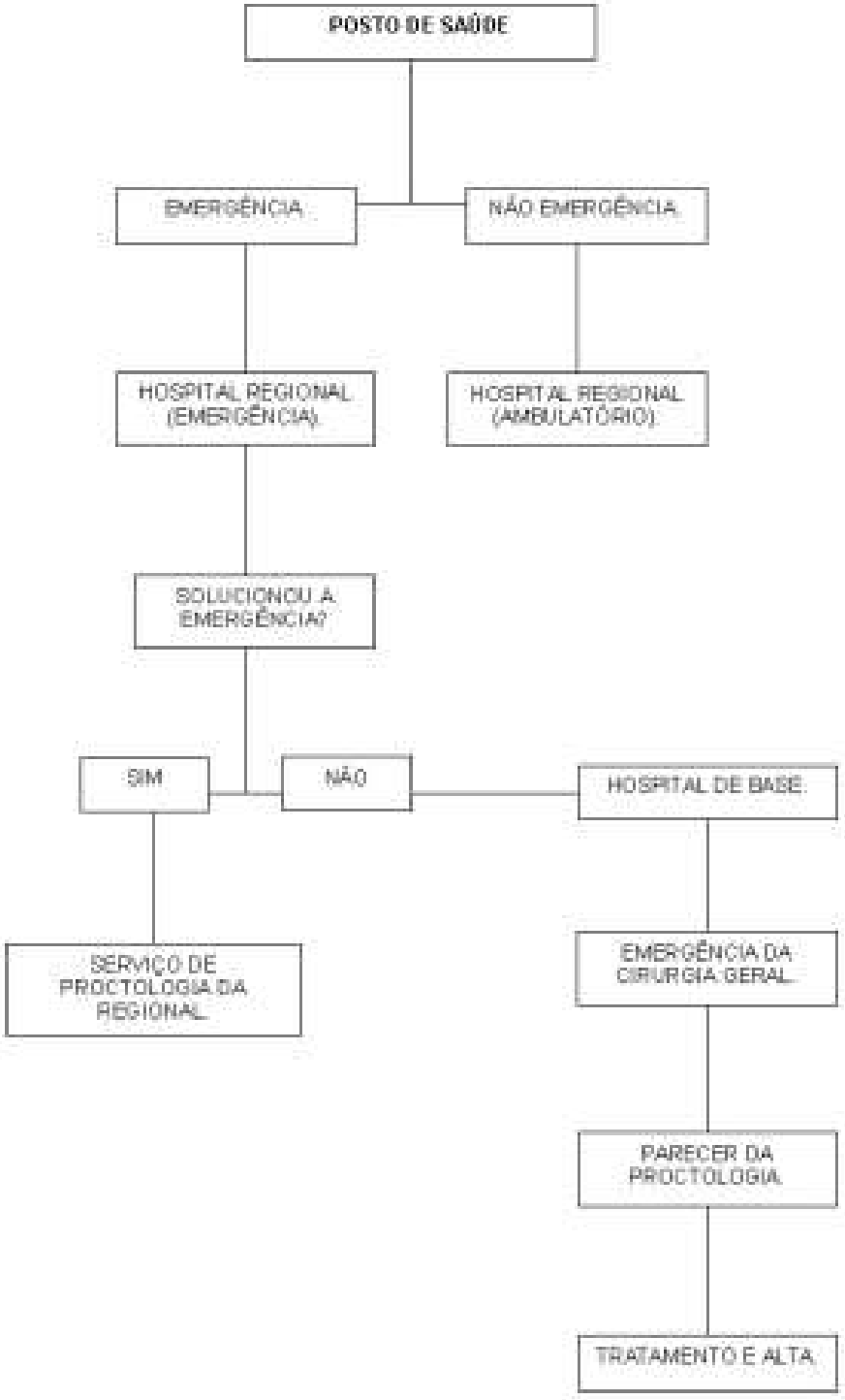


TRATAMENTO DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

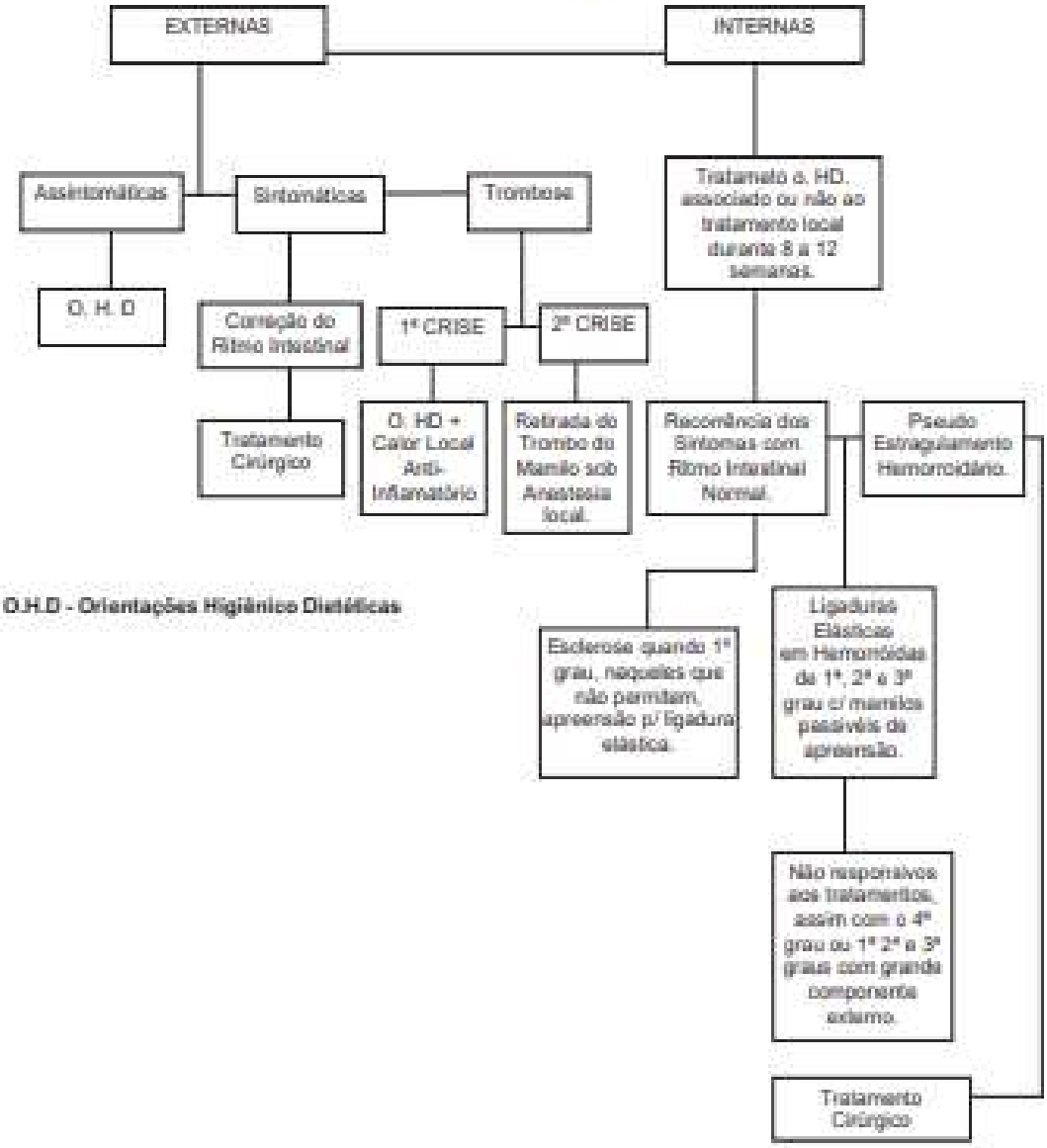


OBS.:

ATENDIMENTO DO PACIENTE EM COLOPROCTOLOGIA



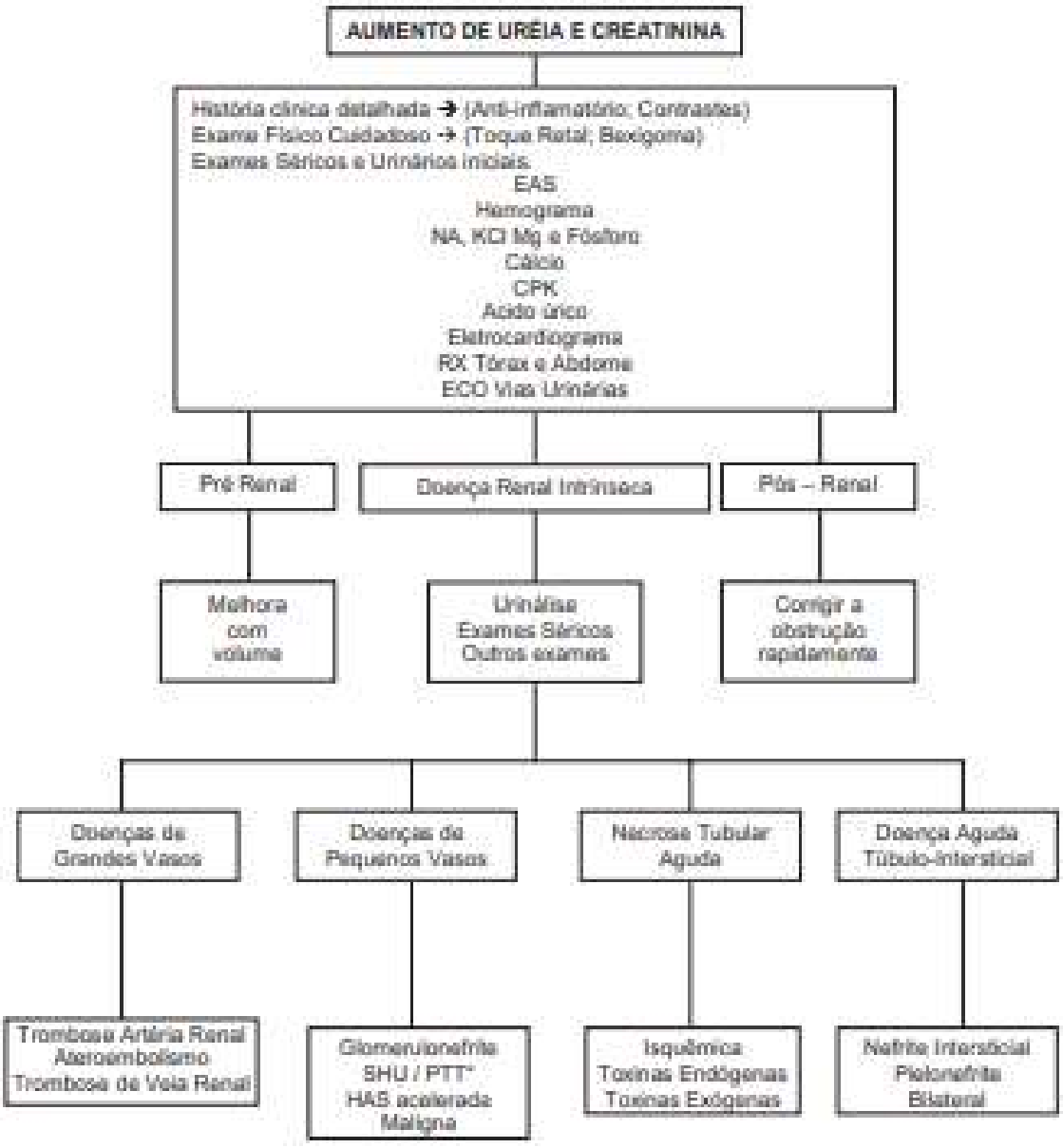
HEMORRÓIDAS



O.H.D - Orientações Higiênico Dietéticas

PROPOSTA CIRÚRGICA MILLIGAN - MORGAN
As peças cirúrgicas deverão de rotina ser estudadas histologicamente (mamilos).
Curativos semanais até cicatrização total das feridas.

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA



SHU: (Síndrome Hemolítico - Urêmica)
PTT: (Púrpura Trombocitopênica Trombótica)

Infecção do Trato Urinário

A infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum no ser humano, ocorre em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, sendo mais freqüente nas mulheres (10 a 20% delas apresentarão um episódio em suas vidas). A ITU pode se apresentar de duas formas: não-complicadas (sem alterações anatômicas ou doenças associadas sistêmicas) e complicadas (com o trato genitourinário anormal, seja de modo funcional ou estrutural). Além disso, dividem-se baixa e alta, sendo a primeira com quadro clinico de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica, enquanto a segunda se caracteriza por dor no flanco, febre, náuseas, vômitos e punho percussão presente. O diagnóstico é feito pelo quadro clínico acima descrito associado ao achado de urocultura positiva (mais de 100mil unidades formadoras de colônia – UFC – por ml)



Sintomas:disuria. Polaciúria, urgência miccional e dor suprapúbica **Em caso de mulheres gestantes, encaminhar para avaliação obstétrica imediata. Em caso de recidiva solicitar exames (EAS, urocultura e antibiograma) e tratar conforme o Antibiograma. Após, encaminhar para avaliação urologia ambulatorial. ***Quinolomas, fluorquinolonas e sulfa – trimetroprim. Em caso de pacientes idosos e/ou com co-morbidades (EX. Diabetes, Imunossupressão)

O Consentimento Informado também pode ser aplicado, embora não seja obrigatório, em situações clínicas não previstas nesta Política, quando a equipe assistencial interdisciplinar julgar necessário, incluindo procedimentos não invasivos. Os termos estão disponíveis nas áreas assistenciais.

No caso de situações de urgência em que existe impossibilidade do paciente consentir o procedimento, é imprescindível que um familiar/responsável seja localizado para a obtenção do mesmo. Não havendo sucesso nesse contato, e havendo a restrição do tempo para a tomada da decisão, o médico executor deverá registrar essa condição no prontuário do paciente no impresso de consentimento institucional.

Na ausência de um responsável legal citado acima, o cuidador só poderá assinar o termo de consentimento se estiver nomeado pela família no termo de “Condições Gerais para a Admissão e Tratamento do Paciente”. Em situações em que o paciente estiver acompanhado somente por um cuidador, a equipe de enfermagem deve entrar em contato com a família para informar da necessidade de um exame e/ou procedimento que requer consentimento informado e anotar este contato no prontuário do paciente. O médico executor deverá registrar essa condição no prontuário do paciente no impresso de consentimento institucional.

Critérios para Aplicação da Política

Todos os pacientes e/ou seus familiares assistidos tem o direito de receber informações completas sobre o seu tratamento conforme explicitado na “Descrição da Política”.

Responsabilidades

O Consentimento Informado deve ser assinado pelo paciente, seu representante legal ou pessoa por ele nomeada no documento “Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente”. Caso o paciente não tenha nomeado uma pessoa, poderão assinar o Consentimento Informado:

- Menores e dependentes: qualquer um dos pais poderá assinar.

Paciente Adulto, na seguinte ordem:

- Esposo (a) do paciente
- Representante legal atuante de direito
- Filho (a) adulto (a)
- Um dos pais
- Irmão (ã) adulto (a)
- Guardião ou responsável por ocasião do óbito

Em casos de pacientes com comprometimento físico e/ou mental: representante legal.

O responsável pela execução do procedimento e/ou sua equipe treinada devem fornecer toda a informação ao paciente e familiar antes do procedimento, orientando sempre riscos e benefícios, probabilidades de sucesso, alternativas possíveis, problemas relacionados à recuperação e possíveis resultados da falta de tratamento para que o paciente e/ou familiar possam tomar a decisão de consentir ou não na realização do procedimento. O paciente deve ter a oportunidade de tirar todas as suas dúvidas antes do procedimento com o executor/ prescritor do procedimento.

Correlação com Legislação e Regulamentação Governamental

Norma Técnica Resolução SS-169 de 19/06/96

Lei Estadual número 10.241 de 17 de março de 1999:

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde:

- ➢ VI – receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:
- ✓ hipóteses diagnósticas;
- ✓ diagnósticos realizados;

- ✓ exames solicitados;
- ✓ ações terapêuticas;
- ✓ riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- ✓ duração prevista do tratamento proposto;
- ✓ no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;
- ✓ exames e condutas a que será submetido;
- ✓ a finalidade dos materiais coletados para exame;
- ✓ alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e o que julgar necessário;

➢ VII – consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

Código de Ética Médico

Capitulo IV: Dos Direitos Humanos

É vedado ao médico:

- Art. 22: Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Capítulo V: Relação com Paciente e Familiares

É vedado ao médico:

- Art.31: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de risco iminente de morte.
- Art.34: Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Código Civil

Lei nº10. 406 de 10.01.2002

Capítulo II: Dos Direitos da Personalidade

Art. 15: Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Introdução

Essa Política estabelece os critérios para a aplicação do processo denominado “Consentimento Informado” e seu registro em prontuário clínico no âmbito das Unidades sob gestão da FENIX.

Objetivos

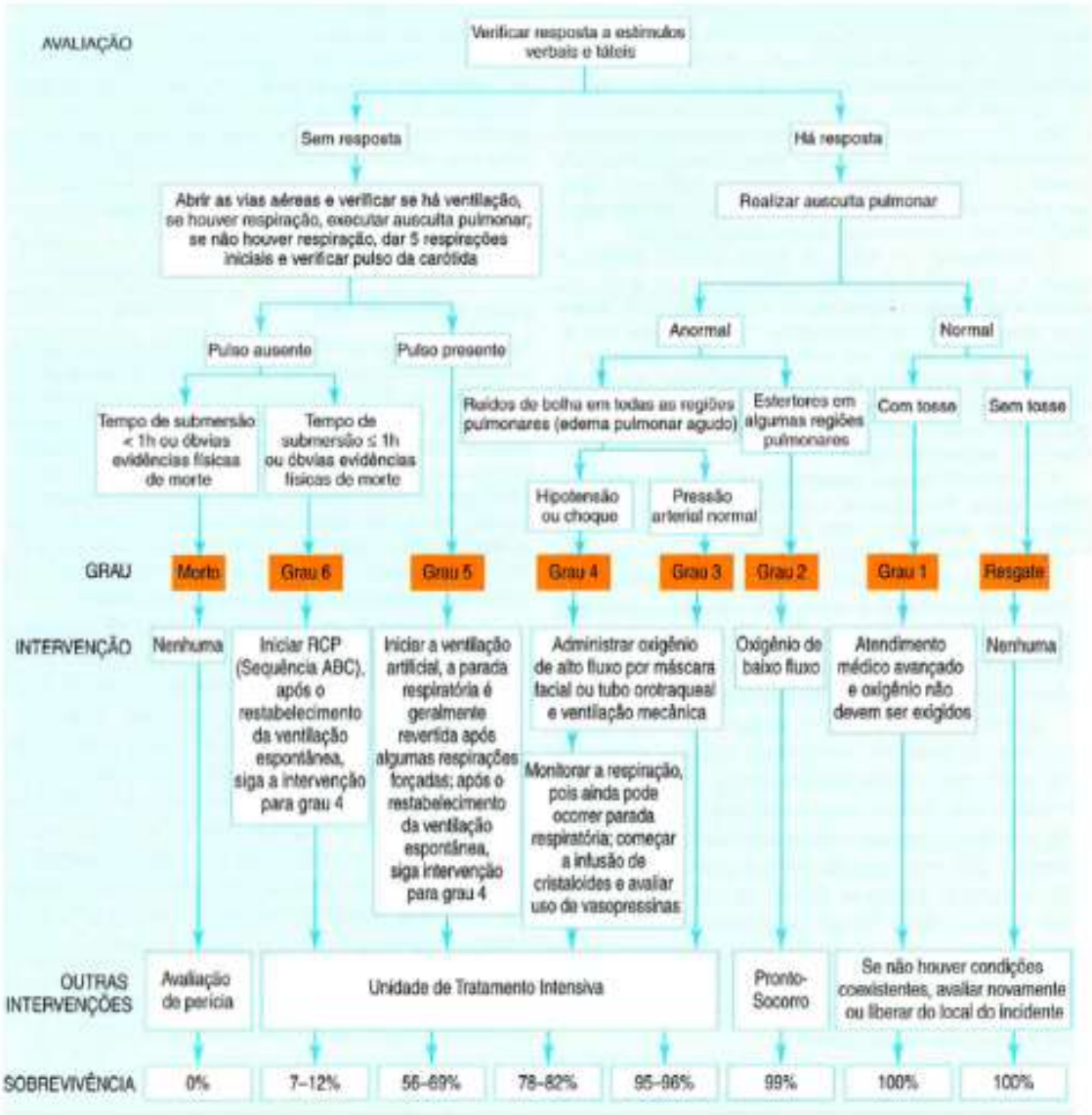
Descrever o conceito de Consentimento Informado e os critérios de aplicação.

Descrever o processo e os agentes envolvidos na aplicação de Consentimento Informado aos pacientes atendidos nas unidades assistenciais.

Definir a documentação que comprova a aplicação do Consentimento Informado e que deve ser anexada aos prontuários clínicos dos pacientes atendidos.

Definições

Consentimento Informado é o processo pelo qual uma pessoa dá permissão ou se recusa a ser submetida a um procedimento médico e/ou invasivo. É direito de o paciente ser informado de toda e qualquer decisão que afete sua integridade física e/ou moral, para que seja alertado dos riscos e benefícios envolvidos, em obediência à dignidade da pessoa humana.


AVALIAÇÃO
Verificar resposta a estímulos verbais e táteis
Sem resposta
Há resposta
Abrir as vias aéreas e verificar se há ventilação, se houver respiração, executar ausculta pulmonar; se não houver respiração, dar 5 respirações iniciais e verificar pulso da carótida
Realizar ausculta pulmonar
Pulso ausente
Pulso presente
Anormal
Normal
Tempo de submersão < 1h ou óbvias evidências físicas de morte
Tempo de submersão ≤ 1h ou óbvias evidências físicas de morte
Raídos de bolha em todas as regiões pulmonares (edema pulmonar agudo)
Estertores em algumas regiões pulmonares
Com tosse
Sem tosse
Hipotensão ou choque
Pressão arterial normal
GRAU
Morto
Grau 6
Grau 5
Grau 4
Grau 3
Grau 2
Grau 1
Resgate
INTERVENÇÃO
Nenhuma
Iniciar RCP (Sequência ABC), após o restabelecimento da ventilação espontânea, siga a intervenção para grau 4
Iniciar a ventilação artificial, a parada respiratória é geralmente revertida após algumas respirações forçadas; após o restabelecimento da ventilação espontânea, siga intervenção para grau 4
Administrar oxigênio de alto fluxo por máscara facial ou tubo orotraqueal e ventilação mecânica
Monitorar a respiração, pois ainda pode ocorrer parada respiratória; começar a infusão de cristaloides e avaliar uso de vasopressinas
Oxigênio de baixo fluxo
Atendimento médico avançado e oxigênio não devem ser exigidos
Nenhuma
OUTRAS INTERVENÇÕES
Avaliação de perícia
Unidade de Tratamento Intensiva
Pronto-Socorro
Se não houver condições coexistentes, avaliar novamente ou liberar do local do incidente
SOBREVIVÊNCIA
0%
7–12%
56–69%
78–82%
95–96%
99%
100%
100%

14. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA E MATERIAIS

Implantação

Detalhando a forma de organização do Serviço, conforme as diretrizes do Conselho Federal de Farmácia.

Fluxo Operacional para Material Médico-Hospitalar e Medicamentos

O objetivo desse fluxo será a dispensação de materiais e medicamentos pela farmácia e os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de materiais e medicamentos como as principais metodologias de gestão da logística hospitalar adotadas pelas organizações de saúde.

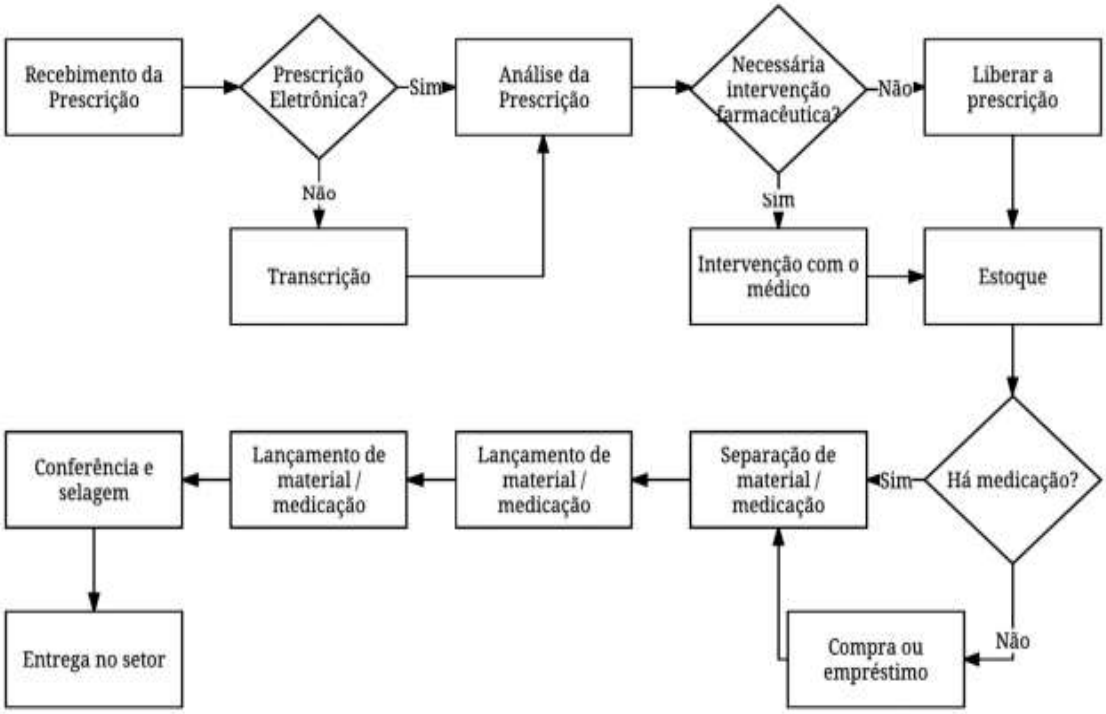
Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/atividades assistenciais aos pacientes. A área de gestão de materiais e medicamentos é um dos setores que demandam maior controle, pois exige acompanhamentos constante do setor fármaco e de biossegurança. A gestão de materiais é um processo no qual se planeja, executa e controla, em condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de materiais, partindo das especificações dos artigos a comprar até a entrega do produto.

Para tanto, a FENIX, utilizará protocolos de controle de materiais que não estejam padronizados. Serão utilizados PS formulários onde os materiais deverão ser solicitados e liberados após a avaliação da equipe técnica e do diretor técnico, avaliando a necessidade do paciente, posteriormente serão enviados para o setor de compras viabilizando a compra dos mesmos.

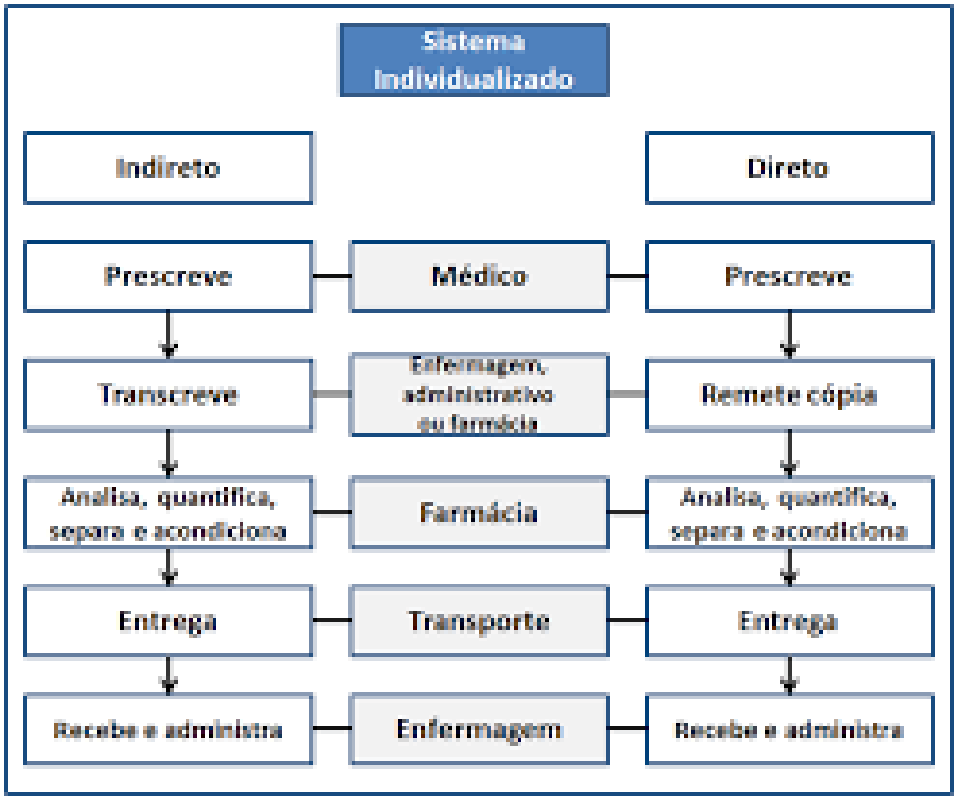
Figura 1: Formulário de motivos de devolução de medicamentos e materiais
Fonte: Os autores.

Bloco:	
Paciente:	
Leito:	
( ) Alta	( ) Morte
( ) Medicamento incorreto	( ) Dose incorreta
( ) ACM / SN	( ) Suspenso
( ) Mudança de setor	( ) Erro na prescrição / dispensação
( ) Recusa do paciente	( ) Sem justificativa
Número de leitos ocupados:	

Fluxo do Material Médico Hospitalar e Medicamentos



Logística de suprimento



Ponto de Ressuprimento

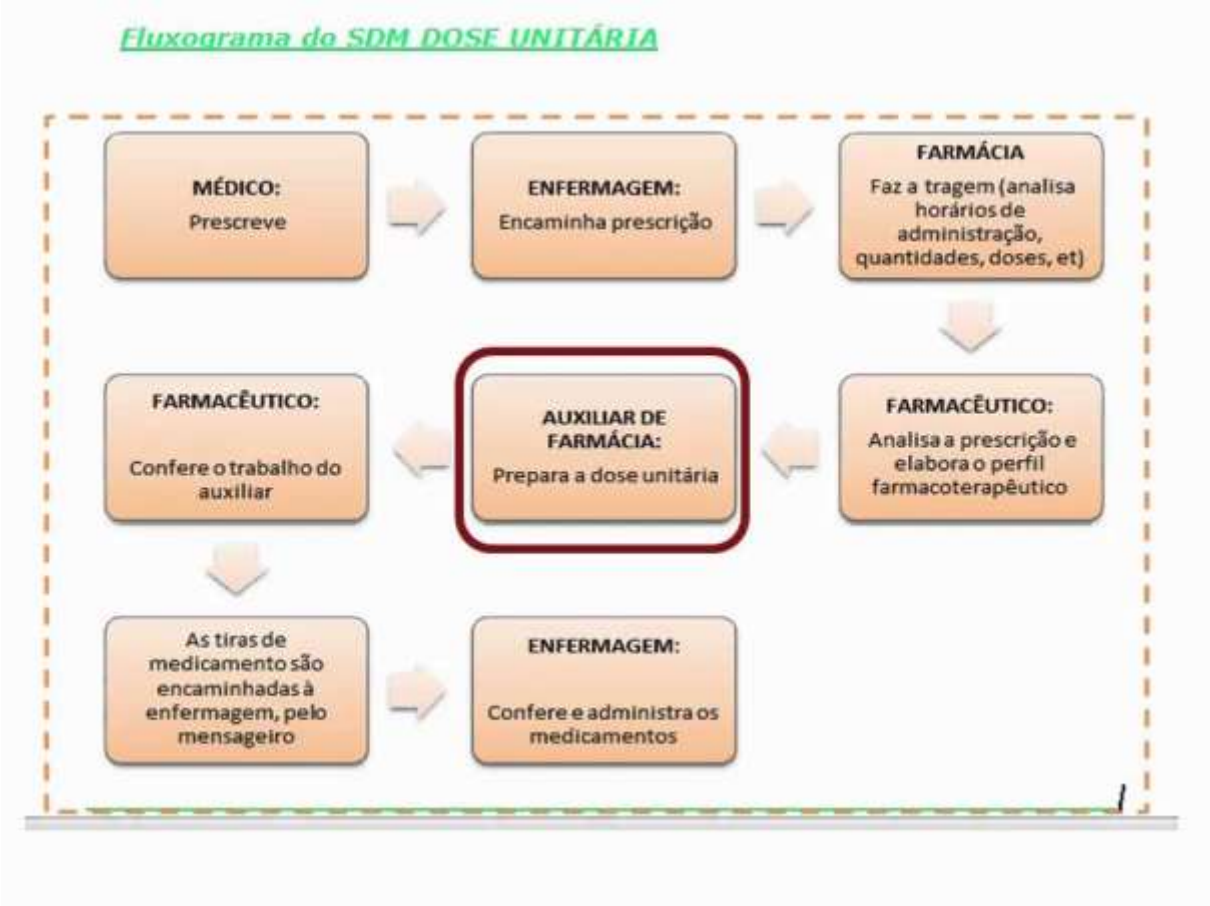
Para pedidos de abastecimento do setor, deve ser obedecida a cota por item anteriormente estabelecida entre a farmácia e a enfermagem. Deverão ser realizadas, de forma sistemática, visitas aos setores com estoque de medicamentos e materiais para verificação de cota pré-estabelecida e recolhimento dos excessos, se necessário.

O ponto de ressuprimento será definido pela capacidade máxima de armazenamento de estoque dividida pelo volume de uso diário dos insumos, considerando a velocidade de entrega dos fornecedores, cadastrados previamente, para fornecimento de medicamentos, materiais médico-hospitalares e insumos.

O estoque central da Unidade ficará em constante vigilância pelo profissional de farmácia alocado no setor, não permitindo a saída de materiais ou medicamentos sem a devida requisição, na forma do que é preconizado para cada situação.

O estoque circulante será acompanhado de requisição, não podendo ser portado sem a devida prescrição, ou designação de destino. O profissional de farmácia fará rotas de inspeção periódicas, durante o plantão, para garantir a correta

aplicação dos insumos nos setores destinados a eles.



Ao final dos processos os medicamentos solicitados para a utilização da PS ficam dispostos no setor de Farmácia sendo dispensado por meio de receitas aos postos de enfermagem para a manutenção e aplicação de acordo com os protocolos. Para os medicamentos especiais, controlados e antibióticos há uma caixa lacrada; onde estará descrito todos os dados técnicos seguindo as diretrizes existentes.

O pedido à farmácia deve ser realizado, via sistema informatizado, por paciente de acordo com a prescrição médica. O plantonista da farmácia recebe via sistema o pedido e faz a separação dos medicamentos e materiais solicitados. A enfermagem atesta o recebimento, após a conferência

O pedido à farmácia deverá constar nome de paciente, de acordo com a prescrição médica; separação dos medicamentos e materiais solicitados pelo profissional da farmácia; ateste do recebimento dos itens pela enfermagem, após conferência; dispensação de medicamentos, incluindo aqueles sujeitos a controle especial.

A petição de Autorização Especial será protocolizada pelos responsáveis da PS junto à Autoridade Sanitária local. Após a inspeção da PS e Autorização Especial de acordo com os roteiros oficiais pré-estabelecidos, para avaliação das respectivas condições técnicas e sanitárias, emitindo parecer sobre a petição e encaminhando o respectivo relatório à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para recebimento do Certificado de Autorização Especial.

As eventuais alterações serão solicitadas mediante o preenchimento de formulário específico à Autoridade Sanitária local, que o encaminhará à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde de acordo com a portaria 344/98; para os termolábeis uma geladeira e para os outros tipos de medicamentos em armário e gaveta, identificados com nomes em cada repartição específica, sendo que apenas o responsável farmacêutico deverá ter acesso.

Para dispensação de medicamentos psicotrópicos (Portaria 344/98) deve ser exigida receita carimbada e assinada pelo médico solicitante.

Para pedidos de abastecimento do setor, deve ser obedecida a cota por item anteriormente estabelecida entre a farmácia e a enfermagem.

Deverão ser realizadas, de forma sistemática, visitas aos setores com estoque de medicamentos e materiais para verificação de cota pré-estabelecida e recolhimento dos excessos, se necessário.

A listagem dos itens padronizados da PS fica disponível aos profissionais. A solicitação de medicamentos e materiais não padronizados só poderá ser atendida após análise da justificativa médica e autorização da Secretaria de Saúde Municipal e da Direção Clínica da PS.

A sistemática implantada na PS será definida através de rígido sistema de controle informatizado, com aferição diária dos produtos de alto custo e produtos controlados, em regime de prescrição especial, com contagem e aferição do almoxarifado de medicamento mensalmente.

O Planejamento das ações dentro do âmbito farmacêutico será regido pelas regras constantes no Conselho Regional de Farmácia de São Paulo, e coordenado dentro da Unidade pelo farmacêutico Responsável Técnico.

Implantação de Logística de Suprimentos

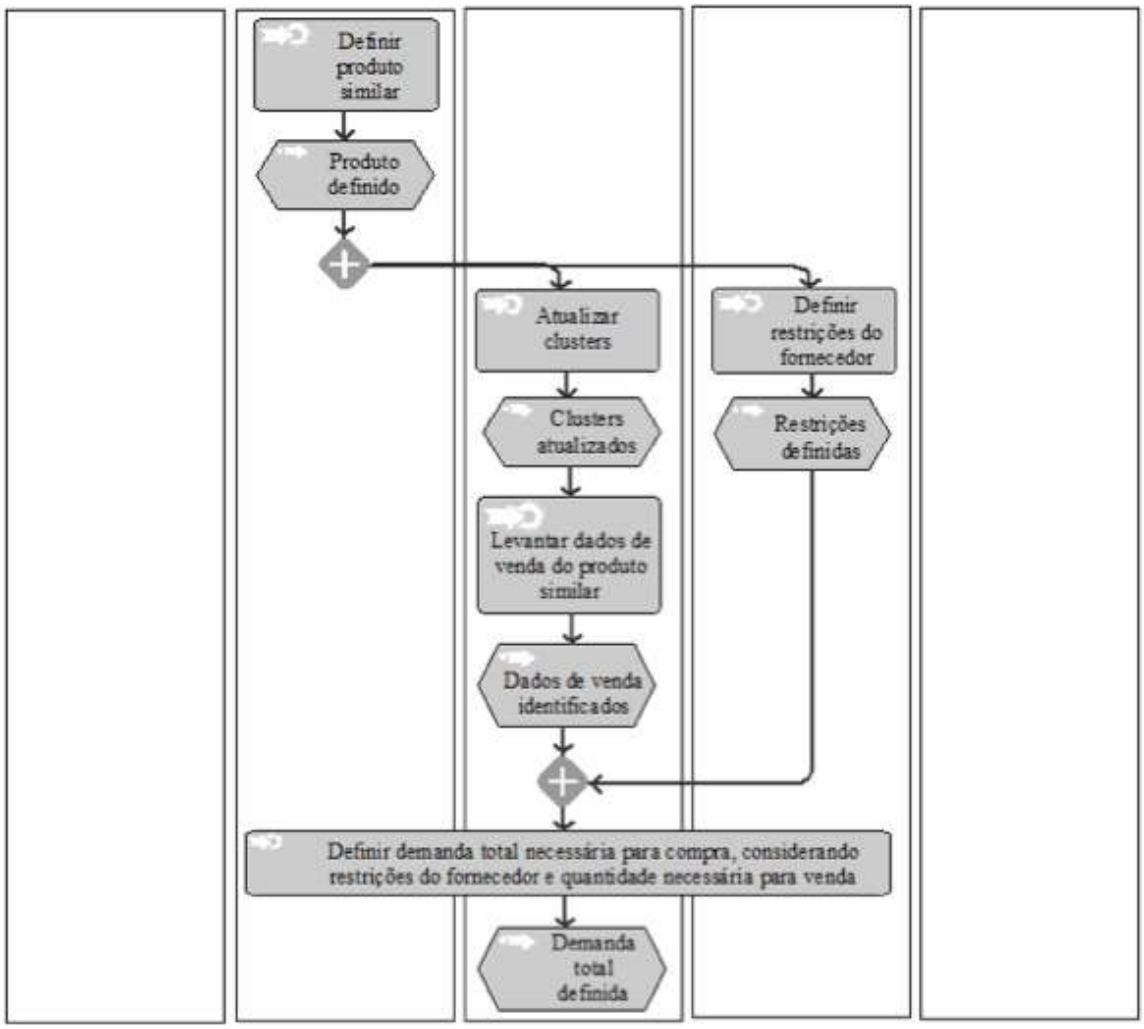
A logística de suprimento é o setor responsável pela compra, armazenamento e dispensação de materiais e medicamentos pela farmácia e almoxarifado, contudo estabelece os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos adotados pelas organizações de saúde.

A Cadeia de Suprimentos

O setor de abastecimento integra-se como um subsistema para atender às necessidades de insumos e de equipamentos. A seleção de materiais e a gestão de estoques, em que se definem os materiais utilizados e as formas de acompanhar níveis de consumo que permitem programar a aquisição e a distribuição dos mesmos, são processos críticos para a organização, destacando a interface entre os profissionais da clínica e o setor de abastecimento como crítica para a organização do abastecimento.

O ambiente de saúde é um sistema complexo, com grande fluxo físico (medicamentos, materiais, pacientes, documentos), grande fluxo de informações (prescrição médica, prontuários de pacientes, registros médicos) e grande fluxo financeiro (contas de pacientes, transações financeiras de recebimento e pagamento).

Portanto a atual cadeia de abastecimento da saúde é um sistema complexo com múltiplas camadas de organizações e processos com vários intermediários entre o fabricante e o consumidor final (paciente).



O gerenciamento dos estoques garantirá o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos. A Logística será responsável pelo uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio as unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia.

O gerenciamento de materiais tem como objetivo satisfazer as necessidades de suprimentos das áreas administrativas e assistenciais do estabelecimento de saúde.

A dispensação de medicamentos pela farmácia hospitalar e os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos são as principais metodologias de gestão da logística hospitalar adotadas pelas organizações de saúde.

Dispensação de Medicamentos pela Farmácia

A dispensação é definida como a maneira pela qual a farmácia envia os medicamentos aos pacientes, mediante análise prévia das prescrições médicas, procurando sempre oferecer informações sobre a melhor utilização e o preparo das doses que serão administradas.

A Prescrição Médica ou Receituário Médico são documentos que contêm os dados do paciente (nome, idade, diagnóstico, etc.), a evolução de enfermagem e médica, exames e outros, sendo um documento oficial da unidade de saúde que formaliza a dispensação de itens da Farmácia.

O sistema de distribuição de medicamentos garantirá ser: racional, eficiente, econômico, seguro, devendo estar em consonância com o esquema terapêutico prescrito. Para que ocorra o sucesso do sistema de distribuição, o setor de compras estará com envolvimento direto nesse processo, o controle de estoque, a padronização e ter a equipe devidamente treinada e capacitada para o exercício das atividades e o controle dos processos.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) um sistema de distribuição de medicamentos deve ter os seguintes objetivos (Santos, 2006):

- Diminuir erros de medicação;
- Racionalizar a distribuição e a administração de medicamentos;
- Aumentar o controle sobre os medicamentos;
- Diminuir os custos com medicamentos;
- Aumentar a segurança para o paciente.

A FENIX só trabalha com os produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e mantemos um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos pelos médicos da PS, não permitindo que falte nenhum tipo de medicamento e material que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários.

Nunca utilizamos materiais e substâncias proibidas.

O elenco de medicamentos para atendimento à população contempla a padronização dos medicamentos do município.

Fornecemos medicações prescritas conforme padronização em quantidade suficiente para atendimento do munícipe em finais de semana e feriados e nos horários em que as unidades básicas de saúde estiverem fechadas.

A FENIX em concordância com a Secretaria Municipal e de acordo com os protocolos existentes orienta a todos os profissionais a administrar medicações parenterais prescritas por médicos externos à unidade desde que devidamente prescrita comprovada por receita médica assim como a realizar curativos prescritos por profissionais da rede de saúde do município (médico/enfermeiro) em finais de semana e feriados, desde que comprovado por receituário conforme previsto no protocolo de atendimento a feridas do município.

Realizar, por meio de seus profissionais médicos, a prescrição de medicamentos no PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA de acordo com as listas de medicamentos estabelecidas pela Secretaria de Saúde, padronizadas pelo SUS e os protocolos clínicos; em situações diferentes os profissionais são orientados a solicitar autorização ao Município para prescrever o material/medicamento.

As prescrições de medicamentos observarão a Política Nacional de Medicamentos (RENAME) e Denominação Comum Brasileira (DCB), excetuadas as situações ressalvadas em protocolos aprovados pela ANVISA e pela Comissão de Fármaco-terapêutica/SS.

Sistema de Dispensação

Os sistemas de dispensação evoluíram nos últimos anos, mostrando a tendência de fazer com que o medicamento chegue ao paciente de maneira íntegra, individual e personalizada, trazendo mais segurança para quem administra e para quem recebe o medicamento.

Os tipos de sistema de dispensação mais conhecidos e utilizados atualmente são dose coletiva, dose individualizada e dose unitária.

A dose unitária é o melhor sistema de distribuição de medicamentos aos

pacientes internados, por garantir todos os objetivos do esquema terapêutico prescrito. Os medicamentos são dispensados unitariamente, nas doses certas, acondicionados em tiras plásticas lacradas, informando o nome e leito do paciente e também o horário de administração prescrito.

O sistema adotado proporciona uma redução nos erros de distribuição e administração de medicamentos pelos seguintes fatores: a dose do medicamento é embalada, identificada e distribuída pronta, para ser administrada ao paciente, de acordo com a prescrição médica, não necessitando manipulação prévia por parte da equipe de enfermagem; na unidade assistencial estarão estocados somente os medicamentos de emergência, itens de uso comum e as doses necessárias para suprir as próximas 24 horas de tratamento do paciente; e a dupla conferência do medicamento realizada pela equipe de farmácia, através do registro farmacoterapêutico do paciente e pela equipe de enfermagem, através do registro de administração do medicamento.

O sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária proporciona a redução de erros no preparo e dispensação do medicamento e possibilita a otimização do trabalho da equipe de enfermagem, focando suas ações para atividades assistenciais ao paciente.

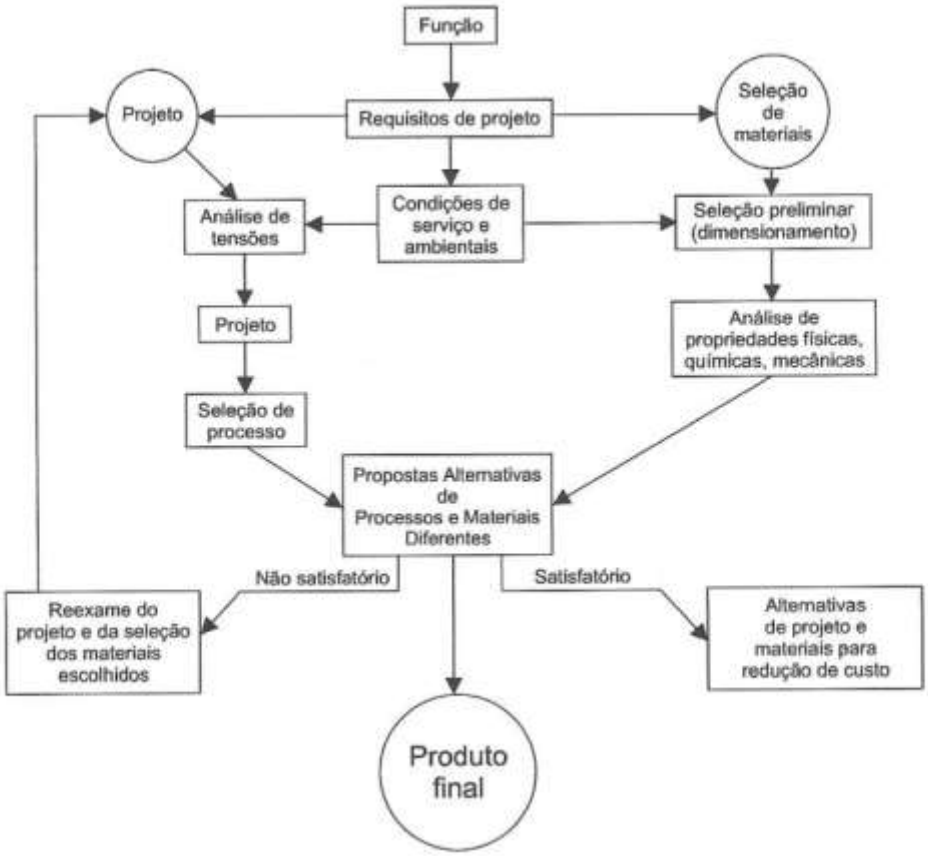
Especificação, Seleção, Padronização, Classificação e Codificação de Medicamentos

O objetivo será estabelecer os tipos de medicamentos e materiais que serão utilizados, identificando o insumo correto para as características de atendimento do estabelecimento de saúde e conseguir realizar um processo de planejamento e aquisição de compras estruturado e trazendo qualidade e redução de custos.

A seleção de medicamentos é um processo dinâmico, contínuo, multidisciplinar e participativo, assegurando ao serviço de saúde o acesso aos medicamentos necessários, através de critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo. A seleção de medicamentos traz para a unidade de saúde vantagens administrativas, com a redução de custos, e vantagens assistenciais, melhorando a qualidade da farmacoterapia desenvolvida na instituição.

A seleção de materiais precisa ser realizada por uma gestão que seja capaz

de atender as diversas exigências e atingir consenso entre os vários atores do processo: área financeira, faturamento, farmacêutico, comprador, corpo clínico e usuários. Sendo necessário realizar a seleção de materiais, em bases sistemáticas, passando pelas seguintes etapas: especificação, simplificação, padronização, classificação, codificação e catalogação, conforme demonstrado na figura abaixo.



Especificação de Materiais

A especificação dos materiais será realizada com o objetivo de identificação das características e propriedades de um material e sua individualização, a definição dos requisitos que um material, produto ou serviço precisa apresentar para determinada finalidade.

Os seguintes critérios serão observados para uma correta descrição:

Descrever o material partindo do geral para o particular;

Incluir todas as informações necessárias para identificá-lo de modo a não

gerar dúvidas;

Evitar características desnecessárias ou redundantes;

Usar terminologia padronizada.

Os seguintes elementos: nome básico, nome modificador, características físicas, unidade metrológica e identificações complementares devem fazer parte de uma estrutura básica para descrever corretamente os materiais. Para medicamentos, torna-se necessário incluir denominação genérica do produto, forma farmacêutica, concentração, prazo de validade, registro no Ministério da Saúde e tipo de embalagem.

Simplificação e Padronização de Materiais

A simplificação de materiais visa reduzir a variedade desnecessária de materiais que atendam às mesmas finalidades, buscando também eliminar os materiais selecionados anteriormente, devido ao lançamento de substituto de melhor desempenho. Destacam que, quanto maior a variedade de produtos com a mesma finalidade, maior será o estoque médio da empresa, acarretando em maior dispêndio de recursos aplicados na aquisição e gestão de materiais.

A padronização de medicamentos tem como a constituição de uma relação básica de produtos que atendam aos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Os itens devem ser de amplo aproveitamento, objetivando o atendimento médico-hospitalar de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada instituição.

Destacam-se os principais objetivos da padronização:

- Reduzir o custo de terapêutica sem prejuízos para a segurança do paciente e a eficácia dos medicamentos;
- Racionalizar o número de medicamentos, trazendo como consequência a redução dos custos de aquisição do arsenal terapêutico;
- Facilitar os processos logísticos de planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos medicamentos;
- Disciplinar a prescrição médica e uniformizar a terapêutica;

- Aumentar a qualidade da farmacoterapia e facilitar a vigilância farmacológica;
- Padronizar a inclusão e exclusão de medicamentos;
- Possibilitar o uso de uma mesma terminologia (nome genérico) por todos os membros da unidade de saúde.

Como estratégia para a definição da padronização de medicamentos será a constituição de uma Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) na organização de saúde, tendo como critérios:

- Padronizar medicamentos pelo nome genérico, segundo a Denominação Comum Brasileira (DCB);
- Padronizar medicamentos com um único princípio ativo, excluindo-se sempre que possível, as associações;
- Padronizar medicamentos que resguardem a qualidade, levando-se em conta o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação e controle;
- Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na distribuição;
- Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem, considerando a praticidade e segurança na administração aos pacientes, a faixa etária dos pacientes e facilidade para cálculo e fracionamento de doses.

Lista de Medicamentos Padronizados por Ordem Alfabética (Rename)

Portaria GM/MS n.º 3.435, de 8 de dezembro de 2021

Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename 2022) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos

A

Aciclovir 250MG – FA Ácido acetilsalicilico 100mg – COMP Ácido tranexâmico 50mg/mL – 5mL (250mg) – AMP Adenosina 3mg/mL- 2mL (6mg) – AMP Água destilada 500mL – FR Amicacina 50mg/mL – 2mL(100mg) – AMP Aminofilina 24mg/mL- 10mL(240mg) – AMP Amiodarona 200mg – COMP Amiodarona 50mg/mL

– 3mL (150mg) – AMP Ampicilina + Sulbactam 2g + 1g – FA Anlodipino 10mg – COMP Atropina 0,25mg/mL – AMP AZITROMICINA 500MG – FA

B

Benzilpenicilina benzatina 600.000UI – FA Benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI – FA Benzilpenicilina potássica (G cristalina) 5.000.000UI – FA Bicarbonato de sódio 8,4% - 10mL- AMP Bromoprida 5mg/mL – 2mL (10mg)-

C

AMP Captopril 25mg – COMP Carvão ativado – PÓ Carvedilol 3,125mg – COMP Cefazolina 1g – FA Cefepime 1g – FA Cefepime 2g – FA Ceftriaxona 1g IM – FA Ceftriaxona 1g IV – FA Cetilpiridínio 250mL – FR Cetoprofeno 50mg/mL – 2mL(100mg) – AMP Ciprofloxacina 2mg/mL – 100mL(200mg) – BOLSA Clindamicina 150mg/mL- 4 mL(600mg) – AMP Clonidina 0,1mg – COMP Clopidogrel 75mg – COMP Cloreto de potássio 10% - 10mL – AMP Cloreto de sódio 20% - 10mL – AMP CLOREXIDINA 0,12% - 1000ML – FR Clorpromazina 5mg/mL- 5mL(25mg)

D

AMP Deslanosídeo 0,2mg/mL – (0,4mg) 2mL- AMP Dexametasona 4mg/mL – 2,5mL(10mg)- AMP Diazepam 5mg – COMP Diazepam 5 mg/mL – 2mL(10mg) – AMP Diclofenaco sódico 25 mg/mL – 3mL(75mg) – AMP Digoxina 0,25mg – COMP Dimeticona 75mg/mL – 15mL- FGO Dipirona 500mg/mL – 2mL(1000mg) – AMP Dipirona 500mg/mL – 20mL- FGO Dobutamina 12,5mg/mL – 20mL (250mg) – AMP Dopamina 5mg/mL – 10 mL(50mg) –

E

AMP Enoxaparina Sódica 40MG/0,4ML – 0,4ml – SER Epinefrina 1mg/mL- 1mL – AMP Etilefrina 10mg/mL- 1mL – AMP Etomidato 2 mg/mL – 10mL(20mg) –

F

AMP Fenitoína 50mg/mL – 5 mL(250mg) – AMP Fenobarbital 100mg/mL – 2mL(200mg)- AMP Fentanila 50mcg /mL- 10 mL(500mcg) – FA Fenoterol (bromidrato) 5mg/mL – 20mL – FGO Fitomenadiona 10mg/mL – 1mL- IM – AMP Fluconazol 2mg/mL – 100mL(200mg) – BOLSA Flumazenil 0,1 mg/mL – 5mL(0,5mg) – AMP Fondaparinux sódico 2,5mg/0,5mL – 0,5mL- SER Fondaparinux sódico 7,5mg/0,5mL – 0,6mL- SER Furosemida 10mg/mL – 2 mL (20mg) –

G

AMP Glicose 50% 10mL – AMP Gluconato de cálcio 10% 10mL –

H

AMP Haloperidol 5 mg/mL – 1mL – AMP Heparina sódica endovenosa 5000UI/mL – 5 mL(25000UI) – FA Heparina sódica 5000UI/0,25mL – 0,25mL – AMP Hidralazina 20mg/mL- 1mL – AMP Hidroclorotiazida 25mg – COMP Hidrocortisona 100mg – FA Hidrocortisona 500mg – FA Hidroxizine 2mg/mL – 120mL – FR Hioscina 10mg/mL – 20mL – FGO Hioscina 20mg/mL – 1mL – AMP Hioscina 4mg/mL + Dipirona 500mg/mL – 5mL – AMP Hioscina 6,67mg/mL+Dipirona 333,4mg/mL – 20mL-

I

FGO Insulina NPH humana 100UI – 10 mL(1000UI) – FA Insulina regular humana 100UI – 10mL(1000UI) – FA Ipratrópio(brometo) 0,25mg/mL – 20 mL – FGO Isossorbida (dinitrato) 5mg – COMP Isossorbida (dinitrato) 10mg-

L

COMP Lactulose 667mg – 120mL – FR Levofloxacino 5mg/mL – 100mL(500mg) – BOLSA Lidocaina 20mg/g (2%) – 30g- BIS Lidocaina 20mg/mL (2%) com vasoconstrictor – 20mL – FA Lidocaina 20mg/mL (2%) sem vasoconstrictor – 20mL – FA Losartana 50mg –

M

COMP Meropenem 1g – FA Metoclopramida 5mg/mL – 2mL(10mg) – AMP Metronidazol 5mg/1mL – 100mL(500mg) – BOLSA Midazolam 5mg/mL – 3mL(15mg) – AMP Midazolam 5mg/ml – 10ml (50 ml) – AMP Morfina 10mg/mL – 1mL –

N

AMP Naloxona 0,4mg/mL – 1mL – AMP Nitroglicerina 5mg/ml – 10mL(50mg) – AMP Nitroprussiato de sódio 25mg/mL- 2mL(50mg)- FA Norepinefrina 2mg/mL – 4mL(8mg) –

O

AMP Omeprazol 40mg – FA Oxacilina 500mg –

P

FA Paracetamol 200mg/mL – 15 mL – FGO Paracetamol 750mg – COMP Piperacilina+Tazobactama 4,5g – FA Poliestirenossulfonato de cálcio 900mg/g (3,3meq) – 30g- ENV Prednisolona 3mg/mL- 120mL – FR Prednisona 20mg – COMP Prometazina 25mg/mL- 2mL(50mg) – AMP Propranolol 40mg – COMP Protamina

10mg/mL – 5mL(50mg) –

R

AMP Ranitidina 25mg/mL – 2mL(50mg) –

S

AMP Sais para reidratação oral – 27,9g – ENV Salbutamol 100mcg/dose – 200 doses- FR Sinvastatina 40mg – COMP Solução fisiológica 0,9% - 100mL – FR Solução fisiológica 0,9% - 250mL – FR Solução fisiológica 0,9% - 500mL – FR Solução fisiológica 0,9% - 1000mL – FR Solução de frutose 5% - 500mL – FR Solução de glicerina 12% - 500mL – FR Solução de glicose 5% - 250mL- FR Solução de glicose 5% 500mL – FR Solução glicofisiológica 1:1 – 500mL – FR Solução de manitol 20% - 250mL – FR Solução de ringer c/ lactato – 500mL – FR Sulfadiazina de prata 1% - 50g- BIS Suxametônio 100mg – FA Sulfametoxazol + Trimetoprima 400mg+80mg – AMP SULFATO DE MAGNÉSIO 50% -10ML –

T

AMP Terbutalina 0,5mg/mL- 1mL- AMP Tramadol 50mg/mL- 2 mL(100mg)-

V

AMP Vancomicina 500mg – FA Varfarina sódica 2,5mg – COMP Vitaminas do complexo B – 2mL – AMP

Parte do Rol de materiais obrigatório em Unidades de Urgência Emergência

AMBU ADULTO COM MÁSCARAS
AMBU INFANTIL COM MÁSCARAS
CÂNULAS DE GUEDEL ADULTO
CÂNULAS DE GUEDEL INFANTIL
SONDAS DE ASPIRAÇÃO
ASPIRADOR PORTÁTIL OU FIXO
MATERIAL PARA CURATIVO
MATERIAL PARA SUTURAS
LARINGOSCÓPIO ADULTO
LARINGOSCÓPIO INFANTIL
FIO GUIA PARA INTUBAÇÃO E PINÇA DE MAGYL
BISTURI DESCARTÁVEL

MATERIAL PARA CRICOTIREOIDOTOMIAS
DRENOS PARA TÓRAX
PACOTES DE GAZE ESTÉRIL
MATERIAL PARA IMOBILIZAÇÕES (COLARES, TALAS E PRANCHAS)
MACA COM RODAS E GRADES
PACOTES DE COMPRESSA ESTÉRIL
LUVAS ESTÉREIS
ESPARADRAPO
MATERIAL PARA PUNÇAÕ DE VÁRIOS TAMANHOS
AGULHAS ESPECIAIS PARA PUNÇÃO ÓSSEA
GARROTE
EQUIPOS DE MACRO E MICROGOTAS
CATETERES ESPECÍFICOS PARA DISSECAÇÃO DE VEIAS ADULTO/INFANTIL
TESOURA
SERINGAS DE VÁRIOS TAMANHOS
TORNEIRA DE 3 VIAS
CAIXA DE COMPLETA DE PEQUENAS CIRURGIAS
FRASCO DE DRENAGEM DE TÓRAX
EXTENSÕES PARA DRENOS TORÁCICOS
SONDAS VESICAIS
COLETORES DE URINA
ESPÁTULAS DE MADEIRA
SONDAS NASOGÁSTRICAS
ELETRODOS DESCARTÁVEIS
COBERTOR OU FILME METÁLICO PARA CONSERVAÇÃO DO CALOR DO CORPO
GERADOR DE ENERGIA
TÁBUA PARA COMPRESSÃO CARDÍACA
MÁSCARAS LARÍNGEAS
ESTETOSCÓPIO ADULTO/INFANTIL
ESFIGMOMANÔMETRO DE TAMANHOS VARIADOS
OTOSCÓPIOS

OFTALMOSCÓPIO
NEGATOSCÓPIO
TERMÔMETRO CLÍNICO
DESFIBRILADOR COM MARCAPASSO *MONITOR CARDÍACO *OXÍMETRO DE PULSO ELETROCARDIÓGRAFO
GLICOSÍMETRO
BOMBAS DE INFUSÃO
EQUIPO UNIVERSAL
RESPIRADOR MECÂNICO
RESPIRADOR MECÂNICO ADULTO E INFANTIL
FOCO CIRÚRGICO PORTÁTIL
FOCO CIRÚRGICO COM BATERIA
NEGATOSCÓPIO NOS CONSULTÓRIOS
CATETERES DE ASPIRAÇÃO
CATETERES NASAIS
ADAPTADORES PARA CÂNULAS
SONDAS PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DE VÁRIOS TAMANHOS
LUVAS DE PROCEDIMENTO
CADARÇO PARA FIXAÇÃO DE CÂNULAS
JOGO DE PINÇA DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO

Observação: Itens que não estejam padronizados poderão ser disponibilizados pela FENIX após autorização expressa da Secretaria Municipal de Saúde, a FENIX presa pela vida humana e sua equipe não medirá esforços para atender ao paciente em sua integralidade.

14.1. NORMAS PARA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

A padronização dos produtos para saúde tem por finalidade facilitar os processos de seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento do estoque, de acordo com a Lei 9.784/1999 (Processo administrativo) e Lei 8666/1993,

arts 14º e 15º (Licitações e Contratos) através da racionalização sistemática e garantindo a qualidade dos itens adquiridos nas unidades de saúde.

A Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares tem como finalidade normatizar e implementar o processo de padronização dos produtos para saúde, elaborando com racionalização sistemática, a relação dos produtos para saúde aprovados na unidade e posterior validação para inclusão ou exclusão de qualquer item à lista dos produtos padronizados.

14.1.1. Comissão de Padronização de Materiais Médico Hospitalares (CPMMH)

CAPITULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art.1º. O presente regimento estabelece a organização e o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares (CPMMH) das unidades sob gestão da FENIX.

Parágrafo único. As normas deste Regimento complementam aquelas já estabelecidas no Regimento do Núcleo de Comissões Hospitalares.

Art.2º. A CPMMH implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas, atendendo as seguintes definições:

Produtos para saúde: São aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.

Materiais e artigos descartáveis: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.

OPME: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica. Órtese – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um

membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais. Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de “materiais especiais” e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

Materiais de apoio médico-hospitalar: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

Produtos para diagnóstico de uso “in-vitro”: São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

Instrumento cirúrgico: Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.

Produtos de Classe X (Baixa Criticidade): Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.

Produtos de Classe Y (Criticidade Média): Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.

Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis): Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

Padronização: É a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização no hospital, após sua pré-qualificação.

Pré-qualificação: compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.

Câmara técnica: tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.

Produtos padronizados: Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

Produtos não padronizados: Insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.

Produtos despadronizados: Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

Controle de qualidade: Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

Especificação técnica: É a descrição minuciosa das caraterísticas do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

Parecer técnico: É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC nº 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

Desvio de qualidade: afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPITULO II
DA CONSTITUIÇÃO

Art.3º. A CPMMH é vinculada ao Núcleo de Comissões Hospitalares e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões Hospitalares e nomeados pela Superintendência da FENIX, através de ato formal.

Art.4º. A CPMMH poderá, através de ato administrativo, convocar a participação de outros profissionais da unidade. Estes terão direito a palavra, porém as deliberações serão votadas apenas pelos membros da CPMMH.

Art.5º. Será substituído o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano, sendo solicitada novas indicações pelo Núcleo de Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO III
DA FINALIDADE

Art.6º. A CPMMH terá como competências as seguintes diretrizes:

Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no hospital;

Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no hospital;

Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;

Divulgar no hospital as atualizações da padronização;

Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;

Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

Recomendar a superintendência, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial;

Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;

Informar ao Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização;

Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde do hospital;

Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente (Sistema de Informação de Vigilância Hospitalar – VIGIHOSP), acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

Estimular os profissionais a preencherem a “Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde”;

Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;

Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;

Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;

Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades;

Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Hospitalares Padronizados.

SEÇÃO I
Da Composição

Art.7º. A CPMMH é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da Gerências Administrativa, de Atenção à Saúde, Núcleo de segurança do paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde (CCIRAS).

Art.8º. Todos os integrantes da CPMMH deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.9º. O membro da CPMMH deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício

de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

SEÇÃO II

Da Organização Administrativa

Art.10º. A CPMMH é constituída administrativamente por:

Presidente;

Vice-presidente;

Secretário;

Consultores técnicos convidados eventualmente.

1º O presidente, o vice-presidente e o secretário da CPMMH serão escolhidos entre seus membros.

2º O mandato de cada representante será de dois anos, a contar da data da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

3º O presidente poderá propor a composição de câmara técnica, que deverá ser formada por membros da comissão e por consultores técnicos convidados. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico). Compete a câmara técnica:

Preencher os critérios técnicos existentes para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;

Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Art.12º. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso

e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse.

14.1.2. Do Funcionamento Da Farmácia

CAPITULO I
DAS CONDIÇÕES GERAIS

Art. 1.º Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Setor de Farmácia, administrado pela FENIX, tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários da rede de urgência e emergência e às equipes internas.

Art. 2.º O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do Setor de Farmácia Hospitalar, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3.º Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global, e ao mesmo tempo detalhada, da estrutura funcional e organizacional do setor, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

CAPÍTULO II
CARACTERIZAÇÃO

SEÇÃO I – Caracterização geral

Art. 4.º O Setor de Farmácia caracteriza-se da seguinte forma:

I – Título;

II – Localização;

III – Ambientes de trabalho;

IV – Vinculação.

Supervisão técnica: Farmacêutico Responsável

SEÇÃO II – Estrutura física

Art. 5.º Compõem a estrutura física do Setor de Farmácia:

.º	Classificação	Quantidade	Objetivo
	Sala Administrativa Farmácia Central	1	Gerenciar as ações técnicas relacionadas à padronização, armazenamento e distribuição de medicamentos; Gerenciar Recursos Humanos; Realizar reuniões para planejamentos de ações e avaliações da equipe; Realizar a gestão de processos por meio indicadores dos serviços prestados; Exercer atividades relacionadas à farmacovigilância; Organizar e informar sobre a tomada de decisão relacionada às atividades desenvolvidas; Documentar, por meio de registros, as atividades, as intervenções e as ações farmacêuticas desenvolvidas; Supervisionar as atividades técnicas realizadas pela equipe técnica-assistencial; Promover ações de educação continuada; Orientar a equipe multiprofissional;

			Elaborar manuais, protocolos e formulários técnicos.
	Recepção	1	Recepção do público interno e externo
	Sala de Dispensação Farmacêutica	1	Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos; Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de auxiliar na farmacoterapia do paciente; Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde; Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica; Aplicar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos; Realizar o atendimento; Receber as prescrições de Nutrição Parenteral.
	Sala de Armazenamento de Medicamentos sob Controle Especial	1	Armazenar medicamentos sujeitos a controle especial segundo legislação vigente, em sala fechada com dispositivo de segurança, sob responsabilidade do farmacêutico da Unidade de Abastecimento Farmacêutico.
	Sala de Etiquetagem de Medicamentos	1	Identificar as ampolas e frascos com etiquetas de código de barras interno.
	Área de Armazenamento	1	Adquirir, receber, armazenar e abastecer as unidades de dispensação, de forma a garantir a correta distribuição e conservação dos medicamentos, dentro dos padrões e normas técnicas específicas, que venham assegurar a manutenção das características

			físico-químicas e qualidades necessárias à sua correta utilização.
	Sala de Fracionamento e Unitarização de Medicamentos	1	Unitarizar os comprimidos com código de barras em máquina unitarizadora de sólidos.
	Sala Administrativa da Unidade de Abastecimento Farmacêutico	1	Gerenciar as ações técnicas relacionadas à padronização, armazenamento e distribuição de medicamentos; Gerenciar Recursos Humanos; Realizar reuniões para planejamentos de ações e avaliações da equipe; Realizar a gestão de processos por meio de indicadores dos serviços prestados; Elaborar documentos descrevendo os procedimentos para aquisição de medicamentos obedecendo leis e normas vigentes que norteiam as Compras Públicas; Organizar e informar sobre a tomada de decisão relacionada às atividades desenvolvidas; Supervisionar as atividades técnicas realizadas pela equipe técnica-assistencial; Promover ações de educação continuada; Orientar a equipe multiprofissional; Elaborar e aprovar manuais, protocolos e formulários técnicos.
	Sala Área de recebimento e quarentena de medicamentos	1	Retenção temporária de medicamentos, com proibição de serem utilizados até a liberação para distribuição pela Unidade de Abastecimento Farmacêutico.
	Sala de	1	Recebimento, armazenamento e distribuição

0	Armazenamento de Soluções Parenterais de Grande Volume		das Soluções Parenterais de Grande Volume, atendendo ao regulamento Técnico da legislação vigente.
1	Farmácia Satélite da Unidade de Urgência e Emergência	1	Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos; Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de auxiliar na farmacoterapia do paciente; Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde; Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica; Armazenar e dispensar materiais médico-hospitalares; Aplicar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos; Recebimento da Nutrição Parenteral; Receber, armazenar, dispensar, manter os registros e emitir mapas semanais e mensais de Soros e Imunoglobulinas.
2	Farmácia Satélite da Unidade de Bloco Cirúrgico	1	Montar os Kits com materiais e medicamentos para as cirurgias; Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos, conforme prescrição médica, para as cirurgias e sala de recuperação pós-anestésica; Armazenar e dispensar materiais médico-hospitalares; Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos; Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de

			auxiliar na farmacoterapia do paciente; Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde; Registrar a saída de Kits para as cirurgias; Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica; Fornecer os Kits para captações e transplantes de órgãos; Armazenar e dispensar córnea e esclera para os transplantes; Utilizar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos.
3	Farmácia Satélite da UTI	1	Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos; Realizar e registrar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico, com o propósito de auxiliar na farmacoterapia do paciente; Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde; Selecionar, registrar e dispensar os medicamentos conforme prescrição médica; Aplicar manuais, protocolos e formulários para a dispensação correta dos medicamentos.
5	Áreas de armazenamento de medicamentos junto ao Almoxarifado Central	1	Local destinado ao recebimento, armazenamento e distribuição das Soluções Parenterais de Grande Volume, atendendo ao regulamento Técnico da legislação vigente.

CAPÍTULO III
DAS- RESPONSABILIDADES

SEÇÃO I -MISSÃO

Art. 6.º O Setor de Farmácia tem por missão gerenciar, coordenar e integrar todo processo de aquisição, controle e distribuição de medicamentos no âmbito hospitalar, em atendimento aos princípios normativos vigentes.

SEÇÃO II – VISÃO

Art. 7.º O Setor de Farmácia Hospitalar tem por visão ser referência na dispensação de medicamentos dentro da Rede Hospitalar.

SEÇÃO III – VALORES

Art. 8.º São valores do Setor de Farmácia, em consonância com os valores da FENIX

Preceitos éticos-legais;
Humanização do cuidado;
Responsabilidade;
Respeito aos direitos dos pacientes;
Trabalho em equipe;
Eficiência, eficácia e efetividade;
Cooperação e integração;
Padronização de condutas;
Educação permanente;
Respeito às regras, às Leis, às Normas e aos colaboradores;
Trabalho em equipe;
Disciplina e determinação;
Assertividade, iniciativa e resolutividade;
Compromisso com a verdade e a ética profissional.

SEÇÃO IV – COMPETÊNCIAS

Art. 9.º São competências do Setor de Farmácia Hospitalar:

Elaborar e planejar os pedidos de compras de medicamentos para abertura de pregões eletrônicos;

Emitir os pedidos de aquisição para reposição do estoque de acordo com a política de abastecimento da Farmácia;

Acompanhar a emissão das autorizações de fornecimento e monitorar a entrega dos produtos adquiridos junto aos fornecedores;

Incluir e excluir itens padronização de medicamentos, de acordo com as deliberações da Comissão de Padronização de Medicamentos;

Controlar a utilização e o registro de entrada e saída de todos os medicamentos em âmbito institucional.

SEÇÃO V – PRODUTOS/SERVIÇOS

Art. 10. Constituem produtos/serviços do Setor de Farmácia:

Termos de referência (TR) e pedidos de medicamentos (PMS);

Pedidos de aquisição para reposição de estoques;

Relatórios técnicos de Farmacovigilância;

Relatório de Indicadores do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e do Plano Diretor Estratégico (PDE);

Alertas de estoques;

Relatórios técnicos para reposição de medicamentos imunobiológicos (soros e vacinas);

Fechamentos de Inventário mensal e anual.

SEÇÃO VI – CLIENTES

Art. 11. São clientes internos e externos do Setor de Farmácia:

Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica;

Almoxarifado Central;

GAS;

Unidade de Bloco Cirúrgico;

Setor de Urgência e Emergência;

Ambulatório de Especialidades;

UTIs;

Unidades de Internação;

SEÇÃO VII – FUNÇÕES OPERACIONAIS

Art. 12. Constituem funções operacionais de responsabilidade do Setor de Farmácia Hospitalar:

Instruir e confeccionar os pedidos de compra e os TR para suprir os estoques;

Solicitar a abertura de Pregão Eletrônico dos medicamentos padronizados;

Realizar periodicamente, levantamento de consumo e planejamento de aquisição de medicamentos para reposição de estoques;

Priorizar os pedidos de acordo com a urgência, criticidade ou imprescindibilidade do item;

Monitorar junto aos fornecedores de medicamentos, a entrega dos insumos dentro dos prazos estabelecidos no Contrato/Edital;

Gerenciar contratos sob a responsabilidade do Setor de Farmácia Hospitalar;

Notificar os fornecedores sobre irregularidades contratuais;

Instruir e solicitar sanções administrativas quando houver irregularidades nos contratos;

Registrar através de Sistema Informatizado oficial, todas as Notas Fiscais de medicamentos solicitados pela UAF;

Dispensar medicamentos para os clientes internos e externos.

CAPÍTULO IV
CAPITAL HUMANO

SEÇÃO I – DEVERES

Art. 13. O Setor de Farmácia Hospitalar deverá manter colaboração recíproca

e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 14. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Setor de Farmácia Hospitalar:

Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

Usar o crachá nas dependências do hospital;

Tratar a todos com urbanidade;

Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais for designado;

Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

Manter seus registros funcionais atualizados;

Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do

Trabalhador;

Observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Art. 15. São deveres específicos dos colaboradores lotados no Setor de Farmácia Hospitalar:

- Receber e estocar/alocar as compras de medicamentos;
- Proceder a organização e a estocagem dos medicamentos, de forma a preservar sua integridade física e condições de uso;
- Manter o controle de estoque, através de registros apropriados;
- Registrar todas as entradas e saídas através de sistema apropriado para a finalidade;
- Controlar os estoques, auxiliando na compra dos medicamentos necessários para reposição, conforme procedimento estabelecido para cada item, de acordo com as características de cada insumo, assim como facilitar sua localização e manuseio;
- Solicitar reposição dos medicamentos;
- Elaborar inventário mensal e anual, visando atender as exigências normativas;
- Separar medicamentos para devolução;
- Atender as requisições de medicamentos, fornecendo em tempo hábil os medicamentos solicitados;
- Controlar os níveis de estoque;
- Receber, cadastrar, armazenar, separar e distribuir medicamentos para todo complexo.

SEÇÃO II – CARGOS E ATRIBUIÇÕES

Art. 16. O Setor de Farmácia Hospitalar possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:

1	Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar

	Requisito para ocupação do cargo: graduação em farmácia com habilidades em planejamento estratégico, gerenciamento de processos, administração, orçamento/finanças públicas, noções de licitação pública, negociação, organização e comunicação, experiência em liderança de equipes, experiência em farmacovigilância, farmacoeconomia, sistemas de distribuição de medicamentos, tomadas de decisão baseadas em evidências, gerenciamento de risco. Estar registrado no respectivo conselho de classe e em dia com as obrigações junto ao mesmo.

Atribuições:

Avaliar e assegurar a implantação e revisão dos protocolos assistenciais e dos POP relacionados aos cuidados desenvolvidos Setor de Farmácia Hospitalar;

Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;

Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo do Setor de Farmácia Hospitalar;

Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;

Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores;

Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;

Manter a página do Setor de Farmácia Hospitalar atualizada no sítio eletrônico do HC, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências,

descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

Definir processos de trabalho no âmbito Setor de Farmácia Hospitalar, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;

Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;

Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;

Receber e avaliar as demandas dos usuários/solicitantes do hospital;

Monitorar e avaliar a utilização dos medicamentos em âmbito institucional, promovendo o uso racional dos insumos adquiridos;

Estabelecer indicadores e parâmetros de referência para o monitoramento da gestão dos insumos hospitalares;

Realizar em cooperação com a Divisão de Gestão de Pessoas e com a Gerência Administrativa (GA), o dimensionamento adequado de recursos humanos necessários para a gestão dos medicamentos;

Articular com o Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação o desenvolvimento e implantação dos Sistemas de Gestão Hospitalar como ferramenta de monitoramento dos indicadores de processos;

Coordenar, controlar e executar atividades relacionadas ao ressuprimento de medicamentos para manutenção dos estoques reguladores na instituição;

Planejar, coordenar, executar, fiscalizar e avaliar as atividades referentes à cadeia logística de suprimento de medicamentos do hospital;

Apoiar a política institucional de gestão de suprimentos, em consonância com as necessidades da Gerência Assistencial e Gerência Administrativa, referente à incorporação de novas tecnologias;

Identificar necessidades setoriais e propor ações de educação permanente das equipes;

Participar de Grupos Técnicos e Comissões criadas no Hospital;

Elaborar e aprovar as escalas de trabalho, programação de férias e

<table>
<tr><td colspan="2">solicitações de afastamentos, conforme dispositivos normativos legais vigentes;
Realizar conferência e assinatura dos pontos dos trabalhadores;
Manter a página do site eletrônico do Hospital atualizada, conforme determinação da Lei de Acesso à Informação, contendo no mínimo identificação do setor, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
Definir processos de trabalho no âmbito do Setor de Farmácia Hospitalar e Unidades subordinadas de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;
Realizar reuniões periódicas e informativos dirigidos à equipe sobre questões de interesse do setor;
Realizar mediação de conflitos com habilidades de liderança, estimular o trabalho em equipe e propor ferramentas para melhoria dos processos internos.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td>Substituto do Chefe de Setor</td></tr>
<tr><td>Requisito para ocupação do cargo: graduação em farmácia com habilidades em planejamento estratégico, gerenciamento de processos, administração, organização e comunicação, com perfil de liderança de equipes, noções de farmacovigilância, e sistemas de distribuição de medicamentos. Estar registrado no respectivo conselho de classe e em dia com as obrigações junto ao mesmo.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atribuições:
Substituir a Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar em suas ausências e impedimentos legais (férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, e outros), inclusive no afastamento definitivo, assumindo todas as atribuições inerentes ao cargo.
Assessorar a Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar no desempenho de suas atividades, em especial quando de reuniões ordinárias e extraordinárias do Setor.</td></tr>
</table>

3	Chefia da UAF
	Requisito para ocupação do cargo: graduação em farmácia com habilidades em gestão de estoques, planejamento de compras, gerenciamento de processos e fluxos de processos, orçamento/finanças públicas, noções de licitação pública, negociação, organização e comunicação. Estar registrado no respectivo conselho de classe e em dia com as obrigações junto ao mesmo.
Atribuições: Acompanhar diariamente os níveis de estoque de medicamentos; Elaborar os pedidos de reposição de estoque; Monitorar o processamento dos pedidos de compras de medicamentos; Priorizar os pedidos de reposição de estoque de acordo com o crédito orçamentário disponível; Gerenciar as autorizações de fornecimento enviadas aos fornecedores, garantindo que os prazos de entregas sejam cumpridos dentro dos prazos legais estabelecidos; Acompanhar a homologação dos pregões eletrônicos e a publicação dos contratos de fornecimento; Monitorar o encerramento da vigência das atas de registro de preços e dos contratos de fornecimentos; Elaborar pedidos de compras emergenciais (Adesões/Dispensas) com a finalidade de evitar a ruptura de estoque e a falta de medicamentos imprescindíveis aos pacientes; Instruir as solicitações de sanções administrativas por irregularidades ou inexecução contratual aos fornecedores.	
4	Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica e Farmácia Clínica
	Requisito para ocupação do cargo: graduação em farmácia com habilidades em planejamento estratégico, gerenciamento de processos, organização e comunicação,

	experiência em liderança de equipes, experiência em farmacovigilância, farmacoeconomia, sistemas de distribuição de medicamentos, tomadas de decisão baseadas em evidências, gerenciamento de risco, conhecimentos em Farmácia Clínica, farmacologia, manipulação de medicamentos oncológicos, conhecimento da legislação pertinente à área. Estar registrado no respectivo conselho de classe e em dia com as obrigações junto ao mesmo.
Atribuições: Coordenar a equipe; Elaborar escalas de trabalho e de férias; Monitorar a utilização de medicamentos em todo complexo hospitalar; Atuar em cooperação técnica com as equipes multidisciplinares; Realizar cursos de capacitação, treinamento e atualização para as equipes da farmácia e demais profissionais do Hospital; Realizar avaliações e monitorar as negociações das avaliações de desempenho dos funcionários sob sua responsabilidade.	
5	Secretário da Unidade
	Requisito para ocupação do cargo: pessoa com formação em nível médio completo, com domínio em informática (Excel, powerpoint, internet, outros) e com habilidade em comunicação e organização.
Atribuições: Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias; Controlar agenda de compromissos; Digitar memorandos, ofícios e demais documentos, receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao Setor; Catalogar fontes bibliográficas; Manter os arquivos atualizados; Manter os armários organizados;	

<table>
<tr><td colspan="2">Executar os serviços de digitação do Setor de Farmácia Hospitalar;
Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia;
Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
Participar da organização de eventos;
Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estadia dos componentes do Setor de Farmácia Hospitalar para eventos externos;
Digitar os relatórios elaborados pela Chefia e pelo Conselho Gestor;
Participar de reuniões e elaborar as atas pertinentes;
Conferir agenda e comunicar as atividades do dia à Chefia;
Conferir os e-mails da caixa de entrada do Setor de atuação;
Planejar e organizar eventos.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">6</td><td>Farmacêutico</td></tr>
<tr><td>Requisito para ocupação do cargo: graduação em farmácia com habilidades em organização e comunicação, atendimento ao público, experiência em farmacovigilância, farmacoeconomia, sistemas de distribuição de medicamentos, tomadas de decisão baseadas em evidências, gerenciamento de risco, conhecimentos em Farmácia Clínica, farmacologia, manipulação de medicamentos oncológicos e conhecimento da legislação pertinente à área. Estar registrado no respectivo conselho de classe e em dia com as obrigações junto ao mesmo.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atribuições:
Orientar a equipe e distribuí-la da melhor maneira possível para que numa situação atípica como, falta ou folga de funcionários, os serviços tidos como básicos, dispensação das prescrições médicas e preparo de quimioterápicos, não fiquem prejudicados, causando prejuízo ao paciente.
Prestar informações a toda a equipe multiprofissional sobre medicamentos e rotinas da farmácia;
Tomar decisões em situações de urgência com responsabilidade;
Supervisionar as seguintes atividades na farmácia:</td></tr>
</table>

Organização e limpeza da farmácia;

Organização das prateleiras de medicamentos;

Organização das geladeiras;

Atividades de dispensação de medicamentos;

Reposição dos medicamentos nos bins (caixa plástica padrão);

Reposição dos Kits de medicamentos e materiais médico-hospitalares;

Reposição de medicamentos e materiais da Central de Diluição de Quimioterápicos;

Conferência dos carrinhos de medicamentos de urgência;

Cumprimento dos horários dos colaboradores.

Desenvolver as seguintes atividades:

Triagem da Prescrição Eletrônica;

Conferência dos medicamentos da Prescrição Carbonada;

Preparo dos Quimioterápicos;

Acompanhamento da Prescrição de Nutrições Parenterais;

Reposição de medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98);

Organização de balanços periódicos e apresentação de relatórios à Administração.

Elaborar os relatórios de:

Medicamentos sujeitos a controle especial;

Medicamentos liberados pelo Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica;

Soros e imunobiológicos;

Produtividade da Farmácia Central.

Ser responsáveis pelos diversos setores da Farmácia onde estiverem escalados: Farmácia de Dispensação, Preparo de QT e Farmácias Satélites do Pronto Socorro, Bloco Cirúrgico e Ambulatorial;

Fazer visitas às Unidades Assistenciais para verificar o armazenamento correto dos medicamentos, soluções parenterais de grande volume, bem como o preparo dos medicamentos para administração;

Promover cursos de reciclagem para a equipe da Farmácia e para as

<table>
<tr><td colspan="2">equipes multiprofissionais envolvidas no manuseio dos medicamentos;
Promover a conscientização das equipes multiprofissionais quanto aos cuidados, à guarda e importância da racionalização do uso dos medicamentos através de boletins informativos e palestras;
Conhecer, divulgar e fazer cumprir as rotinas internas do Setor de Farmácia Hospitalar;
Realizar Farmácia Clínica;
Participar de comissões como membro ou equipe de apoio: Farmacovigilância, Comissão de Padronização de Medicamentos, Comissão de Licitação, Comissão de Farmácia e Terapêutica, NSP, Comissão de Protocolos Clínicos Multiprofissionais, Comissão de Nutrição Parenteral, Comissão Técnica de Assessoramento e Acompanhamento do Processo de Licenciamento Sanitário, Gerência de Resíduos e Gerência de Risco.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">7</td><td>Técnico em Farmácia</td></tr>
<tr><td>Requisito para ocupação do cargo: técnico em farmácia (curso em nível médio de técnico em farmácia) com habilidades no trabalho em equipe, conhecimento em distribuição de medicamentos e conhecimento da legislação pertinente à área. Estar registrado no respectivo conselho de classe e em dia com as obrigações junto ao mesmo.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Atribuições:
Organizar e limpar as prateleiras, geladeiras e armários de armazenamento dos medicamentos e materiais;
Repor os medicamentos, materiais esterilizados da CME e materiais médico-hospitalares para a Central de Diluição de QT;
Repor diariamente os medicamentos nos bins e materiais esterilizados da Central (pessoal técnico);
Controlar e contar o estoque de medicamentos;
Realizar atividades de dispensação de medicamentos;
Aferir a temperatura das geladeiras e ambiente diariamente;
Repor o estoque de medicamentos nas Farmácias;
Unitarizar e etiquetar os medicamentos;</td></tr>
</table>

Repor os Kits de medicamentos e materiais; Atender ao público interno e externo e solicitar a presença do Farmacêutico sempre que necessário; Verificar os prazos de validade dos medicamentos; Entregar as Soluções Parenterais de Grande Volume nas Unidades Assistenciais e anexos do Hospital Conhecer e cumprir as rotinas internas da Farmácia.

Art. 17. As funções de Coordenadores de Área e Responsáveis Técnicos constituem funções de confiança da Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar, ficando a indicação a seu critério.

CAPÍTULO V
ORGANIZAÇÃO INTERNA

SEÇÃO I – DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. O Setor de Farmácia Hospitalar funciona nos seguintes horários:

I – Administrativo do Setor de Farmácia Hospitalar:

Segunda a sexta-feira das 6h30 às 17 horas;

Finais de semana e feriados: escala de sobreaviso.

II – Administrativo da Unidade de Dispensação Farmacêutica e Farmácia Clínica:

Segunda a sexta-feira das 6h30 às 17h30;

Finais de semana e feriados: sobreaviso.

III – Administrativo da UAF:

Segunda a sexta-feira das 6h30 às 19 horas;

Finais de semana e feriados: sobreaviso.

IV – Farmácia Central: todos os dias da semana das 6h30 às 19 horas;

V – Central de Diluição de Doses da QT:

Segunda a sexta-feira em horário comercial;

Finais de semana e feriados das 14 às 17 horas (plantão).

VI – Farmácia Satélite da UTI: todos os dias da semana das 7 às 19 horas;

VII – Farmácia Ambulatorial: de segunda a sexta-feira das 7 às 11 horas e das 12h30 às 17 horas;

VIII – Farmácia Satélite Bloco Cirúrgico: 24 horas (ininterrupto);

IX – Farmácia Satélite do Pronto Socorro: 24 horas (ininterrupto).

Art. 21. As escalas de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe o Setor, devendo ser elaboradas até o dia 15 do mês anterior descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e posterior envio à Unidade de Comunicação para publicização no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de acesso à Informação.

Art. 22. Os afastamentos e férias serão avaliados pela Chefia imediata e posteriormente encaminhados ao Serviços de Recursos Humanos.

SEÇÃO II – DO CONSELHO GESTOR

Art. 23. O Setor de Farmácia Hospitalar terá um Conselho Gestor, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 24. São objetivos do Conselho Gestor:

Promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas do Setor;

Promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégias de planejamento do Setor;

Implementar oportunidades de melhorias para que o Setor possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 25. Compõem o Conselho Gestor do Setor de Farmácia Hospitalar:

A Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar, como coordenador do Conselho;

A Chefia da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica, como vice coordenador;

A Chefia da UAF;

Um representante dos técnicos em farmácia, eleito pelos seus pares.

§ 1.º Nas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) das chefias do Setor e das Unidades, assumirá a coordenação do Conselho o substituto legal.

§ 2.º O secretário do Conselho será escolhido dentre os representantes representado no Conselho, se a mesma não possuir o serviço de secretariado.

Art. 26. Caberá ao secretário do Conselho ou ao representante do segmento com a função de secretário do Conselho:

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Conselho;

Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

Lavrar e assinar as atas de reuniões do Conselho;

Elaborar relatório mensal das atividades do Conselho;

Providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

Realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Conselho.

Art. 27. São competências do Conselho Gestor:

Elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos do Setor de Farmácia Hospitalar quando necessário;

Apreciar o Plano Anual de Investimento do Setor de Farmácia e suas Unidades, para o exercício subsequente;

Definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor de Farmácia Hospitalar;

Definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor de Farmácia Hospitalar;

Estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Conselho para o exercício, quando do início das atividades;

Dar andamento as ações propostas no PDE institucional para o Setor de Farmácia e suas Unidades;

Propor a criação de Grupos de Trabalho para:

Auxiliarem nas decisões do Conselho Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos;

Comporem o centro de custo do Setor de Farmácia e das Unidades subordinadas, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

SEÇÃO III – DAS REUNIÕES

Art. 28. As reuniões ordinárias do Setor de Farmácia Hospitalar, convocadas pelo coordenador terão programação anual pré-definida, ou poderão ser reprogramadas com antecedência mínima de 15 (quinze) dias úteis/corridos, e acontecerão mensalmente.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador ou pela subscrição de metade de seus membros, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas.

Art. 29. As decisões do Conselho serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, poderá o Coordenador, optar por levar a questão para votação da equipe de farmacêuticos do Setor e, persistindo o empate, o mesmo fará dará o voto de desempate.

Art. 30. Os atos do Conselho Gestor serão consubstanciados em recomendações, indicações ou diligências, todos registrados em livros-ata e formalizados em relatórios oficiais, sendo estes enviados à chefia imediatamente superior, se necessário.

Art. 31. Cada membro do Conselho Gestor ficará responsável por realizar reuniões com seus subordinados, conforme demanda de suas áreas.

Art. 32. A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de

Farmácia Hospitalar será determinada pela Chefia, em conjunto com o Conselho Gestor, seguindo as exigências da Instituição e obedecendo as normas legais.

CAPÍTULO VI
INDICADORES DE GESTÃO

Art. 33. Os indicadores de gestão do Setor de Farmácia Hospitalar estão dispostos no quadro abaixo:

	Indicadores de Produção	Especificação
1	Estatística Global	Relatório de consumo de medicamento Relatório de utilização de medicamentos por paciente Número de Medicamentos Padronizados Número de PMS Número de Pedidos de Empenho Recebidos (AF)
	Indicadores de Desempenho	Especificação
2	PDE	Grau de atendimento nas requisições de medicamentos (medicamentos solicitados x medicamentos em falta) Monitoramento da porcentagem de Prescrições Médicas Relatório Quantitativo de medicamentos fracionados pela CAF.
3	Indicador Quase Erro de Dispensação de Medicamentos	Porcentagem de quase erro de dispensação de medicamentos (medicamentos dispensados x quase erro de dispensação)

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. O funcionamento do Setor de Farmácia Hospitalar, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da FENIX, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1.º Assuntos referentes a normas e rotinas do Setor de Farmácia Hospitalar devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2.º O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do Conselho Gestor com a Chefia do Setor de Farmácia Hospitalar, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 36. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

15. ATIVIDADES DE APOIO

Detalhamento da organização das atividades não estritamente assistenciais, mas essenciais ao funcionamento da unidade.

Atividades de apoio são consideradas como suporte essencial para o atendimento das demandas e garantem uma logística eficiente. A logística pode fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de uma empresa.

Implementação e Funcionamento de Outros Serviços

Para a gestão, gerenciamento e operacionalização da PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA a FENIX utilizará de diferentes estratégias e ferramentas para uma gestão eficiente dos recursos disponíveis e dos usuários, com o olhar no sujeito em busca de boas práticas na humanização, tendo como alicerce da filosofia da gestão: a Gestão da Informação, a Descentralização, os Fluxos de Movimentação e Processos de Manufatura Enxuto.

O gerenciamento do PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA buscará a qualidade total imediata, a minimização do desperdício, a melhoria contínua, a flexibilidade e a construção e manutenção de relações de longo prazo com os parceiros e fornecedores.

Para tanto, contará com uma equipe gestora formada por profissionais qualificados e com expertise na gestão e operacionalização de serviços de saúde de urgência e emergências, com foco no atendimento pré-hospitalar móvel. Os gestores designados serão responsáveis pela qualidade do serviço, articulando, de maneira eficiente, com os recursos a serem utilizados e atendendo as necessidades do usuário e da equipe.

Utilizará ainda diversos serviços de apoio que apesar de serem apoio são estritamente importantes ao funcionamento da Unidade os quais sem eles prejudicará todo o processo de assistência.

15.1. LIMPEZA HOSPITALAR

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corroboram também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. Ainda, a presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde.

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies. A proposta deste trabalho é apresentar alguns estudos que evidenciem a problemática da contaminação do ambiente como determinante na disseminação de agentes infecciosos nos serviços de saúde.

A limpeza e a higienização são fundamentais para proporcionar um entorno saudável e livre de agentes causadores de doenças. Cada tipo de ambiente requer técnicas de limpeza específicas, produtos adequados e mão de obra treinada. No setor hospitalar, esse cuidado deve ser redobrado.

Zelar pela segurança dos pacientes e dos profissionais da área de saúde é o principal objetivo das empresas especializadas em limpeza hospitalar. Em um ambiente em que o risco de contaminação é potencialmente maior, é fundamental seguir corretamente os protocolos de limpeza e desinfecção.

Muitas doenças são causadas por agentes infecciosos e, em hospitais e clínicas, esses microrganismos podem contaminar superfícies e equipamentos que são frequentemente manuseados por médicos, enfermeiros e pacientes. A limpeza hospitalar contribui para o controle da proliferação de doenças e da contaminação cruzada, assegurando o bem-estar de quem oferece e se beneficia dos serviços de saúde.

A FENIX tem uma enorme preocupação com os serviços de apoio, desta forma trabalha com empresas terceirizadas especialistas nas áreas especificas, que são responsáveis pelo atendimento na integra do solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Classificação das áreas

- Crítica (C): onde se realizam procedimentos invasivos, ou que possuem clientes de alto risco (sistema imunológico comprometido, necessidades de cuidados intensivos, isolamentos);
- Semi – crítica (SC): aquelas ocupadas por clientes com patologias infecciosas de baixa transmissibilidade, ou doenças crônicas não transmissíveis;
- Não – crítica (NC): todas as que não são ocupadas por clientes, nem se realizam procedimentos.

Classificação da Limpeza e Desinfecção

- Processo de limpeza diária de todas as áreas do hospital, objetivando a manutenção do asseio, a reposição dos materiais do consumo diário (papel toalha, sabonete líquido, papel higiênico e sanitos) das diversas áreas hospitalares. Deve ser realizada diariamente, promovendo o asseio e a diminuição da flora microbiológica do local.

- Terminal: Processo de limpeza e/ou desinfecção de todas as áreas do hospital, objetivando diminuir o risco de contaminação do ambiente, com a redução da população microbiana através da remoção da sujidade.
- Realizado periodicamente ou conforme protocolo (Teto, parede, janela, vidros, grades de ar condicionado, luminárias, equipamentos mobiliários – cama, suporte de soro, mesinha, colchões, macas, escadas e piso) deve ser realizada após alta do cliente, ou conforme cronograma mensal pré-estabelecido, permitindo a diminuição da colonização ocorrida com a presença do cliente.

Material Necessário para passar MOP

- Par de luvas de látex;
- Desinfetante;
- Panos limpos ou MOP (se necessário);
- Balde contendo água e detergente (se necessário).

Realizar a Técnica

- Reúna o material necessário;
- Desligue os equipamentos da corrente elétrica;
- Lave as mãos;
- Calce as luvas;
- Preparar 2 baldes – 1 com água e sabão líquido e outro com água limpa;
- Levar o material até a área a ser limpa;
- Afastar os móveis, para facilitar o trabalho;
- Molhar o local a ser lavado com a solução de água e sabão;
- Passar máquina de lavar no chão com movimentos circulares e movimentado para frente e para trás;
- Repetir a operação se necessário;
- Passar a MOP embebido em água limpa para enxaguar bem o chão;

- Repetir o processo até que o chão fique bem limpo;
- Passar a MOP seca para secar bem o chão;
- Limpar e guardar os equipamentos;

OBS: Mudar a água sempre que necessário.

