

1. ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE FENIX DO BRASIL

10

A **Fênix do Brasil Saúde – Gestão e Desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde** é uma Organização Social de Saúde, qualificada nos termos da Lei Federal nº 9.637/1998 e das legislações estaduais e municipais vigentes, habilitada a atuar em parceria com o Poder Público na gestão de serviços de saúde de interesse coletivo. Somos uma instituição privada, filantrópica, **sem fins lucrativos**, com personalidade jurídica própria e absoluta obrigação legal de reinvestir todo excedente financeiro na melhoria de infraestrutura, tecnologia, inovação e qualificação da assistência.

Nossa trajetória nasce da mobilização social, ainda em 1990, transformando-se em OSCIP em 2004 e, posteriormente, em Organização Social de Saúde. Crescemos mantendo o propósito que nos definiu desde a origem: **transformar o cuidado em saúde, com dignidade, ética, humanização e eficiência**, fortalecendo o SUS de forma complementar e responsável.

A Fênix atua em todo o território nacional, com experiência em **unidades hospitalares, pronto atendimento, unidades pré-hospitalares fixas e móveis, centros odontológicos, serviços diagnósticos e terapêuticos, cirurgias eletivas, gestão de estoques, hotelaria hospitalar, regulação assistencial, gestão de recursos humanos e implementação de sistemas de informação em saúde**. Atuamos com base nas diretrizes da Lei Federal nº 8.080/1990, garantindo universalidade, integralidade e igualdade de acesso aos usuários.

Ao firmar contratos de gestão com Estados e Municípios, assumimos compromissos públicos, com metas mensuráveis, indicadores de desempenho e total transparência na aplicação dos recursos, seguindo rigorosamente o princípio da economicidade, o controle social e a fiscalização permanente dos órgãos competentes. O patrimônio permanece público. O serviço permanece público. O acesso permanece 100% público. Nossa missão é torná-lo mais eficiente, humano e resolutivo.

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 para a gestão de serviços de saúde, 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, promover 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: Praça Coronel Sandoval de Figueiredo, 40, Vila Azevedo		
Município: São Paulo	CEP: 03308-040	UF: SP
DDD 11	Telefone 2092-6787	e-mail - fenixbrasilsaude@outlook.com
Representante Legal: Eliana Donizetti Giroto Silva		CPF: 076.121.298-17
Cargo: Presidente		Período de Mandato: 16/11/2024 a 15/11/2028

2.2. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA FENIX DO BRASIL SAUDE

2.2.1. NOSSA GOVERNANÇA

A Fênix possui Conselho de Administração com representação da sociedade civil e do Poder Público, conforme determina a Lei. Mantemos auditoria permanente, prestação de contas regular, relatórios periódicos de produção, controle de metas e indicadores, permitindo fiscalização contínua. Atuamos com compliance, integridade institucional e política anticorrupção, garantindo a legitimidade de cada ato administrativo e assistencial

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, Visão e 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.

13

2.2.2. ESTRUTURA DA GESTÃO INTERNA DA FENIX DO BRASIL SAUDE

A 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 interage 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 áreas funcionais e de negócios padronizada e esperada.

14

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.
- IV.

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 satisfação aos 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, avaliação 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, garantido 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, conciliação das demandas de trabalho focado unicamente no interesse do Instituto 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.

15

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

- Pela Assembleia Geral dos associados, 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 as de 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 as expectativas 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 e externos;
- III. É vista como fundamental para a criação de um ambiente de negócios saudável e confiável, importante para o desenvolvimento de Organização Social.

16

2.2.3. PRINCÍPIOS GERAIS DA GOVERNANÇA APLICADOS A EXECUÇÃO DOS CONTRATOS

A governança utilizada pela Fênix tem como propósito assegurar a qualidade assistencial, a transparência na gestão, a segurança do paciente, a responsabilidade sanitária e a eficiência do uso de recursos públicos, conforme diretrizes do SUS, legislações contratuais, vigilância sanitária e órgãos reguladores.

A governança se estrutura em quatro eixos:

- ✓ Governança Estratégica e Institucional
- ✓ Governança Assistencial e Segurança do Paciente
- ✓ Governança Operacional e de Processos
- ✓ Governança de Auditoria, Compliance e Gestão de Riscos

Estrutura de Governança

A estrutura de governança é composta pelos seguintes níveis hierárquicos e funcionais:

Direção Geral / Diretoria Executiva

Responsável pelo alinhamento institucional, interlocução com as Secretarias Municipais de Saúde e pelo cumprimento integral dos contratos de gestão.

Atribuições principais:

- ✓ Aprovar planos de trabalho, protocolos, POP's e políticas institucionais.
- ✓ Monitorar indicadores estratégicos de qualidade, segurança e eficiência.
- ✓ Garantir conformidade legal, regulatória e contratual.

Governança Assistencial e Segurança do Paciente

A Fênix adota modelo de segurança do paciente baseado nas diretrizes da RDC nº 36/2013, Portaria nº 529/2013 e recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Presente em todos os equipamentos geridos, com composição multiprofissional envolvendo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, gestores e equipe administrativa.

17

Funções:

- ✓ Elaborar e manter o Plano de Segurança do Paciente.
- ✓ Garantir a implementação dos protocolos de segurança:
 - Identificação do paciente
 - Comunicação efetiva
 - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos
 - Cirurgia segura
 - Prevenção de quedas e lesões por pressão
 - Higiene das mãos
- ✓ Supervisionar ações de mitigação de riscos assistenciais.
- ✓ Promover treinamentos e educação permanente.

Controle e Gestão de Eventos Adversos

A Fênix utiliza metodologia de gestão de eventos adversos baseada em:

- ✓ Notificação obrigatória interna (espontânea e estruturada)
- ✓ Análise de causa raiz (ACR) / Método de London Protocol
- ✓ Classificação por gravidade (Near Miss, EA leve, moderado e grave)
- ✓ Auditoria concorrente dos casos de maior gravidade

Fluxo de Registro e Tratamento de Eventos Adversos:

1. Identificação do evento pela equipe
2. Registro imediato (formulário eletrônico ou físico)
3. Avaliação pelo enfermeiro líder
4. Comunicação ao Núcleo de Segurança do Paciente
5. Análise técnica e definição de causa raiz
6. Emissão de plano de ação corretiva/preventiva
7. Monitoramento até solução final

8. Apresentação mensal em reunião colegiada.

O processo promove cultura de aprendizado, não punitiva, reforçando comportamentos seguros.

18

Governança de Auditoria e Compliance

A Fênix mantém sistema estruturado de auditoria contínua, composto por auditoria assistencial, administrativa, contábil e operacional.

Auditoria Assistencial

Atua de forma concorrente, retrospectiva e amostral, com foco em:

- ✓ Adequação dos prontuários
- ✓ Conformidade dos registros de enfermagem e medicina
- ✓ Adequação das condutas aos protocolos assistenciais
- ✓ Fluxo de medicamentos e materiais
- ✓ Tempo de permanência e resolutividade assistencial
- ✓ Adesão aos protocolos de segurança do paciente

Ferramentas utilizadas:

- ✓ Checklist de conformidade assistencial
- ✓ Matriz de rastreabilidade de atendimento
- ✓ Indicadores clínicos e operacionais

Auditoria Administrativa / Processual

Responsável pelo acompanhamento:

- Execução orçamentária e financeira
- Compras, contratos e abastecimento
- Gestão de estoques e rastreabilidade
- Recursos humanos, admissões, escalas e encargos
- Conformidade documental e regulatória

Auditoria Específica – Perícias IMESC

- ✓ Verificação da qualidade técnica dos laudos

- ✓ Análise de aderência às diretrizes periciais
- ✓ Controle de prazos e taxa de retrabalho
- ✓ Garantia da imparcialidade e integridade das informações

Governança de Riscos e Qualidade

19

Mapa de Riscos

Cada unidade possui seu Mapa de Riscos Assistenciais e Operacionais, contemplando:

- Riscos clínicos
- Riscos estruturais
- Riscos operacionais
- Riscos sanitários
- Riscos administrativos/contratuais

Classificação por probabilidade × impacto, com priorização das ações.

PDCA Institucional e Melhoria Contínua

A gestão utiliza ciclos contínuos de melhoria:

- ✓ Planejar – diagnóstico, protocolos, indicadores
- ✓ Executar – práticas assistenciais e operacionais
- ✓ Checar – auditorias, indicadores, monitoramento
- ✓ Agir – ajustes, treinamentos, mudanças no processo

Reuniões de Governança e Transparência

Reuniões Mensais de Governança Assistencial

Com participação de:

- Diretoria Fênix
- Coordenações Médica e de Enfermagem
- Equipes administrativas
- Núcleo de Segurança do Paciente
- Auditoria

Reuniões Trimestrais de Governança Estratégica

Direcionadas aos municípios, com apresentação de:

Indicadores

- ✓ Eventos adversos
- ✓ Plano de ação
- ✓ Demandas críticas
- ✓ Auditorias

Indicadores Monitorados

Alguns dos principais indicadores utilizados:

Segurança do Paciente

- ✓ Taxa de queda
- ✓ Lesão por pressão
- ✓ Erro de medicação
- ✓ Infecção relacionada à assistência
- ✓ Eventos adversos por 1.000 atendimentos

Assistenciais

- ✓ Tempo porta–classificação
- ✓ Tempo de atendimento por cor no Manchester
- ✓ Tempo de permanência
- ✓ Taxa de encaminhamento hospitalar

Operacionais

- Absenteísmo
- Cobertura de escala
- Consumo por paciente
- Giro de estoque

Conclusão

O modelo de governança adotado pela Fênix garante:

- ✓ Segurança ao paciente
- ✓ Transparência e rastreabilidade
- ✓ Rigor técnico e auditoria permanente
- ✓ Redução de riscos e eventos adversos
- ✓ Melhoria contínua dos processos assistenciais e administrativos
- ✓ Cumprimento total das metas contratuais

21

2.3. ESTATUTO CONSOLIDADO DA FENIX DO BRASIL SAUDE

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.

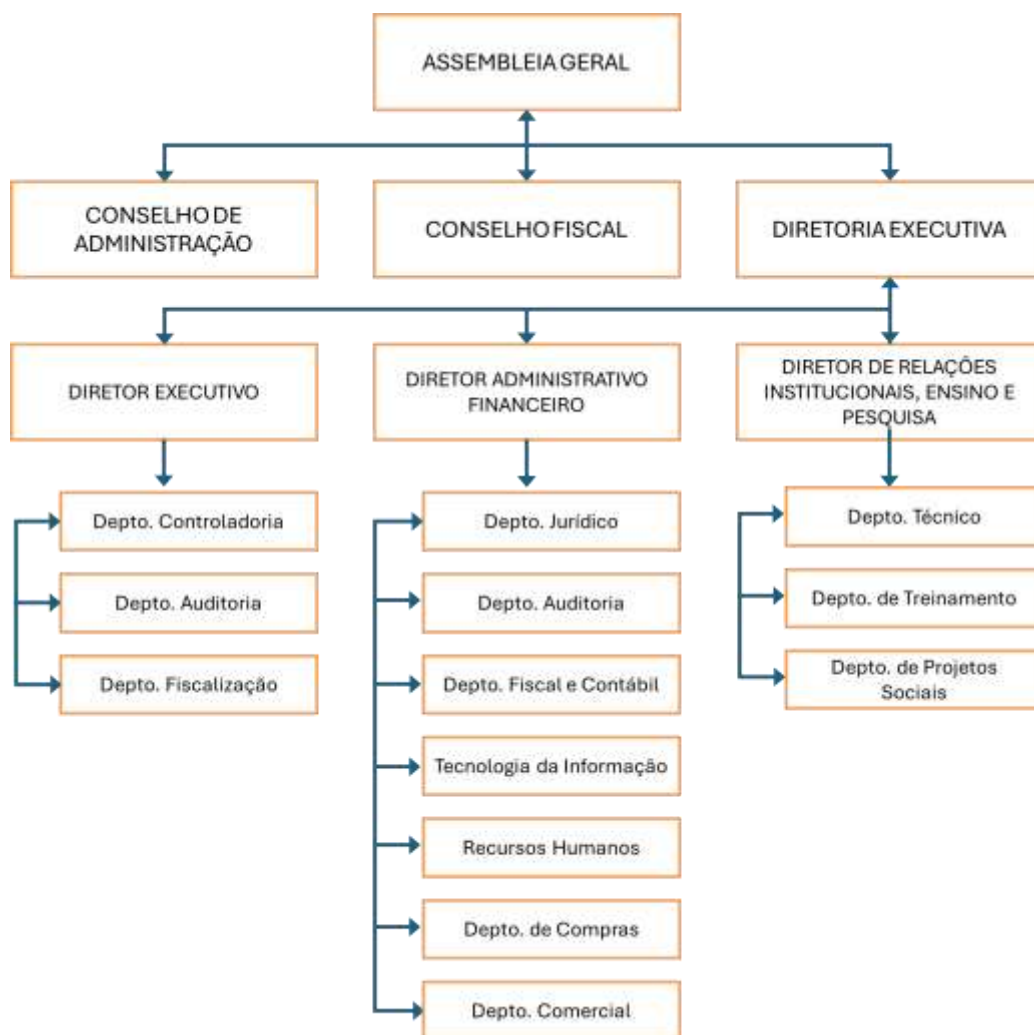
O Estatuto é constituído por tempo indeterminado, em conformidade com legislação em vigor e demais disposições legais pertinentes que lhe sejam aplicáveis.

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

2.4. REGIMENTO INTERNO DA FENIX DO BRASIL SAUDE

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, estabelecido o funcionamento das prestações de serviços de saúde, respeitando nível hierárquico do Organograma da FÊNIX e processos de trabalhos definidos a ser seguido.

ORGANOGRAMA ESTRUTURAL DA FÊNIX DO BRASIL SAÚDE



QUAL NOSSO PROPÓSITO

Promover uma gestão moderna, inteligente e humanizada, centrada na experiência do paciente e no cuidado responsável com o gasto público.

Nossos serviços são executados por equipes multiprofissionais, com especialistas em gestão pública, administração hospitalar, contabilidade, engenharia clínica, farmácia, enfermagem, medicina e tecnologia da informação. Combinamos experiência técnica e sensibilidade humana, porque acreditamos que **saúde não é apenas tratar a doença, mas restaurar dignidade, acolhimento e vida.**

NOSSA ATUAÇÃO NO SUS

A FENIX fortalece o Sistema Único de Saúde com gestão eficiente, transparente e orientada a resultados. Operamos serviços de saúde de média e alta complexidades, urgência e emergência, pré-hospitalar, remoção, cirurgias eletivas e assistência especializada. Somos parceiros de municípios e estados, ampliando capacidade instalada, reduzindo tempo de espera, qualificando indicadores assistenciais e gerando maior satisfação dos usuários.

Projetamos e executamos modelos de gestão baseados em:

- humanização e ambiência,
- controle de infecção, segurança do paciente e acreditação,
- protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas,
- gestão de estoque por curva ABC, lote, validade e dose unitária,
- governança corporativa e compliance,
- informatização total do cuidado e rastreabilidade de processos.

Cada unidade gerida pela Fênix é acompanhada por auditorias internas e externas, com relatórios mensais, indicadores pactuados e avaliação permanente do desempenho.

2.5. PERFIL INSTITUCIONAL

A FENIX DO BRASIL SAUDE, pessoa jurídica de direito privado, é uma associação sem fins lucrativos, coduração 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 médica 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.

2.6. FILOSOFIA DA FENIX DO BRASIL SAÚDE

24

NOSSA MISSÃO

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**:

NOSSA VISÃO

Nosso objetivo básico e único é a melhoria na qualidade de vida de todas as pessoas que forem cuidadas por nós.

NOSSO VALORES

Nossos valores são baseados nos 3 “E”: Eficácia, Excelência e Efetividade.

NOSSO PILARES

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.

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.

RESPONSABILIDADE SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Fênix investe em ações educativas, campanhas preventivas, atendimento humanizado, acessibilidade, inclusão social, vigilância epidemiológica e educação permanente das equipes. Atendemos gratuitamente a população usuária do SUS, integrando cuidado clínico e responsabilidade ambiental, com rígido controle de resíduos, segurança operacional e proteção ao meio ambiente.

NOSSA ESSENCIA

Somos uma organização moderna, sólida, experiente e comprometida com resultados. Mas, acima de tudo, somos uma instituição formada por pessoas que cuidam de pessoas. Cada leito organizado, cada criança atendida, cada cirurgia bem-sucedida, cada paciente acolhido com respeito, tudo isso faz parte de quem somos e da saúde que acreditamos.

Transforma números em cuidado, estruturas em acolhimento e recursos públicos em saúde eficiente, transparente e humana.

Essa é nossa marca. Esse é nosso compromisso.

2.6.1. OBJETIVOS DA INSTITUIÇÃO

2.6.2. OBJETIVO GERAL

Nosso objetivo é prestar serviços de saúde de forma transparente, eficaz e humanizada, sempre em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e em atendimento às diretrizes estabelecidas pela Lei Federal nº 8.080/1990, além de 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.

26

2.6.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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 contrarreferência; 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 respectivos 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 Unidade de Gestão de Promoção 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 contrarreferência;
- 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. DAS RESPONSABILIDADES

29

2.7.1. DA RESPONSABILIDADE SOCIAL

A FÊNIX, de maneira socialmente responsável significa garantir o compromisso dos nossos profissionais com ética no exercício de suas profissões. 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.

2.7.2. DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES PARA O CONTRATO

A FENIX compromete-se a realizar a prestação de contas mensal de forma transparente e regular, conforme as exigências e a legislação aplicável, contendo a comprovação documental de todas as despesas realizadas com os recursos financeiros transferidos, observando os princípios da rastreabilidade, segregação de funções, probidade, legalidade e economicidade.

Em cumprimento as suas obrigações a FÊNIX se responsabiliza na prestação de serviços de gestão, além das obrigações estabelecidas na legislação do SUS, bem como nos diplomas legais que regem a presente contratação, as seguintes:

- I. Prestar os serviços e atividades conforme especificado no Plano de Trabalho e seus anexos, cumprindo com todas as obrigações constantes das especificações técnicas e metas, podendo contratar serviços especializados de terceiros, desde que previstos no Plano de Trabalho ou se aprovado pela Secretara Municipal de Saude;
- II. universalidade de acesso aos serviços de saude;
- III. Integralidade de assistencia , entendida como sendo o conjunto articulado e continuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equioamentos do Sistema Unico de Saude existentes no município;
- IV. Gratuidade de assistencia, sendo vedada a cobrança em face de paciente ou seus

- representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto. Dessa forma o atendimento deverá ser exclusivo aos usuarios do Sistema Unico de Saúde – SUS;
- V. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; respeito a decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
 - VI. Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - VII. Direito de informação as pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VIII. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
 - IX. Fomento dos meios para participação da comunidade por intermedio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação popular, buscando efetivar o Controle Social;
 - X. Garantia do sigilo dos dados e informações relativas as pacientes;
 - XI. Manter em seus quadros técnicos para a gestão, profissionais com a qualificação de acordo com a habilitação da CONTRATADA, com equipe mínima, de acordo como o Termo de Referência do edital;
 - XII. Contratar recursos humanos, conforme Plano de Trabalho, com qualificação e em número suficiente para a execução do objeto do Contrato, na forma da lei, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais;
 - XIII. Garantir, sempre que necessário atividade de integração de trabalhadores juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde esclarecendo aos participantes das políticas municipais de saúde e funcionamento da rede de serviços de saúde integrada;
 - XIV. Seguir as orientações técnicas da Política Municipal de Saúde, em consonância com as políticas nacionais vigentes do SUS, apoiando a articulação da rede de serviços de saúde e comprometendo-se com a qualidade da atenção a saúde;
 - XV. Atender aos usuários com dignidade e respeito, de modo universal, gratuito e equânime, mantendo sempre a busca pela qualidade na prestação dos serviços, contemplando as orientações da Política Nacional de Humanização do SUS e da Secretaria de Saúde;
 - XVI. Prestar contas sistemática e periodicamente à Secretaria Municipal de Saúde e a Comissão de Monitoramento e Avaliação por meio de instrumento específico de Prestação de Contas, relatórios e planilhas de execução;

- XVII. Implementar ações voltadas a apuração da Satisfação dos Usuários e Acompanhantes, para reprodução, promoção e apoio para a confecção de relatórios periódicos e sistemáticos dos resultados para Secretaria Municipal de Saúde. O instrumento de apuração e a periodicidade de entrega dos resultados poderão ser alterados segundo solicitação e aprovação da Secretaria de Saúde;
- XVIII. Adotar e cumprir o Regulamento Interno da FÊNIX para os procedimentos de aquisição e contratação de serviços, obras e insumos de qualquer natureza necessários para a execução do Contrato, responsabilizando-se por quaisquer resultados decorrentes dos processos, adotando os princípios que regem a Administração Pública, voltados a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e probidade administrativa;
- XIX. Responsabilizar-se pela indenização de danos decorrentes de ações ou omissões voluntárias ou de negligências, imprudências ou imperícias, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, que nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a eles vinculados, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável, sem prejuízo das demais sanções cabíveis;
- XX. Responsabilizar-se pelo cumprimento integral de todas as exigências do Edital.
- XXI. Manter o Programa de Compliance com protocolos de acionamento e condutas éticas que pode ser consultado no link:

<https://fenixbrasilsaude.org.br/transparencia/?s=&categoria=compliance&mes=&ano=&parceria=fenix-do-brasil-saude>



The screenshot shows a web browser window with the URL <https://fenixbrasilsaude.org.br/transparencia/?s=&categoria=compliance&mes=&ano=&parceria=fenix-do-brasil-saude>. Below the address bar is a search section titled "Busca de documentos". It includes a text input field for "Palavra:", a dropdown menu for "Tipo Documento:" (set to "Compliance"), a dropdown menu for "Mês:" (set to "Todos os meses"), and a dropdown menu for "Ano:" (set to "Todos os anos"). There is also a "Vínculo:" label and a large orange button labeled "Buscar documentos:". Below the search section, there are four document thumbnails, each featuring the Fenix do Brasil Saúde logo and a title: "Nota Aprovação Compliance e Designação do responsável pelo Comitê de Integridade", "Programa de Compliance Fênix do Brasil", "Protocolo Acionamento Compliance Fênix", and "POP Fênix Completo Compliance Condutas Éticas".

É vedada a FÊNIX, a distribuição de parcela ou totalidade de suas rendas, a título de vantagem, lucro ou participação nos resultados aos seus conselheiros e diretores, bem como transferir recursos a outras entidades ou para o desenvolvimento de atividades não compatíveis com as finalidades definidas no contrato a ser firmado;

32

Fica o dirigente máximo da FÊNIX responsável pelo cumprimento do contrato de gestão, segundo metas contratuais, conforme definição no Plano de Trabalho.

Os dirigentes nomeados responderão por seus atos ao dirigente máximo da FÊNIX, e as instâncias colegiadas cabíveis, conforme legislação vigente.

Os dirigentes não serão responsáveis por atos ilícitos de servidores e demais administradores da Instituição, salvo se com eles for conivente, se negligenciar na fiscalização ou se, deles tendo conhecimento, deixar de agir para impedir a sua prática.

Exime-se de responsabilidade, nos limites da lei, o dirigente que faça consignar sua divergência e de ciência a Secretaria de Saúde.

2.8. AREAS 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 Movei;

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

2.9. EXPERIENCIA

2.9.1. COMPROVAÇÃO DA OS – CAPACITAÇÃO TECNICA (ANEXO I)

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUAQUECETUBA - SP

33

Período de Execução: 07/06/2005 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 às 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.

Local da Prestação de Serviços: DAY HOSPITAL ERMELINO MATARAZZO S/C LTDA - SP

Gestão, Operacionalização e Execução dos Serviços de saúde 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

34

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.

35

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 30/11/2024

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.

36

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.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DA PALHA - ES

Período de Execução: 05/04/2023 A 31/08/2023.

Contrato Emergencial para Gestão em serviços de saúde de urgência e emergência, ambulatoriais e hospitalares, ortopedia e cirurgias eletivas no Hospital São Gabriel.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

Período de Execução: 21/06/2024 até a presente data.

Contrato de Gestão para Gerenciamento, Operacionalização e Gerenciamento dos Serviços de Saúde no Pronto Socorro Municipal de Pindamonhangaba – SP

Contratante: IMESC - INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO - GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE JUSTIÇA E CIDADANIA

Período de Execução: 19/04/2024 até a presente data

Credenciamento e Contrato para fins de realização de perícias nas esferas cível e criminal nas especialidades de Medicina, Odontologia (Cirurgia buco maxilo), Psicologia (psicólogo e Neuropsicólogo), para realização de perícias forenses e atividades junto ao IMESC.

Contratante: PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ - SP

Período de Execução: 01/12/2024 até 30/11/2025

Contrato de Emergencial 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.

37

2.9.1. CURRÍCULO DO MEDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA OS (ANEXO II)

Dra. Danielle Canineo Oliveira – CRM/SP 154.943

2.9.2. CURRÍCULO E EXPERIÊNCIA DO GESTOR OPERACIONAL (ANEXO III)

Dr. Fabricio Alves Segura – COREN/SP 136.338

2.10. GESTÃO DA 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 a demonstração 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.

3. INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES A SEREM PRESTADAS PELA FENIX DO BRASIL SAUDE SEGUNDO OS PRINCIPIOS DO SISTEMA UNICO DE SAUDE

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 Unidade de Gestão de Promoção de Saúde de Jundiaí vem, através da Rede de Atenção Pré-Hospitalar, Hospitalar, de Urgência e Emergência e de especialidades assegurar o alcance dos seguintes objetivos:

- I. Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- II. Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;
- III. Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;

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

3.1. PRESTAÇÃO DE SERVIÇO VOLTADO À NECESSIDADE DO CLIENTE

Para a prestação de serviço voltado a necessidade do cliente, 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 Jundiaí 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 Chamamento Público, que passarão a integrar o Contrato de Gestão, 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.

3.2. ATENÇÃO A SAÚDE PARA A ÁREA 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, as urgências e emergências, a hospitalização, cirurgias, partos e obstetria, compondo a rede regional de assistência e atenção à saúde, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, sendo capaz de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves, atendimento às parturientes, a neonatos e crianças além de atendimento psiquiátrico.

A manutenção deste serviço para o cuidado de pessoas, 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 a regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Saúde 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 Unidade de Gestão de Promoção de Saúde do Município de Jundiaí e o contido no Contrato de Gestão.

41

3.3. DO OBJETO

A Gestão da FÊNIX será prestada por meio de contrato de gestão, a ser celebrado com a proponente, a partir da proposta técnica e econômica, observadas 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 que tange aos serviços descritos no termo de referência do edital.

A gestão das atividades propostas do presente projeto será efetivada mediante o Contrato 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 Municipal 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 sua devida execução pelo prestador de serviços, primando o contratado sempre pela preservação da vida, e pelo cumprimento das Normas e Diretrizes do Programa do serviço que estiver vinculado, em fiel cumprimento 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 regulador pertinente, devendo possuir no sítio 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 Unidade de Promoção e Gestão da 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 – SUS 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 metas pactuadas;
 - 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 gestão, operacionalização, execução, monitoramento, aprimoramento e avaliação das atividades necessárias ao pleno funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 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, manutenção predial, tecnologia da informação, monitoramento por câmeras, tudo conforme estabelecido o referente edital, no Contrato de Gestão e nos respectivos anexos.
 - Assegurar a operacionalização do atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar dos usuários do SAMU 192;
 - Executar diretamente ou por meio de subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios ao funcionamento do SAMU 192;
 - Administrar a oferta e gestão dos serviços acessórios necessários ao funcionamento do SAMU 192 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 do SAMU 192 mediante apresentação de listagem descritiva.

A Gestão, Operacionalização, Execução, Monitoramento, Aprimoramento e Avaliação das atividades necessárias ao pleno funcionamento do Serviço Móvel de Urgência – SAMU 192 incluirão ainda:

- Desenvolvimento de linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade a assistência ao usuário que necessite do SAMU 192;
- Alcance de metas e indicadores que se encontram expressos no termo de referência que integra o referente edital.

A FÊNIX, estabelecerá compromisso para a Gestão, Operacionalização, Execução, Monitoramento, Aprimoramento e Avaliação das atividades necessárias ao pleno funcionamento do Serviço Móvel de Urgência – SAMU 192 assegurando a prestação contínua, ininterrupta e integral do atendimento móvel a população em regime de 24 (vinte e quatro) horas/dia, com assistência diferenciada, gestão de resultados, eficiência operacional, governança clínica, segurança do paciente e compromisso com a qualidade, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, além da garantia de gestão voltada aos resultados quantitativos e qualitativos dos serviços prestados, ferramenta de gestão como indicadores de Desempenho, Qualidade e Produção, e manutenção dos padrões de qualidade exigidos pelo Ministério da Saúde,

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.

3.3.1. QUANTO A ASSISTENCIA

1. Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização - **PNH**, que é uma política nacional e institucional do SUS, e não é opcional, Integra as diretrizes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e determina que todas as ações de saúde devam: valorizar

o trabalhador, qualificar o cuidado, promover o acolhimento, garantir a escuta qualificada, fortalecer a corresponsabilidade e melhorar a comunicação com usuários e familiares.

2. Garantir a realização de atendimento aos usuários assistidos, de forma ininterrupta, com equipe técnica da CONTRATADA, conforme estabelecido nas normas exaradas pela Unidade de Gestão e Promoção da Saúde de Jundiaí, 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 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 do SAMU 192, bem como suas revisões e atualizações;

7. Fornecer e disponibilizar, sempre que solicitados, prontuário, laudos e relatórios de procedimentos, realizados pela equipe do SAMU 192, para paciente ou responsável, para auditorias dos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação;

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

3.3.2. 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 Jundiaí, 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. Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
11. Garantir o sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;
12. Reportar-se à Coordenação de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde
13. Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes;
14. Compor a subcomissão do controle social de acompanhamento do SAMU 192;
15. Fornecer equipamentos de informática e providenciar a manutenção dos mesmos;
16. Providenciar sistemas informatizados oficiais (CNES, SIA/SUS, e- Saúde);
17. Fornecer link de dados e conectividade (Intranet/Internet).

3.3.3. QUANTO AO ASPECTO OPERACIONAL

1. Garantir o funcionamento ininterrupto do SAMU 192;
2. Garantir que o SAMU 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 do SAMU 192: manutenção predial, hidráulica, elétrica, de eletrodomésticos e eletrônicos, bem como engenharia clínica para a manutenção preventiva e corretiva do parque tecnológico imediatamente após a assinatura do Contrato;
6. Fornecer uniformes no padrão e especificações exigidas pelo MS e demais normas regulamentadoras;
7. Fornecer roupas hospitalares no padrão estabelecido para o SAMU 192;
8. Fornecer serviço de lavanderia hospitalar;
9. 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;
10. Contratar serviços especializados e licenciados para controle de pragas urbanas, observando as normas em vigor e a periodicidade necessária;
11. Contratar serviços de limpeza de esgoto e de caixa d'água, bem como de análise da água, de acordo com a legislação vigente;
12. Fornecer manutenção predial, hidráulica e elétrica e conforto ambiental;
13. Realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações;
14. Arcar com as despesas de concessionárias, tais como, de água, luz, telefone, internet, gás, combustível e outros serviços, mantendo-os em dia a fim de evitar a interrupção do fornecimento dos serviços.
15. Dar conhecimento imediato à Secretaria Municipal de Saúde, 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 serviço;

16. Comunicar previamente com a Secretaria Municipal de Saúde qualquer proposta de alteração no quadro de direção ou coordenação geral e técnica do SAMU 192;

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

18. Responder às demandas da Ouvidoria, dentro dos prazos estabelecidos.

47

3.3.4. 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, de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem) e outros profissionais qualificados para atender os chamados SAMU 192, de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência;
7. Garantir que a escala dos profissionais seja cumprida, através de plano de contingência e chamada de profissionais de sobreaviso, para cobertura dos plantões em caso de faltas e afastamentos legais;
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;
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 do SAMU 192, 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 quaisquer obrigações, presentes ou futuras;
13. Apresentar à Secretaria Municipal de Saúde, 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;

49

3.3.5. 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 Unidade de Gestão e Promoção da Saúde de Jundiaí;

2. Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos Secretaria Municipal de Saúde 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, 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 em até 30 dias após a assinatura do Contrato;

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

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

atualizado e os bens devidamente patrimonizados.

3.3.6. QUANTO A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

1. Operacionalizar o sistema informatizado;
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;

0

3.3.7. QUANTO À PRESTAÇÃO DE CONTAS

A CONTRATADA deverá fazer as prestações de contas contendo a comprovação documental de todas as despesas realizadas com os recursos financeiros transferidos pelo Fundo Municipal de Saúde, observando os princípios da rastreabilidade, segregação de funções, probidade, legalidade e economicidade.

A Prestação de Contas Mensal deverá compor:

1. Relatório de execução físico-assistencial, com evolução quantitativa e qualitativa nos atendimentos;
2. Relatório Operacional contendo desempenho das escalas, frota e indicadores do IMR;
3. Planilha Financeira detalhada, segregando custos diretos e indiretos;
4. Notas fiscais, recibos, contrato e comprovantes bancários referentes a todas as despesas;
5. Conciliação bancária e extratos da conta específica vinculada ao Contrato de Gestão;
6. Inventário de insumos, medicamentos e materiais estratégicos;
7. Relatório de auditoria da própria OS;
8. 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), por fonte de repasse;
9. Relatório de custos, por grupos de despesas analítico, e relatório de custos por grupos de despesas consolidado;
10. Relatório das capacitações realizadas informando tema, ministrante, carga horária e lista de frequência devidamente assinada;

11. Relatório acerca da ação mensal realizada e voltada à segurança dos pacientes;
12. Conciliação bancária mensal;
13. Cópia das certidões de regularidade com encargos sociais - INSS, FGTS e PIS/PASEP, TRABALHISTA E AFINS);
14. Prestação de contas anual, no prazo legal, de acordo com a Instrução Normativa 01/2020 do TCEP;
15. Notas fiscais devidamente acompanhadas dos relatórios detalhados de serviços prestados, com a respectiva assinatura do responsável pelos serviços;
16. Notas fiscais de serviços médicos acompanhadas com as respectivas escalas individuais;
17. Escalas médicas mensais com a integralidade dos plantões realizados, divididas de acordo com as especialidades;
18. Entrega da prestação de contas no formato digital.
19. Certidão negativa de débitos previdenciários e de terceiros referentes ao mês imediatamente anterior;
20. Guias de recolhimento da contribuição previdenciária, devidamente quitadas;
21. 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;
22. Folhas de salário dos empregados envolvidos na execução do objeto contratual, com discriminação das verbas pagas;
23. 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;
24. 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;
25. Certidão negativa de débitos trabalhistas (CNDT);
26. Certidões de regularidade fiscal federal, estadual e municipal;
27. 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;
25. Listagem com nome e CRM dos médicos que atuaram no SAMU 192 durante o mes;
26. 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;
27. 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;

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;
- No prazo de até 30 dias após a finalização do exercício financeiro e em até 30 dias após o término do contrato, deverá anexar todos os documentos referentes ao checklist conforme instrução Normativa TCESP, disponibilizado no sistema de prestação de contas do Município
- A contratada deverá informar 02 (duas) contas bancárias específicas para gestão deste projeto, sendo que 01 (uma) conta será específica para o recebimento de saldos não utilizados e os valores destinados ao provisionamento, e deverá ter aplicação automática dos valores depositados, garantindo assim que os mesmos fiquem reservados para esta finalidade.

4. PLANO DE TRABALHO

O presente plano de trabalho tem por objetivo apresentar de forma completa, estruturada e fundamentada, as diretrizes técnicas, assistenciais, administrativas e operacionais necessárias para a execução do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, no município de Mesquita, conforme previsto no Edital.

Esse documento irá orientar a implantação, operacionalização, gestão, monitoramento e avaliação e melhoria dos serviços, assegurando a conformidade com as políticas públicas de saúde, normas sanitárias, regulamentações profissionais e demais legislações aplicáveis.

Adotaremos ferramentas de gestão integradas, protocolos assistenciais padronizados, modelos de segurança do paciente, forte cultura de educação permanente,

4.1. Base Constitucional e Legal

A estruturação e execução do SAMU 192 são amparadas pelas seguintes normas e dispositivos legais:

- ✓ Constituição Federal de 1988 – artigos 6º, 23º, 30º e do 196º ao 200º;
- ✓ Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde;
- ✓ Lei nº 8.142/1990 – Participação da comunidade e transferência intergovernamental;
- ✓ Decreto nº 7.508/2011 – Organização da Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Lei nº 13.979/2020 – Medidas de enfrentamento às emergências de saúde pública;
- ✓ Lei nº 14.133/2021 – Nova Lei de licitações e Contratos (para contratações acessórias);
- ✓ Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);
- ✓ Normas dos Conselhos Profissionais (CFM, COFEN, COREN's, CREFITO, etc);
- ✓ Normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

4.2. Base Regulatória da Urgência e Emergência

- ✓ O funcionamento do SAMU 192 deve observar integralmente as seguintes portarias:
- ✓ Portaria GM/MS nº 1.864/2003 – Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências;
- ✓ Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- ✓ Portaria GM/MS nº 1.600/2011 – Reformula a PNAU e define diretrizes da Rede de Atenção às Urgências (RAU);
- ✓ Portaria GM/MS nº 2.971/2008 – Normas da Central de Regulação;
- ✓ Portaria GM/MS nº 3.390/2013 – Componente RAU/SAMU.

Essas Normativas definem:

- ✓ Funcionamento 24 horas;
- ✓ Regulação médica obrigatória
- ✓ Atendimento pré-hospitalar móvel (APH);
- ✓ Integração com as unidades hospitalares;
- ✓ Responsabilidade técnica e sanitária.

4.3. Integração à Rede de Atenção às Urgencias

O SAMU 192 integra a Rede de Atenção às Urgencias do SUS, articulando-se com:

- ✓ Central de Regulação das Urgencias;
- ✓ Serviços de APH fixo (UPA's, Pronto Atendimento, Pronto Socorro);
- ✓ Hospitais gerais e especializados;
- ✓ Atenção Primária;
- ✓ Rede de Saúde Mental (CAPS);
- ✓ Rede de Reabilitação;
- ✓ Corpo de Bombeiros;
- ✓ Polícia Militar;
- ✓ Defesa Civil.

54

O objetivo é garantir: resposta rápida, manejo adequado nos primeiros minutos críticos.
Direcionamento ao serviço mais apropriado e continuidade do cuidado.

4.4. Princípio que regem o Plano

Este Plano de Trabalho está fundamentado nos seguintes princípios:

Universalidade;

Equidade;

Integralidade da assistência;

Segurança do Paciente;

Eficiência e Economicidade;

Humanização;

Regionalização e hierarquização;

Educação Permanente;

Rastreabilidade de processos;

Melhoria contínua (PDCA);

Transparência e controle Social.

Iremos estabelecer o marco legal, normativo e institucional que fundamenta todo Plano Técnico operacional. Servirá de base para:

- Definição da metodologia;
- Estruturação da rede;
- Construção de Protocolos;
- Organização do modelo assistencial;
- Diretrizes de gestão e governança.

55

A partir daqui, descreveremos de forma minuciosa cada aspecto operacional e assistencial do SAMU 192, garantindo aderência ao edital e as normas federais.

4.5. FINALIDADE, OBJETIVOS E PRINCIPIOS

4.5.1. Finalidade

Este tem como finalidade apresentar o objeto central da parceria, a finalidade do Plano de Trabalho e os princípios que norteiam a execução técnica, administrativa e assistencial do SAMU 192, incluindo:

- Gestão da Central Municipal/Base Descentralizada do SAMU;
- Atendimento Pres Hospitalar móvel de urgência (APH);
- Disponibilização de equipes completas e qualificadas;
- Gestão da frota, manutenção e descontaminação;
- Gestão de insumos, medicamentos e materiais médicos hospitalares;
- Desenvolvimento e Implantação de protocolos assistenciais;
- Educação permanente dos profissionais;
- Governança clínica, auditoria e indicadores de desempenho;
- Articulação com a Rede de Atenção às Urgências (RAU);
- Ações administrativas, financeiras e de suporte à operação;
- Relatórios mensais;
- Processos de melhoria contínua.

- Definir claramente como será organizada a operação do SAMU 192;
- Estabelecer a estrutura técnica, assistencial e administrativa do serviço;
- Garantir fluxos regulatórios eficientes e integrados com a RAU;
- Definir uma atuação baseada em protocolos e evidências clínicas;
- Estabelecer metas, indicadores e modelos de monitoramento;
- Apresentar mecanismos de governança, auditoria e segurança do paciente;
- Demonstrar capacidade técnica e institucional;
- Proporcionar transparência e rastreabilidade de todos os processos operacionais;
- Viabilizar condições adequadas para atendimento móvel de urgência 24 horas;
- Garantir que o município disponha de um SAMU 192 eficiente, moderno, regulado, seguro e alinhado à legislação vigente.

4.5.2. Objetivo Geral

Implantar o componente assistencial móvel SAMU 192, acionado e coordenado por uma única Central de Regulação de Urgência no Município de Mesquita, localizado na Baixada Fluminense e integrante da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e que possui população estimada em aproximadamente 178 mil habitantes, com elevada densidade demográfica e expressivas vulnerabilidades sociais. Essas características estruturais influenciam diretamente o perfil epidemiológico e a demanda por serviços de urgência e emergência, impondo pressões constantes sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), em consonância com a atual Política Nacional de Atenção às Urgências, devidamente articulado com a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.5.3. Objetivos Específicos

1. Prestar assistência gratuita à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), observando o disposto no art. 198, da Constituição Federal, no inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual, no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)
2. Ofertar aos usuários do SUS do município de Mesquita os atendimentos em urgência e emergência pré-hospitalar móvel conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;

3. Assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento ao usuário do SAMU 192 de Mesquita – RJ;
4. Implantar um modelo de gerência dentro da concepção administrativa por objetivos, onde preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;
5. Cumprir com todas as obrigações contratuais e todas as ações propostas nesta Proposta Técnica
6. Implantar e promover as atividades relacionadas ao Plano de Educação Permanente com os profissionais que compõem as equipes do SAMU 192 de Mesquita;
7. Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da central de regulação médica, utilizando número exclusivo e gratuito;
8. Operacionalizar os sistemas regionalizado e hierarquizado de saúde no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando reposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
9. Realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares de urgência;
10. Realizar o atendimento médico pré-hospitalar de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o hospital;
11. Colaborar e atuar no auxílio à captação e transporte de órgãos para transplante na região;
12. Promover a união dos meios médicos próprios do SAMU ao dos serviços de salvamento e resgate do corpo de bombeiros, da polícia militar, da polícia rodoviária, da defesa civil ou das forças armadas quando se fizer necessário;
13. Regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Âmbito regional, ativando equipes apropriadas para as transferências de pacientes;
14. Participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos envolvendo múltiplas vítimas;
15. Prover banco de dados atualizado no que diz respeito a atendimentos de urgência e de transferência inter-hospitalar de pacientes graves;
16. Servir de fonte de pesquisa e extensão a instituições de ensino; Identificar, através do banco de dados da Central de regulação ações que precisam ser desencadeadas dentro da própria área de Saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros.

5. O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE EMERGENCIA - SAMU

O atendimento segue protocolos nacionais estabelecidos pela Portaria MS/GM nº 1.010/2012, que define diretrizes operacionais, fluxos e critérios de regulação. As equipes são multiprofissionais, formadas por Médicos, Enfermeiros, Técnicos ou auxiliares de enfermagem e Condutores socorristas. Esses profissionais realizam atendimento no local da ocorrência, em residências, vias públicas, empresas e demais espaços, oferecendo suporte básico ou avançado de vida conforme a gravidade.

A Central de Regulação recebe o chamado, caracteriza a emergência, e o Médico Regulador decide qual tipo de viatura deve ser enviada, priorizando a unidade mais próxima e com maior nível de suporte necessário para o caso.

Em termos de capacidade operacional e organização da base de operação, Mesquita possui uma base de operação do SAMU, estrategicamente localizada para reduzir tempo-resposta e ampliar cobertura, obedecendo a quantitativos mínimos de profissionais para cada tipo de unidade móvel, conforme demonstração nas tabelas abaixo:

A descentralização territorial otimiza o tempo resposta e atende princípios de equidade e universalidade no acesso ao atendimento pré-hospitalar.

No que se refere ao Modelo Assistencial, a Fênix do Brasil, continuará garantindo que o SAMU Mesquita atue com base em protocolos técnicos padronizados, fundamentados em evidências científicas, diretrizes clínicas e recomendações internacionais, contemplando principalmente:

Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida (BLS/ALS)

Manejo de politrauma e imobilização

Monitorização e suporte ventilatório

Administração de medicamentos e intervenções no local

Teleorientação pelo Médico Regulador

Transporte seguro para Unidades de Referência

O serviço dispõe de tecnologia avançada, com monitores cardíacos, desfibriladores, oxímetros, equipamentos de vias aéreas, bombas de infusão e materiais de contenção e imobilização.

