



CONTRATO DE GESTÃO SS Nº 444/2020-PJ

ANEXO I - PLANO OPERATIVO

O presente Plano Operativo tem por objetivo definir as áreas de atuação, gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde em Unidades de Saúde da Rede Assistencial do Município de Santo André, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS.

A Rede de Saúde do Município de Santo André é composta por:

- 32 Unidades de Saúde. As equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e as de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) estão implantadas em 23 Unidades de Saúde;
- 52 Equipe da Saúde da Família;
- 01 equipe de EACS;
- 16 equipes de saúde bucal;
- 04 Centros Médicos de Especialidades;
- 01 Centro de Reabilitação IV;
- 02 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 05 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS;
- 01 Núcleo de Projetos Especiais – NUPE;
- 01 Consultório de Rua;
- 07 Residências Terapêuticas;
- 02 Repúblicas Terapêuticas;
- 02 Pronto Atendimentos;
- 05 Unidade de Pronto Atendimento – UPA;
- 01 SAMU;
- 01 Centro Hospitalar;
- 01 Hospital da Mulher "Maria José Santos Stein" (não contemplado neste Contrato de Gestão)
- Vigilância à Saúde;
- Assistência Farmacêutica.

OBJETIVO DA PROPOSTA

Proposta Técnica Financeira para o gerenciamento, operacionalização, execução e fomento de serviços da rede de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, abrangendo as áreas:

- Atenção básica;
- Atenção especializada;
- Atenção hospitalar;
- Atenção às urgências emergências;
- Vigilância à saúde;
- Apoio à gestão.

1. REDE DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica abrange ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Como objetivo de uma atenção integral e resolutiva, que deve estar ligada a toda a rede de saúde e também com todos os serviços do território, de forma que possa ser gestora do cuidado dos usuários de seu território.

Tem como diretriz trabalhar com os usuários a partir de suas necessidades, identificadas no território, a partir da construção de vínculo entre o usuário e os trabalhadores. Desta forma, deve acompanhar as famílias por meio das equipes de Saúde da Família (ESF), compostas por equipes multiprofissionais, alocadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que tenham ambiência e estrutura humanizadas, proporcionando melhor acompanhamento aos usuários e ambiente de trabalho para seus trabalhadores.

A Atenção Básica segue as diretrizes conforme descrito abaixo:

- Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;



- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.
- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos "atenção básica" e "Atenção Primária à Saúde", nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.

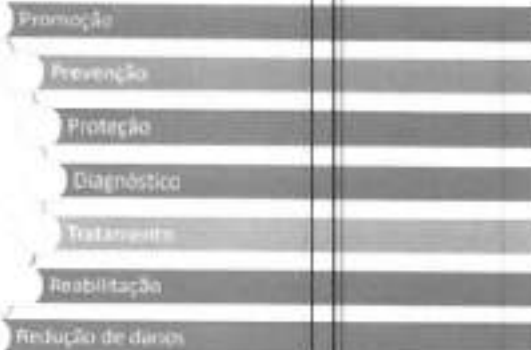
1.1 DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

- Regionalização e hierarquização;
- Territorialização;
- População Adstrita;
- Cuidado centrado na pessoa;
- Resolutividade;
- Longitudinalidade do cuidado;



- Coordenação do cuidado;
- Ordenação da rede; e
- Participação da comunidade.

Atenção Básica:



IPMAB, 2017

1.2 ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

- Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária mente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microregulação realizada pelos profissionais de atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;
- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.