Limpeza Específicas

PISOS: Manter a boa aparência do ambiente hospitalar; Conservar do piso; Exige o uso de produtos adequados que são comprados pela chefia da limpeza; Devem ser padronizados, segundo critérios de qualidade e com registro do Ministério da Saúde; As normas de uso dos produtos devem ser observadas. Promovendo o menor desgaste do material.

PAREDES E TETO: Contaminam-se muito menos do que as superfícies horizontais e a probabilidade de dispersarem microrganismos no ar é praticamente nula; São lavados somente quando sujos e em caso de isolamento; usar um rolo coberto com pano úmido, embebido com água e sabão; quando há contaminação com matéria orgânica ou quando é isolamento fazer desinfecção imediatamente após a contaminação. Lavar com água e sabão. Passar hipoclorito a 1% e deixar por 10 minutos e enxaguar; limpar primeiro o teto e depois a parede com movimentos de cima para baixo; afastar sempre os móveis do local a ser limpo para não os danificar.

JANELAS: As janelas não podem ser lavadas quando o sol brilha diretamente sobre elas, porque secam rapidamente e ficam manchadas.

LAVAGEM DO LADO INTERNO: Material: água e sabão, balde, pano, escada; Levar o equipamento e o material para junto da janela a ser lavada; Mergulhar o pano na água com sabão e torcer; Passar o pano na vidraça, começando do alto, esfregando o vidro de um lado para outro e de cima para baixo; Enxaguar o pano em água limpa e repetir os mesmos movimentos; Para maior brilho, secar com um terceiro pano; Fazer fricção com álcool a 70% por 30 segundos; Recolher, limpar e guardar o

equipamento. Lavar telas da Nutrição à cada mês.

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS: A limpeza das instalações sanitárias é de suma importância, pois evita a transmissão de doenças e garante a boa imagem do hospital O uso de desinfetante é necessário, primeiro lavar com água e o sabão, em seguida passar hipoclorito de sódio a 1%, deixar por 10 minutos e enxaguar; Pós arenosos prejudicam as instalações e devem ser bem removidos para evitar a formação de película, e causar irritabilidade;

PIAS: Levar o equipamento para junto das pias; Molhar esponja dupla face, retirar o sabonete da pia; Espalhar sabão sobre a esponja dupla face e esfregar; Lavar a pia por dentro e por fora; Limpar as torneiras sobre o lavatório Retirar os cabelos e detritos da abertura do esgoto, usando um gancho, mas não os jogar de volta ao esgoto; Enxaguar a superfície da torneira; Secar a superfície com um pano seco; Recolher, limpar e guardar o material usado;

VASOS SANITÁRIOS: Preparar o equipamento necessário: Panos; Escova (de plástico e nunca de madeira); Baldes (2) Preparo da limpeza (sabão e hipoclorito de sódio); Levar o equipamento para o local; Levantar o assento; Dar descarga; Esfregar o interior da bacia com escova, inclusive a áreas sob a borda Dar nova descarga; Molhar uma esponja na solução de sabão e torcer; Lavar o exterior da bacia, o assento de ambos os lados, e as dobradiças (serão corroídos se não forem bem limpos) dando particular atenção as partes próximas ao chão; Enxaguar com água limpa e em seguida passar hipoclorito de sódio a 1%, deixar por 10 minutos e enxaguar novamente; Após enxaguar secar com pano seco; OBS: Devem ser realizados diariamente e sempre por último.

MÓVEIS E ACESSÓRIOS: Podem ser de madeira, metal, estofados de couro, de tecido ou de material sintético. Sua limpeza geralmente é feita com água e sabão neutro sendo que a umidade deve ser mínima para não empenar a madeira ou enferrujar o metal.

MÓVEIS E ACESSÓRIOS DE METAL: Pode ser limpo com água e sabão;

enxaguar e secar com pano; não usar um polimento corrosivo; passar pano com álcool a 70%; Cuidado para não riscar.

MÓVEIS E ESTOFADOS: Limpar periodicamente com pano embebido em água e sabão enxaguar com pano úmido e passar álcool a 70%; Realizar esse processo a cada 7 dias ou quando necessário.

Uso de Equipamento de Proteção Individual

Trabalhadores do serviço de limpeza devem utilizar equipamentos de proteção individual para protegê-los durante o exercício de suas atividades, minimizando os riscos operacionais.

São eles: avental impermeável; luvas grossas de PVC, cano médio e longo; gorros; máscaras com filtro e descartáveis; botas cano médio e cano longo; óculos.

Faz parte da responsabilidade do empregador o fornecimento de EPI necessário ao uso diário, bem como a sua descrição da sua utilização correta.

Cabe o funcionário o dever de usá-lo, zelar pela sua conservação, higienização e guarda.

Avental: Deve ser usado na desinfecção terminal dos quartos e ambientes contaminados; vestir antes de entrar no ambiente que vai ser desinfetado; após a limpeza: Tirar o avental puxando-o pelas mangas e dobrando-as para dentro e enrolando-o pelo avesso; tirar o avental na saída da área onde foi feita a desinfecção-na porta; encaminhar o avental em saco plástico rotulado “contaminado” para a lavanderia;

Luvas Grossas: Servem de proteção para as mãos e braços; devem ser usadas sempre que for realizar limpeza e desinfecção de superfícies contaminadas; após o uso: Devem ser lavadas e desinfetadas com solução de hipoclorito de Sódio a 0,5% viradas pelo avesso e postas a escorrer não devem ser usados indevidamente, pelo risco de transmissão de infecção, não pegar em maçanetas, torneiras e objetos de uso comum;

Gorros: Usados nas áreas fechadas (centro cirúrgico ou centro obstétrico); Ambiente empoeirados; Desinfecção terminal, principalmente em áreas contaminadas e após o uso, se for tecido encaminhá-lo para lavanderia junto ao avental e se

descartável, desprezar em local adequado;

Máscaras: Usadas para desinfecção terminal em quartos ou ambientes contaminados; Proteção contra contaminação de gases tóxicos eliminados das soluções desinfetantes; Proteção em caso de isolamento respiratório; após o uso se descartável, desprezar; se for tecido encaminhar para lavanderia.

Botas Impermeável e com Solado Antiderrapante: Usadas ao lavar áreas internas ou externas (contaminados ou não), com o uso de muita água e de produtos especiais; Ao lidar com eletricidade; Se usadas em desinfecção terminal, fazer desinfecção das botas com água, sabão e hipoclorito de sódio a 0,5%. Guardar limpas.

Óculos: Usado para proteção dos olhos contra substâncias que são usadas no ambiente, e que possam causar irritação nos olhos após o uso – devem ser lavados com água e sabão e guardados em local protegido.

Lavagem das Mãos

Retirar anéis, relógios, pulseiras, antes de iniciar o procedimento; Colocar uma quantidade adequada de solução antisséptica(sabão) na palma da mão, espalhando em ambas; Friccionar por aproximadamente 30 segundos todas as faces das mãos, os espaços interdigitais, o dorso, o punho, a ponta dos dedos; Enxaguar as mãos retirando totalmente a espuma e resíduos de sabão; Enxugar as mãos com papel toalha descartável; Utilizar papel toalha para cobrir a torneira ao fechá-la; Desprezar o papel no lixo.

Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Materiais (POPS 26)

Definição

Processos realizados para remoção de sujidades, orgânicas e inorgânicas, reduzindo a carga microbiana, para que as etapas subsequentes sejam eficazes. Alguns artigos termossensíveis passarão pelo processo de desinfecção e os demais serão submetidos a esterilização

Objetivo

Garantir de modo sistematizado a desinfecção de materiais em quantidade, qualidade e condições adequadas para o uso, a fim de promover uma assistência segura e eficaz ao paciente e condições de biossegurança ao profissional.

Contraindicação Não há.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material (por sala)

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- EPIs (gorro, máscara, óculos de proteção, luvas de borracha, avental impermeável), sapato fechado.
- Recipiente plástico de cor opaca com tampa;
- Detergente enzimático;
- Gaze não estéril;
- Panos limpos e macios;
- Escova de cerdas duras e finas;
- Bucha não abrasiva;
- Detergente neutro;
- Preparo e esterilização de materiais;
- Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, gorro, sapato fechado.
- Embalagem: Papel grau cirúrgico, campo cirúrgico, saco plástico;
- Tesoura;
- Máquina seladora;
- Pacote teste desafio;
- Ampolas indicador biológico (ampola para teste e ampola controle);
- Incubadora para indicador biológico;
- Caneta adequada para registro no papel grau cirúrgico;
- Etiqueta;

- Livro de registro para controle dos testes biológicos;
- Instrumento para controle dos parâmetros da autoclave/desinfecção química;
- Autoclave;
- Local para armazenamento (armários, recipientes com tampas, estantes);
- Desinfecção de materiais termossensíveis;
- EPIs (luvas de borracha, máscara, óculos de proteção, gorro, avental impermeável), sapatos fechados;
- Recipiente plástico de cor opaca e com tampa para solução química;
- Recipiente plástico com tampa para a água potável corrente;
- Recipiente plástico com tampa para armazenamento de materiais;
- Detergente neutro;
- Seringa de 20 ml;
- Solução química (hipoclorito de sódio 1%);
- Panos limpos e macios;
- Bucha não abrasiva;
- Fita adesiva para identificação dos recipientes com soluções (conter: nome do produto, validade da solução, nome do profissional e COREN).

Descrição do procedimento

Ação de enfermagem

Expurgo: Descontaminação prévia/Limpeza:

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs, proporcionando barreira física entre o profissional e os fluídos corporais e matéria orgânica;
- Separar os artigos que serão processados, desmontar peças que apresentam articulações, encaixes ou conexões;
- Remover o excesso de matéria orgânica visivelmente presente com auxílio de gaze, pois a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes, tornando o método ineficaz;

- Preparar recipiente com solução contendo detergente enzimático, conforme orientação de diluição do fabricante, colocando os materiais em imersão completa, sem sobreposição de material, mantendo o recipiente tampado, durante tempo recomendado pelo fabricante e não excedendo este tempo, para a solução não se tornar um substrato para as bactérias, propiciando um aumento da contaminação dos artigos
- Retirar os materiais e desprezar a solução com detergente enzimático, a qual deverá ser utilizada uma única vez;
- Enxaguar os materiais em água corrente para remoção da solução;
- Esta etapa deve ser feita com o artigo dentro de uma solução para que não haja dispersão de gotículas no ambiente. O uso do detergente enzimático não substitui a fricção dos artigos
- Realizar limpeza manual com auxílio de escova e detergente, com movimentos de fricção; A presença de ferrugem, crostas, umidade, oxidações, ranhuras comprometem a qualidade do processo de esterilização;
- Enxaguar novamente até completa remoção dos resíduos;
- Colocar os materiais sobre uma bancada forrada com pano limpo, para secagem do material;
- Secar individualmente cada material com o auxílio de pano limpo e macio e realizar atenta inspeção a fim de identificar presença de resíduos, ranhuras, oxidações, umidade ou secreções. Caso perceba alguma inadequação do material, este deverá ser separado para novo processo de limpeza ou inutilização;
- Colocar os materiais secos em recipiente limpo e encaminhar para a sala de preparo e esterilização de materiais;
- Após o manuseio dos materiais, deixar o ambiente de trabalho em ordem: hamper vazio, pia limpa e seca passando álcool 70% em todas as bancadas; caixas plásticas vazias e limpas, as luvas de borrachas lavadas;
- Realizar lavagem das mãos.

Preparo e esterilização de materiais

- Higienizar as mãos;

- Realizar desinfecção das mesas, bancadas e armários com álcool a 70% antes de iniciar as atividades;
- Higienizar novamente as mãos;
- Colocar os EPIs – luvas de procedimento, gorro e mascara.
- Separar os materiais que serão embalados e observar limpeza, integralidade e funcionalidade.
- Montar kits para procedimentos conforme necessidade do serviço.
- Cortar o papel grau cirúrgico de modo que o material fique bem acondicionado, evitando pacotes muito grandes ou muito pequenos em relação ao material a ser acondicionado, garantindo uma embalagem que não comprometa o processo de esterilização (abertura e manuseio do material sem risco de contaminação). Ao utilizar embalagem dupla garantir que não apresentem dobras internas.
- Selar o pacote de modo que permita sua abertura sem contaminação do material estéril, garantindo que a selagem seja contínua, pois pequenas falhas permitem a entrada de microorganismos
- Montar “pacotes teste desafio”, preparados para conter a ampola do indicador biológico, feitos com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido uma ampola, embalada em papel grau cirúrgico e selado);
- Dispor os artigos de modo vertical para facilitar a entrada e circulação do vapor. O acondicionamento adequado dos pacotes dentro da autoclave permite a circulação do ar e do vapor, garantindo que todos os materiais sejam expostos ao agente esterilizante, à temperatura e ao tempo previsto.
- Manter as paredes livres e espaços entre os pacotes, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara. O papel grau cirúrgico possa ser posicionado o lado filme em contato com lado filme do outro pacote
- Posicionar o pacote teste desafio no local com maior dificuldade de circulação do vapor- em cima do dreno, no primeiro ciclo, diariamente, atentando para que as paredes da câmara permaneçam livres e também deixar espaço entre os pacotes;

- Ligar autoclave conforme orientações do fabricante e aguardar completar ciclo de esterilização, registrando os parâmetros do ciclo em impresso próprio
- Observar durante o ciclo de esterilização se temperatura e pressão foi atingida;
- Ao final do ciclo, aguardar o manômetro indicar ausência total de pressão e entreabrir a porta por dez minutos para saída do vapor;
- Quando os pacotes estiverem frios, higienizar as mãos e retira-los da câmara da autoclave;
- Observar integralidade dos pacotes e presença de umidade, manchas, sujidade, perfurações, rasgos. Caso ocorre alguma alteração, comunicar a enfermeira e reprocessar o material;
- Separar os pacotes teste desafio, colocar na incubadora para realizar leitura conforme orientação do fabricante e registrar em livro controle. Liberar os materiais para uso conforme resultado da leitura do teste. A Incubadora deverá ser ligada 1 hora antes da incubação. As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão); os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização; indicador biológico der resultado positivo.
- Identificar os pacotes processados com a data da esterilização, data de validade, ciclo e funcionário responsável. As anotações podem ser feitas na parte do filme ou na aba de manuseio do material.
- Armazenar em local limpo, seco e arejado os materiais esterilizados, evitando sobrecarga de peso, amassar os pacotes ou amarrar com fitas e elásticos, pois danificam a integridade do papel grau cirúrgico;
- Observar os materiais já estocados quanto a integralidade da embalagem e validade da esterilização, se necessário encaminhar para ser reprocessado;
- Manter a sala em ordem.

Desinfecção de materiais

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs: luva borracha, máscara, gorro, óculos proteção;
- Desconectar todas as peças e lavar com água e detergente neutro. Se houver materiais tubulares, injetar a solução de água e detergente na luz do tubo com auxílio de seringa;
- Enxaguar bem os materiais em água corrente, inclusive a parte interna dos tubos com auxílio de seringa;
- Colocar sobre pano limpo os materiais para secar. Usar ar comprimido para secar as partes internas de tubos;
- Se necessário utilizar pano limpo e macio para completar a secagem dos materiais, garantindo que os materiais estejam secos antes de colocar na solução desinfetante para evitar que ocorra alteração na sua concentração;
- Imergir completamente todas as peças em recipiente opaco e com tampa contendo a solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos, pois é o tempo necessário para realização do processo de desinfecção uma vez que o produto sofre inativação quando exposto a radiação ultravioleta;
- Retirar os materiais da solução de hipoclorito;
- Enxaguar rigorosamente em água, até diminuir a impregnação do odor característico do agente químico;
- Retirar os materiais e colocar sobre pano limpo para escorrer e completar a secagem com pano limpo, seco e macio;
- Guardar as peças em recipiente com tampa;
- Após vencimento, desprezar solução de hipoclorito, lavar e secar recipiente (a solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas, conforme necessidade ou no máximo em 24 horas).
- Manter a sala limpa e organizada.

Observações

Alguns conceitos importantes:

Limpeza: primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, sendo um processo mecânico de remoção de sujidade de artigos e

superfícies, mediante o uso da água e detergente neutro ou detergente enzimático.

Desinfecção: processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados, realizada através de água quente ou em ebulição (acima de 60°C). Quando utiliza produtos desinfetantes (hipoclorito de sódio, glutaraldeído, álcool 70%) é chamada desinfecção por meio químico.

Esterilização: processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, não sendo mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

Pacote teste desafio: é um pacote preparado para conter a ampola do teste biológico. É feito com 40 gazes, sendo que exatamente no meio é inserido a ampola, embalado em papel grau cirúrgico e selado. Dentro da autoclave deve ser colocado nos locais com maior dificuldade de circulação do vapor.

Após retirar os pacotes da autoclave não colocar sobre superfícies frias, para evitar a condensação do vapor que ainda resta dentro deles.

Fazer limpeza das autoclaves com pano umedecido em água diariamente e controlar seu funcionamento, mantendo caderno de registro dos parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.

Ao condicionar os materiais na autoclave, colocar bacias, vidros e cubas sempre com sua abertura voltada para baixo.

Não utilizar esponja de aço ou produtos abrasivos, pois danificam o material e facilitam sua corrosão.

A solução de hipoclorito de sódio 1% deve ser desprezada a cada 6 horas ou conforme necessidade no máximo em 24 hs.

Segundo APECIH, 2010 até o momento é impossível recomendar tempo de estocagem para itens estéreis, pois não há uma metodologia padronizada e universalmente aceita para determinação de prazos de validade. A determinação deste prazo está relacionada as condições de estocagem e integridade das embalagens.

LIMPEZA HOSPITALAR (POPS 27)

Definição

É um processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante aplicação de produtos químicos, ação física ou combinação de processos.

Objetivo

Proporcionar aos usuários um ambiente com a menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução de possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas.

Executante – Equipe de serviço de higiene e limpeza.

EPI e Material

- Luvas de borracha;
- Botas de borracha;
- Avental impermeável;
- Óculos de proteção;
- Balde, rodo, escova sanitária, panos, saco de lixo branco e preto;
- Álcool 70%, detergente neutro, desinfetante;
- Materiais de reposição (sabonete, papel higiênico, papel interfolha, etc).

Áreas do ambiente hospitalar

- Áreas Críticas: risco potencial de adquirir infecções. Ex: UTI, sade de emergência, sala de parto, sala de coleta de sangue, Centro Cirúrgico, CME, Isolamento, etc.
- Áreas Críticas: ocupadas por clientes com doenças de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. Ex: enfermarias
- Áreas não críticas: áreas não ocupadas por pacientes: Ex: administração, diretorias, etc.

Princípios da limpeza

Inicia-se do local mais limpo para o local mais sujo, ou do local menos contaminado de acordo com o “provável nível de sujidade ou contaminação”:

1º. Mobiliários;

2º. Parede;

3º. Piso.

Técnicas de limpeza

- Do mais limpo para o mais sujo;
- Da esquerda para direita;
- De cima para baixo;
- Do distal para o proximal;
- Direção unilateral ou sequencial.

Descrição do procedimento

Limpeza concorrente

É o processo de limpeza realizado diariamente em diferentes dependências: unidade do paciente, piso de quartos e enfermarias, corredores, saguões, instalações sanitárias, áreas administrativas, salas de espera, etc. Essa limpeza é úmida e menos completa quando comparada com a limpeza terminal.

Limpeza terminal

É o processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies verticais e horizontais de diferentes dependências, incluindo paredes, vidros, portas, pisos, etc. A periocidade depende da área onde a limpeza é realizada, sendo que em quartos e enfermarias, ocorre após a alta, óbito e transferência do paciente.

Unidade do paciente

A unidade do paciente é representada por todo mobiliário, materiais e equipamentos que estejam próximos ao paciente e sejam passiveis de toques frequentes pelas mãos dos profissionais de saúde e do paciente. A frequência deve ser diária ou quando necessária.

15.2. SERVIÇO DE RECEPÇÃO

A FENIX, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e do Pacto pela Saúde, buscando garantir a universalidade e a oportunidade de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços, estabelece a padronização das ações desenvolvidas pela recepção dos serviços de saúde, coerentes com as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Para o cumprimento destes princípios, a FENIX, estabelece a padronização das ações desenvolvidas por todos os profissionais que atuam na recepção das unidades de saúde, com base no planejamento do trabalho de forma a adequá-lo, visando contribuir para a melhor qualidade da assistência. O Procedimento Operacional Padrão é uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade, ou seja, é um roteiro padronizado para realizar uma atividade. Para tanto, tem o objetivo de padronizar as ações ofertadas pelo serviço de saúde, minimizando a ocorrência de variações indesejáveis destas ações, causadas pela falta de habilidade ou de conhecimento do profissional, propiciando a melhoria na qualidade da assistência prestada por este setor das unidades de saúde.

A recepcionista hospitalar é parte integrante de uma equipe de saúde de alta performance. Afinal, é por meio da recepção que ocorre o primeiro contato de pacientes com as clínicas e hospitais.

O atendimento prestado faz toda a diferença para a conquista e a fidelização dos clientes, além de ditar se a reputação da instituição de saúde será positiva ou negativa.

Além disso, gestores, médicos e colaboradores contam com o trabalho da recepcionista em diversos processos. Por sua vez, todas essas atividades são importantes para o pleno funcionamento do espaço e bem-estar do paciente.

Ao contrário do que alguns pensam, a rotina da recepcionista não consiste somente em atender o telefone e direcionar ligações.

O ritmo diário de trabalho é repleto de ocupações que, se não forem bem executadas, podem comprometer os resultados da Unidade como um todo. As principais atribuições desses profissionais:

- Direcionamento de clientes para consultórios e salas de exames;

- Preparação e abastecimento das salas de exames, de coletas e box de atendimento;
- O serviço de emergência possui atendimento 24 horas. A recepção do setor é responsável pelas seguintes atividades:
  - Recepção;
  - Informações;
  - Cadastro;
  - Encaminhamento dos pacientes para atendimento;
  - Recolher as fichas de atendimento de emergência do dia e arquivá-las;
  - Preenchimento da Ficha de Atendimento da Emergência é feita no Sistema disponível na unidade; onde o atendente solicita ao paciente ou acompanhante os documentos pessoais e CNS (Cartão Nacional do SUS) que é atualizado no site Portal de Cadastros Nacionais após isso é impressa ficha de atendimento de emergência.
  - Organização de processos de atendimento;
  - Manutenção dos documentos organizados e de fácil acesso;
  - Registro de novos pacientes e atualização daqueles já existentes
  - Respostas de dúvidas de pacientes, garantindo um fluxo de informações satisfatório e esclarecedor ao paciente e ou usuário.

A ficha de emergência pediátrica é entregue ao responsável pelo paciente e este é orientado pelo recepcionista a se dirigir ao local de atendimento pediátrico se o local for diferenciado.

A emergência adulta, as fichas são ordenadas por ordem de chegada em planilha localizada no setor, para o devido encaminhamento a sala de triagem onde a equipe de enfermagem fará avaliação por meio do protocolo de Manchester.

Além dessas rotinas, o funcionário da recepção do setor da emergência ainda presta informações sobre o tempo de espera para atendimento, encaminha os pacientes para maiores informações com a enfermeira responsável pelo turno.

Providencia material de expediente para o setor.

As fichas de atendimento de emergência liberadas para arquivamento são

arquivadas separadas por clínica, em ordem cronológica, com data de início e fim, em pastas suspensas. As pastas são identificadas da seguinte forma: ocorrência policial, exames, NRC (não respondeu ao chamado), fichas para xerox, acidente de trabalho, acidente de trânsito, maternidade, pediatria, clínica médica, clinica cirúrgica. 610

As caixas são arquivadas por ano e em ordem cronológica no arquivo passivo.

As fichas de acidente de trânsito e acidente de trabalho devem ser identificadas com carimbo específico apropriado para este fim.

As ocorrências policiais devem ser arquivadas em pastas separadas contendo o formulário da ocorrência cedido por quem fez o transporte.

Os exames são arquivados junto com a ficha de emergência.

A cópia de fichas de atendimento na emergência deverá ser solicitada no SPP. A mesma será entregue ao paciente ou um responsável em três dias úteis após a solicitação.

Como vimos, não são poucas as tarefas e responsabilidades da recepcionista. Desse modo, é importante que os profissionais possuam habilidades essenciais para o exercício de todas as funções de forma eficiente. Veja algumas delas:

- Organização para manter todos os processos em ordem;
- Boa comunicação para se relacionar com gestores, colaboradores, pacientes, acompanhantes e público em geral;
- Criatividade para resolver problemas;
- Senso de economia e redução de custos;
- Inteligência emocional para gerenciar situações difíceis;
- Agilidade na execução de tarefas;
- Proatividade e autonomia para administrar as suas atividades.

APROVADO POR:

OBJETIVO: OBJETIVO

- Regulamentar as rotinas administrativas,médicas e assistenciais junto ao serviço de recepção de uma unidade de saúde relacionadas ao atendimento e preenchimento da "Ficha de Pronto Socorro Municipal de Pindamonhangaba"
- Formalizar o fluxo do encaminhamento do paciente e da FPA desde a entrada do paciente no PS até a sua saida, atendendo às normas de de humanização e acolhimento do SUS
- Qualificar a informação em saúde a partir do registro correto desde da entrada do paciente no PS, com as informações mais detalhada possivel tanto as documentais como orientação aos pacientes sobre rotinas, procedimentos e o devido encaminhamento
- realizar atividades profissionais típicas e privativas da sua função como: empatia,simpatia, boa postura e bons tratos a fim de evitar que o paciente saia da unidade sem os devidos esclarecimentos, ou se perca dentro da unidade devido a falta de orientação.

ENVOLVIDOS: Administração, Equipe Médica, Equipe de Enfermagem e equipe de Controladoria do acesso

CLIENTES: todos que buscarem o serviço 24 horas

ORIENTAÇÕES AOS RECEPCIONISTAS

• Ao registrar a entrada do paciente no PS, o recepcionista deverá conferir os dados cadastrais do paciente no Aplicativo de Gestão e atualizálos, se necessário;

- Caso o paciente não tenha cadastro na Instituição, solicitar documento de identificação com foto, CPF – Cadastro de Pessoa Física, Cartão Nacional de Saúde (CNS), endereço completo, sem abreviações, bem como telefones de contato e/ou para recados, com o código do munícipio (DDD): (Dados incompletos ou com erros dificultam a inserção da internação no sistema da SMS).

- O nome do paciente e sua filiação deve ser digitado como está no documento de identificação, sem abreviações ou supressões de partículas como: de, da, etc.;
- Observar se o nome da mãe está digitado no campo correto, uma vez que esse dado é de suma importância para a pesquisa do cadastro do paciente, evitando duplicidade de cadastros e/ou atendimentos de paciente homônimos no mesmo cadastro;
- É imprescindivel o preenchimento e atualização do CNS ou CPF, pois são informações obrigatórias para internação no sistema da SMS;
- Caso o paciente e/ou o acompanhante não estiver de posse dos documentos necessários no momento da internação, o recepcionista deverá abrir o cadastro com as informações mínimas e solicitar que sejam providenciados os documentos e atualizar o cadastro na apresentação destes no periodo maximo de 24 horas;
- Anotar na FPA a expressão: CADASTRO INCOMPLETO, para facilitar o rastreamento das informações pelos serviços assistenciais;
- O preenchimento de todos os campos do cadastro também é importante para o ensino, uma vez que é material para subsidiar pesquisas em várias áreas do conhecimento.
- •• Imprimir a FPA utilizando o sistema e entregá-la ao serviço de acolhimento do PS.

15.3. SERVIÇOS DE CONTROLADORIA DE ACESSO OU PORTARIA

A segurança em unidades hospitalares e ou de emergências é essencial para que as pessoas que chegam ao local possam ter toda atenção na recuperação de sua saúde ou a um familiar que está recebendo cuidados médicos.

O serviço de controladoria ou de portaria é muito importante para a proteção e ordem nesses ambientes, onde há uma grande ocupação e transição contínua de pacientes, visitantes e funcionários.

Estes serviços são indispensáveis para manter a ordem em um ambiente. Principalmente em locais onde as pessoas já se encontram fragilizadas, com dores e muitas vezes com esgotamento físico, precisando ter sua individualidade respeitada.

Assim, as providências mais comuns são a proteção de entrada permitida e não permitida, o controle de acesso, o controle de acesso de veículos e de materiais.

Além dessas existem outras práticas, como:

- Supervisão e rondas 24 horas;
- Precaução de roubos e furtos;
- Avaliação de risco e insegurança dos clientes;
- Controle de acessos (mercadorias, pedestres).

Verificar cumprimento de normas como: não fumar, não encostar bicicleta na parede, não entrar com bebida alcoólica, não sentar no chão, pedir para fazer silêncio, entre outros necessários ao ambiente.

Estes serviços visam proteger, combater ou diminuir as infrações que possam acontecer. Como o movimento dentro de uma unidade acontece a partir de um número grande de pessoas, o controle de acesso é uma medida que deve ser brevemente implantada, para uma maior segurança e tranquilidade entre médicos, enfermeiros, pacientes, acompanhantes e outros funcionários.

O monitoramento por imagens também é uma importante ação, com ele é possível minimizar ações de violência, furtos e roubos no ambiente da unidade de saúde. Através da captação e gravação de imagens, é viável um conforto maior para a equipe que trabalha na unidade e para os pacientes.

Para isso, é importante buscar uma empresa que tenha experiência no mercado e que tenha profissionais responsáveis, instruídos e habilitados para realizar

a atividade, seja em um hospital público ou privado.

A FENIX busca excelência pela escolha desta empresa, buscando parceiros conceituados no mercado, com vasta experiência, exigindo o cumprimento dos POP bem como aqueles que possuem um NEP já implantado para realizar os devidos treinamentos dentro do cronograma estipulado pela Secretaria de Saúde Municipal e o apresentado pelo plano de trabalho.

Como já dito, um grande fluxo de pessoas passa pelas Unidades de Saúde diariamente, e na maioria das vezes é difícil identificar todas elas. Um sistema de controle de acessos na entrada e estacionamento são de extrema importância para impedir a ação de pessoas mal-intencionadas.

O volume de mercadorias como remédios, equipamentos e materiais cirúrgicos nestas unidades também são grandes, e é preciso que eles sejam armazenados de forma segura. A partir da implantação de uma boa controladoria de acesso é possível proteger as unidades de constrangimentos, violências e roubos.

Principais atribuições são:

- Controle do movimento de pessoal nas áreas aos quais o profissional é responsável;
- Controle da entrada e saída de veículos dentro do local protegido;
- Identificação e combate atividades potencialmente estranhas nos locais determinados;
- Encaminhamento de pessoas para os lugares corretos;
- Zelo pela qualidade dos serviços;
- Prestação de informações, quando solicitadas e não sigilosas.

Quando pensamos em o que faz um controlador de acesso, é essencial pensar na gestão do controle de acesso como um todo, normalmente realizada na área extensão da área da unidade e arredores.

Analisando o que faz um controlador de acesso é possível perceber algumas características do bom profissional. Além disso, a equipe de Recursos Humanos do FENIX faz entrevistas com o profissional escolhido mesmo quando o serviço é

terceirizado dentro do Contrato de Gestão.

São exigidos para o controlador de acesso fazer parte do nosso time:

- Comprometimento com a sua função mesmo em situações críticas;
- Preparo físico e psicológico para um trabalho de constante pressão;
- Conhecimento sobre as tecnologias de segurança privada;
- Conhecer as normas da Unidade;
- Fazer rondas no edifício e zelar os equipamentos de incêndio e conferir se todas as portas e portões estão fechados;
- Repassar e cumprir o solicitado pelo responsável da unidade;
- Facilidade em se comunicar com o público;
- Ética na proteção de informações sigilosas;
- E pensamento analítico na identificação de situações perigosas.

O controlador de acesso que une todas essas caraterísticas é o profissional ideal para exercer a função.

Para selecionarmos ainda estes profissionais, solicitamos que eles possuam: Além do 2º grau completo, exigimos que tenha experiência na função.

Critérios para ter Acesso às Dependências da Unidade

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

Comunidade Interna (Funcionários e Prestadores de Serviços lotados)

Estar portando seu próprio crachá, o qual deve estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação e está com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras).

Comunidade Externa

a) Ser previamente atendido no Serviço de Recepção e ter recebido a devida orientação e identificação;

b) Estar no horário de visita ou devidamente autorizado pela chefia do setor/ enfermaria;

c) Ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 14 anos, para visitação;

d) Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras);

e) Não estar portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética;

f) Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;

g) Não estar fumando;

h) Não estar portando aparelhos eletro eletrônicos, a menos que tenha sido previamente autorizado pela Coord. De Enfermagem ou da Recepção;

i) Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o cliente internado a ser visitado;

j) Militar policial ou membro de Poder Judiciário devem apresentar sua “carteira funcional”, que comprove tal situação, e ter justificativa para entrar;

k) Os representantes comerciais somente poderão ter acesso às dependências administrativas, quando sua presença for autorizada e responsabilizada pela chefia a ser visitada.

Observações:

Não será permitido o comércio de produtos para os pacientes e ou servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, art. 117, da Lei nº 8.112, de 11 de

dezembro de 1990.

Controle das Recepções / Fiscalização

As portarias das unidades não poderão ficar “descobertas” em momento algum. Havendo necessidade do controlador se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente e comunicar o profissional responsável pela Unidade no momento.

É de responsabilidade dos controladores:

- Verificar se nas dependências da Unidade se as pessoas que estão no recinto se já foram acolhidas e ou atendidas;
- Exigir a identificação, quando julgar necessário.

Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de sua chefia.

Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão.

Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 4 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria Médica, Coord. De Enfermagem ou Serviço Social.

Impedir a saída de qualquer cliente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o “interno” só pode sair acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal.

Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de acompanhantes em locais não autorizados após as 21:00h, não será permitida a saída do mesmo caso não haja autorização por escrito do serviço de enfermagem para melhorar o sistema de segurança do Hospital.

OBS: nas rondas, verificar se todas as portas e janelas estão devidamente fechadas, luzes apagadas, quando for o caso, se não há violação de grades ou cerca, torneiras abertas, vazamento de água e gás, se há avarias visíveis em máquinas, equipamentos, móveis e veículos, se há pessoas estranhas no ambiente vigiado, se há suspeitos rodando a unidade.

Qualquer anormalidade observada quando da realização da ronda, entrar em contato imediato com a sede e coordenação de vigilância ou responsável pelo posto, adotando as primeiras medidas de segurança, fazendo o devido registro no livro de ocorrência. Para melhorar o sistema de segurança da unidade.

Impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores.

Observações:

Caso não haja autorização por escrito (“Autorização para Saída de Bens Patrimoniais”), reter o bem patrimonial e comunicar imediatamente o fato ao responsável pela Unidade (mesmo que seja para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc.), mediante a apresentação da autorização por escrito, carimbado e assinado pelo responsável.

A segurança em unidades hospitalares e ou de emergências é essencial para que as pessoas que chegam ao local possam ter toda atenção na recuperação de sua saúde ou a um familiar que está recebendo cuidados médicos.

O serviço de controladoria ou de portaria é muito importante para a proteção e ordem nesses ambientes, onde há uma grande ocupação e transição contínua de pacientes, visitantes e funcionários.

Estes serviços são indispensáveis para manter a ordem em um ambiente. Principalmente em locais onde as pessoas já se encontram fragilizadas, com dores e muitas vezes com esgotamento físico, precisando ter sua individualidade respeitada.

Assim, as providências mais comuns são a proteção de entrada permitida e não permitida, o controle de acesso, o controle de acesso de veículos e de materiais.

Além dessas existem outras práticas, como:

- Supervisão e rondas 24 horas;

- Precaução de roubos e furtos;
- Avaliação de risco e insegurança dos clientes;
- Controle de acessos (mercadorias, pedestres).

Verificar cumprimento de normas como: não fumar, não encostar bicicleta na parede, não entrar com bebida alcoólica, não sentar no chão, pedir para fazer silêncio, entre outros necessários ao ambiente.

Estes serviços visam proteger, combater ou diminuir as infrações que possam acontecer. Como o movimento dentro de uma unidade acontece a partir de um número grande de pessoas, o controle de acesso é uma medida que deve ser brevemente implantada, para uma maior segurança e tranquilidade entre médicos, enfermeiros, pacientes, acompanhantes e outros funcionários.

O monitoramento por imagens também é uma importante ação, com ele é possível minimizar ações de violência, furtos e roubos no ambiente da unidade de saúde. Através da captação e gravação de imagens, é viável um conforto maior para a equipe que trabalha na unidade e para os pacientes.

Para isso, é importante buscar uma empresa que tenha experiência no mercado e que tenha profissionais responsáveis, instruídos e habilitados para realizar a atividade, seja em um hospital público ou privado.

A FENIX busca excelência pela escolha desta empresa, buscando parceiros conceituados no mercado, com vasta experiência, exigindo o cumprimento dos POP bem como aqueles que possuem um NEP já implantado para realizar os devidos treinamentos dentro do cronograma estipulado pela Secretaria de Saúde Municipal e o apresentado pelo plano de trabalho.

Como já dito, um grande fluxo de pessoas passa pelas Unidades de Saúde diariamente, e na maioria das vezes é difícil identificar todas elas. Um sistema de controle de acessos na entrada e estacionamento são de extrema importância para impedir a ação de pessoas mal-intencionadas.

O volume de mercadorias como remédios, equipamentos e materiais cirúrgicos nestas unidades também são grandes, e é preciso que eles sejam armazenados de forma segura. A partir da implantação de uma boa controladoria de acesso é possível proteger as unidades de constrangimentos, violências e roubos.

Principais atribuições são:

- Controle do movimento de pessoal nas áreas aos quais o profissional é responsável;
- Controle da entrada e saída de veículos dentro do local protegido;
- Identificação e combate atividades potencialmente estranhas nos locais determinados;
- Encaminhamento de pessoas para os lugares corretos;
- Zelo pela qualidade dos serviços;
- Prestação de informações, quando solicitadas e não sigilosas.

Quando pensamos em o que faz um controlador de acesso, é essencial pensar na gestão do controle de acesso como um todo, normalmente realizada na área extensão da área da unidade e arredores.

Analisando o que faz um controlador de acesso é possível perceber algumas características do bom profissional. Além disso, a equipe de Recursos Humanos da FENIX faz entrevistas com o profissional escolhido mesmo quando o serviço é terceirizado dentro do Contrato de Gestão.

São exigidos para o controlador de acesso fazer parte do nosso time:

- Comprometimento com a sua função mesmo em situações críticas;
- Preparo físico e psicológico para um trabalho de constante pressão;
- Conhecimento sobre as tecnologias de segurança privada;
- Conhecer as normas da Unidade;
- Fazer rondas no edifício e zelar os equipamentos de incêndio e conferir se todas as portas e portões estão fechados;
- Repassar e cumprir o solicitado pelo responsável da unidade;
- Facilidade em se comunicar com o público;
- Ética na proteção de informações sigilosas;
- E pensamento analítico na identificação de situações perigosas.

O controlador de acesso que une todas essas caraterísticas é o profissional

ideal para exercer a função.

Para selecionarmos ainda estes profissionais, solicitamos que eles possuam: Além do 2º grau completo, exigimos que tenha experiência na função.

Critérios para ter Acesso às Dependências da Unidade

Todos os visitantes deverão passar pelas Portarias, para terem acesso ao local desejado.

Controle das Recepções / Fiscalização

As portarias das unidades não poderão ficar “descobertas” em momento algum. Havendo necessidade do controlador se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro servidor para substituí-lo imediatamente e comunicar o profissional responsável pela Unidade no momento.

É de responsabilidade dos controladores:

- Verificar se nas dependências da Unidade se as pessoas que estão no recinto se já foram acolhidas e ou atendidas;
- Exigir a identificação, quando julgar necessário.

Na atividade de controle da portaria, se o servidor for ofendido, desacatado ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar de imediato a presença de sua chefia.

Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão.

Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 4 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da

Diretoria Médica, Coord. De Enfermagem ou Serviço Social.

Impedir a saída de qualquer cliente internado, sozinho ou acompanhado, visto que o “interno” só pode sair acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado para tal.

Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de acompanhantes em locais não autorizados após as 21:00h, não será permitida a saída do mesmo caso não haja autorização por escrito do serviço de enfermagem para melhorar o sistema de segurança do Hospital.

OBS: nas rondas, verificar se todas as portas e janelas estão devidamente fechadas, luzes apagadas, quando for o caso, se não há violação de grades ou cerca, torneiras abertas, vazamento de água e gás, se há avarias visíveis em máquinas, equipamentos, móveis e veículos, se há pessoas estranhas no ambiente vigiado, se há suspeitos rodando a unidade.

Qualquer anormalidade observada quando da realização da ronda, entrar em contato imediato com a sede e coordenação de vigilância ou responsável pelo posto, adotando as primeiras medidas de segurança, fazendo o devido registro no livro de ocorrência. Para melhorar o sistema de segurança da unidade.

Impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores.

Observações:

Caso não haja autorização por escrito (“Autorização para Saída de Bens Patrimoniais”), reter o bem patrimonial e comunicar imediatamente o fato ao responsável pela Unidade (mesmo que seja para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc.), mediante a apresentação da autorização por escrito, carimbado e assinado pelo responsável.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP: 01	PORTARIA E CONTROLADORIA DE ACESSO

ELABORADO POR:

REVISADO POR:

APROVADO POR:

OBJETIVO: Estabelecer procedimentos de SEGURANÇA, ORGANIZAÇÃO DE FLUXOS E ACESSOS para a prevenção de acidentes e intercorrencias que possam prejudicar tanto o usuario como o andamento dos serviços.

ENVOLVIDOS: Administração, Equipe Médica, Equipe de Enfermagem e equipe de recepção

CLIENTES: todos que buscarem o serviço 24 horas

ORIENTAÇÕES

- Abrir a porta ou portão quando for o caso;
- Receber os usuarios as visitas, clientes e funcionários comunicando a recepção ou ao mesmo setor competente, sem permitar a entrada sem a devida autorização
- Verificar se o paciente possui sua identificação já inserida pelo setor de triagem ou pela recepção;
- Comunicar-se com a Gerencia Administrativa sempre que houver alguma irregularidade na unidade.
- Fazer revista quando suspeito diariamente ou aleatória na saída dos funcionários.
- Verificar todo volume que usuarios possam trazer ao PS;
- Verificar a entrada de alimentos, cobertores, aparelhos eletricos e outros se estão com autorização da autoridade competente e em caso afirmativo, fazer em um caderno a relação dos materiais com solicitaçãod e assinatura do usuário. Identificando todos os ´produtos e materiais.
- Na saida verificar e conferir os produtos e ou equipamentos;

- Informar a segurança do trabalho, gerência e diretoria em casos de incêndio e roubo.
- Manter a ordem e disciplina na recepção da Unidade
- Nunca deixar seu posto sem a devida substituição e comunicar os responsaveis
- Não permitir sobre hipotese alguma a entrade de pessoa não habilitada ou autorizada para tal.
- Não permitir aglomeração na entrada da unidade nem em seu interior e exterior, mesmo que seja companheiro de trabalho;
- Não permitir o comércio de qualquer espécie na frente da Unidade(calçada), bem como a permanência de pessoas com atitudes suspeitas;
- Verificar o fluxo de carros, não permitindo o estacionamento em lugares proibidos;
- Quando do atendimento de visitante, não deslocar-se até o carro do mesmo sem a devida autorização;.
- Identifique o visitado, comunique-se com este, e verificar com a recepção se pode ser anunciado ao setor .
- Outras e demais funções inerentes a segurança e a organização da unidade.

15.4. TRANSPORTE DE PACIENTES

Define-se transporte inter-hospitalar como a transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves ou como serviços de menor complexidade, de caráter público ou privado.

O ato de transportar deve reproduzir a extensão da unidade de origem do paciente, tornando-o seguro e eficiente, sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando, assim, agravar seu estado clínico.

Já o objetivo precípuo destas intervenções é melhorar o prognóstico do paciente; portanto, o risco do transporte não deve sobrepor o possível benefício da intervenção.

Pelo fato de o período de transporte ser um período de instabilidade potencial, deve sempre ser questionado se os testes diagnósticos ou as intervenções terapêuticas prescritas alterarão o tratamento e o resultado do paciente, justificando os riscos da remoção.

Os trabalhos clínicos demonstram uma mudança na conduta terapêutica em apenas 29% a 39% dos pacientes após exames diagnósticos, enquanto 68% deles tiveram sérias alterações fisiológicas durante o transporte.

Toda vez que o benefício da intervenção programada for menor que o risco do deslocamento, este não deve ser feito.

Considera-se o transporte seguro quando:

- A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente sabe quando fazê-lo e como realizá-lo, ou seja, deve haver indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento para fazê-lo.

- Se assegura a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico. Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar.

- Há treinamento adequado da equipe envolvida, desenvolvendo habilidade no procedimento.

- Há uma rotina operacional para realizá-lo.

São consideradas contraindicações para o transporte de pacientes:

➢ Incapacidade de manter oxigenação e ventilação adequadas durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino.

➢ Incapacidade de manter performance hemodinâmica durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário.

➢ Incapacidade de monitorar o estado cardiorrespiratório durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário.

➢ Incapacidade de controlar a via aérea durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário.

➢ Número insuficiente de profissionais treinados para manter as condições acima descritas, durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino (p. Ex. Médico, enfermeira, fisioterapeuta).

Didaticamente, podemos dividir em cinco tipos a transferência intra-hospitalar e em três tipos a transferência inter-hospitalar:

Transferência, sem retorno do paciente, para fora da área de tratamento intensivo (CTI, Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica):

Envolve a transferência dos pacientes com alta médica da sala de recuperação pós-anestésica ou da UTI. Aqui a decisão de “alta da unidade” é a razão da transferência; portanto, assume-se a responsabilidade de que o quadro clínico está estável e o paciente está apto a ingressar em unidades de menor complexidade.

Consequentemente, seu transporte será de pequeno risco. Normalmente, não é necessária a presença de médico neste tipo de transporte, porém a maioria dos

hospitais, por recomendação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), exige a presença de pelo menos um técnico de enfermagem durante o trajeto.

Transferência em um único sentido de um paciente para uma área de cuidados intensivos: envolve o transporte de pacientes da sala de emergência (clínica ou de trauma) ou enfermaria para a UTI ou para o Centro Cirúrgico.

Deve sempre ter o acompanhamento médico, e ser realizado, idealmente, após ressuscitação inicial e estabilização do paciente, a menos que haja risco iminente de vida.

Os cuidados serão, dentro do possível, uma extensão dos cuidados iniciais: suporte ventilatório, hemodinâmico e avançado de vida.

Transferência da UTI para o Centro Cirúrgico, com retorno à UTI:

A necessidade de intervenções cirúrgicas em qualquer segmento do corpo torna necessário o transporte do paciente crítico, mantendo o mesmo nível de cuidados no trajeto e dentro do Centro Cirúrgico. Tais procedimentos devem ter uma indicação precisa e em tempo, num acordo entre o cirurgião e o intensivista, ambos responsáveis pelo paciente.

Alguns procedimentos cirúrgicos podem ser realizados à beira do leito, dentro da UTI, mas estes só estão indicados se a equipe assumir que o risco do transporte é maior que o deles. Neste tipo de transporte há a necessidade da presença do médico, porém não há nada redigido que indique qual profissional, Curso de Educação à Distância em Anestesiologia seja o plantonista da UTI, cirurgião ou anestesiologista, deva responsabilizar-se por este deslocamento.

Recomenda-se, então, que o acompanhamento seja feito pelo médico responsável pelo paciente na unidade de origem, ou seja, pelo intensivista ou pelo cirurgião no deslocamento ao centro cirúrgico e pelo anestesiologista ou cirurgião no sentido inverso, já que estes estão mais familiarizados com as últimas alterações observadas no quadro clínico do paciente nestes dois diferentes momentos.

Transferência do CTI para áreas não-CTI e retorno do paciente de volta ao CTI:

Envolve as transferências para áreas onde são realizados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não-cirúrgicos. Neste caso, o paciente pode ausentar-se por períodos prolongados de tempo e, principalmente, permanecer em unidades onde não há pessoal treinado e equipamentos adequados que permitam a continuidade do tratamento a que ele estava sendo submetido na UTI.

Consequentemente, isto tudo deve ser levado junto com o paciente, o que torna este deslocamento o de maior complexidade logística.

Transferência não-crítica: são incluídos aqui os deslocamentos não-emergenciais e rotineiros, inclusive o de pacientes a serem submetidos a cirurgias eletivas, da unidade de internação ao centro cirúrgico.

Transferência, sem retorno, de centros de menor para outros de maior complexidade: inclui os pacientes, em vários estágios de gravidade, que são levados para realizarem tratamento definitivo em hospitais especializados, permanecendo internados neles definitivamente. Nesta categoria são incluídos os pacientes transferidos para outras cidades.

Transferência, com retorno, para tratamento ou exames diagnósticos em centros de maior complexidade: o tipo mais comum, onde o paciente vai a uma unidade isolada ou a outro hospital realizar um exame ou tratamento e retorna ao hospital de origem. O local de destino frequentemente não possui os recursos para manter o suporte de vida e o tratamento do paciente, devendo estes ser transportados junto a ele e mantidos até o fim do exame e/ou tratamento.

Transferência de pacientes politraumatizados de centros de menor complexidade, para onde são levados pelos sistemas de atendimento pré-hospitalar para estabilização, a outros de maior complexidade, para tratamento definitivo: este tipo é parte fundamental de um sistema de atendimento pré-hospitalar. Pacientes críticos podem ser levados temporariamente a uma unidade de menor complexidade, mas com capacidade de prestar suporte avançado de vida, próxima à área do sinistro. Após a estabilização, a vítima é transferida a um centro para seu tratamento definitivo.

Isto permite menor tempo para o atendimento, liberação da equipe de socorristas e melhor manejo da distribuição de pacientes, evitando sobrecarregar a rede de emergência.

Recomendações para o Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Críticos

As recomendações foram divididas em três grupos:

- Avaliação do paciente;
- Ações com relação à equipe; e
- Ações com relação ao material/equipamento.

O transporte de pacientes deve ocorrer quando os benefícios esperados para ele excedem os riscos inerentes ao transporte e, também, quando o paciente necessita de cuidados que não existam no hospital onde está.

A decisão e a efetuação do transporte são responsabilidades do médico que o assiste. Tal transporte envolve a presença de um veículo adaptado com todos os equipamentos necessários para a monitoração e suporte avançado de vida.

O transporte de pacientes críticos é uma atividade complexa e que está se expandindo em nosso meio. Existe uma série de passos a ser seguida para o planejamento e a adequada execução do transporte, antevendo as necessidades e riscos para o paciente.

É fundamental que o transporte seja realizado de modo consistente e científico, utilizando o conhecimento teórico e prático, incorporando novas tecnologias e antecipando os erros, visando sempre tornar mais eficiente o transporte do paciente crítico.

Recomendações para o Transporte entre hospitais de Pacientes

Assim que verificada a necessidade de transferência para outro hospital, o plantonista deve entrar em contato telefônico com a CROSS, iniciando os trâmites legais.

As etapas e exigências destes procedimentos são:

- Solicitar ao Responsável pelo Transporte o veículo de remoção; (ambulância que deverá estar a disposição do PS, 24 horas)
- A remoção do paciente precisa ser acompanhada pelo médico sempre que necessário, ou no mínimo por um técnico de enfermagem, será a critério médico; (regulação médica)
- A remoção pode ser de dois tipos: remoção temporária, para realizar uma necessidade pontual do paciente e, assim que concluída, ele retorna ao hospital em que estava internado; ou a remoção definitiva; quando o recurso clínico necessário para o tratamento não está disponível no primeiro hospital, nesse caso, ele é removido definitivamente para uma outra clínica;
- Toda transferência será registrada no Livro de Ocorrências do Plantão Geral.
- Veículo para transferência para outro hospital.

A principal opção para esse tipo de serviço é a ambulância para remoção. Ela pode ser usada para pacientes de baixa, média e alta complexidade. Os nossos veículos são equipados em conformidade com o que determina a Portaria 2048 do Ministério da Saúde. Sendo assim, asseguramos que os pacientes serão transferidos com conforto e segurança para realizarem os tratamentos necessários.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP: 01	TRANSPORTE DE PACIENTES
ELABORADO POR:		
REVISADO POR:		
APROVADO POR:		
OBJETIVO: Estabelecer os critérios de padronização de condutas a serem adotadas para a realização do transporte de pacientes de forma segura, tendo em vista que o transporte de pacientes críticos envolve riscos e estes devem ser		

inferiores aos benefícios advindos do transporte, além de considerar os aspectos ergonômicos e os riscos de lesões para a equipe que o realiza.

ORIENTAÇÕES ENFERMEIRO

- Enfermeiro ; Avaliar a condição clínica do paciente. Somente serão encaminhados a exames os pacientes hemodinamicamente estáveis.
- . Localizar o AOSD/ Maqueiro; Comunicar ao Setor que será realizado o exame ; Informar ao paciente o exame no qual será submetido.
- Realizar a provisão de materiais e medicamentos para o transporte.(A maca de transporte deve conter: 01 cilindro de O2 completo 01 ventilador de transporte 01 umidificador com água estéril e extensão de O2 01 bolsas ambú. 01 Maleta de medicação)
- Instalar monitorização para transporte.
- Instalar Ventilador de Transporte
- Solicitar Ambulância, quando o exame for realizado fora da Unidade

ORIENTAÇÃO MAQUEIRO

- Verificar a calibragem do cilindro de O2 (O cilindro deve conter suprimento de 150 mm Hg de O2 para a totalidade do percurso do transporte e para a permanência do paciente no local de realização do exame.)

ORIENTAÇÃO: ENFERMEIRO/ TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Transferir o paciente do leito para a maca (.Garantir a segurança na remoção, manter permeabilidade das vias aéreas, suporte ventilatório de transporte, controle de hemorragia, estabelecimento de via de acesso venoso, reposição volêmica adequada e imobilização do paciente na maca durante o transporte; Observar estabilidade clínica)
- Acompanhar o paciente durante todo o transporte até quando for dispensado por profissional competente;
- Orientar a equipe de transporte quanto à responsabilidade do paciente critico.

15.5. EXAMES DE ANALISES CLINICAS (LABORATORIO)

Causas Pré-analíticas de Variações dos Resultados de Exames Laboratoriais

Uma das principais finalidades dos resultados dos exames laboratoriais é reduzir as dúvidas que a história clínica e o exame físico fazem surgir no raciocínio médico.

Para que o laboratório clínico possa atender, adequadamente, a este propósito, é indispensável que todas as fases do atendimento ao paciente sejam desenvolvidas seguindo os mais elevados princípios de correção técnica, considerando a existência e a importância de diversas variáveis biológicas que influenciam, significativamente, a qualidade final do trabalho.

Fase Pré-analítica

Atualmente, tem se tornado comum a declaração de que a fase pré-analítica é responsável por cerca de 70% do total de erros ocorridos nos laboratórios clínicos que possuem um sistema de controle da qualidade bem estabelecido.

A despeito de todas as dificuldades para a comprovação desta afirmativa, a implantação, cada vez mais frequente, de procedimentos automatizados e robotizados na fase analítica permite assumi-la como verdadeira.

Adicionalmente, algumas características desta fase aumentam, em muito, o grau de complexidade e, por consequência, a oportunidade de ocorrência de erros e não conformidades.

A fase pré-analítica inclui a indicação do exame, redação da solicitação, transmissão de eventuais instruções de preparo do paciente, avaliação do atendimento às condições prévias, procedimentos de coleta, acondicionamento, preservação e transporte da amostra biológica até o momento em que o exame seja, efetivamente, realizado.

Dessa forma, a fase pré-analítica se desenvolve pela sequência de ações de um grande número de pessoas, com diferentes formações profissionais, focos de interesse e grau de envolvimento.

- Ao médico solicitante do exame e seus auxiliares diretos, interessa a

obtenção, às vezes em caráter de urgência, de um resultado laboratorial;

- Ao paciente, toca a preocupação com o possível desconforto do preparo e da coleta da amostra;
- ao flebotomista, cabe a preocupação

Com o cumprimento dos requisitos técnicos da coleta e com os riscos biológicos potenciais; igualmente, às pessoas encarregadas do acondicionamento, preservação e transporte da amostra, restam os cuidados para com a segurança e integridade do material e delas próprias.

A correta indicação do exame dependerá, primariamente, da familiaridade do médico solicitante com os recursos laboratoriais disponíveis, bem como do seu conhecimento das condições ideais para a coleta de material.

O médico solicitante – ou seus auxiliares diretos – deveria ser a primeira pessoa a instruir o paciente sobre as condições requeridas para a realização do exame, informando-o sobre a eventual necessidade de preparo, como jejum, interrupção do uso de alguma medicação, dieta específica ou prática de atividade física.

De uma forma ideal, o paciente deveria receber as informações adicionais e complementares, com alguns pormenores, como o melhor horário para a coleta e a necessidade da retirada de frascos próprios para a coleta domiciliar de algum material, porque ainda não se alimentou, uma das maiores queixas dos usuarios das Unidades Emergencias.

O paciente, absolutamente, não é um agente neutro neste contexto, influenciando de forma significativa a qualidade do atendimento que lhe é prestado.

Dessa forma, é preciso alguma atenção no sentido de se assegurar que ele compreendeu as instruções ministradas e que dispõe de meios para segui-las.

Algumas vezes, não é tarefa fácil obter informações críticas, omitidas voluntariamente ou involuntariamente pelo paciente.

Para que os resultados de alguns exames laboratoriais tenham algum valor clínico, deve ser registrado o horário de coleta, referindo o uso de determinados medicamentos (incluindo tempo de uso e dosagem); outros exigem cuidados técnicos de procedimento, como o uso ou não do garrote, de tubos, anticoagulantes e

conservantes específicos, a descrição exata do local da coleta, por exemplo, nos casos de amostras para exames microbiológicos etc.

Para a coleta de sangue para a realização de exames laboratoriais, é importante que se conheça, controle e, se possível, evite algumas variáveis que possam interferir na exatidão dos resultados. Classicamente, são referidas como condições pré-analíticas: variação cronobiológica, gênero, idade, posição, atividade física, jejum, dieta e uso de drogas para fins terapêuticos ou não.

Em uma abordagem mais ampla, outras condições devem ser consideradas, como procedimentos terapêuticos ou diagnósticos, cirurgias, transfusões de sangue e infusão de soluções.

Na FENIX a diagnose laboratorial será realizada por serviços terceirizados altamente qualificado, seguindo as diretrizes Ministeriais e que possua unidade proxima ao Pronto socorro para a agilidade no resultado, respeitando o periodo minimo estipulado de duas horas para alguns exames..

A FENIX segue e acompanha todas as portarias ministeriais que regem o assunto. Nossa experiencia nos contratos já existentes nos faz a cada novo projeto incluir e melhorar novas tecnologias nas exigências contratuais junto aos nossos parceiros.

A dinâmica dos laboratórios em unidades hospitalares e ou de urgência costuma ser bem mais complexa do que no atendimento ambulatorial.

Cada instituição tem uma especificidade e uma necessidade, a realização dos exames e a entrega de resultados pede maior agilidade e total controle de qualidade, respeitando-se todas as normas e padrões exigidos.

Os laboratórios têm que se preocupar com diferentes prioridades de respostas a serem fornecidas ao médico e pacientes, pois muitos, em suas rotinas, atendem. Além dos exames dos pacientes internados, que incluem os casos de emergência, pronto atendimento, pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e centros cirúrgicos, também os ambulatoriais (pessoas não internadas).

Não há limitação de exames nessas instituições, mas, em geral, nas unidades ficam disponíveis os exames críticos, aqueles que determinam conduta terapêutica e que precisam de resultados imediatos.

Na maioria das vezes, o portfólio é composto por um grupo de 40 a 50 exames que precisam ser feitos rapidamente em pacientes com quadros agudos, em UTI ou

pronto atendimento. “Quanto mais rápido o resultado do exame sair, mais rápido o médico consegue agir. O menu de exames de cada hospital também é alinhado com suas eventuais especialidades: maternidade, oncologia, cardiologia e assim sucessivamente”.

No caso especifico de uma PS, a FENIX contrata laboratório de renome e o mais próximo possível da unidade, ou em algumas vezes, esta unidade é uma referência disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, atendemos a necessidade do contrato de Gestão nos quesitos solicitados, como: qualidade, prazo de entrega dos resultados, materiais e equipamentos adequados a resposta imediata.

Todo processo de coleta, processamento de material biológico e liberação dos resultados são da responsabilidade da FENIX.

A FENIX disponibiliza o resultado do exame no prazo máximo de até 02 (duas) horas para os exames de emergência.

A FENIX realizará periodicamente a calibração dos equipamentos.

POP 18 Coleta de Exames Laboratoriais

Definição

Coletar amostras biológicas de material humano para auxiliar o diagnóstico e/ou tratamento em Unidades de Saúde descentralizadas ao Laboratório Municipal de Pindamonhangaba.

Objetivo

Realizar exames laboratoriais para diagnóstico, monitoramento e tratamento de doenças.

Contraindicação: Distúrbios de coagulação.

Executante

Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de enfermagem.

Material

- EPIs;
- Tubos para coleta de sangue à vácuo;
- Kit estéril para urocultura;
- Frasco preparador para exame parasitológico de fezes;
- Kit não estéril para Urina I;
- Frasco preparador para exame protoparasitológico de fezes.
- Caixa térmica azul com gelo reciclável congelado (para urina, fezes, baciloscopia, biópsias e outros exames. Cada tipo de material em uma caixa separada e devidamente identificada na parte externa).
- Caixa vermelha sem gelo reciclável (para hemoderivados.) os quais deverão ser separados em estantes pela cor da tampa.
- Gelo reciclável;
- Caixa para descarte de material pérfuro-cortante;
- Livro de registro para controle de exames realizados.

Descrição do procedimento

- Chamar o paciente pelo nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos;
- Apresentar-se ao usuário e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- Solicitar documento com foto e conferir com o nome constante no exame.
- Separar a guia de requisição de exames.
- Verificar quais exames foram solicitados.
- Solicitar ao paciente que assine o Termo de Consentimento para realização dos exames.
- Verificar quais exames foram solicitados e se contém, quando necessário, os demais documentos anexados (SADT, SINAN, Filipeta, etc).

- Verificar se os dados estão completos e igualmente descritos em todos os documentos, com letra legível respeitando os espaços dos quadrados do formulário, contendo os dados: nome completo do paciente (sem abreviaturas), sexo, data de nascimento, matrícula, dados completos do solicitante (nome, categoria profissional, número do conselho de classe, assinatura e carimbo), número do cartão SUS e data da solicitação do exame. Se for gestante, assinalar o campo gestante do Formulário.
- Confirmar com o paciente se este encontra-se com o tempo de jejum adequado e demais preparos adequados para os exames solicitados (vide Manual do Laboratório Municipal);
- Questionar sobre os medicamentos de uso contínuo do usuário, orientando-o a ingeri-los/administrá-los após a coleta de sangue, evitando sempre que possível ultrapassar o horário de costume.
- Para os exames coletados em casa, checar se os frascos estão bem vedados e colocar nas respectivas caixas térmicas, as quais deverão estar com gelo reciclável congelado na quantidade padronizada (Vide versão atualizada do Manual de Coleta do Laboratório Municipal de Pindamonhangaba) e devidamente fechada.
- Identificar o(s) frasco(s) dos exames entregues pelo usuário (fezes e urina), com as etiquetas, de acordo com o tipo de exame.
- Identificar a guia de requisição com a etiqueta controle;
- Registrar em livro-controle: data da coleta, dados do paciente e discriminar os exames solicitados, colocando o número da etiqueta controle;
- Acondicionar o material colhido em residência na caixa térmica indicada;
- Orientar o paciente quanto ao resultado do exame;
- fornecer etiqueta com número do exame para controle;
- Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário, de acordo com exames solicitados;
- Deixar a guia de exames juntamente com as etiquetas e os tubos separados para proceder a coleta de sangue, de modo que o usuário não fique de posse desse material.

Na sala de coleta

- Chamar o paciente pelo seu nome completo com o formulário único de requisição de exames nas mãos e apresentar-se cordialmente ao usuário ou ao responsável, no caso de incapaz e/ou menor de idade.
- Conferir o nome do usuário, pedindo para que repita seu nome completo e apresente o documento com foto e conferir os exames solicitados e os tubos.
- Posicionar o usuário para a coleta, sentado ou deitado, a depender das condições do indivíduo e da faixa etária.
- Proceder ou orientar a coleta do exame solicitado (vide Manual do Laboratório Municipal de Pindamonhangaba);
- Higienizar as mãos utilizando água e sabão ou utilizar o álcool 70.
- Devidamente paramentado (EPIs), calçar as luvas de procedimento e fazer a escolha do local da punção.
- Fazer a desinfecção do local escolhido com gaze ou algodão embebido em álcool a 70%, realizando um único movimento de dentro para fora. Aguardar o álcool secar naturalmente e não tocar o local da punção. Se o paciente estiver usando roupas de mangas longas dobradas, verificar se a manga está prendendo a circulação. Se for o caso, desdobrar a manga, afrouxando-a.
- Abrir o material na frente do paciente. Realizar a quebra do lacre da agulha e conectá-la ao adaptador, certificando-se sempre de que o conjunto está bem acoplado.
- Garrotear aproximadamente a uns 04 cm do local escolhido para punção, não ultrapassando o tempo de 1 minuto para não haver alteração nos resultados.
- Retirar a proteção da agulha e, imediatamente, fazer a punção na veia escolhida. Segurar o dispositivo entre os dedos polegar e indicador da mão dominante, posicionando o bisel da agulha para cima. Fazer a punção numa angulação oblíqua de aproximadamente 30 °.

- Inserir o tubo de coleta à vácuo mantendo o adaptador imóvel e quando o sangue começar a entrar no tubo, desgarrotear e pedir para que o usuário abra a mão.
- Aguardar o total preenchimento do tubo para depois colocar o próximo e é essencial obedecer à sequência dos tubos preconizada pela CLSI: 1º tubo de tampa azul- (Citrato / para Unidades autorizadas), 2º tubo de tampa amarela com Gel Ativador, 3º tubo de tampa roxa (EDTA) e por último, 4º tubo de tampa cinza (fluoreto de sódio/EDTA).
- Homogeneizar por inversão suavemente todos os tubos no mínimo oito vezes, inclusive o de tampa amarela e/ou vermelha. Uma inversão é contada após virar o tubo para baixo e retorná-lo a posição inicial.
- Retirar a agulha da veia acionando, imediatamente, o dispositivo de segurança da agulha, e colocando uma gaze ou algodão sobre o local e pedir para o paciente pressionar o local sem dobrar o braço.
- Descartar a agulha em caixa própria para resíduos pérfurocortantes; separar o adaptador de agulha (canhão) para posterior higienização com hipoclorito 1% por 30 minutos.
- Após a coleta dos exames na presença do usuário, etiquetar os tubos corretamente. 17 Mostrar ao usuário submetido ao exame e/ou seu responsável os tubos etiquetados buscando a confirmação de que todas as amostras de sangue estão corretamente identificadas.
- Realizar novamente a checagem e separação das guias de solicitação de exames e acondicionar em local que garanta sua integridade;
- Encaminhar ao Laboratório Municipal as guias de exames e os materiais coletados separados em caixas térmicas contendo gelo reciclável e acondicionados adequadamente;
- Registrar o procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Observação

- Não entregar para o usuário os tubos e/ou o pedido de exame enquanto ele aguarda ser chamado na sala de coleta.
- O descarte das etiquetas excedentes é de responsabilidade do profissional que coletou o exame.
- Recomenda-se um fluxo único para o procedimento de coleta e não dividido por equipes de referência.
- Recomenda-se arquivar as guias de solicitação de exames na Unidade, evitando assim que o usuário rasure a mesma.
- Recomenda-se que o profissional que coletou o exame assine e carimbe o formulário único.
- Orienta-se a registrar em livro de coleta quando o paciente trouxer a guia de exames em mãos, vinda de outro serviço (Policlínicas, Hospitais, etc).
- Para os usuários incapacitados de realizar coleta espontânea de urina, deve-se realizar Cateterismo Vesical de Alívio.
- Exames de DST/AIDS deverão ser realizados de acordo com a Portaria n° 77 MS/GM 12/01/2012.
- Exames de Microbiologia: Importante lembrar que amostras para exames de A fresco de Secreção vaginal – Grupo 13, Culturas em Geral (úlceras, Secreções de ferida, ocular e orofaringe) – Grupo 15 e Cultura de fezes – Grupo 16, DEVEM SER ARMAZENADAS E TRANSPORTADAS AO LABORATÓRIO EM MALOTE SEM GELO, A TEMPERATURA AMBIENTE.
- RDC 302 (item 6.1.7): “A amostra deve ser identificada no momento da coleta ou da sua entrega quando coletada pelo paciente”. O descarte das etiquetas da cartela não utilizadas é de responsabilidade do profissional da coleta.
- Atenção: usar 01 adaptador de agulha por paciente a cada dia, realizando a desinfecção posteriormente.

Classificação dos exames laboratoriais

Os diversos exames de patologia clínica diferem bastante em termos de frequência de solicitação na prática clínica e nível de complexidade de sua realização.

Apresenta os procedimentos da Tabela SIA/SUS correspondentes a cada

grupo de classificação de exames laboratoriais.

Exames do Grupo A

Esse grupo compreende os exames laboratoriais mais frequentemente necessários na prática clínica, ou seja, os exames, em geral, mais solicitados pelos profissionais que atuam na Atenção Básica, tais como: hemograma, glicemia, parasitológico de fezes, elementos anormais e sedimento da urina (EAS), urinocultura, sorologias para HIV, entre outros.

Os exames do Grupo A representam o primeiro nível de referência em média complexidade que, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), deve ser garantido o mais próximo possível dos cidadãos, em todos os módulos assistenciais (sejam esses formados por um único município ou por um conjunto de municípios).

A estruturação de um laboratório com capacidade de ofertar o conjunto de exames do Grupo A, geralmente, é recomendada para uma população de abrangência de, no mínimo, 25.000 habitantes.

No caso de municípios de menor porte, recomenda-se a conformação de módulos assistenciais compostos por mais de um município e a negociação de referências entre os gestores municipais para a realização dos exames.

Nesse caso, todos os municípios devem dispor de posto (s) de coleta que funcione (m) de forma articulada ao laboratório de referência, visando evitar o deslocamento dos pacientes.

Para isso, é importante assegurar que o (s) posto (s) de coleta se situe (m) a, no máximo, uma hora de distância do local de processamento dos exames, visando assegurar condições adequadas de transporte dos materiais biológicos.

Exames do Grupo B

Os exames do grupo B representam um segundo nível de apoio diagnóstico em patologia clínica, compreendendo exames solicitados com menor frequência ou mais complexos do que os do grupo A, tais como: dosagem de lipase, CPK, dosagens de hormônios, hemoculturas. Portanto, esses exames apresentam custo e

complexidade compatíveis com aglomerados populacionais um pouco maiores, de abrangência microrregional e/ou regional.

Exames do Grupo C

O grupo C é composto por outros exames de média complexidade (MC) solicitados com menor freqüência na prática clínica, em função de investigação diagnóstica detalhada ou acompanhamento terapêutico por especialistas, tais como dosagem de drogas terapêuticas, dos fatores de coagulação, mielograma e pesquisa de erros inatos do metabolismo. Em grande parte das situações, a oferta desses exames só é possível em nível regional e/ou estadual. 11 Exames do Grupo D Os exames do grupo D são aqueles de maior complexidade e custo, tais como imunofenotipagens, carga viral, exames de histocompatibilidade, diagnósticos em genética e na patolologia ocupacional. Para efeitos de organização da assistência, a oferta desses exames em geral só é possível em nível regional e/ou estadual.

Tipos de exames de laboratoriais

Conforme vimos anteriormente, os laboratórios de análises clínicas são divididos em setores que estudam especificamente cada uma das amostras biológicas colhidas.

A seguir, apresentamos os tipos de exames executados em cada uma destas áreas e seu propósito. Acompanhe.

No **setor de bioquímica**, os exames realizados dizem respeito a investigação do funcionamento dos processos metabólicos do organismo. São exemplos: glicose, colesterol, triglicerídeos, exames de função hepática, função renal, função cardíaca, eletrólitos, etc.

O **setor de hematologia**, por sua vez, investiga condições relacionadas ao sangue e suas frações, sendo o Hemograma o exame mais comum entre as solicitações médicas dentro deste grupo. Este tipo de exame é frequentemente

solicitado devido à relevância do sangue em sinalizar alterações em diferentes partes do organismo, já que este sistema de vasos conecta todo o corpo.

No **setor de hormônios**, moléculas produzidas por glândulas e que exercem efeito específico sobre uma ou mais partes do corpo, os exames dizem respeito a função tireoideana, reprodutora, entre outros. Dosagens de PSA e TSH são exemplos de exames que compõem este grupo.

Doenças relacionadas a alterações na capacidade de defesa do organismo (imunidade) e resposta contra infecções como a rubéola, a toxoplasmose e a dengue, são investigadas no **setor de imunologia**.

O **setor de microbiologia** realiza exames como cultura de urina, orofaringe e outras secreções. Esses exames balizam o diagnóstico de doenças infecciosas relacionadas, por exemplo, à atividade bacteriana nociva no organismo.

Assim como o hemograma, a análise de urina pode ser muito importante para a detecção de determinadas substâncias capazes de indicar a presença de alguma patologia que não apresente sintomas.

É no setor de **uroanálise** que essa investigação irá começar.

Por fim, é no **setor de parasitologia** onde se pesquisa a presença de determinados microrganismos como vermes e alguns protozoários. Lá são realizados exames como: parasitológico das fezes, pesquisa de sangue oculto, entre outros.

Uma informação que muita gente desconhece é que as análises microscópicas de células e tecidos provenientes de biópsias também são uma categoria de exame de análises clínicas.

15.6. ESTERILIZAÇÃO E ROUPARIA

Histórico

Como ciência, o processo de esterilização possui menos de duzentos anos. Com a descoberta da bactéria e a busca da morte microbiana muito se evoluiu no campo microbiano e consequentemente no processo de esterilização.

Até o inicio da década de 40, a limpeza, preparo e armazenamento dos materiais era realizado pela equipe de enfermagem das próprias unidades.

A dinâmica do serviço era descentralizada. Em meados da década de 50, surgiram os Centros de Materiais parcialmente centralizados e a CME semicentralizada na qual parte dos instrumentos e materiais começou a serem preparados e esterilizados.

Cada unidade preparava seus materiais e encaminhava para serem esterilizados em um único local. Com o avanço tecnológico e a evolução do edifício hospitalar, especificadamente na CME – a partir das últimas décadas do século XX – surgiu a necessidade de um aprimoramento das técnicas e dos processos de limpeza, preparo, esterilização e armazenamento de materiais e roupas.

Como conseqüência, a CME torna-se centralizada, com a supervisão de um enfermeiro e passa a ser definida como uma unidade de apoio técnico a todas as unidades assistenciais, responsável pelo processamento dos materiais, como instrumental e roupas cirúrgicas e a esterilização dos mesmos.

A implantação de Centrais distritais de Materiais Esterilizados é uma realidade nos grandes centros.

As Centrais Distritais de Materiais Esterilizados foi um grande avanço e, segundo o manual de normas e rotinas técnicas deste município, em alguns distritos em que as centrais ainda não haviam sido instaladas utilizavam panelas de pressão para o processo de esterilização, não havendo assim, validação do processo, nem controle dos instrumentais e de biossegurança.

A Resolução RDC nº. 307, de 14 de novembro de 2002, considera a CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de materiais médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos

e sadios, no entanto, uma grande parcela dos hospitais públicos encontra-se em desacordo com esta determinação. Com as CME funcionando eficazmente, as taxas de mortalidades e de infecções hospitalares caem e resultados positivos ficaram bastante visíveis

Fluxo Operacional de Materiais Esterilizados

O fluxo para encaminhamento e recebimento de materiais esterilizados será realizado de maneira a manter o bom funcionamento do setor e das unidades. Os materiais que necessitem de esterilização por Óxido de Etileno serão encaminhados para esterilização externa, por empresa credenciada.

ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES

De acordo com a RDC nº. 50 (ANVISA, 2004), a prestação de serviço de apoio técnico desta unidade, tem as seguintes atividades:

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;

• 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;

• 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

Fluxo de materiais estéreis da CME para as unidades



Classificação dos Produtos para Saúde

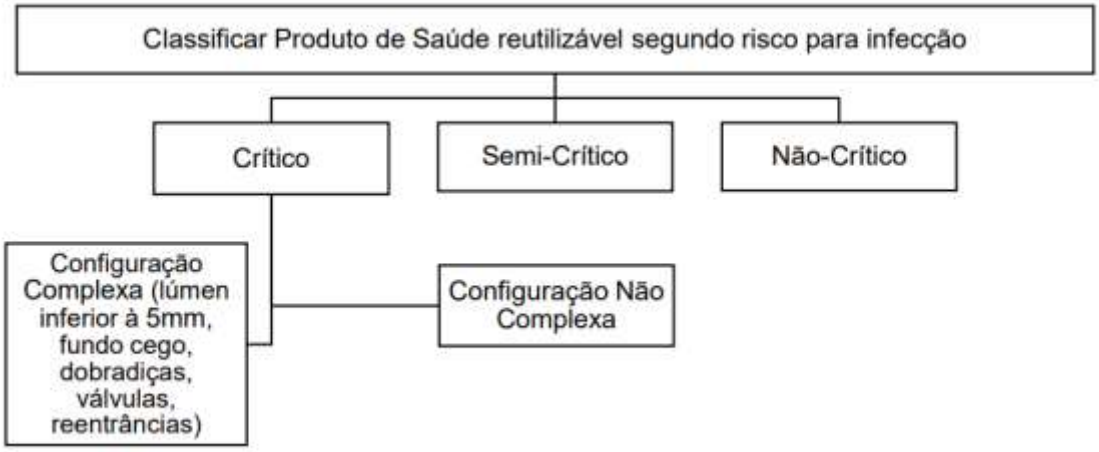
Comumente, tem sido utilizado, a classificação dos produtos para saúde, segundo a classificação de Spaulding, que utiliza como base o grau de risco potencial de transmissão de microorganismos envolvido no uso destes itens. Esta categorização tem como objetivo racionalizar a indicação do grau de exigência mínimo requerido para o processamento dos produtos para saúde, em termos de ação germicida.

Classificação de Spaulding

- **PPS Críticos**: risco de transmissão de infecção é alto, caso estejam contaminados. É aquele que penetra em tecidos estéreis ou sistema vascular e precisa ser esterilizado.

- **PPS Semi-Críticos**: risco de transmissão de infecção é intermediário. Entram em contato com membranas mucosas íntegras ou pele não intacta. Devem receber, no mínimo, desinfecção de alto nível. Segundo a RDC Nº 15 de 15 de março de 2012 da ANVISA, no parágrafo único, do artº 12, diz que 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.

- **PPS Não Críticos**: risco de transmissão de infecção é baixo. Entram em contato com a pele intacta ou não entram em contato com o paciente. Requerem, no mínimo, limpeza; e nos casos com presença de grande quantidade de matéria orgânica, desinfecção de baixo nível.



Preparo para esterilização, armazenagem e transporte do pps

O preparo de PPS perpassa todas as atividades que envolvem a preparação do material para a esterilização ou desinfecção.

Ele começa com a secagem e inspeção criteriosa dos materiais quanto à

presença de sujidade e resíduos, além de verificar a funcionalidade do material.

A presença de matéria orgânica ou inorgânica pode interferir na eficiência dos agentes esterilizantes, além de poder causar iatrogenias de natureza inflamatória ao paciente, como a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) e a síndrome tóxica do segmento anterior do olho (TASS).

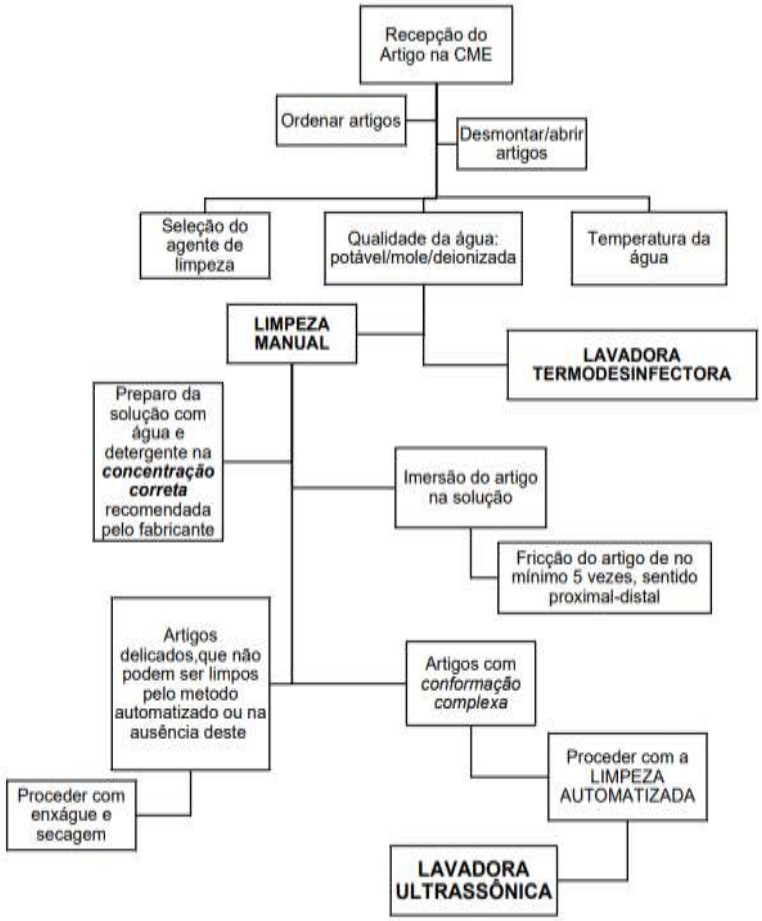
Além disso, estes resíduos podem contribuir para acelerar a ocorrência de danos ao instrumental cirúrgico, tanto no quesito da estética quanto de funcionalidade.

As falhas mecânicas nos instrumentais – e funcionais, até onde for possível – devem ser avaliadas durante o preparo pois podem causar danos ao paciente, ampliar a duração do procedimento e gerar insatisfação à equipe usuária (SOBECC, 2017).

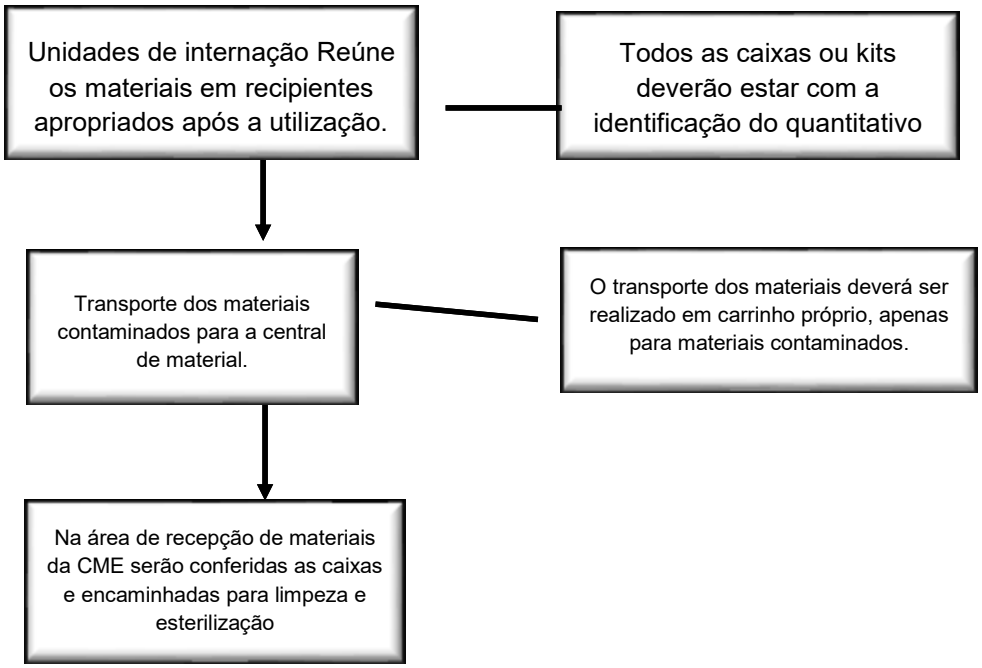
As falhas mecânicas nos instrumentais também poderão ser sinalizadas pelas unidades consumidoras quando identificadas.

Após esta avaliação, o material que estiver apto para ser reutilizado é preparado para esterilização, sendo embalados ou acondicionados em caixas ou contêiner, identificados, e, após a esterilização, armazenados em local adequado. A seguir, serão descritas todas as práticas recomendadas à cada etapa do preparo.

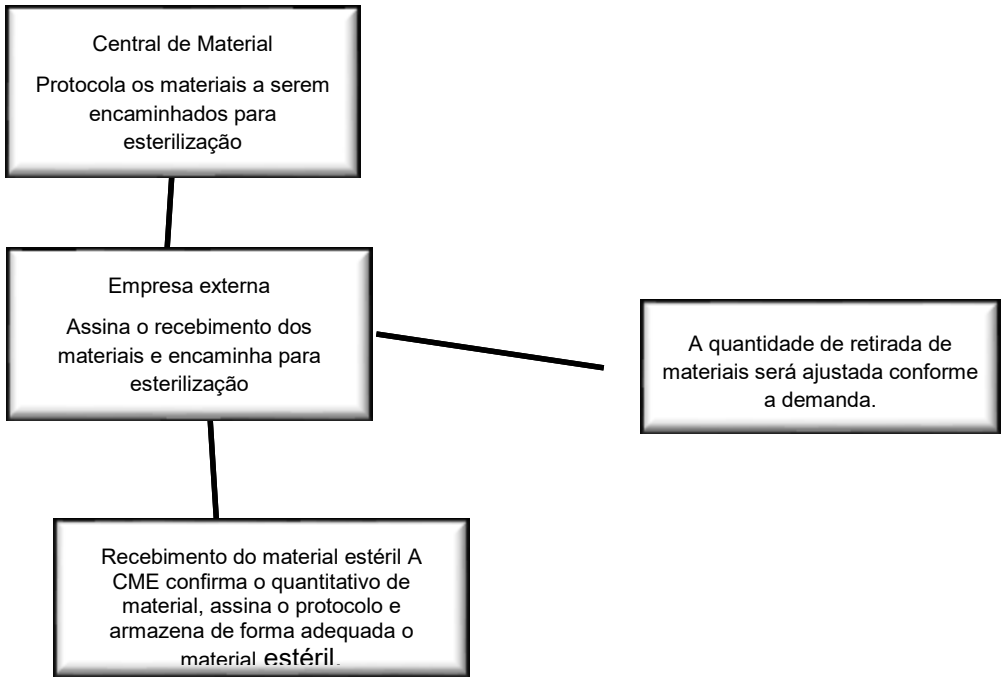
Fluxo dos PPS no CME no Processo De Limpeza


Recepção do Artigo na CME
Ordenar artigos
Desmontar/abrir artigos
Seleção do agente de limpeza
Qualidade da água: potável/mole/deionizada
Temperatura da água
LIMPEZA MANUAL
LAVADORA TERMODESINFECTORA
Preparo da solução com água e detergente na concentração correta recomendada pelo fabricante
Imersão do artigo na solução
Fricção do artigo de no mínimo 5 vezes, sentido proximal-distal
Artigos delicados,que não podem ser limpos pelo metodo automatizado ou na ausência deste
Artigos com conformação complexa
Proceder com enxágue e secagem
Proceder com a LIMPEZA AUTOMATIZADA
LAVADORA ULTRASSÔNICA

Fluxo de materiais contaminados para a central de material



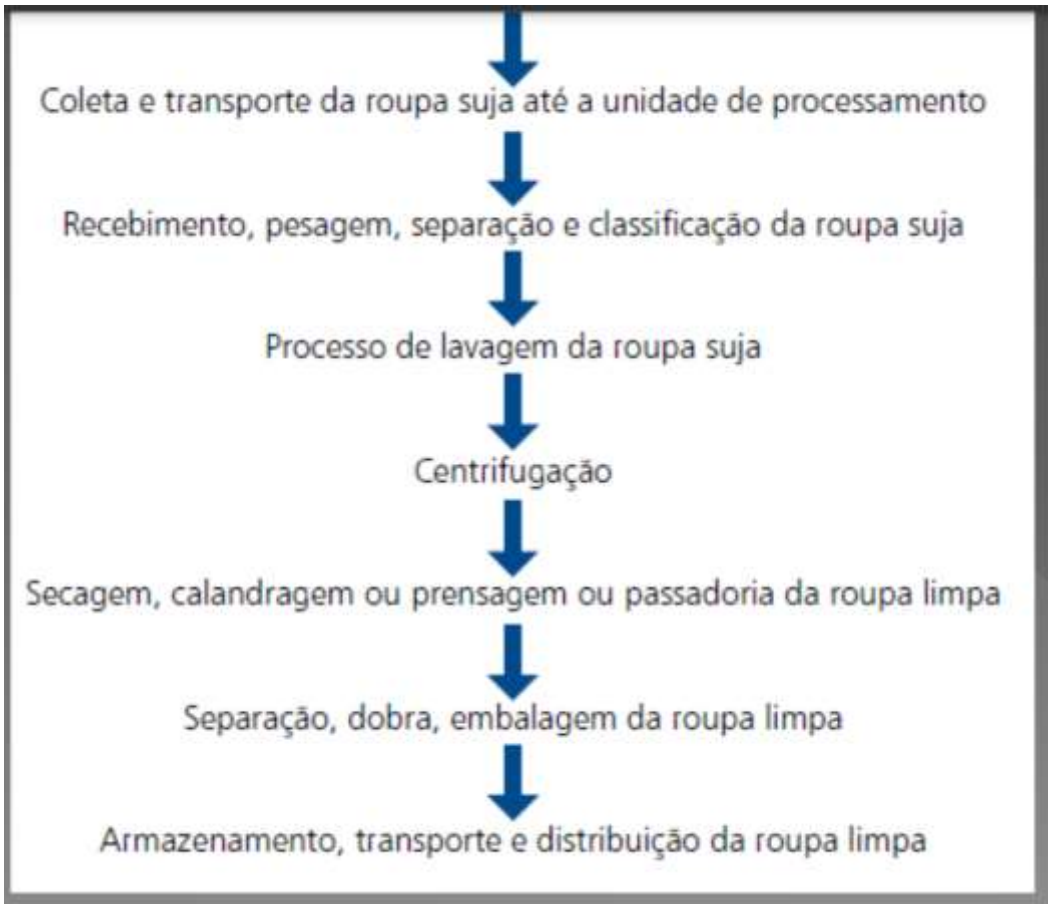
Fluxo de materiais para esterilização externa (óxido de etileno)



A estrutura Física da Central de materiais e esterilização tem como princípio o fluxo unidirecional dos artigos, para tanto, prevê barreira física, com o objetivo de evitar o cruzamento de artigos. Contará com acesso exclusivo para os colaboradores do setor, como segue todo o explicativo mais adiante.

Fluxo Operacional de Rouparia

O fluxo de encaminhamento de rouparia será realizado por pessoal treinado em carrinhos apropriados para o transporte de rouparia contaminada e limpa. O reprocessamento, higiene e limpeza da rouparia será executada por empresa com especialidade em prestação de serviço externo a PS;



A CME é uma área crítica e o seu planejamento de fluxo dos materiais e roupas é: recebimento de roupa limpa/material – descontaminação de material – separação e lavagem de material preparo de roupas e material -esterilização – guarda

e distribuição, utilizando barreira física que delimita a área suja e contaminada da área limpa, minimizando a entrada de microrganismos externos.

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;
- 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;
- 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.
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

Área de armazenagem e distribuição de materiais:

- Estocar o material esterilizado;
- Proceder à distribuição do material às unidades;
- Registrar saída do material.

Limpeza

A 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 termodesifectadoras" 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 ultra-sônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

Descontaminação

É o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.

Desinfecção

A desinfecção é o 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 min. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todo o s esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido paracético.

Preparo

As embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento, garante a integridade do material.

Esterilização

É o 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 1:1.000.000. 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.

Vapor saturado sob pressão

Este processo está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas. Realizando 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 auto vácuo, totalmente automatizadas.

Autoclave Pré-Vácuo

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. Os materiais submetidos à esterilização a vapor são liberados após checklist feito pelo auxiliar de enfermagem da área.

Processos Químicos e Físicos- Químicos

Esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº. 930/92 do Ministério da Saúde são: aldeídos, ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação especifica. O Peróxido de hidrogênio (na forma gásplasma) e o óxido de etileno são processos físicoquímicos gasosos automatizados em baixa temperatura.

Validação dos processos de esterilização de artigos

A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana não superior a 10º.

Testes Químicos

Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.

Testes Biológicos

Os 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 de 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 microorganismos 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.

Embalagem

Serão usados:

- Tecido de algodão;
- Papel grau cirúrgico;
- Papel crepado.

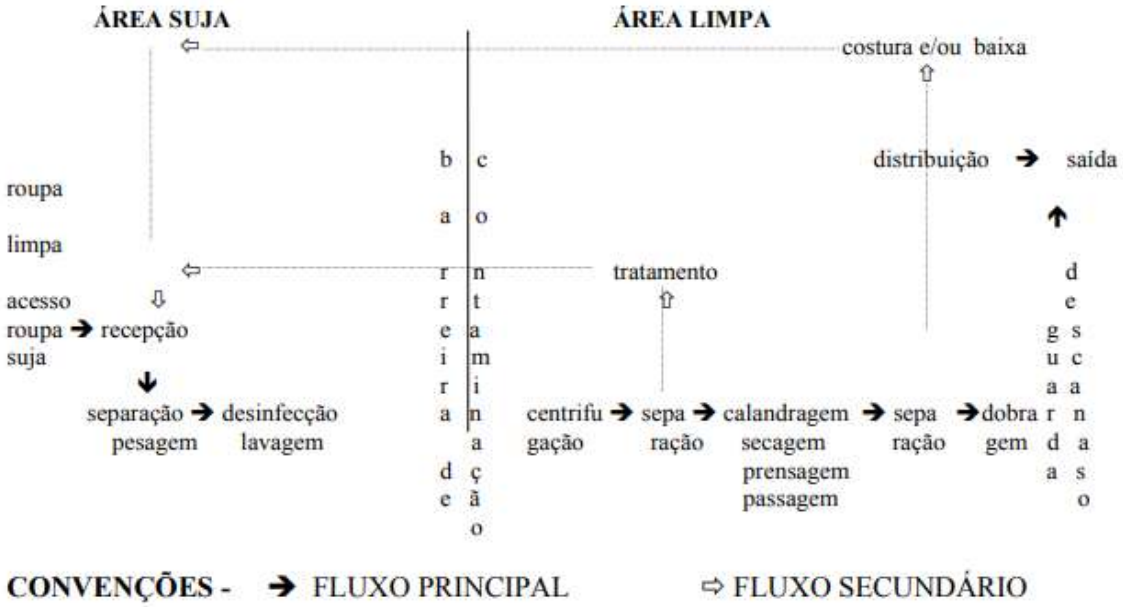
Manutenção

Devem ser estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia e Manutenção da PS. O processo de validação das autoclaves deve ser realizado anualmente por empresa contratada pela FENIX.

Fluxograma

O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o

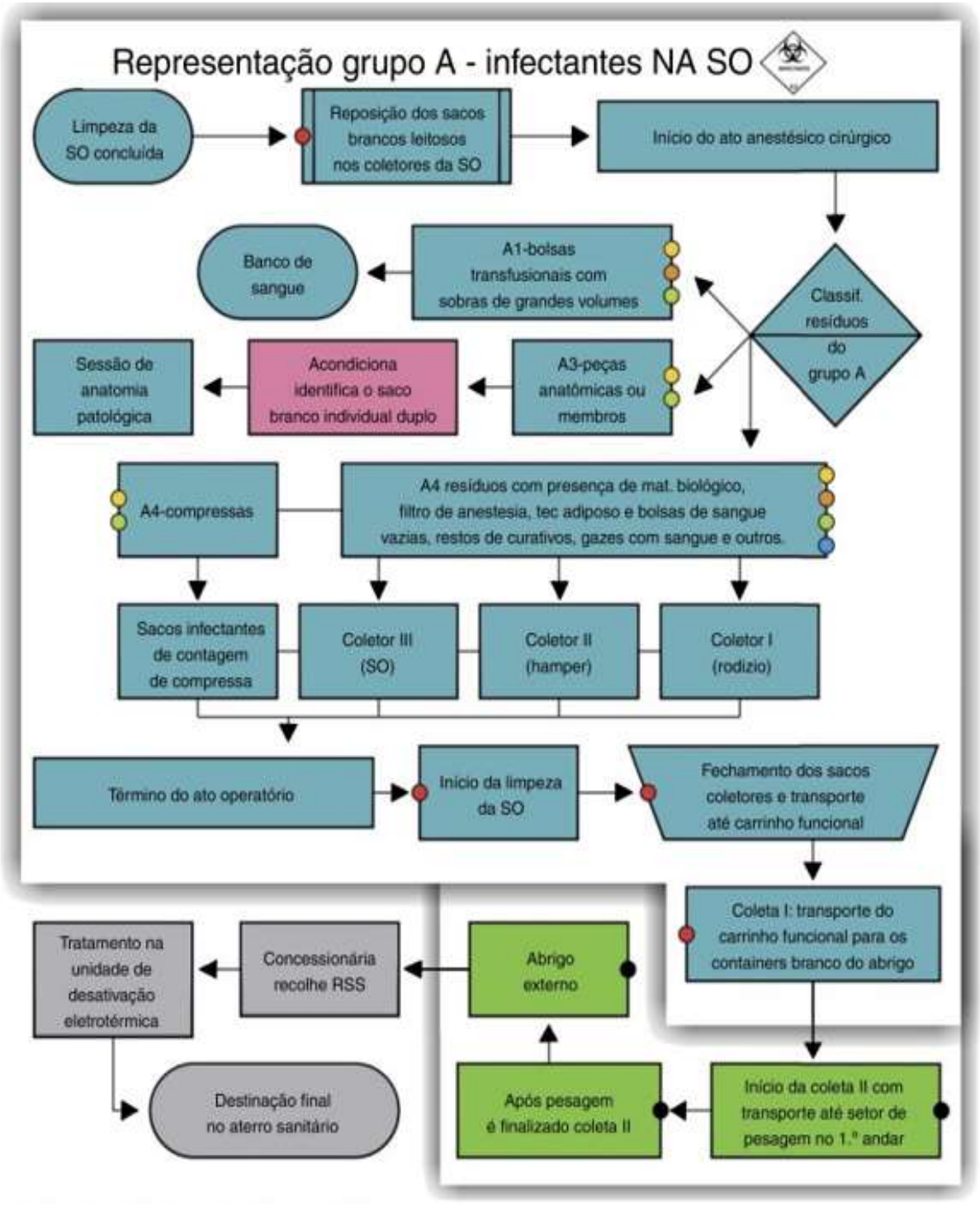
cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, além disso, os acessos de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.