O SAMU disponibilizara atendimento de Urgencia 24 horas ininterruptas nos sete dias da semana com equipes multiprofissionais compostas por profissionais qualificados, habilitados e com experiencia nas areas:

- De medicina: medicos que atuam como reguladores e intervencionistas;
- De enfermagem: com profissional enfermeiro de nivel superior e de nivel tecnico;
- De Condução de veiculo tipo ambulancia;
- De atendimento e comunicação
- De farmacia;
- De educação em saude;
- De apoio logistico e administrativo

O atendimento do SAMU 192 Mesquita, inicia a partir de uma ligação de chamada, através da qual é aberta uma ocorrência para atendimento. O solicitante deve ser atendido com escuta diferenciada e humanizada, com vistas a ser levantadas todas as informações necessárias para conhecer a situação de risco.

As solicitações de socorro serão recebidas, avaliadas, hierarquizadas e atendidas por ordem de prioridade de acordo com as decisões do médico regulador. Durante o atendimento, o solicitante deve ser acolhido e ter o atendimento resolutivo e orientado de forma a redirecionar, quando for o caso, para os locais adequados à continuidade do tratamento através do trabalho integrado entre a Central de Regulação Médica das Urgências e outros serviços (Regulação de leitos hospitalares, de procedimentos de alta complexidade, de exames complementares, de internamentos e de consultas especializadas, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, dentre outros), busca-se assim, a assistência ao usuário é garantida de forma integral.

Para o efetivo funcionamento do serviço, a rede de atenção deve estar estruturada com serviços fixos que atendam, de forma pactuada e hierarquizada, as ocorrências atendidas pelo SAMU 192 de forma resolutiva. Neste caso, é determinante que o Plano da Urgência e Emergências esteja implantado e tenha considerado as atribuições formais de cada unidade de saúde, bem como as suas responsabilidades, o adensamento tecnológico e os recursos humanos qualificados.

A Central de Regulação Médica do SAMU 192, operacionalizada por Médicos Reguladores,

é um espaço no qual se garante uma escuta permanente de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central, bem como o estabelecimento de uma classificação inicial do grau de urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada a cada solicitação, bem como a utilização de dispositivos da rede como as Bases Descentralizadas, que são postos avançados para acomodação das ambulâncias e suas respectivas equipes.

Utiliza-se ainda o Modelo Geocentrico de Regulação, ou seja se demarcarmos com pontos os locais nos quais se encontram as bases descentralizadas e traçarmos linhas imaginárias ligando-os, o resultado são figuras semelhantes às geométricas, daí o surgimento do referido nome. As ambulâncias são distribuídas desta forma a fim de facilitar a visão espacial do médico regulador, bem como abranger a maior área de cobertura possível.

Além disso, caso alguma viatura fique fora de operacionalização por qualquer que seja o motivo (problema mecânico, principalmente), o médico regulador em parceria com o operador da frota poderá designar o veículo mais próximo para atendimento desta área e evitar que a região fique descoberta temporariamente.

Garantir um funcionamento adequado do modelo de regulação referência do acima, algumas tecnologias serão incorporadas à central de regulação médica das urgências como o sistema de rastreamento dos veículos através de GPRS instalado em cada veículo, permitindo assim o rastreamento e a transmissão de dados para a Central de Regulação Médica a tempo real .

Estas ferramentas oferecem informações que servem para auxiliar na decisão gestora do regulador médico, uma vez que atuam sobre dois dos grandes nós críticos do atendimento pré-hospitalar móvel, a comunicação qualificada com as equipes de atendimento e a diminuição do tempo resposta.

Dos Serviços de atendimento e comunicação;

Todos os atendimentos realizados pelo SAMU 192 Mesquita começam por um contato telefônico. A ligação realizada por um solicitante é a porta de entrada no sistema de urgência pré-hospitalar móvel. Neste cenário, o primeiro contato é realizado pelo Telefonista Auxiliar de Regulação Médica, o TARM.

Assim sendo, o atendimento deste profissional deve ser realizado de forma acolhedora e transmitindo ao solicitante segurança e confiança. Sendo o TARM o primeiro profissional a contatar com o solicitante, a conduta de recepção deve garantir a continuação da comunicação, para que posteriormente o médico regulador possa buscar todas as

informações que julgar necessárias para aquele pedido de socorro.

Neste sentido, o TARM deverá seguir todas as orientações para o recebimento dos chamados telefônicos e lembrar que, usualmente, as primeiras informações trazidas pelo solicitante apresenta os fatos mais fidedignos relacionados ao agravo. Com isso, o acolhimento inicial realizado pelo TARM, além de garantir a continuidade no processo de comunicação, tem por objetivo identificar sinais de alerta que surjam de imediato em decorrência da natureza do agravo, bem como a descrição do caso/cenário por parte do solicitante.

Após o acolhimento inicial, já com a ocorrência de atendimento aberta, o médico regulador determina a conduta a ser adotada pelas equipes das ambulâncias, sendo a comunicação da Central de Regulação com as equipes de campo realizadas pelos rádios operadores.

Os rádios-operadores são profissionais treinados para operar os rádios de comunicação que ficam na Central e disponíveis em cada uma das ambulâncias.

Ao chegar no plantão, é papel dos operadores de rádio do SAMU 192 levantar todos os nomes dos profissionais que estão de serviço nas bases descentralizadas, além do número de telefones de apoio. Cabe a este profissional saber quais viaturas estão disponíveis para atendimento e onde estas se encontram, visto que é ele quem comunica às equipes a necessidade de deslocamento, após a avaliação de risco feita pelo médico regulador.

O rádio operador deve acompanhar todas as situações do plantão, e sua comunicação com as equipes é feita através do rádio ou telefone. As equipes fazem contato com ele, solicitando dados em relação ao endereço da ocorrência, bem como pontos de localização e referência, além da solicitação de apoio de outras unidades do próprio SAMU ou de outros serviços (polícia, bombeiros, agentes de trânsito etc.).

Todas as saídas e chegadas das ambulâncias são registradas pelo rádio operador. Esses dados ficam registrados através de um sistema informatizado, mas também são mantidas cópias impressas diárias desse controle. Na tela, ele acompanha os horários:

- (1) de saída da ambulância após a comunicação;
- (2) de chegada da equipe no local solicitado;
- (3) da saída da equipe do local do atendimento;
- 4) de chegada na unidade de saúde;
- (5) de liberação da unidade de saúde;
- 6) de disponibilidade para novo atendimento; e
- 7) de chegada na base.

Do Perfil assistencial

De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento Pré hospitalar Móvel de Urgência é agrupado em cinco categorias:

- causas externas clínico adulto
- clínico pediátrico
- psiquiátrico
- gineco-obstétrico
- cirúrgico

As principais causas de atendimento são:

Ocorrência de problemas cardiorrespiratórios;

Em casos de intoxicação exógena;

Em casos de queimaduras graves;

Na ocorrência de maus tratos;

Em trabalhos de parto onde haja risco de morte da mãe ou do feto;

Em casos de tentativa de suicídio;

Em crises hipertensivas;

Quando houver acidentes/ traumas com vítimas;

Em casos de afogamento;

Em casos de choque elétrico;

Em acidentes com produtos perigosos;

Do Atendimento primário

Consideramos como atendimento primário a solicitação de ajuda originada diretamente da população, onde ainda não houve nenhuma intervenção de equipe de saúde sobre o usuário acometido pelo agravo. O médico regulador deverá proceder com interrogatório específico e estabelecer o diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível.

Tentar fazer o solicitante relatar calma e sucintamente o ocorrido, para presumir a gravidade do caso.

A detecção do nível de urgência e o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico são feitos a partir do interrogatório via telefone. Para abordagem dos casos a serem regulados, existe uma técnica de semiologia médica à distância, que procede com a avaliação inicial do caso a partir de uma sequência de perguntas, investigando os sintomas e sinais a partir de expressões relatadas ou respostas fornecidas às nossas perguntas, denominada de Síndromes Operacionais da Regulação Médica.

Tal procedimento tem como objetivo chegar inicialmente a um diagnóstico sindrômico que, antes mesmo do estabelecimento de uma hipótese diagnóstica, já permite a determinação da gravidade do caso e pode justificar o envio imediato de uma unidade móvel de atendimento, considerando a fórmula da detecção do grau de urgência ($U=GxVxT$).

Serviço Médico no SAMU 192

Além da Coordenação Médica que responde pela gestão do serviço médico, a equipe de profissionais médicos do SAMU 192 Mesquita atuam prestando atendimento em duas funções:

Regulação: neste caso, o médico regulador é responsável por acompanhar e atender as ocorrências abertas via ligação telefônica com vistas a garantir uma escuta permanente aos pedidos de atendimento, realizando a classificação inicial do grau de urgência de cada caso e, após esta classificação, disparando a resposta mais adequada a cada solicitação, bem como o tipo de ambulância e de qual base descentralizada deverá partir o atendimento buscando, com isto, garantir o tempo oportuno de atendimento, mantendo o menor tempo-resposta possível. Para realizar esta avaliação, o médico regulador deverá utilizar do protocolo de classificação de risco.

Intervenção: neste caso, o médico intervencionista é responsável por compor a equipe da ambulância de Suporte Avançado à Vida, tripulando o veículo sempre que uma ocorrência seja disparada pelo médico regulador. Durante o deslocamento para o local do atendimento, o médico intervencionista é apresentado ao quadro levantado pelo médico regulador que o levou a disparar uma ambulância avançada. Para ser médico intervencionista, o profissional deverá estar qualificado para atendimentos pré-hospitalares de emergência com risco iminente à vida utilizando todos os recursos (equipamentos, medicamentos, insumos etc.) disponíveis na ambulância.

Serviço de Enfermagem no SAMU 192

O Serviço de Enfermagem do SAMU 192 está vinculado diretamente à Coordenação de Enfermagem que tem como 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.

Os profissionais da equipe de enfermagem do SAMU 192 - Mesquita oferecerá à comunidade assistência humanizada em saúde, com qualidade, de forma integral, holística e humanizada, seguindo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Lei do Exercício da Profissão e demais legislações vigentes.

O Serviço irá cumprir a Resolução CONFEN nº 358/2009, implantando a Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE e a implementando o Processo de Enfermagem previsto para serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência móvel. Entende-se que a SAE contribui na organização do gerenciamento do cuidado, corroborando com registro sistemático e padronizado nas fichas de atendimento, viabilizando a agilidade na resolução de problemas, além de valorizar a atuação do enfermeiro e garantir uma assistência de qualidade ao usuário.

O serviço de enfermagem do SAMU 192 Mesquiata desenvolverá uma prática da assistência de enfermagem com qualidade através da sistematização da assistência, por meio de métodos ou processos específicos, promovendo capacitações para os profissionais de enfermagem, priorizando a urgência e emergência, buscando sempre a excelência e, desta forma, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população assistida pelo serviço praticando uma enfermagem ética, humanista, compromissada e livre de danos; desenvolvendo no enfermeiro um pensamento científico; prezando pela responsabilidade social; desenvolvendo competências pessoais; tendo comprometimento institucional e compromisso com a qualidade da assistência prestada.

Além da Coordenadora de Enfermagem, a equipe será composta por:

Enfermeiro Assistencial Intervencionista: é o profissional de enfermagem de nível superior, com registro do COREN e curso em Atendimento Pré-Hospitalar que atuará nas equipes que compõem as ambulâncias de Suporte Avançado à Vida realizando os atendimentos pré-hospitalares de emergência com risco iminente à vida conjuntamente com o médico intervencionista. Estes profissionais deverão ter visão abrangente nos cuidados pré-hospitalares; habilidades humanizadas no atendimento e trato com os usuários e familiares;

dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe; competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez; e ter experiência de um ano na área de atuação.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem: é o profissional de enfermagem de nível técnico, com registro do COREN e curso em Atendimento Pré-Hospitalar que atuará nas equipes que compõem as ambulâncias de Suporte Básico à Vida realizando atendimentos sozinhos sob a orientação da Central de Regulação. Estes profissionais deverão realizar o atendimento de forma humanizada no trato com usuários e familiares, ter técnicas e conhecimento científico, liderança, espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, respeito à hierarquia e comprovar experiência de, no mínimo, seis meses na área de atuação.

Enfermeiro do NEP: é o profissional de enfermagem de nível superior, com registro do COREN, título de tutora em Suporte Avançado à Vida - SAV e Suporte Básico à Vida SBV e com curso, domínio e habilitado nos protocolos de Atendimento Pré-Hospitalar que responderá pelas atividades de planejamento, execução e avaliação das atividades de capacitação dos profissionais que compõem as equipes do SAMU 192 Mesquita. Responde também pela execução dos projetos de articulação do SAMU 192 com a comunidade, as escolas e a rede de atenção à saúde, nos assuntos relacionados a capacitação. Este profissional deverá se manter atualizado, ter conhecimento de metodologias de educação, conhecer informática, ter visão abrangente nos cuidados pré-hospitalar,; ser organizado, dinâmico, versátil, ter bom relacionamento e trabalhar em equipe; competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez; e ter experiência de um ano na área de atuação.

Serviço da Frota

A frota do SAMU 192 Mesquita é de responsabilidade do Coordenador de Frota que está vinculado, diretamente ao Gestor Geral Administrativo. Além da Central de Regulação que funciona diariamente 24 horas, o serviço do SAMU 192 Mesquita conta com um total de 06 (seis) ambulâncias:

01 Unidades de Suporte Avançado (USA), financiadas federal e estadual;

02 Unidade de Suporte Basico (USB),, financiadas federal e estadual;

01 Unidades de Suporte Avançado (USA) adicional custeada pelo município;

02 Unidade de Suporte Básico (USB), adicional custeada pelo município;

TIPO	TRIPULAÇÃO
UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO - USB	Técnico ou Auxiliar de Enfermagem Motorista Socorrista
UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO - USA	Médico Enfermeiro Motorista Socorrista

66

É responsabilidade da FENIX DO BRASIL SAÚDE:

Assumir o seguro dos veículos da frota, bem como dos tripulantes e usuários das ambulâncias;

Manutenção preventiva (troca de óleo, pneus, etc), e corretiva (mecânica, funilaria, troca de lanternas) da frota;

Abastecimento de combustível.

6. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

6.1. PERFIL DA CIDADE E POPULAÇÃO BENEFICIADA

Mesquita pertence à Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, e limita-se com os municípios de Nova Iguaçu, Belford Roxo, Nilópolis, São João do Meriti e o município do Rio de Janeiro.

Com uma população estimada (2022) de 167.128 habitantes e abrangendo uma área territorial de 41,490 km², possui uma densidade demográfica elevada – segundo estimativas recentes é um território bastante adensado: 4.059,54 hab/km² (IBGE).

Historia e Urbanização

O município foi oficialmente emancipado em 25 de setembro de 1999, sendo o município mais novo da Baixada Fluminense/ do estado do Rio de Janeiro. Sua urbanização e ocupação se

intensificarm após meio-século com a expansão de loteamentos e instalações de indústrias/fábricas, abandonando antigas atividades agrícolas. A cidade é dividida em distritos/bairros, como por exemplo: Centro/Salto uruguaí, Vila Emil, Banco de Areia, abrangendo diversos bairros como Edson Passos, Chatuba, Cosmorama, entre outros.

Meio ambiente e Geografia

Parte do território de Mesquita pertence ao entorno do Maciço do Mendanha (ou Maciço Gericinó-Mendanha), área que abriga remanescentes de Mata Atlântica, cachoeiras e formações naturais.

Há um parque/área de proteção ambiental no entorno (área verde, nascentes, serras) que compõem parte da paisagem e da delimitação territorial.

Clima típico de altitude/serra: quente, com variação entre períodos de calor e chuvas, e, em regiões de serra/mata, temperaturas mais amenas — o que influencia o clima local.

Economia e Indicadores Socioeconômicos

Segundo dados de 2018, o PIB do município foi registrado como R\$ 2.261.969,18 mil, com PIB per capita de R\$ 12.879,91.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2010) de 0,737 — classificado como “alto”.

Essas características mostram que Mesquita é um município de densidade elevada, com urbanização consolidada, histórico recente de emancipação, mas com inserção geográfica relevante (áreas de serra/serrados, mata atlântica) — fatores importantes para análise de vulnerabilidades, infraestrutura urbana, acesso a serviços, meio ambiente e saúde.

Perfil Demográfico e Social

Com base em dados do município:

População total conforme censo/estimativas recentes: cerca de **167.127 habitantes** (Censo 2022).

Estimativa 2024 aponta 178.803 habitantes.

Segundo dados anteriores (ex: 2007), há uma composição étnico-racial diversa — uma parcela significativa da população declarava-se “parda” ou “preta/afrodescendente”.

Em termos de escolaridade, educação etc., o município já apresentou desafios relacionados à qualidade educacional (série fundamental, média, desempenho no ENEM etc.).

Como município integrado à Região Metropolitana do Rio, com densidade elevada — pressões típicas de áreas urbanas densas: habitação popular, densidade populacional alta, demanda por serviços públicos intensos (saúde, transporte, saneamento, etc.).

Esses dados indicam uma população urbana, numerosa, provavelmente com heterogeneidade social e desafios normalmente associados a contextos urbanizados densamente povoados — o que tem implicações diretas em demanda por serviços de saúde, vigilância epidemiológica, controle de doenças, assistência social, infraestrutura e saneamento.

A cobertura de atenção primária é considerada universal no município: há 11 clínicas da família, distribuídas pelos 17 bairros, de modo a garantir a cobertura da atenção básica para toda a população.

6.2. ANÁLISE DAS DEMANDAS ASSISTENCIAIS

A população relativamente grande, alta densidade e continuidade da atenção básica, sugerem que muitas demandas de saúde são resolvidas no nível primário. Contudo, a densidade populacional e a dinâmica urbana — associadas a fatores sociodemográficos típicos da Baixada Fluminense — provavelmente geram uma demanda elevada de urgência/emergência, especialmente traumática, violência urbana, acidentes de trânsito, crises clínicas (hipertensão, diabetes, AVC), emergência obstétricas entre outras.

6.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO/ INDICADORES DE SAÚDE & PANORAMA SANITÁRIO

Dados diretos de perfil epidemiológico municipal recentes específicos de Mesquita são parcialmente públicos ou dependem de bases estaduais/municipais, mas há alguns

elementos públicos relevantes:

Em 2025, o município aparece com desempenho destacado no programa Previne Brasil: com “Indicador Sintético Final (ISF)” de **8,36**, liderando a Baixada e figurando entre os melhores municípios do Rio de Janeiro em atenção primária.

69

Esse indicador sugere que Mesquita tem conseguido desempenho relevante em áreas de atenção primária à saúde, cobertura de serviços, prevenção, etc. ou ao menos tem indicadores de saúde suficientes para destacar-se entre os municípios do estado — o que é um dado positivo para planejamento de ações de saúde (seu campo de atuação).

A presença de áreas de mata, relevo acidentado, serra e encostas (Maciço do Mendanha / Gericinó) — junto à urbanização densa — pode representar desafios em termos de saneamento, habitação em áreas de risco, acessibilidade a serviços de saúde, controle ambiental e zoonoses, drenagem urbana, entre outros fatores de vulnerabilidade sanitária.

O perfil de mortalidade do município acompanha o padrão dos demais municípios urbanos da Baixada Fluminense / Metropolitana I:

Predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – sobretudo doenças do aparelho circulatório e neoplasias, seguidas por doenças respiratórias.:

1. Doenças do aparelho circulatório
 - ✓ Doenças isquêmicas do coração, AVC, insuficiência cardíaca.
 - ✓ Fortemente associadas a fatores de risco como hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo, tabagismo.
2. Neoplasias (câncer)
 - ✓ Câncer de mama, colo de útero, próstata, pulmão, estômago, intestino, entre outros.
 - ✓ Apontam para necessidade de rastreamento organizado e diagnóstico precoce.
3. Causas externas
 - ✓ Homicídios, acidentes de trânsito, outros tipos de violências e acidentes.
 - ✓ Afetam mais homens, adultos jovens e população negra, segundo padrões estaduais/metropolitanos.

4. Doenças respiratórias

- ✓ DPOC, pneumonias, asma descompensada, entre outras, com maior impacto em idosos e grupos vulneráveis.

5. Outras causas

- ✓ Endócrinas/metabólicas (diabetes), doenças do aparelho digestivo, causas mal definidas (proporção deve ser monitorada como indicador de qualidade da informação).

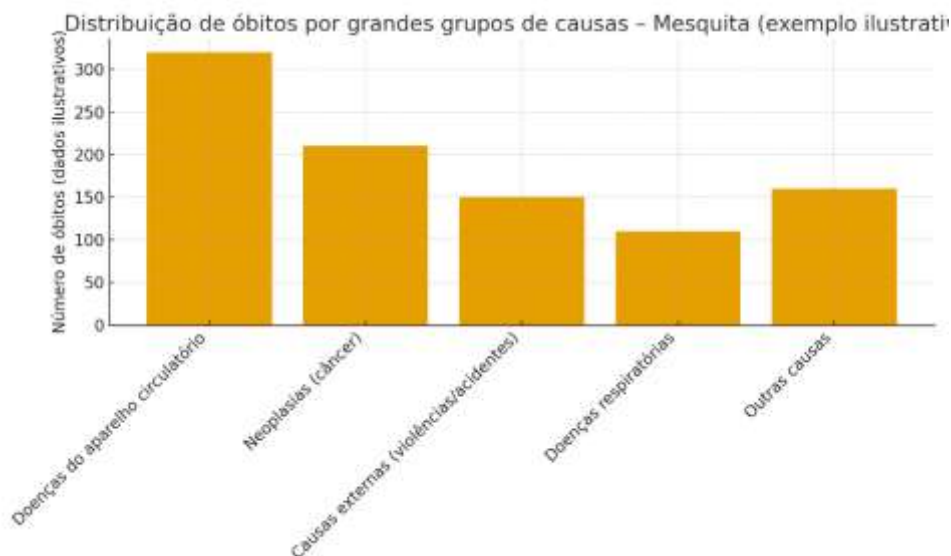
70

6. Causas externas (violências e acidentes) assumem papel importante, como em grande parte dos municípios metropolitanos do RJ.

Um recorte interessante (e oficial) é o de doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI):

A plataforma InfoSanBas traz uma série histórica de óbitos por DRSAI em Mesquita entre 1996 e 2020, com valores variando de 0 a 13 óbitos/ano, com pico em 2016 (13 óbitos) e oscilações nos demais anos.

Isso reforça a importância de articular vigilância em saúde + saneamento básico + controle ambiental, especialmente em área densamente urbanizada.



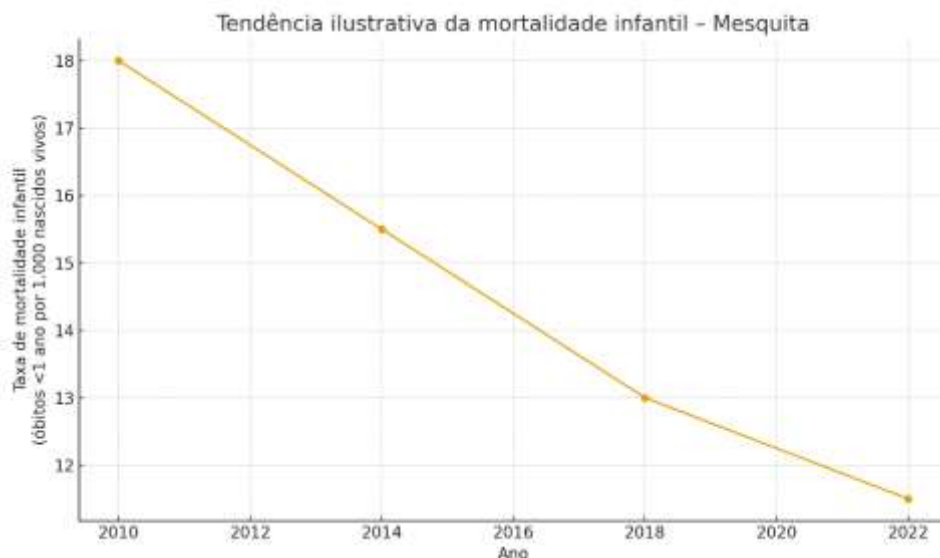
Mortalidade Infantil

IBGE e Atlas Brasil indicam que a taxa de mortalidade infantil de Mesquita (óbitos <1 ano / 1.000 nascidos vivos) era mais elevada no início dos anos 2000 (em torno de 19 óbitos por 1.000 NV) e vem apresentando tendência de queda progressiva nas últimas décadas, a exemplo do padrão nacional e estadual.

Os painéis de “Indicadores de Mortalidade Infantil e Perinatal” da SES/RJ permitem consultar, ano a ano, as taxas de mortalidade infantil específicas para Mesquita, calculadas a partir do SIM/SINASC.

Em termos de perfil:

- ✓ Redução da mortalidade por causas evitáveis (condições sensíveis à atenção básica, causas perinatais) com a expansão da Estratégia Saúde da Família e melhora da cobertura pré-natal e puericultura.
- ✓ Persistência de óbitos relacionados a condições perinatais, malformações congênitas e infecções – cenário típico de municípios urbanos com melhora gradual de indicadores, mas ainda com desafios em pré-natal de qualidade, partos e seguimento no primeiro ano de vida.



Interpretações para planejamento de saúde / gestão sanitária

Potencial demanda elevada e contínua por atenção primária, vigilância epidemiológica, estratégias de prevenção e promoção da saúde — graças à densidade populacional e perfil urbano.

Necessidade de atenção especial a saúde coletiva e ambiental: com áreas de serra / mata + zonas urbanas densas, gestão de risco, saneamento, controle ambiental, resíduos, controle de doenças (vetores, arboviroses, zoonoses) devem ser prioridades.

Bom desempenho recente no Previnir Brasil: oportunidade de consolidar e expandir redes de atenção, programas de educação permanente em saúde, atenção básica, saúde da família, etc.

6.4. ANÁLISE CRÍTICA DOS EQUIPAMENTOS, FROTA, RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA DISPONÍVEL COM IDENTIFICAÇÃO DE PONTOS CRÍTICOS E OPORTUNIDADE DE MELHORIAS

Apresentamos uma análise aprofundada dos recursos disponíveis no Município de Mesquita relacionados à operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192,

conforme diretrizes e exigências técnicas descritas no Edital 001/2025.

A análise abrange:

- ✓ Frota e condições das ambulâncias
- ✓ Equipamentos médico-hospitalares disponíveis
- ✓ Recursos Humanos – quantitativo, perfil e funcionamento
- ✓ Infraestrutura física e tecnológica de suporte ao SAMU
- ✓ Adequações necessárias
- ✓ Impactos sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE)

73

6.4.1. FROTA DO SAMU MESQUITA – ANÁLISE COMPLETA

Quantitativo de Viaturas Previstas no Edital

Tipo de Viatura	Quantidade	Finalidade
USA – Unidade de Suporte Avançado	2	Atendimentos graves / risco de morte
USB – Unidade de Suporte Básico	4	Atendimentos moderados / clínicos
Veículo administrativo	1	Apoio logístico e coordenação
Motolância (quando prevista regionalmente)	0	Não prevista neste edital

6.4.1.1. CONDIÇÕES ESPERADAS DA FROTA

Com base nas diretrizes do MS:

A. Ambulâncias USA (2 unidades)

- ✓ Veículos tipo Furgão Longo
- ✓ Ano ≥ 2020
- ✓ Odômetro compatível com operação contínua
- ✓ Devem possuir:

- Monitor multiparamétrico
- Desfibrilador/DEA
- Respirador mecânico
- Bomba de infusão
- Aspirador portátil
- Kit de parto
- Mochila de via aérea avançada
- Prancha rígida
- Oxigênio veicular (dupla saída)

Análise:

As USA's devem estar plenamente equipadas para suporte avançado, garantindo atendimento a PCR, trauma grave, IAM e AVC. No contexto regional, a alta densidade populacional e a circulação intensa exigem manutenção preventiva rigorosa e prontidão mecânica superior.

B. Ambulâncias USB (4 unidades)

- ✓ Veículos tipo Furgoneta Média
- ✓ Ano $\geq$ 2019
- ✓ Equipamentos essenciais:
 - Oxigênio portátil
 - Maleta de atendimento básico
 - Talas
 - Prancha curta e longa
 - Sinais vitais
 - Nebulímetro

Análise:

As USB's compõem a maior parte do volume assistencial e precisam manter giro rápido, abastecimento adequado e confiabilidade mecânica para não comprometer tempos-resposta.

Manutenção e conservação

A FENIX DO BRASIL SAUDE garantirá plano de manutenção corretiva e preventiva, que é

adequado para o grau de utilização das viaturas.

Pontos críticos identificados:

- ✓ Necessidade de controle rigoroso de rodagem
- ✓ Histórico de desgaste prematuro em municípios com topografia irregular
- ✓ Risco de indisponibilidade por quebra
- ✓ Necessidade de oficina credenciada 24h

75

6.4.2. EQUIPAMENTOS MÉDICOS – ANÁLISE TÉCNICA

A seguir, uma análise dos equipamentos listados como exigência do edital para a operação do SAMU Mesquita:

Equipamentos Medicos essenciais

Equipamento	Situação Esperada	Análise
Monitor multiparamétrico	2 por USA	Essencial para PCR, IAM e trauma; deve ter ECG 12 derivações
Respirador mecânico	1 por USA	Fundamental para pacientes críticos; manutenção preventiva obrigatória
Desfibrilador	1 por viatura	Deve ser bifásico; checagem diária é imprescindível
Bomba de infusão	2 por USA	Útil para sedação, aminas e analgesia contínua
Aspirador portátil	1	Criticamente importante – via aérea
Maletas padronizadas	Completo	Via aérea avançada, medicação, pediatria, parto, trauma

Avaliação geral:

A FENIX DO BRASIL SAUDE, garantirá **equipamentos calibrados, aferidos e com manutenção prevista.**

Equipamentos de USB

- ✓ Oxímetro portátil
- ✓ Esfigmomanômetro adulto e infantil
- ✓ Estetoscópio
- ✓ Nebulizador

- ✓ Prancha longa e colar cervical
- ✓ Talas e imobilizadores

Avaliação geral:

Os equipamentos são suficientes para suporte básico, mas demandam reposição rotativa alta devido ao desgaste natural.

76

Equipamentos da Central de Regulação

Critérios mínimos:

- ✓ Computadores de alta performance
- ✓ Sistema integrado com Mapa de Ocorrências
- ✓ 1 rádio transceptor por atendente
- ✓ Gravador digital de chamadas
- ✓ Painéis de monitoramento

Avaliação:

A central necessita conectividade estável, redundante e sistema de rádio confiável para garantir a operacionalidade contínua.

RECURSOS HUMANOS

O edital estabelece a seguinte composição:

Categoria	Quantidade	Jornada
Médico Regulador	1 por turno	12x36
Enfermeiro Regulador	1 por turno	12x36
Rádio Operador	1 por turno	12x36
TARM	1 por turno	12x36
Adm. Regulação	1 por turno	12x36

Categoria	Quantidade	Jornada
Médicos USA	8 (cobertura 2 viaturas)	12x36
Enfermeiros USA	8	12x36
Condutores USA	8	12x36
Técnicos USB	16	12x36
Condutores USB	16	12x36
Auxiliar de Higiene	1	40h
Farmacêutico	1	40h
Administrativo Apoio	1	40h

Análise qualitativa

O dimensionamento é adequado e suficiente para cobertura 24h.

A escala 12x36 reduz absenteísmo e garante reposição natural entre turnos.

Necessidade de núcleo de educação permanente para manter certificações e competências exigidas pelo MS.

Turnos longos exigem supervisão ativa e pausas para redução de risco de exaustão.

INFRAESTRUTURA

Base Descentralizada / Sede do SAMU

O edital especifica como obrigatória:

- Área administrativa
- Sala de rádio
- Sala do médico regulador
- Sala de equipe (descanso)
- Banheiros com chuveiro
- Copa
- Sala de higienização

- Depósito de materiais
- Farmácia / almoxarifado
- Estacionamento para viaturas

Análise

78

- A infraestrutura deve garantir fluxo limpo/sujo entre higienização e guarda de materiais.
- A base deve permitir giro rápido das viaturas.
- Necessário ambiente com climatização contínua para garantir estabilidade dos equipamentos.
- Áreas de descanso devem ser protegidas acusticamente para reduzir fadiga.

Central de Regulação

Requisitos:

- Local blindado acusticamente
- Organização de posições: TARM, Rádio, Regulação
- Mapa de ocorrências em display
- Gerador próprio
- Conexão redundante de internet
- Sistema de gravação 24h
- Monitoramento e câmeras internas

Análise

A central deve ser o coração do serviço. Quedas de energia, internet ou rádio implicam risco assistencial e devem ser mitigadas com redundâncias.

Almoxarifado e Farmácia

- Cadeia de frio garantida
- Controle de validade
- Rastreabilidade de medicamentos controlados
- Inventário mensal obrigatório

Oficina Mecânica e Abastecimento

- Convênio com oficina credenciada
- Abastecimento 24h
- Registro eletrônico de consumo
- Controle de km rodado por turno

79

6.4.3. GRAUS DE ADEQUAÇÃO E RISCOS IDENTIFICADOS

Equipamentos

- Necessidade de atualização e manutenção de ventiladores e monitores
- Alto risco de falhas em desfibriladores sem aferição periódica
- Estoques precisam ser revisados semanalmente

Frota

- Necessidade de plano de substituição anual
- Controle de disponibilidade por turno
- Alto impacto de indisponibilidade em USA

Recursos Humanos

- Dimensionamento adequado, porém sensível à falta pontual
- Importância de manter banco de reservas

Infraestrutura

- Risco de saturação da central sem redundância de comunicação
- Necessidade de adequação acústica
- Climatização contínua para garantir estabilidade dos equipamentos

Análise

O edital prevê estrutura suficiente e tecnicamente adequada para operação efetiva de um SAMU municipal, todavia, a execução demanda gestão especializada ativa, controle de qualidade rígido de frota, manutenção preventiva, supervisão contínua dos equipamentos e

capacitação permanente da equipe.

A infraestrutura deve ser modernizada para atender plenamente requisitos de segurança do paciente e continuidade operacional.

6.5. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DA RUE E SAMU NO MUNICIPIO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – é componente essencial da Rede de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.600/2011), atuando no atendimento pré-hospitalar móvel para situações de urgência clínica, traumática, cirúrgica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica. Sua principal finalidade é chegar precocemente à vítima, realizar estabilização inicial e organizar o transporte seguro ao serviço hospitalar adequado, prevenindo sequelas graves e óbitos evitáveis.

O Município de Mesquita, localizado na Baixada Fluminense e integrante da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, possui população estimada em aproximadamente 178 mil habitantes, com elevada densidade demográfica e expressivas vulnerabilidades sociais. Essas características estruturais influenciam diretamente o perfil epidemiológico e a demanda por serviços de urgência e emergência, impondo pressões constantes sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

A organização da RUE em Mesquita apresenta composição mista entre estruturas municipais e estaduais, sendo a **UPA 24h Mesquita**, gerida pelo Estado, o principal ponto de entrada para as urgências clínicas e traumáticas. A unidade concentra expressiva parte da demanda não programada e, em momentos de pico assistencial, opera com níveis elevados de ocupação. A rede conta também com um **CAPS 24h**, importante componente da Atenção Psicossocial, responsável pelo manejo de crises psiquiátricas e pelo acolhimento noturno, reduzindo a pressão sobre a UPA e qualificando o cuidado em saúde mental.

No tocante à retaguarda hospitalar, Mesquita dispõe do **Hospital da Mãe**, referência estadual para gestação de alto risco, parto e puerpério, que integra a linha materno-infantil da RUE regional. Contudo, a retaguarda para condições clínicas e cirúrgicas de média e alta complexidade permanece majoritariamente dependente de hospitais de municípios vizinhos da Baixada Fluminense e da capital, sendo sua regulação realizada pela **Central de**

Regulação de Urgências Regional (CRUR), coordenada pelo CISBAF. Essa dependência externa constitui uma das principais fragilidades da rede, contribuindo para maior tempo de permanência na UPA e dificultando a resolutividade local.

A Atenção Primária à Saúde (APS), embora em processo de fortalecimento, ainda apresenta integração limitada com os pontos de atenção da RUE, especialmente no que se refere aos mecanismos de comunicação, retorno de alta e acompanhamento pós-evento. Essa fragilidade resulta em procura elevada e muitas vezes inadequada às portas de urgência, agravando a sobrecarga assistencial.

O SAMU 192 de Mesquita integra o **SAMU Regional da Baixada Fluminense**, composto por bases descentralizadas, incluindo uma base localizada no próprio município. A frota regional conta com Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA), que tiveram reforço recente com a incorporação de UTIs móveis destinadas à ampliação da capacidade de resposta nas emergências graves. A operação é regulada pela CRUR, que determina o tipo de recurso móvel a ser enviado, o protocolo clínico a ser seguido e o destino apropriado para cada ocorrência, o que favorece uma articulação funcional entre o atendimento pré-hospitalar móvel e as portas fixas de urgência.

Apesar dos avanços estruturais e operacionais, a resposta da RUE e do SAMU em Mesquita ainda enfrenta desafios importantes, entre os quais se destacam: tempos de resposta heterogêneos em áreas de maior vulnerabilidade urbana, superlotação da UPA 24h em períodos de alta demanda, comunicação insuficiente entre APS–UPA–SAMU–CAPS e persistente dependência de retaguarda hospitalar externa. Ademais, fatores territoriais, como densidade populacional, elevado fluxo pendular e vulnerabilidades socioeconômicas, aumentam a incidência de agravos agudos e ampliam a necessidade de resposta rápida, eficiente e integrada.

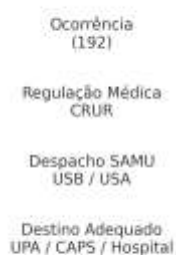
Apesar dessas fragilidades, o município apresenta oportunidades relevantes para requalificar a Rede de Urgência e Emergência. Destacam-se a consolidação de protocolos integrados entre APS, UPA, CAPS, Hospital da Mãe e SAMU; o fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado, com estratégias de redução de procura inadequada; a ampliação da capacidade regulatória; e a estruturação de um programa contínuo de educação permanente para as equipes da RUE e do SAMU. A adoção de tais medidas tem potencial para elevar a resolutividade, reduzir tempos de espera, otimizar fluxos assistenciais e fortalecer a segurança do paciente em toda a rede municipal.

ORGANOGRAMA DA RUE



82

FLUXO OPERACIONAL DO SAMU



6.6. METODOLOGIA ASSISTENCIAL, FLUXOS E PROTOCOLOS

Princípios Norteadores da Assistência

A metodologia assistencial do SAMU Mesquita fundamentar-se-á em:

1. Centralidade da vida e da segurança do paciente

Todos os processos assistenciais são desenhados para minimizar riscos, prevenir eventos adversos e garantir o cuidado mais oportuno, eficiente e seguro possível.

2. Linha de cuidado contínua

A assistência pré-hospitalar está conectada à Regulação Médica, Rede de Urgência e Emergência (UPA, hospitais, atenção básica) garantindo continuidade, integração e transição segura.

83

3. Acolhimento com classificação de risco (ACCR)

Todo atendimento segue lógica de prioridade clínica, não por ordem de chegada.

4. Comunicação efetiva

Toda ação deve ser registrada e comunicada imediatamente via rádio, TARM, regulação médica e ficha de atendimento pré-hospitalar (FAPH).

5. Método científico (ABCDE)

Atendimento sistematizado utilizando protocolos internacionais validados:

- SBV/ALS
- Suporte Avançado Cardiovascular
- ATLS / AMLS
- PHTLS
- ILS
- Protocolo de Via Aérea Difícil
- FAST pré-hospitalar
- Protocolo de AVC e IAM tempo-dependentes

Modelo de Operação Assistencial

A metodologia assistencial está baseada no tripé:

1. REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

É a instância central de decisão clínica do SAMU. O médico regulador:

- Avalia a gravidade da ocorrência via TARM
- Define recurso a ser enviado (USB, USA, motolância, orientação telefônica)
- Determina hospitais de destino
- Supervisiona tecnicamente todas as ocorrências
- Mantém comunicação contínua com as equipes de campo

DISPONIBILIDADE DE RECURSOS MÓVEIS (VIATURAS)

Tipo	Quantidade	Tripulação
USA	2	Médico, Enfermeiro, Condutor.
USB	4	Técnico de Enfermagem, Condutor.

ATUAÇÃO INTEGRADA EM CAMPO

As equipes seguem:

- Protocolos clínicos padronizados
- Regulação médica obrigatória
- Comunicação rádio/telefonia
- Checklist assistencial por ocorrência
- Tomada de decisão compartilhada

6.6.1. FLUXOS

6.6.1.1. FLUXOS INTERNOS

1. Fluxo Assistencial Completo
2. Ligação 192 → TARM
3. Triagem → Médico regulador
4. Definição do recurso
5. Despacho pelo rádio
6. Atendimento no local
7. Comunicação contínua

8. Definição do destino
9. Transporte
10. Entrega hospitalar
11. Documentação assistencial
12. Reintegração da viatura

2. Fluxo de Encaminhamento por Tipo de Agravado

A. Agravos tempo-dependentes

- IAM → hospital com hemodinâmica
- AVC → hospital com tomografia disponível
- Trauma grave → hospital referenciado trauma
- PCR → UPA se reversão / hospital se reanimação em curso

3. Fluxo de Encaminhamento Psiquiátrico

1. Avaliação de segurança
2. Contato com regulação
3. Destino preferencial para CAPS / pronto atendimento psiquiátrico
4. Contenção apenas quando necessária

4. Fluxo de Atendimento Violentos / AMV

1. Cenário seguro?
2. BOMBEIROS / PM acionados
3. Triage START se múltiplas vítimas
4. Encaminhamento por prioridade

5. Fluxo de Controle de Materiais e Reposição

1. Equipe registra consumo
2. Auxiliar de higienização confere materiais
3. Farmacêutico valida
4. Almoxarifado repõe

5. COORDENADOR ASSISTENCIAL audita

6.6.1.2. FLUXO ASSISTENCIAL COMPLETO DO ATENDIMENTO 192

1. Etapa 1 – Recepção da chamada pelo TARM

86

O TARM recebe a ligação e:

- Identifica o solicitante
- Localiza o paciente (endereço completo, referências)
- Aplica protocolo de **triagem rápida** (motivo da chamada)
- Classifica risco inicial
- Encaminha informação ao **médico regulador** em tempo real
- Mantém a chamada se risco iminente

2. Etapa 2 – Regulação Médica (Decisão Clínica Inicial)

O médico regulador:

Decide entre as seguintes condutas:

- ✓ **Orientação médica por telefone**
 - Para agravos leves ou dúvidas assistenciais
- ✓ **Envio de USB**
 - Agravado moderado
- ✓ **Envio de USA**
 - Agravado grave / risco de morte
- ✓ **Envio simultâneo de múltiplas viaturas**
 - Acidentes com múltiplas vítimas (AMV)
- ✓ **Acionamento de forças externas**
 - Bombeiros, PM, Defesa Civil, GCM
- ✓ **Contato antecipado com unidade de destino**
 - Em casos tempo-dependentes

3. Etapa 3 – Despacho da Viatura

O rádio operador:

- Alerta a equipe

- Repassa dados da ocorrência
- Envia posição geográfica via sistema de despacho
- Mantém canal aberto com a viatura

4. Etapa 4 – Chegada ao Local e Abordagem Segura

87

A equipe segue protocolo universal de chegada:

- Avaliação de segurança da cena
- Uso de EPI
- Identificação do número de vítimas
- Chamada pelo rádio confirmando chegada
- Aplicação imediata do **protocolo ABCDE**

5. Etapa 5 – Assistência no Local

Aplicação de protocolos específicos conforme tipo de agravo:

A. Traumas

- Imobilização cervical
- Controle de hemorragias
- Protocolo de trauma fechado/penetrante
- FAST pré-hospitalar (quando aplicável)
- Critérios de transporte para hospital de referência

B. Parada Cardiorrespiratória

- Início imediato do atendimento com SBV/ALS
- Ritmos chocáveis e não chocáveis
- Intubação orotraqueal / VAD
- Administração de fármacos conforme AHA
- Comunicação com regulação a cada 2 ciclos

C. AVC

- Identificação FAST
- Tempo porta-agulha
- Pré-notificação do hospital receptor

- Transporte prioritizado

D. IAM

- Eletrocardiograma no local (USA)
- Identificação de supra de ST
- Heparinização/ AAS conforme protocolo
- Destino preferencial: hemodinâmica

88

E. Emergências Clínicas

- Crises convulsivas
- Cefaléias intensas
- Crises hipertensivas
- Dispneias
- Hipoglicemias
- Choques

F. Psiquiatria e RAPS

- Protocolo de contenção segura (último recurso)
- Abordagem humanizada
- Regulação para CAPS, UPA ou hospital

6. Etapa 6 – Decisão sobre Transporte

Realizada junto ao **médico regulador**, que define:

- Unidade adequada
- Via de acesso
- Prioridade
- Abertura de vaga (quando necessário)

7. Etapa 7 – Transferência para Serviço de Saúde

O profissional entrega:

- Paciente

- Informações clínicas
- Medicações administradas
- Sinais vitais
- Procedimentos realizados

8. Etapa 8 – Documentação Assistencial

Preenchimento obrigatório de:

- Ficha de Atendimento Pré-Hospitalar (FAPH)
- Registro de ocorrência via sistema
- Checagem de materiais utilizados
- Reposição e adequação da viatura

6.6.2. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS E DE REGULAÇÃO MÉDICA

6.6.2.1. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

1. PROTOCOLO ABCDE

- **A:** Via aérea com controle cervical
- **B:** Respiração e oxigenação
- **C:** Circulação, sangramentos, acesso venoso
- **D:** Estado neurológico (AVPU, Glasgow)
- **E:** Exposição e controle térmico

4.2. Protocolo de Vias Aéreas

- Aspiração
- OPA, NPA
- Máscara bolsa-válvula
- Intubação orotraqueal
- Ventilação mecânica pré-hospitalar

4.3. Protocolo de Choque

- Hipovolêmico

- Cardiogênico
- Anafilático
- Séptico
- Obstrutivo
- Padrões de fluidoterapia

4.4. Protocolo de Trauma

- Cinemática
- FAST pré-hospitalar
- Controle de hemorragias
- Torniquete
- Agulhamento torácico (tensão)
- Prioridade vermelha – transporte rápido

4.5. IAM / Síndromes Coronarianas

- ECG no local
- AAS + nitrato (quando indicado)
- Avaliação de elegibilidade trombolítica
- Pré-notificação hospital

4.6. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

- Tempo sintoma
- Escala FAST / Cincinnati
- Glicemia
- Transporte imediato

4.7. PCR

- SBV
- DEA ou monitor
- Ritmo chocável / não chocável
- Drogas: adrenalina, amiodarona
- Via aérea

4.8. Protocolo Obstétrico

- Amniorragia
- Hemorragia
- Trabalho de parto
- Eclâmpsia
- Transporte protegido

4.9. Protocolo de Pediatria

- Triage pediátrica (PAT)
- Choque séptico
- Convulsões
- Obstrução de via aérea

4.10. Protocolo de Violência e Segurança

- Violência sexual
- Violência doméstica
- Atendimentos com risco policial
- Preservação de provas

4.11. Protocolos de Prevenção – Segurança do Paciente

- Dupla checagem de medicações
- Checklist pré-viatura diário
- Checklist pós-atendimento
- Comunicação padronizada: SBAR
- Registro obrigatório de eventos adversos
- Higienização de cabine e célula seleta
- Assagem de plantão obrigatória

6.6.2.2. PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MEDICA

1. Critérios para despacho de USB

- ✓ Sinais vitais estáveis
- ✓ Agravos clínicos moderados
- ✓ Quedas simples
- ✓ Transferências sem risco

92

2. Critérios para despacho de USA

- ✓ Instabilidade hemodinâmica
- ✓ Dispneia grave
- ✓ PCR
- ✓ Trauma grave
- ✓ AVC ou IAM
- ✓ Crises convulsivas persistentes
- ✓ Obstrução de via aérea

3. Critérios de transporte

- ✓ Unidade adequada
- ✓ Distância
- ✓ Tempo-resposta
- ✓ Condição clínica

7. METODOLOGIA DE EXECUÇÃO

O Modelo metodológico orientara a implantação, execução, gestão, monitoramento e melhorias continua do SAMU192 no Município de Mesquita, garantindo aderência às normas nacionais da Rede de Atenção às Urgências (RAU), às Portais 2048/202, 1600/2011 e ao Chamamento Público 001/2025.