1542

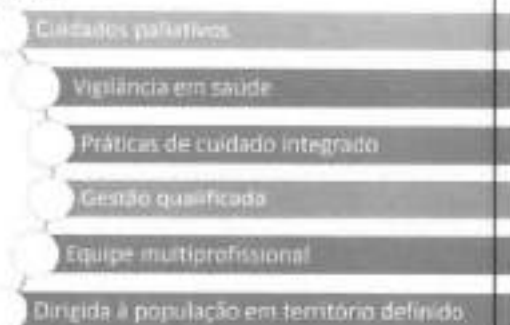
OS SISTEMAS DE ATENÇÃO A SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO BÁSICA APRESENTAM



1.3 COMPETÊNCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA

- I - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes, realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- II - universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- III - gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de usuários ou seus representantes;
- IV - fornecimento gratuito de medicamentos aos usuários em atendimento, mediante prescrição do profissional médico responsável pelo atendimento em questão;
- V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VIII - prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

Atenção Básica:



PMAB 2017

LINHAS DE CUIDADO

O desenho de linhas de cuidado representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como conexão, tanto de cada uma das ações de promoção, proteção, cura, controle e de reabilitação quanto entre elas. Seria um modo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade e podem ser pensadas tanto no trato das questões individuais como na formulação de políticas de atenção.

As linhas de cuidado à saúde individual garantem às pessoas a produção articulada de ações de vigilância ou de assistência, segundo suas necessidades (demandadas ou detectadas), num fluxo ágil e desembaraçado em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária) e, entre estes, garantindo a referência e a contrarreferência responsável, até a recuperação ou ganhos de bem-estar e autonomia no modo de viver daquele indivíduo.

As linhas de cuidado individual, preferencialmente, devem estar a cargo das equipes de atenção



primária, responsáveis por determinada população adstrita, que a acolhe, discriminando riscos, e, a partir do projeto terapêutico mais adequado, conduz as pessoas por fluxos de atenção previamente organizados, incluindo a referência aos demais níveis de atenção. Esta seria a forma de atuar, também, na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na qual equipes corresponsáveis podem iniciar ou dar continuidade às linhas de cuidado, realizando ações específicas e, na prática da referência e contrarreferência, constituindo a matriz horizontal dos níveis de complexidade em contraposição à matriz vertical. Desse modo, podem-se desenhar linhas de cuidado individual para agravos (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, desnutrição etc.) ou para determinadas situações da vida (gravidez/parto/puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil, idoso etc.). O desenho de uma linha de cuidado individual permite a condução oportuna dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, sempre em resposta às necessidades detectadas. As linhas de cuidado pressupõem, também, uma visão global das dimensões da vida dos usuários (de sua individualidade, de seu contexto familiar, de moradia e vizinhança, de trabalho e cultural) e uma resposta global. Para além das respostas fragmentadas de profissionais isolados, as linhas de cuidado pedem respostas complementares de um trabalho em equipe. As linhas de cuidado nas situações de vida ou de agravos, para não se constituírem em programas intervencionistas que ditam hábitos e comportamentos, devem fomentar, também, ações de autocuidado, como uma construção, por parte dos indivíduos, de novos modos de conquistar a sua autonomia, a partir de informações fornecidas e reflexões catalisadas pelos profissionais de saúde. Em escala coletiva, será preciso pensar estratégias de ressignificação dos hábitos, costumes e comportamentos, por meio de atividades lúdicas, de lazer, de fazer e fruir artes, enfim, de atividades culturais que contribuam para os ganhos de bem-estar e autonomia.

Assim, ao se tratar das linhas de cuidado, necessariamente devem estar em pauta as estratégias de vinculação dos usuários às equipes de profissionais e o desenho de uma matriz de responsabilização destes para com a atenção integral à saúde. Podem-se, desse modo, delinear a adscrição de indivíduos, famílias, grupos ou mesmo de territórios às equipes de unidades de saúde, que seriam as responsáveis e as produtoras das linhas de cuidado. As linhas de cuidado, baseadas no vínculo e na responsabilização, podem ser implementadas se forem resultantes de uma nova forma de constituir políticas de saúde a partir do consenso dos diferentes grupos de interesses, concepções, valores e práticas presentes no campo da Saúde; rumo à construção de modos de produzir a atenção à saúde centrada no cuidado, nos usuários e na vida.