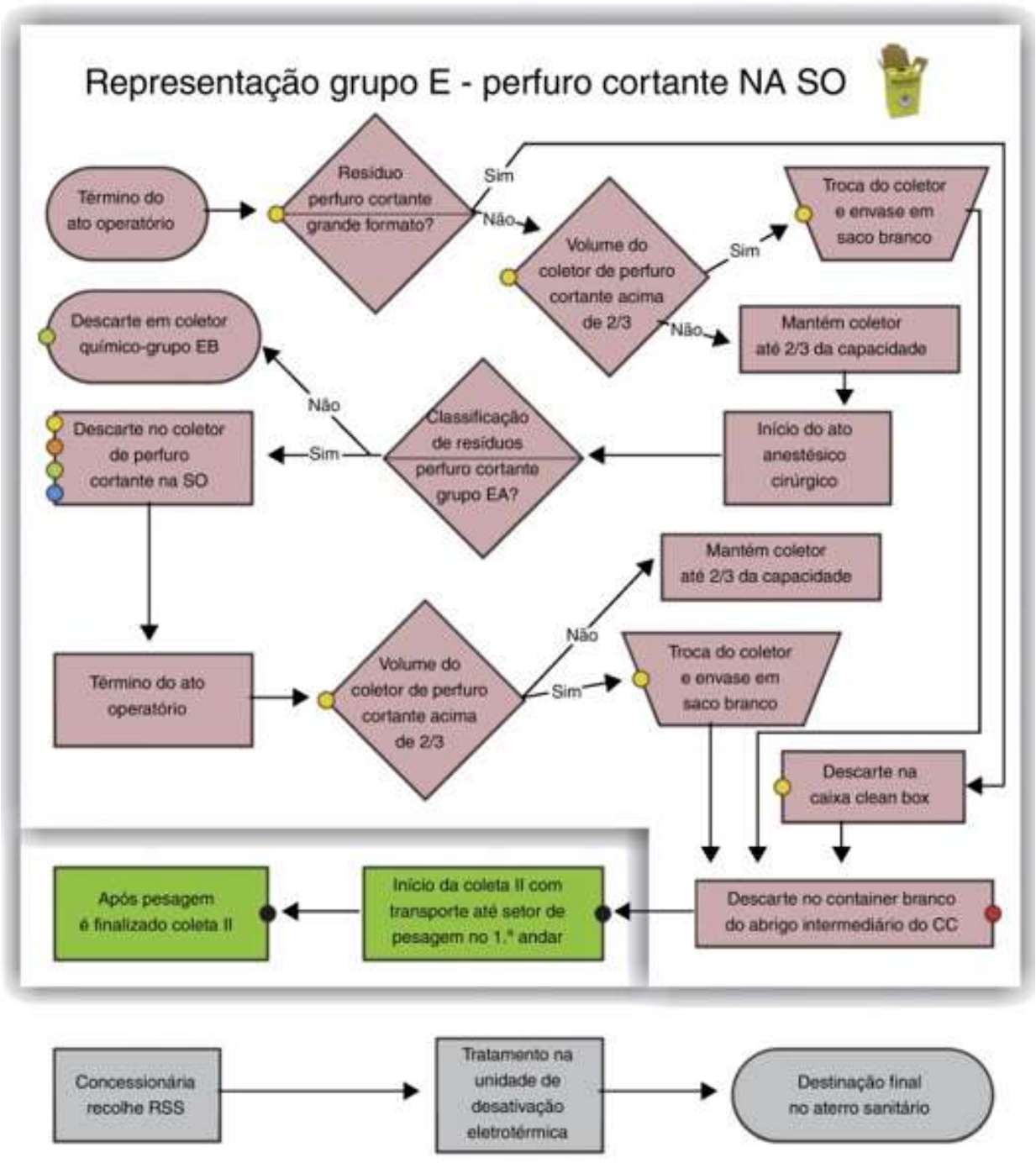
O fluxo de destinamento de resíduos será realizado por pessoal treinado em carrinhos apropriados para o transporte de resíduo comum, infectante e perfurocortante. O processamento dos resíduos infectante e perfurocortantes serão realizados por empresa especializada com licença para o processamento dos resíduos.


RESÍDUO PERIGOSO
SÓLIDO
TÓXICO
INFECTANTE
VIDRO CONTAMINADO
PERFUROCORTANTE
LÍQUIDO
INFLAMÁVEL
SOLVENTE ORGÂNICO HALOGENADO
SOLVENTE ORGÂNICO NÃO-HALOGENADO
ÓLEO LUBRIFICANTE
NÃO INFLAMÁVEL
SOLUÇÃO AQUOSA DE ÁCIDOS OU BASES
SOLUÇÃO AQUOSA CONTENDO METAIS
SOLUÇÃO CONTENDO PESTICIDAS
RESÍDUO DO ENXÁGUE DE VIDRARIAS

Fluxo de residuos infectantes



Fluxo de Residuos Perfuro cortante

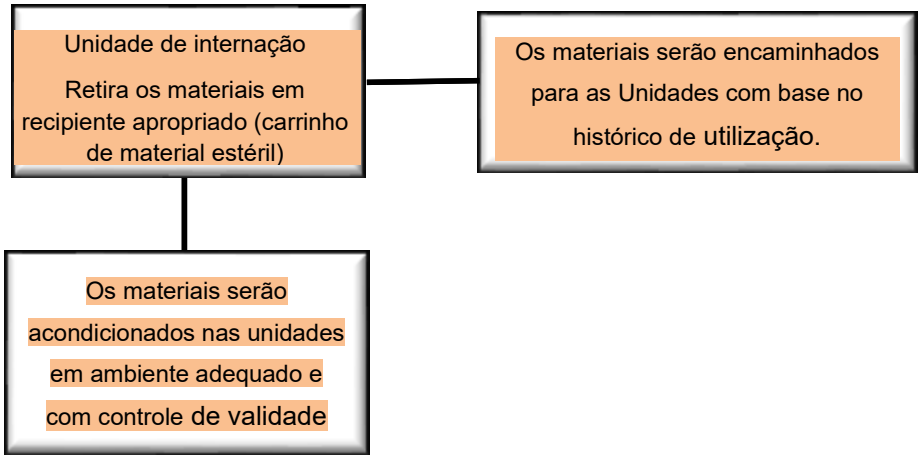


Esterilização – Fluxo Operacional de Materiais Esterilizados

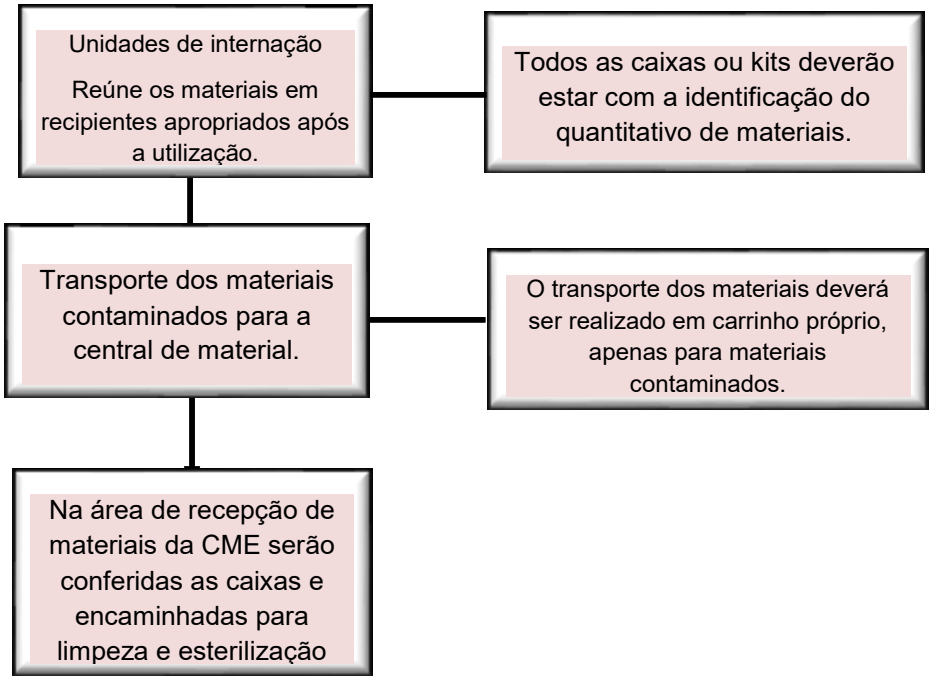
O fluxo para encaminhamento e recebimento de materiais esterilizados será

realizado de maneira a manter o bom funcionamento do setor e das unidades. Os materiais que necessitem de esterilização por Óxido de Etileno serão encaminhados para esterilização externa, por empresa credenciada.

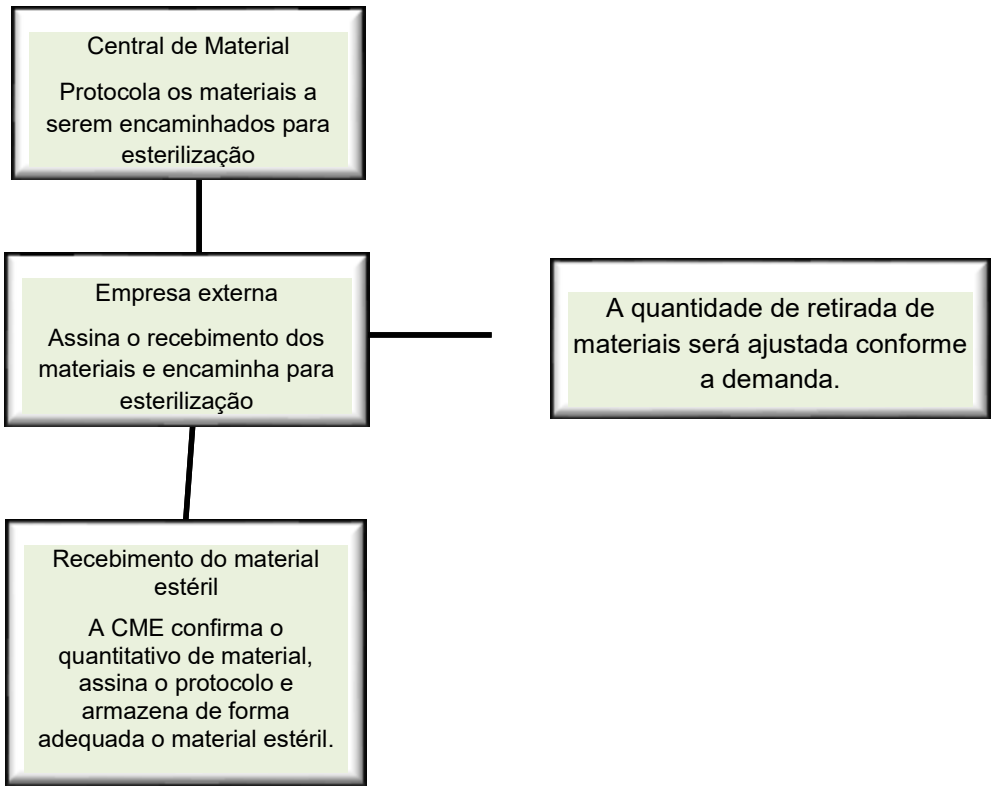
Fluxo de materiais estéreis da CME para as unidades



Fluxo de materiais contaminados para a central de material



Fluxo de materiais para esterilização externa (óxido de etileno)



A estrutura Física da Central de materiais e esterilização tem como princípio o fluxo unidirecional dos artigos, para tanto, prevê barreira física, com o objetivo de evitar o cruzamento de artigos. Contará com acesso exclusivo para os colaboradores do setor, como segue todo o explicativo mais adiante.

15.7. FLUXO DE RESÍDUOS DE SAÚDE

ABNT NBR 16725/2011 Substância, mistura ou material remanescente de atividades de origem industrial, serviços de saúde, agrícola e comercial, a ser destinado conforme legislação ambiental vigente, tais como utilização em outro processo, reprocessamento/recuperação, reciclagem, co-processamento, destruição térmica e aterro. Símbolo, descrição da classe ou subclasse de risco e exemplos Símbolo Classe ou Subclasse de Risco. Exemplos:

- **Subclasse 1.1** – Substâncias e artigos com risco de explosão em massa (uma explosão em massa é a que afeta virtualmente toda a carga, de maneira praticamente instantânea). Trinitroanilina Trinitroclorobenzeno Tritonal Trinitrotolueno (TNT), seco
- **Subclasse 1.2** – Substâncias e artigos com risco de projeção, mas sem risco de explosão em massa. Cartuchos para armas, projéteis inertes
- **Subclasse 1.3** – Substâncias e artigos com risco de fogo e com pequeno risco de explosão, de projeção, ou ambos, mas sem risco de explosão em massa. Esta Subclasse abrange substâncias e artigos que: a) produzem grande quantidade de calor radiante, ou b) queimam em sucessão, produzindo pequenos efeitos de explosão, de projeção, ou ambos. Picramato de sódio, seco ou umedecido com menos de 20% de água, em massa Propelente, líquido Dinitrofenolatos, metais alcalinos, secos ou umedecidos com menos de 15% de água, em massa
- **Subclasse 1.4** – Substâncias e artigos que não apresentam risco significativo. Esta Subclasse abrange substâncias e artigos que apresentam pequeno risco na eventualidade de ignição ou iniciação durante o transporte. Os efeitos estão confinados, predominantemente, à embalagem e não se espera projeção de fragmentos de dimensões apreciáveis ou a grande distância. Um fogo externo não deve provocar explosão instantânea de, virtualmente, todo o conteúdo da embalagem. Ácido tetrazol-1-acético rebites, explosivos
- **Subclasse 1.5** – Substâncias muito in sensíveis, com um risco de explosão em massa, mas que são tão insensíveis que a probabilidade de iniciação ou de transição da queima para a detonação, em condições normais de transporte, é muito pequena. Substâncias explosivas, muito insensíveis, N.E. 5
- **Subclasse 1.6** – Artigos extremamente insensíveis, sem risco de explosão em massa. Esta Subclasse abrange os artigos que contêm somente substâncias detonantes extremamente insensíveis e que apresentam risco desprezível de iniciação ou propagação acidental. Artigos explosivos, extremamente insensíveis
- **Subclasse 2.1** – Gases inflamáveis: gases que a 20ºC e à pressão de 101,3kPa: a) são inflamáveis quando em mistura de 13% ou menos, em volume, com o ar; ou b) apresentam uma faixa de inflamabilidade com ar de, no mínimo, doze

pontos percentuais, independentemente do limite inferior de inflamabilidade. A inflamabilidade deve ser determinada por ensaios ou através de cálculos, conforme métodos adotados pela ISO (ver Norma ISO 10156-1990). Quando os dados disponíveis forem insuficientes para a utilização desses métodos, podem ser adotados métodos comparáveis, reconhecidos por autoridade competente.

NOTA: os aerossóis (número ONU 1950) e os pequenos recipientes contendo gás (número ONU 2037) devem ser incluídos nesta Subclasse quando se enquadrarem no disposto na Provisão Especial nº 63. Butano Butileno Ciclopropano Cloreto de etila Cloreto de metila Deutério, comprimido Etano Éter dimetílico Hidrogênio, comprimido Isobutano Metano Propano Propileno Silano, comprimido.

- **Subclasse 2.2** – Gases não-inflamáveis, não-tóxicos: são gases que transportados a uma pressão não-inferior a 280kPa, a 20ºC, ou como líquidos refrigerados e que:
- são asfixiantes: gases que diluem ou substituem o oxigênio normalmente existente na atmosfera; ou
- são oxidantes: gases que, em geral, por fornecerem oxigênio, podem causar ou contribuir para a combustão de outro material mais do que o ar contribui; ou
- não se enquadram em outra subclasse. Criptônio, comprimido Dióxido de carbono, líquido refrigerado Extintor de incêndio, contendo gás comprimido ou liquefeito Hélio, comprimido Hélio, líquido refrigerado Heptafluorpropano Hexafluoreto de enxofre Mistura de dióxido de carbono e óxido nitroso Neônio, comprimido Neônio, líquido refrigerado Nitrito de metila Nitrogênio, comprimido.
- **Subclasse 2.3** – Gases tóxicos: Gases que: a) são sabidamente tão tóxicos ou corrosivos para pessoas, que impõem risco à saúde; ou b) supõe-se serem tóxicos ou corrosivos para pessoas, por apresentarem um valor da CL 50 para toxicidade aguda por inalação igual ou inferior a 5000 mL/m³ quando ensaiados de acordo com o disposto no item II.1.1, do Anexo II.

NOTA: os gases que se enquadram nestes critérios por sua corrosividade devem ser classificados como tóxicos, com um risco subsidiário de corrosivo. Amônia, anidra Brometo de hidrogênio, anidro Brometo de metila Cianogênio Cloreto de hidrogênio, anidro Cloro gasoso Dióxido de enxofre Flúor, comprimido Fosfina Fosgênio Gás de

carvão, comprimido Iodeto de hidrogênio, anidro Metilmercaptana Óxido nítrico, comprimido Sulfeto de carbonila Sulfeto de hidrogênio.

- **Subclasse 3** – Líquidos inflamáveis: Líquidos, misturas de líquidos, ou líquidos contendo sólidos em solução ou em suspensão (como tintas, vernizes, lacas etc., excluídas as substâncias que tenham sido classificadas de forma diferente, em função de suas características perigosas) que produzem vapores inflamáveis a temperaturas de até 60,5ºC, em teste de vaso fechado, ou até 65,6ºC, em teste de vaso aberto, conforme normas brasileiras ou normas internacionalmente aceitas. Acetaldeído Acetona Acetonitrila Benzeno Etanol Éter dietílico Formaldeído Heptano Hexano Metanol Óxido de propileno Piridina Propanol Tolueno Xilenos.

- **Subclasse 3.1** – Sólidos Inflamáveis: Sólidos que nas condições encontradas no transporte são facilmente combustíveis, ou que, por atrito, podem causar fogo ou contribuir para ele. Esta Subclasse inclui, ainda, explosivos insensibilizados que podem explodir se não forem suficientemente diluídos e substâncias auto-reagentes ou correlatas, que podem sofrer reação fortemente exotérmica. Ácido pícrico (com, no mínimo, 30% de água, em massa) Enxofre Naftaleno, refinado Nitronaftaleno Paraformaldeído.
- **Subclasse 3.2** – Substâncias Sujeitas a Combustão Espontânea: substâncias sujeitas a aquecimento espontâneo nas condições normais de transporte, ou que se aquecem em contato com o ar, sendo, então, capazes de se inflamarem; são as substâncias pirofóricas e as passíveis de auto-aquecimento. Carvão ativado Metóxido de sódio Sulfato de potássio, anidro Sulfeto de sódio anidro Tributilfosfano.
- **Subclasse 3.3** – Substâncias que, em Contato com a Água, Emitem Gases Inflamáveis: substâncias que, por reação com a água, podem tornar-se espontaneamente inflamáveis ou liberar gases inflamáveis em quantidades perigosas. Nestas Instruções, emprega-se também a expressão “que reage com água” para designar as substâncias desta Subclasse. Boro-hidreto de sódio Fosfeto de cálcio Hidreto de cálcio Potássio metálico Sódio metálico.
- **Subclasse 4.1** – Substâncias Oxidantes: substâncias que, embora não sendo necessariamente combustíveis, podem, em geral por liberação de oxigênio, causar a combustão de outros materiais ou contribuir para isto. Ácido perclórico Bromato de potássio Bromato de sódio Clorato de potássio Clorito de sódio

Permanganato de potássio Peróxido de hidrogênio Peróxido de sódio Persulfato de potássio.

- **Subclasse 4.2** – Peróxidos Orgânicos: substâncias orgânicas que contêm a estrutura bivalente – O – O – e podem ser consideradas derivadas do peróxido de hidrogênio, onde um ou ambos os átomos de hidrogênio foram substituídos por radicais orgânicos. Peróxidos orgânicos são substâncias termicamente instáveis e podem sofrer uma decomposição exotérmica auto-acelerável.

Além disso, podem apresentar uma ou mais das seguintes propriedades: ser sujeitos a decomposição explosiva; queimar rapidamente; ser sensíveis a choque ou a atrito; reagir perigosamente com outras substâncias; causar danos aos olhos. Peracetato de t-butila Peróxido de acetilacetona Peróxido de benzoíla Grupos de Embalagem I e II Grupo de Embalagem III.

- **Subclasse 5** – Substâncias Tóxicas (Venenosas): são as capazes de provocar a morte, lesões graves, ou danos à saúde humana, se ingeridas, inaladas ou se entrarem em contato com a pele. Os produtos da
- **Subclasse 5.1,** inclusive pesticidas, podem ser distribuídos em três grupos de embalagem: Grupo I – substâncias e preparações que apresentam um risco muito elevado de envenenamento; Grupo II – substâncias e preparações que apresentam sério risco de envenenamento; Grupo III – substâncias e preparações que apresentam um risco de envenenamento relativamente baixo.

Na classificação de um produto, devem ser levados em conta casos conhecidos de envenenamento acidental de pessoas, bem como quaisquer propriedades especiais do produto, tais como estado líquido, alta volatilidade, probabilidade de penetração e efeitos biológicos especiais.

Na ausência de informações quanto ao efeito sobre seres humanos, devem ser feitos experimentos com animais, segundo três vias de administração: ingestão oral, contato com a pele e inalação de pó, neblina ou vapor. Acrilamida Anilina Benzidina Cianeto de potássio Cloreto de benzila Cloreto de bário Cloreto mercuroso Clorofórmio Fenol Hidroquinona Nitrobenzeno Oxalato de potássio.

Classe 8 – Substâncias corrosivas. São substâncias que, por ação química, causam severos danos quando em contato com tecidos vivos ou, em caso de vazamento, danificam ou mesmo destroem outras cargas ou o veículo; elas podem, também, apresentar outros riscos. Cloreto de ferro Clorito de sódio Etilenodiamina Ácidos clorídrico fórmico fosfomolíbdico fosfomolíbdico fosfórico, nítrico sulfúrico, Hidróxidos de cálcio, lítio, potássio, rubídio, sódio Classe 9 – Substâncias perigosas diversas. Incluem-se nesta Classe as substâncias e artigos que durante o transporte apresentam um risco não abrangido por qualquer das outras classes. Ácido 2-tiobarbitúrico Amianto azul Benzaldeído Bifenilas policloradas Dietanolamina Dióxido de carbono, sólido (gelo seco) Fontes: Resolução N° 420, da ANTT; Tabela de produtos perigosos e números ONU; Classificação e definição das classes de produtos perigosos; Modelos dos elementos indicativos de risco.

15.7.1. Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar no PS, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Tendo pleno conhecimento que seremos geradores de resíduos de saúde, com referência à Resolução RDC n.º 306, de 07 de dezembro de 2004 (D.O.U de 10/12/2004), e as normas do CONAMA Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005, propomos um Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – Diretrizes Gerais, baseada nos princípios da vigilância sanitária que consiste em detectar riscos e tomar medidas que eliminem, previnam ou minimizem esses riscos. Os procedimentos definidos concentram seu foco no risco do resíduo propriamente dito, na sua capacidade de transmitir Infecção ou de contaminar, decorrente de acidentes ocupacionais ou de seu manejo indevido. Todas as decisões estão baseadas na premissa da existência de destinos ambientalmente seguros escolhidos por critérios rígidos, onde é de nossa inteira responsabilidade à garantia das operações em condições de segurança ocupacional. Bem como a observância da

NR32 segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde portaria MTE nº485 de 11 de novembro de 2005 (DOU de 16/11/2005 seção I).

Cronograma/Objetivos da Comissão:

- Implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo do PS, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a: Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico- operacionais, visando à prevendo e controle dos resíduos hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando a redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
- Cooperar com a Comissão de Educação Permanente, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo PS;
- Aprovar regimento interno para a CGRSSS;
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA – RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004, o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) é constituído por um

conjunto de procedimentos de gestão. Estes procedimentos são planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos de serviços de saúde e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos.

Todo laboratório gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas federais, estaduais e municipais, e ainda deve estar de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

Manejo

O manejo dos resíduos de serviços de saúde é o conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos gerados. Deve focar os aspectos intra e extra estabelecimento, indo desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

Segregação

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

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.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, de acordo com a NBR 9191/2000 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Deve ser respeitado o limite de peso de cada saco, além de ser proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Colocar os sacos em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, e possuir cantos arredondados.

Os resíduos perfuro cortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação utilizado pelo laboratório.

Identificação

Esta etapa do manejo dos resíduos, permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento devem ser identificados de tal forma a permitir fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

O Grupo A de resíduos é identificado pelo símbolo internacional de risco biológico, 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 (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão “Rejeito Radioativo”.

O Grupo E possui a inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

Transporte Interno

Esta etapa consiste no translado 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 deve ser 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. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Os carros para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, resistente ao processo de descontaminação determinado pelo laboratório, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar 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 pode ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

O armazenamento temporário pode ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

A área destinada à guarda dos carros de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas, laváveis e resistentes ao processo de descontaminação

utilizado. O piso deve, ainda, ser resistente ao tráfego dos carros coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois carros coletores, para translado posterior até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “Sala de Resíduos”.

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, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.

O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

Tratamento

O tratamento preliminar consiste na descontaminação dos resíduos (desinfecção ou esterilização) por meios físicos ou químicos, realizado em condições de segurança e eficácia comprovada, no local de geração, a fim de modificar as características químicas, físicas ou biológicas dos resíduos e promover a redução, a eliminação ou a neutralização dos agentes nocivos à saúde humana, animal e ao ambiente.

Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem 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 esterilização por vapor úmido, ou seja, autoclavação, não de licenciamento ambiental. A eficácia do processo deve ser feita através de controles químicos e biológicos, periódicos, e devem ser registrados.

Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer 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. Neste local não é permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

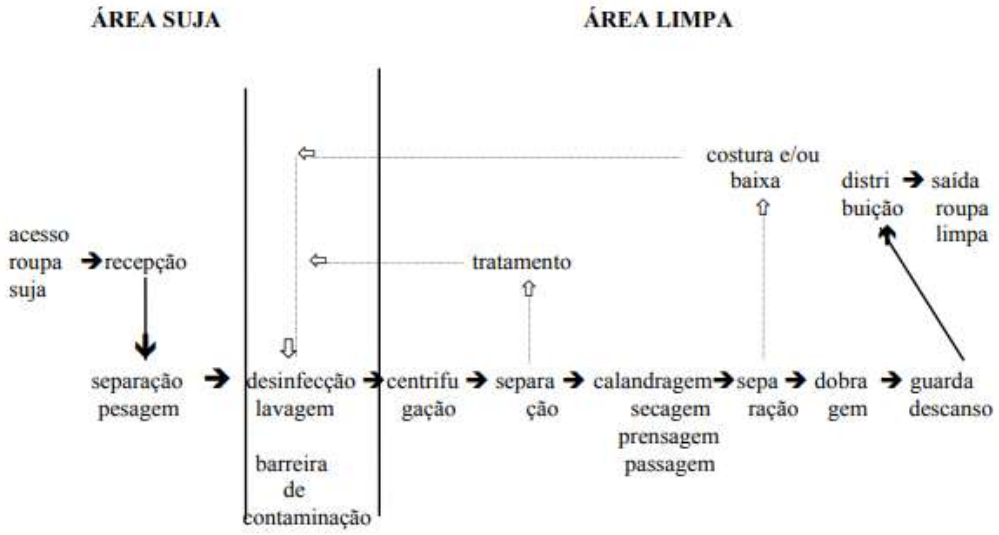
Coleta e Transporte Externos

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.

A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

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.



Da Padronização dos Itens

Parte do regimento que discorre sobre as padronizações dos itens:

Art.43º. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo-efetividade durante o uso.

I. A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

II. Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis, justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do Colegiado Executivo conforme Análise e Parecer Técnico na Padronização de Produtos para Saúde.

SEÇÃO I

Objetivos da Padronização

Art.44º. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

Art.45º. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Art.46º. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

Art.47º. Permitir a compra em grandes lotes;

Art.48º. Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos e Unidade de Compras;

Art.49º. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

Art.50º. Adquirir materiais com maior rapidez;

Art.51º. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

Art.52º. Obter maior qualidade e uniformidade.

I. Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo que quaisquer modificações deverão ser documentadas e oficializadas.

II. Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) e o SOST (quando se tratar de Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário “Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde”.

III. A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela CPMMH que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário “Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão”.

Art.53º. A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO IV
Das Disposições Gerais

Art.54º. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas.

I. Os produtos reprovados, somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.

II. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados.

III. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

IV. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário “Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde”.

Art.54º. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

I. Por motivo de alterações em Legislação nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal, referentes à aquisição de materiais e equipamentos médicos-hospitalares;

II. Por proposição da Superintendência;

III. Por iniciativa da CPMMH, com acordo da maioria dos integrantes da Comissão, após registro em ata, visando benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a empresa.

Art.55º. Os casos não citados neste Regimento referentes à padronização serão decididos pela CPMMH.

Art.56º. Este Regimento entrará em vigor após aprovação dos Membros da CPMMH e posteriormente pelo Setor Jurídico e Superintendência, revogadas as disposições em contrário.

15.8. MANUTENÇÃO DE BENS MÓVEIS, IMÓVEIS E VEICULAR

Manutenção predial é um conjunto de atividades que tem como objetivo principal manter a vida útil de uma edificação. Suas ações trazem segurança, habitabilidade e sustentabilidade, além de contribuírem para a valorização do local.

A manutenção predial pode se tornar uma grande responsabilidade para quem estiver à frente da administração do local ou da gestão de recursos humanos de uma empresa. A NBR 5674 da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) define manutenção como sendo “o conjunto de atividades a serem realizadas para conservar ou recuperar a capacidade funcional da edificação e de suas partes constituintes de atender as necessidades e segurança dos seus usuários”.

Existem três tipos de manutenção realizada em prédios:

- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva;
- Manutenção preditiva.

A manutenção preventiva é realizada antes da necessidade de reparos. Ela está relacionada à elaboração de atividades que ajudem a conservar a funcionalidade do edifício.

A manutenção corretiva está relacionada à correção de erros e desgastes nas máquinas, nas instalações e nos equipamentos.

Trata-se de uma manutenção que reage a uma situação problemática e, por esse motivo, tem um custo mais alto.

Já a manutenção preditiva apresenta características dos dois tipos anteriores. Ela começa em uma situação de correção e passa o avaliar regularmente os equipamentos e as instalações a fim de garantir sua funcionalidade. Trata-se de um tipo de manutenção predial de custo baixo e traz menos trabalho que a corretiva.

É este último, o processo utilizado pela FENIX, evitando assim custos alto ao Município com grandes reformas dos prédios públicos sob a gestão da FENIX. Os prédios públicos tem um alto fluxo de pessoas circulando o que demanda um olhar mais atento, e assim que algo se estraga, realizamos a manutenção e ou correção.

É obvio que os serviços são realizados de acordo com o Contrato de Gestão, em alguns contratos temos também os reparos elétricos e hidráulicos, importante

saber é que nosso compromisso é com o Município que entrega seus prédios públicos em nossas mãos para realizarmos uma Gestão de qualidade, sempre voltada ao compromisso de oferecer aos munícipes o melhor atendimento com melhores condições de ambiência.

Diretrizes de Manutenção

a) A área responsável pelas atividades de conservação/ manutenção deverá implementar um Sistema de Manutenção, de modo a preservar o desempenho, a segurança e a confiabilidade dos componentes e sistemas da edificação, prolongar a sua vida útil e reduzir os custos de manutenção;

b) O Sistema de Manutenção (SM) será configurado pelos seguintes pontos essenciais: organização da área de manutenção, arquivo técnico da edificação, cadastro dos componentes e sistemas da edificação e programa ou plano de manutenção. (Este sistema poderá ser manual caso, a gestão municipal não tenha incrementado ele no contrato de Gestão;

c) A organização da área de manutenção será compatível com o porte e complexidade da edificação, disponibilidade de pessoal próprio e diretrizes administrativas da Administração Pública relativas à contratação de serviços de terceiros, envolvendo as funções de gestão da UNIDADE, e todos seus setores e departamentos como: suprimento, almoxarifado e oficina, sala de emergência, observações, enfim abrangendo todo o Prédio Público o qual a FENIX é responsável;

d) A função de gestão deverá responder pela implementação e articulação das demais funções do SM, manutenção do arquivo técnico e cadastro dos componentes e sistemas da edificação e elaboração do programa ou plano de manutenção.

e) O arquivo técnico da edificação será constituído por todos os documentos de projeto e o que será realizado, incluindo memoriais descritivos, memoriais de cálculo, desenhos, especificações técnicas. Será integrado ainda pelos catálogos, desenhos de fabricação e instruções de montagem, manuais de manutenção e de operação e termos de garantia fornecidos pelos fabricantes e fornecedores dos componentes e sistemas da edificação, quando for o caso.

f) O cadastro da edificação deverá conter o registro de todos os componentes e sistemas abrangidos pelo programa de manutenção, incluindo identificação, descrição e localização, bem como as relações de documentos e de peças sobressalentes fornecidas pelos fabricantes e fornecedores.

g) O arquivo técnico e o cadastro dos componentes e sistemas da edificação serão mantidos permanentemente atualizados, refletindo fielmente todas as modificações e complementações realizadas ao longo da sua vida útil e será repassado ao poder público sempre que solicitado.

h) Cumprirá à função de gestão a definição, caracterização e quantificação dos materiais, componentes e serviços de manutenção a serem adquiridos ou contratados pela Administração. Registros históricos dos serviços de manutenção, facilidades de aquisição, disponibilidade de recursos e outras variáveis deverão orientar a fixação dos quantitativos e demais parâmetros de rotação do estoque necessário aos serviços de manutenção fundamentado nos procedimentos e rotinas de manutenção preventiva recomendados pelas PRÁTICAS de Projeto, Construção e Manutenção de Edifícios Públicos Federais e manuais de manutenção dos fabricantes e fornecedores dos componentes e sistemas da edificação, assim como na experiência adquirida pelo Contratante.

i) Todos os procedimentos e rotinas de manutenção preventiva utilizados deverão ser continuamente avaliados, ajustados e complementados pelo Contratante, de 9 Tal implementação, conforme determinação em Auditoria da Controladoria Geral da União, será feito com a execução do contrato de Inspeção Predial. Modo a permanecerem sempre atualizados ao longo da evolução tecnológica e consistentes com as necessidades e experiência adquirida na gestão do Sistema de Manutenção

Manutenção Predial é um conjunto de ações essenciais para manter a vida útil de todos os sistemas de uma edificação – como, por exemplo, a troca de pastilhas do revestimento da fachada e a modernização da parte elétrica. Quando aplicadas da forma correta e com a periodicidade necessária, essas medidas proporcionam mais segurança e garantem a funcionalidade da edificação.

Importância da Manutenção Predial

Toda construção deve ser submetida a manutenções periódicas ao longo de sua vida útil, a falta de manutenção – ou sua ineficiência – provoca anualmente inúmeros acidentes, sendo os mais frequentes desabamentos e quedas de revestimentos de fachada, telhados e coberturas, quedas de marquises em concreto armado e incêndios decorridos de falhas elétricas.

Para diminuir os riscos de acidentes, é importante que ocorra a inspeção predial que, de forma preventiva, poderá auxiliar nos direcionamentos do plano de manutenção e na tomada de decisões estratégicas – como o que será feito e o valor que será direcionado para cada item. A partir da inspeção, deve ser elaborado o plano de manutenção predial.A FENIX realiza todo este levantamento com técnicos experientes no período de 30 a 90 dias após inicio dos seus contratos de gestão, e apresentará a Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba neste prazo o levantamento detalhado das unidades com as devidas ações propostas e com valores destacados sobre o que foge da responsabilidade da FENIX com relação a Manutenção Predial.

“A inspeção predial é uma avaliação das condições técnicas da edificação e de todos os seus sistemas construtivos, abrangendo uso, operação, manutenção e funcionalidade” – A partir dessa análise, é elaborado um relatório – conhecido como Laudo Técnico de Inspeção Predial – constando todas as manutenções necessárias e qual a ordem de urgência de cada uma. Portanto, esse documento serve como um guia para a gestão da manutenção predial e auxilia na tomada de decisão quanto a gastos e prioridades.

A manutenção predial ajuda a preservar o valor patrimonial de um edifício e a evitar que seus reparos fiquem mais custosos a longo prazo

A manutenção predial também impacta positivamente na percepção e satisfação dos colaboradores e usuários – seja em uma unidade da atenção básica ou em um hospital. Afinal, além de garantir que esteja de acordo com todas as normas regulatórias referentes aos diretos do trabalhador, também evita acidentes e proporciona qualidade de vida a quem utiliza o prédio causando bem estar.

A FENIX realiza contrato com terceiros especializados na área de manutenção que serão os responsáveis pela manutenção predial. Além disso, no caso específico a FENIX é responsável a partir da assinatura do contrato de gestão e

depende da forma como assumiu o prédio, os serviços já existentes por mal uso e por falta da manutenção até o momento de assumir o contrato serão levantados e repassados a Secretaria Municipal de Saúde para que a mesma se responsabilize por esta manutenção. Na primeira vistoria realizada pela empresa verificou-se que as unidades não sofrem manutenção a um bom tempo, pois podemos verificar, pisos soltos, unidades com diversos problemas de elétrica, hidráulica, telhados precisando serem refeitos entre outros que deverá ser apresentado no relatório em momento oportuno. É preciso, por exemplo, renovar a parte elétrica de algumas unidades, e rever a parte hidráulica geral das unidades.

Os profissionais da manutenção devem ser contratados de acordo com as demandas específicas e suas qualificações – como pintores e eletricistas. Dependendo do grau de complexidade, é preciso consultar engenheiros e/ou arquitetos. Portanto, o importante é ter um profissional qualificado e, quando necessário, ouvir mais de uma opinião profissional.

Grau de prioridade. Além de detectar problemas, a inspeção predial permite classificar eventuais falhas quanto ao risco oferecido aos usuários, ao meio ambiente e ao patrimônio. Dessa forma, as intervenções podem ser programadas em função de seu grau de prioridade.

De acordo com a norma ABNT NBR 16.747, falha é “uma irregularidade, anormalidade ou desgaste natural que implica no término da capacidade da edificação ou de suas partes de cumprir suas funções como requerido, ou seja, atingimento de um desempenho não aceitável (inferior ao desempenho mínimo requerido).”

Segundo essa mesma norma, as prioridades podem ser categorizadas em patamares de urgência.

“Prioridade 1”: (Risco eminente contra a saúde e segurança) ações necessárias quando a perda de desempenho compromete a saúde e/ou a segurança dos usuários, e/ou a funcionalidade dos sistemas construtivos, com possíveis paralisações; comprometimento de durabilidade (vida útil) e/ou aumento expressivo de custo de manutenção e de recuperação. Também são classificadas no patamar “Prioridade 1” as ações necessárias quando a perda de desempenho, real ou potencial, pode gerar riscos ao meio ambiente”

Prioridade 2: (Risco a funcionalidade) ações necessárias quando a perda parcial de desempenho (real ou potencial) tem impacto sobre a funcionalidade da

edificação, sem prejuízo à operação direta de sistemas e sem comprometer a saúde e segurança dos usuários;"

Prioridade 3: (Risco de desvalorização precoce do imóvel) ações necessárias quando a perda de desempenho (real ou potencial) pode ocasionar pequenos prejuízos à estética ou quando as ações necessárias são atividades programáveis e passíveis de planejamento, além de baixo ou nenhum comprometimento do valor da edificação. Neste caso, as ações podem ser feitas sem urgência porque a perda parcial de desempenho não tem impacto sobre a funcionalidade da edificação, não causa prejuízo à operação direta de sistemas e não compromete a saúde e segurança do usuário.

Nosso plano de manutenção é completo para atender a edificação como um todo, abrangendo todos os seus sistemas construtivos e elementos, como:

- Estrutura
- Alvenarias
- Revestimentos
- Instalações (hidráulicas, elétricas, de combate a incêndio e gás),
- Ventilação
- Máquinas e equipamentos (elevadores, escadas rolantes, bombas etc.).

Além disso, elaboramos nosso plano seguindo as diretrizes da ABNT NBR 5674 Manutenção de edificações – Requisitos para o sistema de gestão da manutenção. Assim, levamos em conta todas as características das edificações, como tipologia, uso efetivo, tamanho e complexidade, localização e implicações no entorno.

15.8.1. Manutenção preditiva, preventiva e corretiva

Dentro do nosso plano de manutenção, é incluímos diferentes tipos de manutenção: preditiva, preventiva e corretiva.

A manutenção preditiva inclui atividades que visam o estudo de sistemas e equipamentos que compõem a edificação, com análises de seus comportamentos em

uso. O objetivo é apontar eventuais danos, além de direcionar e programar os procedimentos de manutenção preventiva.

Já, a manutenção preventiva contempla atividades planejadas de controle e monitoramento que prezam pela conservação dos bens, elementos e equipamentos que formam as edificações. A ideia é reduzir ou impedir falhas de desempenho.

Por fim, há a manutenção corretiva, que inclui ações emergenciais e sem planejamento, necessárias para retomar a funcionalidade de determinado componente.

Além da periodicidade de cada atividade de manutenção, o nosso planejamento detalha os controles a serem empregados para garantir a realização dos serviços.

Principais Normas Técnicas

Há inúmeras normas técnicas da ABNT essenciais para a gestão adequada da manutenção predial. Confira as principais:

- 5674/2012 Manutenção de edificações: Requisitos para o sistema de gestão de manutenção: define como deve ser o Plano de Manutenção de uma edificação.
- 15.575/2013 Edificações habitacionais: Desempenho: engloba conceitos como vida útil das construções e garantia legal, além de definir responsabilidades de projetistas, construtores, incorporadores e fornecedores de produtos, bem como dos usuários.
- 16.747 Inspeção Predial: traz diretrizes, conceitos, terminologia, requisitos e procedimentos para realização da inspeção predial.
- 14.037: atualizada em 2011, discorre sobre o Manual da Edificação que deve ser entregue pela construtora ao proprietário – também conhecido como Manual do Proprietário.
- 16.280: discorre sobre a gestão de reformas nas edificações.

A gestão da manutenção é essencial para todas as edificações, sobretudo as mais antigas. Os números apontam para sua importância na gestão de riscos e

acidentes e como ela poderia contribuir para evitá-los. Para aumentar sua eficiência, é muito útil executar com frequência a inspeção predial. Isso porque ela é uma ferramenta que ajuda a mapear todas as necessidades e prioridades do local e permite enxergar um cenário da edificação para definir as prioridades e alocação de recursos.

Após a entrega do plano a Secretaria Municipal de Saúde montamos em conjunto o regimento interno da manutenção a ser realizada nas unidades de Urgência de Pindamonhangaba.

15.9. MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

Engenharia Clinica

Compete à Engenharia Clínica criar um programa de gerenciamento e supervisão para o serviço de manutenção, estabelecendo normas e padrões na instituição que preservem o uso seguro e eficiente do equipamento médico-hospitalar e de infraestrutura, bem como de seus profissionais e usuários.

A Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares é uma abordagem sistemática, responsável por garantir que os equipamentos de custoefetividade, eficazes, seguros e apropriados estejam disponíveis para atender com qualidade a demanda do cuidado à saúde.

Etapas do Processo de Manutenção dos Equipamentos Hospitalares.

Incorporação de Tecnologia

- Avaliação tecnológica
- Contrato de compra
- Processos de Aquisição
- Especificações Técnicas
- Recebimento e instalação
- Inventário e Identificação

– RDC 50 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

– Apresentação de equipamentos médicos

Avaliação Tecnológica

Na avaliação tecnológica devem ser consideradas: dependência do tratamento ou diagnóstico médico com relação à tecnologia; a especificidade dos procedimentos médicos; a grande oferta de tecnologia – níveis de tecnologia e fabricante; as exigências normativas; entre outras.

Outros aspectos, também, devem ser considerados:



Aquisição de Tecnologia

Razões que fundamentam à aquisição de tecnologia: reposição ou composição do parque; modernização; necessidade de mercado; exigência de equipes; avaliação custo-benefício.

Itens a considerar para aquisição de tecnologia: projeto de atividades; relação de equipamentos do atual parque; estimativa de preços; avaliação de infraestrutura atual; avaliação de custo de ciclo de vida; operacionalidade; manutenção local; reposição de peças; extensão da garantia contratação de manutenção; treinamento

operacional/técnico; insumos/consumíveis; periféricos/equipamentos complementares; preço; condições de pagamento.

Na aquisição de tecnologia, a compra por ser direta ou pelo processo licitatório, e deve refletir tudo o que foi especificado, proposto e negociado, incluindo prazos de entrega e eventuais restrições e punições.

As especificações técnicas devem possuir todas as características necessárias para o correto funcionamento do equipamento.

Os inventários devem apresentar formas de registro (por fichas ou software) para que haja o efetivo controle de bens e o acompanhamento de ciclo de vida dos equipamentos.

Para executar qualquer ação de controle ou melhoria, é necessário saber o que controlar, portanto, os equipamentos deverão ter identificação patrimonial.

Ciclo da Tecnologia

- Garantias e Contratos
- Custos e rateios
- Tipos de Manutenção
- Retorno da tecnologia
- Custo de utilização de tecnologia
- Obsolescência de equipamentos



Contratos de Manutenção

- Equipamentos de Alta Complexidade
- Mão de obra especializada
- Processo de alta Complexidade
- Alto Índice de Falha ou Descalibração
- Dificuldade de Aquisição de Peças C

Coberturas

- Peças / Acessórios / Insumos / Software;
- Equipamento reserva;
- Hora técnica;
- Horários de atendimento;
- Número de atendimentos (Corretivos e Preventivos).

Gerenciamento dos serviços de manutenção:

É recomendável que todos os dados essenciais para o gerenciamento do grupo sejam reunidos em um só formulário, preferencialmente a Ordem de Serviço (OS), uma vez que os técnicos necessariamente deverão tê-la em mãos ao fazer a manutenção do equipamento. Basicamente, uma OS deve conter:

- Identificação do equipamento;
- Dados do serviço clínico solicitante;
- Tipo de serviço solicitado;
- Controle de falhas;
- Controle do trabalho executado incluindo o controle de horas de serviço;
- Controle do material utilizado.

Será utilizado uma Ordem de Serviço – OS, contendo as informações básicas para o gerenciamento inicial de um grupo de manutenção (equipamentos). Para grupos encarregados da manutenção de equipamentos médico-hospitalares, os dados contidos nessa OS são aqueles mais utilizados para o gerenciamento.

Gerenciamento dos serviços de manutenção: controle periódico

Nesse item trataremos da monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e

consumidos. Descreveremos também um modo bastante simples de monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção

Para facilitar o processamento dos dados existentes na OS e, consequentemente, auxiliar o gerenciamento do grupo, será sistematizado uma prática para o controle mensal, considerando:

- Tempo gasto para atividades de MC e MP e outras;
- Produtividade de cada técnico;
- Gasto total do Departamento de manutenção;
- Total de horas que o departamento trabalhou;
- Valor da hora técnica (geral ou por grupo de equipamentos);
- Produtividade média (geral ou por grupo);
- Custo total do material gasto para os serviços executados;
- Valor do estoque que o departamento manteve no mês;
- Tempo médio de resposta para atendimento das solicitações;
- Tempo médio para reparo dos equipamentos;
- Número de rechamadas.

O processamento de todos esses dados pode gerar diagramas de evolução mensal ou anual que indicam parâmetros do tipo:

- Custo mensal do pessoal em relação ao valor do parque de equipamentos sob sua responsabilidade;
- Quantidade de horas trabalhadas em função do número de técnicos por equipe;
- Comportamento do VHT em função da produtividade média do grupo;
- Tempos registrados para MP, MC e outras atividades;
- Tempo médio de resposta para reparo;
- Evolução dos gastos do departamento decorrentes da quantidade de OS.

Manutenção Corretiva

A solicitação de manutenção de um determinado equipamento pode ser feita

através de telefone, envio de OS, entrega pelo próprio usuário, entrega pelo serviço de patrimônio do Hospital.

É necessário cuidado para gerenciamento de ordens de serviço geradas por telefone. Por exemplo, o pessoal do grupo de manutenção expede uma OS quando recebe a chamada telefônica do usuário e este, por sua vez, também expede outra OS. Esse fato pode duplicar documentos e criar confusões para o controle mensal de serviços executados. Para evitar esse tipo de transtorno, o grupo de manutenção deve elaborar um protocolo que autorize somente o usuário a emitir uma OS ou pedir ao usuário que não emita a OS em solicitações de serviço por telefone. Entretanto, para agilização do atendimento ao usuário, em nenhuma hipótese o grupo deve aguardar a chegada da OS em suas mãos. O serviço deve ser atendido assim que o técnico estiver disponível. Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma OS deve ser feita de imediato.

Existem grupos de manutenção que deixam um bloco de OS em cada departamento para ser preenchida pelo próprio usuário. Outros grupos, com maiores recursos computacionais, já possuem todos os equipamentos cadastrados em arquivos digitais e simplesmente providenciam junto ao solicitante o código do equipamento ou seu número de série, o nome do solicitante, o departamento e a causa da solicitação de conserto.

Na OS há um campo para a assinatura do usuário, que deve ser obtida no momento do retorno do equipamento ao usuário. Entretanto, nem sempre a pessoa que solicitou o serviço é a pessoa que está presente no momento da entrega do equipamento. Nessa situação, o responsável pelo grupo de manutenção deve conversar com cada departamento do EAS e solicitar que seja nomeada uma ou mais pessoas que ficariam responsáveis pelo recebimento do equipamento. A OS é encerrada e arquivada para posterior utilização no controle periódico desenvolvido pelo grupo de manutenção. Após o encerramento da rotina de manutenção corretiva ou preventiva de cada equipamento, tenha sido ela executada através de serviço interno ou externo, é importante que haja um documento que faça um resumo do serviço executado, das peças que foram substituídas e do custo de manutenção (interna ou externa). Esse resumo ou histórico do equipamento serve como informação tanto para os técnicos do grupo de manutenção no início de cada serviço, como para que o responsável pelo grupo possa gerenciar o andamento da

manutenção de cada equipamento sob sua responsabilidade. Este documento deve conter toda a história do equipamento de modo bastante resumido, desde sua chegada ao hospital até sua desativação. Dele devem ser extraídas as seguintes informações:

- Número e tipo de falhas ocorridas no equipamento;
- Comparação das falhas que foram relatadas pelo grupo interno de manutenção com aquelas relatadas pelas empresas prestadoras de serviço;
- Tipo e número de peças que estão sendo substituídas no equipamento, tanto em serviços internos como externos;
- Custo por serviço (interno e externo) e custo acumulado;
- Datas de realização de cada serviço;
- No caso de serviços externos, a pessoa de contato para cada serviço executado na(s) empresa(s) de prestação de serviço.

Manutenção Preventiva

De acordo com a sequência de trabalho para a implantação e operação de um grupo de manutenção, foram descritas todas as atividades exigidas para a obtenção das informações necessárias sobre qualquer equipamento do Hospital,

E para tal, utilizaremos um método para priorização de equipamentos em manutenção preventiva, sendo necessário levantar todas as informações, como:

- Identificação do equipamento: nome do equipamento, marca, modelo e idade (se possível);
- Local ou setor a que o equipamento pertence;
- Estado do equipamento: se está sendo utilizado ou se está desativado;
- Grau de utilização do equipamento: sua importância para o hospital (receita cessante, serviços essenciais);
- Obsolescência tecnológica: se o equipamento satisfaz as atuais necessidades dos usuários.

Todas essas informações podem ser obtidas através de questionários

dirigidos aos usuários dos equipamentos, e ao setor de compras e, ou finanças do hospital.

Uma vez feito o levantamento inicial dos equipamentos, pode-se iniciar a priorização através da utilização dos seguintes critérios:

- Risco: equipamentos que apresentam alto risco à vida do paciente ou ao operador em caso de falha;
- Importância estratégica: equipamentos cuja manutenção preventiva foi solicitada pela própria administração do hospital, equipamentos cuja paralisação ocasiona receita cessante, equipamentos de reserva e, Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção ou que possuem alto grau de utilização, ou seja, cuja paralisação impossibilita ou dificulta a realização de um ou mais serviços oferecidos pelo hospital;
- Recomendação: equipamentos sujeitos a algum tipo de norma de fiscalização por parte de órgãos governamentais (Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN e Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde) para seu funcionamento; equipamentos sujeitos a recomendações dos seus fabricantes, ou seja, que possuem peças de vida útil pré-determinada, ou que devem sofrer procedimentos de rotina.

A implementação do programa de Manutenção Preventiva pode ser feita através do controle rigoroso das datas e horários para a MP de cada equipamento incluído no programa, o conhecimento das pessoas responsáveis pelo serviço onde o equipamento está sendo utilizado, o estabelecimento de um roteiro detalhado com todos os procedimentos a serem realizados, a lista das ferramentas e dos equipamentos para teste, e o material de consumo (graxas, detergentes, desengraxantes, etc.) necessário.

A implementação de um programa de manutenção preventiva deve sempre ser discutida e aprovada conjuntamente com os usuários, a administração e o corpo técnico. Deve ser um processo dinâmico que está sempre se autocorrigindo e se ajustando para satisfazer às necessidades dos clientes.

O conteúdo dos procedimentos de MP deve ser o mais completo possível para garantir que a inspeção seja feita da mesma maneira todas as vezes, assegurando

um nível mínimo de inspeção adequada. Por isso, os roteiros de manutenção preventiva não devem ser muito superficiais, com instruções do tipo “verifique e limpe a unidade”.

Um roteiro de MP deve ser fácil de entender e composto basicamente por procedimentos de:

- Inspeção geral: consiste na inspeção visual (verificação da integridade física da carcaça do equipamento e de seus componentes internos, como placas de circuito impresso, folgas, desgastes nas engrenagens e botões, amassados, ou ferrugens na pintura) e limpeza do equipamento (procedimentos a serem feitos, produtos de limpeza utilizados e ferramentas necessárias);
- Troca de peças e acessórios com a sua vida útil vencida: essas instruções para substituição de partes e peças normalmente estão incluídas nos manuais do equipamento fornecidos pelos fabricantes;
- Lubrificação geral: descrição dos tipos de lubrificantes necessários, periodicidade, locais de aplicação, equipamentos e ferramentas que devem ser utilizados e orientações para abertura do equipamento ou partes dele;
- Aferição e posterior calibração do equipamento: como e onde deve ser feita a leitura e verificação de indicadores e níveis (corrente, tensão, potência, rotação, pressão, vazão, etc.), quando necessário;
- Testes de desempenho e de segurança (elétrica, radiológica, mecânica, biológica): explicação da execução dessa tarefa através da leitura e verificação de níveis de líquidos lubrificantes e indicadores em geral e observação de anomalias como calor, vibração, vazamentos ou odores, quando necessário.

O estabelecimento da periodicidade dos procedimentos de MP é uma tarefa bastante complexa e não há uma fórmula que possa resolver a todas as questões. A sugestão que apresentamos aqui é o estabelecimento da periodicidade de acordo com a frequência das falhas que a MP tenta evitar. Normalmente, costuma-se considerar que a frequência dos procedimentos de MP é adequada quando o número de equipamentos incluídos no Programa de Manutenção Preventiva, que apresentam falhas ou necessitam de conserto entre cada MP é menor do que 5%.

Ainda sobre a Engenharia Clínica

A manutenção corretiva pode ocorrer através de chamado, via telefone ou software de gerenciamento de equipamento médico-assistenciais, ou detectada, a necessidade, durante as rondas. Para tanto seguem abaixo as etapas para a realização da manutenção corretiva:

- O técnico responsável deve analisar e avaliar o equipamento no setor ao qual foi requisitado, buscando identificar o problema. Se for observado que o mesmo é improcedente, ou seja, causado por manuseio inadequado ou equipamento sem defeito, fechar a Ordem de Serviço (O.S.) e colocar uma observação para avaliar a possibilidade de treinamento do corpo clínico.
- Se o problema for detectado, verificar a possibilidade de resolução do mesmo, no próprio setor;
- Se for necessário retirar o equipamento, verificar a existência de um backup, para não deixar o setor desassistido;
- Verificar se o equipamento está em garantia, ou tem um contrato de manutenção com empresa externa.
- Caso o conserto seja feito pela engenharia, após a conclusão do serviço, testar o equipamento, registrar todas as informações no sistema e fechar O.S
- Caso seja necessário enviar para um serviço externo, a empresa de engenharia clínica deve abrir chamado junto ao fornecedor externo, solicitar visita para análise, ou agendar a retirada do equipamento para envio este fornecedor. Neste caso, deverá haver a emissão de documento de saída emitido e respectiva Nota Fiscal de saída emitida;
- Testar o equipamento, em suas funcionalidades, quando este retornar do fornecedor externo, e após isto devolver ao setor de origem;

15.9.1. Contratação De Terceiros

Método de escolha, descrição dos serviços e os termos do contrato adotado na contratação de serviços terceiros não executáveis diretamente pela empresa.

Dos Serviços Técnico-Profissionais Especializados:

Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da FENIX, por meio de processo de terceirização, tais como: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos especializados, produção de eventos esportivos, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I. Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
II. Pareceres, perícias e avaliações em geral;
III. Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias;
IV. Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
V. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
VI. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
VII. Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
VIII. Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
IX. Área que envolve as atividades específicas (esportiva) de atuação do IRN (pesquisa, ação educativa, palestrantes, entre outros).

A contratação de serviços técnicos profissionais especializados de pessoa jurídica ou deverá ser precedida de comprovação de regularidade de constituição da empresa e sua regularidade fiscal e será comprovada pela apresentação dos seguintes documentos:

- Contrato social registrado
- Cópia do CNPJ
- Certidões negativas: municipais, estaduais, federais

Se necessários à completa avaliação do fornecedor, a critério da Diretoria, outros documentos poderão ser exigidos.

A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnico-profissionais especializados, que deverá ser pessoa jurídica ou física, considerando a

idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

As despesas ordinárias com serviços gerais, tais como: cópias, motoboy, galões de água, dentre outras, desde que não seja um fornecedor regular, não se submetem as regras de compras e contratações, no entanto, serão cotadas periodicamente para certificação de que os valores pagos estão de acordo com o preço de mercado.

As despesas de produtos não duráveis, de uso regular da entidade, tais como: produtos de limpeza, gêneros alimentícios perecíveis estão dispensados de cotação e serão realizadas com base no preço do dia.

As seguintes hipóteses também dispensam cotação:

a) Compra ou locação de bens imóveis destinados ao uso próprio;

b) Celebração de parcerias, convênios e/ou termos de cooperação, desde que formalizados por escrito;

c) Operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão; e

d) Aquisição de equipamentos e componentes cujas características técnicas sejam específicas em relação aos objetivos a serem alcançados.

A dispensa da cotação deve ser previamente fundamentada por escrito e ser autorizada pela Diretoria da FENIX.

É vedada a contratação de pessoas jurídicas e fornecedores cujos sócios sejam cônjuge, ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, dos Diretores Executivos e demais dirigentes da Organização Social que tenham poder de decisão.

É vedada a contratação de pessoas jurídicas e fornecedores cujos sócios sejam agentes políticos de Poder, membros do Ministério Público ou dirigentes de órgão ou entidade da Administração Pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o terceiro grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

Todos as despesas efetuadas pela Organização Social serão regidas pelos princípios básicos da moralidade, probidade, legalidade, publicidade, concorrência, eficiência, economicidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos da FENIX.

Fica vedada a participação do fornecedor candidato declarado suspenso para licitar ou contratar com a Administração Pública Estadual ou Federal enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição.

Abaixo segue modelos de planilhas que utilizamos para realizar a manutenção dos equipamentos.

Cronograma de Execução de Manutenções Planejadas

PERÍODO DE 01/01/2016 ATÉ 01/01/2017
PLANO DE MANUTENÇÃO: PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER
OFICINA: ENGENHARIA CLINICA

IC - BERA - 6ºF

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Equipamento	Plano de Manutenção	Jan 16	Fev 16	Mar 16	Abr 16	Mai 16	Jun 16	Jul 16	Ago 16	Set 16	Out 16	Nov 16	Dez 16
EANE0097 NS: ASDC0072 PAT: HC146875	APARELHO DE ANESTESIA PRIMUS (DRAGER)	PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER			X						X			

IC - CENTRO CIRURGICO UROLOGIA - 7ºGS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Equipamento	Plano de Manutenção	Jan 16	Fev 16	Mar 16	Abr 16	Mai 16	Jun 16	Jul 16	Ago 16	Set 16	Out 16	Nov 16	Dez 16
EANE0097 NS: ASCC0098 PAT: FFM50983	APARELHO DE ANESTESIA PRIMUS (DRAGER)	PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER			X						X			
EANE0096 NS: ASCC0099 PAT: FFM50985	APARELHO DE ANESTESIA PRIMUS (DRAGER)	PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER			X						X			

PAMB - CENTRO CIRURGICO - 9º

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Equipamento	Plano de Manutenção	Jan 16	Fev 16	Mar 16	Abr 16	Mai 16	Jun 16	Jul 16	Ago 16	Set 16	Out 16	Nov 16	Dez 16
EANE0107 NS: ARNL0011 PAT: HC136876	APARELHO DE ANESTESIA CATO (DRAGER)	PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER						X						X
EANE0108 NS: ARNL0009 PAT: HC136878	APARELHO DE ANESTESIA CATO (DRAGER)	PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER					X						X	
EANE0109 NS: ARNL0010 PAT: HC136875	APARELHO DE ANESTESIA CATO (DRAGER)	PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER						X						X
EANE0096 NS: ASDC0078 PAT: HC148871	APARELHO DE ANESTESIA PRIMUS (DRAGER)	PREVENTIVA ANESTESIA DRAGER				X						X		

Demonstrativos com Despesas fixas e com manutenção.

Este demonstrativo será apresentado no envelope três onde na Proposta do Plano para custeio do contrato de gestão do Pronto Socorro de Pindamonhangaba, constará todos os custos básicos necessários para sua execução inclusive os custos de despesas para cada setor e área, entre elas o custo fixo para a manutenção, lembrando que poderá ter custos variáveis de acordo com as peças e necessidades empregadas na manutenção dos equipamentos, lembramos que todos os custos variáveis e as necessidades que o Contrato de Gestão não previu, antes será acordado com a Secretaria Municipal de Saúde.

Segue modelo utilizado para relator e mensurar os custos dos equipamentos, que será realizado apenas após prévia autorização.

Histórico do Equipamento

TAG: SAUT0003 Patrimônio: HC128095 Nº de Série : 050694
Descrição: AUTOCLAVE
Modelo: HSD31G MDP
Fabricante: SERCON INDUSTRIA E COMERCIO
Proprietário: IPQ - CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO - 2° CENTRAL
Localização Atual: IPQ - CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO - 2° CENTRAL
Data de Aquisição: Valor de Aquisição: R$ 0,00 Valor de Substituição: R$ 0,00
Resumo Financeiro: Mão de Obra: R$ 0,00 Peças: R$ 0,00 Serviços Ext.: R$ 11.244,40 Total: R$ 11.244,40

Nº da OS	Abertura	Fechamento	Tipo	Situação
15017406	07/10/2011 06:00	07/10/2015 16:30	PREVENTIVA - Externa	Fechada

	DESCRIÇÃO			QTD	VALOR	TOTAL
AN	08/10/2015 12:08	ANEXOS				
SO	07/10/2015 16:30	PREVENTIVA REALIZADA		1 UN		
SE	07/10/2015 16:30	SERCON IND E COM APARELHOS MÉDICOS			0,00	0,00
OC	07/10/2015 07/10/2011 08:00	NECESSÁRIO MANUTENÇÃO PREVENTIVA PERIÓDICA				
			Custo Total da OS:			0,00

Nº da OS	Abertura	Fechamento	Tipo	Situação
14001589	31/03/2014 08:30	05/04/2014 13:00	VALIDAÇÃO TÉRMICA - Externa	Fechada

	DESCRIÇÃO			QTD	VALOR	TOTAL
AN	10/06/2015 20:30	ANEXOS				
SO	02/04/2014 12:30	ACOMPANHAMENTO TÉCNICO		1 UN		
SE	02/04/2014 12:30 02/04/2014	EMPRESA DE VALIDAÇÃO TÉRMICA			1.500,00	1.500,00
MO	02/04/2014 08:00	FABIO MARTINS CORREA		04:30	0,00	0,00
MO	01/04/2014 08:00	FABIO MARTINS CORREA		06:40	0,00	0,00
MO	31/03/2014 08:30	FABIO MARTINS CORREA		06:30	0,00	0,00

15.9.2. Protocolo de Manutenção das Unidades de Transporte

Periodicidade da manutenção preventiva, protocolo para manutenção corretiva, reposição de peças, classificando as ações em baixa, média e alta complexidade.

Regras Gerais do Protocolo de Manutenção de Ambulâncias

Deve ter manutenção corretiva nos veículos sempre que necessário, devendo ainda apresentar um plano de manutenção preventiva contendo:

- Serviços de manutenção e reparos mecânicos em geral;
- Serviços de suspensão completa, bem como direção hidráulica e mecânica, balanceamento e geometria, montagem e desmontagem de pneus;
- Serviços de retífica parcial e total de motores, turbinas, bombas e bicos injetores;
- Reparos de radiadores a água, ar, óleo;
- Montagem e desmontagem e reparos em sistema de transmissão;
- Montagem e desmontagem e reparo em sistemas de frenagem hidráulicos e pneumáticos, e substituição dos componentes agregados ao sistema de freio;
- Mão de obra especializada em manutenção de sistemas de ar climatizados e ar condicionado;
- Serviços de manutenção e reparos elétricos em geral;
- Serviços de sistema elétrico / eletrônico, bem como gerenciamento eletrônico de motores;
- Serviços de funilaria, lataria, pintura, tapeçaria, vidraçaria;
- Serviços de conserto e troca de fechaduras, trincos, dobradiças;
- Substituição e recomposição de borrachas de vidros e portas em geral;
- Troca regular dos pneus de todas as viaturas que compõem a frota SAMU.
- A reposição de peças deverá correr por conta da OS, sempre com utilização de peças genuínas e de procedência, e que garanta máxima segurança dos usuários e o perfeito funcionamento das unidades;
- tempo de permanência das Unidades em oficinas deverá ser o mais breve possível, fazendo com que retorne as operações com rapidez e em perfeito funcionamento.
- Para manutenções preventivas ou corretivas de BAIXA complexidade, tais como, trocas de óleo e lubrificantes, pastilhas de freio, revisão elétrica, trocas de pneus, balanceamento e geometria, entre outros, o prazo máximo para retorno a operação será de 02 (dois) dias;

- Para manutenções preventivas ou corretivas de MÉDIA complexidade, tais como, substituição de peças que requeiram análise mais profunda ou mão de obra terceirizada, substituição de peças internas de motores, entre outros, o prazo máximo para retorno a operação será de 15 (quinze) dias;
- Para manutenções preventivas ou corretivas de ALTA complexidade, tais como, substituição de peças que requeiram análise mais profunda ou mão de obra terceirizada, retíficas dos motores, entre outros, o prazo máximo para retorno a operação será de 30 (trinta) dias;

Manutenção Preventiva: Sendo uma intervenção técnica, planejada, prevista e executada antes da ocorrência de falhas, ela é responsável por fazer um diagnóstico preciso das condições do veículo e determinar providências que impeçam prejuízos e acidentes no futuro.

Pneus: Verificar a situação dos pneus é uma medida que garante a segurança e eficiência na condução. Efetuar a troca no tempo correto é fundamental para garantir a conservação e segurança do veículo e dos tripulantes.

Suspensão: Avaliar as condições dos amortecedores, molas e, se for o caso, todo o sistema de suspensão, a fim de garantir que tudo está em ordem.

Freios: Conferir se os freios estão funcionando adequadamente é essencial para evitar acidentes e preservar a integridade física de seus colaboradores. É importante ressaltar que esse procedimento, necessariamente, deve ser realizado de maneira preventiva, já que os danos de um problema como esse podem ser irreversíveis.

Fluidos: Conferir os níveis de fluidos (óleo motor, fluido de freio, liquido de arrefecimento) adequadamente é essencial para manter o bom funcionamento do veículo e evitar dados.

Motor: Fazer a checagem da saúde dos motores da frota também é

indispensável, é importante sempre conferir os níveis e a pressão do óleo, a temperatura e o desempenho do motor e, dessa forma, evitar que problemas mais graves surjam e demandem algum tipo de manutenção corretiva que deixe o veículo parado.

Sistema Elétrico: A parte elétrica de um veículo também merece atenção durante os procedimentos de manutenção preventiva. Os veículos mais modernos possuem sistemas elétricos que comandam processos importantes para o seu funcionamento e, por isso, qualquer problema nesse ponto pode deixar o veículo inoperante.

Manutenção Corretiva: A manutenção corretiva é o conserto ou substituição de algum componente em razão da quebra ou desgaste excessivo. Ela possui custos muito mais elevados, se comparada à preventiva, já que, além de ter que fazer a reposição de peças, é comum que o veículo fique parado enquanto é consertado.

A manutenção corretiva serve para resgatar o funcionamento do veículo e conservar o seu estado inicial. Os veículos devem ser substituídos por um reserva, onde as manutenções corretivas ultrapassam 30 minutos de manutenção.

Manutenção Funilaria e Pintura: O serviço de funilaria e pintura deverá ser feito por oficina qualificada e serem aprovadas mediante 03 orçamentos e após a verificação de culpabilidade, conforme Termo de Responsabilidade por Utilização de Veiculo da Empresa.

Aquisição de peças: As peças de reposição devem ser genuínas, com garantia e serem aprovadas mediante a 03 orçamentos.

Fluxo de problemas com o veiculo

Comunicar a central de regulação médica e pedir apoio para transportar a vítima até a unidade de saúde, se necessário.

Comunicar a coordenação da frota sobre o problema e relatar o ocorrido com o veículo. A coordenação de frota deve informar a melhor conduta a ser tomada para

a resolução do problema.

Comunicar o enfermeiro de plantão.

Acionar o guincho se necessário e encaminhar o veículo a oficina responsável pela manutenção.

Oficina: A oficina deve ter qualificação comprovada por carta de capacitação em veículos de emergência.

Relatório de manutenção: O relatório de custos deve permitir que se faça a mensuração precisa de todos os gastos com a frota, deixando claras as formas como os recursos estão sendo direcionados para a compra de combustíveis, manutenção, peças e pneus.

A oficina deve enviar uma ordem de serviço com detalhamento da manutenção executada, peças trocadas com valores e tempo de serviço.

Controle de manutenção e serviços: O Coordenador da frota ira projetar ações que gerem redução das despesas sem que haja prejuízo na dinâmica do setor. Mantendo relatório de controle de todas as manutenções preventivase corretivas.

Abastecimento: O abastecimento deverá ser feito por posto bandeirado e com o combustível correto determinado pelo fabricante do veículo.

PLANO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA – AMBULÂNCIA	
COMPARTIMENTAÇÃO/SERVIÇO	**Complexidade**
CARROCERIA/ACESSÓRIOS	
CABINE/CARROCERIA/CHASSI: Efetuar lavagem completa	**Baixa**
CABINE/CARROCERIA/CHASSI: Verificar trincas e pontos de corrosão e reapertar parafusos de fixação	**Baixa**

5ª RODA: Verificar funcionamento, folgas, fixação e lubrificar	**Baixa**
ENGATE PARA REBOQUE: Verificar funcionamento folgas e fixação.	**Baixa**
TACOGRAFO: Verificar funcionamento	**Baixa**
CINTOS DE SEGURANÇA: Verificar estado e fixação	**Baixa**
FECHADURAS, ACIONAMENTO DOS VIDROS, CAPÔ DO MOTOR, BATENTES: Verificar funcionamento	**Baixa**
DOBRADIÇAS E FECHADURAS: Lubrificar	**Baixa**
TUBULAÇÃO DE ESCAPE/ SILENCIOSO: Verificar fixação de ruptura	**Baixa**
EIXOS/ ARTICULAÇÕES DOS PEDAIS: Lubrificar	**Baixa**
VELOCIMETRO: Verificar funcionamento	**Baixa**
EXTINTOR/ CHAVE DE RODAS/ MACACO/ TRIÂNGULO: Verificar existência; a pressão; validade da carga e funcionamento	**Baixa**
PORTAS: Verificar funcionamento, Desobstruir orifícios de drenagem	**Baixa**
SUSPENSÃO	
MOLA DIANTEIRA/MOLA TRASEIRA: Verificar lâminas e braçadeiras	**Média**
MOLA DIANTEIRA/MOLA TRASEIRA: Reapertar algemas e grampos em “U”	**Média**
MANGA DE EIXO: Verificar estado	**Média**
AMORTECEDORES: Verificar fixação (borrachas) e vazamentos	**Média**
PARAFUSOS DE FIXAÇÃO: Reapertar	**Baixa**
PINO MESTRE: Verificar folga	**Média**
SUSPENSÃO DE AR: Verificar danos nos cones das câmaras de ar e limpar	**Média**
DIREÇÃO	
CAIXA DE DIREÇÃO: Verificar nível de óleo e	**Alta**

vazamentos, completar se necessário	
CAIXA E BRAÇOS INTERMEDIARIOS: Verificar fixação	**Média**
CAIXA E TERMINAIS: Verificar folga do setor; estado e folga do mecanismo e dos terminais da direção	**Alta**
AMORTECEDOR: Verificar fixação e vazamentos	**Média**
ALINHAMENTO: Verificar, corrigir se necessário	**Média**
FREIOS	
FREIO DE SERVIÇO: Verificar folga, regular se necessário	**Média**
FREIO DE ESTACIONAMENTO: Verificar ação, regular se necessário	**Média**
LONAS DE FREIO: Verificar espessura, trocar se necessário	**Baixa**
FREIO DE DISCO: Comprovar o desgaste das planilhas de freio. Se necessário substituir	**Média**
CILINDRO MESTRE: Verificar nível de óleo e completar se necessário	**Média**
CANALIZAÇÕES: Verificar quanto a vazamentos (óleo/ar)	**Média**
HIDROVÁCUO: Verificar ação, limpar filtro de ar	**Baixa**
CABO DO FREIO DE ESTACIONAMENTO: Lubrificar, inclusive articulações	**Média**
CILINDRO DE RODAS, MOLAS E TRAVAS: Verificar	**Baixa**
RESERVATÓRIO DE AR: Drenar água de condensação, limpar válvula de segurança	**Baixa**
BOMBA DE VÁCUO: Reapertar tubulações de óleo (depressor)	**Média**
RODAS	
ROLAMENTO DAS RODAS: Verificar e ajustar folga	**Média**

PNEUS: Verificar desgastes e calibrar, incluindo o pneu reserva, e efetuar o rodizio	**Baixa**
RODAS: Verificar estado e aperto	**Baixa**
CUBOS DAS RODAS: Verificar estado; Trocar a graxa a cada ano (ou 90.000 km) e os vedadores	**Baixa**
BALANCEAMENTO: Verificar, corrigir se necessário	**Baixa**
TRANSMISSÃO	
CARDÃO: Verificar folga e lubrificar	**Média**
CRUZETAS: Verificar folga e lubrificar	**Média**
ARVORE DA TRANSMISSÃO: Verificar folgas e desgaste da luva deslizante e do mancal intermediário	**Média**
ROLAMENTOS: Verificar folga e lubrificar	**Média**
DFERENCIAL: Verificar nível de óleo e vazamento, limpar os bujões magnéticos (trocar óleo a cada 90.000 km)	**Alta**
JUNTAS HOMOCINETICAS: Verificar coifas	**Alta**
EMBREAGEM	
DISCO: Examinar espessura e comprovar o desgaste	**Média**
PEDAL: Verificar folga, regular se necessário	**Baixa**
CABO: Verificar estado e lubrificar	**Baixa**
EIXO: Lubrificar eixo de acionamento do rolamento da embreagem	**Média**
CAIXA DE MUDANÇA	
CAIXA DE CÂMBIO: Verificar fixação, nível de óleo e vazamentos (trocar óleo a cada 90.000 km)	**Média**
MARCHAS: Verificar engates (trambulador)	**Média**
CAIXA DE CÂMBIO: Limpar filtro de ar	**Baixa**
COXINS: Verificar estado	**Média**
TOMADA DE FORÇA: Verificar fixação e funcionamento	**Alta**
SISTEMA ELÉTRICO	

LIMPADOR DE PARA-BRISA: Verificar funcionamento e nível do liquido	**Baixa**
BORNES E TERMINAIS DA BATERIA: Limpar e reapertar	**Média**
MOTOR DE PARTIDA: Testar funcionamento	**Média**
BUZINA, FARÓIS, LANTERNAS E SNALIZADORES: Verificar funcionamento e efetuar regulagens	**Baixa**
INSTRUMENTOS DO PAINEL: Verificar funcionamento e efetuar regulagens	**Baixa**
GERADOR / REGUL. VOLTAGEM: Verificar desgaste das escovas e folga dos rolamentos; testar condições de carga	**Média**
FIOS E CONEXÕES: Verificar estado	**Baixa**
BATERIA: Limpar, reapertar, lubrificar cabos dos polos;medir densidade, completar o nível de solução se necessário	**Baixa**
MOTOR	
FILTRO DE ÓLEO: Trocar	**Baixa**
VALVULAS: Examinar folgas, regular com motor frio ou pelo menos 30 min. Após tê-lo desligado se necessário	**Baixa**
MOTOR: Verificar vazamentos (óleo, e água)	**Média**
COXINS: Verificar estado e reapertar	**Baixa**
COLETOR DE ESCAPE: Reapertar	**Média**
ÓLEO DOCARTER: Trocar e limpar bujãomagnético; Reapertar osparafusos de fixaçãoeobservandomomentode força	**Média**
MOTOR: Verificar funcionamento, quanto a ruídos	**Média**
MANGUEIRAS: Verificar estado e vazamentos	**Baixa**
CABEÇOTE: Verificar aperto e vazamentos	**Média**
TANQUES DE ÓLEO DIESEL: Drenar água	**Média**
IGNIÇÃO	
PLATINADO: Verificar estado e regular abertura	**Alta**
EIXO EXCENTRICO: Lubrificar	**Alta**

IGNIÇÃO: Verificar ponto e funcionamento dos avanços	**Alta**
VELAS: Limpar e testar, calibrar se necessário	**Baixa**
ARREFECIMENTO	
FILTRO: Trocar filtro de água de arrefecimento	**Média**
RADIADOR: Verificar fixação, danos, ou obstrução por insetos, bem como nível de água e vazamento	**Média**
CORREIAS: Verificar estado de regular tensão se necessário	**Baixa**
BOMBA D'AGUA: Verificar ruídos e vazamentos	**Média**
VENTILADOR: Verificar funcionamento	**Baixa**
INTERCOOLER: Verificar vazamento de pressão do turbo nas mangueiras (testar com pressão de ar 1 kg)	**Média**
ALIMENTAÇÃO	
BOMBA DE COMBUSTÍVEL: Limpar tela metálica	**Média**
FREIO DE ESTACIONAMENTO: Verificar ação, regular se necessário	**Baixa**
CARBURADOR: Limpar, verificar regulagem e lubrificar articulações e cabo do afogador	**Baixa**
BOMBA INJETORA: Controlar funcionamento; Verificar lacre e discos de acoplamento da bomba, regular se necessário	**Média**
BICO INJETOR: Verificar pressão, limpar e regular	**Média**
COPO DE SEDIMENTAÇÃO: Verificar e limpar	**Média**
FILTRO DE AR: Verificar estado e limpar válvula de descarga de pó	**Baixa**
MARCHA LENTA: Verificar funcionamento, regular se necessário	**Média**
TUBULAÇÕES, CONEXÕES, BRAÇADEIRAS: Reapertar parafusos de fixações	**Baixa**
ESCAPE: Verificar e analisar a emissão de fumaça preta, efetuando o teste dos gases com aparelho Opacímetro digital	**Alta**

FILTRO DE COMBUSTÍVEL: Trocar o elemento filtrante	**Baixa**

15.10. NUTRIÇÃO (PACIENTE, FUNCIONARIOS E ACOMPANHANTES)

Dentre as Redes Temáticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) está a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que se destaca pelas situações clínicas envolvidas nos atendimentos, pois as principais causas de mortalidade na população do país ainda são complicações cardiovasculares e agravos externos (acidentes, por exemplo).

A RUE foi criada objetivando reduzir a superlotação dos prontos-socorros dos hospitais de referência (BRASIL, 2013) e são constituídas por diversos componentes fundamentais, dentre os quais estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). “As UPAs devem funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências”.

Estas, são unidades de complexidade intermediária, funcionando como elo assistencial, entre a atenção primária e a rede hospitalar (BRASIL, 2013).

Desta maneira, as UPAs, como componente do SUS, devem atender aos seus objetivos do Sistema, dos quais destacamos a assistência terapêutica integral, a qual integra diversas áreas do conhecimento e atuação por meio de abordagem multiprofissional (Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN, 2014), sendo, neste contexto, a vigilância nutricional e a orientação alimentar componente fundamental (BRASIL, 1990).

Os profissionais e ou as empresas inseridas nesses serviços devem estar preparados para atuação de forma integrada, conforme novas dinâmicas e sistematização de cuidados implementados pelas Redes de Atenção em Saúde, atuando de maneira conjunta, de acordo com suas competências, e respeitando as atividades privativas de cada profissão, nas áreas pertinentes.

Neste sentido é de suma importância a presença do serviço de Nutrição nas UPAs, seja pelo nutricionista in loco ou uma empresa com os profissionais inseridos sempre que exigido nos nossos Contratos de Gestão este profissional é inserido pessoalmente nas UPAS, a FENIX quando não tem previsto este serviço in loco busca no contrato de terceiro o atendimento das normas, uma vez que é atribuição privativa da do profissional a atuação na área de assistência nutricional e dietoterápica hospitalar e na área de nutrição em alimentação coletiva – gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN).

As atribuições relacionadas a nutrição clínica englobam a maior parte das atividades da rotina diária na Unidade de Pronto Atendimento. Dentre as atividades de âmbito clínico, a equipe realiza todas as atividades obrigatórias previstas pelo CFN, a saber:

- Estabelecimento e execução de protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.
- Elaboração do diagnóstico de nutrição.
- Elaboração da prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e demais informações pertinentes.
- Registro em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos.
- Realização de orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber.
- Orientação e supervisão da distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta.
- Interação com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos necessários a melhoria do serviço prestado.
- Elaboração de relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.

A Alimentação e Nutrição constituem Direitos Humanos Fundamentais consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e são requisitos básicos para a proteção e a promoção da saúde, com qualidade de vida e cidadania (PNAN 2015-2020).

O cuidado nutricional é definido como um processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, mediante a avaliação do estado nutricional e identificação das necessidades ou problemas nutricionais e a partir de um planejamento que atenda a essas necessidades. A redução da ingestão alimentar é frequentemente relatada entre os pacientes hospitalizados, fato esse que pode estar relacionado à doença, a mudanças de hábitos alimentares e à insatisfação com as preparações oferecidas.

A dieta hospitalar é importante para prover o aporte de nutrientes ao paciente internado e assim preservar seu estado nutricional pelo seu papel terapêutico em enfermidades agudas e crônicas.

Visando atender às determinações referentes ao cuidado nutricional dos indivíduos enfermos, os serviços de alimentação e nutrição institucionais orientam-se para a oferta de refeições nutricionalmente equilibradas e seguras do ponto de vista da qualidade higiênico-sanitária e, adicionalmente, para a recuperação ou manutenção da saúde dos mesmos.

A padronização das dietas tem como objetivo manter um atendimento nutricional seguro, eficiente e de qualidade ao paciente. Para isso, as dietas são classificadas em três grupos, dietas de rotina, modificadas e especiais.

Neste contexto a população atendida pelo serviço de nutrição é bastante diversificada, tanto com relação à faixa etária, tipo de patologia, hábitos alimentares e culturais, cabendo ao nutricionista clínico prestar o cuidado nutricional individualizado e adequado a cada paciente.

A Alimentação e Nutrição constituem Direitos Humanos Fundamentais consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e são requisitos básicos para a proteção e a promoção da saúde, com qualidade de vida e cidadania (PNAN 2015-2020).

O cuidado nutricional é definido como um processo de ir ao encontro das diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, mediante a avaliação do estado nutricional e identificação das necessidades ou problemas nutricionais e a partir de um planejamento que atenda a essas necessidades. A redução da ingestão alimentar é frequentemente relatada entre os pacientes hospitalizados, fato esse que pode estar relacionado à doença, a mudanças de hábitos alimentares e à insatisfação com as preparações oferecidas.

A dieta hospitalar é importante para prover o aporte de nutrientes ao paciente internado e assim preservar seu estado nutricional pelo seu papel terapêutico em enfermidades agudas e crônicas.

Visando atender às determinações referentes ao cuidado nutricional dos indivíduos enfermos, os serviços de alimentação e nutrição institucionais orientam-se para a oferta de refeições nutricionalmente equilibradas e seguras do ponto de vista

da qualidade higiênico-sanitária e, adicionalmente, para a recuperação ou manutenção da saúde dos mesmos.

A padronização das dietas tem como objetivo manter um atendimento nutricional seguro, eficiente e de qualidade ao paciente. Para isso, as dietas são classificadas em três grupos, dietas de rotina, modificadas e especiais.

Neste contexto a população atendida pelo serviço de nutrição é bastante diversificada, tanto com relação à faixa etária, tipo de patologia, hábitos alimentares e culturais, cabendo ao nutricionista clínico prestar o cuidado nutricional individualizado e adequado a cada paciente.

Trata-se de um direito garantido por Lei. Tome-se, por exemplo, os casos em que o paciente idoso está em tratamento na mesma cidade do acompanhante, o parágrafo 1º do artigo 1º da portaria nº. 280/99 do Ministério da Saúde estabelece que, no valor da diária de acompanhante devem estar incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições. No caso das crianças, embora não haja previsão expressa neste sentido com relação aos menores de idade, a Lei 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) prevê em seu artigo 12 que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. Assim, se interpretarmos a norma, subentende-se que a alimentação é uma condição a ser proporcionada. Da mesma forma, a Agência Nacional de Saúde (ANS) também prevê a cobertura de despesas de diária de um acompanhante no local da internação se o paciente for menor de 18 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos, bem como os portadores de necessidades especiais, caso o médico recomendar. Portanto, sendo a alimentação do acompanhante a condição mínima para a sua permanência, seu fornecimento deve ser um direito preservado. Para isso, o usuário deve se informar na unidade de saúde acerca dos documentos e exigências para a inscrição no programa. Caso tal direito não seja observado, o consumidor deverá fazer uma reclamação no Ministério da Saúde, bem como reunir toda a documentação para ajuizar uma ação e cobrar do Poder Público

15.10.1. Protocolos para o Serviço de Nutrição e Dietética - Organização do Serviço de Nutrição e Dietética

O serviço de Nutrição segue a prescrição médica, registrada no prontuário médico do paciente juntamente com outros dados que são relevantes para a avaliação nutricional, plano alimentar e orientação do paciente, tais como a identificação, o histórico, o diagnóstico provisório ou definitivo, os dados clínicos, antropométricos e laboratoriais.

Em seguida, as dietas são encaminhadas para a produção, onde serão preparadas. A Unidade de Nutrição e Dietética, compete:

- Preparar e distribuir alimentos a pacientes, acompanhantes e funcionários e conforme definição da administração;
- Prescrever e assegurar para que seja obedecida rigorosamente a prescrição para elaboração e distribuição das dietas gerais e especiais;
- Preparar cardápios para pacientes, acompanhantes e colaboradores;
- Interagir junto à equipe médica visando à prescrição da diretoria dos pacientes;
- Definir os espaços e ou ambientes específicos para o preparo das dietas, carnes e legumes;
- Garantir para que nas atividades que envolvam o lactário, sejam rigorosamente observadas as técnicas vigentes;
- Definir e implantar rotinas para o tratamento correto do lixo e restos injestas, efetuando o controle dos mesmos;
- Assegurar para que sejam combatidos, periodicamente e sistematicamente, insetos e roedores;
- Interagir junto a Gerencia Operacional com vista à realização dos controles bacteriológicos dos equipamentos e instrumentos, locais de trabalho e produtos que possam contaminar-se;
- Assegurar para que a unidade de cocção seja provida de coifa com exaustão mecânica;
- Garantir para que todas as aberturas das unidades sejam devidamente teladas;

- Assegurar que seja realizado o controle sanitário periódico dos colaboradores;
- Garantir que todos os colaboradores da unidade usem EPI's;
- Assegurar a higiene impecável nos locais de preparo da alimentação, e naqueles que a mesma é servida;
- Garantir a educação continuada em serviço assegurando que nenhum colaborador entre em atividade, sem antes ter recebido o treinamento específico;
- Elaborar as escalas de serviços, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada local;
- Realizar mensalmente o relatório de atividades; Elaborar formulários apropriados para as tarefas específicas;
- Elaborar e implantar o Regimento da Unidade, Manuais e Rotinas;

Equipe de Terapia Nutricional

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional é um órgão vinculado a Direção Técnica da unidade de saúde, tem por finalidade a implantação, implementação e manutenção da terapia nutricional de acordo com a Portaria Interministerial Nº. 2400/2007, de 02 de outubro de 2007, que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino e determina a criação e obrigatoriedade da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional – EMTN.

A Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente, de todas as etapas da Terapia Nutricional Enteral e Parenteral.

Por se tratar de procedimentos realizados em pacientes sob cuidados especiais que visam garantir a vigilância do seu estado nutricional, a Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional será constituída de pelo menos 1 (um) profissional por categoria, dentre as de médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e psicólogo. Constituição da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

A Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional é composta por um Coordenador Administrativo e um Coordenador Clínico, ambos os membros integrantes da equipe e escolhidos pelos seus componentes por meio de aclamação.

O mandato dos membros da Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional será de 02 (dois) anos, contados a partir da publicação de sua nomeação, podendo ser reconduzido 01 (uma) única vez e por igual período.

As reuniões ordinárias ocorrerão mensalmente em local acordado previamente com seus membros.

As convocações para reunião da Equipe serão feitas pela secretária da Equipe, devendo ser, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas. Os membros deverão comparecer, pontualmente, às reuniões das quais foram convocados.

Os integrantes da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional que, sem motivo justificado e por escrito, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou 06 (seis) intercaladas, no período de 01 (um) ano, estará automaticamente desligado da Equipe.

O controle de frequência será efetuado pela secretária, mediante registro em pauta.

Regimento da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

Compete à Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

- Realizar triagem e avaliação nutricional dos pacientes internados a fim de identificar desnutrição ou risco de desnutrição nos mesmos;
- Elaborar a prescrição dietética com bases nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;
- Orientar o paciente, os familiares ou o responsável legal, quanto aos riscos e benefícios da terapia;
- Garantir os registros da evolução e dos procedimentos médicos;
- Estimular as autoridades competentes a atuar sobre os problemas detectados pela equipe, tomando medidas necessárias;

- Promover discussões dos casos clínicos junto à equipe, e assim decidir as condutas necessárias;
- Definir as diretrizes técnicas administrativas que devem guiar as atividades e suas relações com a instituição;
- Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional, em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar e cuidar de pacientes que necessitam de Terapia Nutricional;
- Atender às demandas de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a Terapia Nutricional, quando necessário, em conjunto com o médico responsável pelo paciente, até que sejam alcançados os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;
- Assegurar condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte e administração, controle clínico e laboratorial e avaliação final, da Terapia Nutricional, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- Estabelecer protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da Terapia Nutricional;
- Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional visando à garantia de sua qualidade;
- Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da equipe multiprofissional, para verificar o cumprimento e o registro dos controles e avaliação da Terapia Nutricional;
- Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da Terapia Nutricional;
- Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais da Terapia Nutricional;
- Elaborar indicadores de qualidade quanto ao funcionamento da Equipe Multidisciplinar em Terapia Nutricional;

- Indicadores Mínimos a Serem Constituídos
- Os indicadores de qualidade em terapia nutricional constituem um método de avaliação da assistência nutricional no serviço de saúde.
- Esse processo permite analisar a logística do serviço e verificar a aplicação das condutas propostas pelas diretrizes em terapia nutricional na prática clínica.
- Indicador de frequência de doentes com tempo de jejum inadequado antes do início da terapia nutricional (> 48 h);
- Indicador de frequência da medida ou estimativa do gasto energético e necessidades proteicas em pacientes em terapia nutricional;
- Indicador de frequência de dias de administração adequada de energia em pacientes em terapia nutricional; Indicador de frequência de jejum digestório > 24 h em pacientes em terapia nutricional;
- Indicador de frequência de episódios de diarreia em pacientes em terapia nutricional enteral;
- Indicador de frequência de pacientes sob terapia nutricional que recuperaram ingestão oral; indicador de frequência de ensaios bioquímicos na avaliação nutricional em pacientes em terapia nutricional;
- Saída inadvertida de sonda enteral em pacientes em terapia nutricional enteral;
- Indicador de frequência de pacientes com volume de nutrição enteral infundido maior que 70% do prescrito;

<table>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">PRONTO SOCORRO MUNICIPAL</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</td><td>POP N° 1</td><td>Data: 08/06/2018</td></tr>
<tr><td>Revisão N°</td><td>Data</td></tr>
<tr><td>Título: Rotina do Nutricionista na Alimentação</td><td colspan="2">Área de Aplicação: Alimentação coletiva em unidade de Urgencia</td></tr>
</table>

	Setor: Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN)	
Responsáveis:	Nomes:	Cargos:
Elaboração		
Revisão		
Aprovação		
Responsável pela execução do POP	Nome:	

Definição

• Supervisão do serviço de alimentação coletiva, realizado por empresa terceirizada, com produção local de refeições por meio de concessão, ou não, para entrega de refeições para pacientes COM DIETA ENTERAL caso necessário.

Finalidade

• Fornecer refeições nutricionalmente balanceadas e, em adequadas condições higiênico sanitárias, para pacientes, acompanhantes, funcionários, residentes e demais comensais; • Elaborar cardápios de dietas hospitalares específicos para as pacientes internadas, levando em conta as enfermidades e condições mais prevalentes nesta população; • Elaborar cardápios equilibrados para distribuição em refeitórios localizado nas unidades, utilizando como base conhecimentos científicos de Nutrição e Dietética; • Supervisionar todas as etapas da produção e distribuição de alimentos; • Fazer cumprir a legislação vigente referente às boas práticas na produção de alimentos; • Fazer cumprir o contrato de prestação de serviço de produção de alimentos vigente;

• Gerenciar o controle do quantitativo de refeições e dietas, bem como de suplementos alimentares, alimentos extras e especiais. • fazer reuniões com a equipe médica sempre que julgar necessário; • fazer reuniões com a toda a equipe envolvida no processo;

Indicações e Contraindicações

Não se aplica.

Materiais e Equipamentos Necessários

• Crachá; • Jaleco e touca; • Calça comprida e sapato fechado; • Check list diário de controle de qualidade; • Cardápios previamente autorizados e padronizados.

Descrição do Procedimento

• Verificar os cardápios do dia (refeitório e dietética); • Checar com a nutricionista responsável pela empresa terceirizada se existe a necessidade de alguma alteração dos cardápios; • Supervisionar o início da distribuição das dietas da colação (cozinha) às 8h; • Revisar e entregar para a nutricionista plantonista da empresa terceirizada o mapa de refeições das pacientes (almoço e lanche), liberado pelo médico; • Observar a limpeza das instalações, equipamentos e utensílios; • Inspecionar o armazenamento dos gêneros alimentícios; • Verificar a organização das geladeiras; • Verificar o abastecimento e a identificação de insumos para higienização das mãos na copa auxiliar, cozinha e refeitório; • Verificar a disponibilidade e identificação de azeite, vinagre, molho

de pimenta, farinha de mandioca, água, suco, café, açúcar e adoçante no refeitório para a distribuição do almoço;

- Realizar a prova da comida do almoço do refeitório e da dietética analisando as características organolépticas (cor, aroma, temperatura, textura e sabor) às 10h –
- Autorizar a abertura do refeitório;
- Registrar pedidos de reserva de almoço para funcionários até;
- Cobrar da empresa terceirizada, a realização e arquivamento dos registros da execução de controle de vetores e pragas, limpeza das caixas de gordura e do sistema de exaustão;
- Cobrar do Setor Administrativo, a realização e arquivar o registro de execução da higienização dos reservatórios de água e do laudo de potabilidade da água da UAN;
- Supervisionar a distribuição das dietas no almoço no período de 10h00 às 13h30;
- Contabilizar o número de refeições e dietas distribuídas;
- Contabilizar os suplementos alimentares, alimentos extras e especiais;
- Supervisionar o início da distribuição das dietas no lanche (cozinha) às 14h30;
- Revisar e entregar para a nutricionista plantonista da empresa terceirizada o mapa de refeições das pacientes (jantar, ceia, desjejum e colação), liberado às 16h00.

Área Nutrição Clínica

As atribuições relacionadas a nutrição clínica englobam a maior parte das atividades da rotina diária do nutricionista na Unidade de Pronto Atendimento.

Dentre as atividades de âmbito clínico, a equipe realiza todas as atividades obrigatórias previstas pelo CFN, a saber:

- Estabelecimento e execução de protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.

- Elaboração do diagnóstico de nutrição.
- Elaboração da prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e demais informações pertinentes.
- Registro em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos.
- Realização de orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber.
- Orientação e supervisão da distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta.
- Interação com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos necessários a melhoria do serviço prestado.
- Elaboração de relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.

Para tanto, o SND adotou uma rotina diária de atividades organizadas, nas quais temos a realização de Triagens de Risco Nutricional, Avaliação do Estado Nutricional (AEN), visita diária aos pacientes nos leitos, prescrição nutricional de TNE, evolução nutricional em prontuário e orientação de alta nutricional.

Área verde (área de observação):

A partir de 12h de permanência são realizadas as triagens nutricionais.

Para adultos é aplicado o instrumento “Nutritional Risk Screening” – NRS 2002 (KONDRUP et al, 2003) e para idosos, a Mini Avaliação Nutricional

Área amarela (enfermaria):

Realizada avaliação nutricional completa em até 48h após admissão. Abordamos aspectos relacionados à avaliação antropométrica, exame físico, parâmetros bioquímicos, aspectos funcionais e referentes a ingestão alimentar habitual (com base em um recordatório alimentar habitual); sendo os 2 últimos pontos

avaliados com base no manual orientativo da Associação Brasileira de Nutrição 7 intitulado “Sistematização do cuidado de Nutrição” (ASBRAN, 2014) (Apêndice 1).

Área vermelha (cuidados intensivos):

Realizada avaliação nutricional em até 24h após a admissão, sendo utilizada ficha de avaliação que engloba o Nutric-Score (HEYLAND et al, 2011) e dados antropométricos para estimativa das necessidades nutricionais (Apêndice 2).

Pediatria:

Realizada avaliação nutricional através do “Strong Kids” (HULST et al, 2010) em até 24h após internação (Apêndice 3).

Realizada a avaliação nutricional, tem-se a definição ou provável diagnóstico nutricional do paciente para dar direcionamento à conduta nutricional.

Visita aos pacientes nos leitos

Diariamente, pelo menos 1 vez no plantão diurno e noturno, a visita leito a leito objetiva, após AEN e diagnóstico nutricional, acompanhar a evolução nutricional do paciente.

Nesse momento verifica-se: aceitação da dieta (por percentual em cada refeição); regularidade das funções eliminatórias; presença de sintomas gastrintestinais (distensão abdominal, náuseas, vômitos); no exame físico os achados que possam ter associação com ingestão alimentar (edema, desidratação); a condição clínica ou interação droga-nutriente; coleta de dados dos exames bioquímicos; e, registro dos sinais vitais por meio dos dados secundários.

Por fim é realizada a evolução em prontuário, com o registro das informações clínicas do paciente, conforme dispões a Resolução CFN Nº 594, de 17 de dezembro de 2017.

Além desses dados, na ficha de acompanhamento diário, desenvolvida pela equipe, são registrados aspectos importantes sobre a dietoterapia do paciente, como o uso de suplementação, controle de reavaliação do estado nutricional, aversões e

intolerâncias alimentares.

Protocolo de Terapia Nutricional Enteral (TNE)

Considerando as particularidades do serviço e as recomendações de caráter científico, tais como: horário inicial e final de infusão de dietas enterais, volume inicial e velocidade de progressão, hidratação e tipo de dietas.