A Metodologia, garante a padronização, segurança, governança, eficiência operacional, atendimento humanizado e é estruturada em 7 Eixos Principais:

1. Governança e Gestão;
2. Infraestrutura e Frota;
3. Assistência e protocolos;
4. Regulação Médica;
5. Operações e Fluxos;
6. Educação Permanente;
7. Monitoramento e Melhoria Contínua.

7.1. GOVERNANÇA E GESTÃO

A governança operacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) do município de Mesquita fundamenta-se em um sistema integrado de coordenação, tomada de decisão, supervisão assistencial e controle de qualidade, orientado pelos princípios da Rede de Urgência e Emergência (RUE), pelas normativas federais, estaduais e municipais, e pelos protocolos assistenciais que balizam a atuação pré-hospitalar. O presente modelo estabelece, de forma detalhada, as instâncias de decisão, responsabilidades funcionais, organograma assistencial e mecanismos de supervisão continuada que asseguram padrão de excelência, segurança do paciente e resposta rápida às urgências no território municipal.

A Governança é essencial para garantir segurança do paciente, padronização assistencial, qualificação profissional e alinhamento às diretrizes nacionais de Atenção às urgências (portarias 2048/2002, 1600/2011, 1864/2003).

A Governança é estruturada para assegurar:

- Qualidade técnico-assistencial;
- Decisões clínicas baseadas em evidências;
- Comunicação integrada entre equipes;
- Análise de risco e gestão de incidentes;
- Melhoria contínua da assistência.

7.1.1. Instâncias de Governança de Tomada de Decisão

A governança do SAMU Mesquita estrutura-se em quatro níveis hierárquicos e complementares:

7.1.2. Instancia estratégica – Gestão Municipal de Contratual

- Secretaria Municipal de Saúde;
- Coordenação de Urgência e Emergência;
- Comissão de Acompanhamento Contratual;
- Representante da Organização Social.

Funções e Responsabilidades:

- Definir diretrizes estratégicas e políticas de atuação do SAMU.
- Aprovar o Plano Operacional, Plano de Ação e indicadores de desempenho.
- Autorizar expansões, reformas, investimentos e alterações estruturais relevantes.
- Monitorar metas, resultados e conformidades contratuais.
- Promover a integração com a RUE regional: UPAs, hospitais, CER, APS, CAPS, regulação.
- Aprovar protocolos institucionais e revisões de manuais.

7.1.3. Instancia Técnico Operacional – Gestão geral do SAMU

Composição

Gestor Geral Administrativo;

Diretor Técnico Médico;

Coordenador médico;

Coordenador de Enfermagem;

Coordenador Administrativo;

Coordenador de Frota;

Coordenador de Educação Permanente.

Funções e responsabilidades:

1. Gerenciar a execução plena do serviço, garantindo aderência às diretrizes

estratégicas.

2. Acompanhar desempenho assistencial, tempo resposta, cobertura operacional e indicadores.
3. Implementar protocolos, POPs e processos assistenciais.
4. Coordenar escalas, dimensionamento, logística e disponibilidade de equipes.
5. Administrar eventos críticos (MCIs, grandes acidentes, catástrofes).
6. Assegurar interface permanente com hospitais de referência e unidades da RUE.
7. Conduzir reuniões semanais de análise operacional.

95

7.1.4. Instancia Técnico Assistencial – Regulação Médica e Supervisão de Enfermagem.

Núcleo de Regulação Médica

Responsável: Médico Regulador.

Atribuições:

- Regular todas as chamadas de urgência 192.
- Classificar o risco, definir o recurso necessário e priorizar envios.
- Estabelecer fluxos de encaminhamento conforme complexidade.
- Realizar teleorientação e teleinterconsulta.
- Registrar ocorrências em prontuário eletrônico/regulatório.
- Acompanhar indicadores assistenciais da regulação.

Supervisão de Enfermagem

Responsável: Enfermeiro Supervisor.

Atribuições:

- Coordenar tecnicamente as equipes de enfermagem e condutores.
- Monitorar a assistência prestada nas Unidades de Suporte Básico (USB).
- Supervisionar higienização, descontaminação, kits, checagem de materiais e

equipamentos.

- Realizar apoio técnico in loco quando necessário.
- Revisar incidentes, não conformidades e surtos de risco assistencial.

96

7.1.5. Instancia Operacional – Equipes de Campo e Suporte Administrativo

Equipes de Atendimento

- USB (Unidade de Suporte Básico): Condutor Socorrista + Técnico de Enfermagem;
- USA (Unidade de Suporte Avançado): Medico + Enfermeiro + Condutor Socorrista;
- Motos (motolância): Socorrista + Enfermeiro;
- Equipe Aérea: conforme disponibilidade estadual.

O SAMU de Mesquita não possui motolância.

Atribuições gerais:

- Executar o atendimento pré-hospitalar conforme protocolos.
- Garantir segurança do paciente, uso adequado de equipamentos e kits APH.
- Realizar registros fidedignos, checklist e abertura de ficha de atendimento.
- Comunicar ocorrências críticas à Regulação e Coordenação.

Apoio Administrativo e Logístico

- Recepção/Atendimento Administrativo
- Almoxarifado e Logística
- Frota e Manutenção
- Higienização e Descontaminação
- Núcleo de Tecnologia da Informação
- Núcleo de Controle de Documentos e Indicadores

Responsabilidades:

- Assegurar o abastecimento de insumos, medicamentos, EPIs e materiais de APH.
- Manter viaturas em plena disponibilidade operacional.
- Garantir controle documental, prontuários e relatórios.
- Apoiar a gestão de escalas, folha, contratos e suprimentos.

97

7.1.6. Responsabilidade Funcionais

Coordenador Geral do SAMU

- Conduzir a gestão diária e o planejamento operacional.
- Monitorar métricas: tempo resposta, atendimentos, categorias de ocorrência.
- Interagir com a autoridade sanitária municipal e regional.
- Realizar análise de risco e planos de contingência.
- Liderar reuniões com equipes, regulação e frota.

Médico Regulador (RT)

- Ser autoridade máxima técnica da Regulação Médica.
- Decidir sobre o envio de recursos móveis ou não envio.
- Determinar prioridade, fluxo hospitalar e encaminhamento.
- Realizar contrarreferência quando necessária.
- Avaliar incidentes críticos.

Enfermeiro do SAMU

- Responsável imediato pela assistência de enfermagem em USB/USA.
- Realizar procedimentos técnicos conforme protocolos.
- Avaliar, estabilizar e monitorar pacientes.
- Liderar equipe de enfermagem, supervisionar checklists.
- Atuar em incidentes com múltiplas vítimas (IMV).

Condutor Socorrista

- Conduzir a viatura em segurança e conforme legislação.
- Auxiliar tecnicamente o TE/Enfermeiro em procedimentos permitidos.
- Operar equipamentos (DEA, pranchas, aspiradores etc.) conforme protocolos.
- Zelar por limpeza, abastecimento e prontidão da viatura.

98

7.1.7. Mecanismos de Supervisão Continuada

A supervisão continuada é estrutura em quatro eixos:

1. Supervisão Técnica Assistencial:
 - Rondas técnicas do enfermeiro supervisor;
 - Verificação diária dos kits de APH, medicamentos, equipamentos e EPIs;
 - Auditoria mensal de fichas de atendimento;
 - Revisão dos protocolos assistenciais trimestralmente;
 - Checklist eletrônico das viaturas.
2. Monitoramento de Indicadores
 - Tempo resposta total (da chamada ao atendimento presencial);
 - Tempo de resposta operacional (saída da viatura até a chegada ao local);
 - Disponibilidade mecânica (% mensal de viaturas operacionais);
 - Numero de Atendimentos classificados por gravidade (protocolo de Manchester ou equivalente);
 - Índice de conformidade assistencial (aderência aos protocolos);
 - Taxa de reencaminhamento inadequado;
 - Registro assistencial completo (% de fichas com todos os campos preenchidos);
 - Taxa de treinamentos realizados por categoria profissional;
 - Cumprimento das escalas de plantão;
 - Controle de incidentes críticos e eventos adversos;
 - Índice de absenteísmo;

- Satisfação do usuário, quando aplicável.

Monitoramento:

- Relatórios semanais, mensais e trimestrais.
- Dashboard eletrônico integrado.

99

7.1.8. Educação Permanente e Requalificação Continua

- Treinamentos mensais para equipes (ABC, trauma, urgências clínicas, obstétricas, pediátricas).
- Simulações realísticas trimestrais.
- Avaliações práticas e teóricas semestrais.
- Atualização de protocolos baseada em eventos sentinela.

7.1.9. Auditoria e Gestão de Riscos

- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.
- Investigação de eventos adversos e incidentes.
- Matriz de risco aplicada ao APH.
- Plano de ação corretivo e preventivo (PDCA).
- Comitê de Análise Crítica Mensal.

7.1.10. Comunicação Institucional e Interface com a Rede

- Articulação permanente com UPA's, hospitais e APS.
- Fluxo padronizado de encaminhamento hospitalar.
- Comunicação ativa com Defesa Civil, Bombeiros e Polícia Militar.
- Protocolos de IMV e catástrofes integrados.
- Centralização da comunicação técnica na Regulação Médica.

8. ESTRUTURA OPERACIONAL E RECURSOS HUMANOS

Finalidade

Estabelecer as diretrizes que orientam a gestão de pessoas nos serviços de saúde sob administração da Organização Social, assegurando eficiência, equidade, valorização profissional e segurança laboral, em conformidade com a legislação trabalhista, previdenciária e sanitária vigente, além das diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde, integrando as práticas de Desenvolvimento Humano, Gestão de Pessoas, Saúde e Segurança Ocupacional, colaborando com a construção de ambientes produtivos, seguros, éticos e humanizados.

100

Princípios e Diretrizes Gerais

Legalidade e transparência na relação de trabalho, com observância integral à CLT, às convenções coletivas e às Normas Regulamentadoras do MTE.

Meritocracia e desenvolvimento contínuo, valorizando competências técnicas e comportamentais.

Humanização das relações, pautada no respeito, na diversidade e na escuta ativa dos profissionais.

Gestão por resultados, orientada a metas institucionais e indicadores de desempenho.

Segurança e saúde ocupacional como pilares da sustentabilidade assistencial.

Aprendizagem organizacional contínua, assegurando atualização técnica e fortalecimento das lideranças.

8.1. Gestão de Pessoas

Objetivo

Estabelecer diretrizes de gestão de pessoas e mecanismos de cobertura de ausências para assegurar a operação ininterrupta do SAMU 192 de Mesquita, garantindo que todas as ambulâncias, bases descentralizadas, Central de Regulação Médica e equipes de suporte estejam plenamente funcionais 24h por dia, todos os dias da semana, conforme parâmetros da Portaria nº 2.048/2002 e exigências previstas no Chamamento Público nº 001/2025.

8.1.1. Princípios Norteadores

- ✓ Continuidades dos serviços de urgência e emergência (24/7)
- ✓ Segurança do paciente e dos profissionais
- ✓ Conformidade com protocolos nacionais do APH
- ✓ Resposta rápida às ausências
- ✓ Dimensionamento proporcional ao risco e volume de chamadas
- ✓ Educação permanente como eixo estruturante
- ✓ Gestão baseada em indicadores operacionais e assistencial

101

8.1.2. Composição das Equipes

Parâmetro mínimo definido para garantir operação sem interrupções e atendimento 24/7:

Central de Regulação

Categoria	Quantidade por Turno
Medico regulador	1
Enfermeiro	1
Radio Operador	1
TARM	1
Coordenador de Base (horário adm. + plantão sobre aviso)	1

USA

Categoria	Quantidade por Turno
Medico	1
Enfermeiro	1
Condutor	1

USB

Categoria	Quantidade por Turno
Técnico de Enfermagem	1
Condutor	1

Apoio Logístico

Categoria	Quantidade por Turno
Almoxarife	1
Assistente Administrativo	1
Profissional de Higienização	1
Farmacêutico	1

8.1.3. Perfil Profissional

Médicos Reguladores:

- ✓ Registro no CRM ativo
- ✓ Experiência comprovada em urgência/emergência
- ✓ Preferencialmente capacitado em:
 - **ACLS**
 - **ATLS**
 - **PALS** (desejável)
- ✓ Domínio de protocolos de regulação médica e das diretrizes do Ministério da Saúde
- ✓ Capacidade de tomada de decisão sob pressão.

Enfermeiro Regulador/Enfermeiro APH

- ✓ COREN ativo
- ✓ Experiência mínima de 1 ano em urgência/emergência
- ✓ BLS obrigatório
- ✓ ACLS desejável

- ✓ Competência em coordenação de equipe, comunicação com Central e uso de sistemas informatizados.

Técnicos de Enfermagem de APH

- ✓ COREN ativo
- ✓ Curso de APH reconhecido
- ✓ BLS obrigatório
- ✓ Experiência em situações de risco e atendimento pré-hospitalar

103

Condutores Socorristas

- ✓ CNH categoria “D”
- ✓ Curso de Condutor de Veículos de Emergência
- ✓ Experiência mínima de 1 ano como condutor
- ✓ Capacitação em suporte básico de vida (desejável)

Rádio Operadores / Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM)

- ✓ Ensino médio
- ✓ Experiência com serviços de chamada e atendimento ao público
- ✓ Raciocínio rápido e comunicação assertiva
- ✓ Treinamento em regulação médica

Equipe Administrativa e de Apoio

- ✓ Farmacêutico
- ✓ Assistentes administrativos
- ✓ Almojarife
- ✓ Auxiliares de higienização da base
- ✓ Perfil orientado a rotinas logísticas e administrativas.

Os colaboradores diaristas trabalharão 40 horas semanais e os plantonistas, terão escala de 12x36 ou 24x120.

8.2. ESCALAS COM COBERTURA MINIMA

8.2.1. AMBULANCIAS DE SUPORTE AVANÇADO (2 USA) 24 H / 12X36

Cada USA exige: 1 medico + 1 enfermeiro + 1 condutor por turno.

104



ESCALA MENSAL NOVEMBRO 2025



USA 1

MÉDICO

NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30								
MÉDICO 1	24X120	P						P						P							P																		
MÉDICO 2	24X120		P						P						P							P													P				
MÉDICO 3	24X120			P						P						P						P													P				
MÉDICO 4	24X120				P						P						P						P												P				
MÉDICO 5	24X120					P						P						P						P											P				
MÉDICO 6	24X120						P						P						P						P										P				

		ESCALA MENSAL NOVEMBRO 2025																																						
		USA 1																																						
		ENFERMEIRO																																						
NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D		
		P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30								
ENFERMEIRO 1	24X120								P						P							P																		
ENFERMEIRO 2	24X120			P						P						P												P								P				
ENFERMEIRO 3	24X120				P																																			
ENFERMEIRO 4	24X120					P						P																												
ENFERMEIRO 5	24X120						P							P																										
ENFERMEIRO 6	24X120							P							P																									

		ESCALA MENSAL NOVEMBRO 2025																															
		USA 1																															
		CONDUTOR																															
NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
CONDUTOR 1	24X72	P				P				P				P				P				P											
CONDUTOR 2	24X72		P				P				P				P				P				P					P				P	
CONDUTOR 3	24X72			P				P				P				P				P				P					P				
CONDUTOR 4	24X72				P				P				P			P					P				P					P			

8.2.2. AMBULANCIAS DE SUPORTE BASICO (4USB) – 24H / 12X36

Cada USB exige: 1 Técnico de Enfermagem + 1 condutor.





ESCALA MENSAL NOVEMBRO 2025

UBS 1

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72	P				P				P				P				P				P				P				P	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72		P					P					P				P				P				P				P		
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72			P					P				P				P				P				P				P		
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72				P				P				P				P				P				P				P		
1 1																															

USB 2

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72	P				P				P				P				P				P				P				P	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72		P					P					P				P				P				P				P		
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72			P					P				P				P				P				P				P		
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	24X72				P				P				P				P				P				P				P		
1 1																															

105



ESCALA MENSAL NOVEMBRO 2025



UBS 1

CONDUTOR

NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
CONDUTOR 1	24X72	P				P				P				P				P				P				P				P	
CONDUTOR 2	24X72		P					P						P				P					P				P				P
CONDUTOR 3	24X72			P					P				P							P				P				P			P
CONDUTOR 4	24X72				P				P				P					P						P				P			P
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

USB 2

CONDUTOR

NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
CONDUTOR 1	24X72	P				P				P				P				P				P				P				P	
CONDUTOR 2	24X72		P					P						P				P					P				P				P
CONDUTOR 3	24X72			P					P					P						P				P				P			P
CONDUTOR 4	24X72				P				P				P					P						P				P			P

8.2.3. EQUIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO

Profissionais:

- 1 Farmacêutico: 40 hs/semanais: de 2ª a 6ª das 08hs às 17hs (almoço 1 h)
- Almoxarife 40 hs/semanais: de 2ª a 6ª das 08hs às 17hs (almoço 1 h)
- 1 Auxiliar de Higiene
- 1 Administrativo (apoio)





ESCALA MENSAL NOVEMBRO 2025

		BASE																														
		AUX. SERVIÇOS GERAIS																														
NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	
AUX. SERVIÇOS GERAIS	12X36	P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
AUX. SERVIÇOS GERAIS	12X36			F		P		P		P		F		P		P		P		P		F		P		P		P		P		P
AUX. SERVIÇOS GERAIS	12X36	P			P		P		F		P		P		P		F		P		P		P		P		P		F		P	
AUX. SERVIÇOS GERAIS	12X36			P		F		P		P		P		P		F		P		P		P		P		P		P		F		P
AUX. SERVIÇOS GERAIS	12X36			PD	PD	PN			PN		PD			PD	PN	PN			PD			PD			PD		PD		PN			PN

		ESCALA MENSAL NOVEMBRO 2025																															
		BASE																															
		AUX. OPERACIONAL																															
NOME	HORÁRIOS	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D		
AUX. OPERACIONAL DIA	12X36	P		F		P		P		P		F		P		P		F		P		P		F		P		P		P		P	
AUX. OPERACIONAL DIA	12X36		F		P		P		P		F		P		P		F		P		P		F		P		P		P		P		
AUX. OPERACIONAL NOT	12X36	P		P		P		F		P		P		F		P		P		P		P		F		P		P		P		P	
AUX. OPERACIONAL NOT	12X36		P		F		P		P		P		F		P		P		F		P		P		F		P		P		P		
AUX. OPERACIONAL FOL	12X36		PD		PD		PN				PN				PD				PD		PN		PN					PD			PD		PN

8.3. Capacitação Inicial (integração padronizadas – 24 a 32 horas)

1. Diretrizes do Chamamento Público 001/2025
2. Normas técnicas da Portaria 2.048/2002
3. Princípios e fluxos da Regulação Médica Interfederativa
4. Atribuições e responsabilidades de cada categoria
5. Uso do Sistema de Regulação e Registro
6. Protocolos assistenciais:
 - Parada cardiorrespiratória
 - Trauma (ABCDE)
 - Dor torácica
 - AVC
 - Sepsis
 - Políticas de Humanização no APH
7. Notificação compulsória
8. Biossegurança, EPI, desinfecção de viaturas
9. Diretrizes de comunicação (Central → Viatura → Hospital de Referência)
10. Análise de risco operacional e conduta segura
11. Ética, sigilo, compliance e comportamento profissional
12. Mapa de rede: hospitais referência, UPA's, portas reguladas

8.3.1. Educação Permanente (ciclo anual)

1. Treinamentos mensais

Protocolos de APH

Atualização sobre regulação médica

Simulações realísticas (PCR, trauma, politrauma)

Comunicação segura e transferência de cuidado

Revisão de incidentes críticos (near miss)

2. Treinamentos trimestrais

Revisão de fluxos de ligação e despacho

Avaliação de desempenho

Atualização de indicadores da Central

Avaliação do plano de contingência

3. Treinamento anual obrigatório (capacitação maior)

ACLS / BLS / PHTLS conforme categoria

Simulado geral de desastre com múltiplas vítimas

Atualização de portarias do APH

Segurança do paciente

Treinamento integrado com bombeiros, Defesa Civil e UPA's

8.3.2. Plano de Cobertura de ausências

1. Ausências Programadas

Incluem:

- férias
- licenças

- folgas programadas
- capacitações externas
- plantões previamente comunicados

Fluxo de gestão

1. Solicitação com 30 dias de antecedência
2. Análise da escala mínima e impacto operacional
3. Substituição via:
 - banco de reserva
 - plantão extra voluntário
 - realocação interna
4. Aprovação pela Coordenação + RH
5. Atualização da escala oficial (mínimo 72h antes)

2. Ausências Não Programadas (imprevistas)

Incluem:

- atestados
- faltas
- imprevistos pessoais
- desligamento abrupto

Ação imediata (dentro de 15–30 minutos)

1. Coordenação aciona banco de profissionais reserva
2. Lista de socorristas e reguladores de sobreaviso é ativada
3. Caso não haja profissional disponível:
 - acionamento de horas extras
 - acionamento de profissionais de contrato parcial
4. Em último recurso, redistribuição momentânea e priorização do risco clínico

5. Comunicação formal à Diretoria Técnica e Operacional

Banco de Reserva

Composição mínima recomendada

- Composição mínima recomendada
- 20% da escala de médicos reguladores / intervencionistas
- 20% da escala de enfermeiros
- 15% de técnicos de enfermagem
- 10% de condutores
- 2 TARM's e 1 Rádio operador de retaguarda
- Modelo de ativação
- Turnos críticos: até 1h de antecedência
- Ausências imediatas: 30 minutos

109

Matriz de Contingencia Operacional

Tipo de ausência	Risco	Tempo máximo para reposição	Ação
Médico Regulador ou Médico USA	Crítico	até 60 min	Banco reserva ou acionamento de sobreaviso
Enfermeiro Regulador/USA	Alto	até 90 min	Reserva ou remanejo temporário
Técnico de Enfermagem da USB	Alto	até 90 min	Reserva imediata
Condutor	Crítico	até 30 min	Substituto imediato
Rádio Operador / TARM	Médio	até 120 min	Redistribuição + reserva
Administrativo / Apoio	Baixo	até 180 min	Remanejo

Mecanismo de supervisão continuada

- ✓ Auditoria semanal de escala
- ✓ Controle diário de frequência
- ✓ Indicadores de absenteísmo
- ✓ Monitoramento de respostas às chamadas
- ✓ Reuniões mensais com coordenação
- ✓ Relatórios de incidentes críticos
- ✓ Acompanhamento do desempenho dos profissionais

Indicadores do Plano

1. % de escalas cobertas 100%
2. Tempo médio de reposição de equipe
3. Absenteísmo geral e por categoria
4. Horas de treinamento/colaborador
5. Taxa de incidentes operacionais
6. Nível de atendimento dentro do tempo-resposta preconizado

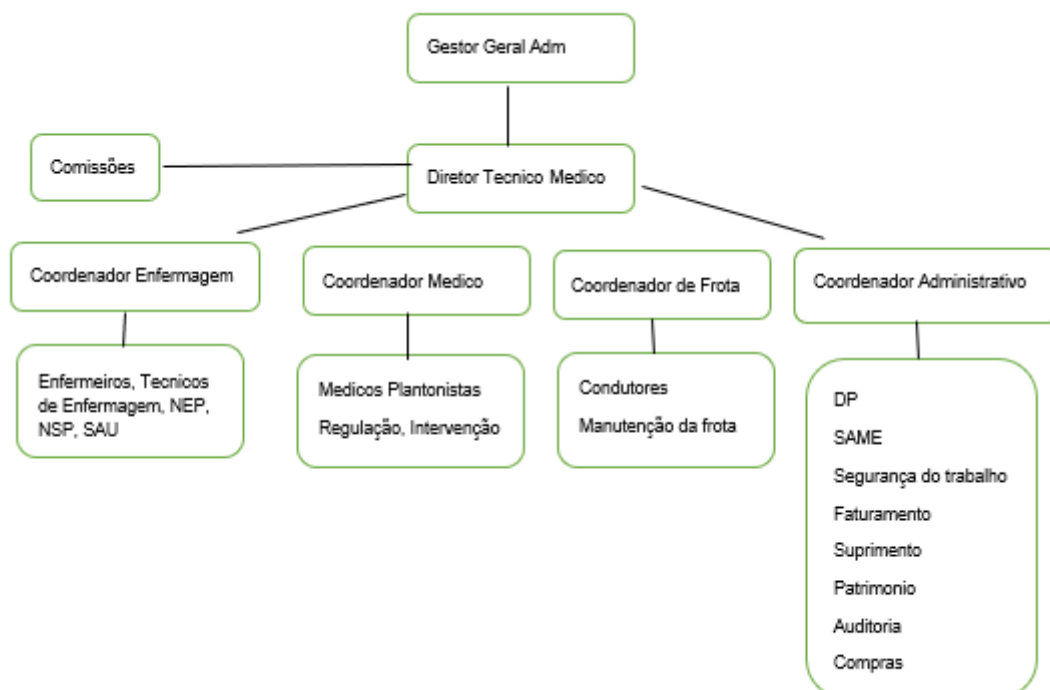
O Presente plano quer assegurar que:

- ✓ a Central de Regulação nunca opere abaixo do mínimo
- ✓ todas as viaturas permaneçam em funcionamento contínuo
- ✓ existe banco de profissionais suficiente para cobrir qualquer ausência
- ✓ há protocolos rígidos de acionamento e resposta rápida
- ✓ a educação permanente mantém a equipe pronta para situações complexas
- ✓ a coordenação local supervisione em tempo real a operação.

8.3.3. ORGANOGRAMA OPERACIONAL



ORGANOGRAMA OPERACIONAL DO SAMU MESQUITA



Atribuições:

Gestor Geral Administrativo: ensino superior com especialidade em Administração Hospitalar, Gestão Hospitalar, Gestão Pública ou área correlata.

Responsabilidades: é o responsável pela gestão do contrato e o interlocutor entre a Secretaria Municipal de Saúde e seus órgãos e a OS.

112

Diretor Técnico Médico: Ensino nível superior com registro regular no CRM, preferencialmente com **Registro de Qualificação de Especialização (RQE)** em área relacionada à urgência e emergência, e possuir experiência em gestão. Responsável legal perante o CRM.

Responsabilidades: supervisão médica e a garantia das condições técnicas e éticas do atendimento, aprovar protocolos assistenciais, supervisionar práticas clínicas, garantir conformidade sanitária e tomada de decisões estratégicas, zelar pelo cumprimento da legislação e supervisionar a Central de Regulação.

Coordenador Médico: profissional médico com registro no CRM, com qualificação ou experiência em atendimento pré-hospitalar (APH) e, preferencialmente, com título de especialista registrado no CRM na área de atuação do serviço, como urgência e emergência.

Responsabilidades: supervisão técnica, a coordenação da equipe médica e o gerenciamento das atividades operacionais. liderança técnica dos médicos reguladores e intervencionistas, treinamento em protocolos clínicos e traumáticos, revisão de ocorrências críticas, suporte clínico aos profissionais em campo, integração com a Rede.

Coordenação de Enfermagem: enfermeiro diplomado com registro ativo no COREN, possuir experiência em Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e em gerenciamento de serviços de urgência.

Responsabilidades: a gestão de equipes, a assistência direta em casos graves e a coordenação de recursos. supervisão do cuidado de enfermagem, garantia de protocolos de SBV/SAV, acompanhamento das USB e USAV, supervisão do cumprimento das normas do COFEN/COREN.

Coordenador Administrativo: Ensino superior em administração ou área correlata.

Responsabilidades: gerenciar as operações de suporte não assistencial, garantindo a

eficiência e o funcionamento contínuo do serviço, a gestão de recursos humanos e materiais, controle patrimonial e financeiro, gestão da frota, planejamento e estatística, normatização de rotinas, supervisionar o setor de arquivamento e documentação.

Coordenador de Frota: responsável por gerenciar e otimizar a operação dos veículos de emergência, garantindo eficiência, segurança e conformidade com as regulamentações.

113

Responsabilidades gestão da manutenção, controle de suprimento, logística operacional, conformidade legal, documentação e relatórios.

8.4. SEGURANÇA DO TRABALHADOR

Uma política de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) é fundamental para qualquer empresa, independente do seu tamanho, setor econômico ou faturamento. É nesta política que se define o compromisso que a liderança tem com a segurança e o bem-estar dos colaboradores, quais são os papéis e responsabilidades de todos neste processo e quais as principais ações para que o ambiente de trabalho seja seguro e saudável para todos.

Empresas que não priorizam SST sofrem o reflexo desta decisão no bolso. Um dos impactos financeiros é no FAP – Fator Acidentário de Prevenção. Esta alíquota pode duplicar os custos que a empresa tem com o Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT). Se não houver uma gestão de SST com foco em reduzir frequência, gravidade e custos com acidentes de trabalho, as despesas podem chegar a até 6% da folha de pagamento por ano, dependendo do setor em que a empresa se enquadra.

A Fenix do Brasil saúde investe na segurança e bem-estar de seus colaboradores, visando gerar mais adiante uma economia com doenças que foram evitadas, além de ajudar as pessoas a serem mais saudáveis, engajadas e a produzirem mais resultados. Isto é valor agregado para o seu negócio:

É necessário que a OS olhe também para o Ambiente psicossocial (relações de trabalho com colegas e com as lideranças) e com recursos pessoais para a saúde (estimulando a mudança de comportamento dos trabalhadores, para a aquisição e manutenção de um estilo de vida saudável dentro e fora do trabalho).

São necessários programas que ofereçam abordagens diferenciadas de mobilização dos colaboradores.. Por exemplo, alguém que possui fatores de risco, mas não sabe disto,

necessita de ações de conscientização, como avaliações de risco à saúde. Outros, que já conhecem seus fatores de risco, mas não fazem nada para cuidar da saúde, necessitam de estratégias de motivação. Para aqueles que já são motivados, atividades de —*coaching* em saúde podem aumentar as habilidades de cuidado, economizando com doenças e tratamentos evitáveis. Finalmente, para se pensar em uma adesão dos colaboradores a longo prazo nas práticas, é importante que a OS ofereça o máximo possível de oportunidades, em que os indivíduos sejam valorizados e lembrados dos benefícios que suas escolhas promovem para sua saúde.

114

A implantação da Medicina do Trabalho – SESMT é fator relevante para:

Promover a saúde e proteger a integridade mental e física dos colaboradores no local de trabalho, através da identificação, prevenção e gerenciamento dos riscos ambientais e programas de controle médico de saúde ocupacional e de promoção à saúde e bem estar do colaborador;

Elaborar PPRA Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (com a atualização da NR 09, através da Portaria MPT nº 426 de setembro de 2021 o PPRA foi substituído pela Avaliação e Controle das Exposições Ocupacionais a Agentes Físicos, Químicos e Biológicos a partir de 03/01/2022.

Elaborar e cumprir o PCMSO – Programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional;

Definir e controlar o uso de EPI's – em atendimento as diretrizes da NR 06;

Elaborar manuais de Biossegurança e dar orientações e treinamentos;

Acompanhar a realização de obras e reformas das Unidades de Negócios;

Acompanhar o cumprimento do cronograma de limpeza de caixas d'água e

os resultados das análises, conforme portaria 518 MS;

Implantar e desenvolver diretrizes da CIPAT.

Segundo a OMS, para que uma programa de saúde em uma empresa dê certo, é fundamental que possua cinco chaves: Comprometimento da liderança, envolvimento dos trabalhadores, respeito à ética e legislações vigentes, integração e sustentabilidade das ações e um processo de gestão de segurança e saúde no trabalho que permita melhorias contínuas das práticas de prevenção e promoção.

9. PLANO DE MANUTENÇÃO DA FROTA E EQUIPAMENTOS

A gestão da frota do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) de Mesquita deve assegurar a disponibilidade contínua das ambulâncias, a segurança do paciente e das equipes, o cumprimento das normas de vigilância sanitária e a integridade dos equipamentos assistenciais embarcados, garantindo que todos os veículos permaneçam operacionais 24 horas por dia.

Considerando o conjunto de ambulâncias previsto no Edital 001/2025, este Plano estabelece os procedimentos sistemáticos de manutenção preventiva, manutenção corretiva, inspeções diárias, gestão de suprimentos, controle documental, acompanhamento de indicadores de desempenho, e cronogramas periódicos aplicáveis a cada unidade móvel — sejam elas de Suporte Básico (USB), Suporte Avançado (USA), Motolâncias ou Veículos de Intervenção Rápida.

O presente Plano de Manutenção assegura que todas as ambulâncias previstas no Edital mantenham pelo funcionamento, segurança sanitária e disponibilidade operacional continua.

Sua execução sistemática garante qualidade assistencial, redução de falhas, prolongamento da vida útil dos veículos e dos equipamentos médico-hospitalares, além de conformidade regulatória e sanitária.

9.1. OBJETIVOS DO PLANO

- Garantir alta disponibilidade operacional da frota ($\geq 95\%$).
- Prevenir falhas mecânicas e assistenciais por meio de manutenção sistemática.
- Assegurar o bom estado de conservação, segurança e higienização das ambulâncias.
- Assegurar que todos os equipamentos médico-hospitalares embarcados funcionem sem interrupções.
- Cumprir rigorosamente as normas da Portaria 2.048/GM/MS, ABNT, CONTRAN e regulamentos sanitários.
- Implantar rastreabilidade de todas as intervenções por meio de registros padronizados.

9.2. RESPONSABILIDADES

1. Coordenação Administrativa / Frota

- ✓ Supervisionar todo o plano de manutenção.
- ✓ Aprovar ordens de serviço e controlar contratos com oficinas credenciadas.
- ✓ Monitorar prazos de revisões, documentação e seguros.

116

2. Motoristas / Condutores Socorristas

- ✓ Realizar inspeção diária pré e pós-turno.
- ✓ Registrar irregularidades em formulário próprio.
- ✓ Efetuar verificação de itens obrigatórios (óleo, água, pneus, freios, luzes etc.).

3. Coordenação de Enfermagem / Regulação

- ✓ Verificar funcionamento dos equipamentos assistenciais.
- ✓ Reportar falhas, mau funcionamento ou risco sanitário.

4. Setor de Engenharia Clínica (ou contratado)

- ✓ Manter inventário atualizado dos equipamentos.
- ✓ Realizar calibrações, manutenções preventivas e corretivas.
- ✓ Emitir relatórios técnicos e laudos de segurança.

9.3. MANUTENÇÃO DA FROTA

9.3.1. INSPEÇÃO DIÁRIA REALIZADA NO INICIO E TERMINO DE CADA PLANTÃO, REGISTRADA EM FORMULÁRIOS PRÓPRIO.

Tabela - Checklist diário da ambulância

ITEM	DESCRIÇÃO	STATUS (OK / NÃO OK)
Nível de óleo do motor	Conferência visual por vareta	
Água do radiador	Nível e coloração adequados	
Fluido de freio	Indicador no reservatório	
Calibração dos pneus	Pressão conforme fabricante	

ITEM	DESCRIÇÃO	STATUS (OK / NÃO OK)
Estado dos pneus	Sem rasgos, bolhas ou desgaste excessivo	
Faróis, lanternas, setas	Funcionamento total	
Buzina	Verificação	
Freios	Teste inicial em baixa velocidade	
Limpadores e reservatório	Funcionamento e água	
Sirene	Teste completo	
Giroflex	Funcionamento	
Ar-condicionado	Teste	
Fechaduras e portas	Abertura/fechamento corretos	
Higienização interna	Padrão sanitário	
Maca e fixadores	Segurança e estabilidade	

9.3.2. MANUTENÇÃO PREVENTIVA DA FROTA (PROGRAMADA)

A manutenção preventiva segue a quilometragem recomendada pelos fabricantes, adaptada à severidade de uso do SAMU (alta demanda, longos períodos em marcha lenta, acionamentos urgentes).

Tabela 2 – Quadro de manutenção preventiva por quilometragem

Quilometragem / Prazo	Procedimentos
A cada 5.000 km	Troca de óleo, filtro de óleo, inspeção de freios, verificação de vazamentos
A cada 10.000 km	Revisão completa, alinhamento, balanceamento, filtro de ar, filtro de combustível
A cada 20.000 km	Troca de pastilhas de freio, limpeza do sistema de ar-condicionado, revisão elétrica
A cada 40.000 km	Troca de pneus (caso necessário), revisão de suspensão, troca do fluido de freio
A cada 12 meses	Revisão geral da carroceria, higienização profunda, vistoria sanitária completa

Quilometragem / Prazo	Procedimentos
A cada 24 meses	Vistoria do Gás (se aplicável), testes estruturais, substituição de baterias

9.3.3. MANUTENÇÃO CORRETIVA

A manutenção corretiva será acionada sempre que:

- O checklist diário evidenciar falhas.
- Ocorrer acidente ou avarias durante atendimento.
- Equipamentos essenciais apresentarem risco operacional.
- O veículo alcançar parâmetros críticos monitorados por telemetria.

O condutor deve imediatamente abrir Ordem de Serviço (OS), encaminhada à Coordenação de Frota.

9.4. MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS MEDICO HOSPITALARES

Cada ambulância possui equipamentos classificados como críticos, essenciais e de apoio.

9.4.1. CLASSIFICAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

Nível	Equipamentos
Críticos	Monitor multiparamétrico, desfibrilador, ventilador portátil, oxímetro
Essenciais	Aspirador, bomba de infusão, oxigênio, rede de gases
Apoio	Esfigmomanômetro, termômetro, lanternas, malas de APH

9.4.2. MANUTENÇÃO PREVENTIVA DOS EQUIPAMENTOS

Tabela 3 – Cronograma de manutenção dos equipamentos

Equipamento	Periodicidade	Procedimentos
Monitor multiparamétrico	Trimestral	Teste de bateria, calibração, checagem de cabos
Desfibrilador	Mensal	Teste de carga, teste de descarga, integridade das pás
Ventilador mecânico	Trimestral	Calibração de pressão, revisão interna, testes funcionais
Oxímetro	Mensal	Verificação do sensor e acurácia
Aspirador	Mensal	Teste de vácuo, limpeza de frascos e mangueiras
Cilindro de O2	Semanal	Teste de pressão, integridade da válvula
Bomba de infusão	Trimestral	Calibração volumétrica
Itens de APH	Mensal	Conferência de validade, integridade e reposição

Todos os procedimentos devem ser registrados em Ficha de Equipamentos com assinatura técnica.

9.4.3. MANUTENÇÃO CORRETIVA DOS EQUIPAMENTOS

A partir da identificação de falhas, o equipamento:

1. É imediatamente retirado de uso.
2. Substituído por reserva técnica.
3. Encaminhado à Engenharia Clínica.
4. Retornado somente após laudo de liberação.

9.4.4. GESTÃO DE SUPRIMENTOS E PEÇAS

O setor de suprimentos manterá:

- ✓ Estoque mínimo de peças críticas (pastilhas, filtros, correias, baterias).
- ✓ Contratos de fornecimento contínuo.
- ✓ Rastreabilidade por número de série para equipamentos.
- ✓ Controle de validade de materiais e insumos.

9.4.5. LIMPEZA, HIGIENIZAÇÃO E BIOSSEGURANÇA DA FROTA

Limpeza concorrente (a cada atendimento)

- ✓ Remoção de resíduos.
- ✓ Higienização com solução clorada.

Limpeza terminal (diária)

- ✓ Lavagem interna e externa.
- ✓ Desinfecção completa de superfícies.

Descontaminação especial

- ✓ Após atendimento de doenças infectocontagiosas;
- ✓ Após vazamento de fluidos corporais;
- ✓ Realizada com sanitizantes regulamentados pela ANVISA.