PROTOSCOLOS DE ATENÇÃO BÁSICA

Todos os protocolos vinculados ao atendimento da Atenção Básica serão desenvolvidos a depender da especificidade da Rede de Atenção do Município.

Abaixo apresentamos sugestão de alguns protocolos característicos da atenção:

- Regimento interno dos profissionais de enfermagem;
- Procedimento operacional padrão fluxograma busca ativa desnutrição;
- Procedimento operacional padrão - fluxograma programa cessação tabagismo;
- Procedimento operacional padrão - detecção de HCG na urina - teste de gravidez;
- Procedimento operacional padrão tuberculose;
- Manual de normas, rotinas e procedimentos do consultório de odontologia;
- Assistência de enfermagem no pré-natal;
- Normas e rotinas sala de vacina;
- Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres;
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Endocrinologia e Nefrologia;
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Cardiologia;
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Reumatologia e Ortopedia Adulto;
- Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada - Ginecologia;
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Cirurgia Torácica e Pneumologia;
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Urologia;
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Proctologia;
- Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Hematologia.

**OBJETO DETALHADO DA ÁREA**

A Rede de Atenção Básica do Município de Santo André é composta por 32 Unidades de Saúde. As equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) estão implantadas em 23 Unidades de Saúde e atualmente, existem 52 ESF e 1 equipe de EACS.

A Saúde Bucal está implantada em parte das Equipes de Saúde da Família, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e hoje existem 16 equipes de saúde bucal.

O objeto do presente Plano de Trabalho para esta área é o gerenciamento e o apoio na execução de ações e serviços de saúde, em unidades de saúde pertencentes à Atenção Básica da Secretaria de Saúde de Santo André, conforme relação abaixo:

	NOME DAS UNIDADES	LOGRADOURO	N.º	BAIRRO
1	Unidade de Saúde Paranapiacaba	R. Rodrigues Alv	29	Paranapiacaba
2	Unidade de Saúde da Família Jardim Santo André	R. Sete. s/nº	S/N	Jd. Santo André
3	Unidade de Saúde / Unidade de Saúde da Família Parque Andreense	R. Ibertoga	100	Pq. Andreense
4	Unidade de Saúde da Família Recreio da Borda do Campo	Av. Mico Leão Dourado	2452	Rec da B Camp
5	Unidade de Saúde da Família Parque Miami	Estrada do Pedroso	5151	Pq. Miami
6	Unidade de Saúde / Unidade de Saúde da Família Jardim Irene I	Estrada do Cata Preta	552	Jd. Irene
7	Policlínica Jd Cipreste	Rua Caminho do Vianas	300	Jd Cipreste
8	Unidade de Saúde do Vila Luzita	Av. Dom Pedro I	4197	Vila Luzita
9	Unidade de Saúde da Família Jardim Carla	R. Lopes Trovão	S/N	Jd. Carla
10	Unidade de Saúde Centreville	R. Bezerra de Menezes	340	Centreville
11	Unidade de Saúde da Família Espírito Santo/Cid. São Jorge	Av. São Paulo	800	Cid. São Jorge
12	Unidade de Saúde Vila Humaitá	R. Fernando de Mascarenh	191	Vila Humaitá
13	Unidade de Saúde da Família Vila Linda	R. Emberé	97	Vila Linda
14	Unidade de Saúde Vila Helena	Av. Andrade Nev	1082	Vila Helena
15	Unidade de Saúde Jardim Alvorada	R. Dr. Almenor J. Silveira	S/N	Jd. Alvorada
16	Unidade de Saúde Bairro Paraíso	R. Juquiá	256	Bairro Paraíso
17	Policlínica Bom Pastor	R. José D'Angelo	35	Jd. Bom Pastor
18	Unidade de Saúde da Família Valparaíso	Rua Andradina	471	Valparaíso
19	Unidade de Saúde Vila Guiomar	Rua das Silveiras	73	Vila Guiomar
20	Unidade de Saúde Centro	R. Campos Salles	575	Centro
21	Policlínica Campestre	Rua das Figueiras	2716	Campestre
22	Unidade de Saúde / Unidade de Saúde da Família Vila Palmares	Fraça Áurea	234	Vila Palmares
23	Unidade de Saúde da Família Jardim Sorocaba	Av. Sorocaba	935/945	Jd. Sorocaba
24	Unidade de Saúde Parque João Ramalho	R. Maragogipe	S/N	Pq. João Ramalho
25	Unidade de Saúde / Unidade de Saúde da Família Centro de Saúde Esc	R. Miranda	700	Pq. Capuava
26	Unidade de Saúde da Família Jardim Santo Alberto	R. Almada	745	Jd. Santo Alberto
27	Unidade de Saúde da Família Jardim Ana Maria/Jd. Itapoan	R. Otávio Mangabeira	331	Jd. Ana Maria
28	Policlínica Parque Novo Oratório	R. Tunísia		Pq. Novo Oratório
29	Unidade de Saúde Vila Lucinda	R. Caconde	S/N	Vl. Lucinda
30	Unidade de Saúde / Unidade de Saúde da Família Dr. Moisés	R. Alexandreta	180	Jd. Santo Antônio