A prescrição nutricional em formulário próprio é atualizada diariamente na perspectiva de atingir os requerimentos nutricionais dos pacientes, considerando a presença ou ausência de intercorrências e articulando com equipe multiprofissional sempre que necessário.

Outras atribuições associadas à terapia nutricional enteral na Unidade de Urgência envolvem:

- Elaboração de Termo de Referência – TR: para aquisição de fórmulas de enterais de sistema fechado, em conjunto com os médicos e nutricionistas para a prescrição devido ausência de área exclusiva para manipulação de dietas enterais, para fins de licitação;
- Acompanhamento da evolução nutricional;
- Treinamento de copeiras para execução de rotina que envolve a TNE;
- Orientação nutricional de alta (focando em cuidados quanto a manipulação segura, instruções práticas para reduzir risco de intercorrências, e sugestão de cardápio qualitativo com dieta artesanal).

Orientação de Alta

Os pacientes e/ou seu acompanhante recebem orientação nutricional específica para sua enfermidade no momento da sua alta hospitalar. A equipe elaborou orientações simples e em linguagem acessível para as diversas enfermidades atendidas na unidade.

De forma geral, as mais utilizadas são para: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Renal Crônica, Pancreatite, Diarreia, Disfagia, Alimentação Complementar, dentre outras.

Também são orientados pacientes que são liberados em Terapia Nutricional Enteral, como já descrito. Enfatiza-se, sempre, que é fundamental a procura por um profissional nutricionista para elaboração de plano alimentar específico para cada caso.

E, quando necessário, são realizados os encaminhamentos dos pacientes para o ambulatório de nutrição do município.

Além de todas estas especificidades, durante a execução do contrato a FENIX fica responsável, sob supervisão da equipe de supervisores de enfermagem e apoio do Nutricionista do contrato, de fornecer as dietas hospitalares conforme condição de cada paciente, com alterações em macronutrientes (ex.: hipoglicídica, hiper proteica, hipolipídica) e de nutrientes (hipossódicas, rica em ferro, por exemplo), e ainda de atender a critérios outros de consistência/textura.

Também, são consideradas as exigências sobre aspectos higiênico-sanitários com base nas diversas normativas dos órgãos de Vigilância Sanitária.

Dentre as exigências cabem:

- Manutenção e adequação de instalações da Unidade contratante (PS);
- Adequação de instalações da unidade produtora/fornecedora;
- Documentações atualizadas e em conformidade, que vão desde alvará sanitário até comprobatórios de saúde dos manipuladores, bem como registros de higienização e manutenção de reservatórios e potabilidade da água;
- A equipe responsável pela alimentação, Elaboração de Manual de Boas Práticas, POPs e treinamento de profissionais;
- Abastecimento da unidade com insumos necessários para o fornecimento das refeições, entre outros.

Sob o conhecimento da direção da Unidade, define os horários de refeições, levando em consideração aspectos relevantes da rotina da Unidade, tanto no sentido administrativo (horário de chegada e saída dos profissionais), como clínico (horário de coleta de Sinais Vitais) e articula com a terceirizada o recebimento das refeições que serão servidas a pacientes, acompanhantes e funcionários. Internamente à Unidade disponibilizamos espaço para refeitório climatizado.

Este espaço tem sua estrutura física e mobiliaria em constante vigilância no tocante a higienização e desinfecção em virtude do risco causado pelo trânsito dos

profissionais (o refeitório é somente disponibilizado aos servidores) e sua entrada é condicionada à dispensa dos Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) utilizados nas áreas e setores da unidade tais como: jaleco, máscara, touca, pró-pé entre outros.

Além deste espaço, o setor dispõe de Copa para organização e etiquetagem de dietas para pacientes, e refeições de acompanhantes.

Este espaço é também organizado, para que em horários diferentes, se faça a organização e etiquetagem das dietas enterais de Sistema Fechado, objetivando evitar fluxo e contaminação cruzada.

Ainda, cabe à equipe de Nutricionistas a supervisão das ações de alimentação coletiva que são realizadas na Unidade, por profissional de empresa terceirizada, a saber:

- Aferição de temperatura no recebimento dos alimentos prontos;
- Controle de tempo/temperatura na distribuição das refeições;
- Guarda de amostras das preparações distribuídas;
- Recolhimento dos utensílios e resíduos dos pacientes e acompanhantes.
- E destinação adequada dos mesmos; e,
- Manutenção em número e qualificação adequada de mão de obra para áreas de Copas (copeiras), limpeza (auxiliares) e técnica (Técnicos em Nutrição em Dietética – TND).

As refeições servidas aos pacientes são elaboradas de acordo com as prescrições médicas e com orientação do nutricionista.

O cardápio poderá sofrer adaptações para vegetarianos, veganos, e intolerantes a lactose, para aqueles que estão de quarentena e demais restrições sempre que informada ao médico.

As refeições são servidas nos seguintes horários: (estes horários podem sofrer alterações de acordo com a municipalidade e rotina já existente na unidade)

Desjejum: 7h00 às 10:30h
Almoço: 11h30 às 14:30h
Lanche: 14h30 às 16:30h

Jantar: 18h00 às 21:00h

Ceia: 20h às 22h (refeição destinada apenas aos pacientes diabéticos, com dieta líquida restrita, completa e pastosa)

Caso haja necessidade de consumo de algum alimento que não faça parte do cardápio disponibilizado pela Rede, o serviço de nutrição irá analisar se o alimento se enquadra na dieta prescrita e orientará sobre os cuidados necessários para a segurança alimentar e prevenção da contaminação durante o transporte. A refeição do paciente será entregue no quarto, de acordo com a dieta.

Após assinatura do Contrato de Gestão a FENIX entrará em contato imediato com a Secretaria Municipal de Saúde para juntas decidirem melhores horarios e formas de realizar a prestação dos serviços de alimentação, a FENIX busca sempre parceiros tercerizados com capacidade e devidamente qualificado na atenção a parte Nutricional de seus contratos.

15.11. SERVIÇOS DE ASSISTENCIA SOCIAL

As unidades de saúde dos serviços públicos aos casos que demandam urgência, os quais são caracterizados pela gravidade, pela necessidade de respostas imediatas, pela exigência de pressa na resolutividade e que são, consequentemente, de ordem prioritária.

Assim, pessoas que vão às unidades de urgência são as que, a princípio, apresentam desestabilização nos quadros mórbidos pré-existentes ou as que apresentam agravos novos, emergentes à saúde.

São pessoas que por diversas razões, têm uma ruptura no curso normal de sua vida, marcada por um agravo à saúde.

A expressão “a princípio”, no parágrafo anterior, tem uso proposital, porque o serviço público de pronto atendimento à saúde, com frequência, recebe pessoas que poderiam resolver o agravo à sua saúde nos serviços de atenção básica.

Uma das explicações para este comportamento pode estar na ausência de acolhimento adequado na atenção básica dos casos agudos de menor complexidade ou, ainda, na falta de ações de educação para a saúde, na pouca proteção sistemática a riscos conhecidos, na frágil prevenção de agravos e nas precárias ações de recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. (Ministério da Saúde, 2006).

O estudo de ROCHA (2005) analisa, pela perspectiva das pessoas que usam as PS’s, os motivos que as levam ao atendimento de urgência sem, contudo, apresentarem agravos graves à sua saúde.

As respostas vão desde a compreensão subjetiva do que seja uma urgência, à ideia de existir nas PS’s atendimentos mais qualificados, seja porquê há recursos tecnológicos, como radiologia e laboratórios, seja porquê consideram os atendimentos rápidos e ágeis, mesmo que esperem longas horas por eles.

A espera e a lotação são os aspectos mais visíveis nas Unidades de Pronto Atendimento e a explicação para os mesmos dá-se tanto por aspectos sócio econômicos de ordem estrutural, quanto por elementos conjunturais, políticos e culturais.

Esses aspectos, embora não estejam analisados neste trabalho, são importantes para compreender, dentre outras coisas, o procedimento de “triagem

classificatória de risco" existente nas PS's.

Serviço Social nas unidades de Pronto Socorros

Os motivos da persistente existência de demandas institucionais às Assistentes Sociais fora do âmbito das competências e atribuições profissionais, nos PS's, podem estar associados à ausência de um setor ou coordenação específica, situação que difere das outras profissões que compõem o serviço de urgência da política de Saúde, que se organizam em setor ou coordenação, constituindo, dessa maneira, uma referência para os profissionais na operacionalização e planejamento de suas ações.

Foi bastante usual ouvir, durante as visitas de orientação e fiscalização, das Assistentes Sociais a incompreensão institucional sobre o Serviço Social.

Demandas administrativas, como as solicitações de ambulância para transferência de pacientes e as de outros profissionais, como o comunicado de óbito, ainda são, muitas vezes, delegadas às Assistentes Sociais.

A informação diária à instituição e aos colegas de outras profissões sobre o que não é e sobre o que é da competência do Serviço Social é um desafio que exige firmeza, autonomia e compreensão da profissão.

Tanto é que, quando perguntadas sobre o reconhecimento do Serviço Social pela Instituição, a resposta foi unânime: 100% das Assistentes Sociais responderam que a Instituição reconhece a importância e validade do Serviço Social nos PS's.

Se de um lado, existe o trabalho diário de esclarecimento sobre o fazer do Serviço Social, por outro, a profissão é reconhecida pela presença que ocupa no espaço ocupacional, mesmo que essa presença esteja ainda em construção. A reflexão de Marilda Iamamoto (CFESS, 2012, p. 39), transcrita logo abaixo, auxilia-nos a compreender o Serviço Social na perspectiva de, às vezes, pautá-lo em sua especificidade ou, em outros termos, nas atribuições privativas das Assistentes Sociais: Pode-se afirmar que a elucidação dos artigos 4º e 5º da Lei 8662 conduz à explicitação do debate acadêmico-profissional relativo à concepção mesma de profissão de Serviço Social.

Em outros termos, a prerrogativa de autoqualificarão da profissão é dos seus agentes especializados e de seus organismos representativos que, em determinados

contextos societários, confirmam a necessidade ou utilidade dessa especialização do trabalho.

Este é, pois, um desafio pertinente à categoria profissional, que extrapola a função de um instrumento legal. Esse pode apenas traduzir, em termos jurídicos, o texto e o contexto profissional interpretado pelos agentes especializados, ou seja, o seu projeto profissional.

O Serviço Social, com um pouco mais de 80 anos de trajetória, é uma profissão consolidada na sociedade brasileira e, a depender da conjuntura econômica e política do País, mais ou menos demandado para se efetivar.

A FENIX respeitando as normas e regimentos da classe do serviços social, cria seu regimento interno em conjunto com o Município, para atender a população local com as necessidades do município.

De acordo com nossas experiencias nos contratos de gestão dos serviços de saúde na Rede de Urgência verificamos que a territorialidade, a demografia, e renda perca pita do município são pontos importantes para definir e dar diretrizes ao serviço da Assistência Social.

15.11.1. Modelo de Regimento Geral do Serviço Social

Capitulo I
Da Finalidade

Art. 1. O Departamento Serviço Social tem como finalidade:

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 do sistema de saúde;

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 do sistema de saúde; e

IV. Posicionar-se em favor da equidade e justiça social junto aos pacientes, 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

Art. 2. O Departamento Serviço Social é subordinado hierarquicamente a coordenação geral administrativa da unidade.

Capítulo III
Da Estrutura Organizacional

Art. 3. O Departamento Serviço Social estará organizado em:;

I. Setor de Trabalho Social;

Art. 4. As atividades técnicas e funções privativas e de competência do Assistente Social serão exercidas por Assistente Social a disposição no plantão do dia na unidade na sala disponibilizada para atendimento do Serviço Social.

Capítulo IV
Da Competência

Art. 6. Compete a Chefe do Serviço:

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

- Estabelecer normas e diretrizes para o Departamento de Serviço Social;
- Promover a capacitação técnica e administrativa do pessoal do Departamento de Serviço Social;
- Responsabilidade técnica do Departamento de Serviço Social;
- Participar de reuniões com outros setores da unidade, para discussão de questões técnicas de interesse do sistema de saúde;
- Planejar, organizar, coordenar e avaliar o trabalho social;
- Contribuir no processo de seleção dos recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Departamento de Serviço Social e fazer a distribuição destes;
- Manter articulação com os demais serviços, visando melhor atendimento aos usuários;
- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo das atividades desenvolvidas;
- Elaborar a escala de serviço do pessoal empregado no Departamento Serviço Social;
- Elaborar e Supervisionar programas e projetos na área de competência do Departamento Serviço Social;
- Dispor de autonomia na elaboração e execução das escalas de trabalho das
- Assistentes Sociais, desde que respeitada à jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais, com base na Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010.

Art. 7. São atribuições das Assistentes Sociais:

- Realizar o Trabalho Social de competência do Assistente Social;
- Prestar orientação social aos usuários do serviço de saúde;
- Realizar Atendimento Social, Acompanhamento Social, Encaminhamento Social, Triagem Social, Visita Social;
- Assumir a responsabilidade dos procedimentos técnicos realizados; e
- Apresentar a produtividade mensal através de relatório quantitativo dos procedimentos técnicos realizados a Chefe do Departamento de Serviço Social.

- Elaborar, coordenar e executar programas e projetos na área de competência do Assistente Social;

Art. 8. A Secretaria compete executar o serviço administrativo, distribuído nas seguintes funções:

Secretário:

1. Preparar toda correspondência interna e externa;
2. Receber, registrar e distribuir documentos;
3. Ter conhecimento em informática; e
4. Apresentar mensalmente relatório das atividades;

Auxiliar Administrativo:

1. Prestar serviços de digitação;
2. Prestar serviços de arquivos;
3. Prestar serviços de assessoria administrativa;
4. Realizar serviço de estafeta quando necessário; e
5. Apresentar mensalmente relatório das atividades;

Capítulo V
Do Pessoal e Seus Requisitos

Art. 9. Os requisitos mínimos para o exercício das funções nas diferentes categorias funcionais são:

Assistentes Sociais:

1. Bacharel em Serviço Social; e
2. Registro no Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

Art. 10. A Ficha Social é propriedade exclusiva do Departamento Serviço Social, podendo ter sua cópia fornecida somente aos representantes legalmente constituídos para este fim, via procuração autenticada em cartório e autorização da chefe geral da unidade de saúde.

Art. 11. A todos os integrantes do Serviço Social, compete observar as

leis, regulamentos, instruções vigentes no âmbito do município.

Parágrafo Único. Todas as Assistentes Sociais do Serviço Social deverão 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.

15.11.2. Procedimento Operacional Padrão do Serviço Social da Rede de Unidades de Saúde

	POP: 01	SERVIÇOS DA ASSISTENCIA SOCIAL NA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO
DEFINIÇÃO:		
OBJETIVO: Possibilitar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre a organização e distribuição dos profissionais de Serviço Social no Pronto Socorro Municipal		
EXECUTANTE: Assistente Social.		
1 Acompanhar a passagem de Plantão de Enfermagem e identificar possíveis demandas, além das repassadas pela equipe multiprofissional; 2. Ler os prontuários dos usuários internados para se apropriar do estado geral de saúde/doença; 3. Realizar acolhimento aos usuários, familiares/rede de apoio social ou acompanhantes na Unidade; 4. Fazer entrevista e/ou estudo social, objetivando compreender a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista, saúde e previdenciária) e familiar dos usuários, com o intuito de elaborar estratégias de intervenção; 5. Prestar atendimento aos familiares/rede de apoio social, compreendendo que a família vivencia juntamente com o usuário seu processo de saúde e doença; 6. Realizar contato com a rede de apoio municipal tanto da área da saúde como da de proteção social do usuário quando necessário e prestar os devidos encaminhamentos. 7. Realizar contatos com equipe multiprofissional, ou instituições para viabilizar o atendimento da demanda apresentada; 8. Formalização do encaminhamento, quando necessário; 9. Acompanhar sistematicamente os usuários que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou		

encaminhamentos necessários;

10. Articular, com a equipe multiprofissional, nas situações de alta dos usuários o transporte através de contato com a SMS do respectivo Município, além das demais orientações necessárias (acesso a medicação, reforço das orientações previdenciárias, aderência ao tratamento, entre outros);

11. Em situações de óbito realizar acolhimento junto a familiares/rede de apoio social/acompanhante de usuário e as devidas orientações e encaminhamentos;

12. Registrar os atendimentos no sistema de administração hospitalar do usuário com a equipe de Serviço Social com a finalidade de compartilhar as informações, intervenções e encaminhamentos realizados;

13. Registrar no prontuário do usuário as informações pertinentes para socializar com a equipe multiprofissional;

14. Usuários procedentes de municípios situados fora da Grande Florianópolis deverão possuir processo de TFD (Tratamento Fora Domicilio) em aberto. Não havendo, o assistente social realizará contato com o setor de TFD e orientará os familiares/rede de apoio social a providenciar junto ao setor;

15. Realizar visitas domiciliares, quando demandado este instrumental, com o objetivo de conhecer as condições e dinâmica de organização familiar dos usuários, quando identificadas fragilidades emocionais, sociais, e na rede de apoio, bem como pouca adesão ao tratamento e compreensão em relação ao processo saúde/doença, entre outros;

16. Realizar visitas institucionais para conhecer os fluxos de atendimento, articulação intersetorial para viabilidade de encaminhamentos entre as instituições favorecendo processos de referência e contrarreferência;

17. Participar de reuniões e discussões multiprofissionais, nas unidades de internação que ocorrem, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em saúde onde serão discutidas as situações atendidas e determinadas às ações que assegurem o tratamento mais adequado, caso ocorram na unidade de internação.

Abaixo relacionadas as demais situações atendidas pelo Serviço Social que estão contidas no Manual de Orientações Assistenciais:

- Acompanhamento ambulatorial do Usuário com Insuficiência renal crônica Orientação para assistência ao usuário recluso
- Orientação para assistência ao usuário sem identificação ou com identificação incompleta
- Orientação para assistência ambulatorial ao paciente candidato a transplante hepático
- Orientação para assistência no serviço de saúde auditiva – implante coclear
- Orientação para assistência em situações de óbito
- Orientações para acompanhamento de situações de violências e outros agravos
- Orientações para a assistência e acompanhamento ao usuário com doença hematológica
- Orientação para assistência e acompanhamento de internação de idosos e/ou usuários dependentes para as atividades da vida diária
- Orientações assistenciais para atendimento de paciente no pré, trans e pós de Cirurgia Bariátrica
- Orientações previdenciárias e trabalhistas Orientações para aquisição de meios auxiliares de locomoção e próteses

Entrevista Inicial com Pacientes e Acompanhantes

Responsável: ASSISTENTE SOCIAL
Quando: Diariamente
Onde: Salas de serviço social ou no leito dos pacientes
Condições Necessárias:
- Formulário para entrevista
- Relação diária atualizada de pacientes internados e relatórios de acompanhamento social
- Formulário de Produtividade do Serviço Social -Sala de Acolhimento

Livro de Ocorrência

Descrição do Procedimento:

- Identificar-se destacando nome e profissão.
- Realizar visita e entrevista com os pacientes e/ou acompanhantes na ocasião da admissão com o objetivo de conhecer a problemática do paciente, perceber os aspectos emocionais, situação socioeconômica, familiar e cultural, conforme solicitado no formulário específico.
- Realizar orientações diversas sobre normas hospitalares, direitos e deveres, doações de sangue, transferências intra e extra hospitalares, entre outras;
- Avaliar o perfil do acompanhante e autorizar sua permanência de acordo com a legislação e os critérios pré-estabelecidos, concedendo-lhe a autorização e, quando solicitado, a declaração de acompanhante;
- Indagar como irão retornar aos seus domicílios após a alta, e já programar as ações possíveis;
- Anexar os relatórios de acompanhamento ao prontuário do paciente, devidamente assinados e carimbados, registrando as informações relevantes na folha de evolução, destacando especialmente o que é necessário para conhecimento dos demais profissionais da equipe.

Resultado Esperado:

- Pacientes e acompanhantes devidamente acolhidos, informados e orientados no processo de internação;
- Pacientes e acompanhantes satisfeitos com o processo de internação;

Não conformidades:

- Pacientes ou acompanhantes não dispõe de informações essenciais;

- Pacientes em situação de vulnerabilidade e/ou exposição à riscos socais (idosos, abandonados ou maltratados, crianças maltratadas ou negligenciadas, pessoas em regime de restrição de liberdade).

Ações corretivas:

- Convocar a presença de outros familiares ou responsáveis para complementar dados;
- Articular a rede social de apoio (incluindo os Conselhos Tutelares, Ministério Público e Secretaria de Justiça);
- Trabalhar a intersetorialidade.
- Informar;
- Elaborado;
- Aprovado e Data:

15.12. DEMAIS ATIVIDADES DE APOIO

Executarão seus Serviços como Apoio ao Contrato de Gestão:

15.12.1. Departamento Jurídico

O departamento jurídico é uma peça-chave para o desenvolvimento das ações. Um dos setores que vêm ganhando destaque é o departamento jurídico.

Nos últimos anos, sua atuação assumiu um papel mais estratégico, fornecendo estatísticas e provisionamentos sobre a atividade das organizações, identificando melhorias e propondo soluções, encontrando novas oportunidades de ação e ferramentas que facilitem nossa adequação legal.

Assim, o jurídico se desvincula da imagem de morosidade e inacessibilidade, e se integra aos demais setores, agindo conjuntamente em prol do melhor desenvolvimento do âmbito empresarial.

O departamento jurídico é o setor responsável por todas as tratativas, atividades, tarefas e funções relacionadas aos aspectos legais, judiciais e extrajudiciais, além de nos orientar com relação aos chamamentos, recursos e prazos.

Sua equipe é composta por advogados e bacharéis em Direito, profissionais estes que podem ser especializados em alguma área relevante para a empresa ou não.

A FENIX terceiriza o setor jurídico, primando a coletividade do conhecimento, sendo que um escritório de advocacia tem vários integrantes com conhecimentos diferenciados e específicos, como: área trabalhista, civil, criminal, administrativo, tributário, entre outros.

Assim sendo, listamos as principais funções do jurídico:

1. Receber e atender às requisições: pode ser um provisionamento podendo ser uma solicitação do financeiro, uma segunda via de um contrato de fornecimento, uma nova procuração… tudo varia conforme as necessidades envolvidas.

2. Gerenciar contratos: os contratos de Gestão fazem parte da vida de uma Organização Social. Sejam contratos com clientes, fornecedores ou funcionários,

contratos de compra e venda de bens móveis e imóveis, contratos de prestação de serviços, entre outros, o ciclo de vida de cada documento deve ser acompanhado pelos profissionais, desde o momento da negociação até a sua execução, cumprimento e arquivamento.

3. Gerenciar procurações: ao longo da atividade empresarial, as procurações se fazem necessárias para que advogados possam representar, judicial ou extrajudicialmente, a organização. Além disso, procurações também podem ser outorgadas a terceiros, que não desempenhem atividade jurídica, mas com finalidade de agilizar alguma demanda, como, por exemplo, quando há necessidade de participação em chamamentos públicos, protocolar ou assinar algum documento em cartório.

4. Acompanhar processos judiciais e extrajudiciais: as organizações podem sofrer ou ingressar com processos judiciais e administrativos, caso haja violação de algum direito. Assim, cabe ao jurídico realizar atividades de ajuizamento, protocolo de petições, acompanhamento de publicações e audiências, recebimento de intimações e citações, cumprimento de sentenças, entre outras

5. Acompanhar e requisitar certidões, alvarás e licenças: para que a empresa esteja em dia com os órgãos públicos e com as permissões necessárias para cada uma de suas atividades, o jurídico também deve acompanhar essa demanda consultiva, requisitando certidões, alvarás e licenças para cada situação.

6. Realizar a gestão societária: as empresas, sejam elas públicas ou privadas, demandam de documentos que comprovem e organizem a sua instituição, como, por exemplo, os contratos sociais, estatutos, atas e realização de assembleias. Esses instrumentos societários também devem ser gerenciados pelo departamento jurídico.

7. Proteger dados e informações: todas as informações relacionadas às atividades institucionais, aos funcionários, aos clientes, fornecedores e consumidores, devem ser protegidas, tratada e armazenada, conforme prevê a Lei Geral de Proteção de Dados.

Essas funções mencionadas acima representam, de modo amplo, as principais atividades que o jurídico pode realizar dentro de uma empresa. Entretanto, destacamos que outras atribuições podem ser direcionadas ao setor, a depender de

cada empresa.

Assim, cada consultoria estará vinculada às necessidades e às legislações aplicáveis a cada necessidade da FENIX e da Gestão Municipal. O setor de Recursos Humanos terá mais interesse em consultorias relacionadas ao Direito do Trabalho, enquanto o Marketing se interessará por regulamentações sobre produtos e propagandas, por exemplo.

15.12.2. Departamento de Auditoria

A FENIX possui ainda contrato de que analisa todas nossas Prestações de Contas e acompanha todos nossos departamentos e setores, para mantermos a qualidade do serviço. Como funciona o serviço:

Auditoria é a análise de todas as atividades desenvolvidas por uma instituição e ou empresa sejam elas de pequeno, médio ou grande porte, que tem como objetivo verificar se as ações dessas organizações estão conforme planejadas por elas, ou se estão de acordo com as normas estabelecidas pelo Governo por Lei.

Ela se subdivide em: auditoria externa e auditoria interna.

Auditoria interna é realizada pelos colaboradores da própria empresa, examina a adequação e a eficácia dos controles internos e das informações contábeis, financeiras e operacionais da corporação.

O objetivo é de garantir um maior valor para as operações realizadas pela companhia, ajudando a atingir resultados e metas através de uma abordagem sistemática, como também de concluir sobre a qualidade dos registros e a segurança destes.

O auditor interno não deve estar subordinado aos departamentos que examinarem, deverá ser independente prestar informações apenas aos gestores que o destinarem a execução das atividades.

Vale ressaltar que mesmo sendo funcionário da empresa, é necessário existir imparcialidade do colaborador, serem livres de tendência e conflitos de interesse.

Os auditores devem assegurar que as constatações e conclusões de auditoria sejam baseadas somente nas evidências encontradas.

Auditoria externa conhecida também como auditoria independente, são executadas por outras organizações, executadas por pessoas externas à companhia.

O processo de auditoria tem como objetivo examinar de forma transparente se as informações disponibilizadas pela entidade estão de acordo com o que foi concedido e de acordo com as normas aplicáveis.

Conforme a Lei 6.385 (7/12/1976) define que “somente as empresas de auditoria contábil ou auditores contábeis independentes, registrados na Comissão de Valores Mobiliários poderão auditar, para os efeitos desta Lei, as demonstrações financeiras de companhias abertas e das instituições, fundações, sociedades ou empresas que integram o sistema de distribuição e intermediação de valores mobiliários.” Deve

- Todos os dados sobre os procedimentos;
- Viabilizar documentos, locais e pessoas necessárias;
- Declarar que os procedimentos estão sendo feitos;
- Executar as ações corretivas apontadas no relatório;
- Averiguar e sugerir melhorias nos processos.

Suas principais responsabilidades são:

- Apurar se os procedimentos da companhia estão sendo seguidos;
- Apontar não conformidades;
- Apontar e sugerir melhorias;
- Averiguar a necessidade de alterar procedimentos internos

Principais características pessoais necessárias do cargo:

- Ética
- Visão sistemática
- Colaborativo
- Observador
- Perceptivo
- Versátil
- Obstinado
- Decisivo

- Confiante
- Aberto a melhorias

Existem ainda outros serviços de apoio que são disponibilizados para execução do Contrato de Gestão, como:

- Contabilidade;
- Serviços de gestão e planejamento;
- Prestação de contas;
- Projetistas entre outros.

A FENIX não mede esforços para manter em seu corpo parceiros comprometidos e altamente qualificados, para realizar um contrato de Gestão de qualidade.

15.13. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS

Detalhamento da estrutura, as rotinas e processos de controle, especificando normas e as áreas de abrangência.

15.13.1. Serviço de Administração

Introdução

Uma empresa pode ser conceituada como um sistema integrado por pessoas, recursos econômicos, financeiros, materiais, e tecnológicos que interage com a sociedade visando atender necessidades, anseios, desejos e expectativas, e é remunerada através de resultados econômicos de forma direta ou indireta por exercer essa interação.

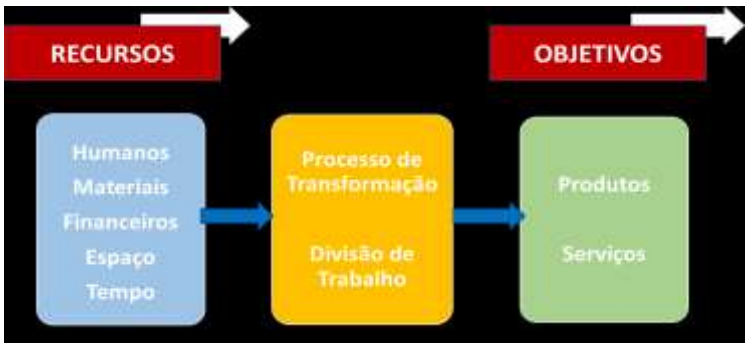
A atuação é feita na forma de um sistema que agrupa e coordena fatores de produção, e tem a finalidade de gerar ganhos – lucros ou resultado financeiro. Os fatores de produção são indispensáveis ao processo produtivo e na prestação de serviços, assim podemos destacar:

⇒ Recursos Materiais: recursos físicos – edificações, máquinas, equipamentos, matéria-prima;

⇒ Recursos Financeiros: dinheiro, créditos, financiamentos

⇒ Recursos Humanos: Atividade Humana, capital humano

⇒



Então, entendemos que a combinação dos subsistemas, consiste no ato de administrar. Assim podemos definir Administração como: "*Ato ou Resultado da articulação de meios diversos com vista à prossecução de determinados fins".* Assim, administrar compreende planejar, organizar, dirigir e controlar atividades e recursos, visando atingir determinados objetivos.

Principais Vantagens

- Fonte de informação sobre os trabalhos na empresa;
- Fixação de critérios e padrões;
- Possibilitam adequação, coerência e continuidade nas normas e nos procedimentos pelas várias unidades organizacionais da empresa;
- Evitam discussões e equívocos;
- Possibilitam treinamentos aos novos e antigos funcionários da empresa;
- Representam um efetivo instrumento de consulta, orientação e treinamento na empresa;
- Representam uma restrição para a improvisação; e
- Representam um elemento importante de revisão e avaliação objetivas das práticas e dos processos institucionalizados;
- Para o desenvolvimento das atividades administrativas e financeiras serão utilizadas rotinas e soluções tecnológicas que permitam controlar resultados e indicadores, além de observar preceitos legais vigentes aos quais essas atividades estejam sujeitas.
- As atividades e de centralização administrativa, como processo licitatório, elaboração de contratos, controle de pagamento, elaboração da prestação de contas, contas a pagar e etc., será efetivado por equipe da FENIX cabendo a coordenação administrativa munir a documentação necessária para o mesmo.

Princípios Fundamentais

- Planejamento
- Organização
- Direção

- Controle

Planejamento

Conceito: O Planeamento irá determinar, antecipadamente, o que se deve fazer, como fazer, com que meios e quais objetivos devem ser alcançados.

Tipos e níveis de planejamento: Estratégico, Tático e Operacional

⇒ Estratégico – voltado para o estudo de alternativas e escolha de caminhos, de responsabilidade da alta administração, mas que gera reflexos em todos os níveis da instituição.

Palavras-Chaves em Planejamento Estratégico

	Cenários		Ameaças
	Mudanças		Pontos Fortes
	Valores		Pontos Fracos
	Missão		Fatores Críticos
	Visão		Objetivos e Metas
	Oportunidades		Estratégias

⇒ Táctico – O planejamento tático busca otimizar os resultados de determinadas áreas da organização, e se coloca com nível intermediário do planejamento, ou seja, entre o institucional que é o estratégico e o operacional.

Adapta-se às restrições do orçamento e às restrições de tempos para execução.

⇒ Operacional – Abrange projetos a serem executados no curto prazo. Envolve um ou apenas algumas áreas da instituição, e refere--se a planos para obtenção de resultados considerados muito importantes. Normalmente refere--se ao planeamento de ações que envolvem contato com o público, com o cliente, e com o mercado.

No planeamento operacional são definidas as atividades que devem ser executadas e quais os recursos necessários para execução das atividades.

Concluindo, o instrumento norteador das ações a serem desenvolvidas para a execução de um planejamento, denomina-se PLANO, sendo ele que detalha um processo de planejamento e a programação das ações e atividades necessárias para a sua realização.

Organização

Conceito: É uma função administrativa através da qual a empresa reúne e integra os seus recursos, define a estrutura de órgãos que deverão administrar, estabelecendo a divisão de trabalho através e proporciona os meios de autoridade e de responsabilidade. A organização coloca em prática o planejamento, o controle e a avaliação para atingir os objetivos.

Fatores norteadores

a) Estratégia;
b) Tecnologia;
c) Ambiente.

⇒ Estratégia: Na maioria das vezes quando ocorrem mudanças na estratégia de atuação é preciso rever a sua estrutura, ou seja, a premissa é que a estrutura é em função da estratégia.

⇒ Tecnologia: O tipo de atividade e a tecnologia utilizada são fatores importantes na determinação da estrutura organizacional de uma empresa.

Na maioria das situações, estruturas achatadas são aconselháveis para atividades únicas, porque facilitam o processo de comunicação. Estruturas com um número maior de níveis são recomendáveis para atividades com tecnologia mais complexa, onde as unidades de planejamento e controle precisam funcionar separadas das unidades operacionais.

⇒ Ambiente: Quanto mais estável e previsível for o ambiente mais fácil se torna organizar uma empresa. Quanto mais instável e imprevisível for o ambiente, maior a importância de estruturar a empresa em bases flexíveis.

Princípios básicos de organização

A organização administrativa baseia-se em:

1. Princípio da Especialização.
2. Princípio da Definição Funcional.
3. Princípio da Paridade entre Autoridade e Responsabilidade.
4. Princípio Escalar ou Hierárquico.
5. Princípio das Funções de Linha e de Staff (Apoio).

1. Princípio da Especialização: A organização deverá fundamentar na divisão do trabalho, o que requer a especialização e a habilitação das pessoas em determinadas atividades.

2. Princípio da Definição Funcional**:** As instituições geralmente têm organograma, descrição de cargos e manual de organização para formalizar o princípio da definição funcional. É importante deixar clara a posição de cada pessoa ou órgão na estrutura organizacional da instituição.

3. Princípio da paridade entre Autoridade e Responsabilidade: A autoridade é o poder de dar ordens (orientar) e o direito de exigir do subordinado o cumprimento das ordens (orientações) A responsabilidade é o dever de prestar contas ao superior hierárquico, ao cliente e à sociedade. "*Essa equivalência é necessária para evitar que algumas pessoas tenham excessiva responsabilidade sem a necessária autoridade*

4. Princípio Escalar ou Hierárquico: Este princípio é decorrente do princípio anterior, e pode ser entendido que cada pessoa deve saber exatamente a quem prestar contas e sobre quem possui autoridade.

5. Princípio das Funções de Linha e de Staff (apoio): As funções de linha estão diretamente ligadas aos objetivos principais da empresa. As funções de staff são aquelas que não se encontram diretamente ligadas aos objetivos.

Componentes da organização

TAREFAS	PESSOAS	ÓRGÃOS
•Determina a divisão do trabalho, gerando a especialização de atividades e de funções.	•Compreende o número de pessoas utilizadas na instituição (habilidades e aptidões)	•O trabalho e as pessoas são agrupados em órgãos. Os órgãos são dispostos em níveis hierárquicos

Níveis hierárquicos --- Papéis e Competências de Gestão

Uma estrutura de autoridade para dirigir as atividades individuais e das equipes de colaboradores asseguram o desenvolvimento de uma empresa. E o processo de elaboração dessa estrutura denomina-se hierarquização.

A hierarquização estabelece uma estrutura que detalha as posições hierárquicas responsáveis pelas atividades, e quais são as regras de relação ou de subordinação que precisam ser respeitadas. As soluções para estabelecer os níveis hierárquicos, os papéis e as competências dos gerentes e demais ocupantes de cargos de comando, podem ser simplificados em três diretrizes:

a) Cadeia de comando;
b) Unidade de comando;
c) Amplitude de controlo.

Cadeia de comando: É o conjunto contínuo e interligado de comunicação que se espalha pela empresa do mais alto escalão até a área operacional. A cadeia de comando pressupõe que na maioria das vezes as atividades dos subordinados seguem o direcionamento estabelecido pelos seus superiores imediatos.

Unidade de comando: O conceito de unidade de comando estabelece que cada colaborador reporta a apenas um superior imediato.

Amplitude de controle: O conceito de amplitude de controle se refere à determinação do número de pessoas que podem ser supervisionadas por um superior

hierárquico.

Direção

Conceito

É a função administrativa que conduz e coordena pessoas na execução das atividades planeadas e organizadas. A Direção é considerada a mais importante das funções administrativas. Envolve conceitos de comunicação, motivação, uso da autoridade e poder.

Para dirigir uma equipe o diretor precisa saber dar ordens ou instruções, comunicar, motivar, liderar e coordenar as atividades dos diversos subordinados. A direção pressupõe tomada de decisões de forma recorrente. Importando, portanto, explanar sobre o processo de decisão que os diretores devem seguir no exercício das suas funções:

Atribuições da Direção:

- Identificar a existência de um problema ou de uma oportunidade;
- Estudar e definir as alternativas possíveis para aproveitar as oportunidades ou solucionar problemas;
- Avaliar a relação custo/benefício económico, político e social de cada alternativa possível;
- Implementar a alternativa mais apropriada;
- Acompanhar e controlar a sua execução, mediante correções necessárias;
- Avaliar os resultados alcançados para obter informações que alimentem novos processos de decisão.

Princípios básicos de direção

1. Princípio da unidade de comando

2. Princípio da delegação
3. Princípio da amplitude de controlo
4. Princípio da coordenação

1. Princípio da unidade de comando: Cada colaborador deve estar subordinado a um e apenas um superior. A recíproca deste princípio é: deve haver uma autoridade única sobre cada pessoa na instituição, para evitar a duplicidade de ordens;
2. Princípio da delegação: É preciso que todas as atividades necessárias à realização dos objetivos empresariais sejam delegadas a um nível que possa executar adequadamente. A delegação significa a designação de tarefas, a transferência de autoridade e a exigência de responsabilidade pela execução daquelas tarefas.
3. Princípio da amplitude de controle: Refere---se ao número ideal de subordinados que cada chefe pode supervisionar diretamente. Cada Chefe deve ter um número adequado de subordinados para poder supervisionar de forma eficaz.
4. Princípio da coordenação: Todas as atividades devem ser coordenadas e integradas tendo em vista um objetivo comum.

Controle

Conceito

Consiste em medir e corrigir o desempenho de colaboradores para assegurar que os objetivos da empresa e os planos delineados sejam realizados.

A essência do Controlo é a “Ação Corretiva”, que consiste na tomada de decisões no sentido de corrigir os possíveis desvios ocorridos, assim, controlar é estabelecer uma comparação entre o que foi planeado e o que efetivamente está a ser ou foi executado.

Fases do controle: São cíclicas e não se esgotam com a simples correção dos desvios ocorridos. Devem ser utilizadas frequentemente e de forma sistematizada.

⇒ Fixação de padrões de desempenho: Os padrões podem ser expressos em tempo, valor monetário, unidades físicas, entre outros;

⇒ Observação do desempenho: Para um melhor controle do desempenho é importante comparar com desempenhos anteriores ou com estudos de desempenho realizados em outras instituições;

⇒ Comparação do desempenho atual com o desejado: Localizam---se as variações, erros ou desvios, e se projetam nos resultados futuros. A comparação é feita através de inspeção visual, dispositivos mecânicos, questionários, sistemas informatizados, gráficos, relatórios e mapas.

⇒ Ação corretiva: É a essência do Controle, permite corrigir efetivamente os erros ou desvios ocorridos.

Princípios básicos de controle:

1. Princípio do objetivo: Controle deve contribuir para o alcance dos objetivos através da indicação dos erros ou falhas a tempo de permitir ação corretiva eficaz. O controle deve propor correções para que não haja desvios em relação aos objetivos;
2. Princípio da definição dos padrões: O Controle deve basear-se em padrões bem definidos. Geralmente, os padrões são definidos no Planejamento, (portanto antes da execução dos trabalhos) e devem servir de critério (parâmetro) para o futuro desempenho;
3. Princípio da ação corretiva: O Controle só se justifica quando gera ação corretiva sobre os desvios ou falhas apontadas;
4. Princípio da exceção: O controle deve se concentrar sobre as situações excecionais, isto é, sobre os desvios mais importantes e não sobre as situações normais.

15.13.1.1. Contratação e Avaliação de Desempenho

A contratação do pessoal é o processo de ingresso de pessoal dentro de uma organização que geralmente começa com o processo de recrutamento através de anúncio de vagas existentes na empresa.

Regras básicas

⇒ Definir a vaga;

⇒ Definir o perfil do candidato;

⇒ Estabelecer a descrição de tarefas;

⇒ Estabelecer a remuneração, local de função incentivos e a hierarquia.

Avaliação do desempenho é uma técnica que auxilia a empresa a ter uma visão mais objetiva do desempenho e do potencial de cada funcionário. É uma prática que permite avaliar e mensurar, de modo objetivo e sistematizado, como cada funcionário desempenha o seu papel, se está ou não a corresponder com o que se espera que seja realizado na sua função.

Métodos de Avaliação de Desempenho

São três os métodos de avaliação de desempenho mais utilizados:

- Avaliação Direta (funcionário avaliado pelo superior hierárquico);
- Avaliação Conjunta (funcionário e superior hierárquico avaliam em conjunto);
- Auto avaliação (feito pelo próprio funcionário.

15.13.1.2. Normas para Aquisição de Materiais

FENIX DO BRASIL SAUDE – GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE CNPJ 64.029.101/0001-78 REGULAMENTO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS.

A Lei nº 8666/93, é a lei que regulamenta o artigo 37, inciso XXI da Constituição Federal instituindo normas para licitação e contratos da Administração Pública e, logo em seu artigo 3º apresenta três finalidades básicas de qualquer licitação e também alguns princípios específicos, quais sejam:

1. **Princípio da vinculação** ao instrumento convocatório, ou seja, tanto a Administração quanto os licitantes devem obedecer às regras do edital, logo, o edital é considerado lei entre as partes e, como não poderia deixar de ser, está sujeito ao controle de legalidade.

2. **Julgamento objetivo**: o julgamento das propostas do licitante deve-se pautar em seus aspectos objetivos sob pena de ilegalidade, em outras palavras, coíbe práticas de indicação e pré-selecionados.

3. Manutenção do equilíbrio econômico financeiro do contrato: nos contratos administrativos deve-se sempre priorizar o equilíbrio entre as partes contratantes a fim de coibir desigualdades, porém, interessante notar que o § 2º do artigo 3º da Lei nº 8666/93 prevê expressa autorização para o tratamento desigualitário no caso de empate entre licitantes, garantindo-se a preferência aos bens e serviços produzidos no Brasil, produzidos ou prestados por empresa brasileira e, os produzidos ou prestados por empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País, sendo que, se nenhum desses critérios for o suficiente para o desempate, então este se dará por meio de sorteio nos termos do artigo 42, § 2º, garantindo-se a sessão pública ou através da margem de preferência nos termos do artigo 3º, § 5º a 12, devendo, ambas as possibilidades, estarem previstas no edital sob pena de nulidade.

4. As aquisições obedecerão ao estabelecido no Regulamento de Compras de Bens e Materiais e Contratações de Serviços e Obras.

✓ Considerando que o Departamento de Suprimentos tem por finalidade tornar possível o contínuo abastecimento dos materiais, medicamentos e contratação de Serviços e Obras necessários e capazes de atender a demanda da unidade administrada pela OSS;

✓ Considerando que o Departamento de Suprimentos deve cuidar de todos os problemas relacionados a materiais, medicamentos e contratação de Serviços ⎫ e Obras necessários e capazes de atender a demanda da unidade,

zelando e controlando, para garantir quantidade, qualidade no abastecimento e padrão no atendimento.

- ✓ Considerando que a Gestão eficaz do Departamento de Suprimentos, resolve grande parte dos problemas administrativos qualitativos, operacionais e financeiros dos serviços executados;
- ✓ Considerando que os materiais, medicamentos e serviços devem ser adquiridos a um bom preço, em quantidade e qualidade, respeitando aos padrões pré-estabelecidos pelos Serviços solicitantes;
- ✓ Considerando que se faz necessário estabelecer um prazo de entrega compatível com as necessidades do serviço e posteriormente, estocado seguindo-se as normas técnicas específicas.
- ✓ E, por fim, considerando a necessidade de sistematizar e padronizar procedimentos adotados para aquisição de materiais e medicamentos e contratação de serviços e obras. O regulamento aplica-se especialmente para aquisição de materiais e para a contratação de obras e serviços da

O regulamento estabelece regras e procedimentos para a seleção da proposta mais vantajosa, mediante julgamento objetivo, que será realizada em conformidade com os princípios de impessoalidade, moralidade, probidade, economicidade e eficiência.

As compras e contratações serão centralizadas no Setor Técnico/Operacional, com responsabilidade direta do Diretor Técnico/Operacional e subordinado à Diretoria Executiva que para fins deste Regulamento, entende-se por:

Compras – toda a aquisição remunerada de bens de consumo, materiais, serviços ou obras para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir a entidade com os materiais e serviços necessários ao desenvolvimento de suas atividades, programas e eventos;

Coleta de preços – modalidade de seleção de fornecedores na qual será admitida a participação de qualquer interessado que cumpra as exigências estabelecidas na Solicitação de Compra;

Proposta da Solicitação de Compras – instrução emitida pelo setor competente dirigido para o Departamento Técnico/Operacional, contendo:

I. Identificação do Programa/Projeto/Evento para o qual se destinará o material ou serviço;

II. Descrição detalhada do bem ou serviço a ser adquirido;

III. Especificações técnicas (Memorial Descritivo) do bem ou serviço com as quantidades a serem adquiridas;

IV. Regime da Compra: normal ou urgente.

Solicitação de compras - estabelece as especificações da aquisição e as regras necessárias, incluindo as condições, como prazo limite para recebimento das propostas e as condições de pagamento.

Dispensa de seleção – é a forma de aquisição que dispensa a coleta de preços e da apresentação da proposta, inclusive dentro de limite de valores estabelecidos.

Convite – é a forma de aquisição que é enviado solicitação de proposta, no mínimo de 3 (três) fornecedores na modalidade pertinente, cadastrados ou não.

Contrato/Pedido de Compra – instrumento particular firmado entre a OSS e o fornecedor, estabelecendo as condições de fornecimento de materiais, obras e serviços, emitido por meio magnético ou formulário.

Fornecedores – empresas ou autônomos fornecedores de materiais, obras ou serviços.

Material – designação genérica de equipamento, acessórios, bens móveis, mercadorias e outros itens que não se enquadram como serviços e obras.

Obra – trabalho necessário, segundo determinações de projeto com as normas adequadas destinadas à construção, reformas, recuperação, ampliação, direta e indiretamente, necessários à execução dos projetos.

Serviço – designação genérica das atividades destinada à obtenção de utilidade, classificada em técnica, profissional ou auxiliar, com alocação de mão de obra ou não, seja da atividade meio ou fim OSS,

A seleção de fornecedores será realizada nas seguintes modalidades:

Dispensa de processo de seleção,
Pedido de Cotação (Carta Convite)
Coleta de Preços.

As modalidades referidas nos itens 1, 2 e 3 acima serão determinadas em função do valor estimado de cada compra, a saber:

1. Dispensa do Processo de Seleção: quando o valor for inferior a R$5.000,00 (cinco mil) para bens e materiais e R$8.000,00 (oito mil) para a contratação de serviços e obras;

2. Pedido de Cotação: quando o valor for inferior a R$70.000,00 (setenta mil reais) para bens e materiais e R$120.000,00 (cento e vinte mil reais) para a contratação de serviços e obras;

3. Coleta de Preços: quando o valor for superior a R$70.001,00 (setenta mil e um real) para bens e materiais e R$120.001,00 (cento e vinte mil e um real) para a contratação de serviços e obras.

Para qualquer das modalidades previstas neste regulamento somente poderão participar da Seleção de Fornecedores as empresas legalmente constituídas:

⇒ Exceto os casos previstos neste regulamento, as compras ou contratações em que houver dispensa do processo de seleção com base no valor, enseja a realização de cotação entre, pelo menos, 3 (três) fornecedores, a fim de assegurar que os valores estejam de acordo com o preço de mercado, cujas cotações poderão

ser através de telefone, fax, e-mail ou qualquer meio escrito ou eletrônico;

⇒ As cotações de que trata os itens 2 e 3 deverão ser realizadas entre, no mínimo, 3 (três) fornecedores, através de meio escrito, fax, e-mail ou por meio eletrônico;

⇒ Independente dos limites estabelecidos para a formalização da aquisição faculta-se a adoção da Coleta de Preços em função de qualquer valor;

⇒ Para as compra de pequeno valor a aquisição de bens, materiais ou serviços adquiridos de valor até R$500,00 (quinhentos reais), que deverá estar comprovado através de nota fiscal, nota fiscal/fatura, nota fiscal ao consumidor ou comprovante hábil nominal a Entidade e identificado o Centro de Custo, juntamente com a Autorização de Pagamento;

⇒ As despesas ordinárias com serviços gerais, tais como xerox, motoboy, fornecedores de galões de água, dentre outras, serão cotadas periodicamente para certificação de que os valores pagos estão de acordo com o preço de mercado; ⇒ As despesas relativas a produtos não duráveis, de uso regular da entidade, tais como: produtos de limpeza, gêneros alimentícios perecíveis estão dispensados de qualquer cotação e serão realizadas com base no preço do dia;

⇒ Nas hipóteses de compras previstas neste artigo, além dos procedimentos previstos fica dispensada qualquer formalidade do processo de cotação e seleção de fornecedores.

Parte do Regimento Geral do Instituição que cabe a Administração

Capítulo IV
Das Atividades Administrativas

Seção I
Da Presidência

Art.13º. Compete ao Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da CPMMH;

II. Assinar todos os documentos oficiais da CPMMH;

III. Assessorar a Superintendência, quando solicitado;

IV. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;

V. Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;

VI. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;

VII. Informar a unidade de compras as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos;

VIII. Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnico a unidade de licitação;

IX. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;

X. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);

XI. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

XII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas;

XIII. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados para que a mesma seja divulgada e utilizados no Setor de Suprimentos;

XIV. Elaborar Relatório Anual de Atividades da CPMMH;

XV. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Superintendência.

SEÇÃO II

Da Vice-Presidência

Art.14º. Compete ao Vice-Presidente da CPMMH representar e desenvolver as atividades do Presidente, quando este estiver ausente.

Seção III
Do Secretário

Art.15º. Compete ao Secretário:

I. Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;

II. Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos de Materiais Médico-Hospitalares e elaborar as respectivas atas;

III. Enviar ao Núcleo de Comissões Hospitalares as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação;

IV. Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos;

V. Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;

VI. Encaminhar e receber documentos;

VII. Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;

VIII. Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;

IX. Desempenhar tarefas afins;

X. Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da CPMMH para a Núcleo de Comissões Hospitalares e para os Membros da Comissão;

XI. Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

Seção IV
Dos Membros

Art.16º. Compete aos Membros da CPMMH:

I. Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;

II. Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;

III. Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;

IV. Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;

V. Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;

VI. No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição;

VII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

Seção V
Das Câmaras Técnicas

Art.17º. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da CPMMH designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art.18º. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.19º. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na “Ficha de Parecer Técnico” para avaliação e análise dos Produtos;

II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam

rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Seção VI
Das habilidades dos integrantes

Art.20º. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

I. Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios tais como: eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;

II. Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;

III. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

IV. Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

Capítulo V
Das Reuniões

Art.21º. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata (elaborada pelo

secretário) com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art.22º. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Art.23º. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envioao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o “quórum” presente de metade mais um de seus membros.

Art.24º. Só ocorrerá a reunião da CPMMH com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art.25º. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art.26º. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Art.27º. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art.28º. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com

justificativa.

Art.29º. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art.30º. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art.31º. Caso as recomendações e pareceres da CPMMH não sejam aceitas para a homologação final da Superintendência, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art.32º. Enquanto pertencer à CPMMH, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.33º. O encaminhamento das reuniões da CPMMH obedecerá a seguinte rotina:

Art.34º. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

Art.35º. Revisão das demandas pendentes;

Art.36º. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;

Art.37º. Sugestão de pauta da próxima reunião.

Seção II

Do Expediente e atas das reuniões da CPMMH

Art.38º. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;

Art.39º. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;

Art.40º. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);

Art.41º. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art.42º. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

Capítulo VI

Termo de Referência para Contratação de Terceiros - Dos Serviços Técnico-

Profissionais Especializados:

Art. 18 – Para fins do presente Regulamento considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da FENIX, por meio de processo de terceirização, tais como: conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro, consultoria, assessoria, hospedagem, alimentação, serviços técnicos especializados, produção de eventos esportivos, serviços gráficos, bem como obras civis, englobando construção, reforma, recuperação ou ampliação.

Art. 19 – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

I. estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
II. pareceres, perícias e avaliações em geral;
III. assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias;
IV. fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
V. patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
VI. treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
VII. prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
VIII. informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
IX. área que envolve as atividades específicas (esportiva) de atuação do IRN (pesquisa, ação educativa, palestrantes, entre outros).

Art. 20 – A contratação de serviços técnicos profissionais especializados de pessoa jurídica ou deverá ser precedida de comprovação de regularidade de constituição da empresa e sua regularidade fiscal e será comprovada pela apresentação dos seguintes documentos:

I. contrato social registrado
II. cópia do CNPJ
III. certidões negativas:
a) municipais
b) estaduais
c) federais

§ 1º - Se necessários à completa avaliação do fornecedor, a critério da Diretoria, outros documentos poderão ser exigidos.

Art. 21 – A Diretoria deverá selecionar criteriosamente o prestador de serviços técnico profissionais especializados, que deverá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Disposições Finais:

Art. 22 – As despesas ordinárias com serviços gerais, tais como: cópias, motoboy, galões de água, dentre outras, desde que não seja um fornecedor regular, não se submetem as regras de compras e contratações, no entanto, serão cotadas periodicamente para certificação de que os valores pagos estão de acordo com o preço de mercado.

Art. 23 – As despesas de produtos não duráveis, de uso regular da entidade, tais como: produtos de limpeza, gêneros alimentícios perecíveis estão dispensadas de cotação e serão realizadas com base no preço do dia.

Art. 24 – As seguintes hipóteses também dispensam cotação:

a) compra ou locação de bens imóveis destinados ao uso próprio;

b) celebração de parcerias, convênios e/ou termos de cooperação, desde que formalizados por escrito;

c) operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão; e

d) aquisição de equipamentos e componentes cujas características técnicas sejam específicas em relação aos objetivos a serem alcançados.

Parágrafo único: A dispensa da cotação deve ser previamente fundamentada por escrito e ser autorizada pela Diretoria da FENIX**.**

Art. 25 – Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais de administração.

Art. 26- Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e

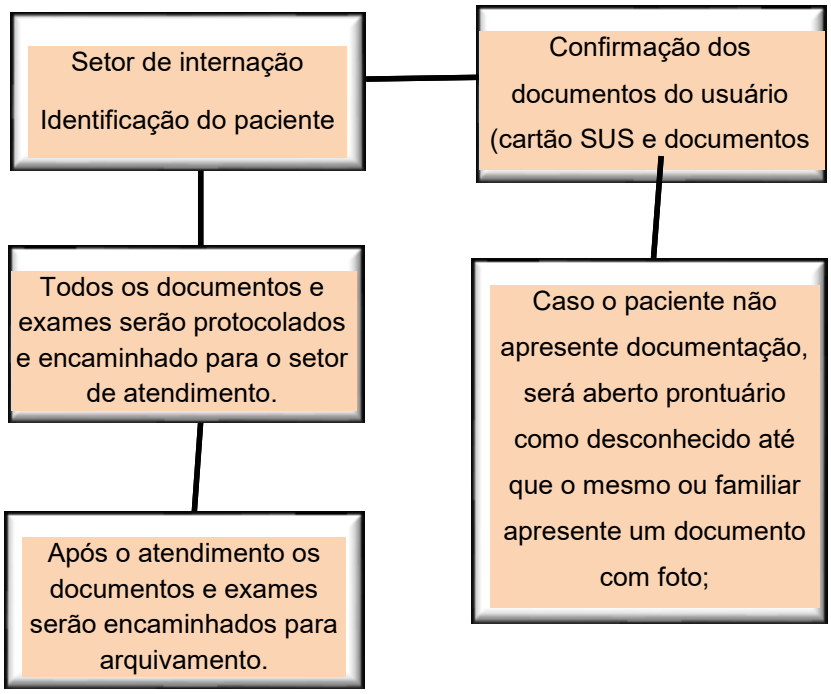
atualizados pela Diretoria, se e quando necessário.

Art. 27 – O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da aprovação do Conselho de Administração.

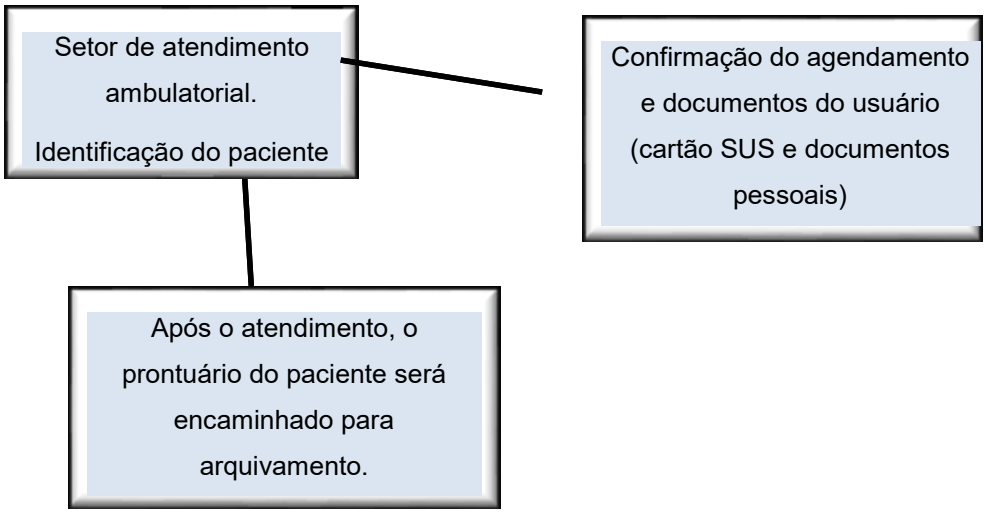
15.13.1.3. Fluxo Operacional de Registro de Documentos de Usuário e Administrativo

O registro do usuário e administrativo se dará por conta da internação, atendimento ambulatorial ou atendimento de emergência conforme os fluxos.

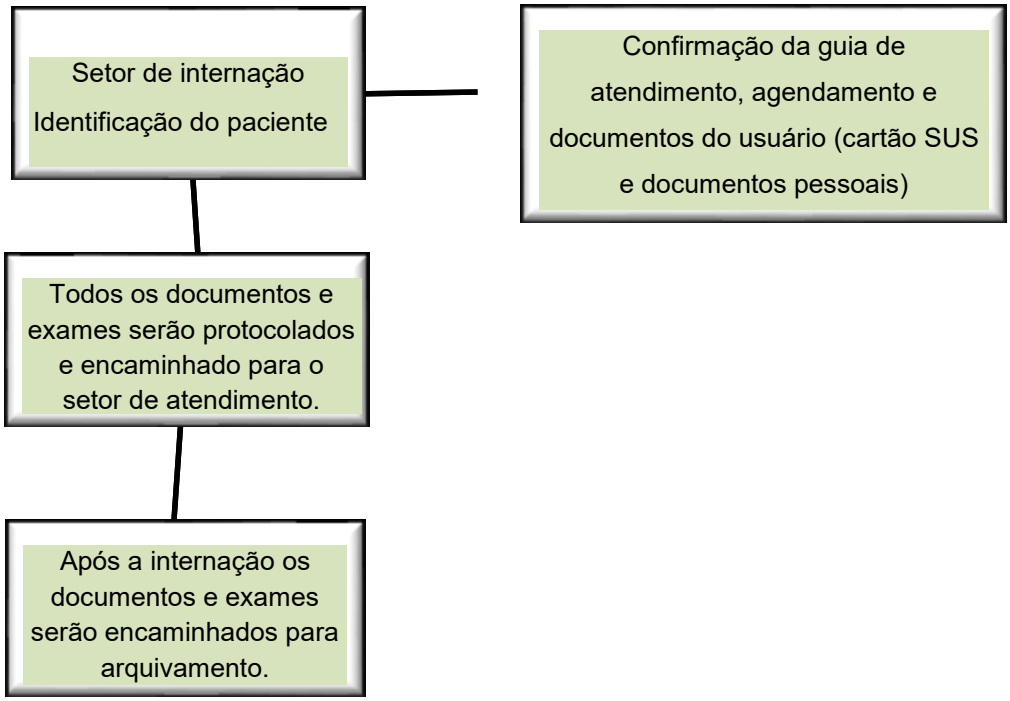
Registro de documentos para atendimento de urgência/emergência



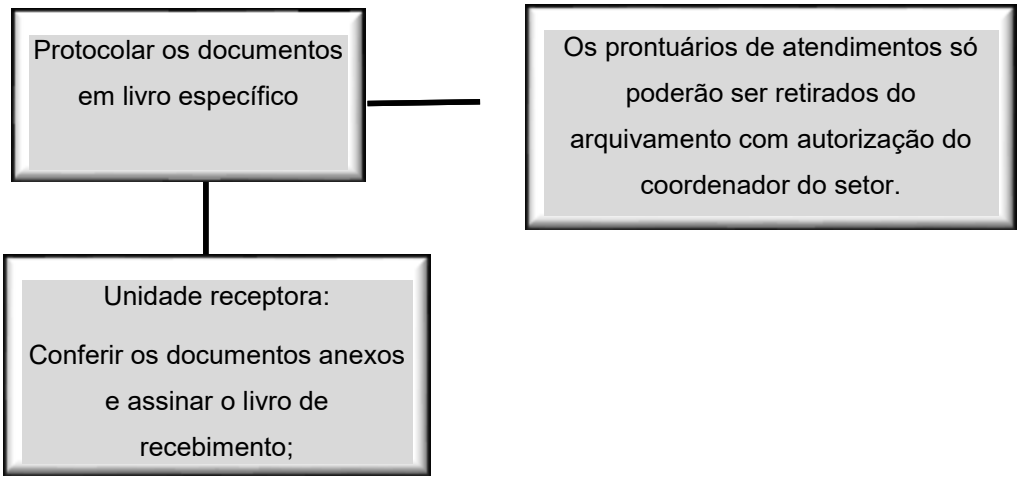
Registro de documentos para atendimento ambulatorial



Registro de documentos para atendimento eletivo



Registro de documentos administrativos



15.13.1.3.1 Documentos

Prontuário Médico

O prontuário do paciente deve ser único para cada indivíduo em cada unidade de atendimento, reunindo registros dos atendimentos realizados, ambulatorial de emergência e de internação. Esses registros devem ser organizados de forma a garantir o pronto acesso às informações e, por esse motivo, recomenda-se e o uso de formulários padronizados que contenham em destaque a identificação do paciente (nome e número) e a identificação do documento (no sistema de informatização).

Os documentos são arquivados na pasta em ordem cronológica inversa, ficando os mais recentes em evidência.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, devem fazer parte do prontuário pelo menos os seguintes itens: identificação do paciente (nome, data de nascimento, nome da mãe, sexo, naturalidade, endereço); anamnese e exame físico, exames complementares, hipóteses diagnósticas, diagnósticos definitivos e tratamento efetuado; evolução diária, discriminação de todos os procedimentos realizados e identificação dos profissionais responsáveis.

Diversas formas de organizar o conteúdo do prontuário podem ser adotadas, de acordo com as características de atendimento de cada unidade e com as diretrizes da Secretaria de Saúde Municipal.

Dados de identificação: são informações cadastrais necessárias para comunicação da PS com seus pacientes, familiares ou responsáveis bem como para a elaboração de trabalhos científicos e levantamentos epidemiológicos de sua clientela.

Esses dados são colhidos por pessoal administrativo da PS, cabendo aos profissionais da equipe alertar o SAME no caso de verificação de erros ou incorreções nessas informações, os prontuários só poderão ser retirados da unidade quando solicitado pelo médico do paciente ou pelo próprio paciente e ou seu familiar responsável por meio de pedido judicial, isto é para se manter o zelo e a privacidade médico/paciente.

Lista de problemas: é uma síntese dos problemas atuais e ativos ou passados do paciente e destina-se a fornecer uma visão geral da situação clínica do paciente e permitir a integração da equipe multidisciplinar. Deve ser elaborada em ordem

numérica crescente e com o menor grau de abstração possível. Podem ser incluídos na lista: sinais ou sintomas, diagnósticos, perturbações fisiológicas, emocionais, síndromes, achados morfológicos e sinais ou anormalidades laboratoriais.

O Serviço de Arquivo de Fichas de Atendimento/ Prontuários Médicos é o responsável por organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda de prontuários médicos, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário. É também responsável pela elaboração dos indicadores estatísticos no âmbito técnico e de produção/produtividade, visando à avaliação da demanda e do desempenho das unidades de saúde.

O prontuário médico, ou arquivo médico seja ele eletrônico ou não é o documento que retrata a relação médico-paciente e a unidade de saúde é o seu fiel depositário. É um documento protegido pelo sigilo profissional, assim previsto no Código de Deontologia Médica, aprovado pelo Conselho Federal de Medicina em janeiro em 1988 e equiparado a ato normativo federal, por força da Lei nº 3.268/57. A inviolabilidade do segredo profissional é prevista também no art. 154 do Código Penal.

Desta forma, todo envio de informação, que contenha dados de prontuário de paciente, será direcionada de acordo com o que estabelece a legislação em vigor, monitorado através de sistema informatizado, em parâmetros que respeitem a LGPD.

A periodicidade de envio das informações será definida pela Secretaria de Saúde Municipal, com o devido envio das informações por meio eletrônico compatível para incorporação nos Sistemas de Faturamento do Governo.

O ramo da saúde é um espaço muito amplo para o trabalho em diversas áreas, considerando vários segmentos onde um profissional pode adquirir emprego. Além de promover o bem estar humano, o profissional da área da saúde colabora com a vida, sendo um aliado ideal ao público que busca por respostas aos seus problemas.

Entre diversas áreas do ramo da saúde, a administração também é essencial para garantir a organização e a ordem no trabalho de grandes unidades hospitalares, pronto socorros, UPAS, Pronto atendimentos, clínicas de especialidade e redes de saúde regionais. O trabalho de um administrador hospitalar, por exemplo, envolve tanto a garantia do bem estar de seus pacientes como o bem estar dos funcionários, organizando o trabalho e gerenciando determinado espaço em prol do serviço da equipe.

O serviço de administração é o responsável por planejar, organizar e

gerenciar a unidade pública. Toda essa responsabilidade cerca tanto o bem estar dos pacientes quanto os cuidados com a infraestrutura do espaço físico, definindo o melhor uso para aquele local, além de garantir o cumprimento das normas, definir produções e organizar a parte de Recursos Humano.

Funções do Administrador

Seu trabalho envolve definir o número de médicos, enfermeiros e especialidades que aquele local deverá atender, compreendendo as necessidades do ambiente e a eficiência dos funcionários. O administrador também planeja a manutenção preventiva de equipamentos médicos, controla o estoque de materiais, organiza a limpeza e direciona o destino de resíduos hospitalares, garantindo que o ambiente se mantenha extremamente organizado e higienizado, livre de qualquer transtorno que possa comprometer a segurança e o bem estar dos pacientes que ali surgem.

Missão da função: Assegurar a obtenção dos resultados definidos nos planos operacionais e administrativos, em conformidade com a missão da instituição, seus princípios e filosofia dentro das diretrizes estratégicas e operacionais estabelecidas, por meio da coordenação geral de todas as áreas da Unidade de Pronto Atendimento. Administrar, planejar, organizar, dirigir e apoiar as atividades das outras coordenações dentro das normas contratuais, políticas estabelecidas pelo INCS e das normas legais. Principais responsabilidades:

- Conhecer e divulgar a missão, visão, valores e políticas internas da Unidade de Pronto Atendimento;
- Conduzir a elaboração e implementação dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade em conjunto com as demais coordenações assegurando a segurança do paciente.
- Definir as políticas e objetivos específicos de cada área, coordenando a execução dos respectivos planos de ação, facilitando e integrando o trabalho das equipes, visando a otimizar os esforços para a consecução dos objetivos da instituição;

- Cumprir e fazer cumprir os regimentos internos;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da Unidade de Pronto Atendimento;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores da instituição;
- Organizar e planejar a entrega dos relatórios de metas contratuais;
- Conduzir os processos de mudanças na cultura da organização, visando conquistar o engajamento de todos os seus integrantes e garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca da qualidade e altos padrões de desempenhos individual e coletivo;
- Acompanhar a elaboração e controle de documentos e relatórios para prestação de contas, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos em contrato e normas administrativas;
- Manter em dia os registros, licenças e alvarás dos serviços que exigirem essa providência;
- Receber e analisar os contratos de prestação de serviços com terceiros, submetendo-os à apreciação e aprovação do setor jurídico quando for o caso;
- Autorizar a contratação, desligamento e realocação de colaboradores;
- Participar das reuniões do corpo clínico e outros profissionais discutindo a qualidade da assistência, as necessidades dos serviços e os programas de melhoria do desempenho profissional de cada serviço;
- Representar a Unidade de Pronto Atendimento perante a comunidade e suas lideranças, sempre que solicitado pela Secretaria Municipal de Saúde expondo e debatendo, com elas a assistência prestada.
- Promover, orientar, incentivar e apoiar atividades de ensino e pesquisa bem como participação no programa de educação permanente da instituição;
- Incentivar o trabalho em equipe visando a harmonia, ética e cooperação no trabalho;
- Convocar e presidir reuniões periódicas com a equipe prestando esclarecimentos em relação à conduta em assuntos administrativos, educacionais e

preventivos envolvendo a diretoria médica e coordenação multidisciplinar sob sua responsabilidade;

- Apoiar e validar decisões de gestão da coordenação multidisciplinar;
- Manter constante relacionamento com os responsáveis principais dos serviços, em especial equipe médica e de enfermagem para resolução imediata dos problemas assistenciais;
- Administrar e avaliar periodicamente a performance da equipe administrativa da unidade;
- Assegurar que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança;
- Orientar a elaboração, análise e validação dos indicadores de qualidade sobre os serviços em conjunto com as demais coordenações;
- Realizar atividades administrativas relativas ao cargo como digitação de documentos, elaboração de relatórios gerenciais, pareceres, estatísticas;
- Zelar pela conduta ética geral dos profissionais, visando à integração da Comissão de Ética Médica e de Enfermagem, bem como demais áreas: administrativas, técnicas e de apoio;
- Representar a Unidade de Pronto Atendimento nos diversos órgãos públicos e governamentais;
- Cumprir a política e normas.

15.13.1.4. Faturamento

Manual de Rotinas para Faturamento de Procedimentos

Introdução

O Serviço de Faturamento tem como objetivo principal a cobrança dos procedimentos realizados por meio ambulatorial, hospitalar e internação. O controle das contas poderá proporcionar um atendimento de qualidade, o que é fundamental. O setor da saúde exige uma administração eficaz, principalmente quando se trata do faturamento.

O faturamento hospitalar é o processamento para cobrança de todos os procedimentos realizados na instituição, sejam eles em caráter ambulatorial ou hospitalar (em internação), dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais e vigentes.

O processo de faturamento hospitalar envolve três registros básicos, a saber:

- Autorização de Internação Hospitalar – AIH (para procedimentos que geram internação hospitalar);
- Boletim de Produção Ambulatorial – BPA (para procedimentos realizados em caráter ambulatorial);
- Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade – APAC (para procedimentos realizados em caráter ambulatorial que envolvem alto custo ou alta complexidade).

Os ganhos financeiros dependem de diversos setores da instituição como, por exemplo: enfermagem; farmácia; diagnóstico; laboratório; nutrição, e outros. Por este motivo, é necessária uma atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações.

Todos os setores devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento hospitalar execute plenamente suas funções.

Objetivos

O serviço de faturamento tem como objetivos:

- Expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados (guias às operadoras);
- Emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;
- Manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
- Analisar os relatórios de faturas recebidas;
- Verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;
- Providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;

- Preparar os recursos de glosas às operadoras para correção e pagamento das mesmas;
- Manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

Etapas

1ª Etapa

- Toda a produção hospitalar ambulatorial é encaminhada para o setor através dos prontuários dos pacientes após atendimento e as internações após terem alta, são registradas por meio dos códigos de procedimentos emitidos pelo Ministério da Saúde, de acordo com o perfil da unidade.
- Todos os prontuários que são encaminhados ao setor são recebidos e posteriormente organizados pelos bolsistas com o intuito de agilizarmos a regulação e posterior faturamento.

2ª Etapa

Na regulação é verificado se o procedimento solicitado está de acordo com o realizado, providenciadas as notas fiscais dos materiais passíveis de cobrança e agilizada ao SADT/ AIH:

- Quando o procedimento solicitado não está de acordo com o realizado, o prontuário fica aguardando os médicos da comissão de regulação efetuarem a mudança de procedimento;
- As AIH's e as SADTs dos procedimentos realizados são emitidas via sistemas utilizados pela Secretaria Municipal de Pindamonhangaba, com exceção dos procedimentos relacionados ao Transplante e à Captação de Órgãos, que são emitidas manualmente pela Secretaria Estadual de Saúde;
- Se houver necessidade de autorização pela Secretaria Estadual de Saúde, elabora-se um ofício de protocolo em duas vias, contendo a lista de

procedimentos, documentos ou formulários, que servirá de comprovante de entrega à Secretaria de Saúde.

- Após a regulação do prontuário, o mesmo é encaminhado para a Finanças efetuar o devido faturamento da conta hospitalar;
- O faturamento hospitalar é realizado através da digitação ou importação do conteúdo no software SISAIH01;
- O faturamento ambulatorial e realizado da digitação ou importação do sistema BPA e APAC do Ministério da Saúde.
- Concluído o faturamento, o prontuário é encaminhado para o setor de Arquivo.

3ª Etapa

Fechamento da produção hospitalar:

- O fechamento da produção hospitalar utiliza os sistemas do BPA, APAC e SISAIH01. Neste momento é realizado o fechamento das contas nos sistemas é gerado o arquivo de exportação para os sistemas distintos ao faturamento ambulatorial e hospitalar;
- Fechamento da produção e geração do arquivo nos sistemas distintos;
- Encaminhar produção para a Secretaria Municipal de Saúde.

4ª. Etapa

- Verificação e acerto das contas rejeitadas: A SMS disponibiliza por meio físico ou e-mail a “prévia” da apresentação, para viabilizar os acertos e correções necessárias para evitar as glosas.
- Acessar: Controle, Avaliação e Auditoria > Processamento SIA e SIH
- Rotina de reapresentação das contas glosadas – As contas glosadas, mencionadas no relatório “final” da apresentação, podem ser corrigidas e reapresentadas, desde que estejam no limite de quatro competências, ou seja, a atual e as três competências anteriores.

Responsabilidades

O setor de controle e análise do fluxo do ciclo de despesas tem a responsabilidade de:

- Organizar, conferir e preservar prontuários;
- Controlar e organizar assinaturas e carimbo do corpo médico;
- Acompanhar regras baseadas em formulários e indicadores padrão;
- Verificar a justificativa e a prescrição dos serviços;
- Evitar, identificar e analisar glosas e suas causas;

Fluxos – Faturamento Ambulatorial

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 no Brasil, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção. Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado.

1. No setor acolhimento e atendimento ao paciente;
2. Preenchimento da folha de faturamento;
3. Entrega da folha de produção ambulatorial ao faturamento;
4. No faturamento digitação dos procedimentos no aplicativo de captação do BPA mag.;
5. Atualização do aplicativo, consistência e exportação do arquivo de BPA;
6. Junção de todos os arquivos de BPA;
7. Consistência e exportação de um único arquivo;
8. Envio até o 3º dia útil do mês via e-mail o arquivo de produção ambulatorial à Coordenadoria Geral de Controle e Avaliação (CGCA) da Secretaria Municipal de Saúde.
9. Houve problema de importação?
10. Caso sim, faturamento ajusta e reenvia no prazo de 24 horas;

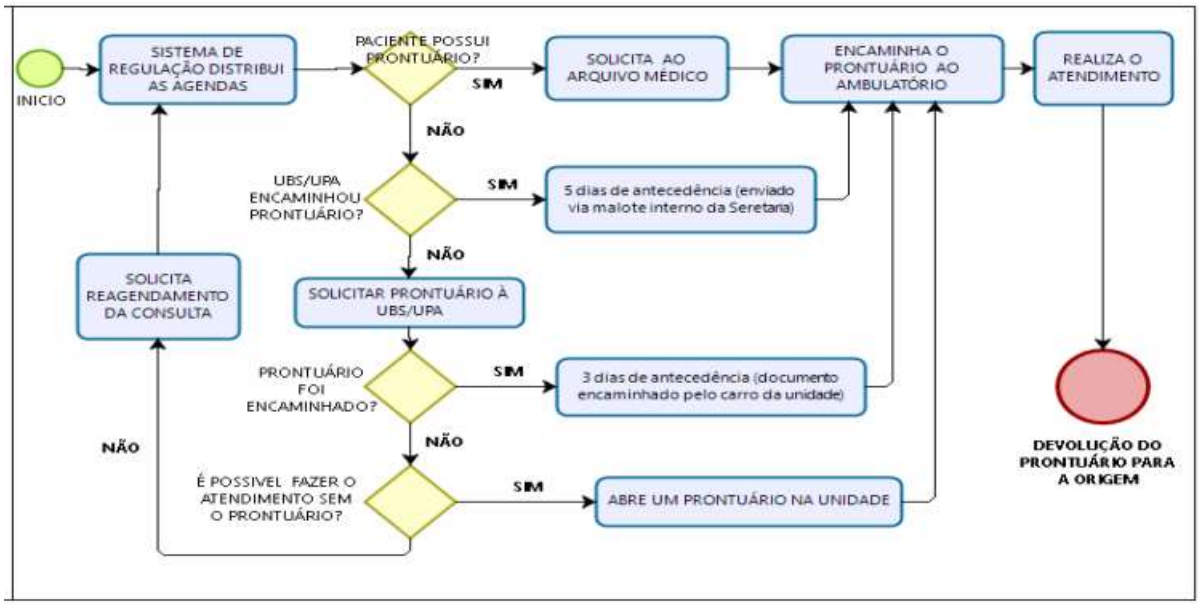
11. Caso não, acompanhar a partir da última semana do mês do relatório de glosas no site da Secretaria Municipal de Saúde;

12. Houve glosa?

13. Caso sim, treinamento da equipe de faturamento baseado no relatório de glosas. Ajuste e reapresentação da produção glosada na próxima competência;

14. Caso não, publicação e pagamento.

Fluxograma do Prontuário para ambulatório



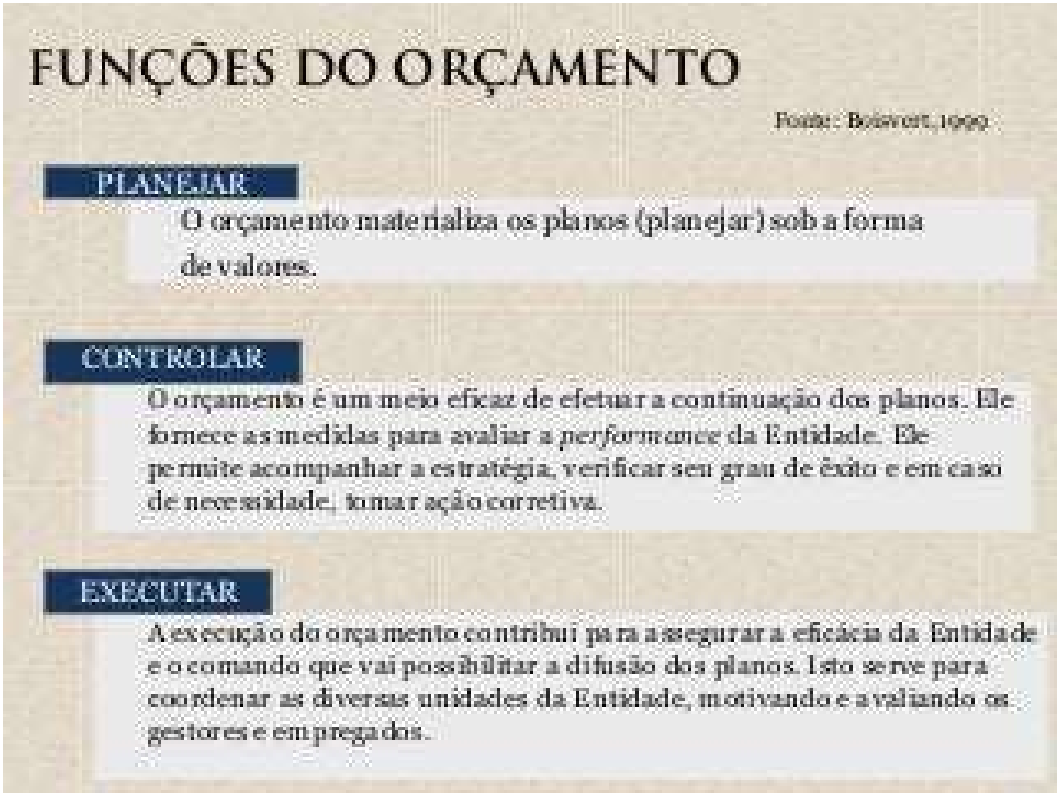
15.13.2. Financeiro – Conceito Geral

Manual de Rotinas para Administração Financeira/Gestão Financeira

As atividades desenvolvidas numa organização se traduzem em fluxos de entradas e saídas de dinheiro, os quais são necessários equilibrar-se. Na realidade, os responsáveis financeiros de uma organização cuidam para que a corrente de fluxos de caixa se mantenha sem rupturas. Assim, o processo da gestão financeira é uma atividade de planejamento, implementação e controle dos recursos.

As atividades envolvem o desembolso e /ou captação de recursos, sendo a gestão financeira fornecer informações adequadas para subsidiar as decisões

relativas à prestação de serviços à sociedade e aos colaboradores.



Orçamento: Pode ser definido, em termos amplos, como o documento financeiro formal, que fixa a execução das responsabilidades, planejamento, coordenação e controle da administração.

Prevê Receitas e determina Despesas para um período pré-fixado (geralmente um ano).

Um programa, orçamentário será sempre, útil, para qualquer organização, independentemente de seu tamanho e grau de complexidade. A habilidade de se fazer orçamentos previsão de receita e fixação de despesas, indispensável para a gestão. Precisamos exercitar, continuamente, a transformação de nossos objetivos e metas em valores financeiros.

Balancete: Permite demonstrar a situação financeira da entidade no mês bem como confrontar valores previstos com o realizado. Além disso, visa promover a correção de rumos quando necessária.

Balanço Patrimonial: É uma fotografia das características financeiras de uma entidade social. Como uma fotografia, o balanço retrata um momento específico

da instituição, fornecendo a medida financeira do estoque dos bens da entidade bem como os, direitos e obrigações. Para isso, elaborar um plano de contas de acordo com os objetivos de cada empresa, as características de seu ramo ou setor de atividade.

Todo balanço deverá, obrigatoriamente, ser assinado por Contador devidamente registrado no Conselho Regional de Contabilidade (CRC). Facultativamente, será assinado pelo Presidente e Tesoureiro. Obrigatoriamente, deverá ter o parecer do Conselho Fiscal e ser publicado em jornal de circulação.

Fluxo de Caixa: O controle financeiro de qualquer entidade social depende de um acompanhamento detalhado das entradas e saídas de dinheiro da entidade. Provavelmente, o fluxo de caixa é o. Mais importante instrumento de controle e fornece elementos para um contínuo monitoramento; das finanças da entidade.

Funciona como um sistema de alerta que antecipa, eventuais dificuldades ou desvios dos objetivos planejados.

As principais fontes de caixa normalmente são subdivididas em:

- Saldo inicial de Caixa;
- Receitas de serviços prestados;
- Contratos e convênios governamentais;
- Doações de pessoas físicas ou jurídicas;
- Receitas financeiras;
- Vendas de bens de capital;
- Empréstimos;

As saídas de caixa geralmente são:

- Despesas operacionais (salários e encargos, alimentos, medicamentos, manutenção de equipamentos, etc.)
- Compras de bens de capital;
- Pagamentos de empréstimos (juros e principal);
- Saldo final de Caixa.

Custos: Representa um instrumento cujo objetivo é proporcionar à administração informações confiáveis e oportunas, que lhe possibilitem obter maior segurança em cada processo de decisão e medir a eficiência com que as operações

vêm sendo conduzidas. Neste caso, a Contabilidade de Custos seria importante base de dados para a mensuração dos custos de atendimento.

Utiliza nomenclatura própria, em que determinados termos apresentam sentido distinto do aplicado pela economia:

– Gasto: consumo de bens ou serviços;

– Custo: gasto (de recursos) relativo aos bens ou serviços utilizados na produção de outros bens de serviços;

– Custos diretos: são os custos aplicados diretamente e classificam-se em: material direto, mão-de-obra direta;

– Custos indiretos: são os custos que necessitam de critérios de rateio para sua alocação. Classificam-se em: mão-de-obra indireta, material indireto, outros custos indiretos;

– Custos fixos: são aqueles que permanecem constantes dentro de determinada capacidade instalada, não se alteram com as modificações na quantidade produzida, isto é, independente do volume de produção, o valor permanecerá o mesmo;

– Custos variáveis: são aqueles que acompanham o crescimento do volume de produção na mesma proporção ou com a mesma intensidade;

– Custo real de produção: devem ser considerados, na apuração do custo de produção: custos diretos (ex.: materiais diretos, mão-de-obra direta) e custos indiretos.

Importante notas sobre Plano de Contas

Para instituições sem lucrativos, a correção monetária do patrimônio próprio deve ser agregada ao Plano de Contas diretamente. Além disso, no final de cada exercício, o superávit ou déficit desse mesmo exercício devem também ser levados contra ele, as doações, creditadas diretamente.

O mais correto não é ter apenas o Plano de Contas, mas o Manual de Contas. Este nada mais é do que o Plano com os comentários do uso e dos princípios de avaliação relativos a cada conta.

O grupo de contas apresentado, de compensação, é um grupo não

publicáveis más que funciona muito bem para propiciar controles à entidade. É, também, quando bem utilizado, fonte para elaboração das notas explicativas.

Quando a entidade recebe valores vultosos e de diversas fontes, cada uma delas subordinando o uso desses recursos a uma determinada finalidade, o melhor é partir para a “Contabilidade de Fundos”.

Conceitos básicos da gestão financeira

- As tarefas da função financeira
- A função financeira na prática
- Objetivos e limites da função financeira
- Papel da análise financeira na gestão
- Origem e aplicação dos recursos financeiros
- Descrição dos documentos financeiros normalmente produzidos
- Contabilização de operações

A atividade financeira de uma empresa requer acompanhamento permanente dos seus resultados, de maneira a avaliar o desempenho, bem como proceder aos ajustes e correções necessários.

Atribuições do Administrador Financeiro

- Análise de registos e informações contabilísticas;
- Projeção de movimentos de fundos;
- Aplicação de fundos excedentes;
- Fornecimento de informações aos níveis hierárquicos de topo sobre as perspectivas financeiras futuras da organização;
- Elaboração de planos para fontes e usos de fundos, a curto e a longo prazos.
- Circuito de compras e gestão património
- Gestão de tesouraria

Papel do Gestor Financeiro

– Para desenvolver a sua atividade, a empresa necessita de **ativos reais.**

Alguns são tangíveis, como os equipamentos, as instalações fabris e escritórios, outros intangíveis, como os conhecimentos tecnológicos, as marcas registadas e as patentes. Todos eles têm de ser comprados.

– O gestor financeiro se posiciona na atividade operacional da empresa e os mercados financeiros onde os investidores adquirem os ativos financeiros emitidos pela empresa.

As tarefas da função financeira

- A função financeira pode, em primeiro lugar, identificar---se com o papel do tesoureiro, ou seja, na função que consiste em efetuar os recebimentos e os pagamentos decorrentes do exercício da atividade da organização.
- As suas preocupações consistem na manutenção de um saldo de tesouraria que lhe permita assegurar o normal funcionamento da organização, na rapidez e segurança da cobrança das dívidas dos clientes e outros devedores da organização e no escalonamento adequado da liquidação dos débitos aos fornecedores.
- O gestor financeiro assume um papel muito ativo na gestão da empresa e, são lhe atribuídas algumas responsabilidades que excedem o campo restrito das decisões financeiras correntes.

A gestão financeira contemporânea engloba, assim, um conjunto de tarefas que podem sintetizar no seguinte esquema:

A gestão financeira estratégica, em certa medida, não é mais do que uma extensão da concepção tradicional da função financeira centrada sobre as fontes de financiamento, as formas de aplicação do capital, o seu planeamento e o controlo da rentabilidade do capital investido.

<table>
<tr><td colspan="4">Gestão Financeira</td></tr>
<tr><td colspan="2">Gestão financeira estratégica</td><td colspan="2">Gestão financeira corrente</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ativos não correntes</td><td>Capital próprio</td><td rowspan="3">Ativos correntes</td><td rowspan="3">Passivos correntes</td></tr>
<tr><td>Dividendos</td></tr>
<tr><td>Passivo não corrente</td></tr>
<tr><td colspan="2">Avaliação e gestão de performance</td><td colspan="2">Planejamento e controlo da gestão corrente</td></tr>
</table>

A gestão de tesouraria é como o próprio nome indica, um prolongamento das tarefas originais da função financeira – papel do tesoureiro –, em relação à qual se destaca:

– Gestão de ativos correntes: que compreende para além da gestão de caixa e equivalentes, a gestão ou controlo do crédito concedido aos clientes, controlo financeiro dos inventários de existências, etc.

– Gestão do passivo corrente: que engloba a gestão das relações financeiras com os fornecedores e restantes devedores correntes (ex. Estados e outros entes públicos)

– Outro papel importante no curto prazo é o acompanhamento e o controlo da execução orçamental, função tipicamente atribuída ao *controller*.

O documento central da gestão financeira corrente é o Orçamento de Tesouraria, que não é mais do que a tradução do orçamento global da empresa em termos de recebimentos e pagamentos previsionais, com vista ao teste do equilíbrio da tesouraria no curto prazo.

Objetivos e limites da função financeira

A teoria financeira é uma aplicação da teoria microeconomia da empresa, cujo

objetivo é tipicamente apresentado pela maximização do lucro. Acontece que o conceito de lucro não é, nem muito operacional, nem tão---pouco relevante para uma disciplina que se preocupa essencialmente com os fluxos de caixa.

Os principais objetivos:

- Obter o montante adequado para a continuidade do negócio.
- Conservar o Capital e saber obter o lucro com o uso desse Capital, para que os investimentos continuem fluindo.

Papel de análise financeira na gestão

Compete à análise financeira a apreciação crítica dos objetivos da função financeira. Deve, assim, a análise financeira concluir se uma empresa tem ou não criado valor para os seus acionistas numa análise histórica, ou numa análise previsional (exemplo do plano estratégico) se é estimada a criação de valor. Deve então explicar as razões que levam, ou levaram naquela situação, à criação ou não criação de valor.

Áreas de decisão na administração financeira:

- **Investimento:** Avaliação e escolha de alternativas de aplicação de recursos nas atividades normais da empresa. Conjunto de decisões visando dar a empresa e/ou organização a estrutura ideal em termos de ativos --- fixos e correntes --- para que os objetivos da empresa como um todo sejam atendidos.
- **Financiamento:** Definir e alcançar uma estrutura ideal em termos de fontes de recursos, dada a composição dos investimentos.
- **Utilização (destinação) do Lucro Líquido**: Também conhecida como Política de Dividendos, que se preocupa com a destinação dada aos recursos financeiros que a própria empresa gera em suas atividades operacionais e extra---operacionais.

Patrimônio

O patrimônio é um conjunto de Bens, Direitos e Obrigações pertencente a uma unidade económica no exercício da sua função.

O Património será composto pelos valores em Caixa, Bancos, Edifícios, terrenos, equipamentos, veículos, mercadorias, dívidas a terceiros e dívidas dos terceiros etc.

Convém salientar que o Património difere de empresa para empresa conforme o seu carácter e dimensão. Por outro lado, também faz parte do seu património as dívidas para com terceiros pois que muitas das vezes as empresas são criadas com créditos de Instituições Financeiras.

Assim, o Património é o conjunto de ATIVO que engloba o conjunto de bens e direitos e PASSIVO, apenas conjuntos de Obrigações.

Contabilidade

As contas têm nome, número e classificação. A essa classificação prévia chamamos de Plano Oficial de Contas.

No entanto, e dada a realidade das organizações, vamos debruçar sobre apenas algumas Contas e procedimentos contabilísticos mais correntes e que são movimentadas/efetuados com frequência:

⇒ **CAIXA** (Pagamentos e Recebimentos de valores em numerário)

⇒ **BANCO** (Pagamentos e recebimentos)

⇒ **RECONCILIAÇÃO DAS CONTAS BANCÁRIAS (**verificação dos registos que possuem na empresa e dos registos dos Bancos – se coincidem ou não).

⇒ **A CONFERÊNCIA DE CAIXA** deve ser prática na empresa como medida de gestão. A Direção deve aquando da elaboração do Regulamento Interno de Funcionamento definir a periodicidade das Conferências de Caixa em conjunto com a Direção Financeira.

⇒ **STOCKS** devem ser não só organizados como também inventariados. O inventário pode ser feito periodicamente ou permanentemente. O inventário é importante para evitar rupturas.

Origens e aplicações dos Recursos Financeiros

O Balanço Patrimonial pode ser analisado sob uma óptica estritamente financeira, evidenciando por meio do passivo, as fontes de recursos financeiros que financiaram as atividades da empresa e/ou organização, se próprio ou de terceiros; e por meio do ativo, como esses recursos foram aplicados dentro da empresa, se em bancos, stocks, bens, etc.

Origens dos Recursos: Recursos próprios e Recurso de terceiros

Aplicação dos Recursos**:**

- Stock de mercadorias
- Bens/Investimentos
- Aplicações financeiras
- Contas a pagar (salários, impostos, entre outros)

Descrição dos documentos financeiros

Os planos anuais e plurianuais de atividade são a base de todos os documentos financeiros normalmente produzidos.

Orçamento de Encargos de Funcionamento**:** neste orçamento vamos analisar e quantificar todas as despesas que a empresa terá para poder funcionar, tendo por meta, um Plano Anual., considerando-se:

- Fornecimento de Terceiros
- Serviços de Terceiros
- Impostos Indiretos
- Impostos Diretos
- Despesas C/ Pessoal
- Despesas Financeiras
- Outras Despesas e Encargos
- Amortizações e Reintegrações do exercício

Orçamento de Vendas: As vendas de produtos e serviços, (receitas)

Orçamento de Tesouraria: Quanto mais e melhor informação o Gestor tiver acesso mais facilitada se torna a sua tarefa. Devemos prever as entradas e saídas

de dinheiro em cada mês pois que temos compromissos a cumprir. Temos salários e outras despesas e, como tal convém ter uma ideia de tudo o que temos a pagar e a receber em cada mês. Estes dados devem constar do Orçamento de Tesouraria.

Controle Orçamentário*:* Fazer previsões no tempo e não controlar se os planos a serem cumpridos é um erro que nenhum gestor deve cometer. Convém sempre e, pelo menos trimestralmente verificar se existem desvios aos planos. O mapa de Controle Orçamentário é o instrumento que nos permite avaliar tais casos e introduzir as correções necessárias. Utilizando o Orçamento de Encargos de Funcionamento podemos ver se o que fora previsto está a ser executado da mesma forma ou não.

Relatório e Contas de Gestão**:** As empresas têm por obrigação chegar ao fim de cada ano (Exercício Económico) e medir a eficácia da gestão. No fim de cada ano deve apresentar o Relatório e Contas de Gestão., Toda a informação deverá ser apresentada por mapas quantificados e com explicações como por exemplo o Balanço em 31 de dezembro de cada ano.

O parecer sobre a gestão é missão normalmente do Conselho Fiscal. O Conselho de Administração ou qualquer outra designação dada, analisará e decidirá sobre a Aplicação dos Resultados obtidos.

15.14. MANUAL DE ROTINAS PARA GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Identificação, Classificação e Codificação dos Materiais

Para efeito deste Manual – Portaria STN nº 448/2002.

Entende-se como material de consumo e material permanente –

I. Material de Consumo, aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei nº 4.320/64, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos;

II. Material Permanente, aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Na classificação da despesa serão adotados os seguintes parâmetros excludentes, tomados em conjunto, para a identificação do material permanente.

Durabilidade, quando o material em uso normal perde ou tem reduzidas as suas condições de funcionamento, no prazo máximo de 02(dois) anos;

Fragilidade, caso a estrutura esteja sujeita a modificação, por ser quebradiça ou deformável, caracterizando-os e pela irrecuperabilidade e/ou perda de sua identidade;

Perecibilidade, quando sujeito a modificações (químicas ou físicas) ou que se deteriora ou perde sua característica normal de uso;

Incorporabilidade, quando destinado à incorporação a outro bem, não podendo ser retirado sem prejuízo das características do principal e

Transportabilidade, quando adquirido para fim de transformação.

Quanto à forma de utilização, os bens podem ser:

I. De uso individual, quando sua utilização for restrita a apenas um usuário;

II. De uso coletivo, quando sua utilização for efetuada por vários usuários.

Quanto à situação, um bem é classificado como:

I. Bom, quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;

II. Ocioso, quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;

III. Recuperável, quando estiver avariado, mas sua recuperação for possível e orçada em no máximo 50% cinquenta por cento) de seu valor de mercado;

IV. Antieconômico, quando sua manutenção for onerosa ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsoleto;

V. Irrecuperável, quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina, devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica, que se caracteriza quando da sua recuperação.

Competências

Gestor de Almoxarifado:

I. A gestão sobre os bens de consumo;

II. Supervisionar e controlar a distribuição racional do material requisitado;

III. Promover os cortes necessários nos pedidos de fornecimento das unidades administrativas usuárias, em função do consumo médio com finalidade de evitar, sempre que possível, a demanda reprimida e a consequente ruptura de estoque

Gestor de Patrimônio:

I. A gestão sobre os bens patrimoniais, móveis e imóveis.

Aquisição de Materiais:

Os materiais são adquiridos mediante compra, cessão, doação, produção própria de bens, reprodução (nascimento), avaliação ou permuta.

Compra: toda modalidade de aquisição remunerada de um bem para fornecimento de uma só vez ou parcelado, à vista de documento comprobatório próprio (nota fiscal, fatura ou outro documento fiscal equivalente) e vinculado a Nota de Empenho – NE regularmente emitida;

Cessão: modalidade em que os bens são recebidos mediante transferência gratuita de posse e troca de responsabilidades entre órgãos ou entidades da Administração Pública direta, autárquica e fundacional, no âmbito dos três poderes;

Doação: modalidade em que bens são recebidos gratuitamente, provenientes de qualquer instituição pública ou privados;

Produção: modalidade em que bens são produzidos (indústria, agricultura, pecuária);

Permuta: modalidade em que ocorre a troca de bens, podendo ser concretizada com qualquer instituição pública, observando-se o interesse público.