9.4.6. CONTROLE DOCUMENTAL

Todos os eventos são registrados:

- Fichas de inspeção diária
- Fichas de manutenção preventiva e corretiva
- Fichas de equipamentos
- Ordem de Serviço abertas
- Planilhas de controle de quilometragem
- Certificados de calibração
- Histórico da ambulância

9.4.7. INDICADORES DE DESEMPENHO

Tabela 4 – Indicadores monitorados mensalmente

Indicador	Fórmula	Meta
Disponibilidade da frota	$(\text{Horas disponíveis} / \text{horas totais}) \times 100$	$\geq 95\%$
Tempo médio de manutenção	Soma dos tempos de manutenção / nº de manutenções	$\leq 48h$
Índice de falhas por km	Nº de falhas / km rodados	$\leq 0,3$
% de equipamentos com manutenção em dia	Nº com manutenção / total	100%

9.4.8. CRONOGRAMA ANUAL INTEGRADO

Mês	Frota	Equipamentos	Higienização	Documentos
Janeiro	Revisão 10 mil km	Calibração geral	Terminal diária	Checagem CNH, seguros
Fevereiro	Pneus / freios	Teste de desfibriladores	Terminal	Atualização planilhas
Março	Revisão 5 mil km	Ventiladores	Terminal	Auditoria interna
Abril	Suspensão	Bombas de infusão	Terminal	—
Maio	Revisão 10 mil km	Cabos / sensores	Terminal	—
Junho	Revisão geral	Oxímetros	Terminal	—
Julho	Troca de baterias	Equipamentos diversos	Terminal	—
Agosto	Revisão 5 mil km	Desfibriladores	Terminal	—
Setembro	Revisão completa	Ventiladores	Terminal	—
Outubro	Pneus / alinhamento	Aspiradores	Terminal	—
Novembro	Revisão 10 mil km	Calibração geral	Terminal	—
Dezembro	Revisão anual	Inventário completo	Terminal	Fechamento anual

FLUXOGRAMA DAS MANUTENÇÕES



9.4.9. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES – MANUTENÇÃO DA FROTA E DOS EQUIPAMENTOS

Legenda

- R – Responsible (responsável pela execução);
- A – Accountable (responsável final/autoridade);
- C – Consulted (Consultado);
- I – Informed (informado)

MANUTENÇÃO DA FROTA

Atividade	Coord. Geral SAMU	Coord. Administrativa/Frota	Motoristas/Condutores	Oficina Credenciada	Coord. Enfermagem	Engenharia Clínica	Setor de Suprimentos
Inspeção diária da ambulância	I	I	R	—	—	—	—
Preenchimento do checklist	I	I	R	—	—	—	—
Abrir Ordem de Serviço	I	R/A	C	C	—	—	—

Atividade	Coord. Geral SAMU	Coord. Administrativa/Frota	Motoristas/Condutores	Oficina Credenciada	Coord. Enfermagem	Engenharia Clínica	Setor de Suprimentos
Encaminhar veículo para manutenção	I	R	C	C	—	—	—
Realizar manutenção preventiva	I	C	—	R	—	—	C
Realizar manutenção corretiva	I	C	—	R	—	—	C
Registrar histórico de manutenção	I	R/A	C	C	—	—	—
Acompanhar quilometragem e prazos	I	R	C	—	—	—	—
Gestão de pneus, fluidos e peças	I	C	C	—	—	—	R/A
Auditoria interna da frota	A	R	C	—	—	—	—

MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS MEDICO HOSPITALARES

Atividade	Coord. Geral	Coord. Enfermagem	Engenharia Clínica	Condutores	Suprimentos	Oficina
Inspeção diária dos equipamentos	I	R	—	C	—	—
Testes mensais de funcionamento	I	R	C	C	—	—
Manutenção preventiva (calibração)	I	C	R/A	—	—	—
Manutenção corretiva	I	C	R	—	—	—
Retirada de equipamento defeituoso	I	R	C	C	—	—
Instalação de equipamento reserva	I	R	C	C	—	—
Controle de validade dos itens APH	I	R	—	C	C	—
Gestão de inventário dos equipamentos	I	C	R/A	—	—	—
Laudos técnicos de liberação	I	C	R/A	—	—	—

LIMPEZA, HIGIENIZAÇÃO E BIOSSEGURANÇA

Atividade	Coord. SAMU	Motoristas/Condutores	Equipe de Higienização	Enfermagem	Vigilância Sanitária
Limpeza concorrente	I	R	C	C	—
Limpeza terminal	I	C	R	C	—
Descontaminação especial	I	C	R	C	A (quando notificada)
Registro da limpeza	I	C	R	C	—

CONTROLE DOCUMENTAL E AUDITORIA

Atividade	Coord. Geral	Coord. Administrativa/Frota	Enfermagem	Eng. Clínica	Condutores	Suprimentos
Atualização do histórico da ambulância	I	R/A	C	—	C	C
Atualização das fichas dos equipamentos	I	C	C	R/A	—	—
Organização de OS e documentos de manutenção	I	R/A	C	C	C	—
Controle de certificados e calibração	I	C	—	R/A	—	—
Auditoria interna periódica	A	R	C	C	C	C

GESTÃO DE SUPRIMENTOS, PEÇAS E INSUMOS

Atividade	Coord. Geral	Suprimentos	Frota	Enfermagem	Engenharia Clínica
Definição do estoque mínimo	I	R/A	C	C	C
Reposição de peças da frota	I	R	C	—	—
Reposição de insumos dos equipamentos	I	R	—	C	C
Conferência de validade	I	R	—	C	C
Rastreamento de itens por série	I	C	—	C	R/A

INDICADORES OPERACIONAIS

Atividade	Coord. Geral	Frota	Engenharia Clínica	Enfermagem	Suprimentos
Cálculo da disponibilidade da frota	I	R/A	—	—	—
Monitoramento de quebras por km	I	R/A	—	C	C
Indicador de manutenção dos equipamentos	I	—	R/A	C	—
Relatório mensal consolidado	A	R	C	C	C

9.5. CRITERIOS DE SUBSTITUIÇÃO DE VEICULOS E EQUIPAMENTOS

A substituição de veículos e equipamentos do SAMU Mesquita deve seguir critérios técnicos mensuráveis, garantindo segurança assistencial, continuidade do serviço e conformidade com normas vigentes (Portaria GM/MS nº 2.048, ABNT, CONTRAN e ANVISA). A seguir, estabelece-se o conjunto de parâmetros para substituição programada e substituição corretiva emergencial

1. Critérios para Substituição de Veículos (Ambulâncias USB, USA e demais modalidades)

a) Critérios Operacionais

- Alta quilometragem operacional: quando o veículo ultrapassar 280.000 km ou apresentar perda significativa de desempenho acima dos limites previstos pelo fabricante.
- Histórico recorrente de falhas: veículos com mais de 5 intervenções corretivas significativas por semestre (motor, transmissão, direção, freios, suspensões ou elétrica principal).
- Tempo de vida útil: veículos com mais de 5 anos de uso contínuo no SAMU, considerando o regime severo de operação.
- Redução da disponibilidade operacional: quando a ambulância apresentar disponibilidade inferior a 90% por três meses consecutivos, mesmo com manutenção preventiva em dia.

b) Critérios de Segurança

- Falhas estruturais irreversíveis, como danos ao chassi, comprometimento da longarina, corrosão estrutural, desalinhamentos severos ou impossibilidade de garantir estabilidade.
- Falhas nos sistemas de segurança essenciais, mesmo após correções: freios, airbags, iluminação de emergência, sirene, giroflex, ou cintos de segurança.

c) Critérios de Conformidade Sanitária

- Deterioração da cabine assistencial que comprometa a higiene e a biossegurança:
- fissuras, porosidade irreversível, infiltrações, danos ao revestimento interno;
- impossibilidade de garantir desinfecção eficaz.

2. Critérios para Substituição de Equipamentos Médico-Hospitalares

a) Critérios Técnicos

- Equipamentos com falha crítica não reparável constatada pela Engenharia Clínica.
- Equipamentos que não passam em testes de calibração por dois ciclos consecutivos.
- Perda de confiabilidade operacional:

- alarmes falsos, leituras instáveis, falhas intermitentes, perda de bateria interna.

b) Critérios Regulatórios

- Expiração da vida útil definida pelo fabricante.
- Equipamentos que deixam de atender à classificação de risco e normas de desempenho (ANVISA, ABNT, IEC).
- Itens sem possibilidade de rastreabilidade ou com número de série ilegível.

126

c) Critérios Operacionais

- Equipamentos que exigiram mais de três reparos corretivos relevantes em um período de 12 meses.
- Descontinuidade de peças ou suporte técnico pelo fabricante.

9.6. TELEMETRIA RASTREABILIDADE E CONFORMIDADE TECNICA

Este tópico estabelece os instrumentos de controle que garantem que os veículos e equipamentos do SAMU Mesquita sejam operados, monitorados e registrados de forma sistemática, permitindo segurança operacional, transparência, gestão de riscos e auditoria permanente.

1. Sistema de Controle de Uso dos Veículos

Cada ambulância será monitorada por meio de:

a) Controle de Quilometragem

- ❖ Registro diário no início e término do plantão.
- ❖ Monitoramento automático via GPS/telemetria (quando disponível).
- ❖ Emissão de alertas para manutenção preventiva conforme quilometragem acumulada.

b) Controle de Ocorrências Operacionais

- ❖ Registros de acionamentos, tipo de atendimento e uso dos sistemas embarcados.
- ❖ Histórico de condução: frenagens bruscas, velocidade, comportamento operacional.
- ❖ Monitoramento de disponibilidade: veículo ativo, reserva, manutenção ou inoperante.

2 Rastreamento e Rastreabilidade da Frota

A rastreabilidade é garantida por:

a) Identificação Unívoca da Ambulância

- ❖ Número de patrimônio.
- ❖ Número de série do veículo (chassi).
- ❖ Código interno do SAMU.
- ❖ Placa e categoria operacional: USB, USA, motolância etc.

b) Registro de Histórico Completo

- ❖ Todas as manutenções preventivas e corretivas.
- ❖ Laudos técnicos, troca de peças, pneus, fluidos e revisões.
- ❖ Registro de acidentes, colisões, incidentes e inspeções sanitárias.

c) Integração com Ordens de Serviço (OS)

Cada OS conterá:

- ❖ Data, hora e executor.
- ❖ Diagnóstico do problema.
- ❖ Peças utilizadas (com número de série).
- ❖ Horas de mão de obra.
- ❖ Liberação para retorno à operação (assinatura responsável).

3. Rastreabilidade dos Equipamentos Médico-Hospitalares

a) Identificação Individual

Cada equipamento deve possuir:

- ❖ número de patrimônio
- ❖ número de série
- ❖ lote
- ❖ data de aquisição
- ❖ fabricante e modelo
- ❖ vida útil definida

b) Registro de Manutenção

- ❖ Histórico completo de manutenções preventivas.
- ❖ Registros de calibração com certificação.

- ❖ Relatórios de falhas e reparos corretivos.
- ❖ Indicação de substituição ou descontinuidade.

c) Controle de Localização

- ❖ Planilha ou software indicando qual ambulância o equipamento está alocado.
- ❖ Controle de trocas entre unidades móveis.
- ❖ Registro de retirada temporária para reparos.

128

4. Conformidade Técnica e Regulamentar

Para garantir a conformidade técnica:

a) **Manutenção Recomendada pelos Fabricantes**

- ❖ Cumprimento rigoroso do manual técnico.
- ❖ Seguir periodicidade de calibração e manutenção programada.

b) **Conformidade com Normas Sanitárias e de Engenharia**

- ❖ ANVISA – requisitos para equipamentos de saúde.
- ❖ ABNT – normas de segurança elétrica, ensaios, calibragem e ergonomia.
- ❖ CONTRAN – parâmetros de segurança veicular.
- ❖ Portaria 2.048/GM/MS – especificações dos equipamentos do SAMU.

c) **Auditorias e Vistorias Periódicas**

- ❖ Auditorias internas trimestrais.
- ❖ Auditorias externas municipais ou estaduais.
- ❖ Vistoria sanitária anual e sempre que houver mudança na frota.
- ❖ Relatórios formais emitidos para evidenciar conformidade total.

5. Instrumentos de Evidência e Registro

Para garantir rastreabilidade e conformidade são utilizados:

- ❖ Fichas de inspeção diária
- ❖ Planilhas de controle de manutenção
- ❖ OS digitalizadas

- ❖ Relatórios da oficina
- ❖ Certificados de calibração
- ❖ Registros de trocas de equipamentos
- ❖ Laudos técnicos da Engenharia Clínica
- ❖ Inventários anuais de frota e equipamentos

9.7. SLA's DE DISPONIBILIDADE DE VIATURAS COM METAS MENSAIS

Objetivo

Estabelecer metas mensais de disponibilidade operacional das ambulâncias (USB/USA), garantindo resposta rápida, segurança e continuidade do serviço, com monitoramento sistemático por parte da gestão e da Secretaria Municipal de Saúde.

Conceito de Disponibilidade Operacional

A Disponibilidade de Viatura é a capacidade de cada ambulância permanecer ativa e apta para atendimento, considerando:

- Condições mecânicas
- Equipamentos obrigatórios
- Insumos críticos
- Equipe completa
- Sistema de comunicação funcional
- Documentação regular

Fórmula padrão do SLA

$$\text{Disponibilidade (\%)} = \frac{\text{Horas que a viatura esteve disponível}}{\text{Horas totais do mês}} \times 100$$

Horas totais/mês:

30 dias → 720h

31 dias → 744h

Classificação das Viaturas do SAMU Mesquita

Conforme edital:

USB – Unidade de Suporte Básico

USA – Unidade de Suporte Avançado

Motolância *(se houver na estrutura final do município)*

Viatura de Intervenção/Frota reserva *(quando previsto pelo edital)*

SLAs Mensais Obrigatórios por Tipo de Viatura

As metas abaixo são baseadas em padrões de referência do Ministério da Saúde, operações anteriores da RUE e estrutura proposta para Mesquita.

SLA para USB (Unidade de Suporte Básico)

Indicador	Meta Mensal	Tolerância	Observações
Disponibilidade geral da viatura	$\geq 95\%$	até 3%	Inclui manutenção preventiva
Tempo máximo de indisponibilidade por manutenção corretiva	$\leq 36\text{h/mês}$	—	Exige justificativa técnica
Tempo de reposição de insumos críticos	$\leq 12\text{h}$	—	Oxigênio, DEA, talas, AMBU
Tempo de correção de falha de comunicação (rádio/telefone)	$\leq 4\text{h}$	—	Troca para backup

SLA para USA (Unidade de Suporte Avançado) – viatura crítica – desempenho mais rígido

Indicador	Meta Mensal	Tolerância	Observações
Disponibilidade geral da viatura	≥ 97%	até 2%	Viatura prioritária para alta complexidade
Indisponibilidade por manutenção corretiva	≤ 24h/mês	–	Requer comunicação formal ao município
Disponibilidade dos equipamentos de alto risco (ventilador, monitor, bombas)	100%	–	Equipamento reserva imediato
Restauração de comunicação	≤ 2h	–	Sistema redundante obrigatório

SLA para Frota Reserva/Backup

Indicador	Meta Mensal	Observações
Prontidão para substituição	≤ 60 minutos após acionamento	viatura precisa estar equipada
Disponibilidade geral	≥ 90%	usada apenas para contingência

SLA para Motolância (poderá ser ativada futuramente)

Indicador	Meta Mensal	Tolerância	Observações
Disponibilidade geral	≥ 90%	até 5%	Não se aplica para transporte
Equipamentos essenciais disponíveis	100%	–	BVM, talas, O2 portátil, medicamentos

SLA de Equipe Associada A Viatura

Categoria	SLA	Observações
Composição mínima da USB	100% dos turnos	Técnico/Condutor
Composição mínima da USA	100% dos turnos	Médico + Enfermeiro + Condutor
Reposição de equipe	até 60 min	Em ausências inesperadas

Monitoramento Mensal das SLAs

1. Fontes de Dados

- Sistema de Regulação Médica
- Logs de GPS das ambulâncias
- Checklists diários da frota
- Formulários de manutenção
- Escala oficial de RH
- Relatórios do almoxarifado e farmácia

2. Relatórios Mensais

Todo mês devem ser apresentados:

- Mapa de disponibilidade por viatura
- Horas de indisponibilidade (preventiva e corretiva)
- Causas de indisponibilidade
- Indicadores comparativos com o mês anterior
- Tendência de desempenho (trimestre)
- Plano de ação para metas abaixo do SLA

3. Penalidades e Ações Corretivas Internas

Quando SLA < 90% (USB) ou < 95% (USA)

- Investigação obrigatória
- Relatório técnico em até 24h
- Auditoria operacional

Quando SLA < 85% (qualquer viatura)

- Classificado como Risco Operacional Grave
- Abertura de Plano de Contingência
- Substituição imediata da viatura
- Revisão da empresa de manutenção

Quando SLA não melhora em 2 meses

- Avaliação de troca de fornecedores
- Reestruturação de gestão da frota
- Intervenção da Coordenação Geral

Tabela Consolidada

133

Tipo	Meta de Disponibilidade	Nível de Criticidade
USA	≥ 97%	Crítico
USB	≥ 95%	Alto
Frota Reserva	≥ 90%	Médio
Motolância (se houver)	≥ 90%	Médio

10. PLANO DE SUPRIMENTOS E LOGISTICA ASSISTENCIAL

O objetivo é estabelecer diretrizes, fluxos controle e responsabilidades para a gestão de insumos, medicamentos, materiais médicos e equipamento utilizados pelo SAMU, garantindo abastecimento contínuo, rastreabilidade, padronização e segurança assistencial.

Princípios Norteadores:

- ✓ Continuidade assistencial 24h/7
- ✓ Rastreabilidade completa desde a compra até o consumo na viatura
- ✓ Controle de estoque técnico mínimo
- ✓ Padronização do kit assistencial conforme normativa do APH
- ✓ Aquisição tempestiva e segura
- ✓ Transparência e registro auditável
- ✓ Conformidade sanitária e qualidade dos materiais

Escopo do plano

Este plano abrange:

Insumos assistenciais

Materiais médico-hospitalares

Medicamentos

Oxigênio medicinal

Materiais de imobilização

Materiais de via aérea

Suprimentos de desinfecção e higienização das viaturas

Itens administrativos essenciais ao funcionamento do SAMU

134

10.1. FLUXO PARA AQUISIÇÃO DE SUPRIMENTOS

10.1.1. SOLICITAÇÃO E AQUISIÇÃO

Levantamento de Necessidades

Responsável: Almoxarife do SAMU + Coordenação de Enfermagem
Periodicidade: semanal e mensal.

Atividades:

Avaliação de consumo médio mensal (CMM)

Conferência do estoque mínimo e máximo

Checação de validade

Registro de consumo por viatura

Emissão de Requisição Interna

Responsável: Coordenação / Diretor Operacional

Documentos:

Formulário de requisição

Mapa de consumo

Relatório de estoque mínimo atingido

Processo de Compra

Responsável: Setor de Compras da Fênix do Brasil Saúde

Etapas:

- ✓ Cotação com fornecedores homologados
- ✓ Seleção por critérios de qualidade, certificação e prazo
- ✓ Emissão de pedido
- ✓ Controle de entrega
- ✓ Conferência de nota fiscal

135

10.1.2. RECEBIMENTO, CONFERENCIA TECNICA E ACEITE

Conferência Física

Responsável: Almoxarife

Itens verificados:

- ✓ Quantidade
- ✓ Integridade de embalagens
- ✓ Conformidade com pedido
- ✓ Certificações ANVISA
- ✓ Temperatura controlada (quando aplicável)

Conferência Técnica e Sanitária

Responsável: Farmacêutico/Enfermeiro Responsável Técnico

Itens verificados:

- ✓ Validade mínima ≥ 12 meses
- ✓ Condições de transporte
- ✓ Lotes idênticos por entrega
- ✓ Itens de uso restrito (medicamentos controlados)

Registro de Entrada

- ✓ Em sistema:
- ✓ Data
- ✓ Lote
- ✓ Validade
- ✓ Fornecedor

- ✓ Quantidade

10.1.3. ARMAZENAMENTO TECNICO

Acondicionamento conforme normas sanitárias:

136

Organização Física do Almoxarifado

- ✓ Prateleiras metálicas
- ✓ Identificação visual por categoria
- ✓ Separação de materiais limpos e sujos
- ✓ Área específica para medicamentos controlados
- ✓ Extintores e ventilação adequada

Condições Obrigatórias

- ✓ Temperatura ambiente controlada
- ✓ Umidade adequada
- ✓ Iluminação fria
- ✓ Controle de pragas
- ✓ Rotina de limpeza
- ✓ Plano de contingência para energia (grupo gerador para medicamentos termossensíveis, se houver)

Método FEFO (First Expire, First Out)

Obrigatório para:

- ✓ medicamentos
- ✓ materiais estéreis
- ✓ insumos críticos

10.1.4. DISTRIBUIÇÃO PARA VIATURAS

Periodicidade

- ✓ Reabastecimento semanal das viaturas
- ✓ Revisão diária de itens críticos

Procedimento

1. Viatura retorna à base para conferência técnica;
2. Almojarife confere checklist padrão do kit de APH;
3. Materiais usados são repostos imediatamente;
4. Medicamentos controlados são repostos mediante assinatura
5. Equipamentos são testados (DEA, aspirador, fluxômetro, cilindro O2).

137

Kits Padronizados

- ✓ Via aérea

Via Aérea Básica

- Cânulas orofaríngeas (Guedel) nº 00, 0, 1, 2, 3, 4, 5
- Máscaras faciais adulto/pediátricas
- Máscara de nebulização
- Ressuscitador manual (AMBU) adulto
- Ressuscitador manual (AMBU) pediátrico
- Bolsa reservatório para AMBU
- Aspirador manual tipo "ventosa"
- Sondas de aspiração nº 6, 8, 10, 12, 14
- Cateter nasal (óculos)
- Máscara de oxigênio c/ reservatório (não reinalante) – adulto e infantil
- Máscara de Venturi
- Extensão de oxigênio

Via Aérea Avançada (USA)

- Laringoscópio adulto e pediátrico
- Lâminas reta e curva nº 0 a 4
- Tubos endotraqueais nº 3, 3.5, 4, 4.5, 5, 5.5, 6, 6.5, 7, 7.5, 8, 8.5

- Cuff tester
- Fixador de TOT
- Fio guia (bougie)
- Cânula de Mayo
- Máscara laríngea (LMA) nº 1 a 4
- Aspirador portátil elétrico (carregado)
- Filtros HME
- Seringa 10ml para insuflar cuff
- ✓ Medicação

Medicamentos de Urgência – USB

- Adrenalina 1mg/1ml
- Atropina
- Dipirona
- Metoclopramida
- Soro fisiológico 0,9% 500ml
- Soro glicosado 5% 250ml
- Salbutamol spray / solução
- Hidrocortisona EV
- Gluconato de cálcio
- Furosemida
- Ondansetrona
- Paracetamol
- Glicose hipertônica 50%
- Amiodarona (uso conforme protocolo local)

Medicamentos Avançados – USA

- Midazolam
- Diazepam

- Fentanil
- Cetamina
- Rocurônio ou Succinilcolina
- Noradrenalina
- Dopamina
- Morfina
- Haloperidol
- Nitroglicerina
- Heparina
- Clopidogrel
- Ceftriaxona
- Adesão total ao protocolo municipal de farmacologia AP

Materiais de administração

- Scalp nº 21, 23, 25
- Abbocath nº 14 a 24
- Equipo macrogotas / microgotas
- Luvas estéreis
- Garrotes
- Seringas (5ml/10ml/20ml)
- Agulhas diversas
- Cateter de oxigênio
- Torneiras de três vias

✓ Imobilização

- Prancha rígida adulta
- Prancha pediátrica
- Colar cervical adulto regulável

- Colar cervical infantil
- KED
- Tala de perna
- Tala de braço
- Bandagens triangulares
- Fitas de contenção
- Cintas aranha
- Imobilizador de cabeça com tirantes
- Talas moldáveis (SAM Splint)

✓ **Pediatria**

- AMBU neonatal
- AMBU pediátrico
- Máscara facial infantil nº 0, 1, 2
- Cânulas orofaríngeas pediátricas
- Nebulizador infantil
- Talas pediátricas
- Tamanhos reduzidos para cateteres, escalpes e TOT
- Material lúdico para conforto (opcional)
- Termômetro digital
- Sondas de aspiração nº 6 e 8
- Colar cervical infantil
- Oxímetro pediátrico

✓ **Obstetrícia**

- Pinça Kocher
- Pinça Cheron
- Campo estéril

- Tesoura de cordão
- Seringas e agulhas
- Luvas estéreis longo punho
- Fraldas absorventes
- Máscaras e gorros
- Compressas grandes
- Bolsa coletora de placenta
- Saco plástico térmico para RN
- Lâmina estéril
- Oxímetro neonatal
- Aspirador neonatal manual

✓ **Trauma**

- Gazes estéreis 7,5 e 10cm
- Compressas cirúrgicas
- Ataduras 10 e 12cm
- Esparadrapo
- Curativos absorventes
- Soro fisiológico 500ml para irrigação
- Pinça anatômica
- Tesoura de ponta romba
- Torniquete
- Curativo oclusivo
- Curativo compressivo
- Cobertores térmicos aluminizados
- Máscara facial de proteção
- Óculos de proteção
- Luvas de procedimento

✓ Queimados

- Soro fisiológico 0,9%
- Sulfadiazina de prata (ou produto definido pelo protocolo municipal)
- Gaze vaselinada
- Bandagens não aderentes
- Filme transparente estéril
- Cobertor térmico
- Tesoura estéril
- Ataduras largas

✓ **Biossegurança**

- Luvas procedimento
- Luvas estéreis
- Avental impermeável
- Máscara cirúrgica
- N95
- Protetor facial
- Touca
- Saco infectante vermelho
- Saco para resíduos comuns
- Álcool 70%
- Pulverizador
- Desinfetante hospitalar
- Panos descartáveis

✓ **Higienização da Viatura**

- Cloro a 1%
- Sabão enzimático
- Esponjas e escovas
- Papel toalha
- Lenços desinfetantes
- Pulverizador pressurizado

- Sacos para descarte
- Escova para piso

10.2. REPOSIÇÃO CONTINUA E CONTROLE DE CONSUMO

143

O consumo é rastreado:

- ✓ por viatura
- ✓ por turno
- ✓ por ocorrência, quando necessário

Ferramentas:

- ✓ planilha de controle
- ✓ sistema interno de estoque
- ✓ relatórios mensais de consumo

A reposição é feita conforme:

- ✓ CMM (consumo médio mensal)
- ✓ variação sazonal (clima, epidemias)
- ✓ indicadores de aumento de demanda
- ✓ diretrizes de vigilância epidemiológica

10.2.1. ESTOQUE MINIMO E MAXIMO

Estoque mínimo

O estoque mínimo deverá:

- ✓ garantir 15 dias de operação contínua
- ✓ ser recalculado trimestralmente
- ✓ considerar o CMM + margem de segurança de 20%

Estoque máximo

Limite máximo recomendado:

- ✓ 45 dias de operação
- ✓ evita perdas por vencimento
- ✓ reduz ocupação física

144

RASTREABILIDADE – DO FORNECEDOR A VIATURA

A rastreabilidade é obrigatória e deve permitir localizar:

- ✓ lote
- ✓ validade
- ✓ data de entrada
- ✓ data de saída
- ✓ profissional responsável
- ✓ viatura que consumiu
- ✓ ocorrência (quando aplicável)

Ferramentas de rastreabilidade

- ✓ sistema próprio ou planilha digital auditável
- ✓ número de lote obrigatório para medicamentos e materiais estéreis
- ✓ livro de registro de controlados

Rastreabilidade nas viaturas

Cada reposição deve gerar:

- ✓ assinatura do técnico/enfermeiro
- ✓ indicação de lote
- ✓ data e hora
- ✓ nome do almoxarife

10.3. CONTROLE DE OXIGENIO MEDICINAL

Deve incluir:

- rastreio de cilindros por número
- registro de volume

- controle de reposição
- checagem diária de pressão mínima
- manutenção do fluxômetro e válvulas
- armazenamento seguro conforme NR-20 e normas de gases medicinais

10.4. RESPONSABILIDADES

Almoxarife

- controle de entradas e saídas
- conferência de viaturas
- inventário mensal

Coordenação de Enfermagem

- supervisão dos kits de APH
- validação de consumo real
- solicitação de compras

Direção Operacional

- aprovação de requisições
- controle de fornecedores
- supervisão da rastreabilidade

Farmacêutico/Enfermeiro RT

- controle técnico de medicamentos
- verificação de validade
- auditoria periódica

Condutores e Equipes de APH

- comunicar consumo imediatamente

- conferir kit antes do início do plantão
- registrar discrepâncias

10.4.1. INDICADORES DE DESEMPENHO

146

- ✓ Taxa de abastecimento 100% das viaturas
- ✓ Percentual de itens em estoque mínimo
- ✓ Perdas por validade vencida
- ✓ Tempo médio de reposição
- ✓ Conformidade dos kits (checklist por plantão)
- ✓ Relatórios de desabastecimento (meta = 0)
- ✓ Acurácia do inventário mensal

10.4.2. MECANISMO DE AUDITORIA

- ✓ Auditoria interna mensal
- ✓ Conferência de lote e validade de todos os materiais estéreis
- ✓ Auditoria de conformidade dos kits de APH
- ✓ Revisão de entradas e saídas
- ✓ Relatório trimestral à direção

10.4.3. PLANO DE CONTINGENCIA PARA DESABASTECIMENTO

- ✓ Aumento temporário de estoque em 20–30%
- ✓ Contratação emergencial de fornecedores alternativos
- ✓ Redistribuição de materiais entre bases
- ✓ Priorização clínica dos itens críticos
- ✓ Comunicação oficial à Diretoria Técnica e ao Município



10.5. CONTROLE DE USO RACIONAL E REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS

Princípios norteadores do Uso racional

- ✓ Adequação ao Protocolo Assistencial: todos os materiais e medicamentos devem ser utilizados estritamente conforme protocolos de APH, Manchester, diretrizes clínicas e POP's validados.
- ✓ Proporcionalidade e Justificativa Técnica: itens devem ser consumidos apenas quando indispensáveis à assistência.
- ✓ Padronização dos Kits: o uso dos kits pré-montados reduz variação de consumo e minimiza perdas.
- ✓ Reposição sob Demanda Real: reposição baseada em consumo real e indicadores mensais de utilização.
- ✓ Transparência e Rastreabilidade: todos os movimentos (entrada, saída, uso, perda, devolução) devem ser registrados em sistema.

10.6. Mecanismos de Uso Racional

1. Padronização de Materiais e Insumos

- ✓ Definição de lista padronizada por tipo de viatura (USB/USA).
- ✓ Kits selados com checklists pré-definidos.
- ✓ Redução de variação técnica entre equipes.

- ✓ Uso mínimo de itens avulsos, priorizando embalagens fechadas em quantidades pré-calculadas.

Benefícios

- ✓ Reduz extravio.
- ✓ Diminui rupturas.
- ✓ Facilita auditorias.

148

2. Controle de Consumo por Atendimento

Cada ocorrência deve registrar:

- ✓ materiais utilizados,
- ✓ medicamentos,
- ✓ lote,
- ✓ validade,
- ✓ justificativa clínica quando houver consumo elevado.
- ✓ Registro conectado ao prontuário eletrônico de APH.

Benefícios

- ✓ Permite mapear padrões anormais de uso.
- ✓ Identifica excessos ou subutilização.

3. Monitoramentos de Indicadores

Indicador	Meta	Finalidade
Consumo médio por atendimento	Redução de 15% em 6 meses	Racionalização
Taxa de perdas por validade vencida	≤ 1% do estoque	Minimizar desperdício
Tempo médio de reposição	< 48h	Evitar estoque excessivo
Ocorrências sem item necessário	0%	Garantir prontidão
Desvios ou extravios	0	Rastreabilidade

4. Controle de Validade e Rotatividade (“PEPS”)

Implantar o método PEPS – Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair, assegurando:

- ✓ priorização de itens próximos ao vencimento;

- ✓ atualização quinzenal do estoque;
- ✓ registros de lotes e prazos no sistema.

Benefícios

- ✓ Evita vencimentos.
- ✓ Organiza o estoque com segurança.

149

5. Reposição Baseada em Estoque Mínimo e Máximo

Cada item possui:

- ✓ Estoque mínimo (quantidade que aciona reposição);
- ✓ Estoque máximo (evita excesso e acúmulo desnecessário);
- ✓ Consumo médio histórico calculado a cada 30 dias.

6. Acondicionamento e Armazenamento Adequado

- ✓ Temperatura controlada,
- ✓ Estoques separados por categorias,
- ✓ Materiais sensíveis protegidos de luz e umidade,
- ✓ Caixas identificadas com:
 - nome do item,
 - validade,
 - lote,
 - classificação (crítico, moderado, baixo giro).

7. Reutilização Segura (quando permitido)

- ✓ Equipos, cintos, pranchas e colares configurados para reutilização mediante:
 - protocolo de higienização,
 - registro pós-limpeza,
 - controle de vida útil do equipamento.

10.7. MECANISMOS DE REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS

1. Controle e Rastreabilidade Total

- ✓ Movimentações registradas em sistema integrado:
 - Recebimento;
 - Entrada em estoque;
 - Saída para viaturas;
 - Consumo por ocorrência;
 - Devoluções.

150

Benefícios

- ✓ Elimina perdas não justificadas.
- ✓ Facilita auditorias internas e externas.

2. Auditorias Internas Mensais

- ✓ Verificação de:
 - consumo por viatura,
 - uso de medicamentos controlados,
 - integridade dos kits,
 - divergências físicas x sistema.

Ações imediatas quando há discrepância

- ✓ Investigação da origem;
- ✓ Reposição emergencial se necessário;
- ✓ Relatório para coordenação.

3. Minimização de Itens Danificados

- ✓ Treinamento periódico para manuseio correto;
- ✓ Monitoramento das causas mais frequentes:
 - embalagem rompida,
 - má acomodação,
 - acondicionamento inadequado na viatura.

4. Redução de Desperdício de Medicamentos

- ✓ Monitoramento rigoroso de itens termoeestáveis;
- ✓ Abertura de ampolas apenas diante da execução do procedimento;
- ✓ Proibição de utilização para usos não padronizados;
- ✓ Controle individualizado de psicotrópicos.

5. Evitar Dupla Montagem de Kits

- ✓ Implantação de kits selados;
- ✓ Checklists diários;
- ✓ Reposição somente por falta devidamente registrada;
- ✓ Inventário ao final de cada plantão.

6. Treinamento Contínuo da Equipe

Pontos abordados:

- ✓ Racionalização do uso de materiais;
- ✓ Redução de desperdícios;
- ✓ Procedimentos padronizados para cada tipo de atendimento;
- ✓ Boas práticas de armazenamento na viatura;
- ✓ Simulações de checklists.

7. Responsabilidades das Equipes

Atores	Responsabilidades
Condutores	Zelo pelos kits, conferência diária, registro de reposição
Técnicos/Enfermeiros	Registro de uso, conferência de validade, comunicação de pendências
Coordenadores	Análise dos indicadores, autorização de compras, auditorias

Atores	Responsabilidades
Farmácia/Almoxarifado	Controle de estoque, armazenamento, rastreabilidade, inventários
Direção Técnica	Aprovação de protocolos, revisão dos indicadores

8. Ações Imediatas para Redução de Desperdícios (Resumo Operacional)

- ✓ Controle PEPS implementado integralmente;
- ✓ Kits padronizados de APH com lacres;
- ✓ Indicadores monitorados mensalmente;
- ✓ Sistema de registro de uso por ocorrência;
- ✓ Treinamento trimestral obrigatório;
- ✓ Inventário físico mensal;
- ✓ Plano de contingência para itens críticos;
- ✓ Auditoria interna de consumo por viatura e por equipamento.

7. Considerações Finais

O uso racional dos insumos e a redução de desperdícios no SAMU Mesquita são pilares essenciais para garantir a sustentabilidade operacional, a eficiência na utilização de recursos públicos e a manutenção de um atendimento seguro e qualificado à população. A implementação sistemática dos mecanismos apresentados assegura:

- ✓ otimização do consumo,
- ✓ redução de perdas,
- ✓ rastreabilidade completa,
- ✓ maior disponibilidade de materiais críticos,
- ✓ transparência no uso dos recursos,
- ✓ padronização dos processos assistenciais.

11. PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO TÉCNICA

O Plano de Educação Permanente tem por objetivo garantir a qualificação contínua das equipes do SAMU Mesquita – condutores, técnicos, enfermeiros, médicos, regulação, coordenação e apoio – assegurando padronização assistencial, segurança do paciente,

alinhamento aos protocolos do APH, e o fortalecimento da cultura de qualidade e desempenho operacional.

11.1. CRONOGRAMA DE FORMAÇÃO E RECICLAGEM PERIODICA

A Educação Permanente será organizada em ciclos trimestrais e semestrais, com formações obrigatórias, simulações práticas e atualização técnica contínua, estruturada conforme as necessidades operacionais identificadas no edital do SAMU Mesquita.

Estrutura Geral do Cronograma

- ✓ Mensal: Temas rápidos de atualização.
- ✓ Trimestral: Módulos completos de capacitação assistencial e operacional.
- ✓ Semestral: Reciclagens obrigatórias de alta complexidade.
- ✓ Anual: Certificações, simpósios e avaliação geral de competências.

CRONOGRAMA PROPOSTO

Mês	Temática	Público	Metodologia
Janeiro	Protocolo de Atendimento Inicial (ABCDE)	Todas as equipes	Aula + Simulação prática
Fevereiro	Suporte Básico (SBV) – Reciclagem	Condutores, Técnicos	OSCE + Estações
Março	Suporte Avançado (SAV)	Enfermeiros e Médicos	Prática supervisionada
Abril	Protocolo de Trauma / Imobilização	USB e USA	Estações práticas
Maio	Assistência ao paciente crítico e vias aéreas	USA	Simulação realística
Junho	Protocolo de Queimaduras e Pediatria	Todas as equipes	Aula prática
Julho	Regulação Médica e acionamento	Médicos reguladores	Estudo de casos
Agosto	Interação com Rede de Urgência e hospitais	Todos	Mesa redonda
Setembro	Segurança Viária e Direção Defensiva	Condutores	Curso teórico-prático

Mês	Temática	Público	Metodologia
Outubro	Atendimento a múltiplas vítimas (START)	USB, USA	Exercício simulado
Novembro	Farmacologia em APH / medicamentos	Técnicos, Enfermeiros	Oficina
Dezembro	Auditoria interna + revisão anual de protocolos	Toda equipe	Workshop

Metodologias Utilizadas

- ✓ Simulação realística
- ✓ Estações práticas por competência
- ✓ Aulas dialogadas
- ✓ Revisão baseada em casos reais do SAMU Mesquita
- ✓ Provas práticas (OSCE)
- ✓ Avaliação de desempenho em serviço

11.2. ATUALIZAÇÃO DE PROTOCOLOS E INTEGRAÇÃO COM AS EQUIPES

A atualização protocolar será contínua e vinculada ao Plano Operacional do SAMU Mesquita, garantindo uniformidade assistencial entre Regulação, USA, USB e coordenação técnica.

Mecanismo de Atualização de Protocolos

1. Revisão semestral obrigatória dos protocolos de APH:

- ✓ Via Aérea
- ✓ Trauma
- ✓ Pediatria
- ✓ Obstetrícia
- ✓ Queimados
- ✓ Cardiologia (PCR, SAV)
- ✓ Transporte seguro
- ✓ Start / múltiplas vítimas
- ✓ Protocolo de dor torácica
- ✓ Protocolo de acidente vascular

2. Revisões extraordinárias, sempre que:

- ✓ houver atualização normativa do Ministério da Saúde,
- ✓ mudanças nas diretrizes internacionais de APH (AHA, ITLS, PHTLS),
- ✓ identificação de incidentes críticos nas auditorias internas.

155

11.3. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO COM AS EQUIPES

- ✓ Reuniões mensais integradas entre Coordenação, Regulação, USA e USB.
- ✓ Discussão estruturada de casos reais de atendimentos de alta complexidade.
- ✓ Rondas técnicas para alinhamento de práticas.
- ✓ Padronização do uso dos Kits APH com base no Plano de Suprimentos.
- ✓ Briefings e debriefings ao início e fim dos plantões.
- ✓ Integração formal de condutores + equipe de enfermagem + regulação, alinhando:
 - condutas,
 - acionamento,
 - comunicação via rádio,
 - relatórios e fichas de APH,
 - registros de uso de material.

Produtos da Atualização de Protocolos

- ✓ Cadernos de Protocolos atualizados em versão digital e impressa.
- ✓ POP's operacionais revisados.
- ✓ Vídeos curtos de orientações.
- ✓ Checklists de procedimentos.
- ✓ Padronização visual dos protocolos (facilitação de consulta rápida).

11.4. AVALIAÇÃO POR COMPETENCIA E APRIMORAMENTO CONTINUO

A avaliação será contínua, baseada no modelo de competências técnicas, comportamentais e operacionais, alinhada ao perfil profissional exigido pelo SAMU Mesquita.

1. Modelo de Competências Avaliadas

Competências Técnicas

- ✓ Habilidade em SBV/SAV
- ✓ Imobilização e abordagem primária
- ✓ Atendimento em pediatria e obstetrícia
- ✓ Uso correto de equipamentos da viatura
- ✓ Administração de medicamentos conforme protocolo

Competências Operacionais

- ✓ Comunicação com regulação
- ✓ Direção defensiva (para condutores)
- ✓ Preenchimento correto da ficha APH (registro técnico)
- ✓ Tempo-resposta adequado
- ✓ Checklist de viatura

Competências Comportamentais

- ✓ Trabalho em equipe
- ✓ Liderança em cena
- ✓ Postura ética e humanização
- ✓ Controle emocional em situações críticas

2. Ferramentas de Avaliação

- ✓ OSCE (Objective Structured Clinical Examination)
- ✓ Simulações práticas de casos
- ✓ Avaliação individual em campo
- ✓ Auditorias de fichas de APH
- ✓ Entrevistas de retorno (feedback estruturado)

○ Ciclo de Aprimoramento Contínuo

- ✓ Diagnóstico de lacunas → auditorias + indicadores de desempenho.
- ✓ Planejamento das capacitações de acordo com as fragilidades identificadas.
- ✓ Execução das formações através da Educação Permanente.
- ✓ Avaliação pós-treinamento (competência técnica + prática).
- ✓ Acompanhamento em campo com supervisão técnica.

- ✓ Revisão dos protocolos conforme necessidade.
- ✓ Nova avaliação → ciclo contínuo.

3. Indicadores de Efetividade e Educação Permanente

157

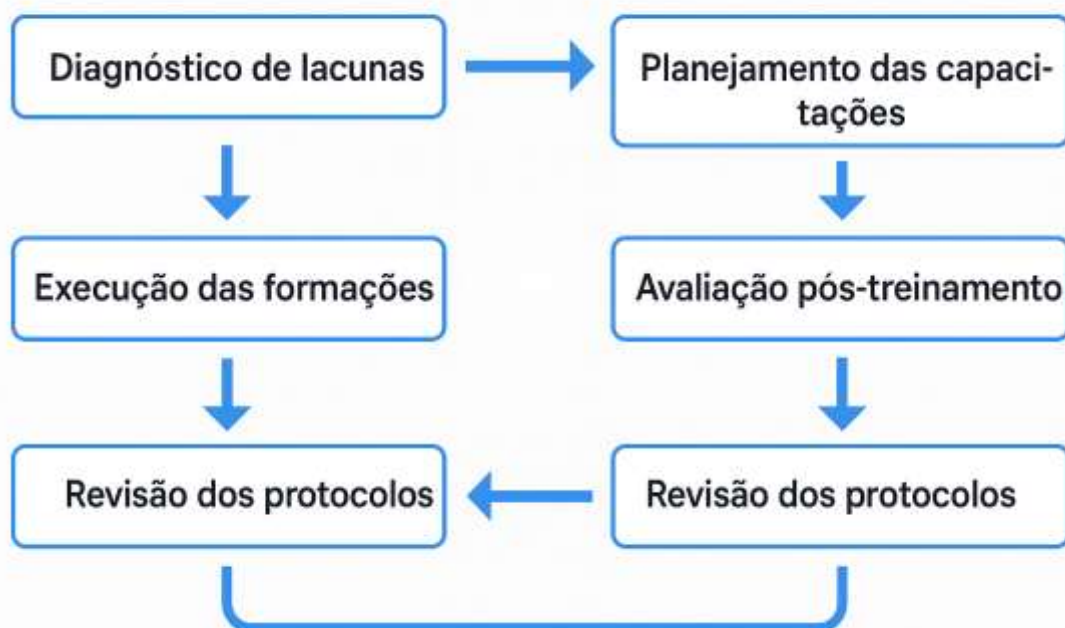
Indicador	Meta
Percentual de equipe treinada	100% por semestre
Redução de erros assistenciais	-30% em 12 meses
Aumento da adesão aos protocolos	95%
Participação em simulações	100%
Liderança em cena e cooperação	≥ 90% avaliado positivamente

O presente Plano de Educação Permanente e Capacitação Técnica estabelece uma política de qualificação contínua, estruturada e aderente às exigências do Edital 001/2025 do SAMU Mesquita.

O plano promove:

- atualização permanente dos protocolos,
- integração multiprofissional,
- melhoria do desempenho das equipes,
- segurança e qualidade do atendimento pré-hospitalar,
- desenvolvimento técnico e humano de todos os profissionais.

Ciclo de Educação Permanente



158

12. GESTÃO DE RISCOS E CONTINUIDADE OPERACIONAL

A Gestão de Riscos segue os princípios de segurança do paciente, biossegurança, governança, responsabilidade sanitária e continuidade assistencial. Para isso temos que:

Identificar e classificar riscos,

- ✓ Reduzir vulnerabilidades,
- ✓ Implementar ações preventivas,
- ✓ Mitigar impactos operacionais e assistenciais,
- ✓ Assegurar a continuidade ininterrupta do atendimento pré-hospitalar móvel.

12.1. IDENTIFICAÇÃO E CATEGORIAÇÃO DOS RISCOS

A identificação de riscos considera todos os macroprocessos do SAMU Mesquita: regulação médica, atendimento móvel (USB/USA), gestão de frota, suprimentos, recursos humanos,

comunicação e suporte administrativo.

Os riscos são classificados segundo probabilidade (baixa, média, alta) e impacto (leve, moderado, crítico).