1545

	NOME DAS UNIDADES	LOGRADOUR	N.º	BAIRRO
	Fucks			
31	Unidade de Saúde Parque das Nações (em reforma)	R. Frei Caneca	280	Bangu
32	Unidade de Saúde / Unidade de Saúde da Família Utinga	Alameda México	S/N	VI. Metalurgica

SERVIÇOS OFERECIDOS

- Consultas individuais e coletivas;
- Visita Domiciliar;
- Saúde Bucal;
- Vacinação;
- Curativos;
- Planejamento familiar;
- Vigilância em saúde;
- Tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos;
- Pré-natal e Puerpério com acolhimento mãe-bebê após alta da maternidade;
- Acolhimento de demanda espontânea;
- Rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama;
- Teste rápido de gravidez, sífilis e HIV;
- Distribuição gratuita de preservativos;
- Controle de Tabagismo;
- Prevenção, tratamento e acompanhamento das DTS e HIV;
- Acompanhamento de doenças crônicas;
- Identificação, tratamento e acompanhamento de tuberculose;
- Identificação de caso de hanseníase e sífilis;
- Dispensação de medicamentos;
- Ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade;
- Práticas corporais;
- Acompanhamento de idosos;
- Atendimento e promoção da Saúde Mental;
- Atendimento e promoção da Saúde do Idoso;
- Apoio em Serviço de Residência Terapêutica;
- Assistência domiciliar;
- Entre outras atividades descritas nesse plano.

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

O fortalecimento da Atenção Primária é uma estratégia fundamental para a mudança do modelo assistencial em todos os níveis de complexidade. A construção de redes de atenção que garantam a integralidade, e o acesso às ações e serviços de saúde, é primordial para que a Atenção Primária seja efetivamente a ordenadora da rede e orientadora das linhas de cuidado, fomentando a construção de uma rede primária resolutive e humanizada, que trabalhe com instrumentos capazes de coordenar o processo de atenção à saúde. Para isso, é importante que tenha uma Política de Atenção, que reconheça as especificidades de cada território, a realidade histórica das formas de organização e garanta a melhoria da atenção à saúde e qualidade de vida da população.

A Atenção Primária no município de Santo André é composta por diversas áreas programáticas que atuam com abordagens transversais, por ciclo de vida e por segmentos vulneráveis e com estratégias de reorganização da rede de atenção.