Para o recebimento, conferência e registro do bem doado ou por transferência, o Gestor de Patrimônio ou de Almoxarifado necessitará dos seguintes

elementos:

I. Condição da doação ou transferência;
II. Procedência – especificação completa;
III. Quantidade;
IV. Valor unitário;
V. Documentação que deu origem ao fato.

A constatação da existência de bens para avaliação geralmente ocorre nas seguintes situações:

I. Por ocasião do levantamento físico dos bens patrimoniais;
II. Quando da execução de vistorias e auditorias provocadas pelo Gestor do Patrimônio ou do Almoxarifado;
III. Em outras situações em que se identifique a existência de um bem sem documentação específica.

Os bens móveis produzidos ou reproduzidos pela Unidade Gestora deverão ser incorporados ao patrimônio mediante apuração de seu valor econômico através do processo de avaliação.

O valor do bem produzido será igual à soma dos custos estimados para matéria-prima, mão de obra, desgaste de equipamentos, energia consumida na produção, etc.

Aquisição de Bens e Consumos

O Gestor de Almoxarifado, mediante estatísticas de consumo, elaborará listas de materiais de consumo, de uso comum, visando ao ressuprimento de estoques, para apreciação e aprovação da Direção Administrativa, observados os seguintes critérios

I. Consumo médio mensal (c): média aritmética do consumo nos últimos 12 (doze) meses;
II. Tempo de aquisição (t): período (em meses) decorrido entre a emissão do Termo de Referência e o recebimento efetivo do material no Almoxarifado;

III. Intervalo de aquisição (i): período (em meses) compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

IV. Estoque mínimo e de segurança (Em): é a menor quantidade de material a ser mantida como estoque e capaz de atender ao consumo da Agência por período de demanda normal em resultado de atraso no recebimento ou excesso eventual de consumo;

V. Estoque máximo (EM): maior quantidade de material admissível em estoque, observadas as condições de estocagem, durabilidade (prazo de validade), consumo entre os períodos de aquisição e economicidade;

VI. Ponto de pedido (Pp): nível de estoque que, ao ser atingido, determina novo pedido de aquisição, visando ao imediato ressuprimento; e quantidade a ressuprimento (Q): número de unidades administrativas a adquirir para recompor o estoque, suficiente para atendimento das demandas regulares.

VII. O Estoque mínimo (Em) é aplicável tão somente aos itens indispensáveis aos serviços e é obtido multiplicando-se o consumo médio mensal por uma fração (f) do tempo de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de t a 0,50 de t.

São da competência dos Gestores de Unidades Administrativas, Gestores de Projetos ou Presidentes de Comissão o levantar as necessidades e o solicitar a aquisição de materiais para fins específicos.

Após levantamento, consolidação, avaliação e análise da quantidade necessária do material de consumo, o Gestor de Almoxarifado enviará sugestão de descrição, quantidade e a unidade de medida dos materiais a serem adquiridos à Direção Administrativa, que, aprovando, encaminhará a solicitação ao Setor de Compras para as providências cabíveis.

Deverá ser utilizada a descrição e código dos materiais já cadastrados no na FENIX.

A descrição de materiais de consumo não cadastrados e/ou cadastrados insatisfatoriamente na FENIX deverão ser elaborados através dos métodos:

I. Descritivo, que identifica com clareza o item através da enumeração de suas características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho,

possibilitando sua perfeita caracterização para a boa orientação do processo licitatório e que deve ser utilizado com absoluta prioridade, sempre que possível;

II. Referencial, que identifica indiretamente o item, através do nome do material, aliado ao seu símbolo ou número de referência estabelecido pelo fabricante, não representando necessariamente preferência de marca.

III. Quando se tratar de descrição de material de consumo que exija maiores conhecimentos técnicos, poderão ser juntados ao pedido os elementos necessários (modelos, gráficos, desenhos, prospectos, amostras, entre outros).

IV. Todo pedido de material de consumo deverá ser encaminhado à Direção Administrativa, após verificação de sua inexistência, no Almoxarifado, do material solicitado, similar ou sucedâneo que possa atender às necessidades do usuário.

V. Deve ser evitada a compra volumosa de bens de consumo sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso, também daqueles propensos ao obsoletismo, devendo a unidade gestora verificar a possibilidade de optar pela entrega futura ou compra parcelada, utilizando-se do mecanismo de Termo de Contrato ou por meio do Sistema de Registro de Preço a fim de não haver descontinuidade na reposição do estoque.

A fim de otimizar o controle do estoque, o Gestor de Almoxarifado deve acompanhar o andamento do processo de aquisição mediante contato com o Setor de Compras

Aquisição de Bens Patrimoniais

Os setores realizarão periodicamente levantamento com vistas a identificar a necessidade de substituição ou fornecimento de bens patrimoniais de uso comum, como mesas, estações de trabalho, poltronas, cadeiras, armários, arquivos, estantes e outros.

O servidor requisitante deverá indicar, no Termo de Referência, o responsável pelo ateste e a carga dos bens patrimoniais.

Do Recebimento

Do Recebimento dos Bens de Consumo

São documentos hábeis para o recebimento dos bens pelo Gestor de Almoxarifado:

I. Nota Fiscal e Fatura;

II. Termo de Cessão, Doação ou Permuta;

III. Termo de Transferência;

IV. Guia de Produção Interna.

Quando obtido através de doação, cessão ou permuta, o material será incluído no estoque, à vista do respectivo termo ou processo.

O fornecedor poderá solicitar ampliação do prazo para entrega dos bens, mediante aceitação do servidor requisitante.

I. Para o aceite, que deve ser realizado após o recebimento, o requisitante ou Comissão de Conferência de Bens nomeada para tal deverá fazer a conferência física do material, examinar qualitativamente os bens e observar se os dados estão em conformidade com os documentos constantes do processo de compra, se for o caso.

II. Quando o material não corresponder com exatidão (características, modelo, quantidade, marca, entre outros) ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o Gestor do Almoxarifado com auxílio do requisitante, providenciarão junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

III. O material que apenas depender de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega será recebido e aceito pelo Gestor do Almoxarifado ou por servidor designado para esse fim.

IV. Se o material depender, também, de exame qualitativo, este poderá ser feito por técnico especializado ou por Comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o Gestor do Almoxarifado.

V. Os materiais de consumo adquiridos em grandes quantidades, de tal forma que se torne inviável sua conferência unitária, poderão ser conferidos pelo sistema de amostragem aleatória, a critério do responsável do almoxarifado ou requisitante.

VI. O não-atendimento pelo fornecedor ao chamado para reposição ou correção dos materiais entregues, assim como a desobediência aos prazos, serão comunicados à Direção Administrativa, para as devidas medidas punitivas, previstas nas normas vigentes.

Estando os materiais de acordo com as especificações exigidas, o Gestor de Almoxarifado deverá apor carimbo de recebido no verso do documento fiscal apresentado pelo fornecedor, com sua assinatura e identificação, procedendo ao devido atesto.

I. Nas aquisições até o limite de R$ 8.000,00, o atesto do material deverá ocorrer em até 02 (dois) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado, para valores superiores a este limite o atesto do material deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado.

Após a conferência e o aceite do material, o Gestor de Almoxarifado providenciará o envio da 1ª via da Nota Fiscal, Nota de Empenho, documento comprovando registro na FENIX e outros, à Direção Administrativa para abertura do processo de pagamento.

II. Os materiais com aceite serão imediatamente incorporados ao estoque e poderão ter seus saldos de entrada lançados nas respectivas Fichas de Prateleira, localizadas nas áreas de estocagem, paralelamente ao lançamento, de acordo com as especificações contidas no processo de aquisição.

III. No ato de incorporação do material de consumo, deverão ser criteriosamente observadas as descrições e as unidades de medidas já existentes correspondentes ao mesmo tipo de material.

IV. Os materiais incorporados devem ser classificados de maneira padronizada em todas as Unidades Administrativas, ou seja, o código e a descrição atribuídos ao material no processo de compra serão os mesmos utilizados no momento da classificação.

Do Recebimento dos Bens Permanentes

A entrada de todo bem permanente, por aquisição, deverá ocorrer por

intermédio do Gestor de Almoxarifado, que lavrará recebimento provisório através de carimbo próprio a ser afixado na via da Nota Fiscal do fornecedor.

O recebimento provisório compreende a entrega ao Gestor de Almoxarifado do bem patrimonial adquirido, não implicando em sua aceitação definitiva, transferindo-se, apenas, a responsabilidade pela guarda e conservação do bem do fornecedor para a FENIX.

Mesmo ocorrendo o recebimento de bens móveis por outras Unidades Administrativas em condições especiais, as providências atinentes ao registro patrimonial, tombamento, distribuição, integralização no Inventário e determinações da carga patrimonial, ficam sob a exclusiva competência do Gestor de Patrimônio.

O Gestor do Patrimônio atribuirá, na FENIX, a carga patrimonial ao servidor conforme indicado no Termo de Referência ou por determinação da Direção Administrativa.

A aceitação compreende a declaração, dada pelo Gestor de Patrimônio, ou do solicitante do material, em nota fiscal ou em outro documento hábil, de haver recebido o bem patrimonial que foi adquirido, tornando-se, neste caso, responsável pela quantidade e perfeita identificação do bem, de acordo com as especificações estabelecidas na Nota de Empenho – NE, no contrato de aquisição ou em outros instrumentos legalmente aceitos.

Ao ingressar na FENIX, o bem patrimonial deve estar acompanhado:

I. no caso de aquisição, da nota fiscal ou fatura correspondente;

II. no caso de recebimento em doação ou cessão, do devido termo ou certificado de doação/cessão ou outro documento compatível, que sirva para o registro na FENIX;

III. No caso de permuta, do termo de permuta ou outro documento que sirva para o registro do bem na FENIX;

IV. No caso da avaliação, do processo de avaliação;

V. No caso de produção interna, a guia de produção.

Após a verificação da qualidade, quantidade e estando os bens patrimoniais de acordo com as especificações exigidas, o recebedor deve apor, no documento fiscal apresentado pelo fornecedor, o carimbo do “atesto o recebimento”, garantindo, assim, que o bem foi aceito.

O atesto do material deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento do material pelo Gestor de Almoxarifado.

I. O atesto na nota fiscal de bens patrimoniais deverá ser necessariamente aposto:

II. Pela pessoa legalmente investida na competência de Gestor de Patrimônio; e

III. Pelo Fiscal do Contrato, nos casos em que haja designação para tal; ou

IV. Pelo(s) servidor(es) do setor que solicitou a aquisição; ou

V. Pela comissão instituída com a finalidade para receber bens materiais cujo valor seja superior ao limite estabelecido no art. 23 da Lei nº 8.666, de 1993, para a modalidade de convite.

O atesto será realizado com a utilização de carimbo específico, no verso da Nota Fiscal, com data e assinatura do requisitante ou servidor designado.

O atesto deverá conter os dados mínimos que permitam identificar funcionalmente o responsável, tais como assinatura, carimbo, nome completo e número de matrícula na FENIX.

No caso de móveis ou equipamentos cujo recebimento implique maior conhecimento técnico do bem, o Gestor de Patrimônio deve solicitar ao setor relacionado ao tipo de material a indicação de servidor habilitado para o respectivo exame técnico e emissão de Laudo Técnico, antes de seu aceite definitivo.

A área técnica ou técnico ou servidor habilitado tem 3 (três) dias úteis, a partir da solicitação, para emitir o laudo técnico correspondente ao material periciado, para atender aos prazos de pagamento ao fornecedor.

O prazo para pagamento da Nota Fiscal/Fatura, devidamente atestada, não deverá ser superior a 5 (cinco) dias úteis, contados da data de sua apresentação, na inexistência de outra regra contratual (IN nº 02/08).

O pagamento a fornecedores, prestadores de serviços, executores de obras ou quaisquer credores será feito com estrita observância à data de vencimento da obrigação.

Em cada uma das Unidades Gestoras deverá haver a indicação de um Gestor de Patrimônio, bem como a instituição de Comissão de Conferência de Bens, com o

mínimo de 3 (três) membros, quando necessário.

Com a Nota Fiscal devidamente atestada, o Gestor de Patrimônio autuará processo e o encaminhará à Direção Administrativa para pagamento.

Antes de encaminhar o processo para pagamento, o Gestor de Patrimônio deverá inserir na Nota Fiscal ou na Nota de Empenho o número do tombamento dos bens para fins de arquivamento digital ou físico.

O Gestor de Patrimônio classificará os bens patrimoniais obedecendo a um sistema numérico, visando facilitar o registro e a movimentação dos bens.

Todo o bem patrimonial adquirido será incorporado ao patrimônio do IFPE, devendo ser registrado no SIAFI pelo valor constante da nota fiscal, ou pelo valor da avaliação, de acordo com a classificação a que se vincula no Plano de Contas da Administração Pública Federal, e, obrigatoriamente, registrado na FENIX, por meio do qual será feito o seu acompanhamento.

Deverão conter registros analíticos de todos os bens de caráter permanente, com indicação dos elementos necessários para a perfeita caracterização e identificação de cada um deles e dos agentes responsáveis pela sua guarda e administração.

O registro patrimonial compreende o cadastramento das características do bem patrimonial na FENIX, tais como: tipo, especificações, n° de tombamento, valor de aquisição, fornecedor, número documento de entrada, dentre outros.

Para efeito de identificação e inventario, os bens móveis receberão números próprios de registro patrimonial.

O registro patrimonial deverá ser expresso mediante etiquetas adesivas resistentes que garantam a eficiência e a durabilidade da expressão do registro.

A identificação do material deverá ser afixada, em lugar visível, preferencialmente em local que não atrapalhe a sua utilização, por exemplo:

I. Mesas: tampo frontal, lado direito;
II. Cadeiras: coluna dos pés;
III. Armário: parte frontal superior;
IV. Máquinas: parte lateral esquerda;
V. Veículos: ao lado da plaqueta de numeração do chassi
VI. Computador: parte lateral esquerda da CPU;
VII. Software: certificado do sistema/programa de informática.

O número patrimonial é único e sequencial para todas as Unidades Gestoras da FENIX.

Para tombamento pode-se utilizar a etiqueta plástica apropriada, colocada na orelha do animal, com a respectiva numeração.

Quando não for possível a utilização de etiquetas próprias para a fixação do número de registro patrimonial (tombamento), deverá recorrer a outros processos (pincel permanente, carimbo ou outro meio idôneo), desde que os números sejam gravados de forma indelével.

Do Fornecimento, Transferência e Movimentação de Material.

Fornecimento de Material de Consumo

O fornecimento de material de consumo se dará por Requisição, que será elaborada via FENIX, sendo dever do servidor requisitante do material retirá-lo no Setor de Almoxarifado no primeiro dia útil seguinte da data da requisição.

É de responsabilidade do requisitante a retirada do material no almoxarifado.

Excepcionalmente, serão atendidas solicitações em caráter de urgência, que deverão ser encaminhadas ao Gestor de Almoxarifado com justificativas.

Caso as solicitações em caráter de urgência sejam autorizadas e tratando-se de bem existente em estoque, o requisitante deverá proceder à retirada do material de consumo no Setor de Almoxarifado.

Cabe ao responsável pela Unidade Administrativa, via FENIX, emitir a Requisição de Material de Consumo – RMC.

A chefia imediata poderá designar servidores, por memorando encaminhado ao Setor de Tecnologia da Informação, para realizar as devidas requisições de materiais.

Quando a Requisição de Material de Consumo – RMC contiver quantidade de material fora dos padrões normais de consumo, deverá ser apresentada justificativa.

Sempre que evidenciar aumento expressivo no consumo ou indício de irregularidade nos pedidos, o Gestor de Almoxarifado deverá comunicar à Direção Administrativa.

As Requisições de Material de Consumo deverão ser controladas numericamente e conter as seguintes informações: nome e sigla da unidade solicitante; nome completo do servidor requisitante; nome completo do servidor recebedor; assinatura do servidor requisitante ou recebedor; o código, descrição, unidade de medida e quantidade e valor do material solicitado.

O Gestor de Almoxarifado providenciará a separação dos materiais de consumo em conformidade com a RMC e os disponibilizará para que o requisitante ou funcionário devidamente autorizado faça a conferência das quantidades, qualidade e demais especificações e ateste o recebimento do material.

É vedado rasurar a Requisição de Material de Consumo – RMC.

É vedada a estocagem de materiais de consumo pelas Unidades Administrativas em quantidade superior à necessidade mensal de cada Unidade.

A necessidade mensal será apurada a partir do histórico de consumo de cada Unidade, podendo ser adaptada para mais ou para menos em decorrência de fatos específicos que fujam à rotina da Unidade em determinado mês.

No caso de materiais que, por motivos pertinentes, sejam requisitados em intervalos distintos do mensal, mantém-se a lógica do caput deste artigo (a requisição deverá suprir a necessidade do material de consumo até que novo pedido mensal seja realizado e entregue).

Os materiais que apresentarem defeito devem ser trocados junto ao Gestor de Almoxarifado, que adotará medidas junto ao fornecedor para a substituição.

As Unidades Administrativas deverão planejar seu consumo e o armazenamento dos materiais para que não haja sobras e desperdícios.

Da Transferência de Material de Consumo

Todo material de consumo enviado de uma Unidade Gestora a outra deverá ser remetido via Termo de Transferência, para que possa ser recebido via SIAFI e, consequentemente, incorporado ao estoque e ao saldo financeiro da conta de almoxarifado da Unidade recebedora.

Nas remessas de material para outras Unidades Administrativas, o setor remetente deverá atentar para o seguinte:

I. acondicionamento adequado do material, de acordo com o seu grau de fragilidade ou perecibilidade;

II. detalhamento dos dados do destinatário, tais como nome, endereço, CEP, dentre outros, de forma a facilitar o desembaraço da mercadoria.

O Termo de Transferência, além de outros dados informativos julgados necessários, deverá conter:

I. Origem do material: código e nome da Unidade Gestora;
II. Destino do material: código e nome da Unidade Gestora;
III. Código do material;
IV. Descrição do material;
V. Quantidade;
VI. Unidade de medida;
VII. Preços (unitário e total);
VIII. Classificação contábil do material.

Da Fornecimento de Bem Permanente

É expressamente vedada a distribuição do bem patrimonial adquirido, bem como daquele recebido em doação, permuta, cessão ou comodato, antes de ser devidamente incorporado ao patrimônio da FENIX (tombado).

Nenhum bem patrimonial poderá ser distribuído à Unidade Administrativa ou Unidade Gestora solicitante sem a respectiva carga, que se efetiva com a assinatura do usuário no correspondente Termo de Transferência ou no Termo de Recebimento.

Não será permitido o estoque de bem permanente no Almoxarifado, exceto durante processo administrativo de incorporação ao patrimônio da FENIX.

O bem permanente adquirido será imediatamente entregue ao requisitante, após procedimentos de incorporação patrimonial.

A devolução de bem patrimonial ao Gestor de Patrimônio deverá ser feita formalmente e implicará em total renúncia à guarda do mesmo, não tendo o ex-detentor da carga patrimonial mais direitos ou responsabilidades sobre o material tombado a partir do seu recolhimento.

O Gestor de Patrimônio deverá emitir o Termo de Descarga, em duas vias,

encaminhando uma via para o ex-detentor da carga patrimonial do bem devolvido.

O fornecimento de bem permanente será solicitado ao Gestor de Patrimônio pelas Unidades Administrativas interessadas.

Se houver bem disponível, o Gestor de Patrimônio providenciará a entrega mediante as assinaturas do Termo de Recebimento, em 2 (duas) vias cada ou, caso contrário, comunicará ao solicitante por e-mail.

Na solicitação de materiais devem constar os seguintes elementos:

I. Especificação detalhada do material, podendo incluir comparações com materiais em uso, gráficos, desenhos, prospectos, amostras, fotos, dentre outros;

II. Quantidade e unidade de medida para fornecimento;

III. Indicação do responsável, matrícula, sala e ramal.

A requisição de qualquer equipamento de informática fica sujeita à prévia aprovação do Setor de Informática, Tecnologia da Informação ou equivalente.

Considera-se distribuído o bem patrimonial entregue pelo Gestor de Patrimônio à UA ou Unidade Gestora requisitante, para uso por tempo indeterminado.

A transferência de bem permanente

A transferência de bem permanente será solicitada pela Unidade Gestora interessada à Unidade Gestora cedente.

Após a aprovação da Unidade Gestora cedente, o Gestor de Patrimônio da Unidade Requisitante providenciará solicitação através da FENIX e a Unidade Cedente providenciará a emissão do Termo de Transferência.

O Termo de Transferência emitido em duas vias será encaminhado à Unidade Gestora de destino para assinatura e devolução de uma via.

O processo de transferência de bens patrimoniais entre Unidades Gestoras será autuado obrigatoriamente com os seguintes documentos:

I. Documento que deu origem a transferência;

II. Termo de Transferência;

III. Cópia de Nota Fiscal;

IV. Cópia da Nota de Empenho.

Os bens patrimoniais transferidos entre Unidades Gestoras serão incorporados ao acervo patrimonial da destinatária a partir da data do recebimento.

A Unidade Gestora cedente efetuará Transferência Financeira, em favor da Unidade Gestora beneficiada, efetuará o “recebido” no prazo máximo de 3 (três) dias úteis após o recebimento da via do Termo de Transferência.

Após o recebimento do Termo de Transferência, devidamente assinado, a Unidade Gestora cedente efetuará a baixa em seus controles e encaminhará os documentos necessários para os registros contábeis.

O de bem permanente

Da Movimentação de Bem Permanente

É vedada a movimentação de bem permanente, na mudança física de setores, nas entradas ou saídas de bens patrimoniais, sem o devido conhecimento e autorização do Gestor de Patrimônio.

Para as movimentações definitivas de bem permanente, o detentor da carga patrimonial deverá comunicar o Gestor de Patrimônio, via memorando.

As movimentações realizadas sem a observância do procedimento, constante no caput deste artigo, estão sujeitas à aplicação de advertência ao servidor que deu causa, podendo ser responsabilizado em caso de reincidência de tal prática, desaparecimento ou avaria de bens.

A movimentação temporária verifica-se nas seguintes situações:

I. Envio do bem para manutenção ou reparo fora das dependências da Fênix.
II. Utilização a serviço fora das dependências da Fenix;;
III. Viagem a serviço;
IV. Recolhimento para alienação;
V. Empréstimo.

É vedada a movimentação temporária de bem patrimonial para uso que não se destine exclusivamente às atividades vinculadas aos objetivos organizacionais da Fênix.

Para as movimentações temporárias de bem permanente, são utilizados os termos de cautela.

A emissão do Termo de Cautela é atribuição do Setor de Patrimônio e será emitida em 3 (três) vias, destinando-se a:

I. 1ª. (primeira) via ao pessoal da segurança ou vigilância da Fenix
II. 2ª. (segunda) via ao portador do material retirado;
III. 3ª. (terceira) via ao Gestor do Patrimônio.

Compete ao detentor da carga patrimonial o recebimento e baixa da cautela do bem patrimonial movimentado, tanto na retirada como no retorno às dependências da Fênix, solicitando vistoria da área técnica, em especial quanto ao perfeito funcionamento do bem, nos casos que julgar necessário, assim como informar novo prazo de retorno do bem a Fênix.

Da Armazenagem

A armazenagem compreende a guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, a fim de suprir adequadamente as necessidades operacionais das unidades administrativas integrantes da estrutura da Fênix.

O material será considerado em estoque após o cumprimento das formalidades de recebimento e aceitação.

O acesso às dependências onde estão armazenados os materiais da Fênix é restrito aos funcionários lotados no setor e, em casos especiais, às pessoas devidamente autorizadas pela Direção Administrativa.

Os principais cuidados na armazenagem, dentre outros são:

I. Os materiais devem ser resguardados contra o furto ou roubo, e protegidos contra a ação dos perigos mecânicos e das ameaças climáticas, bem como de animais daninhos;

II. Os materiais estocados a mais tempo devem ser fornecidos em primeiro lugar, de acordo com o método primeiro a entrar, primeiro a sair, com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque;

III. Os materiais devem ser estocados de modo a possibilitar uma fácil inspeção e um rápido inventário;

IV. Os materiais que possuem grande movimentação devem ser estocados em lugar de fácil acesso e próximo das áreas de expedição;

V. O material que possui pequena movimentação deve ser estocado na parte mais afastada das áreas de expedição;

VI. Os materiais jamais devem ser estocados em contato direto com o piso, sendo necessário utilizar corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;

VII. A arrumação dos materiais não deve prejudicar o acesso às partes de emergência, aos extintores de incêndio ou à circulação de pessoal especializado para combater o incêndio (Corpo de Bombeiros);

VIII. Os materiais da mesma classe devem ser concentrados em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;

IX. Os materiais pesados e/ou volumosos devem ser estocados nas partes inferiores das estantes e porta-estrados, eliminando-se os riscos de acidentes ou avarias e facilitando a movimentação;

X. Os materiais devem ser conservados nas embalagens originais e somente abertos quando houver necessidade de fornecimento parcelado ou por ocasião da utilização;

XI. A arrumação dos materiais deve ser feita de modo a manter voltada para o lado de acesso ao local de armazenagem a face da embalagem (ou etiqueta) contendo a marcação do item, permitindo a fácil e rápida leitura de identificação e das demais informações registradas;

XII. Quando o material tiver que ser empilhado, deve-se atentar para a segurança e altura das pilhas, de modo a não afetar sua qualidade pelo efeito da pressão decorrente e pela falta de arejamento.

O Gestor de Almoxarifado deverá utilizar, para cada item do estoque, uma Ficha de Prateleira, a fim de possibilitar seu controle.

Os bens móveis, de um modo geral, não são materiais estocáveis, devendo ser adquiridos em número e tipo exatos às necessidades identificadas pela Fenix, por motivos de economicidade e boas práticas administrativas.

Os materiais permanentes classificados como ociosos, antieconômicos e inservíveis poderão ficar temporariamente guardados em depósitos, até que sejam

recuperados e reconduzidos à condição de bens em uso, quando for o caso, redistribuídos, cedidos ou alienados, na forma da legislação em vigor.

Dos Relatórios

Como resultado do controle de estoque, o Gestor de Almoxarifado e o Gestor de Patrimônio apresentarão, mensalmente, ao Setor Contábil, até o terceiro dia útil, respectivamente, o Relatório de Movimentação de Materiais no Almoxarifado – RMA e o Relatório de Movimentação de Bens Móveis – RMB.

Sempre que possível, e por amostragem, o Gestor de Almoxarifado deverá realizar contagem mensal do estoque e emitir e arquivar relatório analítico contendo código, descrição, unidade de medida, quantidade, valores unitários, valores totais, valores totais por contas e as movimentações de entrada e saída dos itens estocados.

Os Gestores de Patrimônio que tenham valores patrimoniais contabilizados em suas contas, ou seja, que movimentam a “conta patrimônio” do SIAFI, deverão enviar mensalmente ao Setor Contábil, até o quinto dia útil do mês subsequente ao do movimento, o Relatório de Movimentação de Bens Móveis – RMB.

O Relatório de Movimentação de Bens Móveis – RMB deverá demonstrar sinteticamente as entradas e saídas, devidamente registradas, de bens móveis do acervo do órgão durante o mês.

A Fenix apresentará seus Relatórios de Movimentação de Bens Móveis – RMB por meio de relatórios.

Do Registro de Bens Imóveis

O Gestor do Patrimônio deverá manter atualizados os registros dos bens imóveis.

O Gestor do Patrimônio deverá controlar a vigência das validades das avaliações dos bens imóveis.

Caso não existam servidores tecnicamente capacitados para avaliar os bens imóveis, o Gestor do Patrimônio, em tempo hábil, deverá requisitar abertura de processo de contratação.

Inventário

Dos relatórios, do Inventário, do registro e atualização dos bens imóveis

O inventário dos Bens deverá ser instruído por meio de processo administrativo, será realizado anualmente ou em condições especiais para a consecução dos seguintes objetivos:

I. Verificar a existência física dos bens;

II. Manter atualizados os registros e controles administrativos e contábeis;

III. Confirmar a responsabilidade dos agentes responsáveis pelo bem permanente sob a respectiva guarda;

IV. Permitir a listagem atualizada dos bens;

V. Fornecer subsídios aos órgãos fiscalizadores;

VI. Levantar a situação dos materiais estocados, levando em conta o saneamento dos estoques;

VII. Levantar a situação dos equipamentos e materiais permanentes em uso e da necessidade de reparos e manutenção;

VIII. Constatar a necessidade de bens móveis nas unidades administrativas;

IX. Analisar o desempenho do Gestor.

Para a perfeita caracterização do material, o inventário deverá conter:

I. Código ou número de registro;

II. Descrição padronizada;

III. Unidade de medida;

IV. Quantidade;

V. Valor unitário (preço de aquisição, custo de produção, valor arbitrado ou preço de avaliação);

VI. Valor total;

VII. Classificação contábil;

VIII. Estado (bom, ocioso, recuperável, irrecuperável ou antieconômico);

IX. Outros elementos julgados necessários.

O inventário físico será:

I. Anual, quando destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada Unidade Gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício, constituído do inventário (saldo) anterior e das variações patrimoniais ocorridas durante o exercício;

II. Inicial, quando realizado no momento de criação da Unidade Gestora, para identificação e registro dos bens colocados sob sua responsabilidade;

III. De transferência de responsabilidade, quando realizado no momento de alteração de Detentor de Carga Patrimonial ou usuário;

IV. De extinção ou transformação, quando realizado no momento da extinção ou transformação de uma Unidade Gestora; e

V. Eventual, quando realizado em qualquer época por iniciativa da pessoa legalmente investida na competência de Gestor de Patrimônio do IFPE, por determinação da Direção Administrativa, por exigência dos órgãos fiscalizadores.

Durante a realização do inventário físico, fica vedada toda e qualquer movimentação de bens no âmbito interno da Fenix, exceto mediante autorização específica da Comissão de Inventário.

Da Comissão de Inventário

A Comissão de Inventário será constituída até 31 de outubro de cada ano e terá seus membros nomeados pelo Reitor e/ou Diretores Gerais dos Campi, em caráter permanente ou temporário, mediante a edição de Portaria específica, tendo como atribuições:

I. Agendar junto ao Detentor de carga patrimonial da Unidade Administrativa a ser inventariada a data para o início dos trabalhos;

II. Solicitar ao Detentor elementos de controle interno e outros documentos necessários;

III. Identificar a situação e o estado de conservação dos bens inventariados, discriminando no relatório aqueles suscetíveis de desfazimento para que o Detentor tome ciência e adote as medidas cabíveis;

IV. Requisitar servidor, máquinas, equipamentos, transporte, materiais e tudo mais que for necessário ao cumprimento das tarefas da comissão;

V. Solicitar às empresas locadoras e/ou aos gestores de contrato a relação dos bens locados, em demonstração ou regime de comodato, com mapeamento contendo responsável, valor e descrição pormenorizada do bem;

VI. Relacionar os bens não localizados, identificando os seus valores unitários, de forma a permitir as regularizações contábeis que forem necessárias;

VII. Solicitar ao Gestor da Unidade Administrativa que indique servidor para acompanhar e dar ciência dos trabalhos da Comissão, para que não haja dúvidas quando da assinatura do Termo de Responsabilidade.

A Unidade Administrativa a ser inventariada, após o recebimento da comunicação da Comissão de Inventário, deverá realizar pré-levantamento e adotar todas as medidas necessárias a fim de possibilitar e facilitar a realização do Inventário.

A Comissão terá livre acesso em qualquer recinto, para efetuar levantamentos e vistoria de bens.

A Comissão de Inventário é soberana e independente, competindo-lhe a definição dos procedimentos sobre o funcionamento e o desenvolvimento de seus trabalhos.

Qualquer fato ou irregularidade que impeça o normal desenvolvimento dos trabalhos da Comissão de Inventário deverá ser formalmente comunicado à Direção Administrativa, por seu presidente.

Será responsabilizado o Gestor da Unidade Administrativa a vistoriar ou inventariar ou, ainda, qualquer servidor que tentar impedir, dificultar ou deixar de colaborar com a Comissão de Inventário legalmente constituída.

As divergências apontadas e não justificadas devem ser objeto de apuração, podendo a Comissão de Inventário sugerir a instauração de Comissão de Sindicância.

I. A Comissão, ao final dos trabalhos, apresentará:

II. Relatório das atividades desenvolvidas;

III. Atas das reuniões;

IV. Parecer sobre o controle do Gestor de Patrimônio;

V. Parecer sobre o controle do Gestor de Almoxarifado;

VI. Relação dos bens agrupados e totalizados por conta contábil;

VII. Indicação do estado de conservação dos bens.

Em caráter excepcional pode ser alterada pela Direção Administrativa a data de conclusão dos trabalhos da Comissão, de acordo com as necessidades e conveniências de ordem administrativa.

Depreciação, Amortização e Exaustão e da Mensuração de Valor dos Bens Patrimoniais.

A depreciação, amortização ou exaustão serão registradas na FENIX, bem a bem, de cada Unidade Gestora, em consonância com o estabelecido no Manual.

Cada Unidade Gestora manterá em arquivo para consulta o Relatório Mensal Operacional de Valoração de Ativo, enviando junto com o RMB, em até 3 (três) dias úteis do mês subsequente o Relatório Mensal de Registro de Valoração de Ativo, para o Setor Contábil.

As Reavaliações e Redução a valor recuperável seguirão o estabelecido pelo Manual, sendo que as Comissões enviarão cópia dos relatórios ao Setor Contábil que efetuará os registros necessários.

Baixa Patrimonial

Quando for necessário, o Gestor de Patrimônio efetuará levantamento dos bens passíveis de desfazimento, assim considerados aqueles classificados como ociosos, recuperáveis, antieconômicos ou irrecuperáveis.

O desfazimento de bens móveis pode ocorrer:

I. Por transferência, entre as Unidades Gestoras da Fenix;

II. Por cessão, que se caracteriza quando a Fenix transfere, de forma gratuita, a posse de um determinado bem, com troca de responsabilidade, mediante a emissão do Termo de Cessão;

III. Por abandono ou inutilização.

A baixa de um bem patrimonial só poderá ocorrer após a conclusão de todas as etapas do processo que lhe deu origem.

Da responsabilidade sobre os bens patrimoniais

A guarda do bem patrimonial de uso individual distribuído à Unidade Administrativa ficará sob a responsabilidade do Detentor de Carga Patrimonial, efetivo usuário do bem, desde que seja Servidor lotado na mesma Unidade Administrativa, por meio do correspondente Termo de Recebimento ou Termo de Responsabilidade.

A emissão do Termo de Recebimento, Termo de Responsabilidade ou Termo de Transferência é de responsabilidade do Gestor de Patrimônio, devendo o servidor assinar o Termo no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após o recebimento do bem, tempo hábil para conferência dos bens.

No caso de mudanças ou obras de reforma nas dependências da Unidade Administrativa, deve o Detentor de Carga Patrimonial ou o usuário, quando delegado, efetivar comunicação formal ao Gestor de Patrimônio, que adotará as providências necessárias quanto a qualquer movimentação de bem permanente.

A guarda do bem patrimonial de pequeno porte e de uso pessoal é de responsabilidade do Detentor de carga patrimonial, ou do usuário formalmente investido de carga por ele.

O Setor de Gestão de Pessoas ou equivalente, deverá comunicar à Direção Administrativa o início do processo de desligamento de servidor, a fim de que seja providenciada a conferência e transferência de responsabilidade dos bens patrimoniais.

Compete à Direção Administrativa instituir e operacionalizar planos anuais integrados de manutenção e recuperação de bens em uso no IFPE, objetivando o melhor desempenho possível e uma maior longevidade dos bens.

Das Irregularidades quanto ao Uso dos Bens Patrimoniais

As irregularidades podem ocorrer por desaparecimento, quando do extravio do bem ou de seus componentes; avaria, quando houver dano parcial ou total do bem ou de seus componentes, não decorrente de seu uso normal; mau uso, quando utilizados os equipamentos e materiais de forma inadequada.

Compete ao Detentor de Carga Patrimonial ou ao usuário qualificado pôr Termo de Responsabilidade comunicar, imediatamente, ao Gestor de Patrimônio qualquer irregularidade ocorrida com os bens patrimoniais entregues aos seus cuidados ou sob sua guarda.

15.14.1. Lista de materiais disponível na Unidade de Pronto Socorro Municipal

LOCAL	MOBILIÁRIO/EQUIPAMENTO
Soroterapia/Ped	Cadeira reclinável
Soroterapia/Ped	Cadeira reclinável
Soroterapia/Ped	Cadeira reclinável
Soroterapia/Ped	Cama pequena
Soroterapia/Ped	Cama pequena
Emergência Pediátrica	Carrinho de emergência
Emergência Pediátrica	Mesa de alimentação
Emergência Pediátrica	Mesa de alimentação
Emergência Pediátrica	Cadeira reclinável
Emergência Pediátrica	Cama adulto
Emergência Pediátrica	Cama adulto
Emergência Pediátrica	Cama adulto
Sala de observação pediátrica	Cama pequena
Sala de observação pediátrica	Cama pequena
Sala de observação pediátrica	Cama pequena
Sala de observação pediátrica	Cama pequena

Sala de observação pediátrica	Cama pequena
Sala de observação pediátrica	Cama pequena

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Sala de observação pediátrica	Cama adulto
Sala de observação pediátrica	Cama adulto
Sala de observação pediátrica	Mesa de procedimento
Sala de observação pediátrica	Armário de emergência
Sala de observação pediátrica	Armário grande
Sala de observação pediátrica	Cadeira reclinável
Sala de observação pediátrica	Cadeira reclinável
Pediatria	Mesa de cabeceira
Recepção pediátrica	Sofá
Recepção pediátrica	Mesa
Recepção pediátrica	Impressora
Recepção pediátrica	Computador
Recepção pediátrica	Cadeira giratória
Triagem pediátrica	Cadeira giratória
Triagem pediátrica	Cadeira comum
Triagem pediátrica	Balança ramuza
Triagem pediátrica	Balança digital
Triagem pediátrica	Balança mecânica
Sala de procedimento	Mesa de procedimento
Sala de procedimento	Mesa de madeira

Sala de procedimento	Cadeira giratória
Sala de procedimento	Cadeira de plástico
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMEMTOS
Sala de procedimento	Armário grande
Sala de procedimento	Armarinho
Sala de procedimento	Armário de vidro
Recepção da pediatria	Longarina
Recepção da pediatria	Longarina
Recepção da pediatria	Longarina
Consultório 2 pediatria	Mesa de procedimento
Consultório 2 pediatria	Armário grande
Consultório 2 pediatria	Cadeira giratória
Consultório 2 pediatria	Cadeira plástica
Consultório 2 pediatria	Mesa de maio
Consultório 1 pediatria	Mesa de procedimento
Consultório 1 pediatria	Armário grande
Consultório 1 pediatria	Mesa de maio
Consultório 1 pediatria	Cadeira giratória
Consultório 1 pediatria	Cadeira plástica
Consultório 1 pediatria	Computador (CPU)
Consultório 2 pediatria	Computador positivo
Corredor pediatria	Bebedouro 02
Supervisão de enfermagem	Cadeiras giratórias

Supervisão de enfermagem	Mesa de canto
Supervisão de enfermagem	Computador
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Supervisão de enfermagem	Armário grande
Supervisão de enfermagem	Gaveteiro
Supervisão de enfermagem	Claviculário
Posto de enfermagem	Armário grande
Posto de enfermagem	Armário médio
Posto de enfermagem	Armário médio
Posto de enfermagem	Mesa de canto
Posto de enfermagem	Geladeira consulto
Posto de enfermagem	Cadeira giratória
Posto de enfermagem	Cadeira plástica
Posto de enfermagem	Armário metálico
Posto de enfermagem	CPU positivo
Recepção pediatria	CPU
Semi intensiva rápida	Cama adulto
Semi intensiva rápida	Cadeira reclinável
Semi intensiva rápida	Carrinho de emergência
Semi intensiva rápida	Mesa de cabeceira
Posto de enfermagem	Cadeira giratória
Posto de enfermagem	Cadeira de plástico
Posto de enfermagem	Cadeira de almofada
Posto de enfermagem	Armário de vidro

Posto de enfermagem	Armário grande
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Posto de enfermagem	Mesa de maio
Posto de enfermagem	Impressora ricoh
Posto de enfermagem	Computador
Posto de enfermagem	Cadeira simples
Isolamento 1	Mesa de cabeceira
Isolamento 1	Cadeira reclinável
Isolamento 1	Cama adulto
Isolamento 2	Cadeira reclinável
Isolamento 2	Cadeira de plástico
Isolamento 2	Cama de adulto
Isolamento 2	Armarinho
Área de isolamento	Carrinho de banho
Área de isolamento	Carrinho de banho
Área de isolamento	Coletor de roupas hamper
Área de isolamento	Mesa de madeira
Área de isolamento	Cadeira de plástico
RT farmácia	Armário de madeira grande
RT farmácia	Armário médio
RT farmácia	Mesa de canto
RT farmácia	Computador LG (CPU positivo)
RT farmácia	Cadeira giratória

RT farmácia	Cadeira giratória
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
RT farmácia	Cadeira de plástico
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cama adulto
Sala de observação feminina	Cadeira plástica
Sala de observação feminina	Cadeira plástica
Sala de observação feminina	Cadeira plástica
Sala de observação feminina	Cadeira plástica
Sala de observação feminina	Cadeira plástica
Sala de observação feminina	Cadeira plástica

Sala de observação feminina	Cadeira plástica
Sala de observação feminina	Armarinho met.
Sala de observação masculina	Cama adulto (08)
Sala de observação masculina	Mesa de alimentação (02)
Sala de observação masculina	Cadeira plástico
Sala de observação masculina	Cadeira plástico
Sala de observação masculina	Cadeira plástico
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Sala de observação masculina	Cadeira plástico
Sala de observação masculina	Cadeira plástico
Sala de observação masculina	Mesa de cabeceira
Sala de observação masculina	Mesa de cabeceira
Sala de observação masculina	Cadeira de banho
Sala de observação feminina	Cadeira de banho
Corredor do segundo andar	Bebedouro (frente F.I)
DML do segundo andar	Cadeira plástico
DML do segundo andar	Cadeira plástico
DML do segundo andar	Armário de maio(grande)
DML do segundo andar	Prateleira de aço
DML do segundo andar	Escada alum. 3 degraus
DML do segundo andar	Escada alum. 6 degraus
Soroterapia do segundo andar	Cama adulto (03)
Soroterapia do segundo andar	Cadeira plástico
Soroterapia do segundo andar	Cadeira plástico
Diretoria de enfermagem	Mesa de reunião

Diretoria de enfermagem	Impressora
Diretoria de enfermagem	Armário mad. Médio
Diretoria de enfermagem	Armário mad. médio
Diretoria de enfermagem	Armário mad. grande
Diretoria de enfermagem	Mesa mad. canto
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Diretoria de enfermagem	Computador positivo
Diretoria de enfermagem	CPU positivo
Diretoria de enfermagem	Mesa mad. Canto
Diretoria de enfermagem	Computador inteligente
Diretoria de enfermagem	CPU inteligente
Diretoria de enfermagem	Cadeira giratória
Diretoria de enfermagem	Cadeira giratória
Diretoria de enfermagem	Cadeira giratória
Diretoria de enfermagem	Cadeira giratória
Diretoria de enfermagem	Telefone elgin
Diretoria de enfermagem	Estabilidade BMI
RH	Fichário de madeira
RH	Fichário de madeira
RH	Fichário de madeira
RH	Armário de madeira
RH	Mesa de canto (02)
RH	Mesa de canto (02)
RH	Impressora
RH	Computador

RH	Cadeira giratória
Conforto med. masc.	03 camas box
Conforto med. masc.	Armário de aço c/ porta
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Conforto do funcionário	3 sofás c/3 lugares
Conforto do funcionário	2 armários de aço c/P
Frente do funcionário	2 sofás C/3 lug.
Sala coordenação	Computador
Sala coordenação	Mesa de canto (L)
Sala coordenação	Mesa de canto (L)
Sala coordenação	Cadeira giratória
Sala coordenação	Cadeira giratória
Sala coordenação	Computador
Sala coordenação	Armário metálico
Sala coordenação	Impressora Sansung
Sala coordenação	Armário de madeira
Corredor do RH	2 armários de aço
Diretoria	2 armário de madeira grande
Diretoria	2 cadeiras plásticas
Diretoria	Cadeira giratória
Diretoria	Mesa de canto
Diretoria	Computador inteligente
Copa	Geladeira RE28

Copa	Carrinho com rodas (02)
Copa	Cafeteira marchesoni
Copa	Armário grande maio
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Gripário	Cadeira reclinável
Gripário	Cadeira reclinável
Gripário	Cadeira simples
Gripário	Cadeira giratória
Gripário	Cama adulto
Gripário	Armário de vidro
Gripário	Mesa inox auxiliadora
Gripário	Mesa de procedimento
Gripário	Mesa de cabeceira
Gripário	Cadeira madeira
Gripário	Cadeira plástica
Gripário	Cadeira plástica
Gripário	Cadeira plástica
Gripário	Mesa de cabeceira
Gripário	Mesa de madeira
Gripário	Longarina
Gripário	Longarina
Gripário	Mesa de madeira
Gripário	Mesa de madeira

Gripário	Cadeira plástica
Gripário	Cadeira plástica
Gripário	Cadeira plástica
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Gripário	Cadeira plástica
Gripário	Cadeira de roda
Gripário	Ventilador de chão
Pátio gripário	Longarina
Pátio gripário	Longarina(3)
Pátio gripário	Longarina
Pátio gripário	Mesa de cabeceira
Pátio gripário	Suporte totem c/ pedal
Corredor gripário	Longarina
Corredor gripário	Longarina
Consultório COVID	Mesa de madeira
Consultório COVID	Cadeira giratória
Consultório COVID	Cadeira plástica
EIS capela	Mesa de procedimento
EIS capela	Computador
EIS capela	Mesa de cabeceira
EIS capela	Mesa de cabeceira
EIS capela	Cadeira simples
EIS capela	Impressora ricoh

Sala de espera em frente a farmácia/ estoque	Longarina
Sala de espera em frente a farmácia/ estoque	Longarina
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Sala de espera em frente a farmácia/ estoque	Cadeira reclinável
Sala de espera em frente a farmácia/ estoque	Cadeira reclinável
Sala de espera em frente a farmácia/ estoque	Cadeira reclinável
Rouparia	Armário metálico
Rouparia	Armário metálico
Rouparia	Armário grande madeira
Rouparia	Armário médio madeira
Rouparia	Balança mecânica
Rouparia	Cadeira giratória
Rouparia	Cadeira giratória
Rouparia	Banco de madeira (03)
Rouparia	Papai noel eletrônico
Rouparia	Módulo de gaveta plástica
RX	Cadeira de plástico
RX	Cadeira de plástico
RX	Cadeira de plástico
RX	Mesa de madeira

RX	Mesa de madeira
RX	Mesa de madeira
RX	Armário de máquina
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
RX	Cadeira giratória
RX	Mesa de comando
RX	Impressoras
RX	Computador
RX	Computador
RX	CR
RX	Estativa
RX	Ampola RX
RX	Biombo
RX	Transformador
Consultório ao lado do RX	Mesa de procedimento
Consultório ao lado do RX	Mesa de madeira
Consultório ao lado do RX	Cadeira giratória
Consultório ao lado do RX	Cadeira de plástico
Corredor em frente o RX:	Longarina
Consultório ortopédico	Mesa de procedimento
Consultório ortopédico	Armário médio de madeira
Consultório ortopédico	Mesa de madeira
Consultório ortopédico	Cadeira giratória

Consultório ortopédico	Cadeira de plástico
Consultório ortopédico	Megascópio
Consultório ortopédico	Computador
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Consultório 2	Mesa de procedimento
Consultório 2	Cadeira plástica
Consultório 2	Cadeira giratória
Consultório 2	Computador
Consultório 2	Mesa madeira
Consultório 1	Mesa de procedimento
Consultório 1	Cadeira plástica
Consultório 1	Cadeira giratória
Consultório 1	Mesa madeira
Consultório 1	Computador AOC
Farmácia da frente	Armário de aço
Eletro	Mesa de procedimento
Eletro	Cadeira plástica
Eletro	Computador philips
Eletro	Mesa de madeira
Eletro	Mesa de cabeceira
Eletro	Impressora SANS
Sala de medicina	Cadeira giratória
Sala de medicina	Cadeira reclinável

Sala de medicina	Armário de vidro
Sala de medicina	Mesa de apoio
Sala de inalação	Cadeira reclinável (9)
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Posto de enfermagem	Armário de madeira c/ 2 gavetas
Posto de enfermagem	Armário de vidro
Posto de enfermagem	Mesa de madeira
Posto de enfermagem	Cadeira de plástico
Posto de enfermagem	Cadeira simples
Posto de enfermagem	Cadeira simples
Posto de enfermagem	Computador SANS
Posto de enfermagem	Impressora SANS
Segunda sala de espera (ao lado do posto de enfermagem)	Longarina (5)
Segunda sala de espera (ao lado do posto de enfermagem)	TV SANSUNG
Corredor próximo a recepção	Longarina
Recepção controlador de acesso	Cadeira de plástico
Recepção controlador de acesso	Mesa de madeira
Recepção controlador de acesso	Cadeira de plástico
Recepção controlador de acesso	Cadeira de plástico
Recepção de entrada	Longarina
Recepção de entrada	Longarina
Recepção de entrada	Longarina
Recepção de entrada	Longarina

Recepção de entrada	Longarina
LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Recepção de entrada	Cadeira de plástico
Recepção de entrada	Cadeira de plástico
Recepção de entrada	Bebedouro c/ 3 torneiras
Recepção de entrada	Computador inteligente
Recepção de entrada	Computador positivo
Recepção de entrada	Impressora
Recepção de entrada	Cadeira giratória
Recepção de entrada	Cadeira giratória
Recepção de entrada	Cadeira giratória
Faturamento	Mesa de madeira
Faturamento	Mesa de madeira
Faturamento	Mesa de madeira
Faturamento	Prateleira de aço
Faturamento	Prateleira de aço
Faturamento	Armário de madeira
Faturamento	Cadeira giratória
Faturamento	Cadeira giratória
Faturamento	Cadeira giratória
Faturamento	Cadeira giratória
Faturamento	Computador positivo
Faturamento	Computador positivo

Faturamento	Computador LG

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Triagem	Balança digital
Triagem	Cadeira de plástico
Triagem	Mesa de madeira
Triagem	Cadeira giratória
Triagem	Armário madeira
Emergência	Coletor de roupas
Emergência	Coletor de roupas
Emergência	Armário de vidro
Emergência	Carrinho de emergência
Emergência	Cadeira giratória
Emergência	Cadeira de simples
Emergência	Mesa de madeira
Emergência	Mesa de apoio
Emergência	Cama adulto (4)
Emergência	Maca de parada
Emergência	Mesa de apoio
Emergência	Carrinho de elétrico
Sala de gesso	Maca de procedimento
Sala de gesso	Carrinho de apoio
Sala de gesso	Armário de madeira
Sala de gesso	Cadeira de plástico
Sala de gesso	Cadeira de plástico

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Lado externo da recepção	Longarina(2)
Lado externo da recepção	Suporte totem c/ pedal
DML de baixo	Prateleira de aço
DML de baixo	Prateleira de aço
Corredor em frente ao RH	Mesa de mármore
Corredor em frente ao RH	Mesa de mármore
Corredor em frente ao RH	Mesa de mármore
Corredor em frente ao RH	6 cadeiras das mesas de mármore
Lado externo do dentista	Longarina
Lado externo do dentista	Cadeira reclinável (2)
Isolamento do covid-19	Mesa de madeira
Isolamento do covid-19	Armário de vidro
Isolamento do covid-19	Armário de madeira
Isolamento do covid-19	Cama adulto (03)
Isolamento do covid-19	Mesa de procedimento
Isolamento do covid-19	Carrinho de emergência
Isolamento do covid-19	Mesa de alimentação
Isolamento do covid-19	Cadeira giratória
Assistente social	Gaveteiro de madeira
Assistente social	Cadeira giratória
Assistente social	Cadeira de plástico
Assistente social	Mesa de madeira

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Consultório odontológico	Estufa
Consultório odontológico	Cadeira giratória
Consultório odontológico	Gaveteiro de madeira
Consultório odontológico	Armário de madeira
Consultório odontológico	Cadeira de procedimento
Consultório odontológico	Armário de vidro
Consultório odontológico	Carrinho de procedimento
Consultório odontológico	Mesa de madeira
Consultório odontológico	Cadeira giratória verde(2)
Consultório odontológico	Mesa de madeira
Consultório odontológico	Cadeira de plástico
Consultório odontológico	Seladora cristófoli
Consultório odontológico	Autoclave de mesa digital
Consultório odontológico	Armário de madeira aberto
Consultório odontológico	Incubadora para indicadores
Consultório odontológico	Visualizador de RX
Consultório odontológico	Aparelho de infra
Consultório odontológico	Aparelho de RX
Manutenção	Trena Starret
Manutenção	Ponteiro
Manutenção	Arco de Serra
Manutenção	Espátula

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Manutenção	Aspirador Cirúrgico
Manutenção	TV sem Tosh 32''
Manutenção	Impressora OKI (3)
Manutenção	Impressora OKI (3)
Manutenção	Impressora OKI (3)
Manutenção	CPU LENOVO
Manutenção	CPU SAMSUNG (Santa Casa)
Manutenção	CPU SPELO PLUS
Manutenção	Monitor SAMSUNG
Manutenção	Monitor Positivo
Manutenção	Cadeira de Rodas (CDS)
Manutenção	Cadeira de Rodas (JAQUARIBE)
Manutenção	Cadeira de Rodas (Ortonix)
Manutenção	Cadeira de Rodas (JAQUARIBE)
Manutenção	Cadeira de Rodas (Ortonix)
Manutenção	Cadeira de Rodas
Manutenção	Cadeira de Rodas (Ortonix)
COVID	Cadeira de Rodas
Pediatria	Cadeira de Rodas
Pediatria	Cadeira de Rodas
Entrada emergência	Maca Inox
Entrada emergência	Carrinho Inox apolo

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
Entrada emergência	Cadeira de banho
Manutenção	escada alumínio 8 degraus
Manutenção	prateleira de Aço
Manutenção	prateleira de Aço
Manutenção	balança eletrônica
Manutenção	balança eletrônica
manutenção	balança eletrônica
manutenção	cadeira giratória
manutenção	maca inox
manutenção	maca inox
manutenção	maca inox
manutenção	maca Inox
manutenção	Parafusadeira Wonder
manutenção	furadeira black decker
manutenção	desempenadeira aço
manutenção	chave inglesa 15"
manutenção	esquadro beltools
manutenção	martelo
manutenção	torquês
manutenção	alicate
manutenção	alicate
manutenção	alicatinho

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
manutenção	marreta
manutenção	alicate de pressão
manutenção	Jogo de Chave Combinado
manutenção	arrebitadeira Ferja
manutenção	colher de pedreiro
manutenção	serrote ramada
manutenção	extensão de 5 metros
manutenção	formão sparta
manutenção	passador de fio
manutenção	alicate de bico
manutenção	chave 13 combinada
manutenção	chave 13 combinada
manutenção	Jogo de chave PHILIPS LOYAL
manutenção	alicate STANLEY
manutenção	alicate de bico
manutenção	alicate tramontina
manutenção	chave de fenda
manutenção	chave de fenda
manutenção	chave de fenda
manutenção	chave PHILIPS BELTOOLS
manutenção	chave PHILIPS Normal
manutenção	chave PHILIPS Normal

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
manutenção	chave PHILIPS Normal
manutenção	lima
manutenção	alicate de Bico
manutenção	jogo de Chave Alen
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	armário de aço
farmácia (estoque de material)	prateleira de aço
farmácia (estoque de material)	geladeira Eletrolux
farmácia	mesa de Madeira
farmácia	armário c/ 3 gavetas de madeira
farmácia	cadeira giratória
farmácia	cadeira giratória
farmácia	cadeira giratória

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
farmácia	cadeira simples
farmácia	armário de aço
farmácia	prateleira de aço
farmácia	prateleira de aço
farmácia	prateleira de aço
farmácia	computador inteligente
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	coletor de roupas
expurgo	armário metálico
expurgo	mesa de madeira
expurgo	balança eletrônica
sutura	Cadeira reclinável
sutura	mesa de apoio
sutura	maca inox
sutura	maca inox
sutura	maca de aço

LOCAL	MOBILIARIO/EQUIPAMENTOS
sutura	armário de vidro
sutura	armário de vidro
sutura	cadeira giratória
sutura	cadeira giratória
área de paramentação Vestiário	mesa de apoio
área de paramentação Vestiário	cadeira de plástico

LOCAL	MOBILIÁRIO/EQUIPAMENTO	QUANT.
Cons Odontológico	CADEIRA ESCRITÓRIO S/ BRAÇO	1
Cons Odontológico	CADEIRA ESCRITÓRIO C/ BRAÇO	1
Cons Odontológico	MOCHO DE CONSULTÓRIO	2
Cons Odontológico	MESA DE ESCRITÓRIO	2
Cons Odontológico	ARMÁRIO 02 PORTAS	1
Cons Odontológico	CARRINHO ODONTOLÓGICO	1
Cons Odontológico	CARRINHO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA	1
Cons Odontológico	COMPUTADOR	1
Cons Odontológico	APARELHO FOTOPOLIMERIZADOR	1
Cons Odontológico	ESTUFA	1
Cons Odontológico	APARELHO RX	1
Cons Odontológico	ARMÁRIO DE VIDRO	1
Cons Odontológico	CAIXA DE REVELAÇÃO	1
Cons Odontológico	CADEIRA ODONTOLÓGICA COM BRAÇO	1
Cons Odontológico	SUPORTE METÁLICO PARA ESTUFA	1

Cons Odontológico	ARMÁRIO DE MADEIRA ABERTO	1
Cons Odontológico	SELADORA DE PÉS	1
Cons Odontológico	AUTOCLAVE PEQUENA	1
LOCAL	MOBILIARIOS/EQUIPAMENTOS	**QUANT.**
Cons Odontológico	LIXEIRA GRANDE	3
Cons Odontológico	LIXEIRA PEQUENA	2
Cons Odontológico	APARELHO DE TESTE BIOLÓGICO	1
Cons Odontológico	EXTENSÃO ELÉTRICA COM 4 TOMADAS	1
Cons Odontológico	VENTILADOR DE PAREDE	1
Cons Odontológico	OXIMETRO	1
Cons Odontológico	APARELHO AFERIDOR PA AUTOMÁTICO	1
Cons Odontológico	MEDIDOR DE GLICEMIA	1
Cons Odontológico	CANETA DE ALTA ROTAÇÃO	2
Cons Odontológico	BANDEJA CLÍNICA	12
Cons Odontológico	CARPULE	11
Cons Odontológico	CABO DE ESPELHO	12
Cons Odontológico	SONDA EXPLORADORA	12

Cons Odontológico	PINÇA	12
Cons Odontológico	CURETA DENTISTICA	12
Cons Odontológico	APLICADOR DE HIDROXIDO DE CALCIO	3
Cons Odontológico	CURETA DE PERIODONTIA	22
Cons Odontológico	SUGADOR DE ENDODONTIA	4
Cons Odontológico	SUGADOR DE CIRURGIA	2
Cons Odontológico	TESOURA	8
Cons Odontológico	PORTA AGULHA	8
Cons Odontológico	SINDESMOTOMO	8
Cons Odontológico	CURETA DE CIRURGIA	10
Cons Odontológico	CABO DE BISTURI	3
Cons Odontológico	OSTEOTOMO	2
Cons Odontológico	ALAVANCA RETA	7
Cons Odontológico	ALAVANCA 1/2 CANA	4
Cons Odontológico	ALAVANCA BANDEIRINHA KIT 2	4
Cons Odontológico	LIMA DE OSSO	3

Cons Odontológico	FORCEPS 150	6
Cons Odontológico	FORCEPS 151	5
Cons Odontológico	FORCEPS 16	3
Cons Odontológico	FORCEPS 18 R	4
Cons Odontológico	FORCEPS 18 L	4
Cons Odontológico	FORCEPS 17	5
Cons Odontológico	FORCEPS 69	4
Cons Odontológico	FORCEPS 65	3
Cons Odontológico	FORCEPS 1	3
Cons Odontológico	FORCEPS INFANTIL 101	1
Cons Odontológico	FORCEPS INFANTIL 101	1
Cons Odontológico	FORCEPS INFANTIL 17	1
Cons Odontológico	FORCEPS 27	1
Cons Odontológico	LAMPARINA	1
Cons Odontológico	PINÇA DENTE DE RATO	1
Cons Odontológico	POSICIONADOR DE RX	10

Cons Odontológico	LIXEIRA DE ALUMÍNIO	1
Cons Odontológico	PORTA ALGODÃO	2

16. METAS

16.1. METAS QUANTITATIVAS

As metas quantitativas serão avaliadas em 3 itens:

1. PRODUÇÃO, Para avaliação de cumprimento da meta de produção, serão considerados os procedimentos de atendimento ambulatorial no Pronto Socorro, baseado em parâmetros de organização do serviço pela área técnica da SES de Pindamonhangaba. A meta corresponde à soma da produção dos seguintes procedimentos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
03.01.06.002-9	Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em Atenção Especializada
03.01.06.009-6	Atendimento médico em Unidade de Pronto Atendimento
03.01.06.006-1	Atendimento de urgência em Atenção Especializada

O acesso aos serviços de urgência e emergência será disponibilizado durante as 24 horas dos 07 dias da semana e deverá obedecer às normas e fluxos estabelecidos pela RUE, sendo que o serviço a ser prestado na estrutura do Pronto Socorro poderá ocupar mais ou menos pacientes conforme sazonalidade da demanda, garantindo a qualidade da assistência.

Para a estimativa de metas de atendimentos é necessário considerar:

- A cobertura das equipes de Atenção Básica no Município corresponde a 68% da população (Fonte: APS SES dez/2020);

- Os serviços de urgência e emergência funcionam durante 24 horas e assim, apresentam situações que vão desde aquelasde sua estrita responsabilidade, até atendimentos com umvolume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidos em estruturas de menor complexidade.
- Os usuários utilizam os serviços de urgência e emergência por entenderem que esta alternativa é mais resolutiva, pois recebem um somatório de recursos, como: consultas, remédios, exames, procedimentos de enfermagem e internações.
- A média quantitativa de atendimentos por plantão de 24 horas no Pronto Socorro é de 395 (trezentos e noventa e cinco) pacientes, distribuídos nas áreas de pediatria, clínica médica, cirurgia geral e odontologia.
- Esse quantitativo teve como base o número de profissionais, considerando: o quantitativo de procedimentos estabelecido pelos Conselhos Regionaisde Medicina e Odontologia, bem como a capacidade instalada do Pronto Socorro Municipal.
- Admite-se como tolerância a variação do número de atendimentos em 25% abaixo e 10% acima da meta, correspondendo ao número médio mensal entre 296 (duzentos e noventa e seis) a 435 (quatrocentos e trinta e cinco) atendimentos médios por dia.
- Tal variação não ocasionará variação no repasse financeiro.
- A Contratada deverá apresentar à fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba todos os documentos comprobatórios do atendimento superior ou inferior às metas previstas, com suas respectivas justificativas específicas.
- A Secretaria Municipal de Saúde atestará as justificativas e documentos apresentados pela Contratada com a finalidade de comprovar o atendimento inferior ou superior às metas previstas. Mesmo que o quantitativo máximo de atendimentos extrapole o que está previsto em contrato, a Contratada não poderá em hipótese alguma recusar atendimento assistencial.
- No caso excepcional do quantitativo mensal de pacientes exceder o limite máximo permitido por 06(seis) meses consecutivos, fará jus a entidade a solicitar avaliação acerca do reequilíbrio econômico-financeiro do contrato. Caso haja

redução do número mínimo de atendimentos previsto por 06 (seis) meses consecutivos, as partes transigirão no sentido de redução do valor mensal a ser repassado à entidade, formalizando,obrigatoriamente, por meio de termo aditivo eventual alteração contratual

Tempo de Espera na Urgência e Emergência;

O tempo de espera na Urgência e Emergência é o tempo decorrido entre a chegada do paciente na Unidade de Pronto Atendimento e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco. É um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência.

Como meta quantitativa será avaliado o tempo de espera do usuário classificado com Risco Amarelo, Laranja e Verde (medido desde a classificação de risco até o início do atendimento médico), segundo Protocolo de Manchester que será apresentado logo a frente.

Percentual de Profissionais Médicos Cadastrados no Cnes.

O objetivo deste item é propiciar o conhecimento da rede assistencial e a regularidade da Contratada junto ao Ministério da Saúde.

A contratada deverá manter sempre atualizado seu quadro de profissionais cadastrados no CNES, informando mensalmente a relação de profissionais que prestam serviços na instituição com comprovação da solicitação e/ou exclusão de cadastro junto ao CNES.

Os indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A meta quantitativa de cada indicador e a fórmula de cálculo serão detalhados em Manual de Indicadores de Qualidade

A avaliação das metas será iniciada a partir do 1º trimestre de contrato executado.

16.2. METAS QUALITATIVAS

As metas qualitativas também serão avaliadas em 3 itens:

Satisfação do Usuário

A Contratada deverá utilizar sistema eletrônico de avaliação de satisfação dos usuários. A Pesquisa de Satisfação do Usuário destina-se à avaliação da percepção do usuário sobre a qualidade do serviço prestado ao cliente e a garantia da participação da população no processo de tomada de decisões.

Horas Pessoas/ Treinamento

No processo de capacitação os profissionais irão compreender os valores, a filosofia e as políticas do Pronto Socorro Municipal, auxiliando no desempenho das atividades para que tudo seja realizado de acordo com as diretrizes institucionais, habilitando o profissional a exercer com mais qualidade as atividades diárias, por possuir um conhecimento mais aprofundado sobre sua área de atuação no SUS.

O objetivo deste indicador é monitorar o esforço de capacitação dos profissionais por meio de treinamento. O indicador a ser utilizado tem por finalidade mensurar a quantidade de horas de treinamento do profissional.

É utilizado o número total de horas de formação pelo número total de profissionais, sendo importante observar que:

- Deverão ser treinados os profissionais envolvidos na assistência ao paciente (enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e auxiliares de farmácia, médicos, assistentessociais, profissionais da higienização, recepcionistas, profissionais do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU);
- O número total de horas de formação refere-se à somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado;
- Deverão ser contabilizados cursos realizados dentro e fora da carga horária do trabalhador,inclusive os ministrados pelo SUS. Não deverão ser incluídas reuniões

administrativas.

Qualidade da Informação

Tem como objetivo melhorar a qualidade da comunicação entre a Contratada e a equipe de fiscalização da Secretaria de Saúde do Município de Pindamonhangaba, com adequado fluxo de informações para o desempenho da operação da execução e da gestão do Pronto Socorro.

As informações fornecidas deverão ser relacionadas ao atendimento prestado no Pronto Socorro. Destaca-se que a informação deverá ser entregue nos prazos e critérios estabelecidos pela Comissão de Acompanhamento de Contrato, sendo essencial o atendimento de todos os critérios solicitados de forma inequívoca.

Os tópicos a serem considerados dentro da qualidade da informação são:

- Nº de pacientes atendidos por classificação de risco com a estratificação dos volumes por risco de atendimento, horários, demonstrando as evasões e desistências, com gráfico comparativo dos meses anteriores;
- Nº de atendimentos por especialidade e por CID;
- Nº de procedimentos com finalidade diagnóstica;
- Relação nominal e nº de medicamentos dispensados internamente no Pronto Socorro;
- Percentual de perdas no estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares adquiridos pela Contratada;
- Escala dos profissionais de saúde;
- Nº de pacientes classificados e atendidos, agrupados por Unidade de Saúde;
- Percentual de atendimentos/consultas odontológicas realizadas com intervenção através de procedimentos clínicos odontológicos de urgência;
- Relação dos pacientes cadastrados no Sistema CROSS que permaneceram no Pronto Socorro por um período maior ou igual a 24 horas;
- Relação nominal dos pacientes que procuraram os serviços do Pronto Socorro por mais de 2 vezes durante o intervalo de 30 dias, agrupados por Unidade de Saúde.

A avaliação das metas será iniciada a partir do 1º trimestre de contrato executado.

Relatórios Definidos no Indicador "Qualidade da Informação"

- Nº de pacientes atendidos por classificação de risco com a estratificação dos volumes por risco de atendimento, horários, demonstrando as evasões e desistências, com gráfico comparativo dos meses anteriores;
- Nº de atendimentos por especialidade e por CID;
- Nº de procedimentos com finalidade diagnóstica;
- Relação nominal e nº de medicamentos dispensados internamente no Pronto Socorro;
- Percentual de perdas no estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares adquiridos pela Contratada;
- Escala dos profissionais de saúde;
- Nº de pacientes classificados e atendidos, agrupados por Unidade de Saúde;
- Percentual de atendimentos/consultas odontológicas realizadas com intervenção através de procedimentos clínicos odontológicos de urgência,
- Relação dos pacientes cadastrados no Sistema CROSS que permaneceram no Pronto Socorro por um período maior ou igual a 24 horas;
- Relação nominal dos pacientes que procuraram os serviços do Pronto Socorro por mais de 2 vezes durante o intervalo de 30 dias, agrupados por Unidade de Saúde

17. POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

Detalhamento mecanismos de recrutamento, seleção e ambientação de colaboradores, bem como as formas de avaliação de desempenho, controle de assiduidade e pontualidade.

Descrição da implantação de Programa de Segurança no Trabalho e Qualidade de Vida em linha com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.

Projeto de Desenvolvimento Humano Nesses últimos anos – marcados por intensas mudanças nos cenários organizacionais – a área de Gestão de Pessoas (GP) vem, gradualmente, buscando atuar alinhada às diretrizes organizacionais, seja atraindo e retendo novos talentos, desenvolvendo o potencial humano existente e, ajustando o perfil dos profissionais para atender às novas demandas.

Na Gestão Pública não é diferente, e mais, faz-se necessário lidar com um maior controle social, reformulação do papel das instituições públicas, necessidade de novos conhecimentos, novas competências multifuncionais e multidisciplinares, novas habilidades sociais, visão sistêmica etc., são algumas das exigências que a área de GP no Serviço Público deve estar atenta.

É o rompimento do velho paradigma da Administração de Recursos Humanos, vivenciado até a década de 70 com resquícios até hoje, que era referência apenas para as questões salariais e trabalhistas dos servidores, além disso, acenava a estabilidade do servidor como alienação; para um modelo onde há de se considerar a formulação de políticas de gestão de pessoas alinhadas às estratégias e, a estabilidade do servidor deve implicar constante disposição para seu aprimoramento ao longo da carreira.

A FENIX apresenta como estratégias para o desenvolvimento humano as atividades ligadas a uma função social de busca pela competência técnica que permeia todos os níveis, além de tomar como base princípios, objetivos e desafios da política macro construída ao longo do tempo, conforme se descreve:

“Compromisso com a formação humana integral, com a produção e a difusão do conhecimento científico e tecnológico, tendo em vista as necessidades da sociedade.”

Principais Objetivos:

- Ministrar cursos de formação inicial e continuada a trabalhadores, incluídos a iniciação, o aperfeiçoamento e a atualização;
- Ofertar educação continuada, por diferentes mecanismos, visando à atualização, ao aperfeiçoamento e à especialização de profissionais;
- Realizar pesquisas aplicadas, estimulando o desenvolvimento de soluções tecnológicas de forma criativa e estendendo seus benefícios à comunidade;
- Promover a integração com a comunidade, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida, mediante ações interativas que concorram para as transferências e aprimoramento dos benefícios e conquistas auferidos na atividade acadêmica e na pesquisa aplicada;

Objetivos e ações da Gestão de Pessoas:

- Fortalecer as comissões de apoio e aperfeiçoar os mecanismos de avaliação do desempenho dos colaboradores, visando garantir a eficácia da atuação profissional;
- Assegurar as condições de saúde e segurança dos colaboradores da FENIX em atendimento à requisitos legais aplicáveis;
- Realizar estudos e levantamento do dimensionamento da força de trabalho na instituição;
- Promoção da gestão organizacional considerando as competências e os conhecimentos dos colaboradores para alcançar os objetivos institucionais com base na satisfação profissional;
- Fomento à participação de colaboradores em programas de capacitação com instituições de ensino (cursos técnicos, graduação e pós-graduação);
- Fomento à participação de colaboradores e gestores em treinamentos, cursos, palestras, congressos e seminários;
- Desenvolver programas relacionados à melhoria da qualidade de vida

do servidor;

- Desenvolver e aperfeiçoar os processos de gestão no âmbito da gestão de pessoas;
- Realização de contratação, redistribuição e remanejamento de servidores. Estruturação para gestão de pessoas

Não existem leis ou princípios universais que definam um modelo de gestão de pessoas acabado. Em algum momento um modelo de gestão é a forma pela qual a empresa se estrutura para gerenciar e orientar o comportamento das pessoas no trabalho.

A GP é contingencial, sistêmica e orgânica, ou seja, depende da situação organizacional (do ambiente, das tecnologias disponíveis, das pessoas, das políticas institucionais e de GP, da filosofia e da cultura organizacional).

Essa forma gerencial não é estática, mas está em constante mudança em virtude da acessibilidade a informação, tecnologia e da humanização no trabalho. Gramigna (2009) afirma sobre um dos modelos de administração de pessoal tradicional, o modelo centralizador, que foi um modelo adotado à tempos nos Departamentos de Recursos Humanos, caracterizado pela concentração de tarefas em pessoas-chave, sem completa ou com pouca desintegração de funções.

Segundo Solino (2009) este modelo está com os dias contados, pois a ênfase na crença de que algumas pessoas podem fazer tudo sozinhas, dificulta a adoção do trabalho em equipe e contribui para que a área de Recursos Humanos (RH) seja vista como uma mera prestadora de serviços burocráticos, em virtude da incapacidade de resposta e da desqualificação da característica de desenvolvimentismo humano da área.

Por outro lado, os modelos de divisão de trabalho por processos e subsistemas de GP vêm sendo amplamente trabalhados, com as devidas adaptações, uma vez que propiciam a sistematização das atividades com foco, e ainda maior aprofundamento dos assuntos trabalhados, rapidez na resolução de problemas, maior controle das atividades pelos/as gestores/as, qualificação das atividades, evita a sobrecarga de trabalho e a dispersão, situações comuns em pessoas que tentam resolver várias atividades concomitantes.

Solino (2009) afirma ainda que, a grande mudança que vem sendo perseguida

pelas áreas de RH, notadamente com seus novos corolários (Gestão de Pessoas, Gestão com Pessoas, Gestão de Seres Humanos, Gestão do Capital Intelectual, Gestão de Competências e do Conhecimento), tem sido o seu realinhamento estrutural para viabilizar maior agilidade, flexibilidade, tempo para inovar, que privilegia a qualidade e participação por equipe dos colaboradores e a gestão do conhecimento dos trabalhadores.

A maneira como buscar as pessoas no mercado, integrá-las, orientá-las, desenvolvê-las, recompensá-las e acompanhá-las, ou seja, a qualidade da maneira que as pessoas devem ser geridas na instituição é o que poderá diferenciar uma instituição de outra e torná-la atraente aos talentos, além de possibilitar a construção de um modelo contemporâneo de referência.

Práticas de Gestão de Pessoas

Para Chiavenato (2010), há seis processos na GP, que devem fazer parte de suas políticas e práticas. O autor define processos como um conjunto de atividades estruturadas que fornecem valor a um cliente.

Este cliente não precisa ser necessariamente um cliente externo da empresa, pode estar dentro da empresa.

É o chamado cliente interno. Vejamos:

1- Processos de agregar pessoas: são processos utilizados para incluir novas pessoas na empresa. Podem ser denominados processos de provisão ou de suprimento e incluem: recrutamento e seleção de pessoas.

2- Processos de aplicar pessoas: referem-se aos processos utilizados para determinar as atividades que as pessoas irão realizar na empresa, orientar e acompanhar seu desempenho. Incluem desenho organizacional e desenho de cargos, análise e descrição de cargos, orientação das pessoas e avaliação do desempenho.

3- Processos de recompensar pessoas: são os processos utilizados para incentivar as pessoas e satisfazer suas necessidades individuais mais elevadas. Incluem recompensas, remuneração e benefícios e serviços sociais.

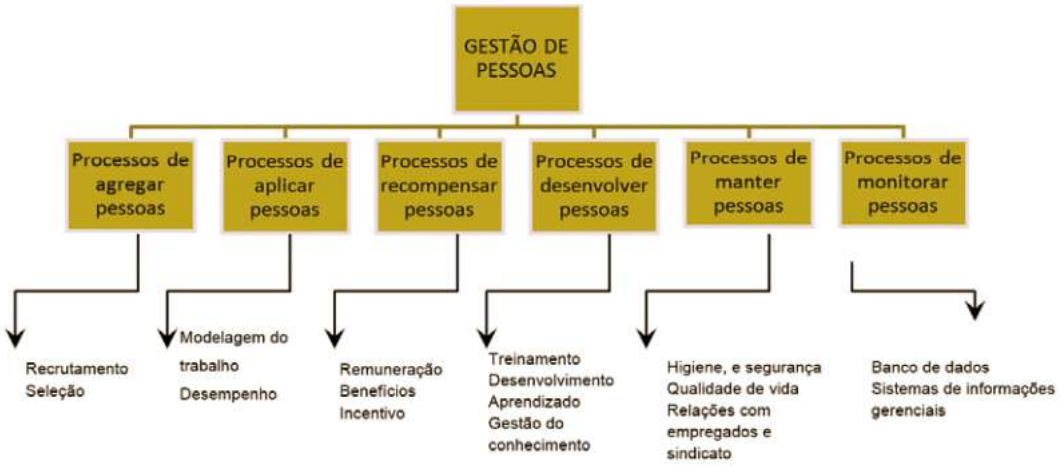
4- Processos de desenvolver pessoas: são processos utilizados para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal das pessoas.

Envolvem seu treinamento e desenvolvimento, gestão do conhecimento e gestão de competências, aprendizagens, programas de mudança e desenvolvimento de carreira e programas de comunicação e consonância.

5- Processos de manter pessoas: são processos utilizados para criar condições ambientais e psicológicas satisfatórias para as atividades das pessoas. Incluem administração da cultura organizacional, clima, disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações sindicais.

6- Processos de monitorar pessoas: são processos utilizados para acompanhar e controlar as atividades das pessoas e verificar resultados. Incluem banco de dados e sistemas de informações gerenciais

Os Seis Processos de Gestão de Pessoas Fonte:



FONTE: CHIAVENATO, 2010, p. 15.

Esses processos estão inter-relacionados e se influenciam mutuamente, podendo favorecer ou prejudicar os demais quando bem ou mal utilizados.

Para a FENIX, as políticas de Recursos Humanos melhoram as relações entre empregador e empregados. Ações como palestras, seminários, dinâmicas de grupos, encontro com funcionários, publicações periódicas e campanhas internas são ações que devem ser executadas e continuadas.

O objetivo do departamento de recursos humanos é criar oportunidades para as pessoas crescerem na empresa.

As atividades de Gestão de Pessoas estão sempre relacionadas entre si e sofrem influências umas das outras, sendo difícil estabelecer um sistema de classificação de atividades de GP capaz de abranger todas as atividades e não deixar nada de fora.

I. Sistema de suprimento ou de agregação: refere-se às atividades realizadas com a finalidade de incluir novas pessoas na empresa, abrangendo, entre outras atividades, recrutamento e seleção. Sistemas de aplicação: envolve atividades relacionadas ao desenho das atividades que as pessoas irão realizar na empresa, bem como para orientar e acompanhar seu desempenho.

II. Sistemas de capacitação ou de desenvolvimento: envolve atividades destinadas a capacitar e desenvolver profissionalmente as pessoas que atuam nas organizações.

III. Sistema de manutenção ou recompensa: abrange todas as atividades realizadoras com a finalidade de criar condições ambientais e psicológicas satisfatórias para a atuação das pessoas.

IV. Sistema de controle e monitoração: refere-se a atividades relacionadas ao monitoramento e acompanhamento e a verificação dos resultados de seu trabalho.

V. Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e Remuneração.

Dentre os serviços gerais encontramos as funções de: serviços de recepção, segurança patrimonial e portaria, telefonistas, manutenção predial, jardinagem, restaurante e refeitório, limpeza e conservação, posto bancário, ambulatório, brigada de incêndio, mensageiros externos e internos.

Estes serviços atualmente são na maioria das vezes terceirizados, pois são geradores de despesas.

De maneira geral, as políticas e práticas estratégicas de Gestão de Pessoas são:

1. Análise e descrição de cargos.
2. Desenho de cargos.
3. Recrutamento e seleção de pessoal.

4. Admissão de candidatos selecionados.

5. Orientação e integração de novos funcionários.

6. Administração de cargos e salários.

7. Incentivos salariais e benefícios sociais.

8. Avaliação do desempenho dos funcionários.

9. Comunicado aos funcionários.

10. Treinamento e desenvolvimento de pessoal. (A função de Recursos Humanos envolve as áreas de: departamento pessoal, recrutamento e seleção, desenvolvimento dos recursos humanos, avaliação de desempenho, cargos e salários, folha de pagamento);

11. benefícios, orçamentos, relações sindicais, medicina do trabalho, planejamento de carreira, segurança do trabalho e treinamento operacional.

Antigamente, a Gestão de Pessoas se concentrava em um departamento fechado e à parte da organização, mantendo tudo a respeito da área em um clima repleto de segredos e mistérios, como as escalas salariais, que eram tão sigilosas que nem mesmo os gerentes as conheciam, além de terem o papel de controlar rigidamente a carreira dos funcionários e valorizar excessivamente a área, em detrimento dos objetivos estratégicos da empresa, esta área não pode ser vista como um setor de administração de pessoal, com atribuições burocráticas e operacionais, ela tem um novo papel de Recursos Humanos nos seguintes tópicos:

● Propor, definir e garantir um conjunto de normas e procedimentos alinhados com os princípios empresariais e de acordo com a legislação trabalhista.

● Criar e operar sistemas que permitam que as oportunidades de emprego e desenvolvimento de carreira estejam disponíveis a todos.

● Dar suporte às demais unidades da empresa no recrutamento e desenvolvimento das pessoas.

● Criar, propor e administrar instrumentos que possibilitem uma remuneração competitiva a todos os funcionários.

● Buscar sempre a diversidade, com o objetivo principal de aumentar o capital intelectual, de modo a garantir a capacidade de atualização e inovação da empresa.

● Ver as pessoas e a organização como seres espirituais e ajudá-las a dar o

próximo passo em seu processo de desenvolvimento.

● Ter no treinamento a principal ferramenta para retenção do capital humano, e desenvolver novas competências para a atual era empresarial.

● Dignificar o trabalho e o ser humano.

Para a Gestão de Pessoas a FENIX entende que se deve colocar suas lentes nas pessoas e:

1. Entendê-las enquanto seres humanos que possuem personalidade e história pessoal, possuidores de conhecimentos, habilidades e competências.
2. Pessoas são ativadores de recursos organizacionais: elas são elementos impulsionadores de uma organização, capazes de dotá-la de talentos para sua constante renovação para um mundo de constantes desafios.
3. Pessoas são parceiras da organização: são capazes de levar a organização à excelência e ao sucesso, são pessoas que investem seu esforço, dedicação e responsabilidade, suas expectativas e recebem o reconhecimento por meio de salários, crescimento profissional, progressão na carreira, incentivos financeiros. Quando o retorno é bom e sustentável, a tendência será a manutenção e o aumento deste investimento.
4. Pessoas possuem talentos e são fornecedoras de competências: pessoas são essenciais ao sucesso organizacional. Comprar máquinas para se igualar aos concorrentes é algo relativamente fácil, porém, construir competências similares aos concorrentes é algo que leva tempo e aprendizado.
5. Pessoas como capital humano das organizações: pessoas agregam inteligência ao negócio. Portanto, o foco principal da área de Recursos Humanos é administrar as relações das organizações com as pessoas, que devem ser vistas hoje como parceiras do negócio e não mais meros recursos empresariais.

Este é nosso maior desafio. A FENIX entende que o recurso mais valioso de uma organização é o conhecimento humano, pois as pessoas são a base das organizações.

A FENIX não acredita que o valor de uma organização está mais no patrimônio físico, mas sim no capital intelectual, por isso a FENIX está investindo maciçamente em conhecimento, pois é o capital intelectual que determina o valor de

mercado.

Pesquisa de Clima Organizacional

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma ferramenta estratégica para a gestão de pessoas, influenciando diretamente no sucesso da empresa como um todo.

Por meio dela, o time de Recursos Humanos consegue identificar padrões comportamentais, problemas de convivência e conflitos que precisam ser solucionados para que não haja desarmonia no ambiente de trabalho.

Assim, os gestores conseguem ter uma noção mais clara e realista sobre o nível de satisfação profissional de seus colaboradores, buscando melhorias constantes e fortalecendo os pontos positivos da equipe.

Ela é uma forma estruturada e bastante eficiente de estabelecer uma comunicação aberta entre os funcionários, os gestores e a equipe de RH, resultando em uma melhoria significativa na convivência, na motivação e nos resultados gerais e individuais.

A principal vantagem da pesquisa é a melhoria na comunicação de uma forma geral, visto que há um lugar e um momento certo para que a equipe reporte suas queixas ao RH, o que torna o processo de solução de problemas mais organizado e eficiente.

Com a Pesquisa, os funcionários se sentem mais ouvidos, aumentando o engajamento e a participação na empresa. Além disso, os colaboradores sentem que suas necessidades não estão sendo negligenciadas pelos gestores.

Aplicação - O que as pessoas farão na organização?

- Integração de pessoas ao trabalho (socialização),
- Avaliação do desempenho.
- Manutenção

Como manter as pessoas trabalhando na organização?

- Planos de remuneração,
- Benefícios e progressão funcional,
- Segurança no trabalho,
- Relações sindicais.
- Desenvolvimento

Como preparar e desenvolver as pessoas?

- Treinamento e Desenvolvimento.
- Monitoramento

Como saber o que são e o que fazem as pessoas?

- Sistema de Gerenciamento de Recursos Humanos-SRH,
- Controle de frequência,
- Remanejamento e permuta,
- Auditoria de pessoal.

Tendo consciência da percepção individual de cada um, o RH pode encontrar soluções para conflitos e melhorar a relação pessoal entre colaboradores, tornando a convivência mais tranquila e o dia a dia de trabalho menos estressante. Dessa forma, sem ter que se preocupar com essas questões pendentes e conflitos mal resolvidos, os profissionais conseguem ter mais foco e concentração em suas funções de trabalho, o que influencia diretamente no nível de produtividade de toda a equipe.

Para a organização, isso resulta em mais eficiência e melhores resultados. Ademais, um ambiente de trabalho saudável ajuda a diminuir significativamente a taxa de turnover e proporciona uma melhora na imagem da Instituição, fazendo com que ela se torne atrativa para novos talentos.

A Pesquisa de Clima Organizacional não serve apenas para registrar as queixas e reclamações do time. Ela também é uma forma de identificar quais são os pontos positivos de equipe em termos de relacionamento, fazendo com que o RH possa fortalecê-los ainda mais.

Pesquisa de Clima Organizacional

17.1. REGULAMENTO INTERNO DE RECRUTAMENTO, SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PESSOAL.

Art. 1º - O Regulamento Interno de Seleção e Contratação de Pessoal está alicerçado de acordo com os valores da FENIX DO BRASIL SAUDE – GESTÁO E DESENVOLVIMENTO DE POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.

§ 1º - As Normas estabelecidas nesse Regulamento serão aplicadas no âmbito das relações estabelecidas nos Contratos de Gestão celebrados e em todas as contratações sob regime celetistas da FENIX DO BRASIL SAUDE, e sempre regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

§ 2º - Os procedimentos especificados por esse Regulamento serão regidos pelos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, isonomia, julgamento objetivo, eficiência e probidade.

§ 3º - É vedada, nos termos da Lei federal nº 9.029/95, a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa par efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar, idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de contratação de menor prevista no inciso XXXIII, do art. 7º da Constituição Federal.

§ 4º - O Processo Seletivo deve ser realizado após a divulgação da vaga no site da Organização, quadro de aviso da Organização e das Afiliadas, sites especializados na busca e recolocação de profissionais do mercado, dentre outros de forma transparente, permitindo que todos os candidatos participem em condições de igualdade. A construção e manutenção do Banco de Currículos se dá através do recebimento de currículo em meio físico ou meio eletrônico através do e-mail oficial da Organização.

§ 5º - Os Procedimentos de Recrutamento e Seleção são compostos por etapas que podem ser eliminatórias e/ou classificatórias

§ 6º - Os Procedimentos de Recrutamento e Seleção de Pessoal serão realizados pela área de Recursos Humanos da FENIX DO BRASIL SAÚDE, por meio de técnicas e pessoal capacitado facultado à realização por terceiro interposto, total ou parcialmente, obedecidos em quaisquer casos os procedimentos estabelecidos neste Regulamento.

§ 7º - Para contratação de Posições estratégicas e de gestão da Organização, o processo de recrutamento e Seleção poderá seguir regras específicas a serem definidas de acordo com o cargo.

§ 8º - Em casos de urgência de contratação de pessoal em função de necessidade expressa de celeridade de atendimento assistencial, poderão ser dispensadas algumas etapas do processo previsto nesse Regulamento, desde que observados os princípios de publicidade, economicidade e impessoalidade.

§ 9º - O processo de seleção, sempre que possível, deve priorizar a seleção interna, gerando oportunidades de crescimento e desenvolvimento na Organização, tendo como premissa a transparência e impessoalidade.

Art. 2º Para finalidade deste Regulamento considera-se:

I. Recrutamento: toda atividade desenvolvida com o intuito de atrair candidatos interessados ao preenchimento de cargo, a partir de uma vaga com perfil e necessidades previamente definidos;

II. Cargo: composição de todas as atividades desempenhadas pelo profissional empregado que podem ser englobadas em um todo unificado e que figura em certa posição formal do organograma da empresa;

III. Função: conjunto de tarefas ou de atribuições, sistemáticas e reiteradas;

IV. Triagem: análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no formulário de cadastro do currículo e os requisitos publicados da vaga;

V. Seleção: toda atividade desenvolvida para a escolha, dentre os candidatos triados, do profissional que melhor atende aos requisitos da vaga de trabalho

oferecida;

VI. Pessoal: todos os profissionais que desempenham atividade vinculada aos objetivos da Organização, com vínculo empregatício direto, não terceirizado;

VII. Remanejamento: movimentação de pessoal entre setores ou entre unidades, no mesmo cargo;

Promoção: alteração de cargo ou função, em linha ascendente, do profissional já empregado da Organização; Art. 3º - A Abertura do processo de recrutamento e seleção se dará mediante autorização expressa do Diretor Executivo.

Art. 4º O comunicado de recrutamento no sítio da FENIX DO BRASIL SAÚDE, informará obrigatoriamente o cargo, número de vagas, a carga horária, salário, benefícios, perfil básico exigido para o cargo ou função, etapas do processo, o endereço e prazo para o cadastro de currículos.

Art. 5º - A inscrição dos candidatos, na fase de recrutamento dar-se-à através do cadastro eletrônico do currículo, através do sítio www.fenixbrasilsaude.org.br, link “trabalhe conosco”.

Art. 6º - A seleção dos candidatos se dará obedecendo aos critérios tecnicamente admitidos, por meio de prova escrita e análise curricular, podendo ser conjugada a outros instrumentos como, avaliação psicológica, entrevista técnica, comprovação de experiência e/ou habilitação técnica-operacional, provas situacionais entre outros legalmente admitidos, desde que previamente previsto e divulgados no edital.

Art. 7º - A prova escrita, de caráter classificatório e eliminatório, tem por objetivo avaliar por escrito o conhecimento do candidato, de forma objetiva e/ou interpretativa, tanto aspectos técnicos da posição pretendida como assuntos de conhecimento geral, etc, vinculadas à área de trabalho em que desenvolverá o seu exercício funcional. Parágrafo Único – A prova escrita será aplicada em dia, horário e local previamente informado no sítio da FENIX DO BRASIL SAÚDE.

Art. 8º - A análise curricular, de caráter classificatório, e a fase da seleção que

consiste na verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência para o cargo pretendido. Tem por objetivo avaliar os cursos, títulos, experiência profissional, produção científica, etc. realizados pelo candidato durante sua carreira profissional. Pode ser eliminatório e/ou classificatório de acordo com o perfil da posição.

Art. 9º - A avaliação psicológica, de caráter eliminatório, é a fase da seleção que consiste da entrevista psicológica e/ou aplicação de testes comportamentais.

§1º - Esta etapa será conduzida obrigatoriamente pela área responsável pela seleção, através de seu quadro de psicólogos, ou a critério da administração , através de empresa de consultoria ou profissionais da área de psicologia contratados especificamente para esse fim.

§2º - Após a aferição dos testes aplicados e/ou entrevista psicológica, o psicólogo avaliador recomendará ou não o candidato para ocupar o cargo pretendido.

§3º - A data, horário e local para a realização da avaliação psicológica serão previamente informados no sítio da FENIX DO BRASIL SAUDE.

Art. 10º Os candidatos que apresentarem melhor desempenho no processo de seleção, serão encaminhados ao gestor e/ou solicitante da posição para entrevista e definição e escolha do(s) candidato(s) finalista (s). Para ser efetivado na posição, o candidato finalista ainda deve passar pelas seguintes etapas de aprovação: I. Avaliação da Medicina do Trabalho com emissão do Atestado de Saúde Ocupacional aferindo aptidão as atividades que serão desempenhadas; II. Entrega pelo candidato de todos os documentos necessários para a contratação.

Modelo de Avaliação de Desempenho

INDICADORES DE COMPETÊNCIA PARA GESTORES.

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA GESTORES						
ÁREA DE COMPETÊNCIA	Capacidade de gestão	Preparo e qualificação	Capacidade de trabalho em equipe	Compromisso com resultados	Visão institucional	Características comportamentais
INDICADORES DE COMPETÊNCIA	Capacidade de Mobilização	Capacidade de Orientação	Interação	Orientação para Eficiência e Eficácia	Interesse pela Instituição	Equilíbrio
	Delegação / Feedback	Planejamento	Interlocução	Foco em Objetivos e Metas	Compromisso com Valores	Relacionamento Interpessoal
	Monitoramento	Comunicação	Cooperação	Capacidade Analítica	Visão dos Clientes	Iniciativa
	Visão Estratégica	Capacidade de Negociação	Motivação	Busca de Orientação	Articulação	Automotivação
	Desenvolvimento / Formação de Sucessores	Geração de Conhecimento		Foco em Superação	Normas	Inovação
	Tratamento de Conflitos	Autodesenvolvimento				Empatia
						Discrição

INDICADORES DE COMPETÊNCIA PARA NÃO GESTORES.

AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA NÃO GESTORES						
ÁREA DE COMPETÊNCIA		Preparo e qualificação	Capacidade de trabalho em equipe	Compromisso com resultados	Visão institucional	Características comportamentais
INDICADORES DE COMPETÊNCIA		Conhecimento Técnico	Interação	Orientação para Eficiência e Eficácia	Interesse pela Instituição	Equilíbrio
		Capacidade Analítica	Interlocução	Busca de Orientação	Compromisso com Valores	Relacionamento Interpessoal
		Organização	Cooperação	Foco em Superação	Visão dos Clientes	Iniciativa
		Comunicação	Motivação		Articulação	Automotivação
		Capacidade de Negociação				Empatia
		Introdução de Novas Práticas				Discrição
		Geração de Conhecimento				Disciplina
		Autodesenvolvimento				Capacidade de Concentração

FATORES DE AVALIAÇÃO DE POTENCIAL - INDICADORES DE POTENCIAL DE DESENVOLVIMENTO.

AVALIAÇÃO DE POTENCIAL | GESTORES E NÃO GESTORES		
	INDICADOR DE POTENCIAL	**DESCRIÇÃO**
1	Orientação para o Aprendizado	Apresenta curiosidade e interesse em aprender coisas novas, não necessariamente ligadas ao trabalho atual. Demonstra capacidade para tirar proveito de situações e oportunidades de aprendizado.
2	Abrangência de Análise	Traz pontos de vista diferentes, mantendo abertura a novas ideias, agregando variáveis não contempladas por outros.
3	Compreensão Interpessoal	Tem capacidade de ouvir e compreender as percepções e perspectivas dos demais, procurando alinhar os interesses de ambas as partes.
4	Capacidade de Progressão	Demonstra capacidade de assumir, no curto, médio e longo prazos, uma posição ou atividades de maior amplitude e responsabilidade.
5	Maturidade Emocional	Apresenta capacidade de lidar com situações de stress e/ou pressão e de receber *feedback* como uma oportunidade para aprender e crescer.
6	Flexibilidade / Adaptabilidade	Adapta-se a mudanças, a adversidades, a oportunidades e a desafios de mercado, desenvolvendo-se diante de novos cenários.
7	Comunicação Escrita	Redige, de forma clara, precisa e com profundidade adequada e concisão, textos contendo informações coletadas, percepções, análises, recomendações e outros conteúdos. Consolida informações, colocando foco no essencial e sistematizando em poucas palavras.

Potencial de evolução	Baixo	Médio	Alto
Alto	Verificar Outras Atividades	Aumentar Desafios	Verificar Nova Posição
Médio	Verificar Outras Atividades	Desenvolver (Treinamento)	Aumentar Desafios
Baixo	Colocar em Observação	Desenvolver (Treinamento)	Desenvolver (Treinamento)

Desempenho na competência

18. REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Capítulo I
Missão

Promover o crescimento e desenvolvimento da equipe de enfermagem através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando princípios éticos com dedicação, compromisso e amor.

A missão do Pronto Socorro-PS do Município de Pindamonhangaba é oferecer à comunidade uma assistência humanizada em saúde, com qualidade.

Capítulo II
Das Finalidades

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem tem por finalidade:

– 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;

– Executar os cuidados de Enfermagem de todas as unidades de saúde de urgência municipal de Pindamonhangaba, com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;

– Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão e com os objetivos do Município de Pindamonhangaba;

– Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, oferecendo a oportunidade de crescimento dentro das especialidades;

– Colaborar com os Programas de Ensino de Educação Continuada em urgências do Município de Pindamonhangaba;

– Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas das unidades de atendimento do Município de Pindamonhangaba;

– 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);

– Realizar e colaborar com os treinamentos e capacitações para os funcionários da Unidade de Pronto Socorro - PS, em particular aqueles do Serviço de Enfermagem;

– Desenvolver indicadores de qualidade e dados estatísticos nas unidades de saúde do Município de Pindamonhangaba;

– Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem.