A seguir, a categorização detalhada:

159

1. Riscos Assistenciais

Risco	Probabilidade	Impacto	Descrição
Falhas na estabilização do paciente	Média	Crítico	Desalinhamento com protocolos e práticas inseguras
Erros de medicação	Baixa	Crítico	Administração incorreta por falha humana ou falta de dupla checagem
Falhas na comunicação com Regulação	Média	Moderado	Afeta decisão, priorização e tempo-resposta
Ausência de material crítico em viatura	Baixa	Crítico	Pode comprometer o atendimento e gerar desassistência
Contaminação biológica	Média	Moderado	Exposição a sangue e secreções sem EPI adequado

2. Riscos Operacionais

Risco	Probabilidade	Impacto	Descrição
Pane em ambulância durante atendimento	Média	Crítico	Interrupção do atendimento e risco à vida
Falha de rádio ou comunicação	Alta	Moderado	Dificulta acionamento, acompanhamento e segurança da equipe
Ruptura de estoque de insumos críticos	Baixa	Crítico	Afeta desempenho assistencial
Atraso na reposição de kits	Média	Moderado	Reduz prontidão operacional
Falta de equipe por ausência não planejada	Alta	Moderado	Afeta cobertura assistencial

3. Riscos Estruturais e Logísticos

Risco	Probabilidade	Impacto	Descrição
Falha elétrica na base	Média	Crítico	Compromete sistemas, armazenamento e comunicação
Falha no sistema de climatização de insumos	Baixa	Moderado	Pode perder medicamentos termoeestáveis
Incêndio ou sinistro	Baixa	Crítico	Ameaça à integridade física e continuidade do serviço
Roubo/furto de equipamentos	Baixa	Moderado	Perda patrimonial e interrupção operacional

4. Riscos de Recursos Humanos

Risco	Probabilidade	Impacto	Descrição
Rotatividade elevada	Média	Moderado	Impacta continuidade do serviço
Ausência simultânea de profissionais	Média	Crítico	Reduz cobertura assistencial
Falhas de capacitação	Média	Moderado	Aumenta risco assistencial
Estresse ocupacional e desgaste emocional	Alta	Moderado	Compromete performance e segurança do paciente

5. Riscos Tecnológicos

Risco	Probabilidade	Impacto	Descrição
Indisponibilidade do sistema de regulação	Baixa	Crítico	Paralisa acionamentos
Problemas no prontuário eletrônico	Média	Moderado	Prejudica registros assistenciais
Ataques cibernéticos	Baixa	Moderado	Risco à segurança de dados

12.2. AÇÕES PREVENTIVAS E DE MITIGAÇÃO

As ações são organizadas por categoria de risco, contemplando controle prévio, redução de impacto e resposta rápida.

1. Ações Preventivas Assistenciais

Padronização e protocolos

- ✓ Atualização contínua dos POP's do APH.
- ✓ Capacitação trimestral com simulações realísticas.
- ✓ Revisão semestral do Protocolo de Medicamentos.
- ✓ Dupla checagem para administração medicamentosa.

Segurança do paciente

- ✓ Aplicação rigorosa do ABCDE.
- ✓ Uso obrigatório de EPIs padronizados.
- ✓ Checklists de início e fim do plantão.
- ✓ Verificação de materiais antes de cada saída.

2. Ações Preventivas Operacionais

Frota

- ✓ Plano de manutenção preventiva (semanal, mensal e trimestral).
- ✓ Checagem pré-saída por condutores e equipe de enfermagem.
- ✓ Registro de quilometragem e vida útil dos equipamentos.

Comunicação

- ✓ Teste diário do sistema de rádio e backup de telefonia.
- ✓ Canal alternativo de comunicação via aplicativo seguro.
- ✓ Manutenção contínua da sala de rádio.

Suprimentos

- ✓ Estoque mínimo definido por item.
- ✓ Reposição automática baseada em consumo real.
- ✓ Controle PEPS de validade.
- ✓ Auditoria mensal de almoxarifado.

3. Ações Preventivas Estruturais e Logísticas

- ✓ Extintores revisados semestralmente.
- ✓ Manutenção elétrica preventiva.
- ✓ Gerador de energia testado semanalmente.
- ✓ Controle de climatização de medicamentos termoe estáveis.

- ✓ Monitoramento por câmeras das áreas de insumos e viaturas.

4. Ações Preventivas de Recursos Humanos

- ✓ Escalas com cobertura mínima por função.
- ✓ Plano de substituição imediata para ausências.
- ✓ Avaliação periódica de competências.
- ✓ Suporte psicossocial e saúde mental (CAPS ou clínica conveniada).
- ✓ Educação permanente contínua.

162

5. Ações de Mitigação Imediata

Quando um risco se materializa:

- ✓ Acionamento da Coordenação Operacional.
- ✓ Comunicação direta com Regulação.
- ✓ Redirecionamento das viaturas disponíveis.
- ✓ Abertura de relatório de incidente crítico.
- ✓ Reposição emergencial de insumos.
- ✓ Ação corretiva em até 2 horas para riscos críticos.

12.3. PLANO CONTIGENCIA PAR MANUTENÇÃO DO ATENDIMENTO

O Plano de Contingência estabelece as ações emergenciais para assegurar a continuidade operacional mesmo quando riscos afetarem a estrutura, equipe, frota ou insumos.

A seguir, o plano estruturado por cenários:

1. Contingência para Falha de Ambulância

Ações Imediatas

- ✓ Retirada imediata da viatura defeituosa.
- ✓ Acionamento da viatura reserva (prevista no edital).
- ✓ Redistribuição das equipes.
- ✓ Comunicação à Central de Regulação.

Ações de Continuidade

- ✓ Frota reserva dimensionada.
- ✓ Manutenção corretiva com SLA de até 24h.

2. Contingência para Ruptura de Estoque de Item Crítico

Ações Imediatas

- ✓ Substituição emergencial por item equivalente padronizado.
- ✓ Acionamento do almoxarifado.
- ✓ Redistribuição de itens entre viaturas.

Ações de Continuidade

- ✓ Estoque de contingência (20%).
- ✓ Contratos com fornecedores de atendimento emergencial.

3. Contingência para Ausência de Equipe

Ações Imediatas

- ✓ Chamamento imediato de colaboradores de sobreaviso.
- ✓ Reorganização da escala com remanejamento interno.
- ✓ Priorização de atendimentos de risco alto.

Ações de Continuidade

- ✓ Banco de profissionais suplentes.
- ✓ Plano de coberturas de ausência.

4. Contingência para Falha de Comunicação (rádio/telefonía)

Ações Imediatas

- ✓ Uso do canal alternativo seguro (app).
- ✓ Comunicação manual via mensagens.

Continuidade

- ✓ Redundância de equipamentos.
- ✓ Equipamentos reserva configurados.

5. Contingência para Falha Estrutural na Base

164

Ações Imediatas

- ✓ Uso de gerador de energia.
- ✓ Redirecionamento das equipes para base provisória.
- ✓ Atores críticos (rádio, regulação, almoxarifado) mantidos prioritariamente.

Continuidade

- ✓ Manutenção emergencial com prazo máximo de 48h.

3.6. Contingência para Eventos Externos (enchentes, incêndios, violência)

- ✓ Ajuste de rotas de deslocamento.
- ✓ Priorização de ocorrências graves.
- ✓ Acionamento de forças externas (GCM, PM, Defesa Civil).
- ✓ Garantia de segurança das equipes.

Conclusão

A gestão de riscos integrada à continuidade operacional fortalece a confiabilidade, segurança e resiliência do SAMU Mesquita, garantindo que o serviço opere sem interrupções, mesmo diante de eventos imprevistos.



13. PLANO DE GESTÃO DE RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

13.1. MAPAS DE RISCO ASISTENCIAIS

1. Metodologia

Baseada nos princípios da Portaria 2.048/2002, protocolos do Ministério da Saúde, ANVISA, LGPD e requisitos do edital do SAMU Mesquita.

Os riscos foram classificados segundo:

- Probabilidade (P): Baixa, Média, Alta;
- Impacto (I): Baixo, Moderado, Crítico;
- Nível de Risco (NR = P × I): Baixo, Médio ou Alto.

2. Mapa de Riscos Assistenciais

Risco 1 – Demora do Tempo-Resposta

- Causa: Falha na comunicação, indisponibilidade de viaturas, alto volume de ocorrências.
- Impacto: Agravamento do quadro, óbito, judicialização.
- Probabilidade: Alta
- Impacto: Crítico

- Nível de Risco: ALTO

Contingência imediata:

- Reposicionamento de viaturas conforme georreferenciamento.
- Ativação de frota reserva.
- Acionamento de serviço regional quando necessário.

166

Risco 2 – Erro de Regulação Médica

- Causa: Informações incompletas, falha na análise da gravidade, má comunicação com solicitante.
- Impacto: Equipe inadequada, risco ao paciente.
- Probabilidade: Média
- Impacto: Crítico
- Nível: ALTO

Contingência:

- Revisão imediata do CAD.
- Consulta ao médico supervisor.
- Reorientação da equipe em tempo real.

Risco 3 – Falha de Equipamentos Assistenciais

- Causa: Manutenção deficiente, falha técnica inesperada.
- Impacto: Prejuízo ao atendimento.
- Probabilidade: Média
- Impacto: Alto
- Nível: MÉDIO–ALTO

Contingência:

- Uso de equipamento reserva disponível na viatura/base.
- Acionamento da manutenção emergencial.
- Troca da ambulância, se necessário.

Risco 4 – Evento Adverso Durante o Transporte

- Causa: Instabilidade clínica, movimentação inadequada, falha de fixação.
- Impacto: Queda, piora do quadro, parada cardiorrespiratória.
- Probabilidade: Média
- Impacto: Crítico
- Nível: ALTO

Contingência:

- Intervenção imediata conforme protocolos ABCDE.
- Prioridade de chegada à unidade hospitalar.
- Comunicação antecipada com porta de entrada da RUE.

Risco 5 – Ausência de Insumos Críticos

- Causa: Falha no almoxarifado, reposição tardia.
- Impacto: Não realização de procedimento necessário.
- Probabilidade: Média
- Impacto: Alto
- Nível: MÉDIO

Contingência:

- Estoque mínimo obrigatório na base.
- Empréstimo emergencial de unidade próxima.
- Comunicação imediata à coordenação logística.

Risco 6 – Ocorrências Violentas ou com Risco à Integridade da Equipe

- Causa: Áreas de criminalidade alta, tumulto na cena.
- Impacto: Risco de agressão, inviabilidade do atendimento.
- Probabilidade: Alta
- Impacto: Crítico
- Nível: ALTO

Contingência:

- Acionamento prévio da polícia militar.
- Aguardar em ponto de encontro seguro
- Recuo da equipe se risco persistir.

168

Risco 7 – Falha de Comunicação entre Regulação e Viaturas

- Causa: Rádio fora de área, interferência, falha técnica.
- Impacto: Atraso no atendimento, inviabilidade da regulação.
- Probabilidade: Alta
- Impacto: Alto
- Nível: ALTO

Contingência:

- Comunicação por telefone corporativo.
- Uso de aplicativos de apoio e localização.
- Repetidor de rádio ou canal alternativo.

13.2. PLANO DE CONTINGENCIA ASSISTENCIAL

Objetivo

Garantir continuidade, segurança e eficiência no atendimento em situações críticas ou rupturas operacionais, conforme exigências contratuais e diretrizes da RUE.

1. Ações por Categoria de Risco

A. Falhas Operacionais

- Ativar viatura reserva imediatamente.
- Reorganizar cobertura territorial com as viaturas ativas.
- Acionar oficina credenciada (contratada conforme edital).
- Registrar o ocorrido no relatório de contingência.

B. Falhas de Comunicação

- Trocar para canal secundário do rádio.

- Utilizar telefone corporativo.
- Enviar coordenadas via GPS ou aplicativo institucional.
- Coordenação deve monitorar todas as viaturas em tempo real.

C. Falta de Insumos ou Equipamentos

169

- Acionar almoxarifado central.
- Retirar insumos da base secundária ou unidade mais próxima.
- Registrar falha no sistema de controle.

D. Ameaça à Segurança da Equipe

- Não entrar na cena antes da PM.
- Recuar em risco iminente.
- Registrar ocorrência de segurança da equipe.
- Comunicar à coordenação e SMS.

E. Superlotação de Ocorrências

- Solicitar apoio de viaturas vizinhas (integração regional).
- Priorizar casos de risco iminente de morte.
- Equipes podem atuar em "comboio" para múltiplas vítimas.

F. Falhas Clínicas ou Eventos Adversos

- Ação imediata conforme protocolo ABCDE.
- Comunicação à regulação para reorientação da conduta.
- Registro do incidente no Formulário de Eventos Adversos.
- Auditoria assistencial em até 72h.

13.3. PROTOCOLOS DE INCIDENTES E MONITORAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE – SAMU MESQUITA

Objetivo

Estabelecer regras claras para notificação, análise, investigação e prevenção de incidentes assistenciais no SAMU Mesquita.

1. Tipos de Incidentes

a. Near Miss (quase erro)

Evento que não gerou dano, mas tinha potencial.

b. Incidente sem dano

Ocorreu falha, mas o paciente não sofreu prejuízo clínico.

c. Incidente com dano

Resultado em lesão, piora clínica ou risco aumentado.

d. Evento Sentinela

Eventos graves como:

- óbito não esperado;
- queda dentro da ambulância;
- falha grave de equipamento;
- agressão ao profissional.

2. Protocolo de Notificação de Incidentes

Fluxo (resumido)

1. Identificação pela equipe (na cena ou transporte).
2. Registro imediato no Formulário de Incidentes.
3. Comunicação à Coordenação Técnica até o fim do turno.
4. Avaliação preliminar pelo Coordenador e Auditor Assistencial.
5. Classificação do dano (Near Miss / sem dano / com dano / sentinela).
6. Investigação estruturada usando:
 - Diagrama de Ishikawa
 - 5 Porquês
 - Análise sistêmica de causas
7. Elaboração do Plano de Ação (PDCA).
8. Monitoramento mensal pelo Comitê de Segurança do Paciente.

Indicadores de Monitoramento da Segurança do Paciente

Indicador	Fórmula	Periodicidade
Taxa de incidentes assistenciais	$\text{n}^\circ \text{ incidentes} / \text{n}^\circ \text{ atendimentos} \times 100$	Mensal
Taxa de eventos adversos graves	$\text{eventos graves} / \text{atendimentos} \times 100$	Mensal
Índice de quedas durante transporte	$\text{quedas} / \text{transporte} \times 100$	Mensal
Falhas de equipamento crítico	$\text{n}^\circ \text{ falhas} / \text{mês}$	Mensal
Tempo resposta às notificações	horas entre notificação e análise	Mensal

171

3. Reuniões e Governança de Segurança

- Reunião mensal do Comitê de Segurança com coordenação, auditoria e equipe técnica.
- Análise dos indicadores.
- Priorização dos riscos de maior impacto.
- Revisão de protocolos.
- Relatórios enviados à Secretaria Municipal de Saúde conforme o edital.

4. Plano de Educação Permanente em Segurança do Paciente

Conforme exigências do edital, inclui:

- treinamentos trimestrais;
- simulações realísticas;
- devolutivas de indicadores;
- campanhas de segurança (higiene das mãos, transporte seguro, comunicação eficaz).

MAPA DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Impacto	Baixo	Baixo	Erro de Medicação	Infecção Hospitalar	
	Moderada	Baixo	Queda do Paciente	Lesão por Pressão	Erro no Procedimento
	Alto	Falha na Comunicação	Erro de Identificação	Erro no Procedimento	Inecção
	Extrema				
		Baixa	Moderada	Alta	Extrema
		Probabilidade			
		Baixo	Moderado	Alto	Crítico

RISCOS

PROTOCOLO DE NOTIFICAÇÃO E GESTÃO DE INCIDENTES ASSISTENCIAIS



13.4. ATENDIMENTO AOS REQUISITOS LGPD EM DADOS ASSISTENCIAIS

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Mesquita), regido pelo Edital 001/2025, realiza atividades essenciais à saúde, envolvendo coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis – especialmente informações clínicas e operacionais obtidas durante o atendimento pré-hospitalar.

173

Assim, torna-se obrigatório o cumprimento integral da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018), regulamentando práticas que garantam confidencialidade, integridade, disponibilidade e segurança das informações assistenciais.

O presente documento descreve os mecanismos implementados para assegurar conformidade legal, ética, administrativa e tecnológica no tratamento desses dados.

2. Princípios da LGPD Aplicados ao SAMU Mesquita

O SAMU Mesquita seguirá rigorosamente os 10 princípios da LGPD, com especial atenção àqueles diretamente associados à saúde:

a) Finalidade

- ✓ O tratamento de dados assistenciais ocorre exclusivamente para:
- ✓ atendimento pré-hospitalar de urgência;
- ✓ regulação médica;
- ✓ registro clínico e estatístico;
- ✓ vigilância epidemiológica;
- ✓ geração de indicadores obrigatórios pelo edital;
- ✓ segurança do paciente.

b) Adequação

Somente são coletadas informações estritamente necessárias ao atendimento, assistência e regulação.

c) Necessidade

Coleta mínima indispensável, evitando excessos e garantindo sigilo.

d) Livre acesso e transparência

Sempre que solicitado, o usuário pode acessar suas informações conforme diretrizes do SUS e da LGPD.

e) Segurança e prevenção

Uso de técnicas de controle, criptografia, senhas corporativas e acesso restrito por perfil profissional.

174

f) Responsabilização e prestação de contas

Todos os acessos são registrados, rastreados e auditáveis.

3. Tipos de Dados Tratados pelo SAMU Mesquita

✓ Dados Pessoais

- Identificação do paciente (nome, idade, sexo, endereço).
- Dados de contato de familiares.
- Dados geográficos da ocorrência.
- Registros audiovisuais quando previstos em protocolo.

✓ Dados Pessoais Sensíveis (art. 5º, II – LGPD)

- Informações clínicas e sinais vitais.
- Histórico de doenças e agravos.
- Classificação de risco.
- Ocorrências psiquiátricas, obstétricas, pediátricas.
- Situações envolvendo violência.
- Informações sobre dependência química.
- Dados biométricos, quando existentes.

✓ Dados Operacionais

- Tempo resposta.
- Rotas e geolocalização das viaturas.
- Informações dos profissionais envolvidos.
- Relatórios da regulação médica.

4. Bases Legais Utilizadas pelo SAMU Mesquita

O SAMU Mesquita utiliza bases legais específicas previstas pela LGPD, especialmente:

a) Execução de políticas públicas de saúde (art. 7º, III e art. 11, II, “a”)

Aplicável porque o serviço integra a Rede de Atenção às Urgências – RUE do SUS.

175

b) Proteção da vida e integridade física do paciente (art. 11, II, “c”)

Fundamental no atendimento pré-hospitalar e regulado.

c) Tutela da saúde (art. 7º, VIII e art. 11, II, “f”)

Abrange ações de assistência, regulação, transporte e estabilização.

Não é necessária obtenção de consentimento, conforme LGPD, quando o tratamento se dá para proteção da vida ou execução de política pública de saúde.

5. Governança, Responsabilidades e Papéis na LGPD

✓ Controlador

Município de Mesquita / Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela política pública e base legal.

✓ Operador

FENIX DO BRASIL SAUDE, responsável pela execução, manutenção de registros e segurança operacional.

✓ Encarregado (DPO)

A FENIX DO BRASIL SAUDE designará um Encarregado de Proteção de Dados, com as atribuições:

- receber comunicações da ANPD;
- orientar colaboradores;
- supervisionar incidentes;
- aprovar políticas internas;
- auditar acessos e relatórios.

6. Mecanismos de Segurança da Informação

O SAMU Mesquita adotará controles técnicos e administrativos:

1. Acesso restrito
 - Perfis segregados para médico regulador, equipes de USB/USA, administrativo, coordenação.
 - Senhas individuais e renovadas periodicamente.
2. Registro e rastreabilidade
 - Logs automáticos de acesso ao sistema de regulação e ao prontuário.
 - Logs de GPS e movimentação das viaturas.
 - Rastreabilidade de fichas assistenciais, via número único.
3. Armazenamento seguro
 - Servidores criptografados.
 - Backups programados.
 - Proibição de armazenamento pessoal por colaboradores.
4. Segregação física e digital
 - Armários trancados para fichas impressas.
 - Descarte seguro (trituradores, incineração autorizada).
 - Protocolo de não compartilhamento de informações sensíveis por meios não autorizados.
5. Comunicação protegida
 - Rádio e telefonia sem dados clínicos completos.
 - Informações clínicas completas apenas via CAD médico regulador.

176

7. Protocolos de Atendimento à LGPD Integrados ao Edital

1. Prontuário e ficha de atendimento

- Preenchimento obrigatório e completo.
- Proibição de anotações não clínicas.

- Sigilo profissional rigoroso.
2. Regulação médica
 - Informações mínimas para decisão clínica.
 - Acesso exclusivo a médicos reguladores e autorizados.
 3. Compartilhamento com a rede de saúde
 - Permitido apenas quando necessário para continuidade do cuidado, conforme SUS.
 4. Notificação de violação de dados

177

Em caso de incidente:

- Contenção imediata
- Comunicação ao Controlador
- Registro completo do evento
- Avaliação do risco à integridade dos titulares
- Notificação à ANPD, quando aplicável
- Implementação de medidas corretivas

5. Treinamentos obrigatórios

Todos os profissionais receberão capacitação contínua em:

- sigilo;
- segurança da informação;
- condutas éticas;
- manipulação segura de dispositivos;
- uso de sistemas assistenciais.

8. Auditoria Interna e Conformidade Permanente

Serão realizadas auditorias mensais com foco em:

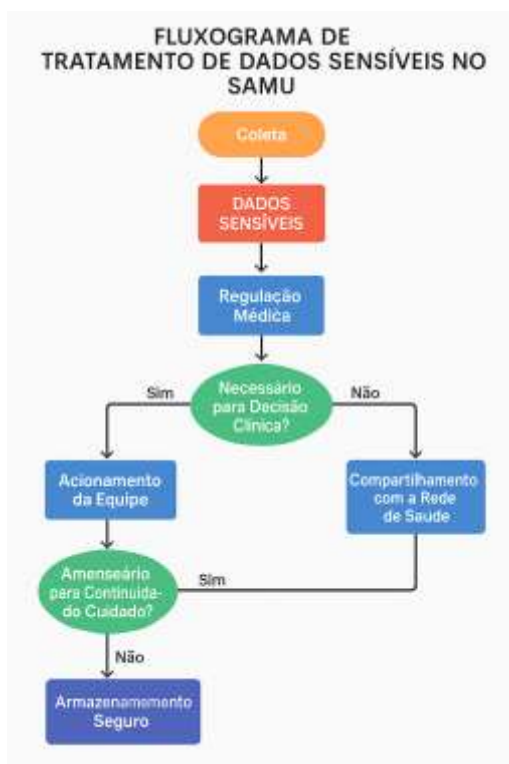
- conformidade dos registros assistenciais;
- análises de acesso aos sistemas;
- integridade e segurança das fichas;

- registro de incidentes;
- avaliação do cumprimento dos princípios da LGPD;
- monitoramento da tratativa de solicitações de usuários.
- Relatórios serão enviados à Secretaria Municipal de Saúde conforme o edital.

9. Plano de Minimização de Riscos de Privacidade

A gestão implantará ferramentas para redução de riscos:

- Matriz de riscos LGPD específica do SAMU.
- POP de tratamento de dados sensíveis.
- Políticas de armazenamento e sigilo.
- Termos de confidencialidade para todos os colaboradores.
- Monitoramento contínuo de acessos.
- Revisão periódica da política de dados.



10. Conclusão

O atendimento aos requisitos de LGPD pelo SAMU Mesquita será conduzido de forma sistemática, auditável e totalmente integrada aos processos assistenciais e operacionais, garantindo:

- segurança jurídica;
- sigilo das informações;
- conformidade com o edital;
- proteção ao paciente;
- governança ética e transparente.

179

Este documento constitui diretriz institucional obrigatória e deve ser observado por todos os profissionais envolvidos na operação.

14. COMUNICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

A comunicação humanizada no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) é um eixo fundamental do cuidado, especialmente no contexto do SAMU Mesquita, onde as equipes lidam com situações críticas, sofrimento intenso e demandas emergenciais que exigem clareza, acolhimento e empatia. Este documento estabelece diretrizes que asseguram:

- ✓ relacionamento respeitoso com usuários e familiares,
- ✓ acolhimento qualificado,
- ✓ orientação adequada durante todas as etapas do atendimento,
- ✓ práticas baseadas na Política Nacional de Humanização (PNH),
- ✓ garantia da segurança do paciente,
- ✓ melhoria contínua da experiência assistencial.

14.1. ESTRATEGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O USUARIOS E FAMILIARES

A comunicação efetiva é elemento central para reduzir ansiedade, facilitar o entendimento do cuidado prestado e promover transparência. As estratégias descritas abaixo são destinadas a todas as equipes operacionais, reguladores, condutores, técnicos, enfermeiros e médicos que atuam no SAMU Mesquita.

1. Comunicação Clara, Objetiva e Adequada ao Cenário

- ✓ Utilizar linguagem simples, livre de termos técnicos.
- ✓ Adaptar a comunicação ao nível de compreensão do usuário.
- ✓ Verificar se o paciente compreendeu a orientação (“técnica do retorno”).
- ✓ Evitar julgamentos, ironias ou comentários que possam gerar insegurança.

2. Comunicação Humanizada em Situações de Crise

- ✓ Manter postura calma, respeitosa e segura.
- ✓ Utilizar tom de voz firme, porém tranquilo.
- ✓ Validar sentimentos do paciente (“eu entendo que você está com dor/ansioso”).
- ✓ Oferecer informações sobre cada procedimento que será realizado.
- ✓ Explicar motivo de condutas emergenciais rapidamente, sem expor a equipe a riscos.

3. Comunicação com Familiares no Local da Ocorrência

- ✓ Orientar sobre o que está acontecendo, mantendo sigilo e ética.
- ✓ Informar o destino hospitalar e justificativa da escolha.
- ✓ Evitar informações incertas; fornecer apenas o que está validado clinicamente.
- ✓ Estabelecer um responsável da família para centralizar informações.
- ✓ Garantir que familiares vulneráveis (idosos, crianças, pessoas em crise emocional) recebam suporte adequado.

4. Comunicação Durante a Regulação Médica

- ✓ Manter clareza e concisão na transmissão de dados (protocolo SBAR).
- ✓ Confirmar endereço, ponto de referência e classificação de urgência.
- ✓ Registrar informações com precisão, garantindo segurança e rastreabilidade.

5. Comunicação como Ferramenta de Segurança

- ✓ Repetir informações críticas (“closed-loop communication”).
- ✓ Utilizar checklists comunicacionais antes e depois do transporte.
- ✓ Manter diálogo constante entre condutor e equipe assistencial durante deslocamento.

14.2. ACOLHIMENTO. ORIENTAÇÃO E ONTERFACE COM A COMUNIDADE

O acolhimento no SAMU Mesquita considera a pessoa em sua integralidade e reconhece que a emergência é um momento de vulnerabilidade. Este item descreve práticas assistenciais e socioeducativas que fortalecem o vínculo com a população.

181

1. Acolhimento no Atendimento em Cena

- ✓ Identificação da equipe, chamando o paciente pelo nome.
- ✓ Escuta ativa e observação de sinais verbais e não verbais.
- ✓ Atenção às necessidades especiais: idosos, deficientes, gestantes, crianças.
- ✓ Respeito às diversidades culturais, étnicas, sociais e religiosas.
- ✓ Manutenção da privacidade com uso de campos e barreiras apropriadas.

2. Orientação ao Paciente e Familiares

- ✓ Explicação do motivo da intervenção.
- ✓ Informações sobre riscos, tempo estimado de transporte e destino assistencial.
- ✓ Orientações sobre documentos, medicamentos de uso contínuo e acompanhantes.
- ✓ Encaminhamento claro sobre os próximos passos da jornada do paciente.

3. Interface com a Comunidade e Ações Educativas

O SAMU Mesquita desenvolverá ações permanentes junto à população:

- ✓ Campanhas comunitárias sobre **uso correto do 192**.
- ✓ Orientações sobre primeiros socorros em escolas e associações locais.
- ✓ Participação em atividades educativas com a Defesa Civil, GCM e unidades de saúde.
- ✓ Fortalecimento da cultura de prevenção de acidentes e agravos.
- ✓ Engajamento com lideranças comunitárias para comunicação ativa em situações emergenciais.

4. Inclusão Social e Vulnerabilidades

- ✓ Priorização de estratégias para pessoas em situação de rua, usuários de álcool/drogas, violência doméstica, idosos frágeis e público LGBT+.

- ✓ Encaminhamentos adequados e comunicação com a rede de apoio (CREAS, CAPS, CRAS).

14.3. PRATICAS VOLTADAS A SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE DA EXPERIENCIA ASSISTENCIAL

182

A segurança do paciente é princípio obrigatório no SAMU Mesquita, integrando normas de APH, protocolos operacionais e governança clínica. As práticas a seguir visam reduzir riscos, padronizar condutas e garantir melhor experiência ao usuário.

1. Práticas de Segurança Assistencial

- ✓ Aplicação do ABCDE em todos os atendimentos.
- ✓ Dupla checagem de medicamentos, equipamentos e vias aéreas.
- ✓ Teste diário dos equipamentos das viaturas.
- ✓ Cumprimento dos protocolos de APH e PNH.
- ✓ Uso obrigatório e correto de EPIs.
- ✓ Conferência dos kits selados antes do plantão.
- ✓ Registros completos e legíveis na ficha de APH.

2. Práticas de Segurança no Transporte

- ✓ Monitoramento contínuo do paciente durante deslocamento.
- ✓ Comunicação com a regulação sobre evolução durante o trajeto.
- ✓ Adequação da velocidade e direção defensiva.
- ✓ Fixação de todos os materiais e equipamentos para evitar quedas/acidentes.

3. Qualidade da Experiência Assistencial

- ✓ Humanização em todas as etapas do atendimento.
- ✓ Tratamento cordial e respeitoso, independentemente da situação.
- ✓ Redução do tempo de espera e otimização do tempo resposta.
- ✓ Cuidado centrado na pessoa e não somente na queixa.
- ✓ Garantia de privacidade e dignidade.
- ✓ Redução de práticas coercitivas e contenção só quando estritamente indicada.

4. Trabalho Integrado das Equipes

- ✓ Alinhamento contínuo entre Regulação, USB e USA.
- ✓ Debriefing pós-atendimento crítico.
- ✓ Revisão coletiva de protocolos.
- ✓ Educação Permanente voltada à comunicação e humanização.
- ✓ Rondas técnicas de supervisão para garantir aderência às boas práticas.

5. Indicadores de Humanização e Segurança

Indicador	Meta	Método
Satisfação do usuário	$\geq 90\%$	Questionário pós-atendimento
Reclamações de comunicação	$< 3\%$	Ouvidoria
Erros de medicação	0	Auditoria
Atendimento com acolhimento adequado	$\geq 95\%$	Observação técnica
Tempo resposta adequado	100% das ocorrências prioritárias	Sistema de regulação

A comunicação humanizada e a segurança do paciente são pilares estruturantes para o SAMU Mesquita, garantindo atendimento eficiente, ético e centrado nas necessidades de cada pessoa atendida.

Reforçamos as práticas assistenciais alinhadas à Política Nacional de Humanização e aos critérios técnicos do Edital 001/2025, contribuindo para:

- redução de riscos,
- qualificação do atendimento,
- melhoria da experiência assistencial,
- fortalecimento da confiança da população.

15. MODELO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

15.1. ESTRATEGIAS DE MENSURAÇÃO DA PERFORMANCE DOS SERVIÇOS

184

O monitoramento do desempenho operacional do SAMU Mesquita será estruturado a partir de um conjunto integrado de indicadores assistenciais, operacionais, administrativos e de qualidade, conforme diretrizes do Ministério da Saúde (Portaria 2.048/2002), protocolos da Rede de Urgência e Emergência e requisitos expressos no Edital 001/2025. O objetivo é permitir análise contínua da eficiência do serviço, desempenho das equipes, segurança do paciente e adequação da resposta às necessidades epidemiológicas do município.

1. Estruturação dos Indicadores-Chave de Desempenho (KPIs)

Os indicadores serão agrupados em eixos estratégicos:

a) Indicadores Assistenciais

- Tempo resposta total (chamada → chegada no local) por tipo de ocorrência.
- Tempo porta–resposta da Central de Regulação (tempo médio para atendimento da chamada).
- Proporção de atendimentos conforme classificação de risco definida pelo médico regulador.
- Taxa de atendimento efetivado versus cancelado.
- Tempo de permanência no local da ocorrência (tempo de cena).
- Quantidade de recusas qualificadas.
- Óbitos na cena e eventos adversos assistenciais.
- Adesão a protocolos clínicos
- Satisfação do Usuário.

b) Indicadores Operacionais

- Índice de disponibilidade da frota (viaturas operacionais / viaturas totais).
- Taxa de manutenção preventiva e corretiva por tipo de ambulância.
- Tempo de indisponibilidade por falha mecânica.
- Cumprimento da escala mínima por categoria profissional.

c) Indicadores Administrativos e de Gestão

- Assiduidade e pontualidade da equipe.
- Rotatividade do pessoal (turnover).
- Horas de capacitação realizadas / horas previstas.
- Índice de conformidade documental e regulatória.

185

d) Indicadores de Qualidade, Humanização e Satisfação

- Índice de satisfação do usuário e familiares.
- Número de elogios e denúncias tratadas.
- Conformidades com protocolos de segurança do paciente.
- Taxa de notificação de incidentes e quase-erros.

2. Metodologia de Coleta e Consolidação dos Dados

A mensuração será diária, semanal ou mensal, seguindo esta metodologia:

- Registros primários: Fichas do atendimento, CAD do Médico Regulador, GPS das viaturas, relatórios de tripulação, sistema da central de regulação.
- Validação: Conferência cruzada entre CAD, ficha do paciente, logs de GPS e checklists de viaturas.
- Depuração: Correção de divergências pela Supervisão Técnica e Coordenação Geral.
- Consolidação: Plataforma eletrônica padronizada com tabelas e dashboards mensais.
- Comparação temporal: Análise de evolução trimestral e anual.
- Meta pactuada: Indicadores comparados às metas estabelecidas no edital e à normativa MS.



15.2. ELABORAÇÃO DOS RELATORIOS PERIÓDICOS DE ACOMPANHAMENTO

Serão elaborados relatórios estruturados e padronizados, com periodicidade definida contratualmente, visando garantir transparência e efetivo acompanhamento do desempenho do SAMU Mesquita.

1. Relatório Operacional Diário (ROD)

Contém:

- ✓ ocorrências atendidas;
- ✓ tempo resposta;
- ✓ viaturas disponíveis;
- ✓ intercorrências;
- ✓ ausências de profissionais;
- ✓ pendências de manutenção;
- ✓ eventos adversos críticos.

Enviado à Coordenação e Direção Técnica.

2. Relatório Semanal de Desempenho

Inclui:

- ✓ análises comparativas dos principais indicadores;
- ✓ mapa de calor por tipo de ocorrência;
- ✓ taxa de cumprimento da escala;
- ✓ situação de manutenção;
- ✓ notificações de incidentes;
- ✓ ações educativas realizadas.

187

3. Relatório Mensal de Monitoramento (RMM)

Documento completo contendo:

- ✓ síntese executiva;
- ✓ análise dos KPIs;
- ✓ comparativo com metas do edital;
- ✓ avaliação da frota e dos equipamentos;
- ✓ dados de RH;
- ✓ relatório de capacitações;
- ✓ análise de riscos;
- ✓ plano de melhoria para o próximo mês.

É o relatório base para prestação de contas ao ente público.

4. Relatório Trimestral de Avaliação de Desempenho

Apresenta visão macro da operação:

- ✓ tendências epidemiológicas;
- ✓ impacto das ações de melhoria;
- ✓ análise de sazonalidade dos atendimentos;
- ✓ revisão de protocolos;
- ✓ relatório completo de auditorias internas;
- ✓ recomendações estratégicas.

5. Relatório Anual Consolidado

Documento de alto nível:

- ✓ consolidação anual dos dados;

- ✓ balanço social;
- ✓ indicadores de impacto;
- ✓ cumprimento das metas contratuais;
- ✓ avaliação de efetividade do SAMU;
- ✓ recomendações de evolução para o ciclo seguinte.

15.3. MECANISMOS DE AUDITORIA INTERNA E MELHORIA CONTÍNUA

O SAMU Mesquita adotará um modelo integrado de auditoria interna, com foco na segurança, legalidade, conformidade assistencial e padronização da qualidade, seguindo o método PDCA e os princípios da Política Nacional de Humanização e boas práticas da Rede de Urgência.

1. Auditoria Assistencial

Realizada mensalmente pela equipe técnica:

- ✓ Revisão de fichas de atendimento.
- ✓ Conferência do cumprimento dos protocolos ABCDE, trauma, PCR e obstétricos.
- ✓ Verificação da atuação do médico regulador.
- ✓ Avaliação da qualidade das decisões clínicas e regulação.
- ✓ Checagem de incidentes, quase-erros e eventos adversos.

2 Auditoria Operacional

Envolve:

- ✓ Checagem de escalas comparada aos registros de ponto.
- ✓ Avaliação da disponibilidade e integridade da frota.
- ✓ Verificação de abastecimento, insumos e kits.
- ✓ Conferência do checklist diário, semanal e mensal das viaturas.
- ✓ Avaliação do uso do GPS e rotas.

3. Auditoria Administrativa

Inclui:

- ✓ conformidade de documentos contratuais;
- ✓ RGPS, CNES e demais cadastros;

- ✓ folha de pagamento;
- ✓ registro de capacitações;
- ✓ controle de almoxarifado.

4 Ciclo de Melhoria Contínua (PDCA)

189

O processo seguirá quatro etapas:

- ✓ Planejar – Identificação de problemas e definição das metas e ações corretivas.
- ✓ Executar – Implementação das melhorias com treinamento das equipes.
- ✓ Checar – Verificação dos resultados por meio dos indicadores e auditorias.

Agir – Padronização dos processos melhorados e criação de novos planos de ação.

5 Comitê Permanente de Monitoramento e Melhoria

Composto por:

- ✓ Direção Técnica
- ✓ Coordenação Geral
- ✓ Coordenação da Regulação
- ✓ Coordenação de Enfermagem
- ✓ Supervisoras de Frota e Logística
- ✓ Representante de Humanização e Segurança do Paciente

Reúne-se mensalmente para:

- Validar análises de desempenho
- Revisar indicadores críticos
- Definir e acompanhar planos de ação
- Gerenciar riscos
- Monitorar satisfação do usuário

6. Comunicação dos Resultados

- ✓ Os resultados serão publicados em relatórios, dashboards e reuniões de alinhamento.
- ✓ As equipes serão informadas mensalmente sobre o desempenho e metas.
- ✓ Desvios serão discutidos nas reuniões de supervisão e treinamentos internos.



15.4. METAS ESTRATEGICAS E RESULTADOS ESPERADOS

15.4.1. METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS ALINHADAS À POLÍTICA PÚBLICA VIGENTE

1. Enquadramento nas Políticas Públicas de Saúde

As metas do SAMU Mesquita são estruturadas em consonância com:

- Política Nacional de Atenção às Urgências
- Rede de Atenção às Urgências (RUE)
- Política Nacional de Humanização (PNH)
- Pactos interfederativos e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita
- princípios de universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização do SUS.

Todas as metas quantitativas e qualitativas são concebidas para:

- **ampliar o acesso** oportuno ao atendimento de urgência;
- **reduzir morbimortalidade evitável**;
- **garantir segurança do paciente e qualidade assistencial**;
- **integrar o componente móvel (SAMU) à rede fixa** (UPAs, hospitais, APS, RAPS, etc.).

191

2. Metas Quantitativas Assistenciais

Cobertura e produção assistencial

- ✓ Garantir cobertura de **atendimento móvel de urgência 24h/dia, 7 dias/semana** com:
 - 2 Unidades de Suporte Avançado (USA)
 - 4 Unidades de Suporte Básico (USB)
- ✓ Atender $\geq 95\%$ das chamadas classificadas como pertinentes pela regulação médica.
- ✓ Alcançar média mínima de X atendimentos mensais (valor a ser parametrizado conforme histórico do município e dados epidemiológicos), segmentados em:
 - atendimentos clínicos
 - atendimentos traumáticos
 - atendimentos obstétricos
 - atendimentos pediátricos
 - remoções de urgência reguladas

Metas de tempo-resposta

- ✓ Tempo médio de atendimento telefônico (TMA):
 - Atender $\geq 90\%$ das ligações em até 10 segundos.
- ✓ Tempo de despacho da viatura (da decisão do médico regulador à saída da ambulância):
 - Meta: ≤ 3 minutos para demandas de alta prioridade.

- ✓ Tempo-resposta porta-a-porta (saída da base até chegada na cena):
 - Zona urbana:
 - ❖ Meta: ≤ 15 minutos para códigos de maior gravidade.
 - Áreas periféricas / de difícil acesso:
 - ❖ Meta: ≤ 25 minutos, com monitoramento específico.

Metas de disponibilidade operacional

- ✓ Manter ≥ 95% de disponibilidade média mensal da frota, considerando:
 - períodos em operação
 - exclusão de janelas programadas de manutenção preventiva
- ✓ Garantir que 100% das viaturas cumpram o checklist diário de:
 - condições mecânicas
 - equipamentos médico-hospitalares
 - itens de segurança
- ✓ Realizar 100% das manutenções preventivas dentro do prazo planejado.

Metas Qualitativas Assistenciais e de Humanização

Qualidade técnico-assistencial

- ✓ Garantir que 100% dos atendimentos sigam protocolos assistenciais padronizados, alinhados às diretrizes nacionais de urgência.
- ✓ Manter taxa de eventos adversos graves evitáveis próxima de zero, por meio de:
 - notificação sistemática
 - análise de causa raiz
 - implementação de planos de ação.

Humanização, acolhimento e comunicação

- ✓ Implantar diretrizes de acolhimento e comunicação com usuários e familiares, assegurando:
 - linguagem clara, respeitosa e não discriminatória;
 - informação adequada sobre o quadro clínico e condutas;
 - respeito às diversidades culturais, religiosas, de gênero e condições de

vulnerabilidade.

- ✓ Realizar, no mínimo, 1 ação educativa/mês voltada à humanização do atendimento para a equipe (rodas de conversa, oficinas, estudos de caso).

Satisfação do usuário e da rede

193

- ✓ Implantar instrumento de escuta qualificada da população (pesquisas de satisfação, canais de ouvidoria, análise de demanda espontânea).
- ✓ Meta: alcançar índice de satisfação $\geq 85\%$ entre usuários e serviços de referência (UPAs, hospitais, APS).
- ✓ Monitorar reclamações, elogios e sugestões, com resposta formal para $\geq 95\%$ das manifestações dentro de prazos pactuados com a Secretaria de Saúde.

Metas de Educação Permanente e Desenvolvimento da Equipe

- ✓ Garantir carga horária mínima anual de educação permanente por profissional, incluindo:
 - protocolos clínicos
 - segurança do paciente
 - humanização
 - biossegurança
 - comunicação em equipe.
- ✓ Realizar simulados de atendimento (PCR, múltiplas vítimas, acidentes de grande porte, etc.) ao menos trimestralmente.
- ✓ Garantir formação inicial e periódica em protocolos de urgência (SBV, SAV/SVA, trauma, IAM, AVC, emergências pediátricas, obstétricas, psiquiátricas).

15.5. INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL, OPERACIONAL E DE QUALIDADE

Os indicadores serão organizados em três dimensões principais: assistencial, operacional e qualidade/segurança/humanização, com periodicidade de monitoramento mensal, análise trimestral e consolidação anual.

1. Indicadores de Desempenho Assistencial

Acesso e utilização

- ✓ Número de chamadas recebidas no 192 (mês/ano).
- ✓ Número de atendimentos efetivos (com deslocamento de viatura).
- ✓ Proporção de chamadas não pertinentes (orientação não urgente, trotes, equívocos).
- ✓ Distribuição dos atendimentos por tipo de agravo:
 - clínicos
 - traumáticos
 - obstétricos
 - pediátricos
 - psiquiátricos
 - outros.

Gravidade e desfechos

- ✓ Proporção de atendimentos classificados como alta prioridade (códigos críticos).
- ✓ Taxa de retorno às unidades de saúde em menos de 72h por agravamento do quadro.
- ✓ Taxa de mortalidade na cena e durante o transporte (analisada com foco em evitabilidade, sem caráter punitivo).
- ✓ Taxa de sucesso em reanimações cardiopulmonares (ROSC – retorno à circulação espontânea na cena ou durante transporte).
- ✓ Taxa de controle adequado da dor em quadros algícos moderados e intensos (conforme escala numérica ou facial).

Adesão a protocolos clínicos

- ✓ Percentual de atendimentos por IAM com realização de ECG pré-hospitalar.
- ✓ Percentual de atendimentos por AVC com aplicação de escala neurológica e respectivo fluxo de encaminhamento.
- ✓ Percentual de pacientes traumáticos com abordagem ABCDE registrada.
- ✓ Uso adequado de dispositivos de imobilização (prancha longa, colar cervical, talas, etc.).

2. Indicadores Operacionais

Tempos e fluxos

- ✓ Tempo médio de atendimento telefônico (TMA).
- ✓ Tempo médio de despacho (decisão de envio da viatura até saída da base).
- ✓ Tempo-resposta médio (saída da viatura até chegada à cena), com estratificação por:
 - tipo de ocorrência
 - região/bairro.
- ✓ Tempo médio de permanência em cena (da chegada até o início do transporte).
- ✓ Tempo médio de transporte até unidade de referência.