A UBS caracteriza-se por ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, tendo como alicerce, a descentralização, a intersetorialidade, a equidade e a priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer. As atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde buscam a promoção, a prevenção, a recuperação, a reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como a manutenção da saúde da população assistida. Em relação à composição da equipe estes serviços contam com médicos das clínicas básicas (clínico geral, pediatra e ginecologista), equipe de enfermagem e de saúde bucal, todos desenvolvendo suas atividades individualmente a partir de planejamento estabelecido. Quanto ao modelo de vigilância à saúde, podemos afirmar que a mesma se dá através de metodologia baseada em estratégias pontuais (vigilância epidemiológica, gestão de casos complexos, acompanhamento do pré-natal, entre outras) e busca de assistência pelo usuário.

2



7



A Rede de atenção básica de Santo André conta ainda com Unidades Policlínicas, tratam-se de unidades que contam com médico generalistas, pediatra, ginecologista, dentistas e oferece atendimento de enfermagem como curativo, vacinas, coleta de exames laboratoriais, coleta de Papanicolaou, administração e dispensação de medicamentos, teste rápido de gravidez, sífilis, hepatite B/C e HIV.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF nasce como política de qualificação da Atenção Primária. O planejamento do processo de trabalho deve ser feito a partir do conhecimento das condições de saúde e de vida no território de sua responsabilidade. Trabalha com área adstrita, o que facilita o conhecimento dos indicadores socioeconômicos e epidemiológicos de sujeitos e grupos de cada área e micro área.

As equipes devem garantir resposta aos usuários de acordo com suas necessidades e esgotar todas as estratégias tecnológicas do trabalho em saúde disponíveis no território local, articulando e implicando, inclusive, outros equipamentos sociais presentes no território (educacionais, culturais, lazer, entre outros), bem como a realização de parcerias com organizações sociais e da comunidade que possam contribuir no acompanhamento/manutenção dos processos de cuidado em saúde. Evidentemente, sempre que necessário, deve encaminhar o usuário a serviços de média e alta complexidade, de modo a responder às necessidades de certos processos de adoecimento. Para tanto, vale destacar que estes encaminhamentos devem ser feitos de modo a manter a responsabilidade e centralidade do processo de cuidado e, portanto, o profissional que atua na Atenção Primária e na Estratégia de Saúde da Família, deve acompanhar as ações desenvolvidas pelos outros serviços da rede e garantir o retorno do paciente ao local de origem e a continuidade do tratamento e/ou monitoramento do caso.

A equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) é composta por, no mínimo:

- 01 médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- 01 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- 02 auxiliares ou técnicos de enfermagem;
- 05 a 06 agentes comunitários de saúde.
 - Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

As Unidades de Saúde da Família possuem também médicos clínicos, pediatras e ginecologistas, matriciando e apoiando as ações das equipes de Saúde da Família.

São características específicas do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família:

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de Risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- Prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- Trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- Promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;
- Promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Todas as categorias profissionais integrantes da ESF participam deste processo, cada qual com sua atribuição específica, mas é importante frisar que a construção deste processo só ocorre mediante a

participação de toda a equipe nas reuniões semanais, para a organização e discussão do próprio processo.

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira conjunta, apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Criado com o objetivo de contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais.

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Intermista (clínica médica); Médico do Trabalho, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF deve ser definida pelos gestores e equipes Saúde da Família e deve considerar os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades do território e das equipes de saúde que serão apoiadas.

Em Santo André, considerando a quantidade atual de equipes de Saúde da Família e segundo parâmetros da Portaria, há necessidade de reativação de 07 equipes de NASF's.

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção.

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

O SAD tem com o objetivo de prestar assistência a pacientes acamados ou com alto grau de incapacidade funcional realiza em Santo André assistência médica, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, serviço social e psicologia, conhecido com o nome de PID (Programa de Internação Domiciliar) e conta com 07 equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD tipo I) e 3 Equipes Multiprofissionais de apoio (EMAP)



1548

1.4.1 MODALIDADE AD1 – ATENÇÃO BÁSICA

Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

1.4.2 MODALIDADE AD2 E AD3 – MELHOR EM CASA (SAD)

Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

1.4.3 COMPOSIÇÃO DA EMAD TIPO 1

- Profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- Profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe.