_ Criar mecanismos para que a equipe de enfermagem possa ter empatia aos usuários e seus familiares;

_ Construir um ambiente de confiança e credibilidade junto a população assistida;

_ Desenvolver ações que incluam a equipe médica;

Estruturar a equipe para que a mesma possa colocar em pratica aquilo que o NEP apresentou em seus treinamentos como:

- Postura
- Empatia
- Profissionalismo

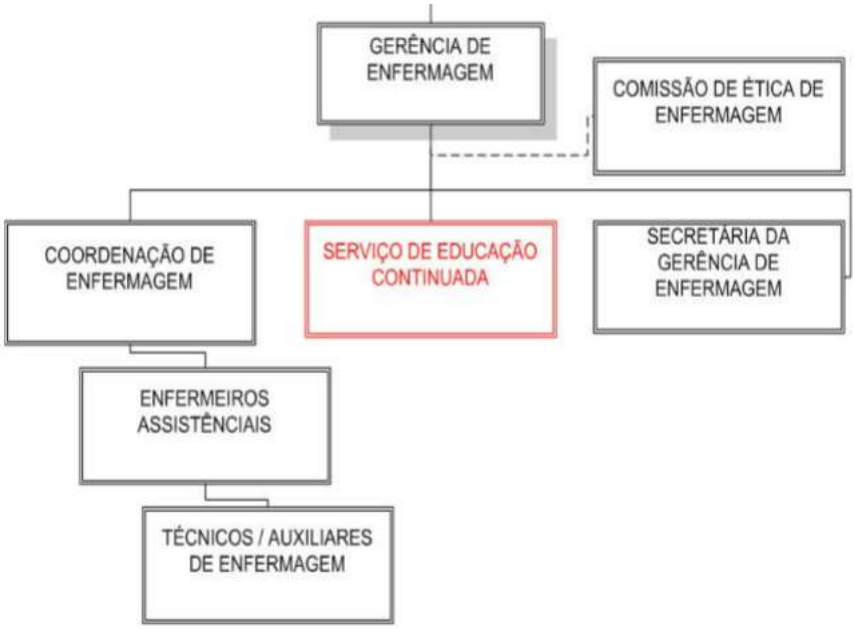
Capítulo III

Da Posição no Organograma

Art. 2º - O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de

atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente a FENIX por meio de sua gerência, atuando junto às Diretorias Clínica/Técnica das Unidades de Saúde.

Organograma de Enfermagem



O Serviço de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento do Município será formado por:

- Responsável Técnico de Enfermagem (especialistas na área de atuação);
- Enfermeiros assistenciais;
- Técnicos/ Auxiliares de Enfermagem;

Capítulo IV
Da Constituição

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem das Unidades de Pronto Socorro – PS no Município de Pindamonhangaba constitui-se das seguintes unidades de trabalho:

- Responsável Técnico, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das Unidades, compreendendo:
- Ambulatórios e Diagnóstico por Imagem;
- Unidade de Pronto Atendimento Adulto e Infantil;

- Setor Observação Masculino,
- Setor de Observação Feminino;
- Comissões estabelecidas;
- Setor de Qualidade;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Núcleo de Educação Permanente;

Capítulo V
Da Competência

Art. 4º - Ao Serviço de Enfermagem das Unidades de Observação compete:

– Admitir pacientes adultos e pediátricos;

– Executar procedimentos respeitando os princípios de humanização e qualidade;

– Priorizar um ambiente tranquilo e humanizado para o bem-estar do paciente;

– Atender aos médicos, executando a prescrição com critérios éticos e científicos;

– Colaborar com o Serviço de Controle e Infecção Hospitalar (SCIH);

– Incentivar a execução de pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

– Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

– Cooperar com os demais Serviços da Unidade de Pronto Socorro;

– Preservar e controlar equipamentos, instrumentos, instalações, estoque de materiais, drogas e medicamentos colocados à sua disposição;

– Apresentar relatório trimestral das atividades realizadas e do movimento estatístico;

– Controlar e divulgar indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem;

– Manter e controlar os estoques mínimos de materiais, drogas e medicamentos;

– Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Município.

Art. 6º - Ao Serviço de Enfermagem da sala de Emergência:

– Admitir o paciente na Unidade de Emergência;

– Manter a Unidade e o pessoal preparado para atendimento de rotina e qualquer atendimento de emergência;

– Atender a equipe médica e multidisciplinar no desempenho de suas atividades;

– Manter materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

– Apresentar relatórios trimestrais das atividades realizadas e do movimento estatístico destas Unidades;

– Divulgar indicadores de qualidade;

– Colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

– Colaborar com o Serviço de Educação Continuada;

– Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Município.

Art. 7º - Ao Serviço de Enfermagem da Unidade de Ambulatório compete:

– Prover número suficiente de profissionais de enfermagem para atender aos Serviços;

– Planejar o fluxograma para o atendimento, a fim de se minimizar o tempo do paciente na Unidade;

– Prestar orientação aos pacientes, após consulta e atendimento;

– Manter o Setor, seus equipamentos, materiais, drogas e medicamentos em quantidade e condições perfeitas para qualquer atendimento de emergência;

– Atender a equipe médica;

– Controlar os gastos da Unidade e os individuais por paciente registrando-os adequadamente;

– Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Município de Pindamonhangaba.

Capítulo VII
Do Pessoal

Art. 8º - À Responsável Técnica de Enfermagem compete:

– Ser responsável técnica pelo Serviço de Enfermagem;

– Organizar e dirigir o Serviço de Enfermagem, incentivando o trabalho em equipe;

– Executar o dimensionamento do Quadro de Enfermagem, atualizando-o anualmente no planejamento estratégico;

– Supervisionar a descrição e a atualização regular de normas, rotinas e procedimentos técnicos;

– Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes;

– Desenvolver o planejamento estratégico anual, mensurando o seu cumprimento;

– Colaborar com as Diretorias Técnica, Clínica e Superintendência;

– Passar visita diariamente em todas as Unidades sob sua responsabilidade;

– Desenvolver o programa de reuniões e canal aberto com a equipe de Enfermagem;

– Interagir com os demais Serviços de apoio do Município de Pindamonhangaba para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

– Prever materiais, medicamentos e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas Unidades, junto às Chefias de Serviços;

– Incentivar a elaboração e a divulgação dos indicadores de qualidade em todas as Unidades e acompanhar os resultados;

– Desenvolver programas de auditoria dos processos de Enfermagem;

– Fazer cumprir a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

– Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética em Enfermagem;

– Desenvolver programas de atendimento humanizado juntamente com as outras Unidades do Município;

– Realizar avaliação de desempenho anualmente da sua equipe de enfermagem.

Art. 9º – À (Ao) Enfermeira (o) compete:

– Atender às solicitações da RT de Enfermagem;

– Visitar diariamente os pacientes da Unidade, executando a SAE;

– Planejar a escala de serviço da Unidade;

– Supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

– Prestar assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos;

– Elaborar rotinas e técnicas, e revisá-las periodicamente, em intervalos máximos de dois anos;

– Participar dos programas de Educação Continuada;

– Elaborar os planos de assistência de enfermagem aos pacientes;

– Acompanhar as visitas médicas sempre que possível e/ou solicitada;

– Assistir a passagem de plantão;

– Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina dos funcionários sob sua responsabilidade;

– Requisitar materiais e medicamentos;

– Controlar os equipamentos, materiais e medicamentos;

– Promover reuniões periódicas com os funcionários sob sua responsabilidade;

– Participar de pesquisas em enfermagem;

– Atender ao público e às visitas aos pacientes;

– Realizar avaliação de desempenho anualmente da equipe de auxiliares/técnicos de enfermagem de seus respectivos setores.

Art. 10º - Ao Técnico de Enfermagem compete:

– Assistir a passagem de plantão;
– Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;
– Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;
– Executar procedimentos de Enfermagem de sua competência;
– Executar os procedimentos do pré, trans e pós-operatório;
– Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;
– Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
– Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;
– Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;
– Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;
– Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;
– Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;
– Zelar pelos equipamentos de sua unidade;
– Atender o público e visitas dos pacientes;
– Colaborar com os alunos e professores nos estágios.

Art. 11º - Ao Auxiliar de Enfermagem compete:
– Assistir a passagem de plantão;
– Receber os pacientes admitidos e orientá-los na Unidade;
– Executar os cuidados de enfermagem que foram planejados;
– Executar procedimentos de enfermagem de sua competência;
– Executar os procedimentos de enfermagem do pré, trans e pós-operatório;
– Preparar os pacientes para os exames complementares de diagnóstico;
– Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
– Colaborar com a (o) Enfermeira (o) no cumprimento da escala de serviço e prescrição de enfermagem;

– Comunicar a (o) Enfermeira (o) anormalidades com o paciente;

– Anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados e as observações;

– Anotar no prontuário, diariamente, os materiais e medicamentos gastos na execução de técnicas;

– Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da Unidade;

– Zelar pelos equipamentos de sua unidade;

– Atender ao público e as visitas dos pacientes.

Capítulo VIII

Do Pessoal, seus Requisitos e Deveres

Art. 12º - Os requisitos exigidos para o cargo de Responsável Técnico do Serviço de Enfermagem são:

– Certificado do COREN;

– Diploma de Enfermeira (o);

– Experiência profissional de no campo de coordenação ou gerência;

– Conhecimento geral para direção de um Bloco Operatório, Unidades Críticas e demais Serviços de uma unidade;

– Competência técnica-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

– Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

– Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

Art. 13º - Os requisitos exigidos para o cargo de Enfermeiro de Unidade são:

– Certificado do COREN;

– Ser especialista na área de escolha e ter visão abrangente nos cuidados ao paciente;

– Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

– Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;

– Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;

– Ter experiência de um ano na área de atuação.

Art. 14º - Os requisitos para o cargo de Técnico de Enfermagem são:

– Certificado do COREN dentro de sua categoria;

– Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

– Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;

– Ter experiência de seis meses na área de atuação.

Art. 15º- Os requisitos para o cargo de Auxiliar de Enfermagem são:

– Certificado do COREN dentro de sua categoria;

– Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;

– Habilidades técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia;

– Ter experiência de seis meses na área de atuação.

Capítulo IX
Do Horário de Trabalho

Art. 16º - O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Art. 17º - Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.

Art. 18º - Os funcionários trabalharão de acordo com a escala elaborada mensalmente pela Enfermeira da Unidade, coordenação e gerência de enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho específico.

Art. 19º - Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de

emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade, Coordenação ou Gerência de Enfermagem.

Disposições Gerais

Art. 20º - O pessoal de enfermagem não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 21º - O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do Serviço de Enfermagem.

Art. 22º - Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pela gerente do Serviço de Enfermagem, em conjunto com o Superintendente.

19. REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

Capítulo I
Princípios e Objetivos

Art. 1 O regimento interno do corpo clínico visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliações e direção dos médicos que utilizam as instalações desta instituição, para exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2 A finalidade da instituição, satisfeitas as normas administrativas e legais, é a assistência médica aos doentes, independentemente da cor, raça, religião, condições políticas, condição social e econômica, em cujo benefício o corpo técnico e administrativo dessa entidade, juntamente com o corpo clínico agirão com o máximo zelo e o melhor de suas capacidades profissionais.

Parágrafo único – Os atendimentos respeitarão as normas administrativas especificadas pela administração da instituição, ressalvados os casos de urgência.

Capítulo II

Art. 3 – Será sempre preservada a autonomia profissional de cada médico, ressalvado:

a) As disposições administrativas deste regimento interno e as eventuais portarias regulamentáveis baixada pela direção clínica;

b) Os preceitos de moral ética conceituados no Código de Ética Médica, em especial os referentes as relações de médico para médico.

Art. 4 O corpo clínico da instituição compõe-se de todos os médicos que utilizam suas instalações, dependência ou serviços e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificado na seguinte categoria:

a) Médicos especialistas.

b) Os médicos especialistas são aqueles que atendem os pacientes com consultas previamente agendadas, exceto casos de urgência.

Capítulo III
Da Admissão do Corpo Clínico

Art. 5 – Será feita através de avaliação de currículos e entrevistas.

Art. 6 - Para ingressar no corpo clínico da unidade assistencial, o médico deverá atender os seguintes requisitos:

a) Estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo, apresentando documentação competente;

b) Indicar sua especialidade médica com os respectivos registros, documentos da AMB e CFM, seu currículo de formação e atividades médicas;

c) Tomar conhecimento e assinar a declaração de ciência do regimento interno e das normas administrativas da unidade assistencial.

Art. 7 – A diretoria administrativa da unidade assistencial manterá arquivo de todos os documentos em pasta individual para cada médico.

Art. 8 – O candidato aceito será designado para o departamento indicado e trabalhará em regime de contratação imediata.

Médicos temporários

Art. 9 – Para cadastramento junto a FENIX:

a) Preenchimento da ficha cadastral, que deverá ser retirada pessoalmente na secretaria da Diretoria Clínica, e avaliada por 2 membros permanentes do Corpo Clínico;

b) Apresentação de copias dos documentos pessoais (originais para conferência + copias simples ou cópia autenticada): CRM, Certificado de Conclusão do Curso de Medicina, Título de Especialista, CPF e CNES.

c) Entrevista com o diretor Clínico, que deverá ser agendada junto à Diretoria Clínica da instituição.

Art. 10 – Para realização do procedimento cirúrgico:

a) Apresentação da solicitação do procedimento para análise do Departamento Técnico, contendo codificação CBHPM, diagnóstico e comprovação do mesmo, relação de materiais especiais quando necessários para serem submetidos aos procedimentos habituais de auditoria médica. Estes documentos deverão ser protocolados.

b) Após autorização do procedimento o mesmo deverá ser agendado diretamente no hospital mediante disponibilidade de dias e horários de sua grade cirúrgica.

Capítulo IV
Órgãos do Corpo Clínico

Art. 11 – O corpo clínico da unidade assistencial possui os seguintes órgãos de direção:

I – Diretor do corpo clínico;

II – Assistente de diretoria;

III – Chefe médico.

Art. 12 – Serviços de apoio do corpo clínico:

I – Comissão de ética médica;

II – Comissão de revisão de prontuários médicos;

III – Comissão de padronização de medicamentos e materiais;

IV – Serviço de apoio ao diagnóstico e terapia;

V – Serviço de documentação médica.

Diretoria Clínica

Art. 13 – A diretoria clínica do corpo clínico é composta de:

a) Diretor clínico.

b) Assistente de diretoria

A diretoria clínica e assistente de diretoria são indicados pela diretoria executiva e são submetidos a aprovação através de eleição interna realizada em assembleia.

Art. 14 – Compete ao diretor clínico de acordo com as resoluções do CFM além de suas atribuições administrativas zelar pela plena garantia do exercício da medicina, tendo como alvo o paciente bem como reger e coordenar as condições materiais e humanas para a prestação de serviços hospitalares.

Art. 15 – Para atingir as metas estabelecidas no artigo 12, são deveres da diretoria clínica:

a) Administrar todas as propriedades técnicas da unidade ambulatorial em colaboração com os órgãos respectivos de cada área.

b) Proporcionar os meios para o desenvolvimento técnico e específico.

c) Tomar ciência e proporcionar medidas para implantação das recomendações emanadas dos órgãos diretivos do corpo clínico, pela legislação das entidades médicas.

d) Planejar, organizar e dirigir tecnicamente as clínicas, serviços da unidade assistencial.

e) Assumir a responsabilidade técnica da unidade assistencial e representá-la as autoridades conforme a legislação.

Art. 16 – Para atingir as metas estabelecidas no artigo 13, compete ao diretor clínico:

a) Zelar pelo corpo clínico, propagando o sentido da responsabilidade profissional entre os seus membros.

b) Assessorar aos órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas da unidade assistencial.

c) Desenvolver o espírito de crítica estimulando o estudo.

d) Detectar possíveis irregularidades nas instalações e equipamentos, condições de higiene, bem como irregularidades que se relacionem a boa ordem, asseio e disciplina dos médicos e funcionários, comunicando-os aos órgãos diretivos para correções.

e) Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre médicos e outros profissionais, e desses com a administração.

f) Exercer a função de mediador, esclarecendo as partes interessadas, em eventual conflito de posições, visando harmonizar os membros do corpo clínico e outros profissionais com a estrutura técnica administrativa da unidade assistencial em face dos postulados éticos, médicos e morais.

g) Permanecer na unidade assistencial no período de maior atividade da instituição, dedicando a maior parte do seu tempo a sua atividade.

h) Zelar pelo cumprimento deste regimento.

i) Zelar pelos livros de ata e do corpo clínico.

j) Transmitir o seu cargo ao assistente de diretoria em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais.

k) Convocar em tempo hábil e por edital, colocando no quadro de avisos da diretoria clínica, assembleias gerais e ordinárias e extraordinárias com o corpo clínico da unidade assistencial.

l) Presidir as assembleias gerais do corpo clínico.

m) Empenhar-se para que os integrantes do corpo clínico observem os princípios do código de ética médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna da unidade assistencial e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria do procedimento ético ou recomendações técnicas do exercício da medicina.

n) Encaminhar à comissão de ética médica consulta relativa a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da medicina na unidade assistencial.

Art. 17 – Compete ao assistente de diretoria auxiliar o diretor clínico, e substituí-lo na sua ausência ou impedimentos.

Art. 18 – Compete ao secretário indicado pelo presidente nas assembleias gerais lavrar atas, na qualidade de “ad hoc”.

Comissão de Ética Médica

Art. 19 – A comissão de ética médica é composta de três membros efetivos e três membros suplentes os quais serão eleitos por votação direta e secreta pelos membros efetivos do corpo clínico. Será convocada assembleia geral extraordinária para esta finalidade, quando será nomeada pela comissão de ética médica, que estiver cumprindo mandato, uma comissão eleitoral composta por três membros para organizar o pleito eleitoral.

Art. 20 – A competência e procedimento da comissão de ética médica obedecerão ao disposto na resolução do CRMSP N 83/98, ou por outras que por ventura revogá-la ou aditá-la.

Comissão de Revisão de Prontuários Médicos

Art. 21 – A comissão de revisão de prontuários médicos será composta por três profissionais médicos, saindo do corpo clínico com mandato de dois anos coincidindo com o da ética médica.

Art. 22 – A competência e procedimentos da comissão da revisão de prontuários médicos obedecerão às normas contidas na resolução do CRMSP n 7095, ou por outras que venham revogá-la ou aditá-la.

Comissão de Padronização de Medicamentos e Materiais

Art. 23 – A comissão de padronização de medicamentos e materiais será composta pelo chefe de serviço, pelo chefe de seção de enfermagem da unidade assistencial e pelo diretor administrativo.

Art. 24 – Será de competência da referida comissão a aprovação prévia de todo e qualquer novo produto de uso ambulatorial que for indicado para ser introduzido na unidade assistencial.

CAPÍTULO V
Órgãos do Corpo Clínico

Art. 25 – A unidade assistencial manterá os serviços médicos necessários ao preenchimento de suas finalidades em regime de consultas e procedimentos.

Art 26 – O serviço médico será constituído dos seguintes setores:

a) Especialidades.

Art. 27 – O setor de serviços auxiliares será constituído por:

a) Diagnóstico por imagem.

b) Fisioterapia

c) Outros

Art. 28 – Em qualquer dos setores poderão ser criados outros, ou desdobrados os já existentes quando for julgado conveniente às necessidades da unidade assistencial e ao aperfeiçoamento técnico.

Art. 29 – Cada setor será dirigido por um chefe

§ 1º – Em cada setor trabalharão tantos profissionais quanto forem julgados necessários pelas chefias referendadas pela diretoria clínica.

§ 2º – Em caso de dúvida será consultado o conselho técnico para dar parecer.

Art. 30 – Aos chefes de serviço compete:

a) Auxiliar a diretoria clínica na fiscalização do bom andamento da atividade da unidade assistencial.

b) Supervisionar e orientar os médicos do seu serviço.

c) Organizar o serviço a seu cargo de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e imediata.

d) Comparecer diariamente ao setor e controlar a frequência de seus auxiliares médicos.

e) Orientar o trabalho dos médicos tendo, sobretudo em vista a qualidade de assistência prestada e a dedicação as finalidades do serviço da unidade assistencial.

f) Determinar e zelar pela elaboração do prontuário médico de cada paciente de acordo com as normas aprovadas pela diretoria clínica e comissão de revisão de prontuários médicos.

g) Comunicar ao diretor clínico as falhas ocorridas a fim de mantida a boa ordem do serviço.

h) Cumprir e fazer cumprir os regulamentos da unidade assistencial e do corpo clínico, assim como as “ordens”, “instruções”, e “rotinas de serviços” emitidas pela diretoria clínica.

i) Manter o bom relacionamento entre os médicos e os funcionários do serviço.

Art. 31 – São direitos dos médicos da unidade assistencial:

a) A autonomia profissional.

b) A participação nas assembleias e reuniões.

c) O acesso à instituição e seus serviços.

d) O direito de votar, conforme o caso a ser votado.

e) Comunicação de falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

f) O recurso ao CRM da jurisdição em que se encontra registrada a instituição se julgarem prejudicados de decisão de qualquer natureza.

Art. 32 – São deveres do médico:

a) A obediência ao Código de Ética Médica, aos estatutos e ao regimento interno da instituição.

b) A assistência aos pacientes sob cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício.

c) A colaboração com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado.

d) A participação de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática em outra área diferente que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para ingresso no corpo clínico.

e) O cumprimento às normas técnicas e administrativas da instituição.

f) A elaboração de prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento.

g) A colaboração com as comissões específicas da instituição.

h) A restrição de sua prática às áreas para as quais foi admitido, exceto em situações de emergência.

i) Cumprir com as atividades didáticas determinadas pelas chefias e diretoria clínica.

j) Participar das reuniões clínicas marcadas pelo serviço.

Capítulo VI
Das Reuniões do Corpo Clínico

Art. 33 – O corpo clínico reunir-se-á mensalmente ou em caráter emergencial, sob a presidência do diretor clínico para tratar de seus assuntos relacionados com as atividades médicas, melhoria da assistência aos pacientes e de renome da instituição, além de outros assuntos especificados neste regimento interno.

Parágrafo único – Na ausência do diretor clínico ou de seu substituto legal a reunião será presidida pelo chefe do serviço mais antigo presente.

Art. 34 – As reuniões serão secretariadas por um secretário “ad hoc” nomeado entre os membros do corpo clínico escolhido pelo diretor clínico.

Parágrafo único – As resoluções serão aprovadas e os assuntos discutidos serão registrados em livro apropriado da diretoria clínica.

Art. 35 – As reuniões mensais do corpo clínico obedecerão às seguintes normas:

a) Verificação de presença.

b) Leitura e aprovação da ata da sessão anterior.

c) Expediente.

d) Continuação ou conclusão dos assuntos em discussão aberta.

e) Relatos da comissão do corpo clínico.

f) Assuntos de interesse geral que visem o aperfeiçoamento do trabalho médico na unidade assistencial.

g) Comunicações e propostas de qualquer membro do corpo clínico.

h) Encerramento.

Art. 36 – As transgressões a este regimento interno cometidas por médicos sujeitam os infratores as seguintes penalidades:

I – Advertência verbal;

II – Censura sigilosa por escrito;

III – Censura pública;

IV – Afastamento temporário das atividades profissionais do corpo clínico;

V – Exclusão do corpo clínico.

§ 1º – Salvo os casos de extrema gravidade que exijam aplicação imediata de penalidade mais rigorosa, a imposição de penas obedecerá a gradação acima.

§ 2º – A aplicação das penas III, IV e V, está condicionada a parecer favorável da comissão de ética e do diretor clínico.

§ 3º – As penalidades II à V serão anexadas ao prontuário do médico.

§ 4º – Compete ao diretor clínico a aplicação da penalidade a qualquer membro do corpo clínico.

Capítulo VII
Disposições Gerais

Art. 37 – Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida, incapacidade física permanente, ou ainda, interrupção da gravidez, devem ser submetidos pelo médico assistente à apreciação do diretor clínico e mais um médico por este indicado, cuja decisão deve ser registrada em ata.

Parágrafo único – Em caso de urgência, essa junta poderá ser exercida por três médicos presentes, cuja decisão deverá ser posteriormente submetida ao diretor clínico.

Art. 38 – Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda da unidade assistencial de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas na lei e no Código de Ética Médica.

Parágrafo único – É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se, total ou parcialmente do prontuário, podendo consultá-lo após arquivamento, mediante solicitação escrita e assinatura de termo de responsabilidade.

Art. 39 – A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação, ou através de outros meios diretos ou indiretos de fatos referentes às atividades da unidade assistencial, ou quaisquer informações sobre o paciente, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos da unidade assistencial, ou mediante autorização destes.

Art. 40 – Os casos omissos nesse regimento serão resolvidos pelo diretor clínico ou conselho técnico de acordo com a natureza dos mesmos.

Art. 41 – O presente regimento interno começa a vigorar após sua aprovação em assembleia, e consequente registro no CRMSP.

20. SESMET/CIPA

O SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho) é caracterizado pela junção de uma série de profissionais liberais preocupados em estabelecer padrões de saúde e qualidade de vida dentro do âmbito laboral.

O SESMT nesse sentido tem uma composição heterogênea tendo obrigatoriamente em seu quadro auxiliares de enfermagem do trabalho (com formação em nível técnico na área da saúde), técnicos em segurança do trabalho (que detêm tecnólogo na área referida), enfermeiros do trabalho (que detêm bacharelado na área de enfermagem), engenheiros da segurança do trabalho (engenheiros ou arquitetos que possuem pós-graduação equivalente a Engenharia de Segurança do Trabalho) e, por fim, médicos do trabalho (que tenham formação médica e experiência em medicina).

O SESMET tem como objetivo elucidar aos colaboradores da Instituição os riscos que estão permeados no ambiente de trabalho, não obstante, cabe ao SESMT fomentar estratégias e executar ações que visem eliminar e ou diminuir de forma significativa os riscos inerentes ao ambiente laboral.

O dimensionamento do SESMET é proporcional ao grau de risco e também ao número de funcionários de um contrato.

O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I e II, anexos, observadas as exceções previstas na NR.4 (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

O serviço único de engenharia e medicina deverá possuir os profissionais especializados previstos no Quadro II desta NR. (Alterado pela Portaria MTPS n.º 510, de 29 de abril de 2016) e deverá obedecer ao disposto no Quadro II desta NR.

Para as atividades da FENIX na Unidade de Pronto Atendimento do município, a sua organização será de acordo com o dimensionamento, seja ele de risco e numero de funcionarios, risco 3, para cada 250 funcionários um responsavel técnico.

Importância do SESMT

Todas as atribuições do SESMT são importantes para que a instituição esteja em conformidade com a lei. Ele beneficia as instituições de muitas maneiras:

- Aumento da qualidade de vida

Ao contar com um Médico do Trabalho, se investe em qualidade de vida no dia a dia, reduzindo o risco de doenças relacionadas às suas ocupações, como por exemplo a Lesão por Esforço Repetitivo.

- Maior satisfação para os funcionários

Ao investir nos cuidados profissionais, a produtividade no ambiente de trabalho é naturalmente aumentada, já que os colaboradores se sentem seguros naquele ambiente. A relação de pertencimento e cuidado entre colaborador e empresa é um diferencial, até para clientes que preferem confiar em um negócio que conta com esse recurso, o que gera competitividade.

- Motivação e foco

O sentimento de valorização por parte do colaborador em relação a sua empresa gera maior um impacto motivacional em suas atividades, o que faz com que os resultados melhores, sejam reduzidos os índices de absenteísmo, otimizando o ambiente organizacional podem ser esperados com a implementação do SESMT.

O SESMT e sua competência

Compete ao SESMT esclarecer os empregados dos riscos no ambiente de trabalho e promover ações para neutralizá-los ou eliminá-los. Sempre visando a promoção da saúde, prevenção de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, através da realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos colaboradores agindo na prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Este trabalho pode ser feito, tanto por meio de campanhas internas, quanto por meio de programas permanentes.

Cabe, também, aos profissionais do SESMT treinar, apoiar e colaborar com a CIPA, criando uma rede de prevenção de acidentes entre os colaboradores.

Outras atribuições do SESMT

Definição dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) que devem ser usados em cada área da empresa;

Controle documental de entrega dos EPIS aos colaboradores;

Treinamento dos colaboradores;

Elaboração das estatísticas sobre acidentes e doenças do trabalho (atribuição prevista na NR 04);

Entregar dados ao Ministério do Trabalho com o preenchimento dos quadros III, IV, V e VI;

Verificar periodicamente, a situação da empresa;

Planejar ações nas áreas mais críticas;

Ser responsável pelas ações de emergência e primeiros socorros;

Utilização dos conhecimentos técnicos de seus profissionais para zelar pela saúde e segurança dos colaboradores no ambiente de trabalho;

Aplicação de soluções para redução e eliminação dos riscos em máquinas e equipamentos;

Diminuição e prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Cada profissional tem sua função dentro do SESMT, sua importância e sua característica particular.

Dimensionamento de Profissionais SESMT para a Unidade

Risco 3 – Para cada 250 funcionários 01 Técnico Responsável

Técnico de Segurança do Trabalho: Participam da elaboração e implementam política de saúde e segurança do trabalho; realizam diagnóstico da situação de SST da instituição; identificam variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente. Desenvolvem ações educativas na área de saúde e segurança do trabalho; integram processos de negociação. Participam da adoção de tecnologias e processos de trabalho; investigam, analisam acidentes de trabalho e recomendam medidas de prevenção e controle.

Area de Saúde e Segurança no Trabalho

PCMSO

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - P.C.M.S.O., deve ser implantado com base na Lei 6.514 de 22/12/1977 e na Portaria no24 de 29/12/1994, da Secretaria de Saúde e Segurança (SSST) pertencente ao Ministério do Trabalho que alterou o texto da Norma Regulamentadora - NR-7, referente aos exames médicos ocupacionais.

Essa norma estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implantação do P.C.M.S.O. por todas as empresas que admitam colaboradores, como um conjunto de ações fundamentais e necessárias a preservação da saúde dos colaboradores, visando a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce dos agravos à saúde dos colaboradores relacionados ao trabalho.

Exames Ocupacionais segundo a NR -7

a) exames admissionais

Serão realizados exames médicos admissionais em todos os candidatos a trabalho na FENIX, antes do início do seu contrato de trabalho.

Nos exames admissionais de candidatos SEM RISCOS OCUPACIONAIS serão realizados os seguintes procedimentos:

Questionário de saúde

Avaliação clínica;

Exames adicionais poderão ser solicitados a critério do médico examinador.

Nos exames admissionais de funcionários COM RISCO QUÍMICO – produtos de limpeza e desinfetantes serão realizados os seguintes procedimentos:

Questionário de saúde;

Avaliação clínica;

Dosagem de TGO, TGP, Gama GT e Fosfatase alcalina.

Exames adicionais poderão ser solicitados a critério do médico examinador.

Nos exames admissionais de funcionários COM RISCO BIOLÓGICO serão realizados os seguintes procedimentos:

Questionário de saúde;

Avaliação clínica;

Comprovante de vacinação de Hepatite B e Vacina Tríplice bacteriana.

Exames adicionais poderão ser solicitados a critério do médico examinador.

Nos exames admissionais de funcionários COM RISCO FÍSICO – RUÍDO serão realizados os seguintes procedimentos:

Questionário de saúde;

Avaliação clínica;

Audiometria tonal - via aérea e óssea no admissional e 6 meses após a admissão.

Exames adicionais poderão ser solicitados a critério do médico examinador.

b) exames periódicos

Os exames periódicos de saúde serão realizados com a seguinte periodicidade, de acordo com os riscos descritos no P.G.R.:

Para os colaboradores com potencial de exposição a riscos ocupacionais anual;

Para os colaboradores sem potencial de exposição a riscos ocupacionais: Menores de 18 anos e maiores de 45 anos - anual;

Com idade entre 18 e 45 anos – a cada 02 anos;

c) exames de retorno ao trabalho

Toda vez que um colaborador se afastar do trabalho por um período igual ou superior a 30 dias, independente do motivo do seu afastamento, o mesmo será submetido a avaliação médica, obrigatoriamente no primeiro dia da sua volta ao trabalho. Nos exames de retorno ao trabalho serão realizados os seguintes procedimentos:

Questionário de saúde;

Avaliação clínica;

A realização de exames complementares ficará a critério do médico coordenador.

d) exames de mudança de função

Sempre que a mudança de função de um colaborador acarretar exposições diferentes das que o colaborador tinha anteriormente, o mesmo deverá ser submetido a exame médico, antes da data da mudança de sua atividade.

Nos exames de mudança de função serão realizados os seguintes procedimentos:

Questionário de saúde;

Avaliação clínica;

A realização de exames complementares ficará a critério do médico coordenador, de acordo com os riscos a que o colaborador estiver exposto em sua nova atividade.

e) exames demissionais

Os exames demissionais deverão ser realizados até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 135 dias para as empresas com graus de risco 1 e 2 e há mais de 90 dias para as empresas com graus de risco 3 e 4.

Atestado de Saúde Ocupacional

Após a análise dos exames complementares e da realização do exame médico ocupacional o médico examinador deverá emitir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) em três vias, que é o documento legal no qual o médico atesta que o trabalhador, naquela data, apresenta aptidão ou incapacidade para o trabalho.

- A primeira via ficará arquivada no local de trabalho do empregado à disposição da fiscalização;

- A segunda via será entregue ao colaborador, mediante recibo na primeira via.
- A terceira via ficará arquivada na Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
- O A.S.O. deve conter todos os itens requeridos e especificados no item 7.4.4.3 da NR-7.

Prontuário Médico

Os dados médicos dos colaboradores ativos e inativos deverão ser arquivados em prontuários médicos individuais e ficarão guardados sob a responsabilidade do médico coordenador do P.C.M.S.O. Os prontuários médicos dos colaboradores ativos e inativos deverão ser mantidos em arquivo na Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho por 20 anos, após a data do seu desligamento do trabalho, aposentadoria ou óbito do colaborador, de acordo com a NR-7.

Se houver mudança do médico coordenador do P.C.M.S.O. toda a documentação médica deverá ser transferida ao seu sucessor.

Comunicação de Acidente do Trabalho

O médico examinador deverá sempre comunicar ao médico coordenador do P.C.M.S.O. sobre a necessidade de emissão de C.A.T.

Ocorrência ou agravamento de Doenças profissionais através de exames médicos inclusos na NR-7.

Acidentes de trabalho confirmados após a conclusão da investigação do fato pela equipe responsável e comunicação do resultado ao médico Coordenador do P.C.M.S.O.

Quando se verificar alterações que identifiquem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes dos Quadros I (apenas os com interpretação SC) e Quadro II, ou através de outros exames complementares.

Relatório Anual

O Relatório anual deverá ser emitido anualmente seguindo o padrão definido pela NR-7 e deverá ser arquivado juntamente com o P.C.M.S.O. e o P.G.R. vigentes, para os casos de fiscalização. Esse documento poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que seja facilmente acessível no caso de fiscalização dos agentes do trabalho. O Relatório anual deve ser apresentado e discutido na CIPA, quando esta existir, e sua cópia anexada ao livro de atas da CIPA. As empresas com risco 1 e 2 ficam desobrigadas da elaboração do Relatório Anual.

Controle de Exposição a Riscos Biológicos com Perfuro Cortantes

Este controle visa atender os requisitos da NR-32 e se aplica apenas às funções com potencial de risco biológico. Este programa deve adequar-se ao reconhecimento e avaliação dos potenciais riscos biológicos mencionados no P.G.R. As medidas de precaução, o programa de vacinação e os procedimentos a serem adotados no caso de exposição acidental a agentes biológicos com perfuro cortantes deverão ser:

- Encaminhar o colaborador para avaliação médica imediata no Hospital de referência mais próximo;
- Entregar para o colaborador uma cópia dos comprovantes vacinais e sorologias constantes no seu prontuário médico (Hepatite B e Tétano).

Se possível, o paciente fonte em caso de concordância, será encaminhado junto com o colaborador acidentado. O seguimento do colaborador acidentado será realizado pelo médico examinador e/ou pelo médico coordenador do P.C.M.S.O. e especialista externo, se necessário.

Primeiro Socorro

Todo estabelecimento deve estar equipado com material necessário a prestação de primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida, e manter o material guardado em local adequado e aos cuidados de

pessoa treinada para a sua utilização.

20.1. PGR – PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O presente trabalho é documento com base do PGR “Programa de Gerenciamento de Riscos”, que determina a obrigação das empresas de elaborarem e implementarem anualmente, um programa visando à preservação da exposição a riscos ambientais por parte dos trabalhadores, tendo, portanto, por objetivo principal promover e manter o mais alto grau de bem estar físico, mental e social entre os trabalhadores, através da estrutura do programa o qual deve incluir as seguintes etapas:

- Planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma;
- Estratégia e metodologia de ação;
- Forma do registro, manutenção e divulgação dos dados;
- Periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PGR.

O PGR consiste no Programa de Medidas e comprometimentos a partir do qual serão implementadas medidas de adequação do ambiente de trabalho. As melhorias constarão de ações junto aos locais de trabalho, trajeto e ao trabalhador (administrativas, EPC’s e EPI’s). Esta etapa, a partir de sugestões constantes do levantamento de riscos ambientais, será de responsabilidade e cumprimento exclusivo da FENIX.

As análises, interpretações e recomendações constantes neste PGR estão baseadas em dados colhidos na visita às instalações da empresa e informações retiradas do LTCAT. Por esse motivo, qualquer modificação de produção, área física ou equipamentos poderá alterar a conclusão do trabalho, sendo necessárias novas avaliações com o objetivo de atualizar o Programa.

Este Programa tem o objetivo de antecipar, reconhecer e avaliar e controlar os riscos ambientais existentes nas atividades da empresa, qualificando e/ou quantificando os agentes Físicos, Químicos e Biológicos, quando existirem, para

posterior correção e ou controle.

O PGR visa à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores quanto aos agentes ambientais que venham existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

O PGR é parte integrante do conjunto mais amplo das atividades de qualquer empresa no campo da preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores, devendo estar articulado com as demais Normas Regulamentadoras, em especial com o PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, previsto na NR-7.

Para efeito desde programa, consideramos:

- Agentes Físicos: diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais com ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, bem como infrassom e ultrassom.
- Agentes Químicos: substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.
- Agentes Biológicos: bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

O Programa servirá de subsídio para o desenvolvimento do LTCAT (Laudo Técnico das Condições do Trabalho), laudo que servirá de base para o adequado preenchimento do PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário.

Objetivos

O PGR em conjunto com outras iniciativas prevencionistas da empresa, visa também, propor medidas de prevenção e controle dos riscos encontrados, através de sua neutralização, minimização ou eliminação dos mesmos.

Este trabalho informa os colaboradores sobre os riscos, meios para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos de modo a alcançar altos índices

de satisfação em relação à preservação do bem estar e da integridade física e mental dos colaboradores.

O presente programa tem por finalidade atender as determinações legais emanadas na NR-1 (Norma Regulamentadora de N° 1).

PDCA

P – Planejamento Anual: definido através de metas e objetivos;

D – Estratégia e Metodologia de Ação: é definido através do controle de inventário de químicos, descrição adequado do processo e descrição dos grupos homogêneos de exposição (GHE);

C – Controle de Exposição: definido no plano de monitorização individual e ambiental, nos programas e tarefas específicas;

A – Comunicação, Treinamento e Medição (divulgação dos dados, periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PGR): definido nas boas práticas de trabalho seguro e medindo a conclusão dos objetivos.

Com este Plano podemos:

- Perceber a dificuldade;
- Localizar o problema;
- Definir o problema;
- Sugerir possíveis soluções e desenvolver através do raciocínio as influências sugeridas;
- Observar posteriormente as soluções aplicadas, que levam a sua aceitação ou rejeição.

Inicialmente, o ciclo foi desenvolvido para ser aplicado na administração da qualidade da gestão, sendo a ferramenta de Qualidade PDCA um método recomendado para o aprimoramento contínuo da qualidade dos produtos e serviços de uma Instituição.

Mas seu uso foi aprimorado. Assim, hoje a ferramenta do Ciclo PDCA é uma das principais para a compreensão do processo administrativo e para a solução de problemas.

1ª etapa: planejamento

Sua ordem lógica começa com o PLAN, que foca na parte estratégica. O objetivo aqui é levantar e analisar informações para estabelecer objetivos e metas.

É importante elaborar um plano/estratégia que resolva os problemas encontrados. Para isso, deve-se desenvolvê-los com base nos valores e diretrizes políticas da empresa. Depois é que se vai levar em consideração o estabelecimento dos objetivos pretendidos com o ciclo.

Em seguida, faz-se a escolha do caminho a ser percorrido para que os objetivos sejam atingidos e, também, a definição dos métodos que serão utilizados para chegar a isso.

Além dessas fases, no planejamento é escolhida a equipe que fará parte do processo, incluindo os líderes de cada um.

Essa etapa da aplicação do Ciclo PDCA é dividida em 4 fases:

1. Identificação do problema

Nessa fase, é fundamental definir o problema e reconhecer a importância dele para o desenvolvimento da atividade. Pergunte-se “O que está acontecendo?”.

Levante o histórico do problema, mostre as perdas causadas pelo problema e proponha uma data para o problema ter sido solucionado.

Para ter uma melhor visão do problema, você pode usar relatórios, dados, gráficos, fotos ou ferramentas como o Brainstorming.

2. Observação do problema

Agora, o problema deve ser observado em seus detalhes, com suas características específicas. Essa pode ser a fase mais demorada do processo. Afinal, as características do problema devem ser analisadas por vários pontos de vista, além de observar o problema nos locais onde acontecem.

Ferramentas como a Análise de Pareto são normalmente utilizadas para apoio a essa etapa. Quando concluída, permitirá ao grupo estimar o orçamento necessário para resolver o problema bem como a meta a ser atingida com a sua solução.

3. Análise do problema

A pergunta a ser feita é durante a análise PDCA é “Por que esse problema está acontecendo?”

É nessa fase que as causas serão descobertas. Levantar as possíveis causas, colocá-las em ordem de relevância e escolher as mais prováveis. Além de testar essas hipóteses com novos dados coletados e descartar as mais improváveis fazem parte da seleção de causas do problema.

Aqui, por exemplo, podem ser usadas ferramentas como: o “5 Porquês”, o Teste de Hipóteses ou o Diagrama de Causa e Efeito / Ishikawa.

4. Plano de ação

Depois de identificadas as causas do problema, é hora de criar ações para resolvê-lo.

O 5w2h ou Plano de Ação são as ferramentas ideais para essa etapa. Pois permitem descrever claramente O Que precisa ser feito, quem será o Responsável e Quando deverá ser concluída cada Tarefa planejada.

2ª Etapa: Execução

Na fase DO, ou Execução, é onde efetivamente se coloca em prática a execução do Plano de Ação criado.

Essa é uma das etapas mais importantes do ciclo e deve ser acompanhada de perto. Assim, as ações serão executadas conforme planejado.

É importante anotar e evidenciar os resultados (bons ou ruins) de cada tarefa concluída. Isso permite um aprendizado necessário ao time envolvido durante o processo.

3ª Etapa: Verificação

No CHECK, é onde acontece a verificação do que foi executado e dos resultados obtidos com o plano de ação. Essa fase pode ser desenvolvida ao longo da execução do Plano de Ação ou, então, formalmente ao término do mesmo, podendo inclusive envolver pessoas ou grupos externos ao time responsável pela solução do problema.

Essa verificação consiste em confirmar se o que foi planejado já está implantado, além de comparar os resultados entre o antes e o depois e o alcance da meta proposta. Se os resultados colhidos na verificação não forem satisfatórios, é recomendado que se volte à fase de Planejamento do PCDA.

4ª etapa: Ação

Na última etapa, o ACT, nos permite refletir sobre o caminho a ser tomado ao término do ciclo: como será a divulgação dos resultados e do aprendizado adquirido e o que fazer com os eventuais problemas remanescentes.

Aliás, eles poderão ser abordados em um novo “Giro do PDCA”, para a melhoria contínua dos processos.

Essa etapa é dividida em 2 partes:

1. Padronização

Aqui é padronizado o que deu certo no Plano de Ação. Evitando-se, assim, que o problema corra risco de reaparecer.

Essa padronização é feita a partir da criação ou revisão de documentos que descrevam os processos (padrões).

Além disso, é importante comunicar as alterações nos variados veículos de comunicação da empresa, como e-mails, reuniões etc. Para essa padronização ser efetiva, a equipe deve estar apta a desenvolvê-la, o que demanda treinamento e educação para os envolvidos na mudança.

O serviço a ser executado varia de acordo com o grau de complexidade e risco das atividades realizadas, bem como o número de colaboradores, dissertados na NR4. Por atender diferentes responsabilidades dentro da medicina e segurança ocupacional, o SESMT é composto por equipe multidisciplinar:

- Auxiliar de Enfermagem do Trabalho – Responsável pela assistência aos pacientes, zela por seu conforto e bem-estar, auxiliando enfermeiros e médicos.
- Enfermeiro do Trabalho – É o líder do quadro de auxiliares; executa procedimentos mais complexos de enfermagem, de acordo com as indicações dos médicos; coleta dados sobre doenças ocupacionais; e participa de treinamentos sobre o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual), entre outras funções.

- Engenheiro de Segurança do Trabalho – São os engenheiros ou arquitetos especializados em Engenharia de Segurança do Trabalho. A missão deles é atuar na gestão da segurança e da saúde, para diminuir perdas resultantes de acidentes ou doenças ocupacionais.
- Médico do Trabalho – Realiza consultas e atendimentos médicos; executa os procedimentos necessários para prevenir doenças; promove a saúde coletiva e individual; realiza perícias, auditorias e sindicâncias; coordena programas ligados à saúde e difunde conhecimentos sobre medicina do trabalho. O médico do trabalho também participa de outros programas, entre os quais o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), e da emissão de documentos (Comunicação de Acidente de Trabalho, o CAT, e do Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho, o LTCAT).
- Técnico de Segurança do Trabalho – Elabora e implementa políticas de saúde e segurança na empresa; realiza auditorias periódicas, verificando fatores de controle de doenças, acidentes e qualidade de vida. Suas tarefas incluem ainda examinar itens de combate a incêndio, investigar acidentes, ministrar treinamentos e providenciar inspeções. O técnico de segurança do trabalho deve ser registrado no Ministério do Trabalho e Emprego. Quanto aos demais profissionais que vão compor o SESMT, eles precisam ser habilitados e registrados de acordo com as exigências da norma regulamentadora.

O planejamento Anual das atividades do PGR será executando tomando-se por base:

01	Definir os Indicadores de Performance de Saúde e Segurança do Trabalho	**A**
02	Realização de Palestras e Treinamentos	
	Treinamento de Segurança no manuseio e descarte de seringas e agulhas	**A**
	Conscientização sobre Biossegurança	**B**
	Instrução sobre não obstrução de equipamentos de combate a incêndio	**B**
	Orientação quanto ao uso correto de EPIs	**B**

03	Realização de Reuniões periódicas para discutir sobre SST com a Liderança	**C**

Prioridades	
A	– Medidas a serem executadas em até 3 meses
B	– Medidas executadas com prazo entre 2 (dois) a 6 (seis) meses
C	– Medidas executadas no período de 1(um) ano

20.2. CIPA – COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

CIPA é a sigla de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, que em tese é uma comissão formada por representantes dos colaboradores e da empresa que atuam na promoção e na segurança dos trabalhadores, em consonância com os preceitos do Ministério do Trabalho e Emprego.

A CIPA deve ser constituída, conforme outorga o Ministério do Trabalho e Emprego por empresas, sejam elas públicas ou privadas, órgãos administrativos, instituições beneficentes e também outras associações que admitam colaboradores que tem carteira de trabalho assinada.

Ainda conforme determinação do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA deve promover em cada empresa treinamento aos membros, antes da posse, que deve contemplar desde os parâmetros de organização da própria CIPA, até outros fatores relacionados a saúde no ambiente de trabalho como higiene, condições laborais, noções sobre acidentes e doenças no trabalho, tópicos relacionados as legislações trabalhistas e também noções acerca da AIDS e dos métodos preventivos.

Prevista pela legislação brasileira, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) trata-se de um grupo de pessoas que se reúne com o objetivo de prevenir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Logo, é uma comissão mista, formada por empregados e empregadores, eleitos para atuarem voluntariamente na CIPA.

Para tanto, eles participam e desenvolvem ações na comissão junto às funções de rotina. As atribuições da CIPA são solicitar, planejar, implantar e manter medidas preventivas capazes de eliminar ou reduzir riscos de acidentes. Além disso,

a comissão deve analisar acontecimentos e imprevistos para estabelecer um plano de ações.

Ainda, todos os planejamentos devem ser discutidos com o Serviço Especializado em Engenharia e em Medicina do Trabalho (SESMT), caso a empresa conte com um. O SESMT é constituído por profissionais de saúde e segurança para proteger a integridade dos funcionários.

Caso a organização não conte com esse órgão, a CIPA se torna ainda mais importante. Por isso, muitas vezes, dizemos que a comissão interna é o braço direito da Segurança do Trabalho nas empresas.

A CIPA tem uma legislação específica que respalda sua formação e atuação:

- No”~~artigo 163~~”da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que torna obrigatória a constituição de uma CIPA;
- Na Portaria nº 3214 e Portaria SIT nº 247, que vieram para promover mudanças positivas;
- Na Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5), que determina os principais pontos da CIPA, além do seu funcionamento.

No Brasil, devem constituir uma CIPA e mantê-la em funcionamento todas as empresas (privadas ou públicas) e órgãos da administração (direta e indireta), além das sociedades de economia mista.

Ainda, entram nessa lista as instituições beneficentes, as associações recreativas, cooperativas e outras instituições que admitam trabalhadores como empregados.

Nas empresas, quem integra a CIPA é comumente chamado de “cipeiro”.

Assim, participam da comissão colaboradores titulares e suplentes, nomeados para trabalhar na prevenção de acidentes e para a manutenção da Segurança do Trabalho no ambiente de trabalho.

Ainda, devem participar da CIPA, representantes do empregador e dos empregados. A quantidade de membros dependerá do dimensionamento previsto no Quadro I da NR-5. A escolha dos participantes deve obedecer ao que segue:

- representantes dos empregadores: titulares e suplentes serão designados pelos próprios colaboradores;

- Representantes dos empregados: titulares e suplentes serão eleitos em votação secreta, da qual participam os interessados, independentemente de filiação sindical.

Um detalhe importante: o empregador é quem deve designar, entre seus representantes, o presidente da CIPA. Já o vice-presidente deve ser escolhido pelos empregados, entre os membros titulares.

O mandato dos membros eleitos para a CIPA tem a duração máxima é de um ano, com a possibilidade de uma reeleição.

A NR-5 determina que a quantidade de membros da CIPA depende do número de empregados que a empresa tem naquelas funções consideradas de risco. Para conhecer o risco das atividades desenvolvidas na organização, basta consultar a Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE).

Algumas empresas têm comissões com apenas três funcionários, desde que haja um presidente, um vice-presidente e um secretário, conforme determina a legislação. Após estabelecer a CIPA, toda a documentação referente a ela deve ser encaminhada ao Ministério do Trabalho, onde a comissão será devidamente registrada.

A CIPA inspeciona e aponta riscos à segurança e à saúde das pessoas no trabalho. Assim, é ela quem deve orientar os trabalhadores sobre a prevenção de acidentes de trabalho.

Ainda, a CIPA deve realizar treinamentos de acordo com Normas Regulamentadoras (NR's). Desse modo, é possível implantar na empresa uma mentalidade voltada à Segurança do Trabalho que funcione de fato como uma cultura.

Relação entre a CIPA e o SESMT

Não resta dúvida que a criação do SESMT e da CIPA, frutos da Consolidação das Leis do Trabalho, trouxeram muitos benefícios as empresas e principalmente aos colaboradores.

Tanto CIPA quanto SESMET empenham-se em ampliar a qualidade de vida dos colaboradores gerando meios para que os mesmos não sofram com os riscos do ambiente laboral, ou que no limite, eles sejam não só amenizados, mas também eliminados.

O que diferencia CIPA e SESMT em primeiro ponto é a necessidade de formação técnica (no SESMT), mas tanto uma como outra atuam de forma concomitante estabelecendo meios para que os direitos e a saúde dos colaboradores sejam assistidos.

20.3. AVALIAÇÃO AMBIENTAL

As avaliações ambientais deverão ser efetuadas pela FENIX em plena atividade. Serão avaliados, onde existirem, os riscos Físicos (ruído, calor e radiação ionizante), Ergonômico (através da AET - *Análise Ergonômica do Trabalho*), Químicos (produtos químicos em geral) e biológicos (bactérias, fungos, parasitas, vírus e outros). As avaliações serão realizadas conforme relacionado abaixo, onde os resultados serão apresentados no LTCAT (*Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho*).

Probabilidade de ocorrência do Dano

BAIXA	Tempo de exposição ao agente, é inferior a 30 minutos por dia de trabalho.
MÉDIA	Tempo de exposição diária é superior a 30 minutos, e inferior a 4 horas por dia.
ALTA	Tempo de exposição diária é superior a 4 horas.

Gravidade de ocorrência do Dano

BAIXA	Lesão ou doença leve, com efeitos reversíveis levemente prejudiciais ousem efeitos adversos conhecidos.
MÉDIA	Lesões ou doenças sérias com efeitos reversíveis severos e prejudiciais
ALTA	Lesão ou doença crítica, com efeitos irreversíveis severos e prejudiciais que podem limitar a capacidade funcional.
FATAL	Lesão ou doença incapacitante ou fatal.

Risco

Risco = Gravidade X Probabilidade de ocorrência

Probabilidade	Gravidade			
	Baixa	Média	Alta	Fatal
Baixa	Tolerável	Tolerável	Moderado	Substancial
Média	Tolerável	Moderado	Substancial	Substancial
Alta	Moderado	Substancial	Substancial	Intolerável

Medidas de Controle dos Riscos e Avaliação de sua Eficácia

Esta fase constitui-se na execução das medidas de controle das etapas anteriores, de acordo com as metas e as prioridades estabelecidas.

Ações são tomadas em função da gradação do risco, conforme tabela a seguir:

RISCO	Ações de Controle dos Riscos
Tolerável	A exposição pode permanecer dentro dos parâmetros verificados, podendo ser MANTIDOS os controles existentes.
Moderado	Reavaliar os meios de controle e quando necessário adotar medidas complementares visando à manutenção ou melhoria do controle sobre as exposições ocupacionais. Realizar avaliações quantitativas e treinamentos anualmente.
Substancial	Implantar ações de controle administrativas e/ou individuais imediatas. Instituir e/ou manter programa de controle específico. Realizar avaliações quantitativas se necessário a cada seis meses.

Intolerável	Interromper o processo, atividade ou tarefa. Adotar medidas de controle administrativas e individuais imediatas (se couber). Instituir e manter programa de controle específico com medidas urgentes de controle coletivo. Realizar monitoramento quantitativo a cada três meses.

Serão adotadas as medidas necessárias suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou mais das seguintes situações:

Identificação, na fase de antecipação de risco potencial à saúde;

Constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde, ou existência de nexo causal;

Quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos funcionários excederem os limites previstos na NR-15 ou, na ausência destes os valores limites de exposição ocupacional adotados pela American Conference of Governamental Industrial Higyenist (ACGIH), ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos;

Quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado o nexo causal entre danos observados na saúde dos funcionários e a situação de trabalho a que eles ficam expostos.

Proteções Coletivas

O estudo, desenvolvimento e implantação de medidas de proteção coletiva deverão obedecer à seguinte hierarquia:

Medidas que eliminem ou reduzam a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde;

Medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de trabalho;

A implantação de medidas de caráter coletivo deverá ser acompanhada de treinamento dos funcionários quanto aos procedimentos que assegurem a sua

eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que ofereçam.

Quando comprovado pela FENIX a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrar-se em fase de estudo, planejamento ou implantação ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas obedecendo-se à seguinte hierarquia:

Medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;

Utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Proteções Individuais

A utilização de EPI no âmbito do programa deverá considerar as Normas Legais e Administrativas em vigor e envolver no mínimo:

a) Seleção do EPI adequado tecnicamente ao risco a que o trabalhador está exposto e à atividade exercida, considerando-se a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco;

b) Programa de treinamento dos funcionários quanto à sua correta utilização e orientação sobre as limitações de proteção que o EPI oferece;

c) Estabelecimento de normas ou procedimentos para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando garantir condições de proteção originalmente estabelecidas;

d) Caracterização das funções ou atividades dos funcionários, com a respectiva identificação dos EPIs utilizado para os riscos ambientais.

Medidas de proteção segundo a NR-32

As medidas de proteção devem ser adotadas a partir do resultado da avaliação, prevista no PGR.

Caso os resultados da avaliação demonstrem que a exposição, ou possível exposição, referem-se somente aos agentes biológicos classificados no grupo 1, do anexo I, devem ser adotados as medidas citadas nos itens 32.8.1, 32.8.3, 32.10.

Avaliações da Eficácia das Medidas de Controle

Serão estabelecidos critérios e mecanismos para avaliar a eficácia das medidas de proteção implantadas, considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde dos funcionários previstos na NR-7.

Esta avaliação se dará por meio da realização de:

- Inspeções de segurança;
- Monitoramento biológico que atendam a NR-32;
- Análise crítica por ocasião da revisão anual do PGR;
- Tratamento de condições de insegurança e/ou desvios ocorridos.

Monitoramento da Exposição aos Riscos

Pelo menos uma vez por ano e sempre que houver mudanças significativas no processo de trabalho deverá ser feita uma reavaliação de todo o PGR.

Para o monitoramento da exposição dos trabalhadores e das medidas de controle deve ser realizada uma avaliação sistemática e repetitiva da exposição a um dado risco, visando à introdução ou modificação das medidas de controle, sempre que necessário, através de:

- Reavaliações qualitativas da exposição aos riscos;
- Avaliações quantitativas da exposição aos riscos, quando aplicável;
- Monitoramento através do PCMSO, para detecção de agravos à saúde em virtude de exposição aos riscos.

Registro e Divulgação dos Dados

Os dados contidos neste documento base do PGR mantêm-se desde a data de sua emissão à disposição dos empregados desta empresa para que estes tomem ciência sobre os riscos ambientais existentes em seu ambiente de trabalho. Este documento base será mantido por no mínimo 20 (vinte) anos, conforme determina o item 9.3.8.2 da NR-9. Recomenda-se que o documento base seja mantido sobre a guarda e conservação do Departamento de Recursos Humanos ou do SESMT da empresa (quando houver), pelo Representante Legal quando designado, ou pelo

Responsável da Empresa. De toda forma o programa deve estar à disposição dos empregados, da CIPA, Sindicatos e Autoridades de Fiscalização.

A divulgação poderá ser feita por meio de Mapas de Riscos, Ordens de Serviços, Treinamentos, em Integração de novos Funcionários, apresentação do PGR na reunião da CIPA ou outra forma que melhor se adeque de acordo com as necessidades da empresa.

Periodicidade do PGR

Deverá ser efetuada, sempre que necessário, e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PGR para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades.

Plano de Ação para Prevenção dos Riscos Ambientais

Reunido as informações inerentes às condições de trabalho, bem como, as medidas de cunho administrativo, emprega-se o esquema macro, denominado plano de ação, cujo propósito é formar um cronograma anual de medidas técnico-administrativas para o alcance das conformidades exigidas pelos padrões operacionais de segurança, e Normas do Ministério do Trabalho.

Articulação com o PCMSO

O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais articula-se com o PCMSO em consonância com as Normas Regulamentadoras vigentes e em especial com a NR-7 (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), prevenindo assim, doenças ocupacionais decorrentes dos vários processos de trabalho, informando previamente ao Serviço Médico as prováveis situações que venham a comprometer a segurança e saúde dos Colaboradores.

Avaliação dos Riscos e das Exposições dos Trabalhadores

Para a realização das avaliações quantitativas serão utilizadas metodologias

de reconhecimento nacional e/ou internacional.

Para a avaliação dos agentes físicos, serão usadas metodologias específicas definidas pela Fundacentro (NHO) e NR-15 da Portaria 3214/78. Para os agentes químicos, quando da inexistência de metodologias nacionais, serão usadas as do NIOSH – National Institute for Occupactional Safety and Health.

Medidas de proteção para perfurocortantes

Em todos os locais de trabalho onde se utilize material perfurocortantes, deve ser mantido o recipiente apropriado para o seu descarte, conforme o estabelecimento na NBR 13853, norma brasileira registrada no INMETRO;

Os colaboradores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte;

O limite máximo de enchimento do recipiente deve estar localizado 5 cm abaixo do bocal;

O procedimento deve ser mantido o mais próximo possível da realização do procedimento;

O recipiente deve ser posicionado de forma que a abertura possa ser visualizada pelos Colaboradores;

É vedado o reencape de agulhas.

Objetivo

Estabelecer requisitos de Saúde e Segurança para a identificação e categorização dos acidentes ocorridos aos colaboradores da FENIX em exercício das atividades laborais, assim como a abertura e notificação do evento ao Ministério da Previdência Social.

Aplicação

Este procedimento se aplica a todos os colaboradores de todos os Projetos da FENIX, e serve como documento padronizado que será utilizado para informar o acidente de trabalho ocorrido com o colaborador.

Definições

Acidente de trabalho – Se configura acidente de trabalho, o dano físico sofrido pelo colaborador, que se relacione, direta ou indiretamente com as atribuições da função exercida.

Doenças Ocupacionais - A doença ocupacional ou profissional está definida no artigo 20, I da Lei n. 8.213 de 24 de julho de 1991 como a enfermidade produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social. É a designação de várias doenças que causam alterações na saúde do trabalhador, provocadas por fatores relacionados com o ambiente de trabalho.

As doenças ocupacionais se dividem em: Doenças Profissionais ou Tecnopatias e Doenças do Trabalho ou mesopatias.

Doenças profissionais ou tecnopatias,

São causadas por fatores diretamente ligados à atividade ocupada pelo paciente, tendo origem no exercício da profissão;

Resulta diretamente das condições de trabalho e causa incapacidade para o exercício da profissão ou morte;

Exemplos dessas doenças: Doenças provocadas por agentes químicos, doenças do aparelho respiratório, doenças cutâneas, manifestações;

Possuem nexo causal presumido, ou seja, o vínculo fático que liga o efeito à causa, resumidamente, a comprovação de que houve dano efetivo, motivado por ação, voluntária, negligência ou imprudência daquele que causou o dano.

Doenças do trabalho ou mesopatias

São causadas pelas circunstâncias do trabalho;

A relação com o trabalho deve ser comprovada.

Adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o

trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, ou seja, a atividade profissional desenvolvida não é causadora de nenhuma doença ou perturbação funcional, mas as condições do ambiente que cerca o colaborador.

Exemplos: Disacusia (surdez) em trabalho realizado em local extremamente ruidoso; Silicose – inalação de poeira; Câncer de pele; Dermatite de contato; As LER/DORT - lesões por esforços repetitivos; outras.

Classificação dos Acidentes de Trabalho

Os acidentes de trabalho podem ser classificados, quanto a forma como ocorrem. E assim, classificados:

Acidente Típico:

São todos os acidentes que ocorrem no desenvolvimento das atividades laborais, estando no ambiente de trabalho ou podendo estar a serviço deste;

Quando ocorrem durante a jornada de trabalho, ou quando estiver à disposição do trabalho;

É considerado como um acontecimento súbito e imprevisto, que pode provocar no colaborador incapacidade para o desempenho das atividades laborais.

Nos períodos destinados às refeições ou descanso no local de trabalho, o colaborador é considerado a serviço, portanto, caso ocorra o acidente, nesta hipótese, também será considerado como acidente de trabalho.

Podemos citar como exemplos de acidentes de trabalho típico: o trabalhador que cai de uma escada ou que se fere ao manusear um equipamento; que tropeça em um obstáculo; que perfura o dedo com material perfurocortante, e outros

No caso do acidente perfurocortante, destacamos algumas orientações para que possamos evitar o acidente:

Em todos os locais de trabalho onde se utilize material perfurocortantes, deve ser mantido o recipiente apropriado para o seu descarte, conforme o estabelecimento na NBR 13853, norma brasileira registrada no INMETRO;

Os colaboradores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser os responsáveis pelo seu descarte;

É vedado o reencape de agulhas

O limite máximo de enchimento do recipiente deve estar localizado 5 cm abaixo do bocal e deve ser posicionado de forma que a abertura possa ser visualizada pelos colaboradores.

Acidente de Trajeto:

São os acidentes que ocorrem no trajeto entre a residência e o trabalho ou vice-versa.

Para sua caracterização, o colaborador não poderá desviar de seu percurso habitual por interesse próprio, vez que, se tal fato ocorrer, será considerado acidente comum, o que desobriga a FENIX de preencher a CAT.

Doenças relacionadas ao Trabalho:

Os trabalhadores podem desenvolver agravos à sua saúde, adoecer ou mesmo morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho foi realizado.

O perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da conjunção desses fatores, que podem ser sintetizados em três grupos de causas:

Grupo I: Doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional, de acordo com o Anexo II “Agentes Patogênicos causadores de doenças profissionais ou do trabalho’”, do Decreto nº 3048 de 06/05/1999 Poder Executivo Federal, e ao Art.20 da Lei 8.213 de 1991.

Exemplo: intoxicação por chumbo, sílica, e doenças profissionais legalmente reconhecidas.

Grupo II: Doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário.

Exemplo: Hipertensão arterial, doença coronariana, doenças do aparelho locomotor e neoplasias malignas (cânceres), dentre outras.

Grupo III: doenças em que o trabalho e provocador de um distúrbio latente,

ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente. Exemplo: doenças alérgicas de pele e respiratórias, dentre outras.

Metodologia

Comunicação do Acidente na área Operacional

"A Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT é uma obrigatoriedade e deve ser aberta pelo empregador, contudo, o empregado tem a prerrogativa da abertura do CAT, se quiser fazê-la".

Acidentado deverá comunicar, imediatamente o ocorrido à chefia imediata.

Comunicar sobre o acidente: como aconteceu, o horário e outras informações;

A chefia imediata, preencherá o formulário de "Informação de Acidente";

A chefia imediata, comunicará o acidente através do formulário "Informação do Acidente", para as Supervisões de Enfermagem, quando o ocorrido for em Áreas de Assistência à Saúde (Estratégia de Saúde da Família; Centro de Especialidade e Pronto Atendimento);

Quando o acidente for em Área de Atendimento Móvel de Urgência, a comunicação deverá ser através do formulário "Informação do Acidente", e comunicado à Coordenação de Área;

A "Informação do Acidente" deverá ser encaminhada à Área de Saúde e Segurança – SST da FENIX;

As Supervisões de Enfermagem das Áreas de Assistência à Saúde, também, comunicarão ao Administrativo FENIX sobre o acidente ocorrido para que o mesmo possa dar o encaminhamento junto ao RH da FENIX.

As Coordenações de Área do Atendimento Móvel de Urgência deverão comunicar ao RH da FENIX sobre o acidente ocorrido.

Encaminhamento do acidentado

A chefia imediata das Áreas de Assistência à Saúde (Estratégia de Saúde da Família; Centro de Especialidade e Pronto Atendimento) encaminhará o profissional para atendimento no Pronto Atendimento;

Após o atendimento do acidentado, o atestado médico deverá ser encaminhado para o Administrativo da FENIX;

Em caso de NÃO IDENTIFICAÇÃO da fonte, encaminhar ao PA para realização do Teste Rápido;

Independentemente do resultado do Teste Rápido, o profissional deverá passar em atendimento com o Infectologista, de acordo com a rotina do município.

As Coordenações de Área de Atendimento Móvel de Urgência encaminharão o profissional para atendimento na Rede de Saúde;

Após o atendimento do acidentado, o atestado médico deverá ser encaminhado para o RH da FENIX;

Em caso de NÃO IDENTIFICAÇÃO da fonte, encaminhar à Rede de Saúde para realização do Teste Rápido;

Independentemente do resultado do Teste Rápido, o profissional deverá passar em atendimento com o Infectologista.

Encaminhamento de documentação

As Supervisões de Enfermagem das Áreas de Assistência à Saúde (Estratégia de Saúde da Família; Centro de Especialidade e Pronto Atendimento) encaminhará ao Administrativo FENIX, os seguintes documentos:

Atestado Médico

Resultado do Teste Rápido.

Boletim de Ocorrência, em caso de colisão em acidente de trajeto.

O Administrativo da FENIXencaminhará ao RH_FENIX, as documentações citadas no item 10;

As Coordenações de Área do Atendimento Móvel de Urgência orientarão ao colaborador acidentado para que seja encaminhado os documentos referentes ao acidente para o RH_FENIX;

O colaborador acidentado do Atendimento Móvel de Urgência encaminhará ao RH_FENIX os seguintes documentos:

Atestado de saúde;

Teste rápido;

Boletim de ocorrência, caso haja colisão em acidente de trajeto.

As Supervisões de Enfermagem das Áreas de Assistência à Saúde (Estratégia de Saúde da Família; Centro de Especialidade e Pronto Atendimento) encaminhará à Área de Saúde e Segurança a “Informação do Acidente;

As Coordenações de Área de Atendimento Móvel de Urgência encaminharão à Área de Saúde e Segurança a “Informação do Acidente.

Horários da comunicação do acidente.

Se o ocorrido for das 7 às 17 horas, a comunicação deverá ser feita no mesmo dia;

Após as 17 horas, comunicação deverá ser na manhã seguinte;

No caso de feriados, sábados e domingos, a comunicação deverá ser feita no primeiro dia útil.

Em caso de acidente com vítima fatal, a comunicação deverá, ser feita imediatamente, independente do dia e horário, via WhatsApp, do responsável pela Área de Saúde e Segurança do Trabalho.

Controle de Registros

Registro	Armazenamento	Proteção	Retenção do documento	Descarte do documento

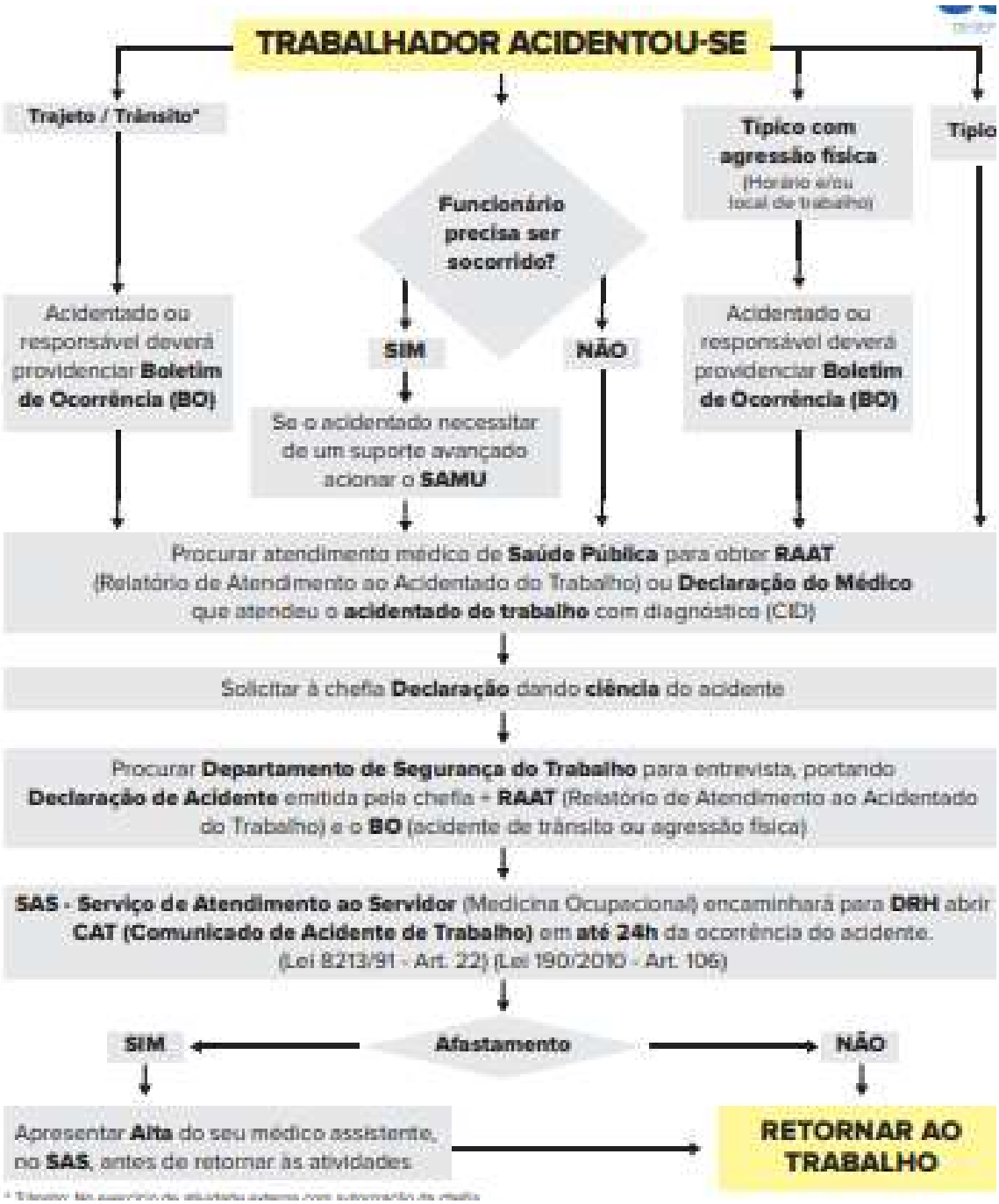
Responsabilidades

NOTA: Manter toda a documentação arquivada de forma sistemática, com a finalidade

AÇÃO	RESPONSÁVEL	ÁREA DE ATUAÇÃO / ABRANGÊNCIA
Informação do Acidente de Trabalho para a Área de Saúde e Segurança – SST	Supervisão de Enfermagem e Administrativo FENIX Coordenação de Área	Área de Assistência à Saúde (ESF. CS e PA) SAMU
Entrega dos documentos para o Recursos Humanos	Administrativo da FENIX Colaborador SAMU	Área de Assistência à Saúde (ESF. CS e PA) SAMU
Envio dos documentos para área de saúde e segurança	Recursos Humanos	Área de Assistência à Saúde (ESF. CS e PA) SAMU
Comunicação do Acidente do Trabalho – CAT junto ao INSS	Área de Saúde e Segurança	Todo e qualquer colaborador acidentado
Armazenamento do documento CAT	Área de Saúde e Segurança e Recursos Humanos	Todo e qualquer colaborador acidentado

permitir o fácil acesso para consultas, auditorias ou fiscalizações.

Fluxo de Acidente de trabalho Trajeto e Tipico


TRABALHADOR ACIDENTOU-SE
Trajeto / Trânsito*
Funcionário precisa ser socorrido?
Típico com agressão física
(Horário e/ou local de trabalho)
Típico
SIM
NÃO
Acidentado ou responsável deverá providenciar Boletim de Ocorrência (BO)
Se o acidentado necessitar de um suporte avançado acionar o SAMU
Acidentado ou responsável deverá providenciar Boletim de Ocorrência (BO)
Procurar atendimento médico de Saúde Pública para obter RAAT (Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho) ou Declaração do Médico que atendeu o acidentado do trabalho com diagnóstico (CID)
Solicitar à chefia Declaração dando ciência do acidente
Procurar Departamento de Segurança do Trabalho para entrevista, portando Declaração de Acidente emitida pela chefia + RAAT (Relatório de Atendimento ao Acidentado do Trabalho) e o BO (acidente de trânsito ou agressão física)
SAS - Serviço de Atendimento ao Servidor (Medicina Ocupacional) encaminhará para DRH abrir CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) em até 24h da ocorrência do acidente. (Lei 8.213/91 - Art. 22) (Lei 190/2010 - Art. 106)
Afastamento
SIM
NÃO
Apresentar Alta do seu médico assistente, no SAS, antes de retomar às atividades
RETORNAR AO TRABALHO

21. PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA O PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

Objetivo Geral

Este plano estabelece as medidas para enfrentamento da Emergência de Saúde Pública do Município de Pindamonhangaba, conforme Plano de Contingência do Município (Parte 2 Perigo Eminente) tendo como seu objetivo apoiar o desenvolvimento de habilidades organizacional e assistencial urgentes.

Adotando ferramentas e processos de condução de equipes para mudanças e reorganização do atendimento a URGENCIAS, monitorando os resultados para auxiliar na tomada de decisões do município, bem como com base nas orientações das autoridades sanitárias do Brasil.

Objetivos específicos

Reorganizar os serviços assistenciais para dar retaguarda à Rede de Atenção à Saúde do Município de Pindamonhangaba, de acordo com as definições da Secretaria de Saúde do Estado do São Paulo, e do Ministério da Saúde.

Apresentar as diversas estratégias para responder às urgências de forma rápida e efetiva, incluindo as medidas preventivas.

Falha de Equipamento

Instruir os colaboradores sobre como identificar o risco iminente ou a ocorrência de um evento indesejável, especificando o problema, os recursos e os meios necessários para aborda-lo emergencialmente, definindo as atribuições dos envolvidos na sua execução, assim como os procedimentos de comunicação.

Serão mantidas reservas técnicas de equipamentos e/ou peças junto a Engenharia Clínica, com o objetivo de suprir as demandas necessárias para

manutenções corretivas.

Serão instituídas rotas de inspeção periódicas, durante o dia e noite, utilizando a mão de obra capacitada para tal, que aferirá o adequado funcionamento dos equipamentos, anotando em ficha técnica individual do equipamento as condições encontradas no momento da inspeção.

Ausência de Profissional na Escala

Todos os profissionais da Unidade de Saúde serão selecionados mediante demonstração de proficiência e habilitação na área de atuação, sendo submetidos a avaliação de desempenho trimestral, treinamento de capacitação dentro das áreas correlatas e educação permanente destinada ao perfil da categoria.

Na ausência de um profissional escalado previamente, outro profissional da mesma área assumirá as funções necessárias com mesma habilidade e certificação.

Para as ausências por motivos de força maior, como greve do transporte público, enchentes e desmoronamentos, será utilizado o sistema de horas extras e/ou banco de horas, considerando os limites técnicos estabelecidos para o porte da Unidade de Saúde.

As Coordenações Técnicas da Unidade terão à disposição o mapeamento dos profissionais que moram mais próximo e que possuem meios de deslocamento facilitado, diante do agravo encontrado.

Só serão permitidas as saídas dos postos de trabalho mediante substituição de outro profissional habilitado para a execução do serviço, assegurando aos profissionais as cargas horárias e benefícios definidos em legislação vigente.

Ausência de Medicamento

Garantir o processo de controle de estoque, aferindo as médias de consumo, conforme a demanda, e acompanhando os processos de compras e prazos de entregas estabelecidos pelos fornecedores.

Para os casos de falta por ausência no mercado para compra, a Comissão Técnica se reunirá para definição de substitutivos terapêuticos.

Será estabelecido o estoque mínimo, considerando-se o giro de estoque e a

velocidade de entrega dos fornecedores.

Falha do Veículo Automotor

Serão instituídas rotas de inspeção periódicas, durante o dia e noite, utilizando a mão de obra capacitada para tal, que aferirá o adequado funcionamento do veículo, anotando em ficha técnica individual do equipamento as condições encontradas no momento da inspeção.

Instruir os colaboradores sobre como identificar o risco iminente ou a ocorrência de um evento indesejável, especificando o problema, os recursos e os meios necessários para aborda-lo emergencialmente, definindo as atribuições dos envolvidos na sua execução, assim como os procedimentos de comunicação.

Serão mantidas em dia as manutenções preventivas, e contratado veículo reserva para os casos de manutenção corretiva, com tempo resposta máximo de 2 horas de espera.

Em casos de sinistros em via pública, outro veículo será deslocado para acompanhamento da equipe, e será acionado o serviço de seguro e manutenção do veículo, conforme demanda.

Queda ou Falha de Energia Elétrica

A Unidade de Saúde tem o suprimento de energia fornecido pela concessionária de fornecimento / transmissão de energia da cidade, possuindo subestação de energia com transformadores, onde ocorre a adequação de tensão da concessionária para a tensão de alimentação da Unidade.

Nesta subestação também estão posicionados os principais Quadros Gerais de Baixa Tensão para distribuição primária das categorias e classes de Energia (Normal e Emergência). Existe também ligado à rede, um Grupo de Geradores de Emergência, alimentado com combustível diesel.

Diante do desabastecimento de energia elétrica, o grupo gerador entrará em funcionamento automático, segundos após detectado a queda de energia, impedindo o desabastecimento imediato da Unidade.

Serão instituídas rotas de inspeção periódicas, durante o dia e noite, utilizando

a mão de obra capacitada para tal, que aferirá o adequado fornecimento de energia elétrica, anotando em quadro comparativo próprio a evolução da variação de tensão e o correto funcionamento da subestação.

Assim que for detectado o desabastecimento de energia elétrica através da rede primária, os profissionais de manutenção, juntamente com o responsável administrativo/operacional da Unidade, acionarão a Concessionária para obter informações sobre a abrangência e tempo para resolução do problema, anotando em Livro Ata: data da ocorrência, horário de detecção da falha de abastecimento, número do protocolo de atendimento e nome do atendente da Concessionária.

Concomitantemente, serão verificados, pelo responsável operacional, se todos os Sistemas de Emergência (Geradores, Iluminações, Equipamentos, tomadas, etc.) estão funcionando perfeitamente. Para evidenciação desta verificação, os profissionais deverão realizar o preenchimento do Check-list de Inspeção Predial de Emergência, acionando o Departamento de Manutenção para realizar as manutenções corretivas, se houver.

Será acionado o técnico elétrico da empresa de manutenção para acompanhamento da Unidade, até reestabelecimento do fornecimento de energia elétrica.

Na falha do acionamento do Grupo Gerador, a equipe de manutenção e o responsável operacional da Unidade, deverão acionar a empresa responsável pela manutenção do equipamento.

Tratando-se de um problema de maior gravidade, e considerando a ausência de fornecimento de energia elétrica por períodos longos, um novo Grupo Gerador deverá ser acondicionado no local, até o reestabelecimento do equipamento danificado.

A Direção da Unidade e o preposto Contratante serão informados imediatamente sobre a ocorrência de todos os fatos, acionando o Plano Emergencial, com avaliação de desvio de fluxo de atendimento da Unidade, para os casos de maior gravidade.

A equipe de segurança fará maior controle de acesso, permitindo somente a circulação essencial na Unidade, durante o período de desabastecimento.

Em Condições de Agravos / Emergência em Saúde Pública

As medidas de controle desenvolvidas nos momentos de normalidade,

também chamados de pré-eventos, são divididas nas seguintes fases: Prevenção/Preparação, Monitoramento e Alerta, e expressam a intenção de evitar ou diminuir os impactos adversos à saúde da população, mediante aplicação de ações planejadas e realizadas antecipadamente ao evento.

A execução das ações preventivas e preparatórias voltadas para o enfrentamento de eventos adversos, é fundamental para a mitigação dos impactos à infraestrutura de saúde do município, ao meio ambiente e à saúde da população, cabendo à Secretaria Municipal de Saúde gerenciar todo o processo junto aos demais setores da sua área de atuação.

Caberá a Contratada seguir o plano proposto, alocando recursos necessários, dentro dos limites contratuais, para desenvolvimento do plano estipulado pela Contratante.

Suprimento de Água

A Unidade de Saúde tem o suprimento de água potável fornecido pela concessionária que fornece água para toda cidade, possuindo reservatórios de armazenamento de água potável.

Serão instituídas rotas de inspeção periódicas, durante o dia e noite, utilizando a mão de obra capacitada para tal, que aferirá o adequado fornecimento de água potável, anotando em quadro comparativo próprio o consumo por metros cúbicos.

Assim que for detectado o desabastecimento de água potável através da rede primária, os profissionais de manutenção, juntamente com o responsável administrativo/operacional da Unidade, acionarão a Concessionária para obter informações sobre a abrangência e tempo para resolução do problema, anotando em Livro Ata: data da ocorrência, horário de detecção da falha de abastecimento, número do protocolo de atendimento e nome do atendente da Concessionária.

Tratando-se de um problema de maior gravidade, e considerando a ausência de fornecimento de água potável por períodos longos, ocorrerá a contratação de fornecimento de água por meio de caminhões “pipa”.

Os reservatórios de água serão mantidos vistoriados quanto a sua integridade física, limpeza e conservação e qualidade, através de instrumentos próprios de verificação.

A Direção da Unidade e o preposto Contratante serão informados imediatamente sobre a ocorrência de todos os fatos, acionando o Plano Emergencial, com avaliação de desvio de fluxo de atendimento da Unidade, para os casos de maior gravidade.

Gases Medicinais

A Unidade de Saúde tem o suprimento de gases medicinais fornecido pela empresa especializada, possuindo capacidade para armazenar gases medicinais na unidade e recipientes de reabastecimento em trânsito/reserva.

Serão instituídas rotas de inspeção periódicas, durante o dia e noite, utilizando a mão de obra capacitada para tal, que aferirá o adequado fornecimento do gás medicinal, anotando em quadro comparativo próprio a evolução do consumo, através dos recipientes utilizados e metros cúbicos disponíveis.

Serão cadastrados 2 fornecedores de gases medicinais, garantindo o abastecimento ininterrupto da Unidade de Saúde, controlando-se o quantitativo disponível do insumo, através da média de uso diária.

Será estabelecido o estoque mínimo de gases medicinais, considerando-se o giro de estoque e a velocidade de entrega dos fornecedores.

Segurança contra Incêndio

Os recursos de supressão de incêndios disponíveis na Unidade de Saúde serão extintores de incêndio classe A, extintores de incêndio classe B, extintores de incêndio classe C, extintores de incêndio classe A/B/C; hidrantes e pontos de sprinklers.

Será constituída na Unidade a Brigada de Incêndio, com o devido direcionamento do ponto de encontro, remoção de pacientes, combate a incêndio e demais normativas operacionais.

A partir do comunicado de 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.

Se for princípio de incêndio, avaliar o método de extinção e a necessidade de desligamento de equipamentos elétricos, avaliar a necessidade de reforço na equipe

de brigadistas e acionar o Corpo de Bombeiros.
Constatando-se incêndio, acionar o Corpo de Bombeiros, acionar todos os brigadistas presentes, dar ordem de evacuação aos setores, utilizar as rotas de fuga pré-determinadas, acompanhar as equipes assistenciais no apoio aos usuários em evacuação.

22. ATIVIDADES VOLTADAS A QUALIDADE

22.1. COMISSÕES TÉCNICAS

Funcionamento das Comissões Técnicas especificando o perfil dos membros componentes, objetivos, metas e frequência de reuniões.

22.1.1. Comissão de Ética Médica

A Comissão de Ética Médica será realizada conforme a Resolução CFM Nº 2.152/2016 (publicada no DOU de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566), que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Das disposições gerais

Art. 1. A Comissão de Ética Médica do hospital doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento.

Art. 2. A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia em relação à atividade administrativa e diretiva do PS, cabendo ao diretor técnico prover as condições de seu funcionamento, tempo suficiente e materialidade necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 3. Os atos da Comissão de Ética são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro (Pronto Socorro - PS).

Da composição e organização estrutural da comissão de ética médica

Art. 4. A Comissão de Ética Médica do hospital será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 5. A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

Da competência da comissão de ética

Art. 6 - Compete à Comissão de Ética Médica, na Unidade de Pronto Socorro – PS:

- Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
- Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do estado do Espírito Santo na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
- Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
- Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;
- Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde;

Da competência do presidente, secretário, membros efetivos e suplentes da comissão de ética médica.

Art. 7º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas;

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 8º - Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica da Unidade de Pronto Socorro - PS:

- Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 9º - Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- Eleger o presidente e o secretário;
- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
- Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
- Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6º deste regimento.

Das eleições da comissão de ética médica

Art. 10. A escolha dos membros da Comissão de Ética da Unidade de Pronto Socorro - PS será feita mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõe o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 11. Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 12. São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem quites com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 13. O mandato da Comissão de Ética Médica da Unidade de Pronto Socorro - PS tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes

do término do mandato.

Art. 14. O diretor clínico da Unidade de Pronto Socorro - PS designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica da Unidade de Pronto Socorro - PS.

Art. 15. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 16. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM Nº 2.152/2016 e no artigo 4º deste regimento.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 17. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 19. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e registro.

Art. 20. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por

escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Art. 21. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de São Paulo.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado nos Postos de Urgência em local visível ao público.

Art. 22. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CRMSP.

§ 1º. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do hospital, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CRMSP.

§ 2º. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRMSP.

Art. 23. Nos casos de ocorrer vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

Do funcionamento da comissão de ética médica

Art. 24. A Comissão de Ética Médica da PS no Município de Pindamonhangaba se reunirá ordinariamente mensalmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 25. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando se tratar de atividade didático pedagógica no âmbito da

Instituição de saúde.

Art. 26. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Da apuração interna

Art. 27. A apuração interna será instaurada mediante:

Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

Ex ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica;

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRMSP para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 28. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 29. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 30. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao CRMSP.

Art. 31. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CRMSP.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 32. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais

sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CRMSP.

Art. 33. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CRMSP para as providências cabíveis.

Art. 34. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1º. O CRMSP não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reforma-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2º. A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

Das disposições finais

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRMSP, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CRMSP deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia, conforme estabelecido na Resolução CFM Nº 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CRMSP relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
PRAZO	AÇÃO
Primeiro trimestre	- Eleição dos profissionais para compor a Comissão de Ética Médica; - Validação do regimento interno da CEM; - Registro da CEM junto ao CRM-SP; - Estabelecer cronograma de reuniões;
Segundo trimestre	- Fomentar a educação e o treinamento relacionado a ética profissional de todo o pessoal médico; - Definir diretrizes de ações frente aos problemas encontrados; - Avaliar os indicadores;
Terceiro trimestre	- Acompanhamento dos casos éticos; - Suporte em questões éticas a pedido das chefias dos setores;
Quarto trimestre	- Fechamento dos indicadores e avaliação dos resultados; - Planejamento de ações;

22.1.2. Comissão de Ética de Enfermagem

As Comissões de Éticas de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

As C.E.E. deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

A Decisão COREN-SP/DIR/05/2018 regulamenta a criação, organização, funcionamento e eleição das Comissões de Ética de Enfermagem no Estado de São Paulo.

Constituição da Comissão de Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem é 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. Cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento dos trabalhos da CEE.

Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos por meio de voto facultativo secreto e direto preferencialmente.

Os candidatos serão divididos em chapas, constituídas da seguinte forma: 3 (três) integrantes, sendo 2 (dois) correspondentes ao quadro I, Enfermeiros, e 1 (um) correspondente aos quadros II e III, Auxiliares e Técnicos.

A convocação da eleição será feita pelo Enfermeiro Responsável Técnico, por Edital a ser divulgado na Instituição no período de 60 (sessenta) dias antes da eleição.

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por 1 (um enfermeiro) Presidente, 1 (um enfermeiro) Secretário e 1 vogal na categoria de Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício com a instituição.

O cargo de Presidente e de Secretário somente poderá ser preenchido por Enfermeiros.

O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEE.

O tempo de mandato da CEE será de 3 (três) anos sendo admitida uma reeleição.

Regimento da Comissão de Ética de Enfermagem

A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal ordinariamente e reunir-se de forma extraordinária, quando necessário.

Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância ou fiscalização deverão ser sigilosos.

As deliberações da CEE serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o “voto minerva” em caso de empate.

As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Decisão. A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem;
- Determinação do Conselho Regional de Enfermagem;

Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

O profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da CEE, deverá ser encaminhado para análise do COREN-SP;

Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, livros de registros administrativos, ou outros que possam auxiliar na

elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a tramitação competente.

Quando o fato for de menor gravidade e que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o COREN-SP.

Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Indicadores Mínimos a Serem Constituídos

Os indicadores relacionados a Comissão de Ética de Enfermagem serão elaborados com base nos preceitos do CEE e visando a autonomia profissional, acesso a educação e resolutividade das sindicâncias:

- Taxa de profissionais com conhecimento das funções do CEE;
- Indicador de resolutividade das sindicâncias;
- Taxa de sindicâncias encaminhadas para o COREN-SP.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
PRAZO	AÇÃO
Primeiro	- Eleição dos profissionais para compor a Comissão de Ética de

trimestre	Enfermagem; - Validação do regimento interno da CEE; - Registro da CEE junto ao COREN-SP; - Estabelecer cronograma de reuniões;
Segundo trimestre	- Fomentar a educação e o treinamento relacionado a ética profissional de todo o pessoal de enfermagem; - Definir diretrizes de ações frente aos problemas encontrados; - Avaliar os indicadores;
Terceiro trimestre	- Acompanhamento dos casos éticos; - Suporte em questões éticas a pedido das chefias dos setores;
Quarto trimestre	- Fechamento dos indicadores e avaliação dos resultados; - Planejamento de ações;

22.1.3. Comissão de Análise e Revisão de Prontuário Médico

A comissão de análise e revisão de prontuário visa atender a resolução CREMESP No. 70/1995 e a resolução CFM No. 1638/2002, 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.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser

disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades.

A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada no hospital a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Os presidentes da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados e os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

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 preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão 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.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético

por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

Regimento da Comissão de Análise e Revisão de Prontuário

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

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.

Tipo de Alta.

- Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- 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.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

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 comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

Indicadores Mínimos a Serem Constituídos

Os indicadores estabelecidos serão relacionados as avaliações realizadas pela comissão e pelas divergências encontradas nos prontuários.

- Avaliação de presença nas reuniões;
- Avaliação de reuniões realizadas;
- Avaliação de prontuários;
- Avaliação de prontuários completos.
- Os indicadores relacionados diretamente aos prontuários:
- Taxa de prontuários avaliados com identificação do paciente;
- Taxa de prontuários avaliados com anamnese;
- Taxa de prontuários avaliados com exame físico;
- Taxa de prontuários avaliados com tratamento (prescrição médica);
- Taxa de prontuários avaliados com evolução médica;
- Taxa de prontuários avaliados com evolução enfermagem;
- Taxa de prontuários avaliados com exames;
- Taxa de prontuários avaliados com letra legível;
- Taxa de prontuários avaliados com identificação dos profissionais;
- Taxa de prontuários avaliados com folha de anestesia – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com boletim cirúrgico – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com recuperação anestésica – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com descrição de procedimentos médicos;
- Taxa de prontuários avaliados com partograma – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com declaração de nascido vivo – quando se aplicar;
- Taxa de prontuários avaliados com mudança de procedimento;
- Taxa de prontuários avaliados com procedimentos especiais;
- Taxa de prontuários avaliados com resumo de alta.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO	
PERIODO	AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS
Primeiro Trimestre	- Constituição formal da comissão - Nomeação da equipe; - Aprovar e fazer valer o regimento interno da comissão de análise e revisão de prontuários;
Segundo trimestre	- Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar; - Definir diretrizes de ações para melhoria; - Avaliar os indicadores obtidos e traçar planejamento de melhorias
Terceiro trimestre	- Estabelecer o plano de melhorias para o prontuário do paciente; - Acompanhamento dos indicadores; - Divulgação dos resultados mensalmente para as chefias dos setores;
Quarto trimestre	- Acompanhamento dos indicadores; - Divulgação dos resultados para as chefias dos setores; - Planejamento de ações

22.1.4. Comissão de Verificação de Óbitos

A comissão de verificação de óbitos é um importante instrumento de controle de qualidade nas instituições hospitalares para o conhecimento das causas da morte e contribuir para o aprimoramento da assistência à saúde.

Visa atender a resolução CFM No. 1897/2009, analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

Constituição da Comissão de Verificação de Óbitos

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso. Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:
Unidade de Terapia Intensiva;
Patologia;
Pronto-Atendimento;
Serviço de Clínica Médica / Pediatria;
Serviço de Cirurgia
Serviço de Enfermagem;

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria.

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada hospital a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados e os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.
Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas

reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, 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 para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão 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.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

Regimento da Comissão de Verificação de Óbitos

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;

- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- 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.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto

de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

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 comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Preparar a correspondência;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Indicadores Mínimos a Serem Constituídos

Os indicadores serão avaliados com base nos prontuários de óbitos, onde será investigado a precisão das informações, clareza e preenchimento correto do atestado de óbito.

- Avaliação de presença nas reuniões;
- Avaliação de reuniões realizadas;
- Avaliação de óbitos;
- Avaliação de óbitos com documentação incompleta;
- Taxa de mortalidade institucional;
- Taxa de mortalidade cirúrgica;
- Taxa de mortalidade neonatal RN < 1500g;

- Taxa de mortalidade neonatal RN 1500g - a 2500g

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO	
PERIODO	AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS
Primeiro Trimestre	-Constituição formal da comissão -Nomeação da equipe -Aprovar e fazer valer o regimento interno da comissão de óbitos
Segundo trimestre	- Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar; - Definir diretrizes de ações para melhoria; - Avaliar os indicadores obtidos e traçar planejamento de melhorias
Terceiro trimestre	- Estabelecer o plano de melhorias para o correto preenchimento dos atestados de óbitos; - Acompanhamento dos indicadores; - Divulgação dos resultados mensalmente para as chefias dos setores;
Quarto trimestre	- Acompanhamento dos indicadores; - Divulgação dos resultados para as chefias dos setores; - Planejamento de ações

22.1.5. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Infecção Hospitalar é definida como “aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta após a internação ou a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”.

A vigilância epidemiológica ativa é um dos pilares do controle das Infecções Hospitalares (IH), pois permite a determinação do perfil endêmico das instituições, a identificação de eventos inesperados (surtos) e o direcionamento das ações de prevenção e controle. A monitorização das IH é um fator de segurança para o paciente e deverá estar de acordo com a Portaria MS nº2616 de 12 de maio de 1998.

Constituição da Equipe de Controle de Infecção Hospitalar

Para a adequada execução do programa de controle de infecção hospitalar deverá ser constituída uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

A CCIH deverá ser composta por membros consultores e executores, prioritariamente por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos serviços médicos; de enfermagem; de farmácia; laboratório de microbiologia e administração.

Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, serão encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar que será composta por:

a) Médico infectologista;

b) Enfermeiro, preferencialmente com especialização em controle de infecção hospitalar;

c) Auxiliar administrativo;

Regimento da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

- Implantação de um Sistema de Vigjlância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com os indicadores propostos;
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar,
- Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e

profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Indicadores Mínimos a Serem Constituídos

A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do Pronto Socorro à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no Pornto Socorro e, especialmente, nos serviços de alto risco, como UTI e semi utis (adulto/pediátrica/neonatal) são:

- Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como

denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

- Taxa de Pacientes com infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;
- Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;
- Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos:

- ✓ Taxa de infecção, de acordo com o potencial de contaminação.
- ✓ Taxa de infecção após passagem de sondas.
- ✓ Taxa de infecção de cateter venoso.
- ✓ Taxa de pneumonia associada ao uso do ventilador mecânico.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO	
PERIODO	AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS
Primeiro Trimestre	- Constituição formal da equipe de CCIH e nomeação da equipe consultora e executora - Constituição formal da equipe de CCIH e nomeação da equipe consultora e executora

	- Aprovar e fazer valer o regimento interno da CCIH;
Segundo trimestre	- Propiciar infra-estrutura necessária a correta operacionalização da CCIH - Informar o órgão oficial municipal quanto à composição da equipe de CCIH; - Avaliar os indicadores obtidos e traçar planejamento de melhorias
Terceiro trimestre	- Fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar; - Definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar; - Avaliar os indicadores obtidos e traçar planejamento de melhorias;
Quarto trimestre	-Estabelecer o plano de melhorias para a prevenção de infecções; -Acompanhamento dos indicadores e taxas de infecção; - Acompanhamento dos indicadores e taxas de infecção; - Divulgação dos resultados para as chefias dos setores; - Planejamento de ações;

22.1.6. Comissão de Gerenciamento de Riscos

Objetivo

Este documento normativo tem por objetivo regulamentar o funcionamento, as atribuições e competências da Comissão de Gerenciamento de Risco, bem como as suas finalidades e organização

Capítulo I - das finalidades

Artigo 1º - A Comissão de Gerenciamento de Risco Sanitário Hospitalar - é de natureza Técnico-científica de caráter permanente, e tem como objetivo o desenvolvimento do Projeto Piloto Hospitais Sentinela na Unidade de Pronto Socorro – PS, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Parágrafo 1º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar atua na obtenção de informações qualificadas sobre eventos adversos e queixas técnicas de qualquer produto de saúde, incluindo: insumos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes, medicamentos, sangue, hemocomponentes e hemoderivados, saneantes, kits diagnósticos e equipamentos em uso, que serão repassados por todos os membros da CGRH à Gerência de Risco Sanitário Hospitalar que, por sua vez, repassará imediatamente à ANVISA, integrando assim o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na fase de Pós -Comercialização proposta pelo Programa Hospitais Sentinela.