Disponibilidade de frota e recursos

- ✓ Taxa de disponibilidade de viaturas por tipo (USA, USB).
- ✓ Percentual de viaturas paradas por manutenção corretiva.
- ✓ Cumprimento do plano de manutenção preventiva (proporção realizada x planejada).
- ✓ Taxa de utilização de equipamentos críticos (ex.: respirador, monitor, desfibrilador), com foco em vida útil e necessidade de reposição.

Gestão de pessoas

Taxa de absenteísmo da equipe (por categoria profissional).

Taxa de rotatividade (turnover) de profissionais no SAMU.

Percentual de profissionais com formação/certificação atualizada em urgência/emergência.

Participação em atividades de educação permanente (média de horas/ano por profissional).

3. Indicadores de Qualidade, Segurança do Paciente e Humanização

Segurança do paciente

- ✓ Número de eventos adversos notificados (classificados por gravidade e tipo).
- ✓ Taxa de eventos adversos graves evitáveis por mil atendimentos.
- ✓ Número de quase erros (near misses) identificados, com análise e plano de ação.
- ✓ Cumprimento de checklists de segurança:
 - checklist pré-saída da viatura
 - checklist de medicações e materiais

- checklist de higienização da célula assistencial.

Monitoramento da qualidade assistencial

- ✓ Percentual de fichas de atendimento (FAPH) com preenchimento completo.
- ✓ Número de não-conformidades identificadas em auditorias internas.
- ✓ Aderência aos protocolos institucionais e às recomendações oriundas de auditorias e visitas técnicas.

196

Humanização e experiência do usuário

- ✓ Índice de satisfação do usuário, medido por:
 - pesquisas pós-atendimento
 - ouvidoria
 - devolutivas das unidades receptoras (UPA's, hospitais).
- ✓ Número de elogios registrados por período.
- ✓ Número de reclamações e denúncias, com monitoramento:
 - tempo médio de resposta
 - percentual de resolução efetiva.
- ✓ Quantitativo de ações de humanização implementadas (campanhas temáticas, educação em saúde, melhoria da ambiência, ações com trabalhadores etc.).

15.5.1. ALINHAMENTO ÀS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Conformidade com o Componente Móvel da Rede de Atenção às Urgências

O modelo proposto para o SAMU Mesquita:

- segue o desenho do componente móvel da RUE, integrado ao componente fixo (UPAs, hospitais, APS, RAPS, SAD, etc.);
- respeita a lógica de regulação médica das urgências, com médico regulador 24h;
- utiliza protocolos clínico-assistenciais reconhecidos nacionalmente;
- adota mecanismos de transporte regulado e comunicação com a rede de referência.

2. Integração com a Rede Municipal de Saúde de Mesquita

O serviço se alinha às prioridades da Secretaria Municipal de Saúde ao:

- ✓ estruturar o SAMU como porta estratégica da urgência, evitando superlotação desnecessária das portas hospitalares;
- ✓ pactuar fluxos de encaminhamento com:
 - serviços de urgência e emergência
 - atenção básica/ESF
 - serviços de saúde mental (CAPS, RAPS)
 - rede de cuidado à pessoa com deficiência e doenças crônicas;
- ✓ participar de espaços colegiados de gestão, como:
 - reuniões de regulação
 - comissões de mortalidade
 - comitês de qualidade e segurança
 - comissões de revisão de prontuários e eventos adversos.

3. Aderência às diretrizes de qualidade, humanização e participação social

O alinhamento contempla:

- ✓ Política Nacional de Humanização:
 - valorização do trabalhador
 - acolhimento com classificação de risco
 - escuta qualificada dos usuários
 - fortalecimento dos coletivos de trabalhadores e espaços de cogestão.
- ✓ Participação e controle social:
 - transparência de informações sobre produção, resultados e indicadores do SAMU junto ao Conselho Municipal de Saúde;
 - prestação de contas periódica com dados consolidados.
- ✓ Gestão por processos e resultados, orientada por:

indicadores pactuados com a SMS

- metas quantitativas e qualitativas revisadas periodicamente
- uso dos resultados para ajuste de fluxos, protocolos e dimensionamento de recursos.

4. Educação Permanente, Qualificação e Inovação

Em consonância com o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, o serviço:

- ✓ adota a Educação Permanente em Saúde (EPS) como ferramenta estruturante;
- ✓ promove integração pedagógica entre SAMU, rede hospitalar, APS, RAPS e outros componentes;
- ✓ estimula produção de conhecimento, análises de caso, revisões sistemáticas de protocolo e incorporação gradual de tecnologias (ex.: teleconsultoria, apoio remoto em tempo real, uso de sistemas de georreferenciamento, etc.).

198

5. Transparência, Monitoramento, Avaliação e Prestação de Contas

- ✓ Os resultados dos indicadores e metas serão apresentados em relatórios periódicos à Secretaria Municipal de Saúde, contendo:
 - análise crítica dos dados
 - identificação de gargalos
 - proposição de planos de ação.
- ✓ O modelo de gestão favorece:
 - monitoramento contínuo
 - auditorias internas e externas
 - traçabilidade das ações assistenciais
 - visibilidade pública dos resultados, conforme marcos legais do SUS.

15.5.1.1. TABELAS METAS X INDICADORES

15.5.1.1.1 METAS ASSISTENCIAIS – QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

Metas Assistenciais e Indicadores Correspondentes.

Nº	META ASSISTENCIAL	INDICADOR ASSOCIADO	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	PERIODICIDADE	PADRÃO / META
1	Garantir cobertura do SAMU 24h/dia com 2 USA e 4 USB	Disponibilidade de frota	Percentual de tempo em que cada viatura fica operacional no mês	Mensal	≥ 95%

Nº	META ASSISTENCIAL	INDICADOR ASSOCIADO	DESCRIÇÃO DO INDICADOR	PERIODICIDADE	PADRÃO / META
2	Atender $\geq 95\%$ das chamadas pertinentes	Taxa de pertinência das chamadas	Nº de chamadas pertinentes / total de chamadas recebidas	Mensal	$\geq 95\%$
3	Reduzir tempo de resposta para ocorrências graves	Tempo-resposta médio (Urbano)	Minutos entre saída da base e chegada à cena	Mensal	≤ 15 min
4	Reduzir tempo de atendimento telefônico	TMA – Tempo Médio de Atendimento	Tempo de espera até atendimento pelo TARM	Mensal	≤ 10 s (90% das chamadas)
5	Manter tempo de despacho da viatura adequado	Tempo de despacho	Decisão do médico regulador → saída da viatura	Mensal	≤ 3 min
6	Realizar atendimento conforme protocolos clínicos	Adesão aos protocolos	Percentual de fichas com cumprimento dos itens do protocolo	Mensal	$\geq 95\%$
7	Garantir registro completo das FAPH	FAPH completas	Percentual de fichas totalmente preenchidas	Mensal	$\geq 98\%$
8	Ampliar segurança do paciente	Taxa de eventos adversos	Nº de eventos adversos graves / mil atendimentos	Mensal	Zero tolerância
9	Melhorar desfechos de PCR	Taxa de ROSC	Nº de reanimações com retorno à circulação espontânea	Mensal	$\geq 10-15\%$ (compatível com média nacional PH)
10	Reduzir mortalidade evitável	Mortalidade em cena	Taxa ajustada por gravidade	Trimestral	Monitoramento sem meta punitiva

15.5.1.1.2 METAS OPERACIONAIS

Metas Operacionais e Indicadores Correspondentes

Nº	META OPERACIONAL	INDICADOR CORRELATO	COMO É MEDIDO	PERIODICIDADE	META
11	Garantir a manutenção preventiva das viaturas	Taxa de manutenção preventiva realizada	Nº de manutenções feitas / previstas	Mensal	100%
12	Minimizar indisponibilidade por quebra	Indisponibilidade e de frota	Horas de viatura parada por falha mecânica	Mensal	≤ 5%
13	Garantir abastecimento, insumos e equipamentos adequados	Conformidade de insumos	Checklist de materiais e medicamentos	Mensal	100%
14	Reduzir tempo médio de permanência em cena	Tempo em cena	Minutos entre chegada até início do transporte	Mensal	≤ 20 min
15	Melhorar fluxo de transporte aos hospitais	Tempo de transporte	Minutos até unidade de referência	Mensal	Monitoramento
16	Reduzir absenteísmo	Taxa de absenteísmo	Faltas / total de escalas	Mensal	≤ 3%
17	Reduzir turnover	Taxa de rotatividade	Desligamentos / quadro total	Trimestral	≤ 2%

15.5.1.1.3 METAS DE QUALIDADE E SEGURANÇADO PACIENTE

Metas de Qualidade w Indicadores Correspondentes

Nº	META DE QUALIDADE	INDICADOR	DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE	PADRÃO
18	Implantar cultura de segurança	Notificações de eventos adversos	Número de eventos notificados	Mensal	Aumento esperado inicialmente
19	Reduzir eventos adversos graves	Taxa de eventos adversos graves	Nº por mil atendimentos	Mensal	Zero ou próximo de zero
20	Aumentar uso de checklists	Adesão ao checklist	Proporção de checklists completos (pré e pós atendimento)	Mensal	≥ 95%
21	Garantir higienização completa da viatura	Conformidade da higienização	Percentual de checklists pós-atendimento completos	Mensal	100%
22	Qualificar entrega hospitalar	Índice de aceitação hospitalar	Reclamações e devoluções das unidades receptoras	Mensal	≥ 90%

201

15.5.1.1.4 METAS DE HUMANIZAÇÃO E EXPERIENCIA DO USUARIOS

Humanização e Indicadores Correspondentes

Nº	META DE HUMANIZAÇÃO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE	META
23	Melhorar comunicação com o usuário	Índice de satisfação	NPS ou escala própria	Mensal/Trimestral	≥ 85%
24	Reduzir reclamações	Taxa de reclamações	Nº de reclamações / 1000 atendimentos	Mensal	Declive progressivo
25	Ampliar acolhimento humanizado	Ações de humanização realizadas	Nº de ações/mês	Mensal	≥ 1 ação/mês

Nº	META DE HUMANIZAÇÃO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE	META
26	Garantir informação adequada aos familiares	Conformidade comunicação	Auditorias + Ouvidoria	Mensal	≥ 90%

15.5.1.1.5 METAS DE GESTÃO DE PESSOAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Desenvolvimento Profissional e Indicadores Correspondentes

Nº	META DE RH / EDUCAÇÃO	INDICADOR	MÉTODO	PERIODICIDADE	META
27	Garantir formação inicial adequada	% de profissionais capacitados	Cursos SBV/ALS/Trauma	Mensal	100%
28	Ofertar educação permanente mensal	Nº de capacitações realizadas	Registros + listas	Mensal	≥ 1/mês
29	Realizar simulados de urgência	Nº de simulados realizados	Registros de EPS	Trimestral	≥ 1/trimestre
30	Melhorar clima organizacional	Índice de clima	Pesquisas internas	Semestral	≥ 80% de satisfação

15.5.1.1.6 METAS E INDICADORES DE INTEGRAÇÃO COMA REDE DE SAUDE (RUE)

Integração em Rede / Regulação

Nº	META DE INTEGRAÇÃO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE	META
31	Melhorar fluxo SAMU → UPA/Hospitais	Tempo de entrega do paciente	Minutos até transferência	Mensal	Monitoramento + redução
32	Garantir comunicação contínua com a Regulação	Taxa de falhas de comunicação	Quedas de rádio/internet	Mensal	≤ 2%

Nº	META DE INTEGRAÇÃO	INDICADOR	DESCRIÇÃO	PERIODICIDADE	META
33	Garantir encaminhamento adequado por tipo de agravo	Conformidade do destino	Avaliação pelo regulador	Mensal	≥ 95%
34	Participar de colegiados e comissões	Número de reuniões técnicas	Atas e registros	Mensal	≥ 1/mês

15.6. MATRIZ DES DE RISCOS E CONTROLES /MITIGAÇÕES

15.6.1. MATRIZ

15.6.2. DE RISCO ASSISTENCIAL

Nº	Risco	Causa	Consequências	P	I	Nível	Controles / Mitigações
1	Erro de classificação de risco na regulação	Informações insuficientes ou falha de análise	Envio inadequado da equipe; agravamento clínico; óbito	3	5	15 (ALTO)	POPs de regulação; capacitação contínua; supervisão médica; revisão de CAD
2	Atendimento inadequado na cena	Falha técnica, falta de atualização, erro de avaliação	Agravamento da condição ou evento adverso	3	5	15 (ALTO)	Treinamento, simulação realística, supervisão técnica
3	Evento adverso durante transporte	Movimento brusco, falta de fixação, falha de equipamento	Lesão, instabilidade clínica	3	4	12 (MÉDIO)	Checklists; adequação dos equipamentos; protocolo de transporte
4	Demora no tempo-resposta	Falha de frota, logística, comunicação	Piora do quadro, óbito	4	5	20 (ALTO)	Monitoramento de GPS; plano de contingência; viatura reserva

Nº	Risco	Causa	Consequências	P	I	Nível	Controles / Mitigações
5	Falta de medicamentos/insumos	Falha logística ou estoque insuficiente	Prejuízo ao atendimento	3	4	12 (MÉDIO)	Estoque mínimo; rastreabilidade; controle diário

15.6.3. MATRIZ DE RISCOS OPERACIONAIS (FROTA, LOGISTICA E Base)

Nº	Risco	Causa	Consequências	P	I	Nível	Mitigações
6	Quebra de viatura durante atendimento	Manutenção deficitária, desgaste	Atraso, desassistência	4	5	20 (ALTO)	Manutenção preventiva; checklists diários
7	Indisponibilidade simultânea das ambulâncias	Ocorrências múltiplas; falta de escala	Aumento do tempo resposta	3	5	15 (ALTO)	Gestão dinâmica de frota; acionamento regional
8	Falha no abastecimento de O2	Má gestão ou vazamento	Inviabilização da assistência	2	5	10 (MÉDIO)	Controle de cilindros, aferição diária
9	Falha de comunicação (rádio/telefone)	Interferência, queda de sistema	Atraso no despacho	4	4	16 (ALTO)	Plano B: telefonia móvel, redundância de rádios
10	Falha no GPS ou rastreamento	Problema técnico	Perda de localização da viatura	3	3	9 (MÉDIO)	Manutenção tecnológica; backup

15.6.4. MATRIZ DE RISCOS HUMANOS

Nº	Risco	Causa	Impactos	P	I	Nível	Mitigações
11	Ausência de profissionais na escala	Falta, adoecimento, rotatividade	Redução da capacidade operacional	4	4	16 (ALTO)	Banco de reserva; cobertura; gestão de RH
12	Baixa qualificação técnica	Falta de treinamento	Eventos adversos, falhas assistenciais	3	4	12 (MÉDIO)	Educação permanente

Nº	Risco	Causa	Impactos	P	I	Nível	Mitigações
13	Stress ocupacional elevado	Carga emocional	Burnout, afastamentos	4	3	12 (MÉDIO)	Acompanhamento de saúde do trabalhador

15.6.5. RISCOS ADMINISTRATIVOS E REGULATORIOS

Nº	Risco	Causa	Impactos	P	I	Nível	Mitigações
14	Não cumprimento das metas do edital	Desorganização, gestão falha	Penalidades contratuais	3	5	15 (ALTO)	Monitoramento mensal; auditoria
15	Falhas na prestação de contas	Documentos incompletos ou atrasos	Glosas, perdas financeiras	2	4	8 (MÉDIO)	Procedimentos auditados
16	Não atualização de CNES e cadastros	Falha administrativa	Irregularidade de operação	2	4	8 (MÉDIO)	Controle documental periódico

15.6.6. RISCOS TECNOLOGICOS E LGPD

Nº	Risco	Causa	Impactos	P	I	Nível	Mitigações
17	Vazamento de dados assistenciais	Acesso indevido, erro humano	Violação de LGPD; dano ao paciente	3	5	15 (ALTO)	Controle de acesso; criptografia; DPO
18	Uso inadequado de fichas ou prontuários	Preenchimento errado, perda	Falha clínico-regulatória	3	4	12 (MÉDIO)	Treinamento; auditoria de fichas
19	Falha no sistema de regulação	Queda, instabilidade	Atraso no despacho	4	4	16 (ALTO)	Redundância; TI dedicada
20	Perda de informações críticas	Falha de backup	Risco assistencial	2	5	10 (MÉDIO)	Backup diário; segurança da informação

15.6.7. RISCOS ESTRUTURAIS E AMBIENTAIS

Nº	Risco	Causa	Impactos	P	I	Nível	Mitigações
21	Interdição da base	Infiltração, incêndio, falhas estruturais	Interrupção das operações	1	5	5 (BAIXO)	Plano de contingência
22	Eventos climáticos extremos	Chuvas fortes, enchentes	Acesso limitado às ocorrências	4	4	16 (ALTO)	Mapeamento de risco; rotas alternativas
23	Ações de violência urbana	Região de risco	Impedimento de acesso à cena	4	5	20 (ALTO)	Acompanhamento policial; protocolo de segurança

206

15.6.8. RISCOS FINANCEIROS

Nº	Risco	Causa	Impactos	P	I	Nível	Mitigações
24	Insuficiência de recursos para manutenção	Atraso de repasses	Risco à frota e insumos	2	5	10 (MÉDIO)	Planejamento financeiro
25	Glosas e não conformidades	Erros administrativos	Perdas financeiras	2	4	8	Auditoria interna permanente

15.6.9. RISCOS DE IMAGEM EM RELAÇÃO AO USUARIO

Nº	Risco	Causa	Impactos	P	I	Nível	Mitigações
26	Reclamações de usuários	Demora, falha de comunicação	Prejuízo institucional	3	3	9	Ouvidoria ativa; treinamento
27	Exposição indevida de pacientes	Falha ética ou descuido	Danos morais; LGPD	2	5	10	Código de ética; monitoramento

16. PROTOCOLO SAMU 192

Para o SAMU, o conjunto de diretrizes e procedimentos padrão utilizados pelos profissionais de saúde para oferecer assistência inicial em situações de emergência médica, amplamente disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, será o material utilizado para definição dos protocolos do serviço, não cabendo nesse caso, adaptações frente a

particularidades do serviço e, portanto, tornando desnecessária sua apresentação na íntegra no corpo deste projeto.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2a edição, 2016.

16.1. Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco

Introdução

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário em relação aos outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecer articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

A crescente demanda e a procura pelos serviços de urgência e emergência tornaram necessária a reorganização do processo de trabalho dos serviços para atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência. A classificação de risco faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH) e constitui um método de avaliação que contribui para agilizar o atendimento a partir da aplicação de um protocolo pré-estabelecido que

estratifica o grau de necessidade do usuário, através da atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada e/ou necessidades especiais.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de atendimento de urgência e emergência, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. É um instrumento para organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença e o grau de sofrimento dos usuários.

208

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 é a primeira portaria que regulamenta no Brasil dos serviços de Urgência e Emergência e orienta a implantação da triagem com classificação de risco. O processo de classificação de risco deve ser realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro), de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência e emergência clínica dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Após a classificação, os pacientes são encaminhados para atendimento. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados.

Para elaboração desse protocolo foi utilizado como base o sistema de Manchester de Classificação de Risco que estratifica a classificação de risco por cores, de acordo com a complexidade.

Objetivo

Classificar, mediante protocolo estabelecido de acordo com sinais e sintomas que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento mediato ou imediato.

Equipe Classificação: enfermeiros.

Equipe multiprofissional: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção.

Competências e responsabilidades

O enfermeiro é o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos usuários que procuram os serviços. O enfermeiro que atua na classificação de risco deve possuir habilidades para promover escuta qualificada, avaliar, registrar correta e detalhadamente a

condição clínica bem como a queixa. É importante o trabalho em equipe, o raciocínio clínico, a agilidade mental para a tomada de decisões, assim como capacidade para fazer os devidos encaminhamentos na rede assistencial a fim de que se efetive a continuidade do cuidado.

Processo de Classificação

209

- A- Usuário procura o serviço de urgência;
- B- É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção (conte comigo) e encaminhado para confecção da ficha de atendimento;
- C- Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e aferição de sinais vitais e realiza a classificação de acordo com o protocolo.
- D- Reclassificação do paciente se houver piora clínica.

Avaliação do Paciente/ Coleta de dados

- A- Queixa principal: início, evolução e tempo da doença;
- B- Medicamentos em uso, doenças preexistentes e alergias;
- C- Estado físico e mental do paciente (avaliação inicial);
- D- Sinais vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2 frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR);
- E- Classificação de gravidade.

Avaliação inicial

Realizar uma análise sucinta para identificar situações com risco iminente de morte ou instabilidade de sinais vitais, atentar para os seguintes itens:

Complicações das vias aéreas: é a incapacidade de manter via aérea pérvia. Estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

Grave esforço respiratório: quando o paciente apresenta sinais de batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

Ausência de pulso central, jugular, radial, braquial e/ou femoral: entre 5 a 10 segundos de verificação, indica parada cardiorrespiratória (PCR).

Hemorragia exangüinante: grande perda de fluxo sanguíneo que possa trazer instabilidade hemodinâmica.

Observar sinais de choque: ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.

Atendimento à gestante

Além dos dados iniciais da avaliação coletar as seguintes informações:

Coletar DUM (Data da última menstruação);

Uso de medicações contínuas durante a gestação;

Perda, coloração e características de líquidos;

Histórico obstétrico- questionar sobre G (gestação), PN (parto natural), PC (parto cesárea), A (abortamento). Exemplo: G3, PN2, PC1, A0= 3 gestações, 2 de parto natural 1 de cesárea e nenhum abortamento.

Anotar se a gestação é de alto risco: presença de doença infecciosa na gestação ou alguma condição mórbida que influencia no risco gestacional tais como: anemia cardiopatia, tireopatias, hipertensão arterial crônica, diabetes melito, lúpus eritematoso sistêmico, asma, epilepsia, transtornos psiquiátricos, câncer ginecológico, trombofilia, tromboembolismo venoso, gravidez na adolescência, idade materna avançada, obesidade, gestação pós-cirurgia bariátrica, doença renal crônica, doença crônica, tabagismo; usuária de álcool, fumo e drogas ilícitas; miastenia gravis e mioma.

Classificação de Risco por cores

VERMELHO (EMERGÊNCIA): Risco iminente de morte ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico. Necessitam de atendimento imediato. Deverão ser acompanhados pelo enfermeiro imediatamente para o atendimento médico na sala de reanimação e/ou estabilização.

LARANJA (MUITO URGENTE): Potencial risco de morte. Necessitam de atendimento em até 10 minutos. Deverão ser priorizados para a sala de Classificação de Risco e em seguida, acompanhados pelo enfermeiro para o atendimento na enfermaria.

AMARELO (URGENTE): Potencial risco de agravamento, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte. Necessitam de atendimento em até 60 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento prioritário em consultório médico.

VERDE (POUCO URGENTE): Pouco urgente. Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento. Necessitam de atendimento médico em até 120 minutos. Deverão ser encaminhados para atendimento médico em consultório.

AZUL (NÃO URGENTE): Podem aguardar atendimento. Podem ser atendidos em consultórios do pronto atendimento por ordem de gravidade em até 4 horas (240 min). O Classificador deverá orientar quanto à relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde.

211

VERMELHO= EMERGÊNCIA	0 min
LARANJA= MUITO EMERGENTE	10 min
AMARELO =URGENTE	60 min
VERDE=POUCO URGENTE	120 min
AZUL= NÃO URGENTE	240 min

Método de Triagem

A identificação do problema, a prática clínica está centrada na queixa principal, ou seja, o principal sinal e sintoma identificado pelo próprio paciente ou pelo profissional de saúde. Os principais discriminadores para classificação são:

Risco de morte;

Dor;

Hemorragia;

Nível de consciência;

Temperatura;

Agravamento;

Risco de morte

Reconhecer que qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades.

Dor

Dor é determinada pelo desconforto físico variando de leve a grave, onde a leve é tolerável com score de 1-3, moderada score de 4-6 e severa score 7-10 indica uma dor intolerável, significativa e insuportável. Utilizar a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação de adultos e crianças

(Anexo I).

Hemorragia

A hemorragia apresenta-se de várias formas. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação de pressão direta constante e que continua a sangrar abundantemente ou ensopa rapidamente compressas ou chumaços grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável.

Nível de consciência

O nível de inconsciência é analisado separadamente para adultos e crianças.

As alterações do nível de consciência/estado mental devem ser avaliadas pela Escala de Coma de Glasgow (Anexo II). Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a Sala de reanimação e/ou Vermelha/ Estabilização.

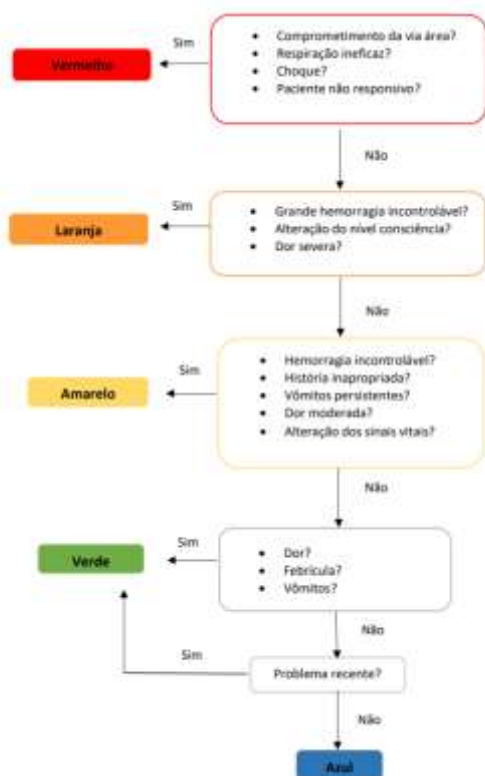
Agravamento

Avaliar se o problema é recente. Se é ou não uma lesão ou ferimento recente, pois um tempo relativamente longo de existência de um problema pode ser incluído na prioridade não urgente sem risco clínico.

Critérios de Inclusão

Todos os usuários que procurarem atendimento.

Fluxograma geral de classificação de risco



213

16.1.1.1. Avaliação de Enfermagem em Pacientes Adultos

ALTERAÇÕES CUTÂNEAS

(feridas; abscessos, afecções da pele, erupções e vesículas disseminadas)

VERMELHO

Sinais de choque- hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.

LARANJA	Edema de face- inchaço envolvendo a derme profunda e tecido subcutâneo. Representando um edema localizado. O angiodema frequentemente ocorre na face, língua e laringe. Perfusão comprometida- TEC > 2 seg com sinais de cianose. Dor intensa (7-10/10) Mordedura (humana ou animal) - Acidentes graves: Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mão, polpa digital e/ou planta do pé. Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos, em qualquer região do corpo. Ferida com sangramento incontrolável- Lesão com sangramento que mesmo após compressão persiste com sangramento visível. Acidente com animal peçonhento com sinais e sintomas locais- Acidente ofídico, escorpiônico ou aracnídeo sem toxemia. Toxemiado, prostrado ou febril- Cianótico, taquicardíaco, dispneico. Contato com produtos químicos de alta letalidade- capacidade de um produto causar um efeito prejudicial após uma única exposição, em um período de tempo curto.
AMARELO	Dor moderada (4-6/10). Ferida com sangramento controlado. Ferida corto contusa - necessidade de sutura. Violência, maus tratos, LESÃO AUTO PROVOCADA.

VERDE	Mordedura (humana ou animal) -Acidentes leves, ferimentos superficiais pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto mãos, polpas digitais e planta dos pés). Podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras, causadas por unha ou dente. Dor leve (1-3/10). Ferida infectada. Ferida superficial. Miíase com infestação intensa. Ferida com necrose. Abscesso - resultado de uma quebra na barreira da pele com contaminação bacteriana. Placas eritematosas de início súbito-rubor na pele ocasionado pela vasodilatação capilar associado ou não a exposição solar, processos infecciosos ou inflamatórios, uso de substâncias medicamentosas, processos alérgicos. Quando pressionado embranquece, reaparecendo após cessar a pressão. Infecção secundária -presença de sinais flogísticos (dor, calor e rubor). Erupções secretantes ou bolhosas associado a prurido centímetro.
AZUL	Quadro crônico ou recorrente- sem sinais sistêmicos. Úlceras crônicas sem repercussão sistêmica. Dor leve > 7 dias.

ALTERAÇÕES ODONTOLÓGICAS

VERMELHO	Suspeita de septicemia. Traumatismos graves. Choque anafilático.
----------	--

	Obstrução das vias aéreas. Sangramento intenso incontrolável.
LARANJA	Dor intensa (7-10/10). Sangramento médio incontrolável. Erupção ou vesículas disseminadas. Trismo (limitação da abertura bucal). Periconarites, alveolites e pulpites. Avulsão dentária aguda- < 2 horas. Enfartamento ganglionar. Dor mandibular sem queixa dentária.
AMARELO	Dor moderada (escala de 4 a 6). Sangramento médico controlável. Edema facial ou de língua. Abcessos dentários. Avulsão dentária aguda (sem a presença do dente para reimplante).
VERDE	Dor leve (< 7 dias - Escala de dor 1 a 4). Sangramento pequeno controlável. Febrícula (37,5 °C a 38.4°C). Sangramento gengival. Sensibilidade da face alterada. Traumatismo dentário ou lesão bucal.
AZUL	Dor leve (< 7 dias - Escala de dor 1 a 3).

ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

VERMELHO	Respiração ausente. Obstrução de vias aéreas (gaspeando). Alteração súbita de consciência (escala de Glasgow < 8). Sangramento intenso incontrolável. Dispneia aguda ou respiração alterada.
LARANJA	Sinais de sepse. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). Sangramento médio incontrolável.
AMARELO	História de trauma. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 12 a 14). Corpo estranho em via aérea superior (em nariz ou preso garganta).
VERDE	Dor e/ou calor e/ou rubor e/ou eritema e/ou edema com ou sem presença de Secreção. Vertigem. Sensibilidade da face alterada ou deformidade. Edema na face. Dor de garganta. Sensação ou relato de corpo estranho no ouvido ou deglutido. Perda e diminuição da audição.
AZUL	Dor > 7 dias.

ALTERAÇÕES VASCULARES

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de lábio. Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência Cianose central. Penetração de projétil ou arma branca em tórax e abdome.
LARANJA	Dor intensa (7-10/10). Grave mecanismo de trauma-desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida.
AMARELO	Dor moderada (4-6/10) - Dor suportável, mas intensa. Membros inferiores com cianose.
VERDE	Dor leve (1-3/10). Edema articular sem flogose- flogose é uma resposta do organismo ao agente agressor, caracterizado pela saída de líquidos e de células do sangue para o interstício. Evento recente- Aparecimento < 7 dias. Sinais flogísticos locais não articulares- edema, hiperemia, calor e rubor. Comprometimento vascular distal. Limitação dos movimentos/função.
AZUL	Dor crônica não agudizada. Úlcera crônica sem repercussão sistêmica. Limitação leve dos movimentos sem perda da função.

CONVULSÃO

Convulsão ativa- Contratura muscular involuntária de todo o corpo ou de parte dele;

Comprometimento/obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.

Alteração súbita da consciência;

História de overdose ou envenenamento- dosagem excessiva de medicamentos e/ou outras substâncias;

Respiração inadequada- incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental.

Sinais neurológicos focais- paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio.

Crise convulsiva reentrante- crise repetida sem a recuperação completa da consciência entre elas;

Hipoglicemia < 70 mg/dl.

8. Em pós- ictal- momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia.

Crise convulsiva há menos de 12h e alerta- relato de crise convulsiva nas últimas 12 horas.

Crise convulsiva há menos de 12h e alerta- relato de crise convulsiva nas últimas 12 horas.

4. História de Trauma craniano recente- TCE < 7 dias.

Cefaleia com história de convulsão < 7 dias.

Crise convulsiva < 7 dias.

Crise convulsiva isolada > 7 dias sem demais sintomas.

DENGUE

220

VERMELHO

Sinais de choque- hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, alteração do nível de consciência.

Choque- evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; TEC > 2 segundos); pressão arterial convergente (< 20 mm Hg); taquipneia; oligúria (< 1,5 ml/kg/h).

Sangramentos ativos não controláveis.

Hipotensão severa- PAS < 90 mmHg ou PAM < 70 mmHg ou diminuição da PAS > 40 mmHg.

Cianose.

LARANJA

Hipotensão- redução na PAS $\geq$ 20 mmHg ou na PAD $\geq$ 10 mmHg.

Bradicardia < 60 bpm.

Pressão convergente- diferença entre a pressão sistólica e diastólica < 20 mmHg.

Plaquetas < 50.000/mm³

AMARELO

Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.

Vômitos persistentes.

Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).

Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.

Sangramento de mucosa.

Letargia e/ou irritabilidade.

Aumento progressivo do hematócrito.

VERDE	Dengue SEM sinais de alarme, com condição especial, ou com risco social e com comorbidades: lactentes (< 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes <i>mellitus</i> , doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, obesidade, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme e púrpuras), doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes.
AZUL	Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades.

DESMAIO, VERTIGEM

Alteração do nível de consciência-Escala de Coma de Glasgow <8.

Comprometimento/obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória, sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de língua.

Convulsionando.

Sinais de choque- palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.

Dor torácica- dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas e epigastralgia.

Dispneia aguda- fôlego curto ou falta de ar súbita associada a baixa saturação.

Déficit neurológico agudo- perda de função neurológica nas últimas 24 horas (paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial).

Pulso anormal (filiforme) - Tipo de pulso arterial muito fraco.

Dor intensa (7-10/10)- Dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida.

História importante de alergia- sensibilidade conhecida com reação grave (

ex.:picada de abelha).

Hipoglicemia- glicemia <70 mg/dl.

História de trauma craniano RECENTE.

História de inconsciência nas últimas 12 horas.

História discordante- Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso e maus tratos.

Relato de primeira crise convulsiva.

Dor moderada (4-6/10)- Dor suportável, mas intensa.

Déficit neurológico agudo- perda de função neurológica nas últimas 24 horas (paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial).

Dor leve (1-3/10).

Vômitos esporços.

Evento de início < 6 horas.

VERDE

Dor leve (1-3/10).

Vômitos esporços.

Evento de início < 6 horas.

AZUL

Vertigem > 7 dias.

DIARRÉIA E VÔMITOS

VERMELHO	1. Sinais de choque- Palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.
LARANJA	Dor intensa (7-10/10) - Dor intolerável. Presença de grande quantidade de sangue no vômito Evacuação de sangue vivo ou escurecido presenciada. Respiração inadequada- incapacidade de falar; cianose; letargia e/ou confusão mental.
AMARELO	Relato de fezes pretas ou em groselha. Relato agudo de hematêmese. 5. Sinais de desidratação - muita sede, boca seca, olhos encovados, vômitos frequentes, sem urinar nas últimas 12h, prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 seg), pulso fino e rápido, perfusão periférica lenta (3 a 5 seg).
VERDE	Dor leve (1-3/10). Vômitos esporcos. Evento de início < 6 horas. Febril.
AZUL	Busca de reavaliação sem queixas. Último evento > 7 dias.

DOR ABDOMINAL

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas. Sinais de choque- palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência
-----------------	---

LARANJA	Hematêmese. Evacuação de sangue vivo ou escurecido. Dor intensa (7-10/10) -dor intolerável. Respiração inadequada- cianose associada a baixa saturação; letargia e/ou confusão mental.
AMARELO	Relato de fezes pretas ou em groselha. Dor moderada (4-6/10). Relato agudo de hematêmese. Vômitos persistentes- no mínimo 3 eventos nas últimas 24 horas.
VERDE	Dor leve (1-3/10). Vômitos. Evento recente < 7 dias.
AZUL	Dor > 7 dias.

DOR CERVICAL

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua, Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.
LARANJA	Dor intensa (7-10/10).

AMARELO	Déficit neurológico novo- perda de função neurológica, alteração ou perda de sensibilidade, fraqueza de membros, retenção urinária ou alteração há mais de 24 hs. Dor moderada (4-6/10). Trauma direto no pescoço- traumatismos de garganta, nuca e região supraclavicular.
VERDE	Dor leve (1-3/10). Evento de início < 7 dias.
AZUL	Dor > 7 dias.

DOR DE CABEÇA

VERMELHO	Convulsão ativa. Sinais de choque- hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.
LARANJA	Dor intensa (7-10/10). Estado mental alterado- desorientado no tempo, lugar e desconhecimento de pessoas; Incapacidade de cumprir ordens simples; pensamento desconexos; letargia e/ou confusão mental. Sinais neurológicos focais agudo (menor que 24 horas)- paresia, parestesia, disfasia, afasia, ataxia, distúrbio do equilíbrio. Perda aguda completa da visão. Desvio agudo de rima labial.
AMARELO	História de inconsciência- Perda da capacidade de permanecer alerta. Dor moderada (4-6/10) - Dor suportável, mas intensa.

VERDE	Evento recente < 7 dias Dor leve (1-3/10)
AZUL	Dor > 7 dias

DOR DE GARGANTA

VERMELHO	1. Obstrução de vias aéreas- início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.
LARANJA	Dor intensa (7-10/10).
AMARELO	Dor moderada (4-6/10) - Dor suportável, mas intensa. Febre.
VERDE	Dificuldade para deglutir. Tosse seca ou produtiva e coriza. Dor leve (1-3/10). Evento recente < 7 dias. Febril.
AZUL	Dor > 7 dias

DOR NA COLUNA

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória sem febr ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua Sinais de choque- hipotensão ou bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência. Penetração de projétil por arma de fogo.
LARANJA	Dor intensa (7-10/10) -dor intolerável. Grave mecanismo de trauma- desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida e/ou deformidade aguda.
AMARELO	Dor moderada (4-6/10)- dor suportável, mas intensa. Dificuldade de andar. Limitação dos movimentos/função. Mecanismo trauma- desaceleração frontal rápida; desaceleração vertical rápida.
VERDE	Dor leve (1-3/10) - dor suportável. Evento recente- aparecimento < 7 dias.
AZUL	Dor crônica.

DOR TORÁCICA

VERMELHO	Sinais de choque- hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência. Trauma penetrante por arma branca e/ou fogo.
-----------------	---

LARANJA	Dor intensa (7-10/10). Dor precordial- Dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo, pescoço ou mandíbula. Pode-se associar ou não a sudorese, náuseas e vômitos. Dor intolerável. Dispneia aguda- fôlego curto ou falta de ar súbita ou repentina piora de falta de ar crônica associada a baixa saturação e/ou uso de musculatura acessória. Trauma torácico com falta de ar associado a baixa saturação e/ou uso de musculatura acessória.
AMARELO	Dor moderada (4-6/10)- dor suportável, mas intensa.
VERDE	Dor leve (1-3/10) - Dor suportável. Evento recente. Dor pleurítica- dor em fincada localizada no peito que piora com respiração, tosse e ou espirro.
AZUL	Evento > 7 dias. Retorno sem queixas para reavaliação Clínica.

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. Convulsionando Sinais de choque- Hipotensão (PA sistólica $\leq$ 80mmHg), Taquicardia (FC $\geq$ 140bpm) ou Bradicardia (FC $\leq$ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, alteração do nível
----------	---

	de consciência; Letargia e/ou confusão mental; Cianose.
LARANJA	Edema facial. Edema de língua. Dor intensa (7-10/10). Saturação de oxigênio < 92% em ar ambiente. Alteração súbita da consciência. Acidente perfuro-cortante com material biológico. Lesão ocular química.
AMARELO	Erupção ou vesículas disseminadas. História de crise convulsiva após intoxicação. Dor moderada (4-6/10).
VERDE	Dor leve recente Evento recente Alterações dérmicas locais
AZUL	Evento > 7 dias.

MAL-ESTAR

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. Sinais de choque- Hipotensão (PA sistólica ≤ 80mmHg), Taquicardia (FC ≥ 140bpm) ou Bradicardia (FC ≤ 40bpm), palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, irritabilidade, alteração do nível de consciência e oligúria; Letargia e/ou confusão mental e cianose. Convulsionando.
LARANJA	Alteração súbita da consciência. Déficit neurológico agudo- qualquer perda de função neurológica que ocorreu nas últimas 24 hs: alteração ou perda de sensibilidade e retenção urinária. Hipoglicemia- glicemia < 70 mg/dl.
AMARELO	História de Hemoptise. Erupção de vesículas disseminadas- erupção secretante ou bolhosa cobrindo 10% da superfície corporal. Dor moderada (4-6/10). Febre.
VERDE	Dor leve recente (1-3/10). Febril. História de viagem recente para regiões endêmicas – intervalo < 7 dias. Imunossupressão conhecida- qualquer paciente em uso de drogas imunossupressoras (incluindo uso de corticoide prolongado) ou que seja HIV positivo. História hematológica importante. Púrpura- erupção de qualquer parte do corpo que é causada por

	pequenas hemorragias debaixo da pele.
AZUL	Dor > acima de 7 dias.

MORDEDURAS, PICADAS E ACIDENDETES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. Hemorragia não controlável. Sinais choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência. Mutilação- amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal com sangramento INCONTROLÁVEL.
LARANJA	Edema facial. Edema de língua. Hemorragia. Refere alergia importante- sensibilidade conhecida com reação grave (p. ex nozes, camarão, picada de abelha). Ferimento extenso por mordedura ou em áreas críticas- <u>ferimentos de segmento cefálico, mãos e pés.</u> Alteração súbita da consciência. Sat O2 muita baixa- Saturação de oxigênio < 92% em ar ambiente.

	Mutilação- amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal com sangramento controlável. Dor intensa.
AMARELO	Erupção ou vesículas disseminadas- vesículas ou bolhas distintas ou confluentes que alcançam mais de 10% da superfície corporal por meio da regra dos nove de Wallace; a qual estima 9% de superfície corporal para cada uma das regiões a seguir: cabeça e pescoço, cada membro, cada quadrante do tronco, cada coxa, cada perna e pé; prurido, envolvendo mais de uma região corporal. Dor moderada (4-6/10). Coceira intensa.
VERDE	Infecção local- manifesta-se geralmente com inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus. Inflamação local- implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida. Dor leve recente (1-3/10). Evento recente.
AZUL	Evento > 7 dias.

POLITRAUMAS

(Pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve e/ou coluna e extremidades; ferimento penetrante, fratura exposta, afundamento de crânio, suspeita de

trauma raquimedular, múltiplas fraturas de costelas, esmagamento ou desenlramento em extremidades).	
VERMELHO	Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência. Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. Hemorragia incontrolável. Amputação traumática. Otorragia. Evisceração- lesão onde ocorre a extrusão de vísceras abdominais
LARANJA	Alteração do nível de consciência- Escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-13). Dor pleurítica- dor em fincada/aguda localizada no peito que piora com respiração, tosse e ou espirro. Dor cervical. Dor intensa (7-10/10). Instabilidade da Pelve. Náuseas/vômitos. Trauma direto no pescoço. Deformidade local sem lesões se dor intensa. Lacerações com sangramento incontrolável. Mecanismos de trauma significativo- trauma com alta transferência de energia como queda de altura e acidentes em vias de trânsito rápido, principalmente de houver ejeção do veículo.

AMARELO	Relato de inconsciência - perda da capacidade de permanecer em alerta. Hemorragia controlável- sangramento ativo contido por compressão. Cefaleia moderada (4-7/10) Cefaleia pós alta < 24 horas. Dor moderada (4-6/10). Deformidade local sem lesões se dor moderada. Trauma torácico com dor leve sem dispneia. Suspeita de fratura, entorse e luxação associado a dor moderada. Lacerações com sangramento controlado.
VERDE	Contusões e escoriações. Dor leve (1-3/10). Evento recente. Edema local Suspeita de fratura, entorse e luxação associado a dor leve. Lacerações que requerem investigação associado a dor e/ou sangramento.
AZUL	Evento > 7 dias.

QUEIMADURAS

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada,
----------	--

	sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência. Queimaduras extensas- área de superfície corporal queimada (SCQ) > 25%. Queimaduras localizadas na cabeça e na face.
LARANJA	Alteração súbita da consciência. Baixa saturação <92 %. Queimadura com SCQ > 9% associado a dor intensa. Lesão por inalação. Dor intensa (7-10/10). Queimadura elétrica - qualquer queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais, associada a instabilidade hemodinâmica. História de Inalação de fumaça com instabilidade hemodinâmica.
AMARELO	Queimadura com SQC <9% associado a dor moderada. Queimadura elétrica - queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais associado estabilidade hemodinâmica. Queimadura química- substância que respinga ou cai no corpo e causa dor e queimação. História de Inalação de fumaça com estabilidade hemodinâmica. Dor moderada (4-6/10).
VERDE	Inflamação local. Infecção local. Dor leve (1-3/10). Evento recente < 7 dias.