1.4.4 COMPOSIÇÃO DA EMAD TIPO 2

- Profissional médico com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- Profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- Profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família).

A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

- Assistente social;
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Odontólogo;
- Psicólogo;
- Farmacêutico;
- Terapeuta ocupacional.

Historicamente em Santo André o programa teve início em 1997. Inicialmente o atendimento era apenas aos pacientes oriundos de internações do Centro Hospitalar do Município de Santo André. Alguns desses pacientes eram dependentes do uso de oxigenoterapia fornecida pelo uso de equipamentos concentradores de oxigênio. No ano de 2003 o PID sofreu fusão com o Programa de Atenção Domiciliar (PAD), originando o Programa de Cuidados Domiciliares (PCD), e no ano de 2005, volta a ser denominado PID, porém agora com um leque maior de oferta de possibilidades terapêuticas. Em 2007 passou a desenvolver ações junto às equipes de unidades básicas em Estratégia de Saúde da Família, funcionando como equipes de apoio matricial. O Centro Hospitalar Municipal e as Unidades de Pronto Atendimento são as referências para os pacientes que têm seus quadros clínicos agudizados e que necessitam de internação hospitalar ou avaliação de urgência. Para a gestão do PID deve-se observar o disposto na Portaria nº. 825, de 25 de abril de 2016.

PROGRAMA SAÚDE NA HORA

S



1549

A Rede de Atenção Básica do Município de Santo André faz parte do Programa Saúde na Hora, o programa viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro.

Atualmente 09 Unidades de Atenção Primária do Município fazem parte do programa e fornecem atendimento com horário das 07 às 21hs.

Com a ampliação do horário de atendimento, a população pode realizar consultas médicas, odontológicas e de pré-natal, colher exames laboratoriais, tomar vacinas e ter acesso a todos os serviços ofertados nas unidades de saúde da Atenção Primária – principal porta de entrada ao SUS e onde é possível solucionar até 80% dos problemas de saúde do município de Santo André.

TERRITÓRIO ATENÇÃO BÁSICA

Na atenção Básica o mapa do território adscrito pela equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal é uma ferramenta do planejamento em saúde que tem por objetivo auxiliar no processo de diagnóstico local e identificação dos problemas e necessidades de saúde da população.

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Algumas características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica fazem referência direta ao processo de territorialização como forma de planejamento das ações direcionadas à população, como: definição do território de atuação e população sob responsabilidade das UBS e das equipes; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade, resiliência e prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

Para melhor desenvolvimento e mapeamento das ações da atenção básica, o município de Santo André está dividido conforme apresentado abaixo:

UNIDADES DE SAÚDE – ATENÇÃO BÁSICA	UNID.	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	FARMÁCIA
TERRITÓRIO 01			
US Vila Lucinda	BAS.	7/17	
US Parque das Nações	BAS.	7/17	NÃO
US/USF Dr. MoysesFucs	MISTA	7/21	SIM
US/USF Utinga	MISTA	7/17	NÃO
Policlínica Parque Novo Oratório	BAS.	7/17	NÃO
TERRITÓRIO 02			
Centro de Saúde Escola	MISTA	7/17	NÃO
US Parque João Ramalho	BAS.	7/17	NÃO
USF Jardim Ana Maria	ESF	7/17	NÃO
USF Jardim Sorocaba	ESF	7/17	NÃO
USF Jardim Santo Alberto	ESF	7/17	NÃO
TERRITÓRIO 03			
US Centro	BAS.	7/17	NÃO
Policlínica Campestre	BAS.	7/17	NÃO
US/USF Vila Guiomar	MISTA	7/21	SIM
US/USF Vila Palmares	MISTA	7/17	NÃO
USF Valparaíso	ESF	7/21	NÃO
TERRITÓRIO 04			
US/USF Bairro Paraíso	MISTA	7/17	NÃO
Policlínica Bom Pastor	BAS.	7/17	NÃO