Parágrafo 2º - Também tem a finalidade de criar mecanismos de divulgação do trabalho, junto ao Corpo Clínico, na busca de criação de uma nova cultura de notificação de casos de queixas técnicas e/ou de eventos adversos de produtos de Saúde, não somente aos fabricantes, mas também à Vigilância Sanitária.

Parágrafo 3º - Objetiva ainda, a criação de mecanismos de divulgação interna de ações corretivas e preventivas, no caso de detecção de uso inadequado de produtos de Saúde.

Capítulo II - da composição, organização e funcionamento

Seção I - Da Composição

Artigo 1º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar é composta por uma equipe multidisciplinar e multiprofissional e conta com os seguintes membros fixos, sob a coordenação do primeiro:

- Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;
- Gerência de Enfermagem;
- Chefia da Farmácia;
- Diretoria de Informática e Instrumentação;
- Presidente da Comissão de Padronização de Materiais Médico-hospitalar;
- Chefia da Agência Transfusional;
- Presidente ou Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Sub comissões de avaliação de risco sanitário nas áreas específicas.

Parágrafo 1º - O coordenador (gerente de risco) deverá apresentar o perfil definido pela ANVISA:

a. Profissional de Nível Superior da Área da Saúde;

b. Profissional pertencente ao quadro de pessoal da Instituição;

c. Desejável especialização em Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Pública; ou Administração Hospitalar e experiência em comissões e áreas de apoio hospitalar;

d. Disponibilidade mínima de 20 (vinte) horas semanais para as ações demandadas pelo projeto;

e. Experiência profissional mínima de 2 (dois) anos em serviços hospitalares de porte semelhante.

Para o desenvolvimento das atividades será constituída as seguintes subcomissões.

Parágrafo 2º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em

Tecnovigilância envolve as avaliações nas áreas de Engenharia Clínica, produtos e insumos, sendo constituído por representantes dos seguintes serviços:

- Engenharia Clínica e/ou tecnólogo ligado a engenharia clínica e/ou manutenção;
- Gerência de Material;
- CPD Patologia Clínica.

A Engenharia Clínica e o tecnólogo avaliam as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a equipamentos e artigos médico-hospitalares; a Patologia Clínica avalia e notifica as queixas relacionadas aos kits e produtos utilizados no laboratório e a Comissão de Padronização de Materiais Médico-hospitalar avalia e notifica os casos relacionados aos demais produtos.

Parágrafo 3º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Farmacovigilância/Saneantes envolve as avaliações de queixas técnicas e/ou eventos adversos relacionados a medicamentos e saneantes. Deve ser composta por:

- Farmacêutico
- Químico
- Engenharia sanitária
- Epidemiologista
- Seção de Limpeza

Parágrafo 4º - A Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário em Hemovigilância envolve as avaliações de queixas técnicas e ou eventos adversos relacionados a sangue, hemocomponentes, hemoderivados e insumo.

Deve ser composta por:

Médico hemoterapêuta e ou hematologista e outro profissional de nível superior.

Artigo 2º - Cabe ao Diretor a escolha do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar e, junto com este, indicar os membros fixos que comporão a CGRSH

A escolha dos membros da Subcomissão de Avaliação de Risco Sanitário Hospitalar e profissionais para desenvolver atividades de Assessoria e/ou Consultoria Técnica, caso necessário, caberá ao Gerente de Risco e aos membros fixos.

Artigo 3º- O mandato de cada membro será de 2 (dois) anos, sendo permitida a renovação de cada membro por mais de um mandato, se houver interesse da Diretoria.

Seção II - Da Organização e Funcionamento

Artigo 4º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar se localizará no município de Pindamonhangaba/SP

Artigo 5º - A Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar deverá reunir-se ordinariamente duas vezes por mês e, extraordinariamente, quando convocada pela Diretoria, pelo Gerente de Risco ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - Será desligado da CGRSH o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano de trabalho.

Parágrafo 5º - A CGRSH deliberará, com a presença da maioria simples de seus membros, devendo ser verificado o “quorum “em cada seção antes da votação.

Parágrafo 6º - As deliberações da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar terão votação nominal.

Parágrafo 7º - O Coordenador terá o direito a voto de qualidade em decisões.

Parágrafo 8º - As deliberações tomadas “ad referendum“ deverão ser encaminhadas ao plenário da CGRSH, para deliberação desta, na primeira seção seguinte.

Parágrafo 9º - É facultado ao Coordenador e aos membros da CGRSH solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 10º - Os expedientes sujeitos à análise da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar serão encaminhados à Diretoria da Superintendência.

Parágrafo 11º - O Coordenador ou qualquer membro poderá solicitar o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas, ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias às soluções dos assuntos que lhes forem atribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 6º - A ordem do dia das reuniões da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar será organizada com os expedientes apresentados para discussão.

Parágrafo Único- A ordem do dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e um dia para as reuniões extraordinárias.

Artigo 7º - O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar será:

a) Verificação da presença do Gerente de Risco e, em caso de sua ausência, a abertura dos trabalhos será feita por membros responsáveis diretos pela Hemovigilância, Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes, Enfermagem, CCIH;

b) Verificação da presença e existência de “quórum”;

c) Assinatura da ata da reunião anterior;

d) Leitura e despacho do expediente;

e) Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação (se houver);

f) Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo Único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CGRSH por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 8º - A cada reunião os membros confirmarão sua presença em folhas próprias e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros

fixos presentes e pelo gerente de risco, quando da sua aprovação.

Capítulo III - das competências e atribuições

Seção III - Das Competências

Artigo 1º - Compete à Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Obter informações de qualidade com evidências técnico científica a respeito do desempenho de produtos de saúde em uso na Unidade de Pronto Atendimento, após a sua comercialização, nas áreas de Tecnovigilância, Hemovigilância, Farmacovigilância e Saneantes, destacando-se:

a. Falhas com produtos de saúde, estreitamente relacionados à qualidade da atenção prestada ao paciente e, que podem ser responsabilizados por agravos à saúde, sequela e até morte;

b. Reações adversas, agravos e queixas técnicas sobre produtos de saúde, incluindo insumos, materiais médico-hospitalares, sangue, hemocomponentes, medicamentos e equipamentos de uso médico, que possam resultar em perdas significativas da qualidade do serviço e prejuízo aos pacientes;

c. Estímulo à notificação espontânea por parte dos profissionais da saúde e dos dirigentes de serviços e chefes de Clínicas, quando da ocorrência de queixas técnicas e/ou reações adversas dos produtos de saúde;

d. Subsídios de informação à ANVISA para que possa embasar as revalidações de registros de produtos médico-hospitalares ou, determinar a sua retirada do mercado, caso haja evidências de agravo à saúde ou efeitos adversos relacionados ao seu uso;

e. Divulgação das ações da CGRSH no meio hospitalar.

Parágrafo Único- As notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou

queixas técnicas de produtos de saúde, feitas à Gerência de Risco, terão caráter educativo e estritamente confidencial, devendo ser encaminhadas à ANVISA apenas quando for constatada falha no produto.

II. Divulgar ações preventivas e corretivas relacionadas ao risco sanitário hospitalar, através da formação de recursos humanos para atuar dentro dos programas de Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância sanitária.

Artigo 2º - Compete ao Gerente de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar;

II. Auxiliar na identificação, investigação e envio à ANVISA, de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos, artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso “in vitro” e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente hospitalar;

III. Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Famacovigilância e/ou Hemovigilância;

IV. Repassar bimestralmente relatório com informações sobre o Projeto Hospital Sentinela à Diretoria da Superintendência, bem como à ANVISA;

V. Promover integração com as Vigilâncias Sanitária Municipal e Estadual;

VI. Solicitar os relatórios das áreas afins;

VII. Manter sigilo das informações recebidas preservando o notificador;

VIII. Articular informações entre a Unidade de Pronto Atendimento e a ANVISA, o que resulta em ganhos significativos de qualidade para os serviços e os pacientes;

IX. Articular as ações pró-qualidade entre as áreas de apoio e de assistência;

X. Gerenciar as informações intrahospitalar e no âmbito da rede de Hospitais Sentinela/ANVISA

Artigo 3º - Compete aos membros da Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Desencadear ações de Vigilância Sanitária Hospitalar nas respectivas áreas de Tecnovigilância, Famacovigilância / saneantes e Hemovigilância;

II. Averiguar e investigar preliminares da notificação de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos produtos de uso hospitalar;

III. Solicitar pareceres de produtos de saúde, quando necessário, aos outros profissionais especializados nas áreas de Tecnovigilância, Farmacovigilância / Saneantes e Hemovigilância;

IV. Assessorar a Gerência de Risco na formação e atualização de recursos humanos para atuar na vigilância de materiais de uso hospitalar / laboratorial (equipamentos, medicamentos, saneantes, sangue e hemocomponentes) bem como na divulgação do Projeto Hospital Sentinela, através de palestras, oficinas de treinamentos, e outros.

V. Participar de encontros/reuniões patrocinados pela ANVISA nas áreas em Tecnovigilância, Famacovigilância/Saneantes, Hemovigilância e Enfermagem.

Seção IV - Das Atribuições

Artigo 4º - São atribuições do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar:

I. Dirigir, coordenar e supervisionar as ações de Vigilância Sanitária na PS;

II. Cumprir os termos do acordo de cooperação estabelecido entre a Unidade de Pronto Atendimento junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

III. Elaborar, implantar, atualizar e supervisionar as normas e rotinas para o uso e controle preventivo de produtos de saúde e equipamentos de uso hospitalar;

IV. Incentivar a criação de uma rede de parcerias, envolvendo todos os profissionais de saúde da Unidade de Pronto Atendimento, visando a notificação de

incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas aos medicamentos, sangue, hemocomponentes, equipamentos, reagentes para diagnóstico de uso “in vitro” e materiais para desinfecção/esterilização em ambiente hospitalar;

V. Incentivar a criação de um Programa de Controle Preventivo de Equipamentos médico / laboratorial, visando realizar e documentar as ações de manutenção preventiva e corretiva requeridas;

VI. Auxiliar a identificação, investigação e envio à ANVISA de notificações de eventos, incidentes, reações adversas ou queixas técnicas associadas a todos os produtos de saúde em uso intrahospitalar;

VII. Coordenar e planejar as ações preventivas e corretivas requeridas em Tecnovigilância, Famacovigilância, Saneantes e Hemovigilância, solicitando consulta a especialistas quando necessário;

VIII. Assegurar que as ações preventivas sejam implantadas no menor tempo possível, com o apoio da direção da Unidade de Pronto Atendimento, solicitando o auxílio da VISA Estadual, Municipal e ANVISA, quando necessário;

IX. Participar da formação e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Saneantes e Hemovigilância Sanitária Hospitalar, através de:

a) Análise periódica das notificações realizadas, a fim de propor medidas educativas;

b) Divulgação de alertas gerais e/ou específicos aos profissionais da saúde, visando a redução do risco relacionado ao uso de produtos para saúde;

c) Estímulo a notificação voluntária de reações adversas e/ou queixas técnicas associadas aos produtos de saúde de uso intrahospitalar;

d) Realização de campanhas, seminários de formação e atualização para profissionais e técnicos.

X. Representar a CGRSH em suas relações internas e externas;

XI. Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

XII. Promover a convocação das reuniões;

XIII. Tomar parte das discussões e eventuais votações; e

XIV. Indicar entre os membros fixos e demais membros da CGRSH, profissionais capazes de realizar estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão.

Parágrafo Único. Cabe a CGRSH, indicar um substituto do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar em seus impedimentos.

Artigo 5º - São atribuições dos membros das subcomissões da CGRSH:

I. Relatar à Gerência de Risco, nos pontos estabelecidos, as conclusões preliminares sobre reações adversas ou queixas técnicas de produtos de saúde, notificados pelas unidades reclamantes, num prazo máximo de 72 horas, a contar do recebimento da notificação;

II. Embasar as notificações da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar à ANVISA, via " on line" e em relatórios bimestrais;

III. Participar ativamente das ações educativas, em relação à formação e estruturação de recursos humanos, através de visitas às unidades, realização de palestras, seminários e treinamentos ao público interno;

IV. Colaborar na divulgação das ações da ANVISA e da Gerência de Risco, através de Boletim Informativo, cartazes, pôsteres e informações "on line";

V. Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto (se houver), manifestando-se a respeito da matéria em discussão;

VI. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VII. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar;

VIII. Apresentar proposição sobre questões atinentes à Comissão. Ao membro da subcomissão da Hemovigilância compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

2. Monitorar todo o ciclo do sangue desde a captação do doador até à transfusão, junto ao HEMOCENTRO;

3. Monitorar os incidentes transfusionais imediatos e tardios;

4. Elaborar os protocolos e normas técnicas do setor e distribuí-las aos chefes de clínicas e enfermagem;

5. Oferecer treinamento para os profissionais envolvidos em transfusão;
6. Coordenar, processar e analisar toda a informação notificada;
7. Avaliar a eficácia das medidas de ações corretivas propostas a médio e longo prazo;
8. Fazer a rastreabilidade do receptor de sangue que tenha tido um incidente transfusional, de maneira ascendente ou descendente;
9. Distribuir a ficha de notificação e investigação de incidentes transfusionais a todas as clinicas;
10. Orientar a equipe de saúde com os receptores de sangue;
11. Solicitar a atualização anualmente dos manuais de procedimentos operacionais padrões da agência transfusional;
12. Emitir relatórios mensais sobre as atividades inerentes a sua área de atuação e encaminhar ao setor de estatística do HEMOCENTRO e ao gerente de risco.
13. Elaborar as especificações técnicas dos insumos e equipamentos para aquisição;
14. Avaliar o edital de licitação para compra dos insumos e equipamentos;
15. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de insumos e equipamentos, junto a comissão de padronização e de lecitiação;
16. Conhecer a legislação vigente sobre hemovigilância;
17. Notificar os eventos adversos de produtos e insumos utilizados na agência transfusional, os incidentes transfusionais imediatos e tardios após conclusão à Gerência de Risco Sanitário Hospitalar.

Ao membro da subcomissão da Tecnovigilância compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;
2. Manter e dar suporte à qualidade do sistema de informações da Gerência-Geral de Tecnologia de produtos para a Saúde;
3. Notificar eventos adversos à Gerência de Risco Sanitário e a CGRSH;
4. Monitorar efeitos adversos de produtos e tecnologias utilizadas no hospital;

5. Analisar as notificações de incidentes em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de artigos médicos hospitalar;

6. Notificar os efeitos de evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão gerência de risco sanitário;

7. Participar da formação e atualização de recursos humanos em tecnovigilância;

8. Elaborar as especificações técnicas dos produtos para a saúde junto com os setores solicitantes;

9. Avaliar o edital de licitação para compra dos produtos para a saúde;

10. Emitir pareceres técnicos quando dos produtos para a saúde;

11. Relacionar-se com rede de laboratórios para fins de tecnovigilância;

12. Avaliar a segurança das famílias de produtos médicos de forma proativa;

13. Avaliar queixas sobre a segurança de produtos médicos;

14. Conhecer a legislação vigente sobre tecnovigilância.

Ao membro da subcomissão da Farmacovigilância compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

2. Dar feedback para os profissionais de saúde;

3. Promover palestras, cursos e treinamento de capacitação;

4. Monitorar os usuários dos medicamentos;

5. Buscar estratégica de investigação com Centros de Informação sobre Medicamentos;

6. Comunicar à gerência de risco sanitário hospitalar, CGRSH, VISA estadual e municipal sobre reações adversas e queixas técnicas;

7. Elaborar as especificações técnicas dos medicamentos, insumos e equipamentos

para aquisição;

8. Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos, insumos e equipamentos;

9. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos;

10. Avaliar o edital de licitação para compra dos medicamentos;

11. Enviar os relatórios on-line para ANVISA;

12. Consultar os dados dos pacientes através do prontuário médico, da enfermagem e prescrição médica;

13. Conhecer a legislação vigente sobre farmacovigilância.

Ao membro da subcomissão de Saneantes compete:

1. Planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades de sua área de atuação;

2. Fazer levantamento de todos os saneantes e de como estes produtos são utilizados no hospital;

3. Promover capacitação e treinamento para os responsáveis pela compra e armazenamento dos produtos, bem como para os profissionais que os manipulam;

4. Fazer avaliação de risco dos saneantes quanto: a toxicidade das substâncias e suas concentrações no produto, da finalidade de uso dos produtos, as condições de uso, a ocorrência de problemas, a população provavelmente exposta, a frequência de exposição e sua duração e as formas de apresentação;

5. Avaliar o edital de licitação para compra dos saneantes;

6. Elaborar ficha técnica dos saneantes em uso;

7. Emitir pareceres técnicos quando da aquisição de saneantes;

8. Comunicar à Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, CGRSH e a VISA Estadual e Municipal de ocorrências indesejáveis relacionadas ao uso dos saneantes;

9. Fazer notificação dos efeitos nocivos à ANVISA;

10. Conhecer a legislação vigente sobre os produtos saneantes.

Capítulo IV - das atividades das áreas integrantes da organização

Seção V- Das Atividades

Hemovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Artigo.1°- A equipe de enfermagem compete:

1. Comunicar o incidente transfusional imediato ao médico do paciente ou plantonista;
2. Proceder de acordo com o procedimento operacional padrão (POP) de reações transfusionais.

Artigo 2º - Ao médico compete:

1. Preencher a parte da ficha de notificação e investigação de Incidentes Transfusionais (Ficha de Investigação) correspondente a notificação;
2. Informar o responsável hospitalar pela hemovigilância (Serviço de Hemoterapia) em até 24 h;
3. 3.Solicitar exames complementares e proceder ao atendimento médico conforme procedimento operacional padrão de reações transfusionais (POP).

Artigo 3º - Ao responsável pela Hemovigilância do Hospital (Serviço de Hemoterapia) compete:

1. Completar a investigação e a Ficha de Investigação;
2. Dar ciência a equipe de saúde do hospital, ao Comitê Transfusional e ao gerente de risco através da FIT;

Artigo 4º - Ao Comitê Transfusional e à CGRSH do Hospital compete:

1. Encaminhar as Fichas de Investigação às Secretarias de Saúde Estadual e Municipal e ANVISA;
2. Fazer o censo e analisar os problemas transfusionais recentes;
3. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;
4. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Farmacovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da

Organização

Farmacovigilância: Estudo da utilização dos medicamentos (EUM) disponíveis, adotando ações que garantam a segurança, eficácia e qualidade dos mesmos, com o objetivo de promover o uso seguro e racional do medicamento.

Artigo 5º - Aos Enfermeiros compete:

1. Comunicar as suspeitas de reações adversas medicamentosas ao médico do paciente ou plantonista;
2. Comunicar queixas técnicas de medicamentos ao responsável pela farmacovigilância.

Artigo 6º - Ao médico responsável pela prescrição compete:

1. Preencher a parte da ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas;
2. Informar o responsável hospitalar pela farmacovigilância em até 24 h.

Artigo 7º - Ao responsável pela Farmacovigilância do Hospital compete:

1. Investigar as reações adversas e queixas técnicas de acordo com a ficha de notificação;
2. Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;
3. Dar ciência a equipe de saúde do Hospital e à CGRSH;
4. Enviar a ficha de notificação de reações adversas e queixas técnicas às Secretarias de Saúde, Municipal e Estadual e a ANVISA junto com o gerente de risco sanitário hospitalar;
5. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à medicamentos;
6. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;
7. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Saneantes: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Artigo 8º - Ao responsável pelos Serviços Gerais compete:

1. Preencher o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes;

Informar o responsável hospitalar pelos saneantes em até 24 h.

Artigo 9º - Aos profissionais dos Serviços Gerais compete:

1. Comunicar os acidentes decorrentes do uso do produto ao responsável pelos serviços gerais;
2. Comunicar queixas técnicas referentes aos produtos saneantes utilizados no hospital, ao responsável pelos serviços gerais;
3. Comunicar sintomas relacionados ao uso do produto, ao responsável pelos serviços gerais.

Artigo 10º - Ao responsável pelos Saneantes compete:

1. Investigar as reações adversas, acidentes e queixas técnicas, preenchendo o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos saneantes;
2. Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;
3. Dar ciência a equipe de saúde do Hospital e à CGRSH;
4. Enviar o formulário de comunicação de ocorrências indesejadas às Secretarias de Saúde, Municipal e Estadual e ANVISA junto com a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;
5. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à saneantes.
6. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;
7. Avaliar a eficácia das medidas propostas. Tecnovigilância: São atividades comuns a todas as áreas integrantes da Organização

Artigo 11º - Aos médicos / bioquímicos / biólogos responsáveis pela utilização de produtos para Saúde (equipamentos, materiais, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso in vitro) compete:

1. Preencher o formulário de notificação de ocorrências indesejadas relacionadas ao uso de produtos para Saúde;
2. Informar o responsável hospitalar pela tecnovigilância em até 24 h.

Artigo 12º - Aos profissionais que utilizam os produtos para saúde compete:

1. Comunicar as suspeitas de eventos adversos ao responsável pela tecnovigilância;
2. Comunicar queixas técnicas de produtos para saúde utilizados no hospital ao responsável pela tecnovigilância.

Artigo 13º - Ao responsável pela Tecnovigilância do Hospital compete:

1. Investigar os eventos adversos e queixas técnicas, preenchendo o formulário de notificação;
2. Enviar a ficha de notificação de eventos adversos à Gerente de Risco Sanitário Hospitalar;
3. Dar ciência ao corpo clinico do Hospital e à CGRSH;
4. Enviar a ficha de notificação de eventos adversos às Secretarias de Saúde, Municipal e Estadual e ANVISA junto com a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;
5. Avaliar e identificar os efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados à produtos para Saúde.
6. Propor as medidas corretivas a médio e longo prazo;
7. Avaliar a eficácia das medidas propostas.

Capítulo V - Dos Recursos Humanos

Artigo 1º - Aos diretores, chefes de clínicas e a equipe de saúde compete colaborar na implantação e divulgação do Projeto do Hospital Sentinela.

Artigo 2º - Aos profissionais, compete notificar aos responsáveis pelas áreas afins (tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância e saneantes), ao gerente de risco sanitário hospitalar e à Comissão de Gerência de Risco Sanitário Hospitalar, os desvios de qualidade dos produtos, equipamentos, medicamentos, insumos, sangue e hemocomponentes, artigos, implantes, kits diagnósticos, etc.

Artigo 3º - São atribuições da Assessoria Técnica da Comissão: Prestar suporte técnico especializado interno, quando requerido pelo Gerente de Risco, nas áreas de tecnovigilância, famacovigilância, saneantes e hemovigilância sanitária.

Parágrafo Único - Cabe à CGRSH solicitar parecer técnico externo, por intermédio da VISA Estadual ou Municipal e da ANVISA, quando forem necessários ou quando a assessoria técnica interna solicitar.

Artigo 4º - São atribuições da Secretária da CGRSH:

1. Assistir às reuniões;
2. Encaminhar o expediente da Comissão;
3. Preparar o expediente da Comissão;
4. Manter um banco de dados atualizados;
5. Notificar “on line” à ANVISA os eventos, ocorrências e queixas técnicas de produtos de saúde, após averiguação das notificações pelos membros das subcomissões e posterior avaliação da Gerência;
6. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
7. Lavrar e assinar as atas das reuniões da Comissão;
8. Providenciar, por determinação do Gerente de Risco Sanitário Hospitalar, a convocação das sessões extraordinárias;
9. Distribuir aos membros da CGRSH a pauta das reuniões;
10. Colaborar na realização de eventos de divulgação do Projeto Hospital Sentinela / ANVISA incluindo cartazes, pôsteres e informações “on line”.

Capítulo VI

Artigo 1º Acrescenta-se a este regimento os seguintes Instrumentos Complementares:

- Organograma
- Quadro de Gerências
- Manuais de procedimento operacionais padrão das áreas afins
- Formulários de notificações das áreas afins

Capítulo VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º- Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo gerente de Risco Sanitário Hospitalar e, em grau de recursos, pela Diretoria.

Artigo 2º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros e submetido ao gerente de Risco Sanitário Hospitalar, bem como à Diretoria da Unidade de Pronto Atendimento.

Artigo 3º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Diretoria.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
PRAZO	AÇÃO
Primeiro trimestre	- Eleição dos profissionais para compor a Comissão DE GERENCIAMENTO DE RISCOS A SAUDE; - Validação do regimento interno da Comissão; - Estabelecer cronograma de reuniões;
Segundo trimestre	- Fomentar a educação e o treinamento relacionado aos riscos hospitalares; - Definir diretrizes de ações frente aos problemas encontrados; - Avaliar os indicadores;
Terceiro trimestre	- Acompanhamento dos casos de riscos à saúde; - Suporte em questões pedido das chefias dos setores;
Quarto trimestre	- Fechamento dos indicadores e avaliação dos resultados; - Planejamento de ações;

22.1.7. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Este documento normativo tem por objetivo regulamentar o funcionamento, as atribuições e competências da Comissão de Gerenciamento bem como as suas finalidades e organização.

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde Hospitalar, de acordo com as normas vigentes (Lei 12.305/10, RDC 306/04, CONAMA 358/05).

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º. Compete à Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde:

- Elaborar o Plano de Ação para implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde e encaminhar para o Colegiado Executivo para aprovação, através da Superintendência;
- Acompanhar e fazer cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos Resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;
- Desenvolver juntamente com a Superintendência a efetividade do programa e divulgar seus resultados regularmente;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de ação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

- Colaborar com os setores de treinamento, com vista a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;
- Atualizar anualmente o PGRSS da Instituição;
- Auxiliar na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;
- Auxiliar na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- Auxiliar os diversos setores em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;
- Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS;
- Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;
- Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (CGRSS).

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º. A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - CGRSS será formada por servidores voluntários e terá a seguinte composição:

- Dois representantes da Superintendência;
- Um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Dois representantes da Gerência Administrativa;
- Quatro representantes da Gerência de Atenção e Saúde;

§ 1° - Não será obrigatório o preenchimento de todas as vagas da comissão, desde que, esta seja composto por, no mínimo, 50% dos representantes de cada Gerência.

§ 2º - Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 3º - O Presidente, Vice-Presidente e Secretário da Comissão serão eleitos por maioria simples de votos por todos os membros da comissão e terão mandato de (02) dois anos, permitida recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 4º - O não comparecimento de qualquer membro da comissão a (03) três reuniões consecutivas ou a (06) seis alternadas num período de (01) um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 5º - A desistência de um dos Integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao Presidente da Comissão;

§ 6º - Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo (30) trinta dias.

§ 7º - A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso for extinto esse prazo.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURAÇÃO

Art. 4º. Compreendem a Estrutura da CGRSS:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. Integrantes.

Art. 5º. Compete ao Presidente da CGRSS:

- Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, coordenando os trabalhos;
- Tomar votos e votar; Emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- Indicar Integrantes para funções ou tarefas específicas;
- Representar a CGRSS ou indicar representantes

- Supervisionar e assinar relatórios, convites, atas, e outros documentos;
- Manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- Cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- Indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 6º. Compete ao Vice-Presidente da CGRSS, na ausência do Presidente, exercer as funções indicadas no art. 5º.

Art. 7º. Compete ao Secretário:

- Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais Integrantes;
- Expedir ato de convocação, conforme indicação do Presidente;
- Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- Proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;
- Auxiliar o Presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- Encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- Elaborar os atos decorrentes das deliberações da Comissão.

Parágrafo Único. A presidência da CGRSS será exercida por um dos Integrantes da Comissão eleito por esta e nomeado pelo Superintendente, na ausência deste o Vice-Presidente assumirá a Presidência. No caso de ausência do Vice-Presidente o secretário assumirá. Na ausência do secretário será nomeado para suas funções um dos integrantes da comissão.

Art. 8º. Compete aos Integrantes da CGRSS:

- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de 15 dias;

- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 12 (doze) horas da reunião;
- Requisitar à Secretaria Executiva, à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais Integrantes informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- Justificar ausência com antecedência;
- Elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- Propor à Presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- Auxiliar na implementação do PGRSS.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por requerimento da maioria de seus Integrantes.

§ 1º - Salvo nos casos de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus Integrantes, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos Integrantes presentes.

§ 2º - O comparecimento dos Integrantes as reuniões da CGRSS é obrigatório e prefere as demais atividades, salvo as atividades das Direções e Conselhos Superiores.

Art. 10. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de 48 (Quarenta e oito) horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1º - A antecedência de 48 (quarenta e oito) horas poderá ser abreviada para até 24 (vinte e quatro) Horas em caso de motivos excepcionais, justificados no

documento de convocação e apreciados no Início da reunião convocada.

§ 2º - O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e dos documentos ou informações vinculadas à sua apreciação.

Art. 11. A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria de seus Integrantes, deliberando pelo voto da maioria dos presentes à reunião, resguardada a verificação do “quorum” mínimo (50%+1), salvo nos casos especiais previstos no Estatuto e neste Regimento.

§ 1º - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de “quorum” em segunda chamada, a ser feita após 15 (quinze) minutos do horário previsto para seu início.

§ 2º - O “quorum” será apurado no início da sessão pela contagem das assinaturas dos Integrantes Na pauta.

§ 3º - No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de “quorum”, uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

SEÇÃO I

DA ATA

Art. 12. De cada reunião da CGRSS lavrar-se-á ata assinada pelo Secretário, que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo Presidente e assinada por todos os seus Integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 13. Se houver quórum mínimo de Integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da Ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a Ata será considerada aprovada.

Art. 14. Da Ata das sessões da CGRSS, constar:

- A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;
- Os nomes dos Integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

- O expediente;
- O resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações;
- Todas as propostas por extenso.

SEÇÃO II

DAS VOTAÇÕES

Art. 15. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos.

§ 1º - O voto do Integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º - Por questão de foro ético, qualquer Integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Art. 16. As votações far-se-ão geralmente pelo processo simbólico.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados à Superintendência.

Art. 18. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da Presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos Integrantes da CGRSS, devendo a modificação ser aprovada em reunião ordinária por, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos votantes e encaminhado para aprovação no Colegiado Executivo.

Art. 19 - Além de aprovações, autorizações, homologações e decisões outras que se resolva em anotações e comunicações, as deliberações da CGRSS poderão, conforme a natureza, reverter à forma de resoluções ou previsões que serão baixadas

pelo Presidente e aprovadas pelo Colegiado Executivo.

Art. 20. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação, ficando revogadas as disposições em contrário

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA COMISSÃO DE RESIDUOS DE SAÚDE				
AÇÕES	PRAZOS			
	1º trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Constituição do Comitê				
Implantação do PGRSS				
Implementação do PGRSS				
Atender a legislação vigente aplicável				
Apresentação do PGRSS à CIPA e outros				
Execução - Operação das etapas				
Verificação Ações Corretivas e Preventivas.				
Manutenção do Plano com readequações.				
Avaliação – Analise Critica				
Revisões anuais				

23. BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO ELETRÔNICO E FORMAS DE ARMAZENAMENTO BEM COMO A SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

Gestão de Tecnologia da Informação (TI)

A FENIX utilizará o Sistema Informatizado de Gestão da Secretaria de Saúde, incluindo o módulo Prontuário Médico, o qual a nós nos responsabilizaremos pela disponibilização e utilização dos certificados digitais válidos conforme o padrão estabelecido pela ICP-Brasil – Certificação A1 ou A3, seguindo as recomendações de segurança de informação do Conselho Federal de Medicina, bem como, controle de atendimento, registro de produção, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), arquivo efluxo de prontuário médico, serviços de apoio e relatórios gerenciais, que atendam aos indicadores e informações especificadas no Contrato de Gestão e Sistemas de Informação.

Com novas tecnologias de gestão e atualização de dados, a área da saúde está cada vez mais moderna e eficaz. O **prontuário eletrônico** é uma prova disso, mas vejamos como ele funciona.

Sistemas como o de prontuário eletrônico mudaram a rotina de muitos hospitais, pronto atendimentos, pronto socorros, centros clínicos entre outras unidades de saúde.

Não à toa, a tecnologia é considerada uma das principais impulsionadoras quando o assunto é inovação na área da saúde.

Os prontuários eletrônicos estão mudando a face da saúde digital no mundo.

Essa ferramenta fornece aos profissionais da área uma imagem mais completa e holística do histórico de saúde de um paciente, permitindo-lhes realizar diagnósticos mais assertivos em relação ao tratamento.

O prontuário eletrônico médico melhora a rotina, segurança e qualidade no atendimento de cada paciente e a gestão das instituições, dos municípios, e dos hospitais privados.

O prontuário eletrônico do paciente (conhecido como PEP) é uma ferramenta que moderniza o acesso às informações e histórico de saúde de um paciente.

Ele tem como base a definição do Conselho Federal de Medicina sobre prontuário, que o define como um documento com todos os dados clínicos de uma pessoa.

Quem conhece o assunto sabe: o prontuário vai muito além de um simples material escrito.

Na verdade, contém anotações, exames, imagens e todo o tipo de documento que componha os fatos médicos acerca da saúde da pessoa. É como um guia para embasar o entendimento sobre a condição médica do paciente.

Naturalmente, até alguns anos atrás, o prontuário era mantido em um único formato: papel. Um arquivo complexo, frágil e de difícil armazenamento, hoje em dia ainda muitas unidades SUS utilizam o prontuário em papel o que vem mudando com o tempo e com novos dispositivos do Ministério da Saúde.

No entanto, com a evolução tecnológica, o papel vem dando lugar ao formato digital.

O prontuário eletrônico é uma ferramenta que armazena e disponibiliza os dados do paciente. É um sistema que possibilita aos profissionais de saúde registrarem informações (anotações, exames, prescrições) que podem ser acessadas facilmente.

Um bom prontuário eletrônico possui uma interface intuitiva, com recursos a poucos cliques de distância e funcionalidades inovadoras, como integração de dados.

Além do PEP, existe também outro tipo de prontuário, conhecido como PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão.

Os dois modelos de prontuários são iniciativas distintas, mas exercem a mesma função. Vejamos:

- PEC: implementado em toda a rede pública de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Conta com as informações mais básicas do paciente;
- PEP: usado no atendimento público e privado, com mais funcionalidades e informações que o primeiro.
- Pode integrar dados da rede pública, sem necessidade de migração para a plataforma do SUS.

Prontuário eletrônico no Brasil

De acordo com o estudo TIC Saúde 2018, promovido pelo NIC. BR, cerca de 73% dos estabelecimentos da área de saúde utilizam algum sistema eletrônico para controlar as informações dos pacientes.

Trata-se de uma tecnologia popular, mas que carece de infraestrutura para sua ampla e total adoção.

Ainda hoje, mesmos aqueles que já utilizam o sistema digital aproximadamente 54% dos locais com prontuários eletrônicos optou por manter também as cópias em papel.

No Brasil, hoje em dia, existem regulamentações acerca do assunto, definindo como obrigatório o uso do prontuário eletrônico.

Para traçar uma linha do tempo, é mais fácil voltar alguns anos.

Em 2002, por meio da resolução 1638 do CFM, foi criada a primeira regulamentação acerca da solução para estabelecimentos médicos.

Tratava-se de uma norma muito mais preocupada em estabelecer padrões e regras técnicas para o uso desses sistemas, definindo diretrizes de segurança, confidencialidade e políticas de privacidade.

A popularização do prontuário eletrônico, no entanto, foi chancelada apenas alguns anos atrás.

Em 2017, o Ministério da Saúde determinou que todas as UBSs adotassem um sistema de prontuário eletrônico.

Esse é um dos passos do que é conhecido como o e-Saúde, uma estratégia divulgada em 2017 que busca modernizar os ambientes de saúde e hospitalares brasileiros. Esse é um objetivo que o próprio programa define, leia abaixo:

"*Até 2020, a e-Saúde estará incorporada ao SUS como uma dimensão fundamental, sendo reconhecida como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso da informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de Saúde, nas três esferas de governo e no setor privado, beneficiando pacientes, cidadãos, profissionais, gestores e organizações de saúde*."

O prontuário eletrônico serve para facilitar a rotina dos estabelecimentos da área da saúde no trato das informações de seus pacientes, bem como flexibilizar e

tornar mais fácil o acesso aos dados, além de integrar as informações dos pacientes nos diversos níveis da rede pública.

É uma **ferramenta moderna**, que busca aproximar o setor hospitalar e clínico da transformação digital.

Por contar com dados digitais, sua integração com outros sistemas é fácil, bem como sua transferência, logo, para o paciente que começou um tratamento em uma UBS e vai dar continuidade em outra, seus dados poderão ser acessados de maneira mais ágil.

Bem como referenciar o paciente de volta para sua unidade fica muito mais transparente podendo desta forma o médico assistir o seu paciente em toda a rede, ou seja, facilita tanto para o médico e para a equipe profissional, quanto para o paciente, caso ele queira acessar suas informações.

O PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) mantém os registros médicos de uma pessoa ao longo da vida, com informações que vão desde o seu nascimento até o óbito.

Uma das exigências do CFM (Conselho Federal de Medicina) é a disponibilização desses dados quando solicitados pela própria pessoa ou por seu representante legal.

Os prontuários ainda são feitos em papel, o que dificultava o acompanhamento, além de estar mais sujeito a sofrer danos físicos, como apagar, rasgar, queimar ou molhar os documentos e comprometer dados importantes dos pacientes.

Além disso, refazer a atualização a cada consulta muitas vezes acaba causando a omissão ou incompletude de informações que poderiam ser úteis no futuro em diagnósticos, exames ou até reações alérgicas do paciente.

De acordo com o CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) existem seis itens obrigatórios que devem constar em um prontuário médico. São eles:

1. Identificação do paciente;
2. Anamnese: histórico de sintomas descritos pelo paciente no começo da consulta;
3. Exame físico;
4. Hipóteses diagnósticas;

5. Diagnósticos definitivos;
6. Tratamentos efetuados.

O prontuário eletrônico tem uma função muito importante na rotina dos profissionais que atuam na saúde. É um sistema que facilita o trato do estabelecimento com as informações de cada paciente, evitando que falhas humanas prejudiquem os registros.

Como qualquer sistema de gestão, o prontuário eletrônico potencializa a produtividade do time. Com isso, é possível prever um maior (e melhor) fluxo de pacientes atendidos.

No entanto, vale mencionar também o papel financeiro que um prontuário eletrônico exerce.

Claro que sua implementação e o treinamento do pessoal exigem investimentos, mas os retornos podem ser muito grandes.

Veja só:

Um estudo da Universidade de Michigan, analisou que o uso de registros eletrônicos de saúde pode reduzir os custos de atendimento ambulatorial em cerca de 3%, em comparação com a dependência de registros tradicionais em papel.

Em uma primeira leitura, essa porcentagem pode parecer baixa. Vale mesmo a pena?

Os 3% correspondem a pouco mais de US$ 5 ao mês por paciente.

Imagine, porém, no caso de um hospital dentro ou próximo de grandes cidades, onde o fluxo de pacientes é quase interminável. Some os números e considere o tamanho da economia.

Essa é a importância do prontuário eletrônico: facilitar o trato dos dados dos pacientes, enquanto otimiza a produtividade da equipe e reduz custos operacionais.

Dados importantes que devem constar:

Identificação do paciente

Os dados pessoais, histórico de consultas e diagnósticos, medicamentos e alergias devem ser acessíveis no sistema eletrônico.

Sua organização deve ser clara, fácil de entender e de “se encontrar”,

permitindo algumas ações, como envio dos dados ou mesmo impressão, caso necessário.

Exame

Exames devem estar disponíveis em **formatos digitais** no sistema eletrônico. Aqui, falamos de qualquer tipo de exame, seja ele laboratorial, radiológico ou outros.

É preciso manter um registro para que o médico responsável possa analisar o histórico do paciente, identificando e prevendo patologias e causas.

Evolução do paciente

Um dos principais objetivos do prontuário eletrônico é que seja possível que o médico e o paciente **acompanhem sua evolução**, especialmente diante de tratamentos ou mesmo em casos de internação.

Esses dados devem estar organizados, contendo anotações e rotinas prescritas por todos os envolvidos.

É uma forma de facilitar a leitura, interpretação e acompanhamento do paciente nos mais diversos casos, por diferentes profissionais.

Hipóteses diagnóstica

É importante que a ferramenta escolhida pelo seu estabelecimento possibilite a adição de hipóteses diagnósticas que ajudem os envolvidos a chegarem a conclusões.

Isso é algo muito comum na medicina e o sistema eletrônico deve potencializar essa etapa.

Diagnósticos definitivos

Naturalmente, o prontuário eletrônico deve trazer os diagnósticos definitivos para embasar decisões, tratamentos e receitas de medicações.

Tratamentos

É preciso que o sistema mantenha um **registro fidedigno dos tratamentos** realizados pelos pacientes. Anotações, observações, rotinas: tudo deve estar presente e de forma completa, fácil de entender.

Dessa forma, é possível mapear o histórico do paciente de forma muito mais

completa.

Motivos de transferência, alta ou óbito

Por fim, o sistema deve elencar os motivos das principais movimentações do paciente no ambiente médico, ou seja, de transferências de unidades de saúde, bem como de altas em internações ou as causas do seu óbito.

Não há apenas um único setor da medicina que possa se beneficiar do uso de um sistema eletrônico para **gestão dos prontuários**. Todos podem, essa é a maior vantagem.

Em geral, eles facilitam o registro de documentos como:

- Resumos de alta;
- Boletins médicos;
- Conduta terapêutica;
- Prescrições médicas;
- Descrições cirúrgicas;
- Registros anestésicos;
- Registros de observação ambulatorial;
- Fichas de atendimento ambulatorial e/ou em regime de urgência.

O prontuário Eletrônico é um reflexo direto da modernização, que trouxe a gestão de documentos para o ambiente digital. Ou seja, possibilita maior poder de organização, bem como de proteção para os dados — especialmente no caso de informações médicas, que costumam ser bastante sensíveis.

Com o prontuário eletrônico, o armazenamento dos documentos é facilitado, com acesso fácil e em tempo real.

Isso permite uma melhor organização e economia de papel e espaço físico nas Unidades de Pronto Atendimento, pronto socorros, hospitais e clínicas.

A segurança das informações do paciente, os dados médicos são informações extremamente sensíveis e sigilosas.

Além de toda esta facilidade, a FENIX terceiriza estes serviços para empresas que tem uma solução digital completa dispondo de um suporte técnico de qualidade.

É preciso que a empresa apresente níveis satisfatórios de atendimento,

mantendo-se ao lado e a par de todas as situações que envolvem o sistema.

Assim, a resolução de problemas é feita de forma rápida, fomentando a estabilidade das operações.

Vantagens da Informatização

- Baixo custo;
- Rápida implantação;
- Maior eficiência na gestão de agendamentos;
- Maior comodidade para o corpo clínico;
- Controle total de todos os processos de atendimento;
- Relatórios de desempenho;
- Maior segurança para os pacientes;
- Aumento significativo da qualidade de atendimento.

Um dos grandes problemas da administração dos serviços de saúde é a falta de interoperabilidade dos dados entre eles.

A matéria altera a redação da Lei 13.787 de 2018 que versa sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.

Diante do exposto, a FENIX vem a cada buscando parceiros que trabalhem com tecnologias de excelência, sempre voltado a eficiência e qualidade no atendimento ao paciente e a Secretaria Municipal de Saúde.

Abaixo demonstramos um modelo de contrato que vamos apresentar ao município para juntos construirmos um sistema integrado não somente no que se refere ao prontuário eletrônico mais aos mais diversos serviços apresentados dentro de uma Unidade de Pronto Atendimento.

A FENIX também trabalha com sistema que integra a farmácia, almoxarifado, patrimônio, prontuário Eletrônico e Gestão

Falemos um pouco de cada desenho de sistema para estes setores:

Farmácia e Materiais - Os desafios da gestão farmacêutica em uma unidade de saúde pública são inúmeros, desde a compra de medicamentos, controle de

estoque, fracionamento, controle de dispensação, ressuprimento e por aí vai.

A farmácia exerce um papel importantíssimo, que afeta não só os custos, mas também a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na assistência.

A adoção de tecnologias que automatizam cada vez mais os controles no momento da dispensação dos medicamentos, podem ser uma medida para tornar a gestão dos medicamentos cada vez mais eficiente.

Ferramentas para organizar a gestão da farmácia no sistema informatizado

Todas as informações são registradas e rastreadas pelo sistema, inclusive sobre o responsável pela liberação dos medicamentos. Com isso, além de garantir maior segurança para o paciente, o controle de estoque e rastreabilidade dos lotes são mais eficientes.

Os sistemas de gestão permitem um maior controle dos medicamentos e de sua dispensação, melhorando a rastreabilidade e reduzindo possíveis falhas, como a administração incorreta de medicamento ou trocas por nomes semelhantes. Conheça algumas ferramentas e seus recursos:

O uso de um sistema de gestão ajuda a reduzir os riscos de erros em prescrições médicas. A integração das informações permite a consulta de forma transparente e fácil. Por meio desses dados, o farmacêutico consegue avaliar quais são os medicamentos que o paciente precisa e suas dosagens. O farmacêutico também é notificado, pelo sistema, em caso de interação medicamentosa. Dessa forma, evita-se que uma combinação indevida de medicamentos seja realizada.

O sistema controla o acesso aos medicamentos e materiais médicos do departamento, garantindo que apenas os profissionais autorizados terão acesso ao local. Caso, algum desvio seja identificado é possível rastrear o usuário que acessou o sistema e retirou o insumo do local.

Durante o treinamento de novos profissionais, ou em outras situações, é possível criar ainda regras de perfil de usuário e registro fotográfico para o acesso ao equipamento. Além disso, o sistema pode ser totalmente integrado com outros softwares de gestão , sincronizando as informações e reportando em tempo real o consumo no setor.

O uso das tecnologias na gestão da farmácia ajuda a reduzir os custos, pois

diminui o desperdício, torna o processo de solicitação e compra de materiais médicos e medicamentos mais eficiente, respeitando o tempo e a necessidade da organização.

A rotina de reposição, armazenamento e dispensação dos recursos passa a ser feita de forma digital, o que garante que os itens serão rastreados e será possível identificar os responsáveis pelas retiradas, bem como seu uso e destino.

24. MONITORAMENTO DE INDICADORES

Monitoramento de indicadores de desempenho da qualidade e da produtividade, detalhando o plano proposto, bem como os processos, a sistemática e a capacitação da equipe dedicada.

Os indicadores de desempenho, são métricas que quantificam o desempenho de processos numa Instituição podem ser de grande utilidade quando alinhados aos objetivos organizacionais.

Eles serão implantados basicamente em todos os setores da PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA, mas obviamente devem estar sempre inseridos no contexto do atendimento e qualidade para propiciar crescimento saudável e sustentável.

Indicadores

Requisitos importantes para Gestão de um Contrato

Os indicadores atendem à três importantes requisitos dos processos, responsáveis por redirecionar, melhorar, mudar ou mesmo transformar o produto da gestão. São eles: **mensuráveis**; previsíveis; comparáveis.

Esses indicadores fazem parte de uma metodologia, cujo contexto como dito anteriormente é muito importante para um contrato de gestão. Portanto, é importante estabelecer critérios que serão transformados em números, para assim, avaliar o que deve ser feito.

Basicamente, existem ainda quatro tipos de **indicadores principais** que costumam servir de **diretriz para nosso serviço de Gestão**.

Indicadores de desempenho de produtividade

Referem-se ao uso de recursos empregados pelo município em relação aos resultados produzidos na Unidade por um determinado período. Indicadores de desempenho de produtividade devem ser acompanhados por indicadores de desempenho de qualidade, afinal não adianta produzir muito de um produto se ele estiver com qualidade abaixo da esperada ou não estiver atendendo as necessidades do cliente.

Indicadores de desempenho de qualidade

Detectam rapidamente as não-conformidades ou desvios no processo. Os dados sólidos são obtidos através da razão entre produção total e produção com desvios. Além disso, deve existir um trabalho paralelo para mensurar a satisfação do cliente final.

Indicadores de desempenho de capacidade

Todo processo tem um limite máximo de desempenho num determinado período. Ou seja: se eu realizo atendimentos, existe uma quantidade de atendimentos limite que consigo produzir por hora. Este indicador determina a quantidade máxima de atendimentos que o médico e ou técnico é capaz de realizar num determinado período. Ótimo para informar sua capacidade de produção ao Município ou mensurar a produção no longo prazo.

Indicadores de desempenho estratégico

É um indicador que foca nos objetivos de maneira mais abrangente, ou seja, ele mostra o quanto a instituição está se aproximando da realidade, ou seja, do lugar onde deseja chegar. É um indicador diretamente relacionado aos fatores críticos de sucesso de sua Instituição.

Mas o gestor também pode se basear em muitos outros indicadores para

realizar seu planejamento, a FENIX utiliza alguns relatórios mensais de Gestão à vista como:

1. Números de consultas;
2. Número de procedimentos;
3. Exames do total de atendimentos;
4. Taxa de infecção hospitalar;
5. Taxa de preenchimento das avaliações pelo usuário;
6. Taxa de satisfação com o atendimento na recepção;
7. Taxa de satisfação com o atendimento pela enfermagem;
8. Taxa de satisfação com o atendimento médico;
9. Taxa de satisfação com a alimentação fornecida;
10. Taxa de satisfação com a limpeza do quarto;
15. Taxa de satisfação com o enxoval da unidade;
16. Incidência de queda de paciente;
17. Incidência de erro de medicação;
18. Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação;
19. Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem;
20. Taxa de atendimento por classificação de risco;
21. Taxa de pacientes atendidos encaminhados para observação;
22. Taxa de pacientes em observação transferidos para serviços de referência.

Tudo depende da necessidade do momento, além de discutirmos diretamente com a equipe e Secretaria Municipal de Saúde revisão deste critério, implantação de novos, sempre utilizando como meta atender a Visão de qualidade do Município.

O fato principal é que indicadores são essenciais para a gestão, pois somente eles podem apresentar dados sólidos, determinar padrões e permitir um planejamento de longo prazo.

A FENIX possui junto a seus contratos de Tecnologia da Informação Módulo Indicadores para ser utilizado para monitoramento de seu desempenho em diversas áreas/setores, devendo ser alimentado diariamente por seus profissionais.

Além disso, ele é totalmente integrado aos outros módulos de sistema da

Unidade do PS, isto significa que é possível, compilar todas as informações da Unidade gerando relatórios muito mais específicos e periódicos.

Com o Módulo Indicadores, centralizamos compilamos todos os dados necessários para montar indicadores em um só lugar, gerando relatórios e gráficos instantâneos, os quais podem ser apresentados diretamente ao Município durante uma reunião, por exemplo.

Além disso, há muitas outras vantagens, como:

– Criação imediata de gráficos, principalmente para uso em apresentações.

– Visual atrativo e de fácil compreensão de crescimento.

– Possibilidade de visualizar o funcionamento da estratégia.

Os indicadores sem dúvida são os melhores norteadores do desempenho.

Através da análise dos resultados, é possível medir se estamos no caminho certo.

As informações oriundas de indicadores são fundamentais para guiar nossa Gestão, ajudar no nosso planejamento, permitindo análise de riscos e criar metodologias de melhoramentos.

A FENIX uso o ciclo PDCA.

Fases do Ciclo PDCA (Plan – Do – Check – Act)

O PDCA é um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos.

É uma ferramenta baseada na repetição, aplicada sucessivamente nos processos buscando a melhoria de forma continuada para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência de uma organização. Pode ser utilizada em qualquer ramo de atividade, para alcançar um nível de gestão melhor a cada dia. Seu principal objetivo é tornar os processos da gestão de uma empresa mais ágeis, claros e objetivos.

Por mais que a teoria determine quatro fases para o Ciclo PDCA, isso não significa que elas aconteçam linearmente. Na verdade, essa divisão serve apenas de ilustração para que possamos entender como o processo de melhoria contínua

acontece.

P (Planejar) – Planejamento Anual: definido através de metas e objetivos

Na fase do planejamento são estabelecidos os objetivos e as metas do ciclo.

É imprescindível que o gestor saiba como realizar um planejamento de projeto. Ele deve ter conhecimento sobre diversos modelos de planejamento para realizar uma avaliação e, só então, selecionar o mais adequado e assertivo para o projeto em questão.

Também é nesse momento em que o gestor e sua equipe definirão os indicadores de desempenho, que mostrarão se o objetivo final está mesmo sendo alcançado. Os indicadores são um meio claro pelo qual é possível avaliar o andamento dos resultados. Trata-se de uma medida, quantitativa ou qualitativa, capaz de captar informações relevantes sobre a evolução do projeto observado.

É ainda no planejamento que você determina qual será a metodologia de trabalho usada para encontrar a solução de tal questão, assim como é também nessa etapa que se dá o desenvolvimento do plano de ação, isto é, o encadeamento de ações necessárias para que o objetivo seja cumprido.

Ferramentas auxiliadoras como Diagrama de Ishikawa, Gráfico de Pareto, brainstorming e 5W2H poderão ser muito úteis nesta fase, para dar suporte à tomada de decisões. Quanto melhor for o planejamento, melhores metas serão atingidas. Deve-se lembrar de que a fase de planejamento é sempre a mais complexa e a que exige mais esforços. No entanto, quanto maior for o número de informações utilizadas, maior será a necessidade do emprego de ferramentas apropriadas para coletar, processar e dispor estas informações.

Temos profissionais preparados e com conhecimento em como se realizar um planejamento de projeto, com conhecimento sobre diversos modelos de planejamento para realizar uma avaliação e, só então, selecionar o mais adequado e assertivo para o projeto em questão.

Neste mesmo momento a equipe juntamente com a Secretaria de Saúde, juntas definirão os indicadores de desempenho, que mostrarão se o objetivo final está mesmo sendo alcançado (Este caso é quando já não está estipulado no Edital).

Os indicadores são um meio claro pelo qual é possível avaliar o andamento

dos resultados. Trata-se de uma medida, quantitativa ou qualitativa, capaz de captar o que no presente caso está devidamente estipulado no Edital.

Metas Quantitativas:

1001

A avaliação da entidade quanto ao alcance de metas quantitativas será feita com base na Produção Mensal de Atendimentos Médicos na Unidade de Pronto Atendimento – PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA e deverá situar-se em torno do quantitativo apresentado no Quadro I do Anexo X com tolerância de 25% abaixo ou acima da média;

Indicadores de Desempenho qualitativo:

Segue tabela com a descrição dos indicadores e os critérios de pontuação

						1º	2º	3º	4º
Número de atendimentos: clínicos, pediátricos,cirurgia geral, odontológicos	Mensal	Nº total de atendimentos realizados no mês/nº dias do mês	Relatório monitoramento do Pronto Socorro	Limite mínimo: 263 nºde dias no mês	A pontuação será proporcional à meta de atendimentos realizadosmaior que o limite mínimo mensal: 100% peso ponderal mensal ; e atendimentos realizadosmenor	10%	10%	10%	10%
	3	Tempo máximo de atendimento do usuário classificado como Risco Vermelho	<=5 minutos (100% dos usuários classificados neste risco)	(Soma do tempo de espera, em minutos, desde a chegada do usuário classificados como Risco Vermelho até seu efetivo atendimento médico / Total de usuários classificados como Risco Vermelho) X 100		9			
Percentu máximo pacie Clas de ris	4	Taxa de transferência de usuários	<=1%	(Total de usuários transferidos / Total de usuários atendidos) X 100		10		%	20%
Percentu máximo pacie clas de risco amarelo	5	Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito	100%	(Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbito / Total de prontuários de usuários que vieram a óbito) X 100		8		%	20%
				atendidos no	amarelo for				

		classificação de riscoaté o início do atendimento médico/Total de usuários atendidos e classificados como Risco Amarelo X 100	(sistema de informação utilizado)	tempo ≤ 60 minutos	atendido dentro do prazo estabelecido pelo Protocolo de Manchester, ou seja ≤ 60 minutos				
Tempo médio de espera de pacientes para classificação de risco verde	Mensal	Total do tempo desdea classificação até o início do atendimentomédico de usuários classificados como Risco Verde/Total de usuários classificados como Risco Verde) X 100	Relatório tempo médio de espera do Pronto Socorro (sistema de informação utilizado)	Usuários classificados neste risco e atendidos no período analisado com tempo médio de espera de no máximo 45 minutos	A meta será considerada atingida se a média de atendimento aos usuários classificados como verde no período for ≤ 45 minutos	20%	20%	20%	20%
Percentual de profissionais médicoscadastrados no CNES	Mensal	Profissionais do Pronto Socorro com registro no CNESx100/Total de profissionais do Pronto Socorro	Listagem de profissionais ativos na competênciade análise, fornecida pela OS (documento técnico da	100% dos profissionaisque constamda listagem fornecida pela OS, referente ao período de análise,	100% dos profissionais da listagem fornecida pela OS registrados no CNES – 100% peso ponderal mensal. Menor que 100%: sem pontuação	5%	5%	5%	5%

			prestação e contas)	registradosno CNES					
Percentual de Satisfação dos Usuários	Mensal	Número de respostas classificadas como "ótimo e bom" /Totalde respostas X 100	Utilização de sistema eletrônicode avaliação de satisfação dos usuários, de formaa dispor de dados para consolidação do relatório a ser encaminhado à Comissão de Acompanhamento	≥78% das respostas de satisfação dos usuários de classificadas como "ótimo"e "bom"	A meta será considerada atingida se o somatório das respostas classificadas como "ótimo" e "bom" corresponder a minimamente 80% do total de respostas	-	10%	10%	10%
Razão da Hora pessoa/treinamento	Trimestral	Número total de horas de formação no trimestre/Número total de empregados ativos da assistência ao paciente.	Relatório da OS,com data, carga horária, tema abordado e ministrante, bem como lista de frequência assinadas pelos participantes	Alcance ≥2h/h de treinamentono trimestre	A meta será considerada atingida se minimamente no trimestre o total de horas formação/empregado ativo atingir ≥2h/h	5%	5%	5%	5%
Percentual de relatórios emitidos referente a Qualidade da informação	Mensal	Nº de relatórios entregues/nº de relatórios definidosx100	Relatório monitoramento do Pronto Socorro	100% dos relatórios entregues	Para cumprimento da meta deverão ser apresentados 100% dosrelatórios definidos*, caso contrário a meta	10%	10%	10%	10%

					não será atingida sendo pontuada como 0%				

*Relatórios definidos no indicador "Qualidade da Informação":

- Nº de pacientes atendidos por classificação de risco com a estratificação dos volumes por risco de atendimento, horários, demonstrando asevasões e desistências, com gráfico comparativo dos meses anteriores;
- Nº de atendimentos por especialidade e por CID;
- Nº de procedimentos com finalidade diagnóstica;
- Relação nominal e nº de medicamentos dispensados internamente no Pronto Socorro;
- Percentual de perdas no estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares adquiridos pela Contratada;
- Escala dos profissionais de saúde;
- Nº de pacientes classificados e atendidos, agrupados por Unidade de Saúde;
- Percentual de atendimentos/consultas odontológicas realizadas com intervenção através de procedimentos clínicos odontológicos de urgência;
- Relação dos pacientes cadastrados no Sistema CROSS que permaneceram no Pronto Socorro por um período maior ou igual a 24 horas;
- Relação nominal dos pacientes que procuraram os serviços do Pronto Socorro por mais de 2 vezes durante o intervalo de 30 dias, agrupados por Unidadede Saúde.

D (Fazer) – Estratégia e Metodologia de Ação: é definido através do controle de inventário de químicos, descrição adequado do processo e descrição dos grupos homogêneos de exposição (GHE)

Após identificar todos os problemas e traçar as metas que devem ser alcançadas, é hora de fazer acontecer. Nessa fase, o plano de ação é colocado em prática segundo o que foi planejado, cuidando para que não haja nenhum tipo de desvio pelo meio do caminho. Se não for possível executar o planejado, será preciso voltar à fase anterior e verificar os motivos de o planejamento ter falhado. Já se a iniciativa for executada conforme o previsto, deve-se partir para a próxima fase, encarando a análise dos resultados.

Antes de iniciar a fase de execução é preciso educar e treinar todos os envolvidos no processo para garantir que estejam comprometidos e tudo saia conforme o planejamento realizado na fase anterior. Somente uma equipe capacitada é capaz de agir de maneira alinhada e ter foco nos objetivos corretos.

C (Checar) – Controle de Exposição: definido no plano de monitorização individual e ambiental, nos programas e tarefas específicas;

A fase de checagem começa juntamente com a fase de implementação do plano de ação, afinal, quanto mais cedo os resultados forem acompanhados, mais rapidamente você saberá se o planejamento deu mesmo certo e se os resultados serão atingidos. Nessa fase é preciso fazer um monitoramento sistemático de cada atividade elencada no plano de ação e comparar o previsto com o realizado, identificando gaps que podem ser sanados em um próximo ciclo, assim como oportunidades de melhoria que podem ser adotadas futuramente. Avaliar a metodologia de trabalho adotada também ajuda a verificar se a equipe está no caminho certo ou se é preciso modificar algum processo para se ter mais êxitos durante o decorrer do projeto.

Para essa fase, é de suma importância que haja o suporte de uma metodologia estatística. Assim, é possível evitar erros e poupar tempo e recursos. A análise realizada na fase “checar” mostrará se os resultados estão de acordo com o que foi previamente planejado ou se é necessário ajustar o caminho.

A (Agir) – Comunicação, Treinamento e Medição (divulgação dos dados, periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PGR): definido nas boas práticas de trabalho seguro e medindo a conclusão dos objetivos.

Em caso de todas as metas terem sido atingidas, esta é a fase em que se adota o plano aplicado como padrão. Caso algo não tenha saído como planejado, é hora de agir corretivamente sobre os pontos que impossibilitaram o alcance de todas as metas estipuladas.

Com a análise de dados completa, é preciso passar para a realização dos ajustes necessários, corrigindo falhas, implantando melhorias imediatas e fazendo com que o Ciclo PDCA seja reiniciado, visando aprimorar ainda mais o trabalho da equipe.

O ciclo PDCA evita erros nas análises e padroniza as informações do controle de qualidade. Por esse motivo, pode ser empregado com muito sucesso em casos de transição para uma administração voltada para a melhoria contínua.

O plano de ação é um componente tão importante quanto as metas durante o planejamento. Em um primeiro momento, é a ferramenta responsável pela transição para a execução, guiando os profissionais.

O Ciclo PDCA ajuda a direcionar a equipe para o desenvolvimento de melhorias contínuas, aguça os sentidos para a identificação de falhas e oportunidades de aprimoramento e ainda contribui para que todos os envolvidos visualizem as mudanças realizadas.

Com isso, você aumenta a eficiência dos processos e obtém uma maior produtividade por parte do time, desenvolvendo projetos com muito mais agilidade e destreza. Isso sem contar que o PDCA também garante um aprendizado maior durante a execução das atividades, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional da equipe. Além disso, com a produtividade e a eficiência em alta, você pode reduzir os custos operacionais da empresa, impactando diretamente no orçamento de cada projeto.

Uma organização que consegue se estruturar dentro das quatro fases do ciclo PDCA tem mais chances de atingir seus objetivos e melhorar continuamente.

Processo de melhoria contínua

Com o pensamento de que é sempre possível melhorar, a FENIX utiliza o Ciclo PDCA pois o mesmo não prevê um fim para sua execução. Assim, a cada ciclo concluído dá-se início a outro, sucessivamente, até que seja possível encontrar um padrão mínimo de qualidade para atender às expectativas dos clientes e do município tornando cada vez mais eficiente seus processos.

Cada vez que o ciclo PDCA se repete para solucionar um problema ou obter melhoria contínua, o próximo ciclo tende a ser mais complexo. O plano e as metas passam a ser mais ousados e tudo fica mais difícil de aplicar. É necessário que toda a equipe seja bem treinada e esteja preparada para alcançar objetivos ambiciosos.

Só é preciso tomar cuidado para não se ater a detalhes insignificantes, pois a demora em uma fase qualquer do projeto pode impactar todas as demais. Então, deve-se definir um padrão mínimo de qualidade e, quando atingi-lo, passar para a próxima etapa. Caso futuramente surja a oportunidade de implementar alguma melhoria a mais, você pode aproveitá-la em um novo projeto ou ainda sugerir ao cliente que faça a mudança, desde que não haja impacto nos custos ou no prazo do projeto.

O ciclo PDCA evita erros nas análises e padroniza as informações do controle de qualidade. Por esse motivo, pode ser empregado com muito sucesso em casos de transição para uma administração voltada para a melhoria contínua.

Em que situações aplicar o PDCA

Por fim, para facilitar a execução, priorize a aplicação da ferramenta em duas situações: padronização e melhoria. Isto é, independentemente da área escolhida, o PDCA pode ajudar o gerente a satisfazer essas duas necessidades.

A padronização corresponde a garantir a existência de normas, ou seja, se as diretrizes do plano de ação e do projeto realmente são seguidas na prática. Já a melhoria contínua é a repetição dos ciclos para identificar erros e acertos, aprender com a experiência, promover e avaliar mudanças. Na maioria dos casos, as duas situações andam juntas.

Ademais, o uso do ciclo PDCA pode garantir um diagnóstico apurado sobre os processos e tratar das falhas e soluções que devem ser aplicadas durante o andamento do projeto. O uso desta ferramenta de qualidade é uma maneira eficaz

para efetuar o controle dos processos e realizar ajustes positivos.

24.1. AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS

Ao longo da apresentação deste plano de trabalho, a FENIX apresenta diversos instrumentos de avaliação, monitoramento e aplicações de correções, trabalhamos estas ações por setores e ou departamentos específicos e de acordo com a especificidades de cada trabalho, analisamos todos os procedimentos para registrar e avaliar/investigar acidentes, incidentes e não-conformidades.

O principal propósito do(s) procedimento(s) é prevenir a repetição da situação, identificando e lidando com a(s) causa(s)-raiz.

Além disso, nossos procedimentos possibilitam detectar, analisar e eliminar as causas potenciais de não-conformidades, que possam prejudicar a execução do projeto.

São ações que ao logo dos anos tem feito a diferença em nossa Instituição, elevando o seu nível de qualidade na execução de seus contratos de Gestão.

Nossos procedimentos incluem os seguintes itens:

- Procedimentos (em geral);
- Plano de emergência;
- Relatórios de identificação de perigos e de avaliação e controle de riscos;
- Incluindo relatórios de não-conformidades;
- Relatórios de acidentes, incidentes e/ou perigos;
- Relatórios de manutenção e de serviços.

Processo

Preparamos procedimentos documentados, a fim de assegurar que acidentes, incidentes e não-conformidades estão sendo investigados e que as ações corretivas e/ou preventivas foram iniciadas.

Monitoramos os progressos da implementação das ações corretivas e preventivas, e analisamos criticamente a eficácia de tais ações.

Procedimentos

- Definir as responsabilidades e autoridades das pessoas envolvidas na implementação, notificação, investigação, acompanhamento e monitoramento das ações corretivas e preventivas;
- Requerer que sejam notificadas todas as não-conformidades, acidentes, incidentes e perigos;
- Aplicar a todo o pessoal (ou seja, funcionários, trabalhadores temporários, contratados, visitantes e qualquer outra pessoa no local de trabalho);
- Levar em consideração danos à propriedade;
- Garantir que nenhum funcionário sofrerá qualquer tipo de repressão por notificar uma não-conformidade, um acidente ou um incidente;
- Definir claramente o rumo da ação a ser tomada, a partir das não-conformidades identificadas no Sistema de Gestão.

Ação corretiva

Ações corretivas são medidas tomadas para eliminar a(s) causa(s)-raiz de não-conformidades, acidentes ou incidentes identificados, a fim de prevenir sua repetição. Exemplos de elementos que consideramos ao se estabelecer e manter procedimentos para ação corretiva incluem:

- Identificação e implementação de medidas corretivas e preventivas tanto a curto como a longo prazo (isso pode incluir também o uso de fontes de informação apropriadas, tais como recomendações de funcionários especializados em SST);
- Avaliação de qualquer impacto nos resultados da identificação de perigos e da avaliação de riscos (e de quaisquer necessidades de atualização do(s) relatório(s) de identificação de perigos e de avaliação e controle de riscos);
- Registro de qualquer alteração requerida nos procedimentos, resultante da ação corretiva ou da identificação de perigos e da avaliação e controle de riscos;
- Aplicação de controles de riscos ou modificação dos controles de riscos existentes, a fim de assegurar que as ações corretivas são tomadas e que são eficientes.

Ação preventiva

Exemplos de elementos a serem considerados ao se estabelecer e manter procedimentos para ação preventiva incluem:

- Uso de fontes de informação apropriadas (tendências dos "incidentes sem perdas", relatórios de auditorias do Sistema de Gestão da SST, registros, atualização das análises de riscos, novas informações sobre materiais perigosos, "rondas" de segurança, recomendações de funcionários especializados em SST etc);
- Identificação de quaisquer problemas que requeiram ação preventiva;
- Iniciação e implementação da ação preventiva e aplicação de controles para assegurar a eficiência da ação preventiva;
- Registros de quaisquer alterações nos procedimentos resultantes da ação preventiva, e submissão para aprovação.

Acompanhamento

Realizamos as ações corretivas e preventivas tomadas sejam as mais permanentes e eficientes possíveis. E fazemos verificações da eficácia das medidas corretivas/preventivas tomadas. E as ações pendentes/atrasadas são relatadas à todos os Gestores da Administração na primeira oportunidade.

Análise de não-conformidades, acidentes e incidentes

As causas de não-conformidades, acidentes e incidentes serão classificadas e analisadas regularmente. E as taxas de frequência e de gravidade de acidentes serão calculadas de acordo com a prática aceita para fins de comparação.

Serão realizadas as classificações e as análises dos seguintes itens:

- Taxas de frequência ou gravidade de doenças/lesões com perda de tempo;
- Taxas de quedas do leito:
- Taxas de erros na aplicação dos medicamentos,
- Localização e tipo da lesão, parte do corpo atingida, atividade envolvida, unidade envolvida, dia, hora (todos os itens apropriados);

- Tipo e gravidade dos danos à propriedade;
- Causas diretas e causas-raiz.
- E demais itens discutidos nas reuniões periódicas que necessitem e intervenções corretivas.

Monitoramento e comunicação de resultados

Nossa eficácia das investigações e notificações serão avaliadas.
E a avaliação será objetiva e produzira um resultado quantitativo, se possível.
Após informamos sobre a investigação, a organização:

- Identificar as causas-raiz das deficiências no Sistema de Gestão da FENIX e na administração geral da organização, onde aplicável;
- Comunicar as constatações e recomendações à Administração e às partes interessadas pertinentes;
- Incluir as constatações e recomendações pertinentes das investigações no contínuo processo de análise crítica da FENIX;
- Monitorar a implementação oportuna dos controles corretivos e de sua subsequente eficácia ao longo do tempo;
- Aplicar as lições aprendidas da investigação das não-conformidades em toda a PS, concentrando-se nos amplos princípios envolvidos, ao invés de se restringir a ações específicas projetadas para evitar a repetição de um evento exatamente similar, na mesma área.

Resultados típicos

Os resultados típicos incluem os seguintes itens:

- Procedimento para acidentes e não-conformidades;
- Relatórios de não-conformidades;
- Cadastro de não-conformidades;
- Relatórios de investigações;
- Relatórios atualizados de identificação de perigos e de avaliação e controle de riscos;

- Entradas da análise crítica pela Administração; - evidência das avaliações da eficácia das ações corretivas e preventivas tomadas.

Conceitos de Monitoramento e Avaliação

O Monitoramento é uma ação contínua, utilizada para acompanhar, tomar decisões corretivas na gestão de um projeto e informar as partes interessadas sobre a evolução dos resultados planejados.

Utiliza a coleta e análise de dados e os indicadores predeterminados de processo e resultado. No âmbito dos TC, o monitoramento é um processo que deve ser periódico para apontar desvios, necessidade de atualizações e ajustes ao projeto, identificando experiências exitosas e lições aprendidas que permitem aprimorar o processo.

O monitoramento contínuo permite, também, verificar se os insumos e recursos estão sendo utilizados com eficiência. A Avaliação consiste em uma análise objetiva e sistemática do desenvolvimento. Avalia a relevância, a eficácia, a eficiência, o impacto e a sustentabilidade do plano de trabalho.

No âmbito dos TC é uma importante fonte de evidência da obtenção de resultados e do desempenho institucional, da construção de conhecimento e aprendizagem organizacional e contribui para que a FENIX tenha aprovado suas prestações de contas.

Critérios de avaliação

- Relevância: verifica em que medida o propósito do projeto permanece consistente com as necessidades dos beneficiários e das contrapartes tendo em vista potenciais mudanças do cenário do país.
- Eficácia: verifica em que medida os resultados esperados avançaram ou foram alcançados contribuindo para o propósito do projeto.
- Eficiência: mede a utilização dos recursos na implementação das atividades ou ações.

- Impacto: mede os efeitos alcançados da finalidade do projeto em longo prazo. É o objetivo final para o qual o projeto contribui.
- Sustentabilidade: refere-se à continuação dos benefícios após a conclusão de um projeto.

É relacionada ao desenvolvimento de capacidades, recursos e à apropriação das atividades do projeto pelos beneficiários e contrapartes.

O Monitoramento e Avaliação

- Torna mais claros os resultados do projeto.
- Conecta as atividades e seus recursos aos objetivos.
- Traduz objetivos em indicadores de desempenho e define metas.
- Faz uma coleta de rotina desses indicadores, compara resultados atuais com as metas.
- Informa sobre o progresso aos gestores, contrapartes e doadores, e os alerta de potenciais problemas.
- Analisa por que os resultados esperados foram ou não alcançados.
- Identifica potenciais desvios para o alcance dos resultados.
- Mede o impacto e a sustentabilidade dos resultados do projeto.
- Explora novos resultados não esperados.
- Fornece lições aprendidas, oferece recomendações para melhoria.
- Possibilita conhecer as conclusões do projeto e elaborar planos de ação.

São características das etapas de Monitoramento e Avaliação dos projetos:

- Monitorar os desvios relacionados ao planejamento.
- Adotar ações corretivas para harmonizar o executado com o planejado.

Consolidado semestral

A elaboração do relatório técnico resulta em um gráfico mostrando a situação do projeto/matriz lógica e um quadro-resumo com o número total de ações programadas

no período, número total de ações finalizadas, relação entre ações finalizadas e programadas, estado de avanço das ações por resultado esperado no período e um gráfico com a execução financeira.

Consolidado anual

Apresenta a informação consolidada dos dois semestres. Permite verificar o grau de avanço dos resultados esperados com base na execução das ações programadas visando à tomada de decisão em relação ao projeto.

25. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Diretrizes do SUS:
Pacto pela Saúde

Em 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população.

O Pacto pela Saúde define prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, traduzidos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal.

O Pacto pela Vida pressupõe:

• definir e pactuar as metas locais;
• definir estratégias para alcançar as metas;
• instituir um processo de monitoramento.

As prioridades atuais do PACTO PELA VIDA são:

I – atenção à saúde do idoso;

II – controle do câncer de colo de útero e de mama;

III – redução da mortalidade infantil e materna;

IV – fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;

V – promoção da saúde;

VI – fortalecimento da atenção básica;

VII – saúde do trabalhador;

VIII – saúde mental;

IX – fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;

X – atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;

e

XI – saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS passa por um movimento de repolitização da saúde, com clara estratégia de mobilização social vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um de seus pontos centrais.

O Pacto em Defesa do SUS pressupõe:

• discutir nos conselhos municipais e estaduais as ações e estratégias para a concretização desta proposta;

• priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas;

• lutar por um adequado financiamento.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Propõe, ainda, avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando-se as especificidades regionais. O

Pacto de Gestão pressupõe:

• assumir de maneira efetiva as responsabilidades sanitárias inerente a cada

esfera de gestão;

• reforçar a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, estruturando-se as regiões sanitárias;

• instituir colegiados de gestão regional;

• buscar critérios de alocação equitativa dos recursos financeiros;

• reforçar os mecanismos de transferência fundo-a-fundo entre gestores.

Os gestores estaduais e municipais, ao definirem a aplicação dos recursos, devem considerar as ações relacionadas à Vigilância em Saúde que estão destacadas como prioridades no Pacto pela Saúde.

Vigilância em saúde:

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Os componentes da vigilância em saúde:

São as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas.

O conceito de vigilância em saúde inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

As ações da vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde.

A partir de suas específicas ferramentas as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira

a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

A integralidade da vigilância com a atenção à saúde

Visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

I – compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das equipes da Saúde da Família;

II – planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;

III – monitoramento e avaliação integrada;

IV – reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clinica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros;

V – educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

As ações de Vigilância em Saúde, incluindo-se a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária – Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações

A FENIX em conjunto com os gestores municipais busca manter uma relação próxima com as demais unidades de Saúde do Muncipio como forma de fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde.

Uma das estratégias indutoras utilizadas pelo Governo Federal para que todas

as unidades de saúde possam ter informações do que acontece realmente no municipio é a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária junto às equipes de saúde da família, sendo agregadas ações como controle ambiental, endemias, zoonoses e controle de riscos e danos à saúde.

A incorporação do ACE nas equipes de saúde da família pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos agentes comunitários de saúde e do agente de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família. A Portaria n° 1.007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

A vigilância em saúde ambiental visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de

prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar 20 e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

A vigilância em saúde do trabalhador caracteriza-se por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A vigilância sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da promoção da saúde.

Essa política objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

Para o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão, o sistema de saúde conta com uma rede integrada de unidades de alerta e resposta, denominada Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede Cievs), e tem como objetivo a detecção das emergências, a avaliação contínua de problemas que possam constituir emergências de saúde pública e o gerenciamento, coordenação e apoio às respostas desenvolvidas nas situações de emergência.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, dentro do seu campo de competência, detecta emergências em saúde pública e define ações de intervenção, por intermédio de:

I – Rede de Comunicação em Visa (RCvisa), que notifica surtos relacionados a alimentos;

II – Farmácias Notificadoras, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas em relação ao consumo de medicamentos;

III – Hospitais-sentinela, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos e equipamentos de saúde;

IV – Notivisa, que notifica eventos adversos e queixas técnicas relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, quais sejam:

a) medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;

b) artigos médico-hospitalares;

c) equipamento médico-hospitalar;

d) sangue e componentes;

e) agrotóxicos;

V – Centro de Informações Toxicológicas, que notifica intoxicações e envenenamentos;

VI – postos da Anvisa em portos, aeroportos e fronteiras, que notificam eventos relacionados a viajantes, meios de transporte e produtos;

VII – Rede Nacional de Investigação de Surtos em Serviços de Saúde (RENISS), com estrutura técnico operacional para investigar e interromper surtos em serviços de saúde.

A vigilância em saúde e o planejamento

A vigilância em saúde detém conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão para o conhecimento da realidade, identificação de problemas, estabelecimento de prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para a elaboração do planejamento.

A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, por intermédio da:

• caracterização da população: variáveis demográficas (número de habitantes com distribuição por sexo, idade, local de residência, fluxos de migração, etc.); variáveis socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.); variáveis culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.);

• caracterização das condições de vida: ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições de habitação, acesso a transporte, segurança e lazer); características dos sujeitos (nível educacional, inserção no mercado de trabalho, tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política);

• caracterização do perfil epidemiológico: indicadores de morbidade; indicadores de mortalidade;

• descrição dos problemas: O quê? (problema); Quando? (atual ou potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

Recomenda-se, para análise da situação de saúde, utilizar os sistemas de informação disponíveis, indicadores de saúde, fontes diversas de dados, processamento estatístico, construção de séries temporais, desagregação por grupos e distribuição territorial, considerando valores e culturas locais.

Planejamento e programação em saúde

Planejamento é um processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente. Essas ações devem ser identificadas de modo a permitir que sejam executadas de forma adequada e considerando aspectos como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes.

O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde pressupõe a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Define elementos e características que visam a dotar os gestores – de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção – do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de

promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Deve ser desenvolvido de forma ascendente, articulada, integrada e solidária entre as esferas de gestão. Cada esfera deve realizar o seu próprio planejamento, fortalecendo os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as necessidades e realidades de saúde locais e regionais.

Além disso, deve buscar o monitoramento e avaliação do SUS, bem como promover a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando-se os determinantes e condicionantes de saúde.

O processo de planejamento do SUS é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições; dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população; dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde; e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência.

Grupo I. Ações para estruturação e fortalecimento da gestão

Área de estruturação	Parâmetros
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de Visa investida na função por ato legal.
	Instrumento legal de criação da Visa, com definição de atribuições e competências.
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde.
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.
	Equipamentos específicos para fiscalização, meio de transporte e impressos (termos legais).
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
	Sistemas de informação de interesse do SNVS.
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de Visa para o desenvolvimento das atividades.
	Educação permanente.
5. Fortalecimento da Gestão	Participação em instâncias de discussão, negociação e pactuação (CIB, Colegiado de Gestão Regional e Câmaras Técnicas).
	Participação nos fóruns e canais de gestão participativa e controle social.
	Monitoramento e avaliação das ações de Visa definidas no Plano de Saúde, nas Programações Anuais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão.
	Participação no processo de descentralização e de regionalização.
	Planejamento integrado no âmbito da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde.
	Participação no financiamento das ações.

Grupo II. Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário

Área de intervenção	Parâmetros
1. Produtos, serviços de saúde e de interesse à saúde e ambientes	Inspeção sanitária.
	Coleta de amostra para análise.
	Notificação, investigação e comunicação de risco.
	Análise sanitária de projetos arquitetônicos
	Ações integradas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Ações intersetoriais de educação em saúde.
	Atendimento à denúncia/reclamação.
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado.
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.
	Colaboração com a União nas ações em portos, aeroportos e fronteiras.
	Incorporação das ações de Visa, em conjunto com a Atenção Primária à Saúde, no cotidiano das comunidades.
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, etc.
5. Ações laboratoriais de Visa	Monitoramento de produtos. Sistema de Gestão da Qualidade dos Laboratórios.

26. ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO



26.1. MANUAL DE APOIO AOS USUÁRIOS E FAMILIARES PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Telefone: (12) 3550-0600

O manual do usuário tem por objetivo orientar e esclarecer os pacientes e familiares quanto ao funcionamento da Unidade de Emergência, bem como seus direitos e deveres enquanto usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Este manual foi elaborado pela Equipe da FENIX DO BRASIL SAÚDE.

Para elaboração deste manual, a equipe recebeu o incentivo e apoio da atual

Gestão Administrativa, bem como pesquisas do Plano Municipal de Saúde pesquisas realizadas na Internet e vistoria in loco.

Apresentação do PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

O Pronto Socorro Municipal de Pindamonhangaba conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, biomédicos, assistentes sociais, psicólogos e outros serviços de apoio.

Sua meta é a busca constante de melhores técnicas para salvar vidas e atenuar o sofrimento de seus pacientes e familiares.

O Pronto Socorro dispõe prédio único situado na área central da cidade, ao lado da Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba.

Além disso, oferece apoio profissional, de Gestão, financeiro, logístico e administrativo, além de ser retaguarda para alguns casos das Upas existentes no município como a UPA do Araretama e UPA do Distrito de Moreira César

O Pronto Socorro Municipal sofreu reformas e mudanças em 2018 e 2019 para poder acolher o público infantil, assim tornou-se também pronto socorro adulto e infantil.

Princípios Organizacionais

VISÃO	MISSÃO	VALORES
Todos esses cuidados nos levam a crer firmemente na VISÃO de "Sermos um agente de transformação que discute os modelos de gestão, a partir de uma visão empreendedora e construtivista, observando e avaliando as características da gestão na área da saúde no momento atual, pois novos modelos de gestão tornam-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços.	Nossa MISSÃO é promover o desenvolvimento humano por meio de ações práticas na área de saúde de forma integral, visando atender a população de forma plena, olhando a pessoa em seu aspecto mais amplo, não apenas no conceito médico hospitalar, mas de forma a cuidar dos fatores que promovem a melhoria de sua qualidade de vida . Buscamos através de práticas modernas de atendimento e gestão melhorando a experiência das pessoas que dependem do Sistema Único de Saúde, com um atendimento mais resolutivo e colaborativo, interligando setores e aproximando o modelo de saúde ao que é preconizado pelas leis municipais, estaduais e federais no tocante a Saúde Pública.	Nossos valores compreendem: Ética = atuar com responsabilidade no exercício de suas atividades. Humanização = Oferecer tratamento humanizado com base na valoração do indivíduo. Excelência = trabalhar permanentemente a melhoria dos processos, dos resultados e da satisfação das necessidades presentes e futuras dos clientes. Baseados na Excelência, Eficiência e Eficácia. Transparência = adotar uma cultura clara e transparente no que diz respeito aos objetivos contratuais e aos compromissos éticos da organização, fortalecendo a legitimidade social das suas atividades. Valorização das pessoas = estabelecer relações formais com os colaboradores, criando condições para a constante atualização e crescimento profissional, valorizando a maximização de resultados, a assiduidade e o comprometimento. Reconhecimento e valorização do saber local = valorizar os conhecimentos adquiridos pelos profissionais no decorrer da sua vida funcional. Inovação e Tecnologia = Promoção de um ambiente favorável a criatividade a experimentação e a implementação de novas idéias que possam gerar um potencial competitivo para a organização.

Natureza da Unidade de Emergência

A Unidade de Emergência caracteriza-se pelo atendimento de Urgência e Emergência

Emergências são consideradas condições que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Já a **urgência**, é uma ocorrência imprevista com ou sem risco potencial à vida, onde o indivíduo necessita de assistência médica imediata.

O Pronto Socorro Municipal de Pindamonhangaba é uma Unidade porta aberta 24 horas para atender aos munícipes de Pindamonhangaba, não é referenciado a nenhum município de sua micro região, e a unidade não possui habitação junto ao Ministério da Saúde é custeada integralmente com recursos municipais.

É ainda retaguarda para as demais unidades de Saúde do Munícipio e referência ao SAMU de Pindamonhangaba atendendo com qualidade e integralidade dentro da sua capacitação a todos os pacientes SUS.

Acesso ao Pronto Socorro Municipal



O paciente de Pindamonhangaba deverá procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência quando a queixa é leve e recorrente, para verificar se o seu caso não se trata de atendimento ambulatorial.

Nos casos de urgência deverá procurar a unidade que tem porta aberta 24 horas á rua: Rua Major José dos Santos Moreira, nº 570 – Telefone: (12) 3550-0600 no caso de emergência chamar o SAMU pelo telefone 192,

Durante a internação do paciente é permitida a permanência de um acompanhante apenas nos seguintes casos:

- Pacientes com até 18 anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/1990, art. 12);
- Pacientes maiores de 60 anos, conforme Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01/10/2003, art. 16);
- Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei nº 3.939 de 02/01/2007, art. 18);
-

Todos os pacientes e acompanhantes obrigatoriamente serão cadastrados, mediante apresentação de documento com foto, cartão SUS e comprovante de endereço na recepção, no momento da entrada do paciente na unidade.

Todos os visitantes e acompanhantes receberão um crachá de identificação que deverão portá-lo visivelmente.

Área Física

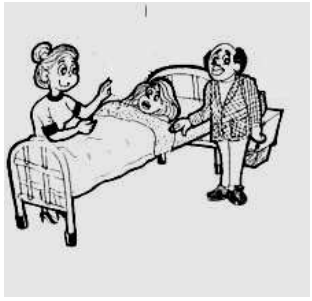
Área Recepção Geral	01
Sala de triagem	02
Recepção Controlador de Acesso	01
Consultório Adulto	04
Consultório Pediátrico	02
Banheiro Usuários Feminino	04
Banheiro Usuários Masculino	04
Banheiro Usuários PcD	04
Sala de assistente social	01
Área de Recepção Pediátrica	01
Sala de triagem Pediátrica	01
Sala de aplicação de medicamentos Pediátrico (soroterapia)	01
Sala de procedimento Pediátrico	01
Sala de Emergência Pediátrica com 3 leitos	01
Sala de Observação Infantil com 4 leitos, sendo 1 de emergência	01
Sala da Supervisão de Enfermagem	01
Sala da Diretoria de Enfermagem	01
Sala de aplicação de medicamentos Adulto (soroterapia)	02
Sala de Observação Adulto Feminina com 8 leitos	01
Sala de Observação Adulto Masculina com 8 leitos	01
Sala do RH	01
Sala Raio-x	01
Sala de Emergência Adulto com 04 leitos	01
Sala da RT Farmácia	01
Farmácia	01
Almoxarifado Farmácia/Geral	01
Posto de Enfermagem	03
Sala de Semi Intensiva rápida com 01 leito	01
Sala de Isolamento com 02 leitos	01

Conforto médico masculino	01
Conforto médico feminino	01
Conforto de funcionários	01
Sala da Coordenação	01
Sala da Diretoria	01
Copa	01
Recepção da área COVID-19	01
Sala destinada ao COVID-19	01
Consultório COVID-19	01
Sala de Isolamento COVID-19 com 3 leitos	01
Sala de expurgo (Roupa Suja)	01
Sala de Rouparia (Roupa Limpa)	01
Copa para distribuição de refeição para pacientes	01
Depósito de Material de Limpeza	02
Vestiário Masculino	01
Vestiário Feminino	01
Capela	01
Sala de espera de exames	01
Sala de ECG	01
Sala de coleta	01
Sala de faturamento	01
Sala de Gesso	01
Necrotério	01
Sala da manutenção	01
Sala de sutura e curativo	01
Consultório odontológico	01

Recomendações e Informações aos acompanhantes e visitantes

Referentes à ***ADMISSÃO DO PACIENTE:***

- Esperamos que sua permanência seja breve e que o seu familiar tenha pronta recuperação. Neste período faremos o possível para colocar à sua disposição os recursos da Unidade de Emergência e do Sistema de Saúde;

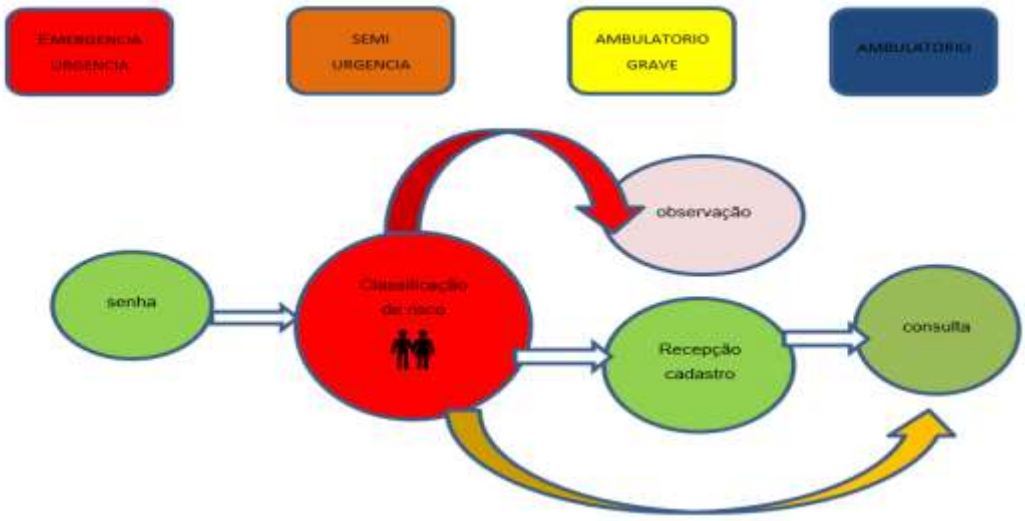


- A participação do familiar é importante para o tratamento do paciente. Contamos com a sua colaboração para um melhor atendimento;

- É seu dever conhecer e respeitar as orientações relacionadas ao funcionamento do Pronto Socorro, contribuindo desta forma para o tratamento e a recuperação do seu familiar;

- Informações sobre estado de saúde e resultados de exames dos pacientes serão fornecidos somente pelo médico responsável;

- O paciente será atendido primeiramente na Sala de triagem, onde uma enfermeira realizará a avaliação por meio do protocolo de Manchester



Recomendações e Informações aos acompanhantes e visitantes

Referentes à ***ALIMENTAÇÃO:***

- As refeições são muito importantes para o paciente, sendo especialmente preparadas e fornecidas pela Unidade, de acordo com as necessidades de cada um, segundo a avaliação médica e do(a) nutricionista, não sendo permitida a entrada de alimentos de fora da unidade;



- Antes de oferecer água e/ou a alimentação ao paciente converse com um profissional da unidade, pois em algumas situações poderá interferir no tratamento (exemplo, jejum para exames e cirurgias);
- A água e a alimentação destinadas aos pacientes não devem ser consumidas por visitantes e/ou acompanhantes.
- Em algumas situações o paciente ficará horas em jejum, entenda é para o seu próprio bem, pois alguns procedimentos exigem o jejum.

Referentes à ***SEGURANÇA:***

DOS PACIENTES, VISITANTES E ACOMPANHANTES



- Lembre-se sempre de lavar as mãos ou usar álcool gel antes do contato com a pessoa internada e ao sair da unidade;
- Mexer nos equipamentos é responsabilidade da equipe de saúde;
- As camas são para uso da pessoa internada. Evite até mesmo apoiar-se sobre elas;

Recomendações e Informações aos acompanhantes e visitantes

- Evite atender solicitações de outros pacientes, ajude-o chamando a equipe de enfermagem;

- Para a segurança do paciente, os leitos que possuem grades de proteção, devem ser mantidas elevadas;

- Os leitos que dispõem de campainha, só devem ser acionados no caso de urgência ou quando necessário;

- Evite trazer crianças menores de 12 anos para visitar os pacientes;



- Os visitantes e acompanhantes não devem vir ao hospital se estiverem doentes, pois o ambiente da Unidade pode piorar a sua situação e a do paciente;

- O uso de avental, máscara e luvas, quando indicado, devem ser seguidos por familiares e cuidadores;

- É proibida a entrada de visitantes e acompanhantes com shorts, bermudas curtas, bustiês e roupas transparentes, inadequadas ao ambiente hospitalar;

- Quando o paciente encontrar-se em condições de sair do leito, poderá excepcionalmente, com autorização da equipe de atendimento, receber a visita de familiares na recepção ou andar de baixo (inclusive de menores de 12 anos).

Recomendações e Informações aos acompanhantes e visitantes



• Flores e plantas podem atrair insetos, procure não trazê-los para o ambiente hospitalar;

• Os pertences dos pacientes que chegarem ao hospital sem acompanhantes serão guardados no Controle de Leitos.

SEGURANÇA DA INSTITUIÇÃO

• Manter bolsas, carteiras e outros objetos de valores pessoais sob seus cuidados;

•Para a entrada de qualquer aparelho eletro-eletrônico, deverá obter autorização do enfermeiro responsável pelo setor;

• O Hospital dispõe de um sistema de segurança, 24 h por dia, todos os dias da semana. Além disso, os corredores de acesso são monitorados por circuito fechado de televisão;

• Não é permitido fumar e ingerir bebida alcoólica nas dependências do Hospital.

Recomendações e Informações aos acompanhantes e visitantes

Referentes ao ***SIGILO E PRIVACIDADE***:



- Na sua chegada se algum paciente estiver sendo atendido pelos profissionais de saúde, aguarde orientações para entrar no quarto;
- As dificuldades e os problemas das pessoas internadas devem ser respeitados. Portanto, evite comentar ou divulgar com outras pessoas a situação dos pacientes;

- Evite andar pelos corredores e quartos de outros pacientes internados;
- O silêncio é importante, procure falar baixo.

Referentes à ***ASSISTÊNCIA RELIGIOSA***:



- De acordo com o artigo 5º da *CONSTITUIÇÃO FEDERAL e Portaria HCRP 158/2008,* o direito a Assistência Religiosa está assegurado aos pacientes internados na Unidade de Emergência;

- A Assistência Religiosa tem caráter individual, portanto, fica condicionada ao prévio e expresso desejo do paciente ou de sua família, no caso daquele não poder expressar sua vontade.
- Para assegurar esse direito, primeiramente, o paciente ou familiar deverá comunicar a equipe de enfermagem ou Serviço Social;
- O Assistente Religioso deverá dirigir-se à recepção de pacientes munido de documento de identidade civil e religiosa, e comunicar o nome completo do paciente que será visitado.

Recomendações e Informações aos acompanhantes e visitantes

Referentes à ***ALTA HOSPITALAR***:



- É preciso lembrar que a alta hospitalar não significa o fim do tratamento ou a cura, mas o início de uma nova etapa que precisará do apoio da família;

- Muitas dúvidas poderão surgir e para tanto, próximo à alta é importante que a pessoa que vai cuidar do paciente acompanhe os cuidados de enfermagem para saber como devem ser realizados e quando necessário obter as orientações da equipe multidisciplinar;

- A continuidade do tratamento depende dos documentos que o paciente leva consigo ao deixar o hospital. Por isso, fique atento, pergunte e solicite à equipe de saúde os seguintes documentos:



- Guia de contra-referência;
- Receituário em 02 vias;
- Atestado médico;
- Declaração para acompanhante, no caso de pacientes da pediatria.

Ainda deverá o paciente retornar a sua Unidade de atenção primária, para o devido acompanhamento pela equipe, dando assim efetividade e continuidade ao seu tratamento.

LEMBRE-SE PRONTO SOCORRO É PARA URGÊNCIA EMERGÊNCIA.

Recomendações e Informações aos acompanhantes e visistantes

- O comparecimento a sua UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, será de extrema importância para o seu familiar, portanto fique atento em caso de não poder deambular até a unidade pela para que o agente de saúde vá até a residência para realizar o atendimentoe siga as indicações e orientações fornecidas pela equipe de saúde;

- Caso o paciente esteja em tratamento em outra Unidade de Saúde seja na especialidade ou na rede hospitalar busque a Unidade assim da alta hospitalar e agende uma consulta, para dar continuidade ao tratamento.

- É fundamental trazer roupa para o paciente sair da Unidade;
- Lembre-se de retirar os pertences e valores deixados na Seção de Controle de Leitos;
- Ninguém é mais responsável pela sua saúde do que você mesmo, portanto não falte a consultas e exames agendados, e só vá a uma unidade de URGÊNCIA EMERGÊNCIA, quando realmente for necessário.

- Lembre-se nesta Unidade estamos salvando vidas, e as vezes, dependendo da sua triagem no protocolo de Manchester poderá esperar por horas, então evite de ir e receber as cores verdes e azuis, pois estas devem ser atendidas em unidades de baixa complexidade.

- Vá periodicamente a sua unidade de Saúde não espere adoecer para procurar o médico.

Direitos dos Usuarios dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo



Ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

- Ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

- Não ser identificado ou tratado por: números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

- Ter resguardado o segredo sobre os seus dados pessoais, através do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;



- Poder identificar as pessoas responsáveis direta ou indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis que contenham: nome completo, função, cargo e nome da instituição;

- Receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;



- Solicitar cópia de seu prontuário médico, a qualquer momento pessoalmente;

- Lembrando que apenas você e seu responsável podem solicitar este documento ou órgãos oficiais, pois trata-se de documento sigiloso e protegido por lei.

Direitos dos Usuarios dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo

- Receber informações claras, objetivas e de fácil compreensão sobre: hipóteses diagnósticas, diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas, riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas duração prevista do tratamento. No caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicado, o instrumental a ser realizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento, exames e condutas a que será submetido, a finalidade dos materiais coletados para exames, alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes no serviço de atendimento ou em outro serviço, e o que julgar necessário;





- Consentir e recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, com a adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

- Receber receitas: com nome genérico das substâncias prescritas, datilografadas ou em caligrafia legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas com nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão e com a assinatura do profissional;

Direitos dos Usuarios dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo

- Receber atestado apenas durante o seu tempo de permanência na unidade, este documento será emitido de acordo com a prescrição do médico.

- Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;



- Ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento: todas as medicações com suas dosagens utilizadas e registro de quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

- Ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas: a sua integridade física, a privacidade, a individualidade, o respeito aos seus valores éticos e culturais, e confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e a segurança do procedimento;

- Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar;

Direitos dos Usuarios dos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo

- Ter um local digno e adequado para atendimento;



- Receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa;

- Ser prévia e expressamente informado, quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

- Receber anestesia em todas as situações que ocorrer indicação médica;



Recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida, e

- Optar pelo local de morte.