AZUL	Dor > 7 dias
-------------	------------------------

QUEIXAS OCULARES	
VERMELHO	Lesão ocular química aguda. Trauma ocular penetrante.
LARANJA	Perda total da visão aguda. Dor intensa (7-10/10).
AMARELO	Redução recente de acuidade visual < 7 dias Dor moderada (4-6/10) Celulite peri-orbitária
VERDE	Olho vermelho- qualquer vermelhidão no olho. Pode ou não haver dor e esta ser difusa ou parcial. Sensação de corpo estranho Dor leve (1-3/10) Diplopia – visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado Terçol ou hordéolo- infecção bacteriana localizada nas pálpebras
AZUL	Evento >7 dias.

QUEIXAS RESPIRATÓRIAS	
VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua. Alteração súbita da consciência (Escala de Glasgow < 8).

LARANJA	Alteração súbita da consciência (Escala de Glasgow 9 a 12). Fadiga respiratória- uso inadequado da musculatura acessória. Dispneia associado saturação <92%. Taquipneia (respiração rápida e superficial) associado a falta de ar, cianose, tontura e dor torácica.
AMARELO	Dispneia associado ao esforço respiratório e saturação >92%. Paciente com suplementação de O2 contínuo com risco do desabastecimento.
VERDE	Rinorreia/coriza. Dor pleurítica- dor em fincada/aguda localizada no peito que piora com respiração, tosse e ou espirro. Tosse produtiva e/ou seca. Dor de garganta. Sintomas gripais. Soluços. Chiado. Relato de Hemoptise.
AZUL	Evento > 7 dias.

QUEIXAS URINÁRIAS

VERMELHO	Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência.
-----------------	--

LARANJA	Priapismo- ereção peniana sustentada. Dor intensa (7-10/10). Sangramento uretral incontrolável. Trauma genital. Retenção urinária aguda associada a dor intensa (7-10/10) Vítimas de violência sexual com sangramento ativo incontrolável.
AMARELO	Dor moderada (4-6/10) em baixo frente/ dorso/abdome/genital; Disúria com febre. Hematúria. Retenção urinária. Sangramento uretral controlável. Vítimas de violência sexual. Exposição sexual desprotegida até 72 horas após exposição.
VERDE	Dor leve (1-3/10) < 7 dias. Disúria. Sangramento vaginal leve (descartada gestação). Presença de secreção uretral. Exposição sexual desprotegida > 72 horas após exposição.
AZUL	Dor leve > 7 dias Exposição sexual desprotegida > 30 dias após exposição.

SANGRAMENTOS

VERMELHO	Sinais de choque- Hipotensão ou Bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída e alteração do nível de consciência. Obstrução de vias aéreas- Início súbito de grave dificuldade respiratória ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho e edema de língua.
LARANJA	Epistaxe sem controle. Evacuação de sangue vivo (ativo). Sangramento digestivo alto e/ou baixo (ativo/presenciado). Hematêmese. Dor intensa (7-10/10). Sangramento vaginal incontrolável com gestação confirmada.
AMARELO	Dor moderada (4-6/10). História importante de sangramento digestivo. Fezes pretas ou em groselha Sangramento vaginal controlável (descartada gestação) Perdas vaginais (líquidos de qualquer espécie e/ ou sangue).
VERDE	Dor leve (1-3/10). Relato de hemorroidas. Relato de epistaxe. Evento recente < 7 dias .
AZUL	Evento > 7 dias.

16.1.1.2. Avaliação de Enfermagem em Pediatria

Critério de Inclusão: atendimento de crianças com idade até 13 anos 11 meses e 29 dias.

ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL (alterações no nível de consciência e sensório, paresias e paralisias)	
VERMELHO	Apneia ou Bradpneia. Crise convulsiva- crise convulsiva à admissão. Paciente não responde- Glasgow < 8. Sinais de choque- hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, alteração do nível de consciência.
LARANJA	Vômitos incoercíveis- vômitos que não cessam mesmo após medidas para alívio ou não tem intervalo entre os episódios; 5 ou mais episódios de vômito na última hora. Déficit neurológico agudo - déficit motor (paresia ou paralisia) nas últimas 24 horas. Alteração de temperatura (< 35°C ou > 40°C). Sinais de meningismo (rigidez de nuca associada a cefaleia e fotofobia).
AMARELO	Choro incessante e irritabilidade. Vômitos moderados- mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. Alteração de temperatura entre 37,8° e 40°C Paciente com alteração mental (comportamento não habitual). Déficit neurológico acima de 24 horas.

VERDE	Relato de perda de consciência acima de 24 horas. Vômitos esparsos- até 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.
Azul	Cefaleia sem rigidez de nuca e sem vômito.

ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS	
VERMELHO	Lesão ocular química aguda (nas últimas 24 horas). Trauma ocular penetrante.
LARANJA	Sangramento ocular. Perda total da visão aguda. Dor intensa (7-10). Neonato (até 28 dias de vida) com hiperemia e secreção ocular.
AMARELO	Redução recente de acuidade visual < 7 dias. Dor moderada (4-6). Celulite peri-orbitária.
VERDE	Olho vermelho com secreção. Sensação de corpo estranho. Dor leve (1-3/10). Diplopia – visão dupla que desaparece se um dos olhos é fechado. Terçol ou hordéolo- infecção bacteriana localizada nas pálpebras.
AZUL	Olho vermelho- qualquer vermelhidão no olho sem perda visual com ou sem dor.

ALTERAÇÕES ODONTOLÓGICAS

VERMELHO	Suspeita de septicemia ou choque. Obstrução das vias aéreas- edema de língua ou sangramento. Sangramento intenso incontrolável.
LARANJA	Dor intensa (7-10). Sangramento médio incontrolável. Erupção ou vesículas disseminadas. Trismo (limitação da abertura bucal). Dor mandibular sem queixa dentária.
AMARELO	Dor moderada (4 -6). Sangramento médico controlável. Edema facial ou de língua. Abcessos dentários Avulsão dentária aguda.
VERDE	Sangramento pequeno controlável. Febre (acima de 37,8°C). Sangramento gengival. Sensibilidade da face alterada. Traumatismo dentário ou lesão bucal.
AZUL	Dor leve (< 7 dias - Escala de dor 1 a 3).

ALTERAÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas (gaspeando). Alteração súbita de consciência (escala de Glasgow < 8). Sangramento intenso incontrolável. Dispneia aguda ou respiração alterada. Sinais de sepse ou de choque séptico.
LARANJA	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). Sangramento médio incontrolável. Dor de ouvido intensa (7-10). Choro agudo, contínuo e inconsolável. Rigidez de nuca.
AMARELO	História de trauma. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 12 a 14). Corpo estranho em via aérea superior (em nariz ou preso garganta). Recusa ou dificuldade para se alimentar.
VERDE	Dor e/ou calor e/ou rubor e/ou eritema e/ou edema com ou sem presença de secreção. Vertigem. Sensibilidade da face alterada ou deformidade (hematoma/edema de pavilhão auditivo). Edema na face. Dor de garganta. Sensação ou relato de corpo estranho no ouvido ou deglutido. Perda e diminuição da audição. Otorreia (saída de secreção do ouvido).
AZUL	Dor > 7 dias.

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

(tosse; falta de ar; dificuldade para respirar; respiração ruidosa; chiado no peito)

VERMELHO	Parada respiratória. Obstrução de vias aéreas- início súbito de grave dificuldade respiratória sem febre ou sintomas respiratórios prévios, presença de secreção, sangue, corpo estranho, edema de lábio ou língua, em uso de traqueostomia (obstrução, deslocamento da mesma). Respiração inadequada- apneia, bradpneia ou movimentos toracoabdominais paradoxais. Respiração agônica (<i>gasping</i>). Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8). Sinais de sepse ou choque séptico.
LARANJA	Uso da musculatura acessória (tiração intercostal). Batimento de asa de nariz. Incapacidade de falar sentenças ou mamar. Estridor laríngeo (tosse ladrante- “tosse de cachorro”). Hemoptise. Alteração súbita da consciência (Escala de Glasgow 9 a 12). Sat O2 muita baixa- < 90% em ar ambiente.
AMARELO	Agitação, letargia, irritabilidade. Taquipneia: FR > 60 irpm até 2 meses; FR> 50 irpm de 2 a 12 meses; FR> 40 irpm de 13 meses a 5anos; FR> 30 irpm de 6 a 8 anos; FR> 25 irpm > de 8 anos. Chiado/sibilância. Sat O2 baixa- entre 90% e 94% em ar ambiente.

VERDE	Tosse produtiva sem alterações respiratórias. Sintomas gripais sem alterações respiratórias.
AZU	Rinorreia ou coriza sem alterações respiratórias.

ALTERAÇÕES CARDÍACAS	
VERMELHO	Parada respiratória. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8). Pulsos ausentes. Lipotimia. Cianose de extremidades. Perfusão periférica alterada- enchimento capilar > 2 seg. Desmaiado no momento. Sinais de sepse ou choque séptico.
LARANJA	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). Desidratação Grave (Anexo VII). Bradicardia e Taquicardia (Anexo IV).
AMARELO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 13 a 14). História de lipotimia. Desidratação moderada (Anexo VII).
VERDE	Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação.

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS

VERMELHO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8) Hematêmese presenciada. Suspeita de enterorragia- criança prostrada, hipoativa, diarreia e melena. Choque séptico.
LARANJA	Sinais de sepse. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12) Desidratação grave (Anexo VII). Hematoquezia- sangue vermelho vivo nas fezes.
AMARELO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 13 a 14). Dor abdominal persistente. Dor abdominal intermitente < 2 anos. Vômitos persistentes (momento). Diarreia ≥ 5 evacuações em 24 horas. Melena.
VERDE	Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação. Diarreia- até 4 evacuações em 24 horas. Estomatite (lesões na cavidade oral).
AZUL	História de vômito ou diarreia sem sinais de desidratação.

246

ALTERAÇÕES GENITURINÁRIAS/ DOR TESTICULAR

VERMELHO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8). Amputação de pênis. Fratura de corpo cavernoso.
LARANJA	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12) Desidratação grave (Anexo VII). Dor intensa (7-10/10). Suspeita de torção testicular (relato). Retenção urinária com bexigoma. Priapismo. Vítima de abuso sexual.
AMARELO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 13 a 14) Desidratação moderada (Anexo VII). Hematúria. Dor moderada (4-6/10). Relato de retenção urinária >24 horas. Celulite testicular. Exposição sexual desprotegida até 72 horas após exposição.
VERDE	Vômito e/ou diarreia sem sinais de desidratação. Disúria. Presença de secreção uretral. Dor leve (1-3/10). Exposição sexual desprotegida > 72 horas após exposição.
AZUL	Dor leve > 7 dias. Exposição sexual desprotegida > 30 dias após exposição.

ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

VERMELHO	Sangramento de grande volume incontrolável. Amputação de membro. Fratura exposta de ossos longos (fêmur e quadril). Choque séptico.
LARANJA	Sinais de sepse. Sangramento médio incontrolável. Deformidade pós-traumática. Dor intensa (7-10/10). Fratura exposta ou com deformidade de ossos médios ou curtos sem sangramento ativo.
AMARELO	Distúrbio de coagulação. Lesões com necessidade de sutura. Alteração aguda de marcha. Dor moderada (4-6/10).
VERDE	Dor, calor, rubor, eritema com ou sem presença de secreção. Edema. Escoriações ou lesões sem necessidade de sutura. Dor leve (1-3/10).
AZUL	Dor leve > 7 dias. Alteração de marcha > 7 dias.

ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS

VERMELHO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8). Feridas com sangramento incontrolável. Queimadura de Face e/ou inalação de fumaça. Urticária com dificuldade respiratória importante. Choque séptico.
LARANJA	Sinais de sepse. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). Feridas com sangramento médio incontrolável. Eritema ou descamação > 90% da superfície corporal. Exantema/Prurido/ Urticária com edema de face e/ou rouquidão- associada a náuseas, vômitos e com dificuldade para respirar. Hematomas generalizados. Petéquias ou equimoses generalizadas.
AMARELO	Alteração súbita da consciência (Escala de glasgow 13 a 14). Ferida corto-contusa com sangramento ativo. Exantema/Prurido/Urticária extensos. Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI).
VERDE	Dor, calor, rubor, eritema, edema com ou sem presença de secreção. Abcessos. Urticária localizada. Miíase com infestação intensa.
AZUL	Feridas com necrose. Miíase com infestação moderada ou leve.

ALTERAÇÕES GLICÊMICAS	
VERMELHO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8). Confusão mental, sonolência, visão turva, distúrbios de marcha. Crise convulsiva (em vigência). Hipoglicemia (HGT < 45 mg/dl em RN ou < 60mg/dl em > 1 mês). Paciente diabético com alterações sistêmicas- hipoglicemia (HGT < 50 mg/dl) ou Hiperglicemia (HGT > 300 mg/dl), com sonolência; vômitos; dor abdominal e desidratação grave. Choque séptico.
LARANJA	Sinais de sepse. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). Crise convulsiva referida (HGT > 400 mg/dl). Sudorese intensa com pele fria/ pegajosa/ hálito cetônico/ apatia/ fadiga/ tontura/ sudorese/ cansaço/ boca seca (HGT > 200 mg\dl).
AMARELO	Alteração súbita da consciência (Escala de glasgow 13 a 14). Hiperglicemia: HGT entre 200 mg/dl e 350 mg/dl sem nenhum outro sintoma associado. Criança com história de diabetes apresentando um ou mais sintomas: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia. Paciente diabético com história de crise convulsiva < 12 horas- independente do valor do HGT.
VERDE	Hiperglicemia sem nenhuma outra alteração - HGT > 200mg/dl.

AZUL	Paciente diabético com HGT entre 60 mg/dl e 200 mg/dl sem sintomas que caracterizam cetoacidose diabética.
-------------	---

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS (Confusão mental, ansiedade, excitação, letargia, obnubilação; História de ingestão de álcool e drogas)	
VERMELHO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8). Déficit neurológico agudo -paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial. Choque- hipotensão e/ou bradicardia, palidez, sudorese, pele fria, pulso fino, perfusão diminuída, alteração do nível de consciência.
LARANJA	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). História de overdose ou envenenamento. Déficit cognitivo ≤ 12 horas. Letargia; confusão mental; sonolência; dificuldade para comunicação.
AMARELO	Alteração súbita da consciência (Escala de glasgow 13 a 14). Agitação psicomotora ou tremores. Discurso delirante alucinações ou desorientação. Ideia de perseguição. Risco de auto ou heteroagressão. Estado de pânico. Relato de dosagem excessiva de medicamentos e/outras substâncias sem alteração de comportamento e sinais vitais. Potencial suicida/tentativa.

VERDE	Vômitos esparsos. Pensamentos suicidas. História psiquiátrica importante. Moderado risco de auto ou heteroagressão.
	Sintomas ansiosos- Apreensão, preocupação excessivas, dores musculares, fadiga, irritabilidade, ansiedade e dificuldade para dormir. Sintomas depressivos- Tristeza, choro, apatia, angústia, desespero, fadiga, desanimo, insônia, hipersonia, perda ou aumento do apetite, diminuição da libido, ideias pessimistas de arrependimento ou culpa, problema de concentração e memória.
AZUL	

EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS

VERMELHO	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow < 8). Apneia. Angioedema (lábios e laringe). Cianose de extremidades. Hipotonia.
LARANJA	Exantema generalizado. Broncoespasmo/Laringoespasmo. Dispneia. Taquipneia (Anexo IV). Paralisia de membros inferiores. Paralisia de membros Superiores. Paralisia Facial (Bell). Hematoquezia.

	Bradicardia e Taquicardia (Anexo IV).
AMARELO	Icterícia. Edema de lábios e/ou olhos e/ou membros. História de crise convulsiva < 12 horas. Prurido generalizado. Urticária generalizada. Palidez. Anúria. Paresia. Parestesia. Dor abdominal persistente. Dor abdominal intermitente em menores de 2 anos. Vômitos persistentes (momento). Diarreia ≥ 5 evacuações em 24 horas. Melena. Febre ≥ 39° C (axilar). Sinais de obstrução intestinal. História de convulsão até 48 horas pós-vacinação. Sonolência prolongada (> 24 horas).

VERDE	Petéquias.
	Choro persistente (> =3 horas).
	Lesões decorrentes da vacina BCG (mais de 1 lesão; úlcera no local >1 cm, abscesso e linfadenopatia regional supurada).
	Mialgia.
	Oligúria.
	Artralgia.
	Edema articular.
	Cefaleia e vômito.
AZUL	Hiperemia e coceira nos olhos.
	Hiperemia em articulações.

TRAUMA E QUEDAS

VERMELHO	Apneia.
	Obstrução de vias aéreas (gaspeando).
	Sinais de Guaxinim.
	Sangramento incontrolável.
	Perfurações em tórax, abdome ou cabeça.
	Exposição de vísceras.
	Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow ≤ 8).
	Fratura exposta de ossos longos (fêmur e quadril).

LARANJA	Confusão mental. Sangramento médio incontrolável. Trauma na cabeça (relato de perda da consciência e/ou vômitos). Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). Mecanismo de trauma de alta energia- acidente com veículo motor (atropelamento, acidente com veículo com ejeção do paciente, morte de outro passageiro ou capotamento). Queda > 2 metros para maiores de 2 anos COM alteração do nível de consciência. Queda superior a 90 cm em menor de 2 anos COM alteração do nível de consciência. Sinais de peritonite. Fratura exposta ou com deformidade de ossos médios ou curtos sem sangramento ativo.
AMARELO	Alteração do nível de consciência (escala de Glasgow 13 a 14). Sangramento médio controlável. Fraturas alinhadas. Suspeita de fratura ou luxação de membros. Hematoma subgaleal importante em região occipital, temporal ou parietal. Lesões com necessidade de sutura- sem perda de consciência ou vômito. Trauma na cabeça < 12h sem relato de perda da consciência e/ou vômitos. Queda > 2 metros para maiores de 2 anos SEM alteração do nível de consciência

	Queda superior a 90 cm em menor de 2 anos SEM alteração do nível de consciência.
VERDE	Edema e deformidade. Escoriações ou ferimentos simples (ferimentos que não requerem sutura). Trauma na cabeça (> 12 hs sem relato de perda da consciência ou vômito). Queda inferior a 90 cm SEM alteração do nível de consciência.
AZUL	Ferimento superficial sem sangramento.

INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas- início súbito. Respiração inadequada/ alterada. Estridor. Convulsão (ativa/presenciada). Lesão ocular química. Sinais de choque.
-----------------	---

LARANJA	Edema facial. Edema de língua. Dor intensa (7-10/10). Saturação de oxigênio < 94% em ar ambiente. Alteração súbita da consciência (escala de Glasgow 9 a 12). Acidente perfuro-cortante com material biológico. Vômitos incoercíveis- 5 ou mais episódios de vômito na última hora. Urticária Gigante/ exantema/ prurido intenso com desconforto respiratório. Lesão por inalação. Queimadura de mucosa oral ou vias aéreas.
AMARELO	Erupção ou vesículas disseminadas. História de crise convulsiva após intoxicação. Dor moderada (4-6/10). Vômitos moderados- mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. Prurido /hiperemia em face.
VERDE	Dor leve recente. Evento recente. Alterações dérmicas locais. Vômitos esparsos- até 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas. Relato de ingestão de substância- sem alterações dos sinais vitais. Eritema e/ou edema e/ou prurido leve- sem alterações dos sinais vitais
AZUL	Evento > 7 dias

QUEIMADURAS	
VERMELHO	Obstrução de vias aéreas (gaspeando) Respiração inadequada com letargia e/ou confusão mental. Sinais de choque. Queimaduras extensas; área de superfície corporal queimada (SCQ) > 25%. Queimaduras localizadas na cabeça e na face.
LARANJA	Dispneia aguda. Queimaduras associadas a trauma significativo. Alteração súbita da consciência. Queimadura com SCQ > 9% associado a dor intensa. Queimadura por inalação. Dor intensa (7-10/10). Queimadura elétrica - qualquer queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais, associada a instabilidade hemodinâmica. Saturação de oxigênio < 94% em ar ambiente.
AMARELO	Queimadura elétrica - queimadura causada possivelmente por corrente elétrica. Inclui corrente alternada e contínua tanto de fontes naturais como artificiais associado estabilidade hemodinâmica. Queimadura química- substância que respinga ou cai no corpo e causa dor e queimação. História de inalação de fumaça com estabilidade hemodinâmica. Dor moderada (4-6/10). Queimadura com SQC < 9% associado a dor moderada.

VERDE	Inflamação local. Infecção local. Dor leve (1-3/10) Evento recente < 7 dias.
AZUL	Dor > 7 dias.

MORDEDURAS, PICADAS E ACIDENDETES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

VERMELHO	Obstrução de vias aéreas. Respiração inadequada. Estridor. Hemorragia não controlável. Sinais choque. 5. Mutilação- amputação ou perda de partes corporais por mordedura humana ou animal.
LARANJA	Edema facial. Edema de língua. Hemorragia. História alérgica importante. Dor intensa (7-10/10). Ferimento extenso por mordedura ou em áreas críticas- <u>ferimentos de segmento cefálico, mãos e pés.</u> Alteração súbita da consciência. Saturação de oxigênio < 94% em ar ambiente.

AMARELO	Erupção ou vesículas disseminadas- vesículas ou bolhas distintas ou confluentes que alcançam mais de 10% da superfície corporal por meio da regra dos nove de Wallace; a qual estima 9% de superfície corporal para cada uma das regiões a seguir: cabeça e pescoço, cada membro, cada quadrante do tronco, cada coxa, cada perna e pé; prurido, envolvendo mais de uma região corporal. Dor moderada (4-6/10). Coceira intensa.
VERDE	Infecção local- manifesta-se geralmente com inflamação (dor, inchaço e vermelhidão) restrita a uma área definida, com ou sem coleção de pus. Inflamação local- implica em dor, inchaço e vermelhidão restrita a uma área definida. Dor leve recente (1-3/10) Evento recente.
AZUL	Evento > 7 dias.

Violência Física

(sexual, tentativa de suicídio, suspeita de maus tratos)

VERMELHO	Déficit neurológico agudo -Paresia, plegia, disfagia, afasia, ataxia, paralisia facial. Choque.
LARANJA	Alteração súbita de consciência. História de overdose ou envenenamento. Extrema agitação / alucinações. Relato de ingestão medicamentos COM alteração de comportamento e

	COM alterações de sinais vitais.
AMARELO	Vômito persistente -reflexo incontrolável que expelle conteúdo gástrico pela boca e que não cessa com medidas para aliviar do sintoma. Ataque de pânico. Alto Risco de heteroagressão. 4.Tentativa de/ou automutilação. Alucinações ou desorientação. História de inconsciência -Perda da capacidade de permanecer alerta. Relato de ingestão medicamentos SEM alteração de comportamento e SEM alterações de sinais vitais. Potencial suicida/tentativa. Vítima de violência sexual.
VERDE	Vômitos esparsos. Pensamentos suicidas. História psiquiátrica importante. Moderado risco de auto ou heteroagressão. Suspeita de violência sexual. Suspeita de maus tratos.
AZUL	Sintomas ansiosos. Sintomas depressivos.

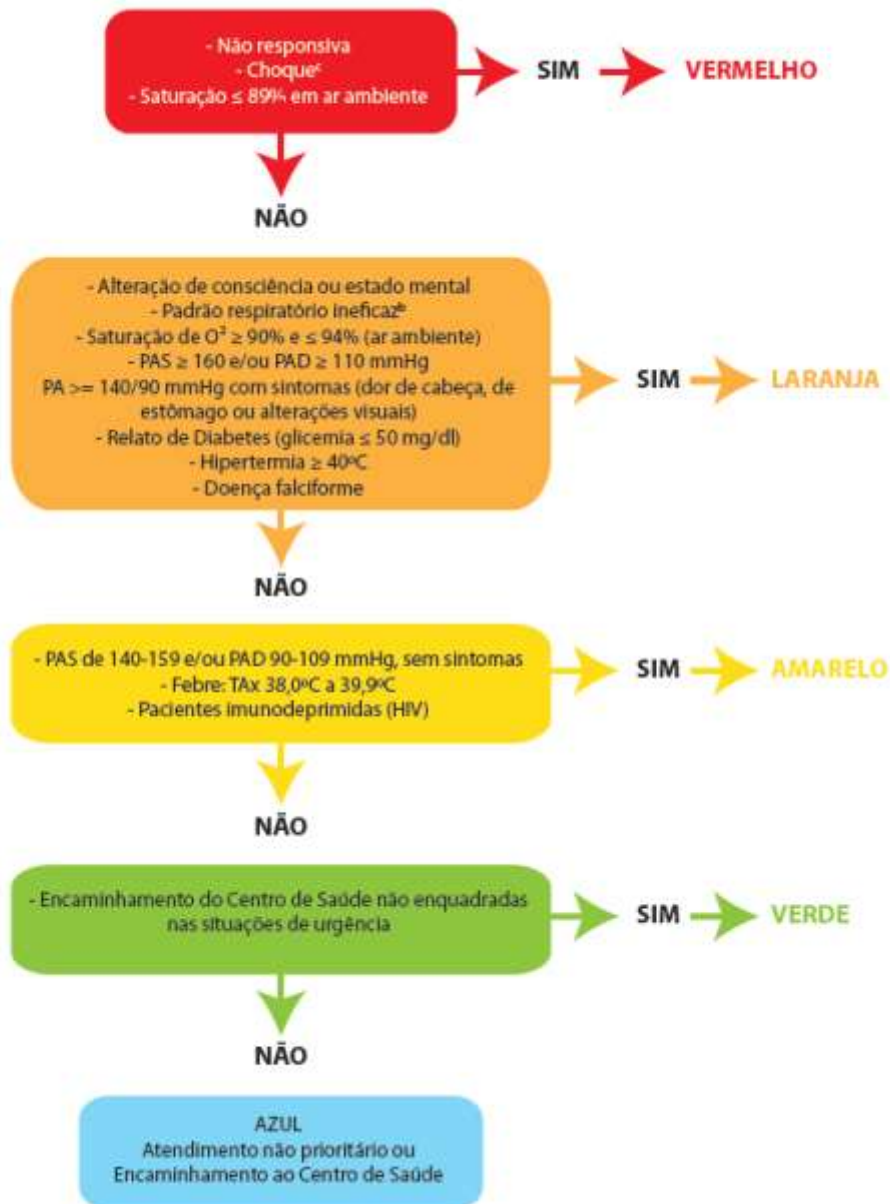
Situações especiais

(afogamento e choque elétrico)

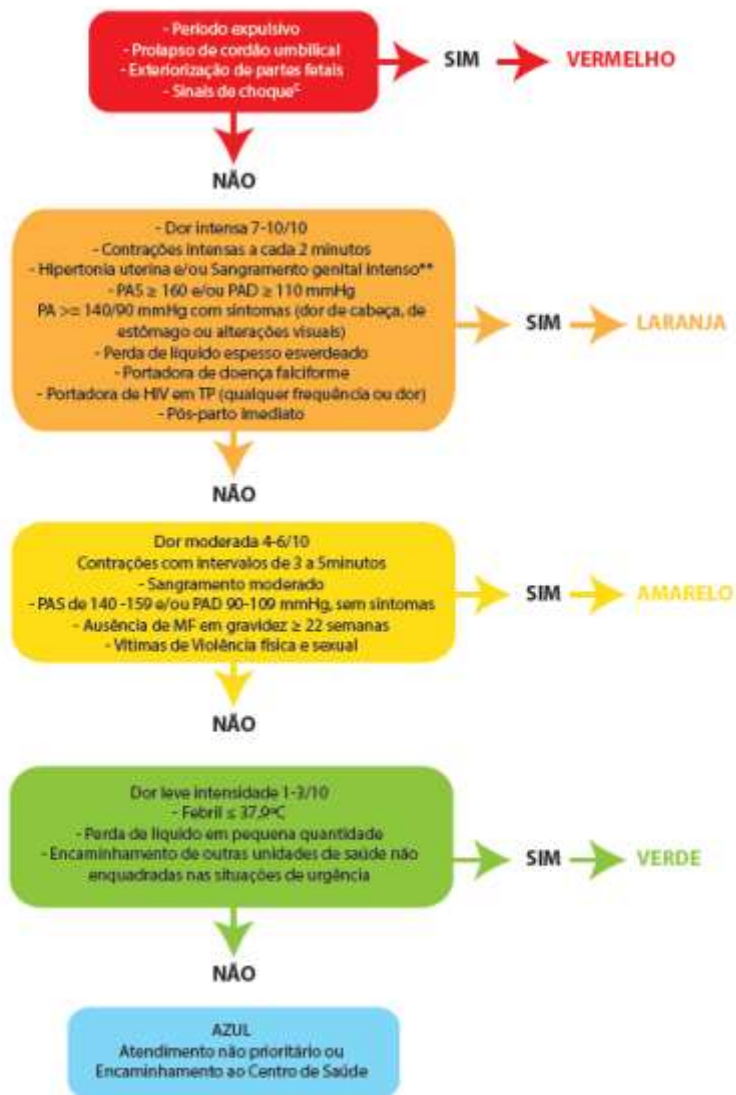
VERMELHO	Vítima de afogamento em PCR ou com insuficiência respiratória aguda. Vítima de descarga elétrica em PCR ou com insuficiência respiratória aguda. Vítima com parada respiratória, mantendo pulso central. Vítima de descarga elétrica com parada respiratória, mantendo pulso central.
AMARELO	Vítima de afogamento sem repercussões hemodinâmicas. Vítima de descarga elétrica sem repercussões hemodinâmicas.
VERDE	Suspeita de afogamento sem alterações de sinais vitais.

Avaliação de Enfermagem em Obstetrícia

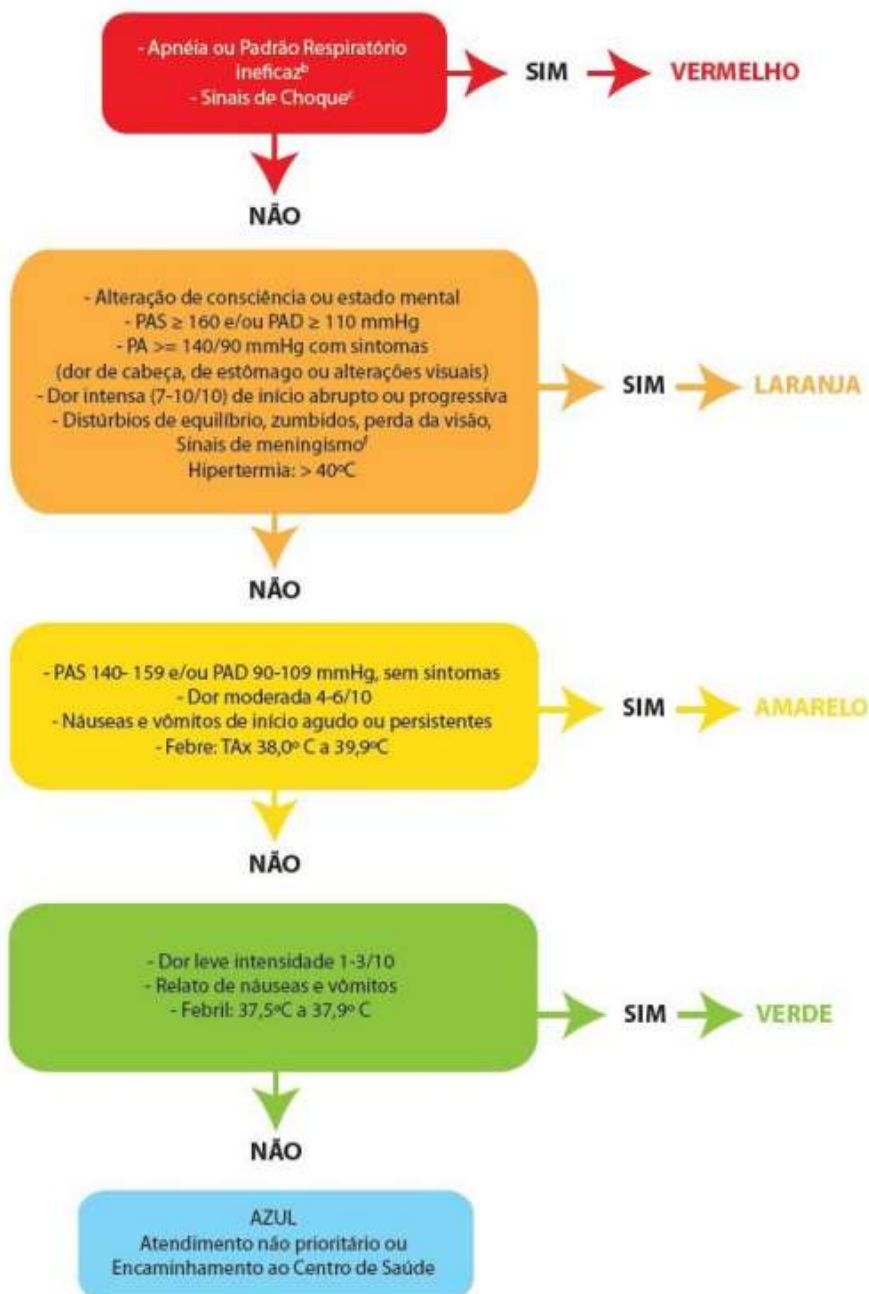
DESMAIO E MAL-ESTAR GERAL



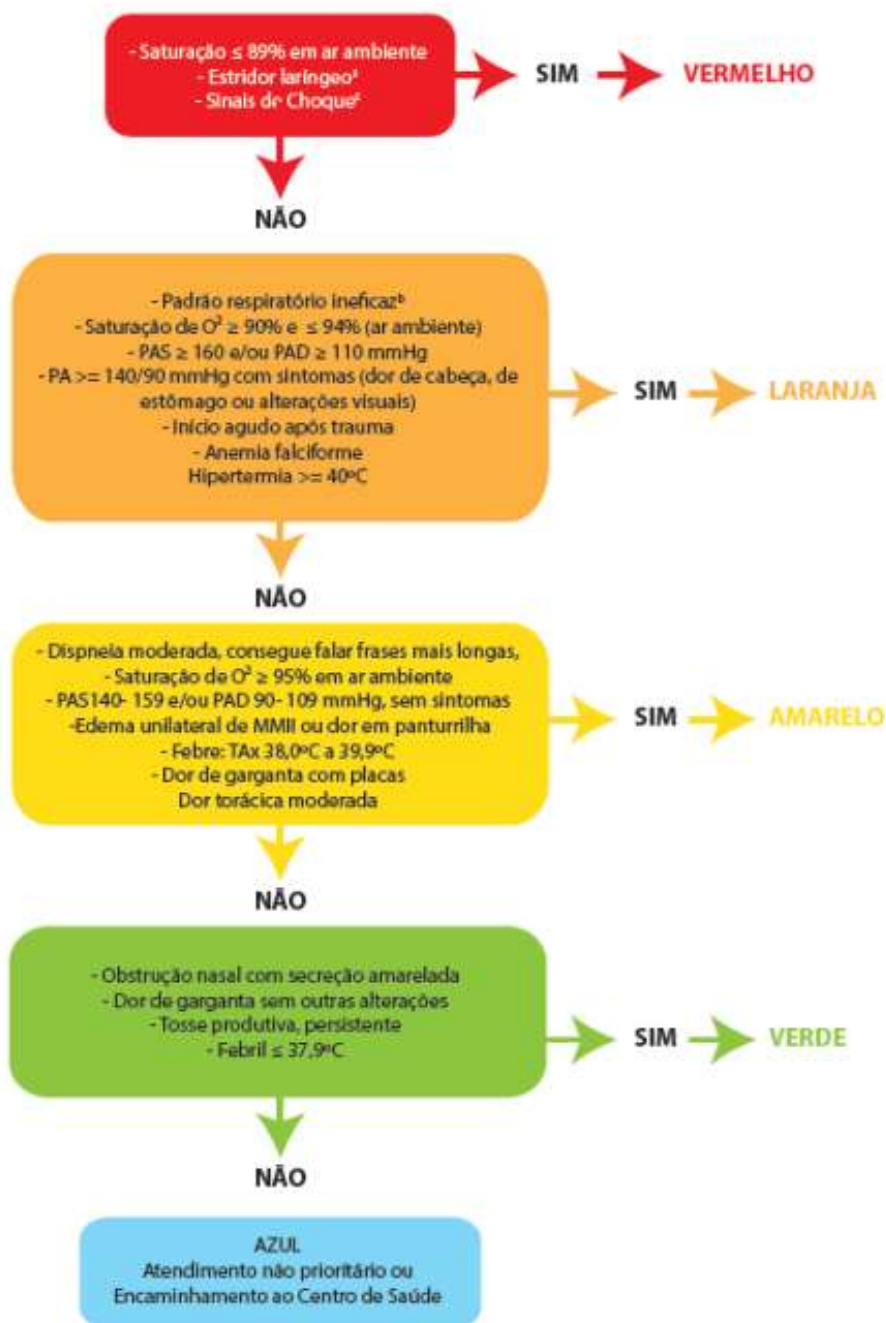
DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES UTERINAS



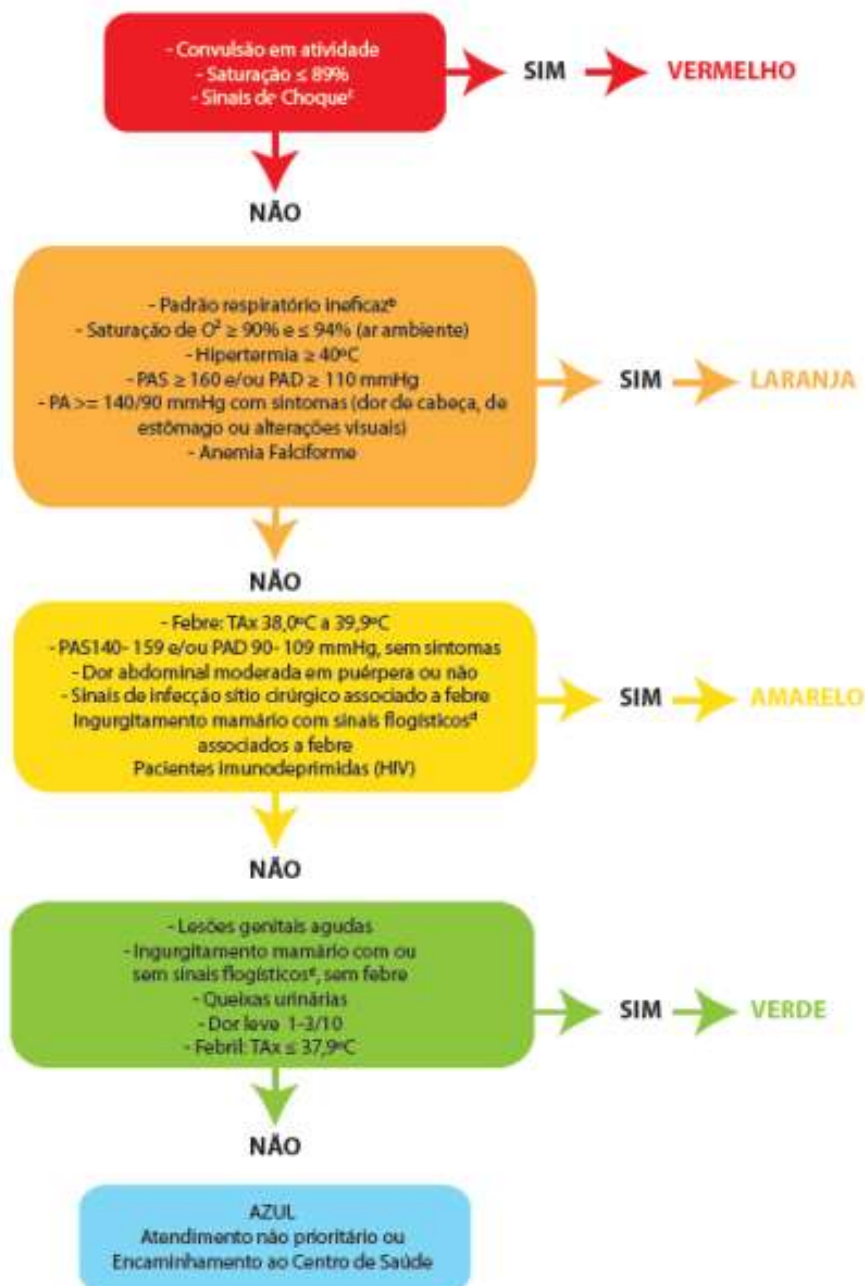
DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM



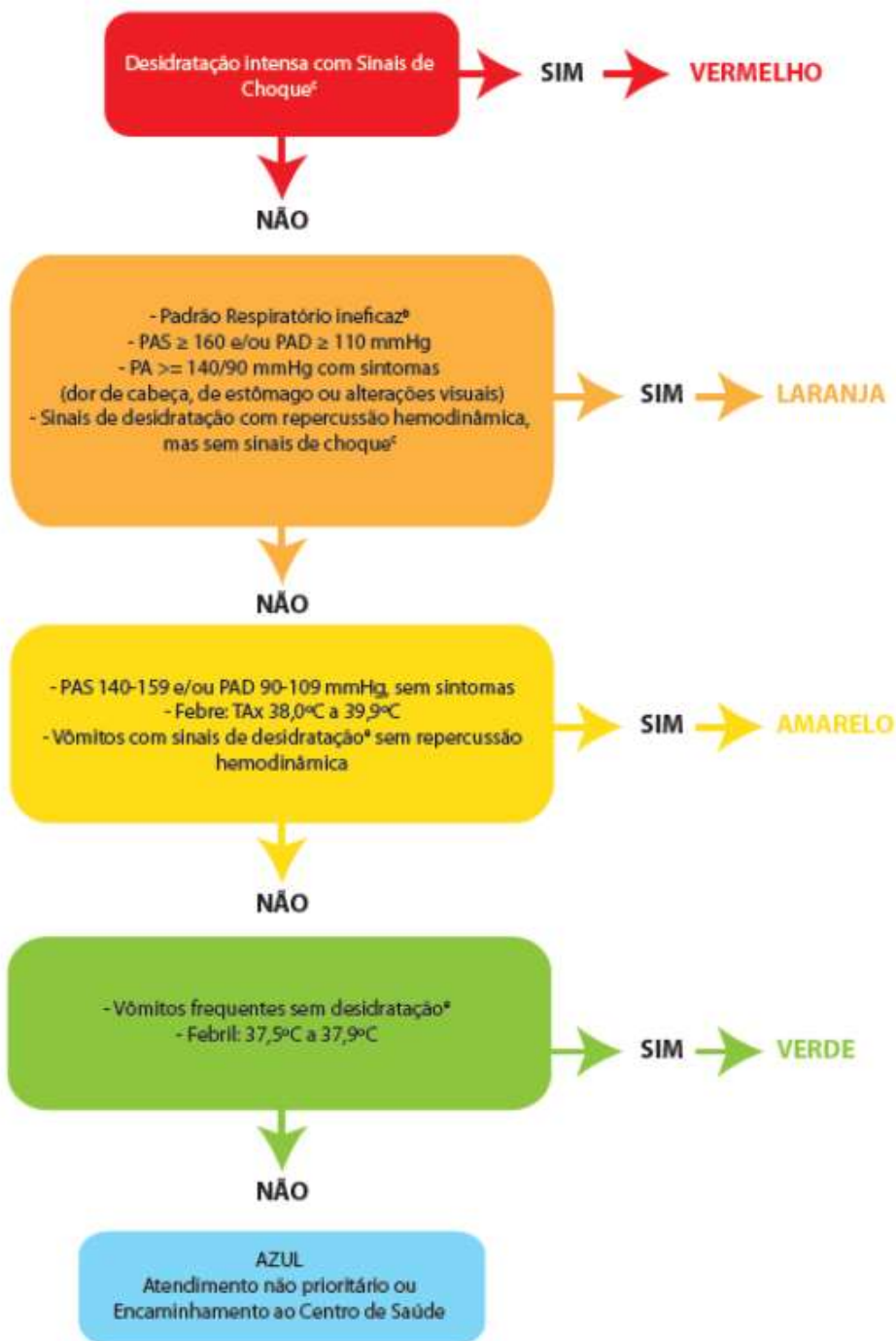
FALTA DE AR / SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