UNIDADES DE SAÚDE – ATENÇÃO BÁSICA	UNID.	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	FARMÁCIA
US/USF Jardim Alvorada	MISTA	7/17	SIM
US Vila Helena	BAS	7/17	NÃO
USF Vila Linda	ESF	7/21	NÃO
SAD-Serviço de Atenção Domiciliar			
TERRITÓRIO 05			
USF Jardim Carla	ESF	7/21	NÃO
US/USF Centreville	MISTA	7/17	NÃO
Policlínica Humaitá	BAS	7/17	NÃO
US/USF Cidade São Jorge	MISTA	7/17	SIM
TERRITÓRIO 06			
US/USF Vila Luzita	MISTA	7/21	SIM
US/USF Jardim Irene	MISTA	7/17	NÃO
Clinica da Família Jardim Cipreste	ESF	7/17	NÃO
USF Jardim Santo André	ESF	7/21	NÃO
TERRITÓRIO 07			
USF Parque Miami	ESF	7/21	
USF Recreio da Borda do Campo	ESF	7/21	NÃO
US/USF Parque Andreense	MISTA	7/17	NÃO
US/USF Paranapiacaba	ESF	7/17	SIM

Vale lembrar que no Município de Santo André, assim como nas grandes cidades brasileiras, é visível o processo de favelização, com a exclusão de grandes áreas de habitação de padrões urbanísticos de habitabilidade aceitáveis. Esses espaços, produzidos no mercado informal, são ocupados à revelia das leis e das normas estabelecidas para edificação e uso do solo, situação que se agrava pelos processos intensivos de verticalização e densificação, dificultando assim o registro de dados precisos sobre o conjunto das ocupações informais nas configurações urbanas, dificultando o mapeamento da população nessas regiões.

INTEGRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção.

Recomendação de território único em que o ACE trabalhe em conjunto com o ACS e os demais membros da equipe de atenção básica, na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

A integração do trabalho entre AB e Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, e promoção da saúde. Processo de trabalho das equipes de atenção básica caracterizado pelo desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de atenção (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.



1551

1.4.5 INTEGRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes de atuam na atenção básica, destacam-se alguns referentes à integração AB e vigilância:

- Garantir atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, para planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais e níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano.

1.4.5.1 FEBRE DO CARRAPATO OU FEBRE MACULOSA

A Febre Maculosa Brasileira (FMB) é doença de notificação compulsória no Estado de São Paulo desde 2002.

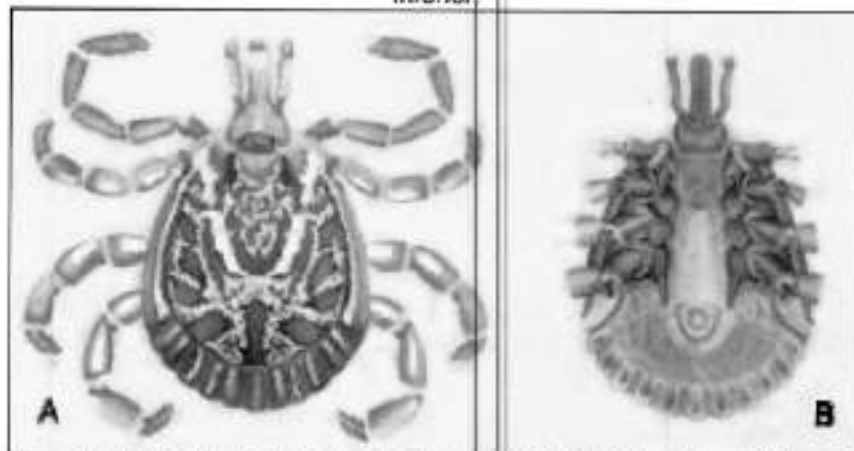
Nas últimas duas décadas, vem aumentando a importância da febre maculosa na região de Piracicaba, Salto, Mogi das Cruzes, Santo André, São Bernardo, Diadema, Ribeirão Pires, Mauá e município de São Paulo, Ribeirão Preto enquanto agravo de saúde pública. Essa importância se justifica pelo crescente número de casos diagnosticados, elevadas taxas de letalidade, expansão das áreas de transmissão, não se restringindo a áreas rurais e de mata. A ocorrência de casos em áreas urbanas e periurbanas demonstra mudanças na ecologia da doença.