HumanizaSUS

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

O HumanizaSUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Humanização na Unidade de Emergência

A Unidade de Emergência, de acordo com princípios do HumanizaSus, tem se preocupado em prestar um atendimento cada vez mais humanizado, respeitando o paciente na sua totalidade considerando seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Neste sentido, dispõe dos seguintes serviços:

- Acolhimento e acompanhamento dos pacientes e seus familiares, por toda a equipe multidisciplinar;
- Atendimento do Serviço Social diuturnamente para acolher famílias com demandas psicossociais;
- Atendimento aos familiares em situação de óbito;

- Apresentações eventuais de música, teatro e dança nas áreas assistenciais; quando assim dor aceitável;
- Encaminhamento a Grupos de Apoio e Orientação a Familiares com a participação da equipe multidisciplinar; quando solicitado;
- Capela Ecumênica - local para reflexão individual e/ou preces;

Comunicação

- Não são fornecidas informações médicas por telefone, portanto quando precisar falar com o médico, solicite agenda junto a equipe de enfermagem.
- Somos uma Organização Social fazendo a Gestão desta Unidade de Saúde, se gostaria de nos conhecer um pouco melhor solicite a recepção nosso portfólio que está a sua disposição.

- ***Caso não compreenda alguma orientação contida neste manual, você deve procurar o responsável da unidade em que está sendo atendido para maiores esclarecimentos.***

" O exercício dos direitos não cura, mas pode aliviar".

Maria Cecília Volpe

Mapa de Localização



Endereço: Rua Major José dos Santos Moreira, 595 - Vila Rica, Pindamonhangaba - SP, 12410-050.

Aberto: 24 horas

Telefone:(12) 3550-0600

FENIX DO BRASIL SAÚDE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE POLITICAS PUBLICAS DE SAÚDE

CNPJ: 64.029.101/0001-78

SITE: fenixbrasilsaude.org.br

Tel.: (11) 2092-6787/3360-1736

E-mail: fenixbrasilsaude@outlook.com

26.2. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Apresentação

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários da Unidade de Pronto Socorro, tem por objetivo avaliar a percepção de satisfação dos usuários sob gestão da FENIX com vistas ao aprimoramento da qualidade do atendimento, buscando estabelecer um canal direto de comunicação com o usuário SUS, por meio do qual é possível obter informações úteis para conhecimento da qualidade dos serviços de saúde do sistema, auxiliar no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde, na capacidade de tomada de decisões dos gerentes e gestores públicos e, assim, melhorar as características do atendimento prestado pelo setor público de saúde aos cidadãos.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários terá um caráter qualitativo, em que será realizada por meio entrevista pessoal de uma amostragem aleatória de pacientes atendidos nas Unidades de Pronto Socorro Municipal, como também, disponibilizada para ser preenchida pelo usuário, de forma espontânea, nas Urnas existentes na Unidade.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), satisfação do usuário é a “condição que se percebe nos pacientes, no âmbito da saúde, consubstanciada em um contentamento advindo da realização de suas expectativas em relação à atenção sanitária recebida.” De um modo geral, embora não haja um referencial teórico estável e consensual sobre esse conceito (ESPERIDIÃO & TRAD, 2006), a satisfação dos usuários é considerada um aspecto central para a avaliação de serviços e sistemas de saúde.

Problematização

Mas será que uma avaliação subjetiva dos serviços de saúde prestados fornece informações relevantes para auxiliar no aperfeiçoamento da gestão pública da saúde.

E como se pode utilizar esta avaliação como ferramenta de gestão?

Com o relato desta experiência pretende-se divulgar e discutir junto aos

Gestores quais as problemáticas mais encontradas na pesquisa, as quais servirão para o subsidiar a melhoria contínua da gestão em saúde.

Estratégias de elaboração

Os questionários possuem um conteúdo com poucas questões simples, pontuais e padronizadas, contemplando avaliação das instalações físicas, qualidade do atendimento recebido pelos diversos profissionais envolvidos e avaliação do tempo de espera.

Alguns critérios serão adotados na elaboração das questões e categorias de resposta:

- O questionário será resumido, porém substancial.
- As perguntas são claras para os entrevistados e relevantes para a gestão.
- Cada questão é aplicável a todos os grupos de usuários, de forma que todas as perguntas sejam respondidas por qualquer entrevistado.
- As perguntas têm conteúdo semânticos diferentes, de forma a evitar ambiguidades e duplicidades.

O questionário avalia aspectos relacionados à estrutura, atendimento e avaliação geral do hospital, que apontam questões relacionadas a cinco dimensões da prestação de serviços passíveis de avaliação por parte dos públicos alvos.

Os aspectos utilizados e dimensões relacionadas no questionário dizem respeito à avaliação das instalações e materiais usados durante a provisão do serviço: aparência física das instalações, limpeza e conservação dos equipamentos, aparência do pessoal, materiais usados, conforto dos móveis, das salas de espera, dos escritórios, etc.

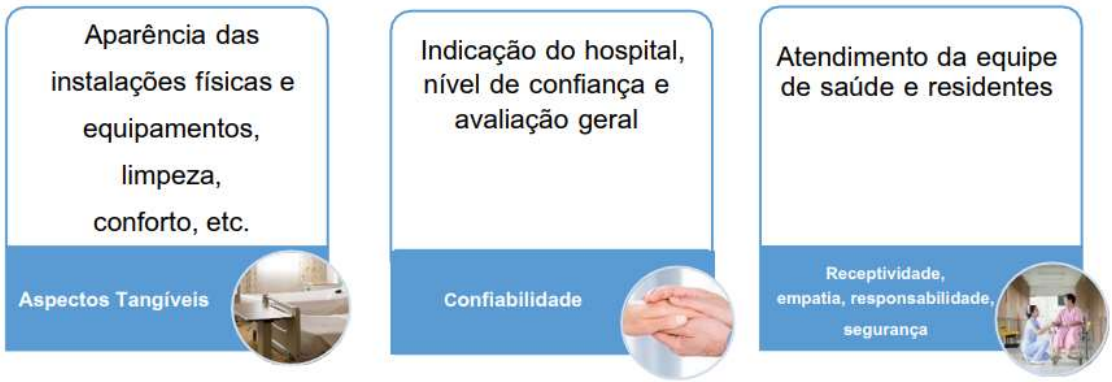
Os Aspectos tangíveis dizem respeito à avaliação das instalações e materiais usados durante a provisão do serviço: aparência física das instalações, limpeza e conservação dos equipamentos, aparência do pessoal, materiais usados, conforto dos móveis, das salas de espera, dos escritórios, etc.

A Confiabilidade refere-se à capacidade da instituição executar seus serviços de forma confiável e precisa, de acordo com o que foi estabelecido ou prometido.

A Receptividade corresponde ao interesse e vontade do atendente em auxiliar e atender os públicos alvos.

A Garantia conhecimento e cortesia dos funcionários de uma organização e sua capacidade de inspirar confiança nos públicos alvos. Essa dimensão agregou quatro das características iniciais da prestação de serviços: competência, cortesia, credibilidade e segurança.

A Empatia corresponde ao cuidado e atenção individualizados dados pelos funcionários aos públicos alvos. A empatia inclui três das características iniciais da prestação de serviços: acesso, comunicação e entendimento.



Aspectos utilizados e dimensões relacionadas no questionário da pesquisa.

Como iremos executar

Instrumento de pesquisa: questionário estruturado

A opção por um questionário estruturado se deve às vantagens que apresenta tanto sob o ponto vista de aplicação, por sua simplicidade e baixo custo, quanto na análise, pela possibilidade de padronizar as informações, facilitando o processo.

Todos os colaboradores que participarão na aplicação da pesquisa serão treinados em relação à abordagem e orientação ao usuário, garantindo aos entrevistados a cordialidade necessária, a clareza sobre o motivo da pesquisa/orientação/informação, e a transparência de todo processo.

A aplicação do questionário com relação à realização das entrevistas e a execução da Pesquisa será de responsabilidade da área técnica e pedagógica da

FENIX pelo caráter pedagógico, instrumental e estratégico;

Serão entrevistados usuários nas áreas de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatório.

Com relação ao tipo de amostra, optou-se pela amostragem por proporções, utilizada para a determinação do tamanho da amostra para populações finitas. Com relação à periodicidade, a pesquisa será aplicada em dois ciclos no ano vigente, conforme cronograma estabelecido.

As questões sobre a abordagem dos usuários, destacam-se alguns aspectos sobre a estratégia de comunicação com o usuário durante a coleta de dados, sendo uma etapa fundamental para a Pesquisa de Satisfação:

- Na abordagem inicial dos usuários, é importante explicar o que se quer fazer com a pesquisa, o seu objetivo. Além disso, ressaltar a importância da participação de cada um e das informações prestadas para a melhoria do serviço.
- Garantir o caráter confidencial das informações prestadas. É necessário explicar que as informações não serão usadas individualmente, mas apenas em seu conjunto, para estabelecer padrões gerais.
- É importante informar o tempo de entrevista (no máximo 5 minutos), inclusive como elemento de convencimento dos usuários.
- Evitar a solicitude de ajudar os entrevistados a responder o questionário. Esse tipo de comportamento pode induzir, mesmo que não intencionalmente, as respostas de seu entrevistado.
- O entrevistador não deve dar “dicas” para o entrevistado, opinar ou discutir as opiniões dos seus respondentes. Quando um entrevistado demonstra dúvida ou má compreensão, o entrevistador deve simplesmente repetir a pergunta integralmente.
- Na medida do possível, devem-se padronizar os procedimentos da entrevista, desde a seleção do entrevistado até a forma de abordar o usuário e a forma de fazer as perguntas.

Como fazemos:

1. A pesquisa deverá ser realizada de forma amostral e aleatória; incluindo pacientes dos dois sexos e Independentemente da patologia apresentada;
2. Serão exclusos menores de 18 anos;
3. E todos os pacientes entrevistados, devem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
4. Para avaliar o nível de satisfação dos pacientes será utilizado o “Questionário sobre a satisfação dos usuários”;
5. Para a coleta de dados, teremos duas maneiras de aplicação da pesquisa:

   a) A primeira, os pacientes serão abordados por um dos pesquisadores durante o horário em que os pacientes não estiverem sendo atendidos, ou seja, antes ou após o atendimento. A aplicação será realizada em dos períodos do ano, ou seja, semestralmente.

   b) e a segunda maneira, a pesquisa estará à disposição dos usuários para serem preenchidas e depositadas nas Urnas, durante a sua permanência na Unidade. Não haverá limitação de prazo para esta modalidade, ou seja, será contínua e permanente.
6. Os pacientes deverão ser orientados a fazer perguntas ao pesquisador caso necessitem de alguma orientação ou não tenham entendido alguma informação do questionário, e os pesquisadores ficaram à disposição para eventuais esclarecimentos;
7. Os pacientes devem, ainda, ser orientados a não levar o questionário para outro local, respondendo na própria Unidade de Saúde;
8. Para os trabalhadores, a pesquisa segue a mesma metodologia aplicada aos usuários.
9. Os dados serão analisados de forma qualitativa e será feita análise estatística descritiva.

Metodologia

Com relação à amostra, seguem algumas ponderações: Amostragem é o estudo de um pequeno grupo de elementos retirado de uma população que se pretende conhecer. Trata-se de uma técnica de pesquisa na qual um sistema preestabelecido de amostras é considerado idôneo para representar o universo

pesquisado, com margem de erro aceitável, trabalhando-se com 95% de confiança, isto é, se fizermos a pesquisa 100 vezes, em 95 encontraríamos o mesmo resultado. O erro aceitável foi de 5%.

Para assegurar um menor erro amostral, é muito importante que a amostra seja aleatória. Os entrevistadores deverão ser treinados para minimizar esse erro. Amostragem aleatória é uma técnica que visa a assegurar que a probabilidade de escolha de cada um seja igual à probabilidade de seleção de qualquer outro na mesma população, de modo que todos – e qualquer um dos componentes da população – tenham a mesma probabilidade de participar da pesquisa.

Cronograma – Pesquisa de Satisfação

Modalidade: Entrevistados

ETAPAS	PERÍODOS	
	1º semestre	2º semestre
Publicação do material de da Pesquisa	imediatamente	imediatamente
Treinamento dos participantes/entrevistadores	1º/2º mês	7º/8º mês
ício da Aplicação do Questionário	1º/2º mês	9º/10º mês
Término da Aplicação do Questionário	continuo	continuo
Geração de Resultados/Elaboração do Relatório	4º/5º mês	10º/11º mês
Apresentação dos Resultados aos Gestores	5º mês	11º mês
Reunião de Análise Crítica da Pesquisa	6º mes	12º mês

Cronograma – Pesquisa de Satisfação

Modalidade: O usuário solicita e preenche espontaneamente a pesquisa.

ETAPAS	PERÍODO ANUAL
Disponibilização do Material da Pesquisa	1º mês ao 12º mês do ano

Modelo de Pesquisa de Satisfação dos Usuários da Unidade de Pronto Socorro

Bom dia, Boa tarde, Boa noite.....

Sou funcionário da Unidade de Pronto Socorro Municipal, e gostaria de contar com a atenção do(a) senhor(a), por alguns segundos, para responder rapidamente algumas perguntas simples sobre a sua opinião em relação ao atendimento.

Peço, por favor, que o(a) senhor(a) sinta-se bem à vontade para dar a sua opinião sincera. A pesquisa é anônima e sua opinião vai nos ajudar muito na melhoria da PS.

Registrar o sexo do respondente: M ( ) F( )

Dar início as perguntas:

PERFIL DO USUÁRIO	
IDADE:	____anos
SEXO:	( )Masculino ( ) Feminino ( )Não se identifica com nenhum dos gêneros mencionados.
ESCOLARIDADE:	( )Analfabeto ( ) Fundamental – 1ª a 4ª série ( )Fundamental – 5ª a 8ª série ( )Médio ( )Superior Completo ( )Pós Graduação
PERFIL DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
LOCALIDADE/CIDADE:	_____
TIPO DO SERVIÇO:	Pronto Socorro/PS
PERGUNTAS SOBRE O ATENDIMENTO	
1. 1. Qual o serviço que você utilizou? Você pode assinalar mais de uma opção. ( ) Consulta médica ( ) Consulta Odontológica ( ) Consulta de Enfermagem ( ) Procedimentos – curativo, aplicação de medicamentos, outros ( ) Farmácia ( )Exames ( ) Outros _____	

2. Quanto tempo você levou se atendido pelo médico?

( )Muito rápido/Rápido ( )Nem rápido, nem demorado

( )Demorado/Muito demorado ( ) Não sei responder

Com esse tempo de atendimento, você se sente:

( ) Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito

3. Quanto tempo você levou para receber todo o atendimento? Recepção, medico, exames..etc...

( )Muito rápido/Rápido ( )Nem rápido, nem demorado

( )Demorado/Muito demorado ( )Não sei responder

Com o tempo que levou para o atendimento, você se sente:

( ) Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito

4. O Atendimento que você recebeu do médico foi:

( )Ótimo ( )Bom ( ) Regular ( ) Ruim/Péssimo ( ) Não sei responder

Caso tenha respondido Regular ou Ruim/Péssimo, favor especificar o motivo:_____

4. A equipe do Pronto Socorro demonstrou:

Educação: ( )Sim ( )Não **Respeito**: ( )Sim ( )Não **Interesse**: ( )Sim ( )Não

5. Você sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

( ) Sim ( ) Não ( )Mais ou menos

6. **Havia disponível para você algum material informativo (folhetos, cartazes, folders, etc. com assuntos relacionados à saúde?**

( ) Sim ( ) Não ( )Não percebi/Não sei responder

7. O estabelecimento é bem sinalizado ou recebeu orientações para você encontrar o local onde precisa ir?

( ) Sim ( ) Não ( )Não percebi/Não sei responder

8. Qual a sua avaliação sobre as condições de limpeza do estabelecimento?

( )Ótimo ( )Bom ( ) Regular ( ) Ruim/Péssimo ( ) Não sei responder

9. Qual a sua avaliação sobre as salas/consultórios onde você foi atendido?

( )Ótimo ( )Bom ( ) Regular ( ) Ruim/Péssimo ( ) Não sei responder

10. Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde?

( ) Sim ( ) Não

11. Como você avalia o atendimento dos seguintes profissionais de saúde:

Marque sua opção para cada profissional:

	Ótimo / Bom	Regular	Ruim / Péssimo	Não sei avaliar	Não fui atendido(a) por nenhum desses profissionais
Recepcionista					
Médico(a)					
Enfermeiro(a)					
Dentista					
Farmacêutico					
Técnico de Enfermagem					
Controlador de acesso					
Assistente Social					

Caso tenha respondido regular ou ruim / péssimo para um ou mais profissionais, favor especificar o motivo:-
_____

12. Você sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?

( ) Sim ( ) Não

13. Você pagou por algum atendimento recebido neste estabelecimento?

( ) Sim ( ) Não

14. Quando não é bem atendido você sabe onde reclamar?

( ) Sim ( ) Não

15. De um modo geral, você considera que este estabelecimento é:

( ) Melhor que imaginava ( ) Igual ao que imaginava
( )Pior que imaginava ( ) Não imaginava

27. NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

Procedimentos e critérios para seleção de temas, periodicidade e resultados esperados e detalhamento do plano proposto.

A **Educação Permanente em Saúde** (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade.

Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal.

Proposta de Educação em Saúde

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde.

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no Sistema Única de Saúde (SUS), decorreu do desafio para que o setor da saúde correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora

e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS.

Uma instituição se faz de pessoas, de coletivos, e ambos fazem a instituição. Todos e cada um dos profissionais de saúde trabalhando no SUS, na atenção e na gestão do sistema, têm ideias, conceitos e concepções acerca da saúde e da produção; do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada profissional e que cada unidade deve cumprir na organização das práticas de saúde. É a partir dessas concepções que cada profissional se integra às equipes em cada ponto do sistema. Desta forma, para a FENIX*,* o profissional é, sobretudo, nosso colaborador - um parceiro fundamental para o sucesso de nosso projeto de qualificação.

Com efeito, as equipes multiprofissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal ativo e a chave estratégica para o sucesso da saúde pública.

A Portaria GM/MS N°N° 1996/07 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS. Estas ações compõem o Pacto de Gestão, eixo contemplado no Pacto pela Saúde, afirmando as ações de educação na saúde na agenda da gestão do SUS. Esta é uma preocupação do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria nº198/04GM/MS, utilizando como estratégia do Sistema Único de Saúde a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

A garantia da qualidade dos serviços prestados se dá através de programas de capacitação bem organizados com monitoração e avaliação dos resultados dos cuidados, com declínio de riscos através da padronização do processo e equipes adequadamente treinadas. Na área da saúde, especificamente na enfermagem, a busca por um processo educativo contínuo in loco tem sido uma constante, no sentido de garantir uma assistência de qualidade à população, promovendo e melhorando as competências técnico-científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos

colaboradores.

O Programa de Educação Permanente, principalmente na área de Saúde é uma proposta político-pedagógica que coloca, o cotidiano do trabalho ou da formação em constante análise, sendo capaz de identificar prontamente as demandas de conhecimento necessárias para uma otimização do atendimento ao paciente. O objeto de transformação é o sujeito no processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem o SUS da atenção integral à saúde. Não bastam novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas, senão para a mudança, transformação ou crescimento.

A escolha pela Educação Permanente em Saúde é a escolha por novas maneiras de realizar atividades, com maior resolutividade, maior aceitação e maior compartilhamento entre os coletivos de trabalho, querendo a implicação profunda com os usuários dos sistemas de saúde, com os coletivos de formulação e implementação do trabalho. Assim, consolida-se a Educação Permanente como o elo entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades de trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das Organizações de Saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais de saúde, permite a reflexão e análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos.

Portanto, a lógica da Educação Permanente em Saúde é descentralizadora, ascendente e tanto interdisciplinar quanto multidisciplinar, visando promover a democratização institucional, incentivar a capacidade de aprendizagem e o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde.

A partir dessa concepção, a Política de Educação Permanente em Saúde está voltada para a discutição da Política do NEP a luz do Pacto pela Saúde, identificando e qualificando as demandas de Educação na Saúde; realizando ações educativas que atendam as demandas definidas a partir de uma lista de necessidades apontadas, levando-se em conta o perfil da unidade, as demandas apresentadas pelas equipes e o perfil epidemiológico dos usuários.

A política tem como cerne a aproximação serviço-ensino buscando assegurar a qualificação dos profissionais proporcionando programas de formação e desenvolvimento contínuo de competências das equipes de saúde, levando-se em consideração: melhoria permanente dos serviços previstos na Carteira de Serviços; a formulação e adequação periódica das boas práticas; à racionalização e a efetividade do funcionamento da própria unidade; a cooperação e a partilha de conhecimentos, práticas e soluções.

Ciente destes conceitos e da importância que a Educação Permanente representa dentro das Instituições de Saúde, a FENIX, implementará o Núcleo de Educação Permanente, que desenvolve ações em duas vertentes principais: Educação Continuada a distância (EAD) e Presencial.

A proposta se fundamenta pela dificuldade em mobilizar uma grande quantidade de colaboradores para um curso presencial, levando em consideração o contingente total de funcionários trabalhando nas Unidade e, a dificuldade de conciliar os horários, devido ao regime de trabalho de escalas de plantão.

Termo de Referência para Educação Permanente
Conceito e funções

- A Educação Permanente em Saúde tem por função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de Educação Permanente em Saúde.
- Será implantada permitindo a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

– Se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

– Entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem.

– Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

– Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Nesse sentido, a Educação Permanente se constituirá em estratégia para desenvolver os serviços de saúde, pois implica em constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, que repercutem no interior das relações e processos desde o microcosmo da equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde.

A Educação Permanente em Saúde desenvolverá suas atividades nos diferentes eixos:

Educação em Serviço, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam nos setores, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação interna e externa.

Educação em Saúde para pacientes e acompanhantes, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população.

Integração ensino-serviço, a qual tem por objetivo integrar os profissionais de saúde (área médica, assistencial e administrativa), docentes e acadêmicos visando constituir um trabalho em equipe por meio de ações interativas, com vistas à inserção destes sujeitos em programas institucionais conforme as necessidades do serviço e do ensino, e por meio de visitas institucionais de profissionais de saúde e estudantes

da área da saúde. Também, envolve projetos de extensão para a Rede Pública de Saúde que se desenvolvem acerca das políticas do SUS em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa;

Apoio à produção científica o qual se desenvolve em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa.

Apresentaremos o regimento interno para o Núcleo de Educação Permanente que será implantado:

Regimento Interno
Capítulo I
Das Disposições Preliminares

Art. 1º: O Núcleo de Educação Permanente - NEP encontra-se estruturado conforme determinação da Portaria n. º 1081 (mil e oitenta e um) de vinte e quatro de abril de dois mil e dezessete da Superintendência e atende à orientação da Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde.

Capítulo II
Da composição, mandato e funcionamento

Art. 1º: O Núcleo de Educação Permanente terá composição multiprofissional, contando com 05(cinco) componentes, sendo um coordenador, um vice coordenador e 03 (três) membros, nomeados pela FENIX, com o consentimento da Gestão Municipal e local. três representantes da Gerência de Atenção à Saúde, sendo dois titulares e um suplente;

Art. 2º: O coordenador e vice coordenador do NEP serão eleitos entre os membros titulares.

Art. 3º: Os membros do NEP que representam os seguimentos, terão mandato de 2 (dois) anos, a contar da publicação de portaria em Boletim de Serviço, podendo ser prorrogado por igual período.

§1º Se necessária, a substituição de membros dar-se-á por portaria do Superintendente para o tempo que restar do mandato.
§2º O NEP contará com apoio de um secretário indicado pela Unidade de Apoio Corporativo.

§3º A ausência de um membro do NEP a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará na perda do mandato.

Art. 4: O NEP reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, quando convocada pelo coordenador ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§1º O NEP reunir-se-á e apreciará os assuntos em pauta com a presença da maioria simples dos seus membros.

§2º As decisões tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas à reunião do NEP para apreciação, na primeira sessão seguinte.

§3º As sugestões do NEP serão sempre encaminhadas ao Colegiado Executivo para apreciação.

Art. 5º: A pauta será organizada com os expedientes apresentados para discussão e será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas.

Art. 6º: Após o encerramento das discussões e levantamento de sugestões, essas serão lavrados em ata.

Art. 7º: Serão admitidos, desde que acordado previamente, participantes convidados nas reuniões, professores, estagiários, residentes ou servidores, dentre outros, que possam enriquecer as discussões.

Capítulo III
Das atribuições

Art. 8º: São atribuições do coordenador do NEP, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Presidir suas reuniões;

II. Representar o NEP em suas relações internas e externas;

III. Encaminhar ao NEP assuntos que envolvam desenvolvimento e capacitação de pessoal;

IV. Receber e protocolar expedientes que envolvam as ações de capacitação e o Plano de Desenvolvimento de Competências – PDC;

V. Encaminhar, quando necessário, à DivGP, às Gerências e ao Colegiado Executivo, os expedientes recebidos e as sugestões apresentadas pelo NEP;

VI. participar e promover discussões relativas às atribuições do NEP;

VII. Indicar membros pertencentes ou não ao NEP para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução de sua finalidade.

Art. 9: Caberá aos membros do NEP:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas;

II - Comparecer às reuniões e participar das discussões, apresentando sugestões;

III - Executar tarefas acordadas previamente;

IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes às suas atribuições.

Art. 10: Caberá ao secretário do NEP:

I. Organizar a pauta;

II. Receber e protocolar os expedientes;

III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos expedientes que devam ser examinados nas reuniões do NEP;

IV. Lavrar e assinar as atas de reuniões do NEP;

V. Providenciar a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões.

Capítulo IV
Das competências

Art. 11: Compete ao NEP:

I. Identificar, semestralmente, nos setores/unidades as demandas de formação/qualificação dos profissionais de saúde na instituição, e apresentá-las para discussão e inclusão no Plano de Desenvolvimento de Competências anual;

II. Propor ações de educação permanente no contexto da gestão do cuidado, a serem incluídas no PDC e desenvolvidas;

III. Apreciar as propostas de ações de capacitação do Plano de Desenvolvimento de Competências, aprovando o calendário de eventos;

IV. Analisar as solicitações emergenciais de capacitação a serem incluídas no PDC, solicitadas pelos setores/divisões/unidades;

V. Acompanhar e contribuir com as ações de capacitações promovidas, avaliando sua eficácia e efetividade;

VI. Incentivar o cumprimento das metas estabelecidas pelos colaboradores no “Crescer com Competência”, relacionadas à participação em capacitações;

VII. Articular e sistematizar dados relativos ao desenvolvimento profissional dos colaboradores, colocando-os à disposição das gerências;

VIII. Articular parcerias com a sociedade civil organizada, escolas do governo, entidades privadas, instituições de ensino e/ou empresas de prestação de serviços de desenvolvimento de pessoal, fornecedores de equipamentos, docentes servidores públicos ou pessoa física contratada para ministrar cursos/palestras, observada a legislação vigente.

Capítulo V
Disposições Gerais

Art. 13: Todos os documentos pertinentes ao Núcleo serão arquivados junto a Unidade de Apoio Corporativo.

Art. 12: Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado Executivo.

CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE			
DATA	**TEMA**	**OBJETIVO**	**PÚBLICO ALVO**
1º Mês	Classificação de risco (protocolo de Manchester); Acolhimento; Limpeza e desinfecção; Saúde e segurança do trabalhador;	Aprimorar a classificação de risco através do protocolo de Manchester; Instituir como marca normativa o acolhimento em saúde para os diversos níveis de atenção; Subsidiar a equipe da limpeza quanto aos métodos e tipos de higienização hospitalar; Métodos para prevenção de acidentes relacionada à assistência de saúde;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem; Auxiliares administrativos; Auxiliares de limpeza; recepção e portaria.
2º Mês	Protocolos assistenciais de emergência; Preparo e administração de medicamentos por diversas vias; Ética no atendimento; Anotação de enfermagem; Segurança do paciente;	Apresentação dos protocolos assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde para o atendimento de Urgência e Emergência; Padronizar o atendimento relacionado a terapia medicamentosa, considerando a vigilância farmacêutica e segurança do paciente;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem; e demais áreas.
2º Mês	Gestão e liderança; Dimensionamento de pessoal Resolução de conflitos Planejamento estratégico;	Subsidiar os gestores de equipes para uma abordagem segura e acertiva; Legislações pertinentes relacionadas ao dimensionamento de pessoal e elaboração de escalas de trabalho Estabelecer medidas para a resolução de conflitos Difundir a missão, visão e valores empresarial focando no planejamento estratégico	Supervisores e gestores de equipes
3º Mês	Limpeza concorrente e limpeza	Estabelecer de forma prática as rotinas para limpeza	Auxiliares

	terminal; Fluxo de limpeza; Conceito de Urgência e Emergência; Prioridade de atendimento;	terminal e concorrente; Aplicar o fluxo para limpeza da unidade entre as diferentes áreas; Conceituar urgência e emergência dentro das prioridades de atendimento	administrativos; Auxiliares de limpeza; recepção e portaria
3º Mês	Atendimento a vítima de PCR, suporte básico e avançado de vida; Materiais e equipamentos utilizados em Urgência e Emergência; Utilização do desfibrilador;	Subsidiar a equipe para o atendimento de uma Parada Cardiorrespiratória conforme os protocolos da American Heart Association; Demonstrar o correto manuseio e cuidados com os materiais e equipamentos de Urgência e Emergência;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais áreas
4º Mês	Crise convulsiva: conceito, tipos e atendimento de urgência;	Descrever os protocolos referentes ao atendimento de urgência e emergência na crise convulsiva; Atribuição multiprofissional para o atendimento;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais áreas
5º Mês	Ética no serviço de saúde;	Estabelecer os padrões éticos definidos dentro das instituições de saúde, prezando pela humanização e respeito pelo usuário;	Auxiliares administrativos; Auxiliares de limpeza; recepção e portaria
5º Mês	Anafilaxia: identificação precoce e atendimento de urgência;	Apresentar as possíveis causas de anafilaxia e o atendimento de emergência preconizado para esses casos;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais areas
6º Mês	Arritmias: casos mais frequentes na Urgência e Emergência; Correto manuseio do eletrocardiograma;	Apresentar os tipos de arritmias, os cuidados relacionados em cada caso e o correto manuseio do eletrocardiograma;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais áreas
6º Mês	Limpeza em diferentes áreas com presença de material biológico; Atendimento humanizado;	Explanar sobre as diferentes formas de exposição biológica e a correta desinfecção dos ambientes expostos aos materiais biológicos; Conceituar atendimento humanizado conforme o estabelecido pelo Ministério da Saúde;	Auxiliares administrativos; Auxiliares de limpeza; recepção e portaria

7º Mês	Trabalho em equipe; Relacionamento interpessoal; Comunicação e produtividade;	Conceituar e caracterizar trabalho em equipe e relacionamento interpessoal; Estabelecer condições para uma comunicação efetiva e produtividade da equipe;	Supervisores e gestores de equipes
7º Mês	Atendimento ao paciente em surto psiquiátrico; Tipos de contenção e critérios de utilização;	Estabelecer critérios de atendimento aos pacientes em surto psiquiátrico; Expor as questões éticas envolvidas com a contenção, garantindo a segurança do paciente;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais areas
8º Mês	Acidente vascular encefálico; Inconsciência; Avaliação neurológica; Avaliação das pupilas;	Avaliação e atendimento do paciente com alteração neurológica; aplicação das diferentes escalas de avaliação neurológica e estado de consciência e condição das pupilas relacionadas às possíveis alterações	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais areas
8º Mês	Conceito de ambiente limpo e contaminado; Material estéril, limpo e contaminado; Apresentação pessoal;	Apresentar os diferentes tipos de ambientes de uma unidade de saúde e suas características relacionadas aos agentes infecciosos; Diferentes tipos de materiais e cuidados no seu manuseio; Explanar sobre a apresentação pessoal dentro do ambiente de saúde;	Auxiliares administrativos; Auxiliares de limpeza; recepção e portaria
9º Mês	Atendimento no trabalho de parto; Cuidados com o recém-nascido;	Critérios de atendimento a gestante em trabalho de parto, cuidados durante o parto e com o recém-nascido.	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais áreas
10º Mês	Atendimento nos diferentes tipos de choque; Hemorragia digestiva alta e baixa; Drogas vasoativas;	Apresentar os diferentes tipos de choque, seus cuidados e métodos de controle; Tratamento e cuidados para hemorragia digestiva alta e baixa; Cuidados no uso das drogas vasoativas;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem
10º Mês	Tipos de resíduos: cuidados e descarte; Fluxo de atendimento / controle de acesso;	Expor os tipos de resíduos e os cuidados na condução, descarte e acondicionamento no abrigo; Apresentar os diferentes fluxos de atendimentos e a importância do controle de acesso dos usuários confirme legislação local.	Auxiliares administrativos; Auxiliares de limpeza; recepção e portaria,

28. SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL QUANTO AO DESCARTE DE

11º Mês	Manejo das vias aéreas; Sequência rápida de intubação; Oxigenoterapia; Obstrução das vias aéreas por corpo estranho – OVACE;	Apresentar os diferentes equipamentos e os protocolos envolvidos no manejo das vias aéreas; Atendimento nos casos de obstrução das vias aéreas e utilização da oxigenoterapia;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais áreas
12º Mês	Motivação; Desempenho profissional;	Estabelecer condições para manter um clima motivacional nas equipes; Instrumentalizar a avaliação constante dos profissionais	Supervisores e gestores de equipes
12º Mês	Atendimento a vítima de trauma; Queimadura;	Apresentar os protocolos relacionados ao atendimento a vítima de trauma e queimadura, priorizando a estabilização do paciente e prevenção de lesões;	Enfermeiros; Técnicos e auxiliares em enfermagem e demais áreas

RESÍDUOS

28.1. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. OBJETIVO
3. APLICAÇÃO E ABRANGÊNCIA
4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA E COMPLEMENTARES
5. DEFINIÇÕES E SIGLAS
6. PORTE DO EMPREENDIMENTO
7. AUTORIDADE E RESPONSABILIDADES
8. DESCRIÇÃO DO PGRSS
8.1 CONSIDERAÇÕES DE MEIO AMBIENTE, SAÚDE E SEGURANÇA
8.2 RESPONSABILIDADE LEGAL
8.3. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

8.4. DIRETRIZES

8.5. PROCEDIMENTOS

8.5.1. PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

8.6. GERAÇÃO, SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E IDENTIFICAÇÃO

8.7. COLETA, TRANSPORTE, ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

8.8. MONITORAMENTO

8.9 CONDUTAS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES

8.10 - CONDUTAS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E ACIDENTES

Caracterização da Atividade

Razão Social:	FENIX DO BRASIL
CNPJ/MF:	
Endereço Sede:	
Endereço da Filial	
Posto de Trabalho	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA
CNPJ	
Endereço do Posto de Trabalho:	
CNAE	86.60-7-0
Descrição da Atividade:	ATIVIDADES DE APOIO À GESTÃO DE SAÚDE (primário)
Grau de Risco	03

Caracterização do Empreendimento

Telefone **Responsável pela Empresa**	
Contato	

Área Construída

Atividade Desenvolvida: Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências;

Especialidades: ATIVIDADES DE APOIO À GESTÃO DE SAÚDE (Unidade de Pronto Socorro Municipal - 24h). Ações Complementares de Urgência/Emergência da Unidade de Pronto Socorro, visando atender as consultas médicas em caráter de urgência /emergência todos os dias da semana, inclusive sábado, domingo e feriado.

Número de Leitos:

Estimativa do número de Pacientes atendidos: 10.000 a 17.000

Porte: Porte III

Classificação: Pequeno Gerador

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

FUNÇÃO	QUANTIDADE

Número total de funcionários: ..... colaboradores

Controle de Emissão

Edição	Revisão	Descrição	Data
01	**00**	EMISSÃO INICIAL PGRSS	..../..../.....
01	**01**	REVISÃO DO DOCUMENTO INICIAL COM A INCLUSÃO DA NOTA TECNICA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – ATUALIZADA EM 27/10/2020	...../...../.....

Apresentação

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) gerados e manipulados de forma inadequada no ambiente podem contribuir para as poluições biológicas, físicas e químicas do solo, da água e do ar, submetendo as pessoas às variadas formas de exposição ambiental. O gerenciamento inadequado dos RSS dos estabelecimentos de saúde tem gerado um aumento do número de colaboradores acometidos por acidentes de trabalho, além de contribuir para o aumento das incidências de doenças infecciosas.

Objetivo

Estabelecer os procedimentos de gestão para o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) gerados pelas atividades oriundas da operacionalização do atendimento de Urgência e Emergência – PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA, sendo planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, em conformidade com os requisitos legais aplicáveis e vigentes, objetivando minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores e à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio

ambiente. E por fim, considerando os princípios de biossegurança se propõe ao correto gerenciamento de todos os RSS gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

Aplicação e Abrangência

Aplica-se às atividades relacionadas ao atendimento de Urgência e Emergência no PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA.

Documentos de Referência e Complementares

- Lei nº 12.305/10 - Política Nacional de Resíduos Sólidos.
- I

SO 9001; ISO 14001; OHSAS 18001

- Portaria MTE nº 939/2008 - Aprova a Substituição dos Materiais Perfurocortantes por outros com Dispositivo de Segurança. - Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Gerenciamento de Resíduos de Saúde.
- Resolução CONAMA nº358/2005 - Dispõe sobre o Tratamento e a Disposição Final dos Resíduos de Serviços de Saúde.
- Resolução n°222/2018 -Anvisa
- Portaria do MTE nº 3214/78 - Aprova as Normas Regulamentoras
- Norma Regulamentadora NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde; NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e NR.9 – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais
- Lei nº 6514/77 - Altera o Capítulo V do Título II da consolidação das Leis do Trabalho (CLT), relativo à Segurança e Medicina do Trabalho
- Convenção nº 161/OIT - Serviços de Saúde no Trabalho, ratificada pelo Governo Brasileiro em1990.
- Resolução nº 171/OIT -Programa de Vigilância do Ambiente de Trabalho e à Saúde dos Trabalhadores

- ABNT NBR7503 -Transporte Terrestre de Produtos Perigosos - Ficha de Emergência e Envelope - Características, Dimensões e Preenchimento.

- ABNT NBR 9190 - Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo – Classificação.
- ABNT NBR 9191 - Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo – Especificação.
- ABNT NBR 10004 - Resíduos Sólidos
- ABNT NBR 12235 – Armazenamento de Resíduos Sólidos Perigosos.
- ABNT NBR 12807 - Resíduos de Serviços de Saúde – Terminologia.
- ABNT NBR 12808 - Resíduos de Serviços de Saúde – Classificação.
- ABNT NBR 12809 - Manuseio de Resíduos de Serviços de Saúde – Procedimento.
- ABNT NBR 12810 - Coleta de Resíduos de Serviços de Saúde - Procedimento
- ABNT NBR 13853 – Coletores para Resíduos de Serviços de Saúde Perfurocortantes e Cortantes.
- ABNT NBR14652 - Coletor-transportador Rodoviário de Resíduos de Serviços de Saúde - Requisitos de Construção e Inspeção - Resíduos do Grupo A.
- POLIÍTICA ESTADUAL DE RESÍDUOS SÓLIDOS – ESTADO DO ESTADO DE SÃO PAULO
- NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020, atualizada em 27/10/2020.

Definições e Siglas

- MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
- CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- NBR – Norma Brasileira
- NR – Norma Regulamentadora.

- PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde. Documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos.
- RESÍDUOS - Tudo aquilo não aproveitado nas atividades humanas, proveniente das indústrias, comércios e residências e serviços de saúde.
- RSS – Resíduos de Serviços de Saúde são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços relacionados com o atendimento à saúde humana, que por suas características necessitam de processos diferenciados em seu manejo exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.
- PNRS - Política Nacional de Resíduos Sólidos
- MTR - Manifesto de Transporte de Resíduo
- RESÍDUO COMUM – Resíduo do Serviço de Saúde oriundo de atividades administrativas.
- RESÍDUO INFECTANTE – Fontes de contaminação capazes de causar doenças e comprometer a saúde, o meio ambiente e a saúde pública.
- RESÍDUO PERFUROCORTANTE – São objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar.
- RESÍDUOS DE MEDICAMENTOS – São sobras de medicamentos vencidos ou sem condições de uso, também, são considerados resíduos deste tipo, os recipientes vazios (embalagens primárias a que entra em contato com o medicamento)
- CENTRAL DE RESÍDUOS – Locais onde todos os tipos de resíduos encontram uma destinação temporária ou final, ambientalmente adequada.
- GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – Constitui em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases cientificas e técnicas, normativas e legais, com objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

- MANEJO – Entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final.
- SEGREGAÇÃO – Operação de separação e triagem dos resíduos no momento e local da geração, de acordo com as suas características físicas, químicas e biológicas, a sua classificação, o seu estado físico e os riscos envolvidos, facilitando o acondicionamento, o tratamento e a Disposição.
- ACONDICIONAMENTO – Consiste no ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.
- IDENTIFICAÇÃO – Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.
- COLETA E TRANSPORTE DOS RSS – Consiste na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final.
- SALA DE RESÍDUOS (ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO) – Local destinado ao armazenamento temporário dos RSS.
- DESTINO 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.
- TRANSPORTE INTERNO – Operação de movimentação ou transferência dos RSS dos pontos de geração até a sala de resíduos.
- TRANSPORTE EXTERNO – Operação de movimentação ou transferência dos RSS
- da sala de resíduos até a unidade de tratamento ou disposição final.
- DISPOSIÇÃO FINAL – Destinação definitiva dos resíduos, de forma adequada, em conformidade com a legislação vigente.
- HIGIENIZAÇÃO – É o ato ou efeito de higienizar, tornar higiênico ou limpo um ambiente, local ou superfície.
- POP – Procedimento Operacional Padrão
- EPI – Equipamento de Proteção Individual

- EPC – Equipamento de Proteção Coletiva.
- FISPQ - Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos

Porte do Empreendimento

Para efeito de orientação, o IESP se enquadra na classificação de “pequeno gerador” com geração de até 60 quilogramas de resíduos de serviço de saúde por dia e não geram resíduos quimioterápicos e radioativos.

Autoridade e Responsabilidades

ATIVIDADES	AUTORIDADE	RESPONSABILIDADE

Descrição Do PGRSS

Considerações do Meio Ambiente e de Saúde e Segurança

Consultar as legislações vigentes aplicáveis: ABNT.NBR, Portarias, Resoluções, Normas Regulamentadoras, Lei Municipal e outros subscritos.

Responsabilidade Legal

Responsabilidade Técnica

Esse PGRSS será encaminhado para a Vigilância e Fiscalização Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba, anualmente, por ocasião da renovação do Certificado de Inspeção Sanitária e/ou quando solicitado pelos órgãos normativos e competentes.

Diretrizes

A gestão de resíduos de saúde será realizada sob as seguintes premissas:

a. Priorização do princípio da não geração de resíduos;
b. Incentivo à minimização da geração de resíduos;
c. Previsão da minimização de resíduos nos novos projetos e atividades, além da substituição de produtos ou insumos de processo por outros que gerem resíduos de menor periculosidade;
d. Encaminhamento seguro dos resíduos gerados de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da Saúde Pública, à proteção e melhoria da qualidade do meio ambiente;
e. Adoção das melhores tecnologias de tratamento de resíduos, técnica e economicamente viáveis, de forma a prevenir danos ao meio ambiente e à saúde humana e obrigações e responsabilidades futuras;
f. Realização do gerenciamento dos resíduos segundo o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) estabelecido neste documento.

Procedimentos

A geração e segregação na fonte dos RSS são realizados pelos colaboradores da Vértice alocados na DR PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA.

Os resíduos gerados conforme a Resolução RDC 222/18 da ANVISA, são

compostos pelos seguintes grupos: A, B, C e D.

O profissional responsável pelos serviços de limpeza apresenta evidências de comprovação de capacitação e treinamento específico para manipulação de resíduos.

A capacitação aborda a importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual (EPI) específicos para cada atividade e a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação, assim como os procedimentos adequados de segregação, sinalização, acondicionamento, transporte, armazenamento, tratamento e destinação final dos RSS.

É vedado ao profissional responsável pelo serviço de limpeza o recolhimento de perfurocortantes de locais inadequados, como por exemplo, pisos e bancadas e o fechamento das respectivas caixas coletoras. De acordo com a NR.32, devem ser responsabilizados pelo descarte de perfurocortantes somente os trabalhadores que os utilizarem. O fechamento das caixas coletoras é de responsabilidade de quem manipula e descarta os perfurocortantes.

Todos os profissionais que trabalham no PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA, mesmo os que atuam temporariamente ou não estejam diretamente envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, devem conhecer o sistema adotado para o PGRSS.

Procedimentos Operacionais Padrão

Responsável: Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

- Separar e preparar os materiais e medicamentos conforme especificações e procedimentos médicos visando o atendimento ao paciente.
- Desprezar no lixo hospitalar de todo material utilizado no atendimento ao paciente, bem como as luvas e máscaras utilizadas no processo.
- Utilizar os equipamentos de segurança durante todo processo de atendimento na PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA. (luvas, máscara, sapato fechado e outros).

Descrição:

Procedimento Operacional Padrão – POP - Atendimento no Pronto Socorro

A sistemática voltada ao atendimento segue as regras descritas:

- Cabe ao profissional de saúde, quando do atendimento ao paciente, fazer uso dos equipamentos de segurança (luvas, gorro, máscara, sapato fechado e jaleco)
- Desprezar no lixo infectante todo material utilizado no atendimento ao paciente (luvas, gazes, algodão e outros).
- Desprezar os materiais perfurocortantes utilizados no atendimento (agulha, scalps, etc.) no descarpack (caixa de papelão rígido para desprezar perfurocortantes).

- Separar e preparar os medicamentos conforme especificações e procedimentos médicos visando o controle dos medicamentos a serem utilizados no processo
- Controlar e encaminhar para descarte, as sobras dos medicamentos utilizados no processo, bem como medicamentos vencidos.
- Utilizar os equipamentos de segurança durante o processo de atendimento na DR PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA (luvas, máscara, sapato fechado e outros).

Descrição:

Procedimento Operacional Padrão – POP - Serviços de Farmácia no PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

A sistemática voltada ao atendimento segue as regras descritas:

Cabe ao profissional de Farmácia em áreas de saúde, quando do atendimento ao paciente e/ou outro colaborador, fazer uso dos equipamentos de segurança (luvas, máscara, sapato fechado)

Acondicionar os resíduos (sobras de medicamentos e medicamentos vencidos) em caixas plásticas branca, transparente, devidamente fechada, devidamente identificada. O limite de guarda deste resíduo é de 2/3 da caixa

devidamente lacrada. Alcançando este limite, este resíduo deve ser encaminhado para descarte seguindo procedimentos em conjunto com a Vigilância Sanitária.

Geração, Segregação, Acondicionamento e Identificação

Grupo A – Resíduos com Risco Biológico

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentam risco potencial à saúde e ao meio ambiente.

O gerenciamento dos resíduos biológicos requer um conjunto de procedimentos que devem ser cuidadosamente planejados e implementados. Dessa forma, é possível prevenir a propagação de doenças, minimizar os impactos ambientais e também permanecer em conformidade com os regulamentos e as leis aplicáveis. Após o tratamento, os resíduos devem ser acondicionados em sacos brancos leitoso, constituídos de material resistente à ruptura e vazamento, impermeável, conforme especificação da ABNT NBR 9191, contendo o símbolo universal de risco biológico de tamanho compatível com a quantidade, respeitando os limites de peso de cada saco.

Resíduo odontológico

É proibido esvaziar ou reaproveitar os sacos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas. A deposição em aterro pode ser realizada somente depois de cumprida estas etapas.

O objetivo do gerenciamento de resíduos biológicos infecciosos é proteger a saúde e a segurança da comunidade e preservar o ambiente e os recursos naturais.

Grupo B – Resíduos Químico

Resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às características próprias, tais como corrosividade, reatividade, inflamabilidade, toxicidade, citogenicidade e explosividade:

- Produtos antimicrobianos e hormônios sintéticos; citostáticos, imunossupressores, digitálicos, imunomoduladores, antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes, resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes resíduos.
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.

Grupo C – Rejeitos Radioativos:

Qualquer material resultante de atividades humanas relacionadas a radionuclídeos (materiais radioativos) em quantidades superiores aos limites estabelecidos por normas da CNEN, de acordo com parâmetros internacionais, e para o qual a reutilização é imprópria ou não prevista.

Grupo D – Resíduos Comuns:

São todos os resíduos que não apresentam riscos biológicos, químicos ou radiológicos à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia, equipo de soro e outros não contendo sangue.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia, equipo de soro e outros não contendo sangue.

- Resíduos provenientes das áreas administrativas da PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA:
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins.
- Restos alimentares de refeitório.
- Materiais passíveis de reciclagem.
- Embalagens em geral

Grupo E – Perfurocortantes:

São objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontos ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar:

Lâminas de barbear, bisturi, agulhas, escalpem, ampolas de vidro, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrado no laboratório e outros similares.

Esses resíduos são armazenados em caixas coletoras especiais para perfurocortantes, conforme requisitos da ABNT NBR 13853. Esses coletores, montados rigorosamente de acordo com a orientação do fabricante, são mantidos em suporte de paredes sobre as bancadas ou em local específico dos ambientes onde se exige a sua presença. Quando esses coletores atingem 2/3 da sua capacidade são lacrados e acondicionados em lixeira coletora branca própria na sala de resíduos (armazenamento temporário). É expressamente proibido o esvaziamento dos recipientes perfurocortantes para reaproveitá-los.

Acondicionamento

Consiste no ato de embalar corretamente os resíduos segregados, de acordo com as suas características, em sacos e ou recipientes impermeáveis, resistentes à punctura, ruptura e vazamentos.

Grupo A - Em sacos plásticos leitoso, resistentes, impermeáveis, identificados com símbolo universal de substância infectante e inscrição de RISCO BIOLÓGICO.

Estes resíduos não podem deixar a unidade geradora sem tratamento prévio (ABNT NBR 7500).

Símbolo de Substância Infectante – Risco Biológico



Grupo B - Estes devem ser acondicionados observando as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si, com os materiais das embalagens de forma a evitar a reação química entre os componentes dos resíduos e das embalagens.

Devem ser acondicionados em recipientes de material rígido adequado para cada tipo de substância química respeitadas as suas características físico-químicos e seu estado físico e identificados, através do símbolo de risco associado, observando as informações contidas na FISPQ – Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos.

De acordo com a Resolução no. 33 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os resíduos químicos são classificados como “Grupo B”, ou seja, como “resíduos contendo substâncias que apresentem risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independentemente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.” (Brasil, 2003).

Símbolo de Substância Tóxica – Risco Químico



Ainda, de acordo com a subclassificação desse grupo, os resíduos químicos podem ser divididos em oito categorias:

B1	Resíduos dos medicamentos ou dos insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados, e demais medicamentos impróprios para consumo, que oferecem risco.
B2	Resíduos dos medicamentos ou dos insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados, e demais medicamentos impróprios para consumo, que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco.
B3	Resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.
B4	Saneantes, desinfetantes e desinfetantes
B5	Substâncias para revelação de filmes usados em Raio X
B6	Resíduos contendo metais pesados
B7	Reagentes para laboratório, isolados ou em conjunto
B8	Outros resíduos contaminados com substâncias químicas perigosas

Grupo C - Rejeito Radioativo. (Não Gerado no Estabelecimento)



Grupo D - Devem ser acondicionados em sacos plásticos impermeáveis na cor preta e serem manejados de acordo com as normas dos serviços de limpeza urbana local. As sobras do material de amostra coletado podem ser lançadas no esgoto sanitário, respeitando as normas ambientais estaduais e municipais. A SEGREGAÇÃO DOS RESÍDUOS COMUNS (GRUPO D) tem como objetivo principal a reciclagem de seus componentes.

Símbolo de Universal de Materiais Recicláveis



Grupo E - Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes rígidos (não preencher mais que 2/3 de seu volume), resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado (símbolo que representa o Grupo E de substâncias infectantes)

– Rótulo de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição – RESÍDUOS PERFUROCORTANTES.

Símbolo Universal de Materiais Perfurocortantes



Coleta, Transporte, Armazenamento Temporário

A coleta e o transporte externos dos RSS ocorrem sempre em função das necessidades. Os veículos de transporte devem estar em conformidade com as normas ABNT NBR 12810, 14652 E LEI 9.624 - ES. O transportador deve manter no veículo um envelope contendo a Ficha de Emergência emitida pelo gerador dos RSS para os resíduos infectantes, em conformidade com a Norma ABNT NBR7503 e o respectivo Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR), no trajeto da sala de resíduos até a unidade de tratamento ou disposição final.

O armazenamento temporário (Central de resíduos) consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, anteriormente em lixeiras localizadas no interior do PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA de referência da cidade de Pindamonhangaba Sp.

Os resíduos dos grupos A, B e E devem ser colocados dentro de uma lixeira coletora branca, com tampa, devidamente identificada, e são armazenados na Central de Resíduos. Os resíduos do grupo D devem ser coletados juntamente com os resíduos comuns e recicláveis.

O manuseio dos sacos plásticos é realizado com a técnica correta. Ao fechar o saco, o excesso de ar é retirado com o devido cuidado para que não ocorra exposição do ar produzido. Depois de fechado, o saco é imediatamente retirado e removido para a Central de Resíduos. O executante da coleta está orientado a lavar as mãos antes e depois de retirá-las, além de usar luvas apropriadas.

Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento. Deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores, e deste modo, como é exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como “CENTRAL DE

RESÍDUOS". As salas de resíduos estão localizadas nas unidades de pronto atendimento da rede de saúde do Município de Pindamonhangaba, sendo o deslocamento do resíduo até o destino sob a responsabilidade técnica da empresa: ....., sob CNPJ, empresa licenciada por órgão ambiental estadual.

O gerenciamento de resíduos é abordado em regulamentos específicos para determinados setores da cadeia de produção farmacêutica, como a RDC nº 222/2018 da ANVISA e Resolução nº 358/2005 do CONAMA (gerenciamento e destinação final de RSS) e a RDC n.º 17/2010 da ANVISA (Boas Práticas de Fabricação de medicamentos).

O PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA assume o compromisso da retirada dos resíduos dos medicamentos controlados, ora existente (0 – 10 Kg), o qual será feito pela Empresa Credenciada ....., sob CNPJ .....empresa licenciada para coleta de resíduos perigosos (38.12-2-00). Como tratativa, a partir da retirada, os próximos resíduos (medicamentos controlados) gerados serão acondicionados em caixa transparente devidamente identificada no PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA e sob orientação da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba com anuência das partes interessadas –PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA - Secretaria de Saúde/Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba.

.

Monitoramento

Para um efetivo monitoramento da eficácia do sistema de gerenciamento de resíduos de saúde, elegemos alguns indicadores que funcionam como instrumentos de avaliação e controle, usados para realizar uma análise dos resultados obtidos com

este processo.

Pronto Socorro Municipal de Pindamonhangaba
– Pindamonhangaba -SP – ANO 2....

INDICADORES DE CONTROLE E AVALIAÇÃO	QUANTIDADE
Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante	4 acidentes
Quantidade de Resíduos dos Grupos A e B Quantidade de Resíduos do Grupo E	Até 60 kg
Quantidade de Resíduos do Grupo D	-

1087

Condutas para Prevenção de Acidentes

Para a prevenção de acidentes e exposição do trabalhador aos agentes biológicos são adotadas as seguintes medidas:

a) Lavagem rotineira das mãos antes e após os procedimentos;
b) Lavagem rotineira das mãos antes e após a colocação de luvas;
c) Usar luvas sempre;
d) Não fumar e não se alimentar durante o manuseio dos resíduos;
e) Manter as unhas cortadas;
f) Manter as mãos sem anéis para diminuir a retenção de micro-organismos;
g) Usar EPI (equipamento de proteção individual);
h) Ter cuidado na manipulação de materiais perfurocortantes;
i) Realizar treinamento com a equipe de saúde e de limpeza sobre os riscos biológicos;
j) Manter o cartão de vacinação atualizado de todos os profissionais envolvidos, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações e controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta imunológica, disponíveis para consulta no próprio local de trabalho.

Condutas em Situações de Emergência e Acidentes

Nos acidentes com material perfurocortante serão tomadas as seguintes medidas:

a) Lavagem com água e sabão do local exposto nos casos de exposição percutânea ou cutânea;

b) Lavagem, exaustivamente, com água ou solução salina fisiológica nos casos de exposição de mucosas;

c) Identificar o paciente-fonte, providenciando autorização para a coleta de sangue;

d) Comunicar ao Responsável Técnico e ao Médico do Trabalho;

e) Encaminhar o acidentado para atendimento médico para o Setor Responsável da Unidade Hospitalar de Referência - chefia de enfermagem, plantão clínico, ou outro;

f) Fazer o acompanhamento ambulatorial.

Pindamonhangaba, _____ de _____de _____

_____ _____

Elaboração Executante

_____

Responsável da empresa

29. SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

Descrição como irá produzir e analisar as informações geradas na unidade; detalhar a organização e definição dos processos de trabalho.

O monitoramento de indicadores é:

“Uma atividade planificada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para melhorar”

O monitoramento dos cuidados prestados aos pacientes através de indicadores, permite:

- Orientar a formulação e a hierarquização de políticas;

- Monitorar a melhoria de cuidados de saúde;
- Promover maior transparência das organizações de saúde;
- Que os usuários façam escolhas mais informadas.

Características dos indicadores

Um indicador pode ser expresso como uma razão, uma proporção / taxa ou um evento.

- Razão – quociente entre duas medidas, onde o denominador não inclui o numerador.
- Proporção – quociente entre duas medidas, onde o numerador está incluído no denominador 5.
- Taxa – relação entre o no de casos de um evento e uma população, num dado local e tempo definido
- Razão de sexos = No residentes sexo masculino X100. No residentes sexo feminino Proporção de NV baixo peso = No NV peso < 2.500 g X100

No de nascidos vivos (NV) Taxa de mortalidade por aids = No de óbitos de residentes por AIDS X100.000.

População total residente

- Óbitos maternos, erros na prescrição ou administração de medicamentos, cirurgias em paciente/ local errado...
- Validade - Capacidade de medir aquilo que pretende medir. O indicador identifica situações/ circunstâncias em que a qualidade dos cuidados deve ser melhorada.
- Sensibilidade - Capacidade de detectar o fenômeno analisado. O indicador identifica todas as situações/ circunstâncias com problemas na qualidade?
- Especificidade - Capacidade de detectar somente o fenômeno analisado. O indicador identifica somente as situações/ circunstâncias com problemas na qualidade? Atributos de um bom indicador

- Confiabilidade - Reproduz os mesmos resultados quando aplicado em condições similares.
- Viabilidade - Os dados estão disponíveis ou são fáceis de conseguir.
- Relevância - Responde às prioridades de saúde.
- Custo-efetividade - Os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.

Atributos de um bom indicador

Grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

Qualidade do cuidado de saúde Indicadores de qualidade

Indicadores podem medir diferentes dimensões da qualidade: Efetividade, acesso, segurança.

Indicadores de qualidade usualmente, na área da saúde, os indicadores têm sido estabelecidos a partir da tríade proposta por:

- Estrutura - atributos dos setores onde os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros;
- Processo - conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados;

- Resultado - às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações.

Indicadores de Estrutura

Ao se utilizar um indicador de estrutura para avaliação de qualidade é preciso que exista evidências de que os componentes estruturais estão relacionados a processos que levam a melhores resultados

Boas condições estruturais por si só não garantem que processos de cuidados sejam realizados de forma correta, efetiva e que bons resultados serão obtidos.

- Número de profissionais cirurgiões-dentistas por habitante;
- Número de equipamentos/consultórios e instrumentais disponíveis;
- Lavatórios/pias, sabonete, papel-toalha para higienização das mãos por setor.

Indicadores de Processo

Buscam representar a prestação adequada (ou não) de cuidados de saúde.

São válidos e úteis quando possuem forte evidência relacionando os processos aos resultados alcançados.

- Taxa de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) para os quais foi prescrita aspirina na alta;
- Percentual de pacientes de risco que receberam cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão (UPP).

Indicadores de Resultado

Indicadores de resultado procuram representar melhorias (ou não) atribuíveis aos cuidados de saúde.

O principal aspecto é que os resultados podem ser influenciados por outros fatores, tais como, a a gravidade da doença, a existência de comorbidades.

- Taxa de reação a transfusão;
- Taxa de sepse pós-operatória.

Ficha Técnica de Indicadores

Para cada indicador é importante que se elabore uma ficha técnica, contendo informações que dispõem sobre as suas características, permitindo a sua construção, uso correto, análise de seus resultados e comparações adequadas.

- Não existe um conjunto de regras explícitas e gerais que se apliquem a todas as fichas técnicas.
- Existem, porém, elementos mínimos que devem ser contemplados quando da elaboração das mesmas.

Indicadores de segurança do paciente

A segurança é uma dimensão da qualidade em saúde.

Um indicador de segurança do paciente pode ser definido como um indicador que busca identificar, obter informação e monitorar, direta ou indiretamente, a ocorrência de incidentes.

Segurança do paciente:

Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Incidente relacionado à segurança do paciente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente

Indicadores de segurança do paciente os indicadores de segurança do paciente são definidos como: “indicadores da qualidade específicos que refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, mas focam em aspectos da segurança do paciente. Especificamente, os PSI rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador”

Indicadores de segurança do paciente

Indicadores de segurança do paciente O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), orienta a adoção de indicadores de segurança incluídos nos seguintes protocolos:

- Cirurgia segura;
- Prática de higiene das mãos em serviços de saúde;

- Prevenção de úlcera por pressão;
- Identificação do paciente; θ Prevenção de quedas; e
- Prescrição, uso e administração de medicamentos.

Indicadores do protocolo para cirurgia segura

1. Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
2. Número de cirurgias em local errado;
3. Número de cirurgias em paciente errado;
4. Número de procedimentos errados;
5. Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco;
6. Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

Indicadores do protocolo para a prática de higiene das mãos Indicador obrigatório

- Monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.
- Monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

Indicador recomendável

Percentual de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

Indicadores do protocolo para prevenção de úlcera por pressão

1. Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para UPP na admissão.

2. Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado

para UPP.

3. Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP. 4. Incidência de UPP.

Indicadores do protocolo de prevenção de quedas

1. Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
2. Número de quedas com dano.
3. Número de quedas sem dano.
4. Índice de quedas [(nº de eventos / nº de pacientedia)*1000].

Indicadores do protocolo de identificação do paciente

1. Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
2. Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

Indicadores do protocolo para prescrição, uso e administração de medicamentos

1. Taxa de erros na prescrição de medicamentos.
2. Taxa de erros na dispensação de medicamentos.
3. Taxa de erros na administração de medicamentos.

Alguns aspectos a serem considerados no uso de indicadores:

- As fontes de dados dos indicadores de segurança do paciente são, principalmente, os sistemas de notificação de incidentes, realizado junto a Vigilâncias epidemiológicas
- Os prontuários dos pacientes e as bases de dados administrativos.

- Fontes que, em função do baixo registro e/ou má qualidade, podem falsear os resultados.

Por este motivo o Instituto, realiza reuniões periódicas com a Secretaria Municipal de Saúde e Vigilâncias para criar protocolos que agilizem estas informações e façam as mais fidedignas possíveis

30. CONCEITO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICO

Segundo a Lei 8.080: “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.” Est

São funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;
- Processamento de dados coletados;
- Análise e interpretação dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

A qualidade da informação, por sua vez, depende da adequada coleta dos dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado).

Por este motivo a importância da ligação do Instituto Esperança com os responsáveis pela Vigilância Epidemiológica do município para as devidas orientações e treinamentos.

É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados, para que então venham a se transformar em INFORMAÇÃO, que assim passa a ser um relevante instrumento, com capacidade para estabelecer um processo

dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações.

Dessa forma, não mais se admite que a atuação no âmbito local esteja restrita à realização de coleta de dados e à sua transmissão a outros níveis.

O fortalecimento de sistemas municipais de saúde, tendo a vigilância epidemiológica como um de seus instrumentos mais importantes de atuação, deve constituir-se na estratégia principal de institucionalização.

Vigilância Epidemiológica

A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde e as unidades de Urgência/Emergência é uma delas.

A força e o valor da informação (o dado analisado) dependem da qualidade e fidedignidade com que o mesmo é gerado.

Para isso, faz-se necessário que os responsáveis pela sua geração estejam bem preparados para diagnosticar corretamente o caso, como também para realizar uma boa investigação epidemiológica, e fazer registros claros e objetivos destes e de outros dados de interesse, para que possam refletir a realidade da forma mais fidedigna possível.

A representatividade do dado gerado, em função do problema existente, também é outra característica que garante a sua qualidade.

Assim, nossa gerência local que alimentará os dados, vai monitorar sua equipe com regularidade e oportunidade.

O envio do dado, para os diversos níveis, deverá ser suficientemente rápido para permitir o desencadeamento oportuno de ações, particularmente quando for necessário que estas sejam desenvolvidas por um outro nível. É importante salientar que o fluxo, a periodicidade e o tipo de dado que interessa ao sistema de vigilância, estão relacionados às características de cada doença ou agravo.

Os fluxos de informações, nos estados e municípios, estão sendo profundamente alterados em função da reorganização do sistema de saúde.

Entretanto, tem-se tido o cuidado de evitar solução de continuidade na coleta, repasse e armazenamento de dados.

Tipos de Dados

Os dados e informações são os seguintes:

Dados demográficos, socioeconômicos e ambientais: permitem quantificar a população e gerar informações sobre suas condições de vida: número de habitantes e características de sua distribuição, condições de saneamento, climáticas, ecológicas, habitacionais e culturais.

Dados de morbidade: podem ser obtidos mediante a notificação de casos e surtos, de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigação epidemiológica, de busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras formas.

Dados de mortalidade: são obtidos através das declarações de óbitos, processadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade. Mesmo considerando o sub-registro, que é significativo em algumas regiões do país, e a necessidade de um correto preenchimento das declarações, trata-se de um dado que assume importância capital entre os indicadores de saúde. Esse sistema está sendo descentralizado, objetivando o uso imediato dos dados pelo nível local de saúde.

Notificação de surtos e epidemias: a detecção precoce de surtos e epidemias ocorre quando o sistema de vigilância epidemiológica local está bem estruturado, com acompanhamento constante da situação geral de saúde e da ocorrência de casos de cada doença e agravo de notificação.

Essa prática possibilita a constatação de qualquer indício de elevação do número de casos de uma patologia, ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, consequentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial, para a adoção imediata das medidas de controle, esta informação é repassada a todos os nossos profissionais que atuam nas Unidades.

Em geral, deve-se notificar esses fatos aos níveis superiores do sistema, o mais urgente possível para que sejam alertadas as áreas vizinhas e/ou para solicitar colaboração, quando necessário.

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

Fontes de Dados

Notificação Historicamente, a notificação compulsória de doenças tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica. A lista nacional das doenças de notificação vigente está restrita a alguns agravos e doenças de interesse sanitário para o País, e compõe o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória.

Esta relação de doenças tem experimentado revisões durante as últimas décadas, em função de novas ações programáticas instituídas para controlar problemas específicos de saúde.

Estados e municípios podem incluir novas patologias, desde que se defina, com clareza, o motivo e objetivo da notificação, os instrumentos e fluxo que a informação vai seguir e as ações que devem ser postas em prática, de acordo com as análises realizadas.

Só se deve coletar dados que tenham uma utilização prática, para que não sobrecarreguem os serviços com formulários que não geram informações capazes de aperfeiçoar as atividades de saúde.

Dada a natureza específica de cada doença ou agravo à saúde, a notificação deve seguir um processo dinâmico, variável em função das mudanças no perfil epidemiológico, dos resultados obtidos, com as ações de controle e da disponibilidade de novos conhecimentos científicos e tecnológicos.

As normas de notificação devem adequar-se - no tempo e no espaço - às características de distribuição das doenças consideradas, ao conteúdo de informação requerido, aos critérios de definição de casos, à periodicidade da transmissão dos dados, às modalidades de notificação indicadas e à representatividade das fontes de notificação.

Critérios aplicados no processo de seleção para notificação de doenças:

Magnitude: doenças com elevada frequência, que afetam grandes contingentes populacionais, que se traduzem pela incidência, prevalência, mortalidade, anos potenciais de vida perdidos.

Potencial de disseminação: expresso pela transmissibilidade da doença, possibilidade de sua disseminação por vetores e demais fontes de infecção, colocando sob risco outros indivíduos ou coletividades.

Transcendência: definido por um conjunto de características apresentadas por doenças e agravos, de acordo com sua apresentação clínica e epidemiológica, sendo as mais importantes: a severidade, medida por taxas de letalidade, hospitalizações e sequelas; a relevância social, que subjetivamente significa o valor que a sociedade imputa à ocorrência do evento, em termos de estigmatização dos doentes, medo, a indignação, quando incide em determinadas classes sociais; e a relevância econômica, ou capacidade potencial de afetar o desenvolvimento, o que as caracteriza como de, mediante as restrições comerciais, perdas de vidas, absenteísmo ao trabalho, custo de diagnóstico e tratamento, etc.

Vulnerabilidade: referente à disponibilidade de instrumentos específicos de prevenção e controle, permitindo a atuação concreta e efetiva dos serviços de saúde com relação a indivíduos ou coletividades.

Compromissos internacionais: firmados pelo governo brasileiro, no âmbito de organismos internacionais como a OPAS/OMS, que visam empreender esforços conjuntos para o alcance de metas continentais ou até mundiais de controle, eliminação ou erradicação de algumas doenças. Exemplo típico é o da erradicação da poliomielite, que vem alcançando a meta de erradicação em vários países das Américas, em 1994. Tal feito poderia justificar, em tese, a exclusão da poliomielite da lista de doenças de notificação.

Ao contrário, porém, os países membros da OPAS firmaram o compromisso de aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância da poliomielite, acrescentando a notificação das paralisias flácidas agudas, em face da possibilidade de reintrodução do poliovírus selvagem nas Américas, a partir de outros continentes onde continua circulante.

Regulamento Sanitário Internacional: as doenças que estão definidas como de notificação compulsória internacional, são incluídas, obrigatoriamente, nas listas nacionais de todos os países membros da OPAS/OMS. Atualmente, apenas três doenças são mantidas nessa condição.

Epidemias, surtos e agravos inusitados: todas as suspeitas de epidemia ou de ocorrência de agravo inusitado devem ser investigadas e imediatamente notificadas aos níveis hierárquicos superiores, pelo meio mais rápido de comunicação disponível.

Mecanismos próprios de notificação devem ser instituídos, definidos de

acordo com a apresentação clínica e epidemiológica do evento.

Estes critérios devem ser observados e analisados em conjunto, respeitadas as características próprias de cada doença. Também deve ser considerada a sua aplicabilidade no momento, em função das fontes de informação utilizadas e da capacitação dos serviços incumbidos das ações de vigilância epidemiológica correspondentes.

A compulsoriedade da notificação significa que todo cidadão tem o dever de comunicar a ocorrência de algum caso suspeito de doença que esteja na relação de notificação compulsória.

Essa obrigação é inerente à profissão médica e a outras profissões da área de saúde. Vários fatores contribuem, porém, para que essa determinação não seja integralmente cumprida.

Um deles é o desconhecimento, pelos profissionais de saúde, da importância e dos usos da notificação. O que nosso Instituto prima pela orientação e informação de todos os nossos contratados

Outro fator é o descrédito dos serviços de saúde incumbidos das ações de controle, os quais frequentemente descuidam de dar retorno, aos notificantes, dos resultados das análises realizadas e das ações que foram desencadeadas.

Assim, a eficiência da notificação depende da contínua sensibilização dos profissionais e das comunidades, para que reconheçam a importância dessa informação, o que deve refletir-se na ampliação da rede de notificação, com consequente melhoria da cobertura e da qualidade dos dados disponíveis.

Devesse promover iniciativas para ampliar a abrangência da rede de notificação, de forma a que inclua não apenas as unidades de saúde (públicas, privadas e filantrópicas), mas também todos os profissionais de saúde e mesmo a população em geral.

Aspectos que devem ser considerados na notificação:

Notificar a simples suspeita da doença. Não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, o que pode significar perda da oportunidade de adoção das medidas de prevenção e controle indicadas;

A notificação tem que ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito

médico sanitário, no caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos;

O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa, que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações.

Além da notificação compulsória, o Sistema de Vigilância Epidemiológica pode definir doenças e agravos, como de simples notificação.

O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), é o principal instrumento de coleta dos dados das doenças de notificação compulsória.

Laboratórios: o resultado de exames laboratoriais, na rotina da Vigilância Epidemiológica, é um dado que complementa o diagnóstico de confirmação da investigação epidemiológica.

Entretanto, o uso do laboratório como fonte de detecção de casos tem sido restrito a algumas doenças em situações especiais.

O Centro Nacional de Epidemiologia vem desenvolvendo um sistema de informação que permitirá fluxo regular de dados laboratoriais para a Vigilância Epidemiológica.

Bases de dados dos Sistemas Nacionais de Informação: o registro rotineiro de dados sobre saúde, derivados da produção de serviços, ou de sistemas de informação específicos, constituem-se valiosas fontes de informação sobre a ocorrência de doenças e agravos sob vigilância epidemiológica.

Com a progressiva implementação de recursos informacionais no setor saúde, esses dados tendem a tornar-se cada vez mais acessíveis por meios eletrônicos, sendo de primordial importância para os agentes responsáveis pelas ações de vigilância, em todos os níveis.

Em âmbito nacional, além do SINAN, outros sistemas de informação são de interesse para a Vigilância Epidemiológica:

Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
Sistema de Informações Hospitalares - SIH
Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA

Os dados derivados desses sistemas complementam o SINAN, tanto com relação a casos que deixaram de ser notificados, quanto por aportarem outras variáveis de análise.

A função de retroalimentação do sistema é vital, para mantê-lo funcionando, na perspectiva da totalidade de suas atribuições. Para assegurar a credibilidade do sistema, é fundamental a devolução de informações aos níveis de menor complexidade, desde uma análise mais específica relativa ao local da notificação, até à mais complexa situação epidemiológica de uma determinada região, uma vez que os profissionais e pessoas da comunidade que o alimentam, devem ser mantidos informados e estimulados para continuarem executando esta atividade.

Além disso, a retroalimentação é peça importante como fonte de subsídios, para reformular os programas nos seus diversos níveis. Será tanto mais útil, quanto melhor for a qualidade da informação gerada, pois a continuidade da política e do programa de controle, ou as propostas de modificações, estão na dependência desse mecanismo. A retroalimentação deve ter, como base, os resultados de investigação e a análise de dados, e se efetiva por meio de informes e análises epidemiológicas locais, regionais, estaduais, macrorregionais e nacionais. Essa função deve ser estimulada em todos os níveis, para que a devolução da informação seja útil e tenha a oportunidade desejada. A periodicidade e os instrumentos de retroalimentação dependem da política de informação de cada nível institucional.

Em geral, nas Unidades de Saúde já se encontram disponíveis formulários padronizados do SINAN (Ficha de Investigação Epidemiológica), para a maioria das doenças incluídas no sistema de vigilância epidemiológica.

O preenchimento desta ficha deve ser muito cuidadoso, registrando-se, com o máximo de exatidão possível, as informações de todos os seus campos.

O investigador poderá acrescentar novos itens que considere relevantes.

O espaço para observações deve ser utilizado para anotar informações adicionais que possam ajudar no esclarecimento do evento.

Dados que se obtém mediante entrevista com o paciente, familiares, médicos, e outros informantes:

Identificação do paciente: nome, idade, sexo, estado civil, profissão, local de trabalho e de residência, com ponto de referência;

Anamnese e exame físico: data de início dos primeiros sintomas, história da

moléstia atual, antecedentes mórbidos, antecedentes vacinais, mudanças de hábitos alimentares nos dias que antecederam aos sintomas, e dados de exame físico;

Suspeita diagnóstica: na pendência de dados complementares para firmar o diagnóstico, devem ser formuladas as principais suspeitas e assim possibilitar a definição de medidas de controle preliminares e a solicitação de exames laboratoriais;

Meio ambiente: depende do tipo de doença investigada. Por exemplo, se a suspeita é de doença de veiculação hídrica, são essenciais as informações sobre sistema de abastecimento e tratamento de água, destino de resíduos líquidos, sólidos e lixo, alagamentos, chuvas; em outros casos, podem estar envolvidos insetos vetores, inseticidas e pesticidas, etc. Exames laboratoriais: estes exames devem ser solicitados com vistas ao esclarecimento do diagnóstico do paciente e das fontes de contaminação, veículo de transmissão, pesquisa de vetores, conforme cada situação.

É importante salientar que, embora os exames laboratoriais sejam um importante subsídio para a conclusão diagnóstica, em muitas ocasiões não se faz necessário aguardar os seus resultados para dar início às medidas de controle.

Quando se tratar de evento inusitado, uma Ficha de Investigação especial deverá ser elaborada, considerando-se as características clínicas e epidemiológicas da doença/agravo suspeito.

Qualidade

A metodologia utilizada é o planejamento estratégico onde todos na instituição são “agentes da qualidade”.

O conceito de qualidade já é bastante antigo.

Houve uma evolução ao longo do tempo na visão e no conceito de qualidade.

No início a qualidade era vista sob a ótica da inspeção, na qual, através de instrumentos de medição, tentava-se alcançar a uniformidade do produto; num outro momento, buscava-se através de instrumentos e técnicas estatísticas conseguir um controle estatístico da qualidade; na etapa seguinte, a qualidade está mais preocupada com a sua própria garantia.

Atualmente, o controle da qualidade é voltado para o gerenciamento estratégico da qualidade no qual a preocupação maior é a saúde de uma população, buscando tanto satisfazer as necessidades do cliente como a da Municipalidade.

Existem diversas definições para qualidade, o que torna impossível um conceito definitivo para a ideia do que é realmente qualidade.

A qualidade tem definições diferenciadas de grupos para grupos.

A percepção de qualidade das pessoas varia em relação aos produtos ou serviços, em função de suas necessidades, experiências e expectativas. controle da qualidade Técnicas e atividades operacionais usadas para atender aos requisitos para a qualidade, avaliar insumos, matérias-primas e embalagens, executar controle do produto em processo e avaliar requisitos e atendimento de especificação no produto final.

31. OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE

A FENIX DO BRASIL SAUDE desde 2018, vem desenvolvendo programas de qualidade em seus contratos de gestões.

Um deles é o incentivo as campanhas de saúde realizadas mensalmente e que fazem toda a diferença na execução dos serviços.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o local de trabalho influencia diretamente o bem-estar físico, mental, econômico e social dos trabalhadores e, por sua vez, a saúde de suas famílias, comunidades e sociedade.

Portanto, criar uma cultura de promoção de saúde é algo que traz benefícios tanto para os colaboradores como para as organizações. A conta é simples: colaboradores mais saudáveis têm mais qualidade de vida, são mais produtivos, faltam menos no trabalho e reduzem os custos das despesas. Separamos alguns dados de pesquisas que comprovam isso.

Sedentarismo

Os custos para uma organização com um colaborador sedentário são maiores, os funcionários fisicamente ativos têm custos mais baixos de saúde, exigem menos licenças médicas e são mais produtivos.

O relatório mostra que os funcionários que praticam ao menos 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa por semana faltam em média 4,1 dias a menos

no trabalho por ano.

Incentivamos os colaboradores a se exercitar quando na realização de suas funções, além de periodicamente oferecer quando acordado com o município profissional preparador físico ao menos uma vez por semana meia hora por dia para executar conjuntamente exercícios de alongamento entre outros.

Distúrbios osteomusculares

Levantamento do Ministério da Saúde mostra que, em 10 anos, as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) representaram 67.599 casos entre os trabalhadores do país. Com isso, elas são as doenças que mais afetam os trabalhadores brasileiros. Sendo doenças relacionadas ao trabalho, elas podem prejudicar a produtividade e hoje são responsáveis pela maior parte dos afastamentos do trabalho.

O Instituto, oferece técnico para atuar na área de orientação aos colaboradores para que no exercício de suas funções possam utilizar-se de instrumentos que contribuem para a melhoria de qualidade, nosso serviço cria periodicamente panfletos orientativos onde apresentam exercícios a serem realizados periodicamente de acordo com a necessidade de sua função.

Obesidade

A obesidade responde por 6,5% a 12,6% dos custos totais de absenteísmo no local de trabalho. Os pesquisadores afirmam que a obesidade está associada a grandes custos diretos de assistência médica e indiretos de perda de produtividade devido à dias perdidos por causa da condição.

O Instituto, trabalha diretamente com nosso serviço de nutrição para incentivar a execução de pratos que possam alimentar com qualidade nossos colaboradores além de criar grupos de discussões para obesidade, encaminhar o profissional a um local de assistência, acompanhando seu progresso até melhoria na produção deste profissional.

Tabagismo

Os fumantes sofrem mais problemas de saúde e incapacidades, e têm maior probabilidade de faltar ao trabalho do que aqueles que nunca fumaram. Para se ter uma ideia, o tabagismo prejudica a economia dos Estados Unidos, custando mais de US$ 300 bilhões por ano em assistência médica e perda de produtividade.

O Instituto, incentiva grupos de discussões para tabagismo, encaminhando o profissional a um local de assistência, acompanhando seu progresso até melhoria na produção deste profissional

Saúde mental

Um estudo recente liderado pela OMS estima que os transtornos de depressão e ansiedade custam à economia global US$ 1 trilhão por ano em perda de produtividade. Além disso, segundo a Fundação de Saúde Mental britânica, abordar o bem-estar mental no trabalho aumenta a produtividade em até 12%.

O Instituto Esperança busca parcerias para oferecer assistência psicológicas aos nossos colaboradores, além de realizar encontros entre os colaboradores descontraídos nas datas festivas, são essas ações que tem feito a diferença em nossos contratos de gestão.

Em outras palavras, pesquisas têm mostrado que os custos de saúde das instituições têm aumentado significativamente. E, entre os diversos fatores que impulsionam esse aumento, estão os hábitos de vida pouco saudáveis. Desta forma o Instituto vem realizando cursos preparatórios para seus Diretores e profissionais internos para que os mesmos possam levar aos nossos contratos, palestras e orientações, bem como executar ações que melhoram a qualidade dos serviços prestados reduzimos nosso absenteísmo:

- Fornecendo condições seguras e adequadas de trabalho
- Colocando horários disponíveis para a escolha do profissional
- Investimos nos equipamentos e mobiliários com qualidade ergonômica.
- Trabalhamos a conscientização da equipe

- Realizamos periodicamente palestras e conversas sobre os diversos tipos de conscientização.
- Incentivamos a prática de atividades físicas

Com estas ações o Instituto Esperança vem reduzindo o número de absenteísmos de nossos profissionais

As ferramentas de avaliação: fórmulas e tabelas

As taxas utilizadas para estatística mensal de absenteísmo de origem médica são: as de frequência, a de duração ou de gravidade e a de proporção de tempo perdido que serão definidas a seguir.

O médico deve fazer relatório mensal com intuito de estimular as chefias de área a programar ações que visem minimizar ou abolir as faltas ao trabalho consequentes à doenças.

O objetivo final do relatório deve atender ao resultado de se ter um maior número de pessoas satisfeitas, hígidas, com qualidade de vida produzindo mais.

A gerência da unidade deve se comprometer em identificar focos de estresse fazendo a sua devida reversão, deve ser capaz igualmente de manter os funcionários interessados e motivados em sua tarefa, a tornar a operação de serviço menos estafante (principalmente as tarefas fracionadas), criar junto com o RH da empresa atividades que permitam maior integração da equipe, melhor conhecimento das potencialidades do grupo e seus anseios, assim como a identificação das características individuais de cada um de seus membros.

Finalmente deve propiciar a possibilidade do funcionário de dar sugestão na forma de execução da tarefa explorando o seu talento e a sua criatividade.

Incentivar aos trabalhadores na elaboração de projetos inovadores voltados para a reorganização do trabalho (criamos premiação não como recompensa, mas como uma forma de reconhecimento da capacidade profissional).

Taxas Utilizadas para Cálculo Estatístico de Absenteísmo Causado por Doença

TAXA DE FREQUÊNCIA:· número de licenças no período / número de empregados no mesmo período· por período compreende-se um mês ou um ano, etc....· pode ser calculada para, todas as licenças (separar em grupos até 15 dias mais de 15 dias), acidentes do trabalho, doenças ocupacionais**.**

TAXA DE DURAÇÃO OU DE GRAVIDADE:· número de dias perdidos por licenças no período / número médio de empregados no mesmo período· por período compreende-se um mês ou um ano, etc. pode ser calculada para todas as licenças (separar em grupos até 15 dias, mais de 15 dias), acidentes do trabalho, doenças ocupacionais.

PROPORÇÃO DE TEMPO PERDIDO: número de dias de trabalho perdidos por licenças no período / número de dias programados de trabalho no mesmo período · por período compreende-se um mês ou um ano, etc.... · pode ser calculada para: todas as licenças (separar em grupos até 15 dias, mais de 15 dias), acidentes do Trabalho, doenças ocupacionais.

Cabe notar se a causa raiz do absenteísmo é de ordem médica (movida por doença) ou de origem organizacional, pois a abordagem é diferente.

Buscamos este diagnostico por meio de entrevistas com os funcionários as verdadeiras causas do absenteísmo sem qualquer subterfúgio, e por meio da aplicação do questionário de qualidade de vida procurar pesquisar os hábitos sociais, a situação financeira deles, as necessidades pessoais e familiares existentes e paralelas a situação de trabalho, pois não dá para negligenciar e tentar separar esse fenômeno vida privada e laboral.

Realizamos em cada um dos nossos contratos um quadro geral que permita a precificação total dos dias perdidos ao longo do ano ou ainda pode-se fazer o computo do impacto financeiro por setor ou por empregado.

RELACIONA AS AUSÊNCIAS COM OS SETORES DA UNIDADE

Permite avaliar o grau de dificuldade e satisfação dos empregados nos setores em que trabalham

Observação: a essas perdas devem ser somadas a substituição da mão- de - obra por outra temporária (nem sempre qualificada), aumento do número de horas

extras executadas por companheiro de trabalho para cobertura da ausência do outro empregado, custos decorrentes do atraso da entrega de produtos e /ou serviços aos clientes em função de insuficiência de pessoal.

OBS II: este quadro é discutido com o Gestor Municipal de cada Contrato de Gestão, e após concordância de todos, implantado.

FERRAMENTAS QUE UTILIZAMOS NOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (GERAIS E ESPECÍFICAS)

PROSPECÇÃO DE ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA A PARTIR DOS FATORES DE RISCO

1) PORCENTUAL DE TEMPO PERDIDO POR DOENÇA(PTP): AVALIAÇÃO DO CUSTO PELO AFASTAMENTO DO EMPREGADO DO POSTO DE TRABALHO E SUBSTITUIÇÃO POR CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA OU SOBRECARGA DE OUTROS EMPREGADOS POR REALIZAÇÃO DE HORA EXTRA

PTP = TEMPO PERDIDO NO PERÍODO_____ X 100EXPECTATIVA DE TEMPO DE TRABALHO

2) PORCENTUAL DE SOBREPESO E OBESIDADE: AVALIA RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER, DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, DE DIABETES E DE DOENÇAS ORTOPÉDICAS DE COLUNA, JOELHO.P = Nº DE EMPREGADOS (IMC>25)_____ X 100TOTAL DE EMPREGADOS SOBRE CONTROLE

3) PORCENTUAL DE TABAGISTAS: AVALIAÇÃO DA POSSIBILIDADE DE

DOENÇA CARDIOVASCULAR, DE CÂNCER E OUTROS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOSP TAB = Nº DE TABAGISTAS (>5/DIA)_____ X 100TOTAL DE EMPREGADOS SOBRE CONTROLE

4) PORCENTUAL DE HIPERTENSOS: AVALIAÇÃO DE DOENÇA CARDIOVASCULARP HAS = Nº DE EMPREGADOS (PA MIN > 90MM HG)_____ X 100TOTAL DE EMPREGADOS SOBRE CONTROLE

5) PORCENTUAL DE HIPERCOLESTEROLEMIA: POSSIBILIDADE DE DOENÇA CARDIOVASCULAR P COLEST = Nº DE EMPREGADOS (CT / HDL >5)_____X 100TOTAL DE EMPREGADOS SOBRE CONTROLE

6) PORCENTUAL DE SEDENTÁRIOS: AVALIAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULARP SED= Nº DE EMPREGADOS (ATIV. FÍSICA < 3 X / SEMANA)_____ X 100TOTAL DE EMPREGADOS SOBRE CONTROLE

7) PORCENTUAL DE RISCO CARDIOVASCULAR:P IRCV = Nº DE EMPREGADOS (IRCV>18)_____ X 100TOTAL DE EMPREGADOS SOBRE CONTROLE

ANÁLISE DO ABSENTEÍSMO CAUSADO PELOS ACIDENTES DE TRABALHO: (CÁLCULO QUE DEVE SER REALIZADO PELA SEGURANÇA DO TRABALHO)

INDICADORES:

1. TAXA DE FREQUÊNCIA (TF) - Representa a quantidade de acidentes que poderão ocorrer na Organização em um prazo de 1.000.000 de horas-homem de exposição ao risco.

2. GRAVIDADE (TG) Representa a quantidade de dias perdidos e debitados na Organização em um prazo de 1.000.000 de horas-homem de exposição ao risco.

1. TAXA DE FREQUÊNCIA (TF) : NA x 106_____HHT· HHT: Número de horas homem trabalhadas (de exposição ao risco), no período de tempo considerado no NA e no NP.· NA: Número de acidentes ocorridos (SEM PERDA DE TEMPO/ COM PERDA DE TEMPO) em um determinado período de tempo

2. TAXA DE GRAVIDADE (TG) : (NP + ND) x 106_____HHT· ND: Número de dias debitados, correspondendo aos casos de acidentes com morte ou com incapacidade permanente, total ou parcial.

É fixada conforme tabela constante da NB (Norma Brasileira) nº 18· NP: Número de dias perdidos pelo trabalhador acidentado (entre o dia seguinte ao do acidente e o dia da alta médica), em um determinado período de tempo. Não são computados os acidentes SPT.· HHT: Número de horas homem trabalhadas (de exposição ao risco), no período de tempo considerado no NA e no NP.A Segurança do Trabalho deve investigar minuciosamente cada acidente na busca do FATO GERADOR e criar mecanismos de prevenção para cada causa identificada IV. Ações que deverão ser adotadas: As ações são personalizadas tanto para O Instituto quanto para os trabalhadores, mas existem medidas que em linhas gerais podem ser aplicadas a toda e qualquer Organização, por exemplo:

Criar uma rotina para entrega de atestados médicos e verificação da veracidade dos mesmos

Divulgar essa rotina a todos os empregados

Solicitar apoio dos supervisores dos funcionários no cumprimento dessa rotina. Idem RH (Recursos Humanos- denominado em algumas empresas como setor de Gestão de Pessoas)

Atualizar periodicamente essa rotina a luz da legislação em vigor (jurídica e administrativa Conselho Regional de Medicina)

Não abonar atestados fora do período divulgado para entrega, salvo exceções de impedimento por gravidade do quadro clínico

Programar palestras educativas preventivas de saúde que se relacionem com as principais causas de ausência ao trabalho por motivo de doença

Fazer Campanhas Preventivas de Vacinação em parceria com os Postos de Saúde do Município

Distribuição de material educativo (folhetos, colocação de cartazes, artigos educativos por via e-mail, em realização de diálogo de saúde, distribuição de condom e outros), a todos os trabalhadores visando muni-los do maior número de informações possíveis para evitar o adoecimento pelo desconhecimento das fontes de contaminação de doenças infectocontagiosas e/ou sexualmente transmissíveis

Encaminhar os trabalhadores para acompanhamento com especialistas quando já foi identificada alterações iniciais patológicas, estimula-los ao tratamento precoce

Fazer um programa de qualidade de vida no trabalho que seja viável de aplicação prática, divulgar esse programa na empresa

Criar um programa de controle de afastados (que já estão pela Previdência Social), acompanhando periodicamente a possibilidade de melhora ou de piora individual

Elaborar um programa de ergonomia que seja capaz de prevenir doenças ocupacionais, incluindo na sua operacionalização a criação de um Comitê de ergonomia que será treinado para atuar na fiscalização das ações e sugestões de melhoria

Readaptar precocemente com o apoio da alta gerência, da supervisão imediata, do RH, da segurança do trabalho os trabalhadores que apresentam capacidade residual de trabalho para outra tarefa de menor grau de solicitação, respeitando as limitações do mesmo, porém mantendo-o produtivo, evitando assim, o seu afastamento para a Previdência Social. Essas readaptações podem inclusive

serem homologadas pela Previdência Social, colocando o empregado na cota de portador de deficiência

Os casos que demandam restrição temporária de determinadas tarefas por indicação médica devem ser respeitados, mantidas as demais funções que não necessitam da restrição mencionada no laudo médico, de modo a permitir a continuidade da produtividade evitando o afastamento completo por incapacidade total para Previdência Social pelo esforço realizado em função do não cumprimento da restrição médica recomendada. Ao final do período de restrição esses funcionários devem ser reavaliados pelo médico-assistente

Fazer visitas periódicas a área de trabalho para mapeamento dos riscos de exposição e identificação de não conformidades que possam se constituir em substrato para agravamento de doenças clínicas pré-existentes ou aparecimento de doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho

Elaborar programas preventivos que estejam relacionados com a atividade econômica desenvolvida pela empresa

Estimular prática esportiva, alimentação adequada, hidratação correta, check-up anual clínico e por exames complementares, horas de lazer e repouso

Ensinar aos empregados técnicas de gerenciamento de estresse, apresentar palestra sobre o tema

OBSERVAÇÃO: AS AÇÕES EMPREGADAS NÃO SE LIMITAM AO UNIVERSO ACIMA APRESENTADO.

EXEMPLO DE ROTINA DE ATESTADOS: A rotina de atestados médicos faz parte do programa de controle de absenteísmo e visa estabelecer procedimentos para entrega destes documentos por parte dos funcionários.

A análise dos atestados será realizada pelo centro médico com intuito de propiciar suporte secundário ao tratamento iniciado fora do serviço de saúde da empresa e simultaneamente prover o auxílio no controle e manutenção da produtividade exigida pelo negócio desenvolvido (atividade econômica). Todos os

funcionários estarão subordinados a estas regras.

A legislação de referência utilizada será: Lei 605 de 05/01/1949, súmulas 15 e 282 do TST (Tribunal Superior do Trabalho), Convenção Coletiva de Trabalho estipulada entre as partes, código penal brasileiro (apresentação de documentos falsos), Lei 8212 de 1991 da Previdência Social e Resoluções do Conselho Regional de Medicina concernente a atestados médicos.

O médico do trabalho ou clínico devem além de conhecer do estado de saúde do funcionário, transmitir quando possível, orientações aos familiares ou pessoa designada por ele. Pelo conhecimento técnico e dos riscos da área de trabalho, o médico de saúde ocupacional pode acatar o atestado a ele apresentado em parte ou no todo, sendo permitido igualmente sua recusa em igual teor (parte ou todo). Cabe ao médico fundamentar os motivos que ensejaram tal rejeição no prontuário clinico do funcionário.

Os atestados originais devem ficar arquivados no prontuário, deve ser cedida uma cópia do mesmo ao paciente. Os encaminhamentos ao INSS devem atender a legislação previdenciária (Leis 8212/91; 8213/91, Decreto 3048/99, Decreto 3668/2000) e serão de responsabilidade do médico do trabalho

Os únicos profissionais habilitados para emitir atestado são os médicos e dentistas, portanto documentos emitidos por eles serão avaliados para fins de abono de faltas no trabalho. Os demais profissionais (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc...) somente poderão emitir declaração de comparecimento que podem ou não ser aceitas pelo serviço medicina da empresa.

As declarações de comparecimento na EMPRESA XXXXX em função da filosofia da empresa, não servem de comprovação para abono de dia ou horas, apenas justificam a ausência do empregado no período assinalado a ser compensada a posteriori. Internações eletivas (programadas) devem ser comunicadas previamente do Centro Médico da Unidade

Atestados de acompanhamento de familiar não estão previstos na CLT (Consolidação das Leis Trabalhista). Consultar se esta situação está prevista em convenção coletiva de trabalho.

Outros casos devem ser resolvidos conjuntamente pelo RH (Recursos

Humanos), área operacional (supervisão direta e indireta) e setor médico. Existe penalidade prevista no CP brasileiro pela apresentação de atestado médico falso- é o artigo 302 e 304 do CP (Código Penal) que ainda está em vigor. Basicamente a rotina de atestados convencionada seria:

Os atestados consecutivos ou não dentro do mesmo mês deverão ser entregues ao serviço responsável pelo próprio colaborador, na impossibilidade do mesmo por motivo de internação ou outro similar mobilizar familiares ou colegas de trabalho para entrega de preferência até 48 horas ou segundo dia útil caso o problema de saúde se apresente no final de semana.

O atestado deve vir com laudo do médico - assistente incluindo sintomatologia, exames complementares realizados, diagnóstico (CID X) e terapia instituída. Essas informações serão imediatamente anexadas ao prontuário clínico dos pacientes para melhor avaliação e controle dos casos.

Afastamentos odontológicos independentemente do número de dias passam pelo serviço médico para abono e devem vir com CID X também.

Atestados fornecidos por médicos não credenciados pelo SUS (médicos particulares ou do serviço conveniado), independentemente do número de dias devem seguir a orientação da solicitação de laudo médico descrita no item n° 2.

Atestados com mais de 3 dias de abono- os pacientes não retornam ao posto de trabalho sem apresentarem a alta do médico – assistente. De forma que , com isso, evitaremos a apresentação de outro atestado precoce sobre a alegação de recolocação prematura no posto de trabalho.

Exame de retorno ao trabalho obrigatório aos colaboradores que se afastaram por mais de 30 dias consecutivos, exceto férias.

Consultas médicas ou procedimentos complementares de forma geral não impedem o retorno ao trabalho (no mesmo dia) de modo que, a princípio o campo que deverá ser preenchido no atestado é o de horas. Caso o médico julgue inapropriada essa conduta faz-se a justificação no prontuário médico e libera -se o dia para o empregado (exames especiais que demandem a utilização de contraste, artroscopia, punção –biópsia, anestesia, entre outros). O médico da empresa avaliará caso a caso.

Colocação dos atestados médicos na planilha de controle de absenteísmo

para que se tenha uma estatística mensal por setor, função, total de dias perdidos, principais motivos de afastamentos (identificação dos agentes nocivos a saúde do trabalhador quer sejam de origem clínica, quer sejam de natureza ocupacional, com intuito de implantar as campanhas de prevenção).

Observação: dessa maneira poderemos ter um controle melhor das alterações que propiciam a ausência no trabalho.

OBS: a sugestão é que seja feita uma cartilha com todos estes dados e que ela seja distribuída já na integração do empregado.

As vantagens proporcionadas pela redução do absenteísmo:

a) Manutenção da produtividade em patamar estável

b) Menor sinistralidade do plano de saúde

c) Diminuição da sobrecarga na Previdência Social

d) Maior chance de promoção do trabalhador na empresa pelo seu tempo de dedicação e serviço)

e) Redução da demanda judicial

f) Menor custo com horas extras e contratação temporária

g) Menos sobrecarga de trabalho para aqueles que ficam no setor

Pelo exposto, verificamos que a causa do absenteísmo, na maioria das vezes, extrapola o âmbito da responsabilidade médica pela presença de múltiplos fatores associados, demandando a cooperação de todos para seu adequado tratamento.