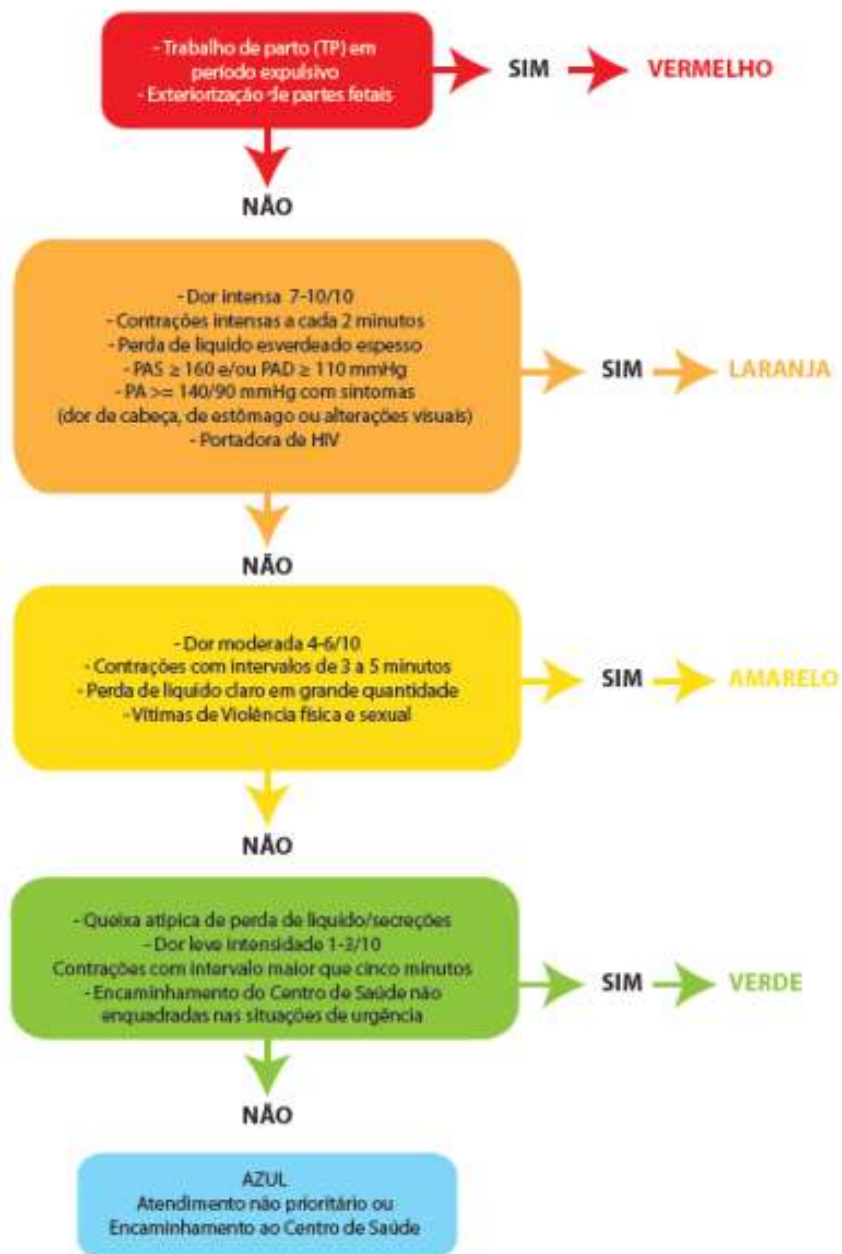
FEBRE / SINAIS DE INFECÇÃO



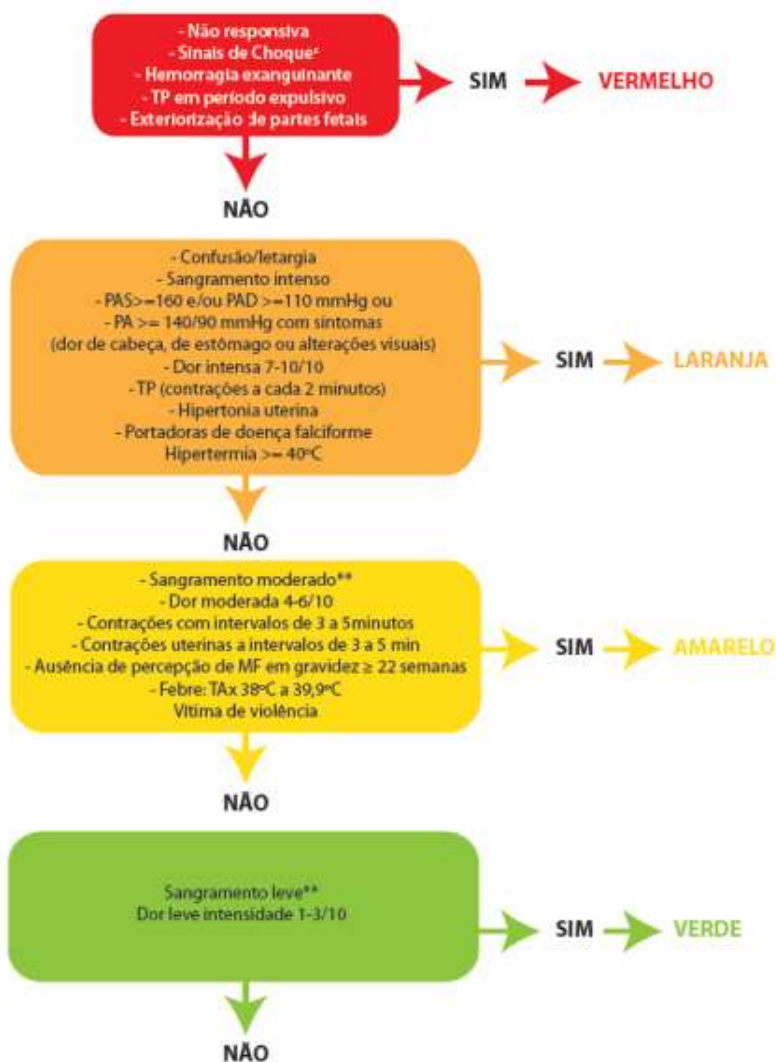
NÁUSEAS E VÔMITOS



PERDA DE LÍQUIDO E SECREÇÕES VIA VAGINAL

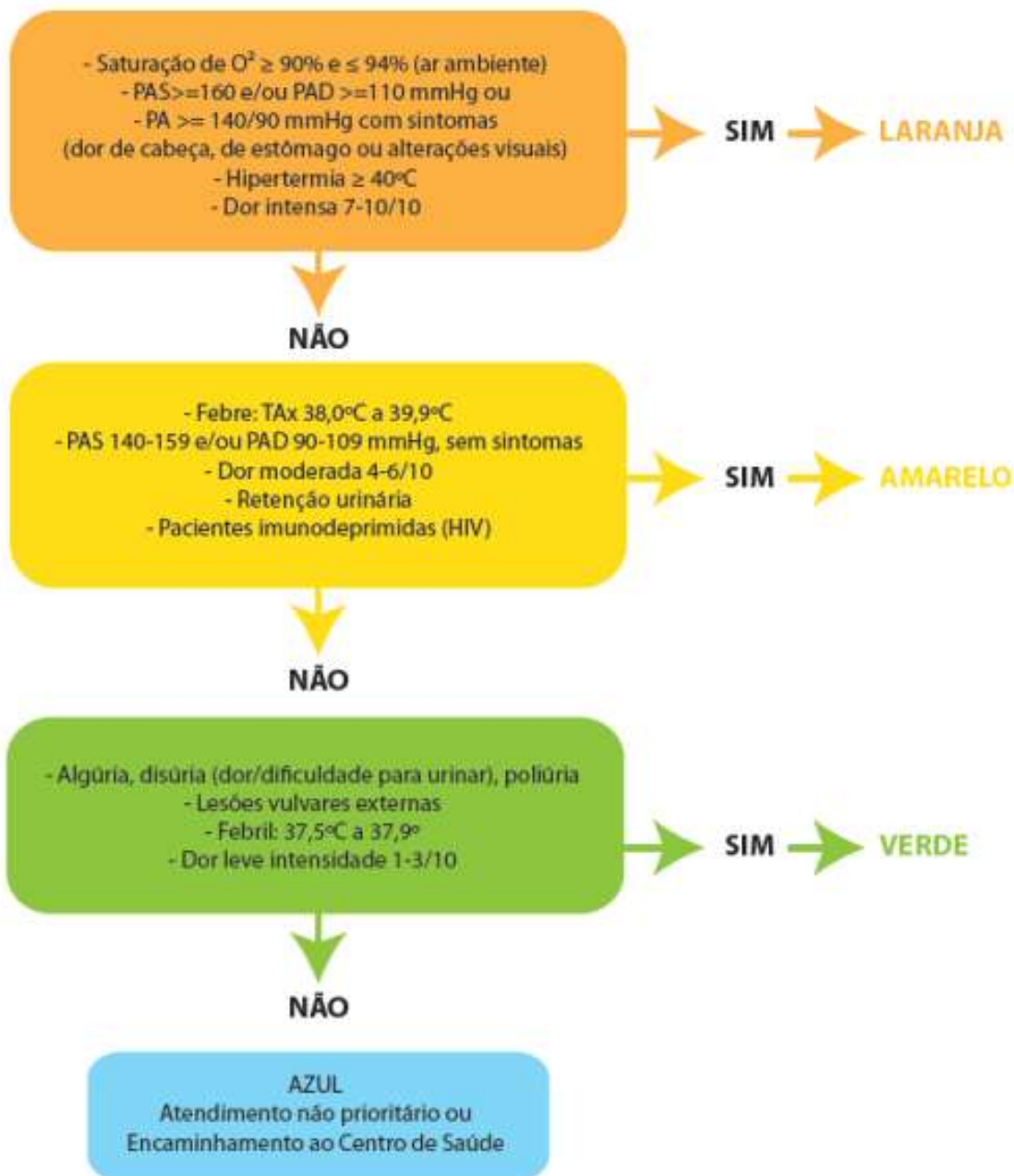


PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

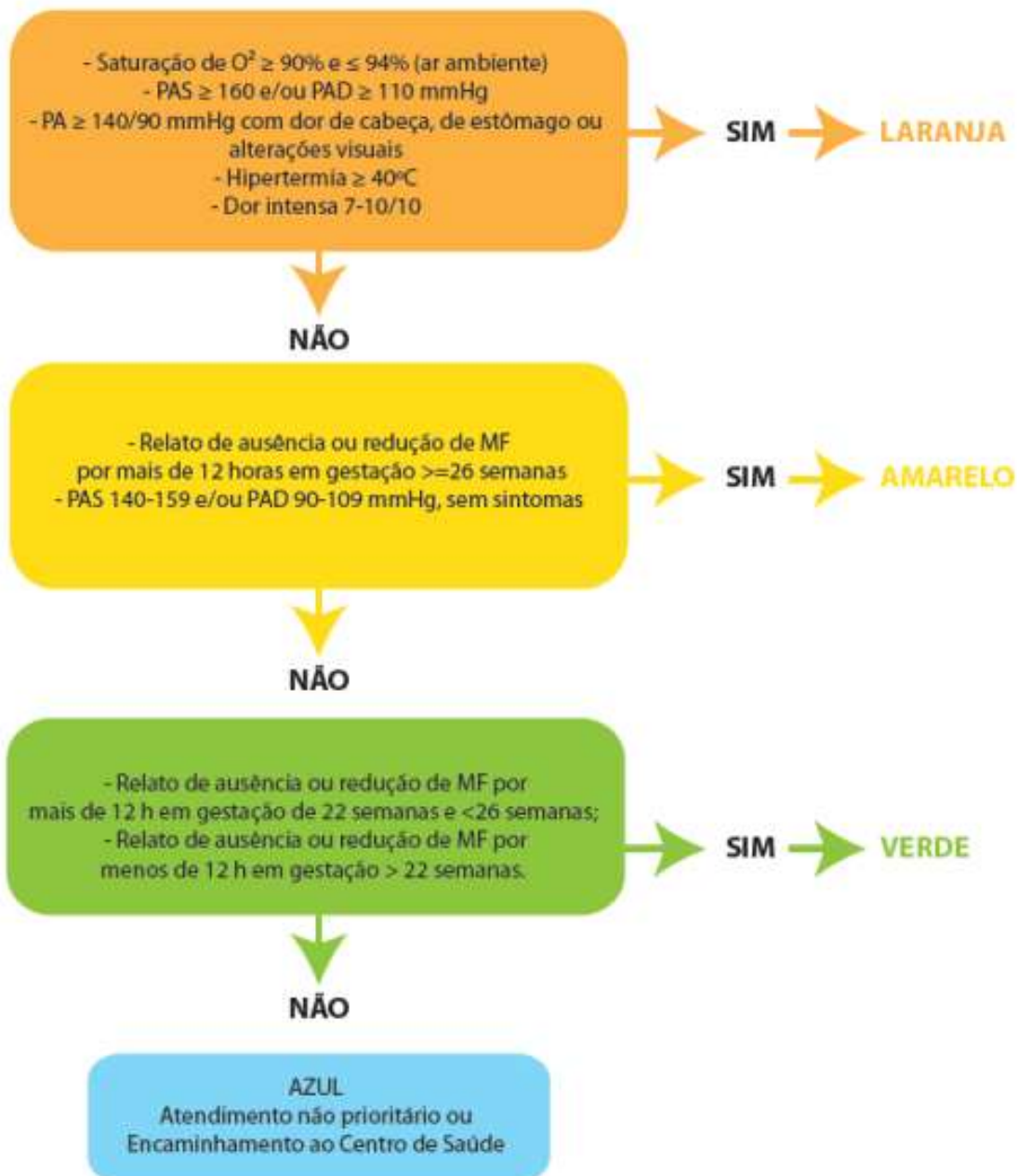


**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exangüinante: perda $\geq$ 1500 ml (um lençol encharcado abruptamente)	$\geq$ 120	PAS $\leq$ 70
Sangramento intenso: perda brusca $\geq$ 150 ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)	100-119	PAS $\leq$ 71 a 80
Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)	91-100	Levemente hipotensa
Sangramento leve: < 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal	$\leq$ 90	Normal

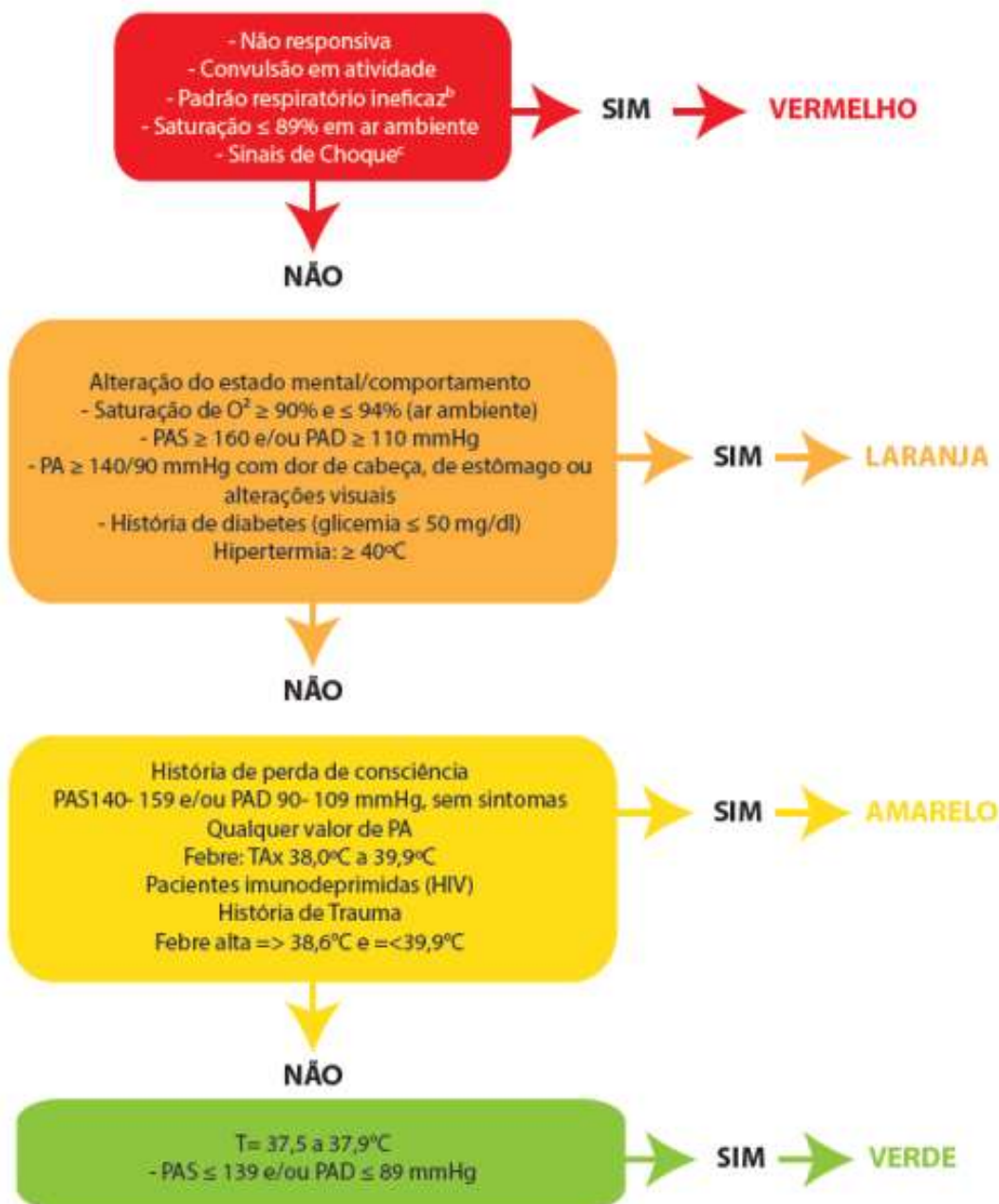
QUEIXAS URINÁRIAS



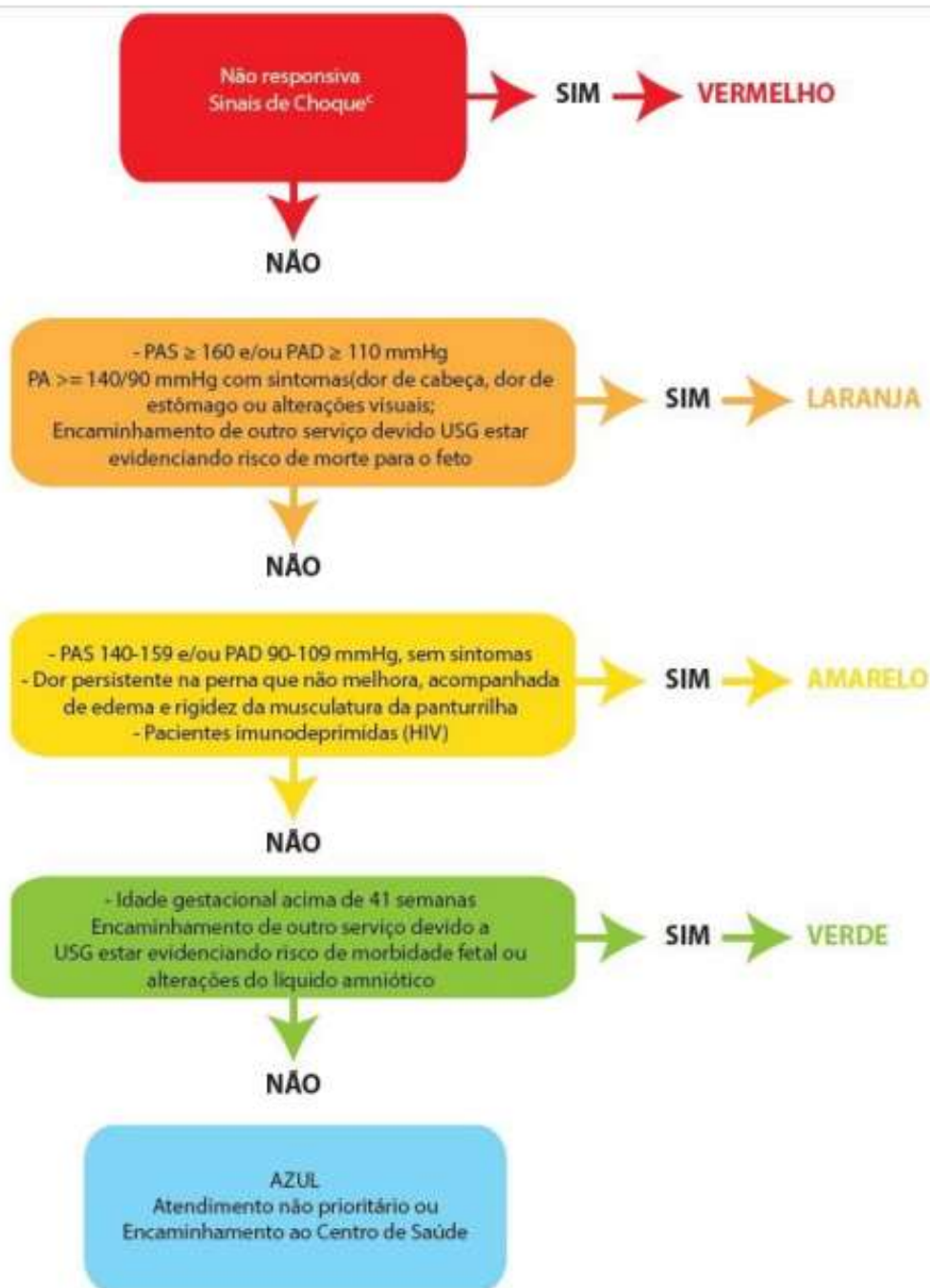
PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



RELATO DE CONVULSÃO



OUTRAS QUEIXAS / SITUAÇÕES



ANEXO 1

Avaliação da Severidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ausência de dor, atividades normais, leve desconforto	Dor leve, não atrapalha as atividades normais. Pouca limitação			Dor moderada, causa dificuldades. Não realiza algumas atividades			Dor forte ou incapacitante, não realiza atividades habituais, causa descontrole			

Fonte: manual de Acolhimento e Classificação de Risco- Brasília –DF, 2021

ANEXO 2

Escala Visual Analógica (EVA)

 Azul	 Verde	 Amarelo	 Laranja							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor	Dor Leve			Dor Moderada			Dor Intensa			

ESCALA MEOWS OBSTETRÍCIA

	MEOWS				ToLife
Pontuação	2	1	0	1	2
Temperatura	< ou = 35°C	35,1°C a 36 °c	36,1°C a 37,9 °c		> ou = 38°C
TA sistólica	< ou = 90 mmHg	91 a 100 mmHg	101 a 149 mmHg	150 a 159 mmHg	> ou = 160 mmHg
TA diastólica			< ou = 89 mmHg	90 a 99 mmHg	> ou = 100 mmHg
Pulso	< ou = 40 bpm	41 a 50 bpm	51 a 99 bpm	100 a 119 bpm	> ou = 120 bpm
Frequência respiratória	< ou = 10 ipm		11 a 20 ipm	21 a 29 ipm	> ou = 30 ipm
Saturação O2	< ou = 95 %		96% a 100%		
Dor			0 a 1	2 a 3	
Consciência	P ou U	V	A		

16.2. MANUAL OPERACIONAL

1. APRESENTAÇÃO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – é um componente essencial da Rede de Urgência e Emergência, responsável pelo atendimento rápido e eficaz às situações clínicas, traumáticas, psiquiátricas, obstétricas e pediátricas fora do ambiente hospitalar.

Este Manual Operacional reúne **todos os protocolos assistenciais, regulatórios, administrativos e de segurança do paciente**, organizados para orientar equipes de **Suporte Básico de Vida (USB)** e **Suporte Avançado de Vida (USA)**, centrais de **Regulação Médica**, **motolâncias, aeromédicos**, gestores e auditores.

2. OBJETIVOS DO MANUAL

- Padronizar condutas assistenciais e operacionais.
- Reforçar a segurança do paciente.
- Qualificar o processo de regulação médica.
- Definir fluxos de comunicação, transporte e referência.
- Normatizar auditoria, gestão de risco e educação permanente.

3. ARQUITETURA ORGANIZACIONAL DO SAMU

3.1 Estrutura Funcional

- ✓ Coordenação Geral
- ✓ Coordenação Médica
- ✓ Coordenação de Enfermagem
- ✓ Regulação Médica
- ✓ Equipes das Unidades (USB/USA)
- ✓ Setor Administrativo
- ✓ Núcleo de Educação Permanente
- ✓ Núcleo de Segurança do Paciente e Risco

3.2 Tipos de Unidades Operacionais

- ✓ USB – Unidade de Suporte Básico
- ✓ USA – Unidade de Suporte Avançado

4. PROTOCOLOS OPERACIONAIS E ASSISTENCIAIS

277

A seguir estão listados todos os protocolos oficiais do SAMU, cada um com descrição detalhada, objetivo, indicadores de qualidade e responsabilidades das equipes.

4.1 PROTOCOLO DE SEGURANÇA DE CENA

Objetivo:

Garantir que a equipe atue em ambiente seguro, evitando riscos físicos, biológicos e ambientais.

Descrição Técnica:

1. Avaliar riscos antes da aproximação (fogo, trânsito, violência, eletricidade).
2. Solicitar apoio policial/bombeiros se necessário.
3. Realizar aproximação em ângulo seguro.
4. Manter zona quente, morna e fria conforme ICS.
5. Utilizar EPIs obrigatórios.
6. Garantir vias de escape.

Indicadores:

- ✓ Zero óbitos/lesões de equipe.
- ✓ Taxa de incidentes evitáveis <2%.

4.2 PROTOCOLO ABCDE DE AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Objetivo:

Realizar avaliação rápida de ameaças à vida.

Descrição Técnica:

A – Airway: Avaliar e desobstruir as vias aéreas.

B – Breathing: Analisar ventilação e oxigenação.

C – Circulation: Hemorragias externas, pulso, perfusão.

D – Disability: Nível de consciência (AVPU/GCS).

E – Exposure: Expor, controlar hipotermia.

Critérios de Gravidade:

- ✓ Via aérea não pérvia.
- ✓ Dispneia severa.
- ✓ Hemorragia ativa.
- ✓ Rebaixamento do sensório.

278

4.3 PROTOCOLO DE VIA AÉREA (BÁSICA E AVANÇADA)

Objetivo:

Garantir oxigenação adequada.

Descrição Técnica:

- ✓ Manobras de abertura (ECSR, tração mandibular).
- ✓ Orofaringe (OPA) / nasofaringe (NPA).
- ✓ Máscara com reservatório (O2 10–15L/min).
- ✓ VBM 1:5 seg (adulto) e 1:3 seg (criança).
- ✓ Intubação orotraqueal (USA).
- ✓ Videolaringoscópio quando disponível.
- ✓ VAD: I-gel, LMA, tubo laríngeo.
- ✓ Manejo de via aérea difícil.

4.4 PROTOCOLO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA – PCR ADULTO (ACLS)

Passos Principais:

1. Identificar inconsciência/ausência de respiração.
2. Iniciar compressões 100–120/min.
3. Troca de socorrista a cada 2 minutos.
4. DEA/monitor: identificar ritmo.
5. Choque somente em FV/TV sem pulso.

Medicações:

- ✓ Adrenalina 1mg a cada 3–5 min
- ✓ Amiodarona 300mg

Indicadores:

- ✓ Taxa de ROSC
- ✓ Tempo porta-DEA

4.5 PROTOCOLO DE PCR PEDIÁTRICA

279

- ✓ Compressões 1/3 do tórax
- ✓ Relação 15:2 (2 socorristas)
- ✓ Adrenalina 0,01mg/kg
- ✓ Desfibrilação 2J/kg → 4J/kg

4.6 PROTOCOLO DE TRAUMA (PHTLS/ITLS)

Objetivo:

Atendimento rápido a vítimas traumáticas e prevenção de agravamentos.

Descrição:

- ✓ Controle imediato de hemorragias (torniquete, curativo compressivo).
- ✓ Restrição de movimento da coluna (RMC) conforme diretriz atual.
- ✓ Imobilização de fraturas.
- ✓ Avaliação neurológica rápida.
- ✓ Critérios de transporte rápido (Golden Hour / Load & Go).

4.7 PROTOCOLO DE QUEIMADURAS

Descrição:

- ✓ Cálculo da SCQ (Regra dos 9 / Lund-Browder pediatria).
- ✓ Resfriamento por 20 minutos (não gelo).
- ✓ Ocluir com compressas estéreis.
- ✓ Acesso venoso em queimaduras extensas.
- ✓ Analgesia.
- ✓ Evitar hipotermia.

4.8 PROTOCOLO DE DOR TORÁCICA / IAM

Descrição:

- ✓ Suplementação de oxigênio se $\text{SatO}_2 < 94\%$.
- ✓ ECG pré-hospitalar (se disponível).
- ✓ Antiagregação conforme diretrizes locais.
- ✓ Avaliar critérios de trombólise.

4.9 PROTOCOLO DE AVC

- ✓ Identificação (FAST/BEFAST).
- ✓ Tempo de início dos sintomas.
- ✓ Transporte prioritário para centro AVC.
- ✓ Cabeceira a 30°.

4.10 PROTOCOLO DE CRISE CONVULSIVA

- ✓ Proteger vias aéreas.
- ✓ Diazepam/midazolam conforme USA.
- ✓ Pós-crise: avaliação neurológica.

4.11 PROTOCOLO PSIQUIÁTRICO

- ✓ Acolhimento seguro.
- ✓ Risco de autoextermínio.
- ✓ Contenção física (último recurso).
- ✓ Contenção química sob orientação médica.

4.12 PROTOCOLO OBSTÉTRICO (PARTO / ECLÂMPSIA / HEMORRAGIA)

- ✓ Identificação das fases do parto.
- ✓ Parto iminente na ambulância: técnica segura.
- ✓ Manejo do recém-nascido (APGAR, aquecimento).
- ✓ Eclâmpsia: sulfato de magnésio (USA).
- ✓ Hemorragias: massagem uterina.

4.13 PROTOCOLO PEDIÁTRICO GERAL

- ✓ Dosagens medicamentosas por peso.
- ✓ Taquipneia e desconforto respiratório.
- ✓ Estados febris.
- ✓ Sepses pediátrica.

4.14 PROTOCOLO DE INTOXICAÇÕES E EXPOSIÇÃO A PRODUTOS QUÍMICOS

- ✓ Segurança de cena + descontaminação.
- ✓ Retirada de roupas contaminadas.
- ✓ Suporte ventilatório.
- ✓ Contato com CIATox.

4.15 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO MÉDICA

Fluxos:

- ✓ Recepção da chamada
- ✓ Classificação da gravidade
- ✓ Identificação do recurso adequado
- ✓ Acompanhamento do caso
- ✓ Determinação do destino hospitalar
- ✓ Comunicação com a rede de urgência

4.16 PROTOCOLO DE TRANSPORTE E TRANSFERÊNCIA

- ✓ Indicações de transporte rápido
- ✓ Imobilização da vítima
- ✓ Comunicação com hospital regulador
- ✓ Entrega do paciente com SBAR

4.17 PROTOCOLO DE EVENTOS COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS – START / JumpSTART

- ✓ Triage rápida (vermelho, amarelo, verde, preto).
- ✓ Grupo pediátrico (JumpSTART).
- ✓ Coordenação de fluxo de vítimas.

4.18 PROTOCOLO DE BIOSSEGURANÇA

- ✓ Paramentação e desparamentação
- ✓ Descarte de resíduos
- ✓ Limpeza de superfície e equipamentos
- ✓ Limpeza terminal da ambulância

4.19 PROTOCOLO DE DESCONTAMINAÇÃO DE AMBULÂNCIA

- ✓ Descontaminação concorrente
- ✓ Descontaminação terminal
- ✓ Uso adequado de soluções desinfetantes

4.20 PROTOCOLO DE MEDICAÇÕES E FARMÁCIA

- ✓ Armazenamento e rastreabilidade
- ✓ Controle de validade
- ✓ Cadeia fria
- ✓ Conferência diária dos kits

4.21 PROTOCOLO DE AUDITORIA INTERNA NO SAMU

- ✓ Avaliação do prontuário APH
- ✓ Auditoria técnica
- ✓ Auditoria operacional
- ✓ Indicadores mensais:
 - tempo-resposta
 - taxa de recusas
 - taxa de retorno
 - desfechos clínicos

4.22 PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Conforme Portaria 529/2013:

- ✓ Identificação correta
- ✓ Comunicação eficaz
- ✓ Cirurgia segura (quando aeromédico)

- ✓ Prevenção de quedas
- ✓ Medicação segura
- ✓ Infecção relacionada à assistência
- ✓ Notificação de incidentes / NOTIVISA

4.23 PROTOCOLO DE DOCUMENTAÇÃO E REGISTRO

- ✓ Ficha de atendimento
- ✓ Ficha de regulação
- ✓ Registro de sinais vitais
- ✓ Registro de procedimentos
- ✓ Impressão do ECG (quando aplicável)

4.24 PROTOCOLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

- ✓ Treinamento inicial e periódico
- ✓ Competências mínimas por função
- ✓ Simulações realísticas
- ✓ Avaliações semestrais

4.25 PROTOCOLO DE GESTÃO DE RISCOS

- ✓ Identificação de perigos
- ✓ Matriz de risco
- ✓ Plano de contingência
- ✓ Revisão pós-incidente

17. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO OPERACIONAL

Objetivo: assegurar condições legais, administrativas e estruturais para início do processo de implantação.

17.1. FASE 1 – PREPARAÇÃO E MOBILIZAÇÃO (DIAS A – 7)

Atividades:

1. Reunião inicial com a Secretaria Municipal de Saúde e coordenação da RUE.
2. Levantamento documental previsto no edital (certidões, declarações e comprovações técnicas).
3. Instituição formal da Equipe Gestora Local do SAMU Mesquita.
4. Diagnóstico situacional inicial:
 - ✓ Inspeção da base descentralizada;
 - ✓ Avaliação da frota existente;
 - ✓ Verificação de equipamentos e insumos;
 - ✓ Levantamento de recursos humanos disponíveis.
5. Ativação dos canais de comunicação institucional.
6. Instalação e configuração do escritório local de apoio.
7. Planejamento interno detalhado (planos, cronogramas, contratos de apoio, padronizações).

Entregas da fase:

- ✓ Plano de Mobilização
- ✓ Relatório Diagnóstico Inicial
- ✓ Escopo técnico final validado com o Município

17.2. FASE 2 – DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS E ADEQUAÇÕES (DIAS 7 A 20)

Objetivo: alinhar estrutura, equipes, insumos e processos às exigências do edital.

Atividades:

1. Dimensionamento final da força de trabalho (médicos, enfermeiros, condutores, rádio operadores, coordenadores, administrativos).
2. Processo de captação, seleção e contratação dos profissionais.
3. Regularização dos profissionais no CNES.
4. Adequação e padronização das ambulâncias conforme Portaria 2.048/2002 e edital:
 - ✓ verificação de equipamentos fixos;
 - ✓ reposição de materiais;
 - ✓ checagem elétrica e mecânica;
 - ✓ instalação dos sistemas de comunicação e GPS.

5. Estruturação dos kits de atendimento:
 - ✓ USB, USA, suporte avançado, suporte básico, materiais de imobilização, oxigenoterapia e emergência.
6. Reorganização de fluxos internos da base (limpeza, paradas técnicas, abastecimento, farmácia, almoxarifado).
7. Implantação do estoque mínimo e controle de rastreabilidade dos insumos.

Entregas da fase:

- ✓ Frota padronizada e validada
- ✓ Kits e insumos completos
- ✓ Escala mínima definida e registrada
- ✓ Listagem de profissionais contratados

17.3. FASE 3 – CAPACITAÇÃO, TREINAMENTOS E PADRONIZAÇÕES (DIAS 15 A 30)

Objetivo: garantir que todo o efetivo conheça e execute os protocolos assistenciais e operacionais.

Atividades:

1. Treinamento introdutório obrigatório (40 horas):
 - ✓ protocolos do SAMU;
 - ✓ atendimento pré-hospitalar;
 - ✓ suporte básico e avançado de vida;
 - ✓ regulação médica;
 - ✓ comunicação operacional;
 - ✓ humanização e acolhimento;
 - ✓ segurança do paciente;
 - ✓ PNH;
 - ✓ biossegurança.
2. Simulações práticas de atendimento em campo.
3. Treinamento específico para rádio operadores e médicos reguladores.
4. Capacitação sobre fluxos administrativos, manutenção da frota, farmácia e almoxarifado.
5. Elaboração e implantação dos POP's (Protocolos Operacionais Padrão).

6. Treinamento em notificação compulsória e registros assistenciais.
7. Matriz de responsabilidades (RACI) implantada com equipes.

Entregas da fase:

- ✓ Certificados de capacitação
- ✓ POP's finalizados e publicados
- ✓ Relatório de simulação e nivelamento técnico

286

17.4. FASE 4 – IMPLANTAÇÃO OPERACIONAL (DIAS 30 A 45)

Objetivo: ativar o serviço de forma segura, controlada e validada.

Atividades:

1. Início do funcionamento assistido (soft opening).
2. Monitoramento intensivo do tempo resposta, fluxos e indicadores.
3. Supervisão direta da coordenação geral e técnica.
4. Revisão diária das escalas e da disponibilidade da frota.
5. Ajustes logísticos e operacionais.
6. Implantação do sistema de comunicação plena entre equipes, rádio e regulação.
7. Estabilização da farmácia, almoxarifado, abastecimento e manutenção.

Entregas da fase:

- ✓ Termo de Início Assistido
- ✓ Relatório de Ajustes e Conformidades
- ✓ Indicadores iniciais comparativos (linha de base)

17.5. FASE 5 – ESTABILIZAÇÃO OPERACIONAL (DIAS 45 A 90)

Objetivo: alcançar estabilidade na operação, cumprimento das metas do edital e padronização do desempenho.

Atividades:

1. Acompanhamento contínuo dos indicadores-chave:
 - ✓ tempo resposta;
 - ✓ taxa de efetividade;

- ✓ disponibilidade de frota;
- ✓ frequência de manutenção;
- ✓ adesão a protocolos;
- ✓ eventos adversos.

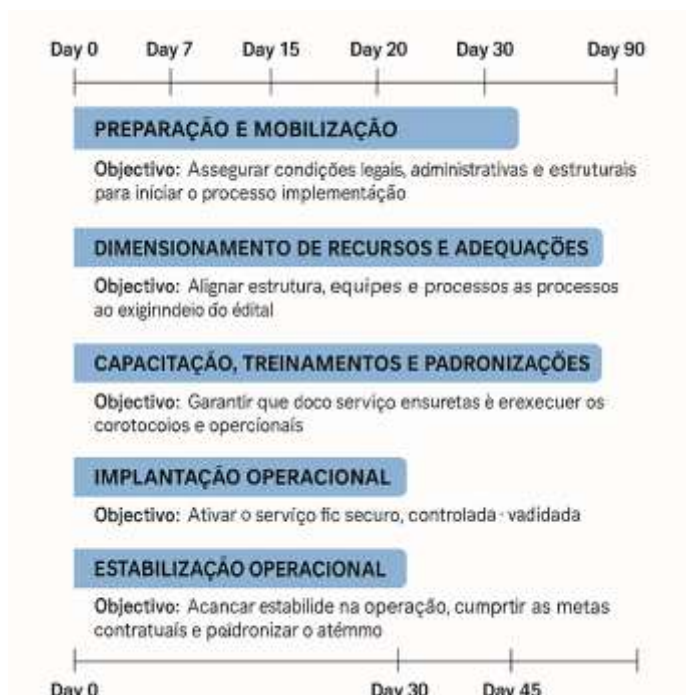
2. Auditorias quinzenais assistenciais e operacionais.
3. Reforço de treinamentos e educação permanente.
4. Implementação de melhorias identificadas nas análises.
5. Estabilização dos fluxos de notificação, segurança e humanização.
6. Reunião mensal do Comitê de Monitoramento e Avaliação.
7. Elaboração do Relatório Consolidado de Implantação e Estabilização.

Entregas da fase:

- ✓ Relatório Mensal de Desempenho
- ✓ Relatório de Auditoria Interna
- ✓ Plano de Melhoria Contínua
- ✓ Termo de Estabilização Operacional

17.6. CRONOGRAMA SINTENTICO

Fase	Período	Principais Atividades	Entregas
1 – Preparação	Dias 0–7	Diagnóstico, mobilização, análises iniciais	Plano de Mobilização, Diagnóstico
2 – Adequações e dimensionamento	Dias 7–20	Dimensionamento de RH, frota, insumos, estruturação	Frota validada, escala montada
3 – Capacitação	Dias 15–30	Treinamentos, POPs, simulações	POPs, certificados
4 – Implantação	Dias 30–45	Ativação assistida, ajustes	Termo de início assistido
5 – Estabilização	Dias 45–90	Auditorias, indicadores, melhorias	Relatórios + termo de estabilização



18. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUARIO

Apresentamos a pesquisa de satisfação do usuário SAMU, seguindo as diretrizes de qualidade, humanização (PNH), experiência do usuário e segurança do paciente, incluindo:

- ✓ Objetivos da pesquisa
- ✓ Metodologia de coleta
- ✓ Indicadores gerados pela pesquisa
- ✓ Modelo completo do questionário (para uso físico ou digital)

18.1. OBJETIVO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUARIO

A pesquisa tem como finalidade:

- ✓ Avaliar a experiência do usuário e/ou familiar com o atendimento prestado pelo SAMU.
- ✓ Identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria no atendimento pré-hospitalar.
- ✓ Monitorar a qualidade assistencial, comunicação, humanização, segurança e tempo-resposta.
- ✓ Ampliar a participação social e fortalecer a Política Nacional de Humanização.
- ✓ Subsidiar a gestão com indicadores mensuráveis e rastreáveis.

- ✓ Atender às exigências do Edital 01/2025 no item de **monitoramento e avaliação da qualidade do serviço**.

2. METODOLOGIA DE COLETA

- ✓ A pesquisa será aplicada:
- ✓ **Após o atendimento**, por telefone, WhatsApp ou formulário digital.
- ✓ Preferencialmente dentro de **48 a 72 horas após a ocorrência**.
- ✓ Pode ser respondida por:
 - usuário atendido
 - familiar
 - acompanhante
 - responsável legal

289

Os dados coletados serão:

- ✓ Quantitativos (escalas de 1 a 5)
- ✓ Qualitativos (comentários abertos)

As respostas alimentam um **Painel de Indicadores de Satisfação** contendo:

- ✓ Índice global de satisfação (NPS adaptado)
- ✓ Comunicação e humanização
- ✓ Tempo-resposta
- ✓ Segurança e qualidade
- ✓ Confiabilidade e acolhimento

3. INDICADORES GERADOS PELA PESQUISA

A pesquisa produzirá:

Indicadores Quantitativos

- ✓ Índice geral de satisfação do usuário (IGSU)
- ✓ Tempo-resposta percebido
- ✓ Clareza das informações recebidas
- ✓ Cortesia e postura da equipe
- ✓ Sensação de segurança durante o atendimento

- ✓ Avaliação do transporte e da viatura
- ✓ Avaliação da regulação via 192
- ✓ Recomendação do serviço (NPS 0–10)

Indicadores Qualitativos

290

- ✓ Comentários sobre:
- ✓ confiança
- ✓ resolubilidade
- ✓ melhorias estruturais
- ✓ acolhimento e respeito
- ✓ percepções positivas e negativas

4. MODELO COMPLETO DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DO SAMU

Abaixo segue o **questionário oficial**, pronto para impressão ou inclusão em formulário eletrônico.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO – USUÁRIO DO SAMU MESQUITA

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Prefeitura Municipal de Mesquita – Secretaria Municipal de Saúde

(Avaliação do atendimento prestado ao usuário/familiar)

DADOS GERAIS (Preenchimento opcional)

Nome do usuário: _____

Data do atendimento: // _____

Tipo de atendimento:

() Clínico

() Traumático

() Obstétrico

() Pediátrico

() Psiquiátrico

() Outro: _____

Quem está respondendo:

- () Usuário atendido
() Familiar
() Acompanhante
() Responsável

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO – ESCALA 1 a 5

Legenda:

- 1 = Muito insatisfeito
2 = Insatisfeito
3 = Regular
4 = Satisfeito
5 = Muito satisfeito

B. Atendimento pela Central 192 (TARM + Regulação Médica)

Nº	QUESTÃO	NOTA (1-5)
1	O atendimento telefônico foi ágil?	1 2 3 4 5
2	As perguntas foram claras e objetivas?	1 2 3 4 5
3	Você se sentiu acolhido ao relatar o problema?	1 2 3 4 5
4	As orientações recebidas foram úteis?	1 2 3 4 5

C. Atendimento da Equipe da Ambulância

Nº	QUESTÃO	NOTA (1-5)
5	A equipe chegou dentro do tempo esperado?	1 2 3 4 5
6	A equipe se apresentou e explicou os procedimentos?	1 2 3 4 5
7	Você foi tratado com respeito e cordialidade?	1 2 3 4 5
8	A equipe demonstrou segurança e competência técnica?	1 2 3 4 5
9	A equipe ouviu suas dúvidas e preocupações?	1 2 3 4 5
10	Sentiu-se seguro durante o atendimento e transporte?	1 2 3 4 5

D. Condições da Viatura e do Atendimento

Nº	QUESTÃO	NOTA (1-5)
11	As condições da ambulância eram adequadas?	1 2 3 4 5
12	Os equipamentos utilizados pareceram adequados e seguros?	1 2 3 4 5
13	O ambiente dentro da ambulância era limpo e organizado?	1 2 3 4 5

E. Resultado do Atendimento

Nº	QUESTÃO	NOTA (1-5)
14	O problema de saúde foi devidamente atendido?	1 2 3 4 5
15	A remoção à unidade de saúde foi adequada?	1 2 3 4 5

F. AVALIAÇÃO GERAL

Nº	QUESTÃO	ESCALA
16	De maneira geral, como você avalia o atendimento do SAMU?	1 2 3 4 5
17	Você recomendaria o SAMU para outra pessoa? (NPS)	Nota de 0 a 10:

G. Comentários, Sugestões ou Elogios