A primeira descrição clínica da febre maculosa foi feita em 1899 em caso ocorrido na região montanhosa do noroeste norte-americano. Nos Estados Unidos, a denominação é de Febre Maculosa das Montanhas Rochosas. A partir da década de 30, a doença passou a ser identificada focalmente em diversos países, como Canadá, México, Panamá, Colômbia e Brasil.

No Brasil, foi reconhecida pela primeira vez no estado de São Paulo, no ano de 1929. A partir daí foram diagnosticados casos nos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais. (Febre maculosa brasileira é também chamada de febre maculosa de São Paulo).

A doença é transmitida por um carrapato (*Amblyomma cajennense*), que, normalmente, está infectado por uma bactéria que se chama rickettsia (*R. rickettsii*). Essa bactéria vai causar a doença.

Fig. 1 – Carrapato transmissor de febre maculosa (*Amblyomma cajennense*). A: vista superior. B: vista inferior.



Fonte: Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 59(2): 115-130 – Jul., 1961

O carrapato se alimenta de sangue de vários animais e geralmente já está infectado com a bactéria, que passa para o sangue do animal picado. A transmissão ocorre pela picada de carrapato infectado. Para que a rickettsia se reative e possa ocorrer a infecção no homem, há necessidade que o carrapato fique aderido por algumas horas (de 4 a 6 horas). Pode também ocorrer contaminação por meio de lesões na pele, pelo esmagamento do carrapato. A suscetibilidade das pessoas à doença é geral e a imunidade, provavelmente, é duradoura.

O período de incubação varia de 2 a 14 dias após a picada (média de 7 dias), e os sintomas têm início súbito, com febre de moderada a alta, que dura geralmente de 2 a 3 semanas, acompanhada de dor de cabeça, calafrios, congestão das conjuntivas (olhos vermelhos). Ao terceiro ou quarto dia podem se apresentar manchas róseas nas extremidades e em torno do punho e tornozelo, de onde se irradia para tronco, face, pescoço, palmas e solas. Pequenos sangramentos de pele são frequentes. A doença pode também ser assintomática ou com sintomas leves.

Alguns casos, porém, evoluem gravemente, ocorrendo necrose nas áreas de sufusões hemorrágicas, em decorrência de vasculite generalizada. Torpor, agitação psicomotora, sinais meníngeos são frequentes, assim como face avermelhada e infiltrada, e infecção conjuntival, com inchaço palpebral e nas pernas, que se apresentam brilhantes.

A letalidade é aproximadamente de 20% na ausência de uma terapia específica. A morte é pouco comum quando se aplica o tratamento precocemente.

Na suspeita de febre maculosa, o cidadão deve procurar serviço médico o mais rápido possível.

Profilaxia

As medidas de controle mais importantes estão na área de educação em saúde e conscientização da população através de ações das equipes da atenção básica nos territórios afetados. As áreas de atenção são: Jardim Oriental, Jardim Milena, Cidade São Jorge, Vila Guaraciaba, Condomínio Maracanã, Jardim Santo André, Jardim Vila Rica, Sítio dos Vianas, Recreio da Borda do Campo, Parque Miami, Jardim Riviera, Parque Andreense e Parahapiacaba.

Como ainda, o controle do carrapato não é facilmente exequível, o alerta à população para evitar áreas com carrapatos ou retirá-la o mais rápido possível da região infectada. Ao lado disso, estar ciente para procurar prontamente um serviço médico caso apresente sintomas – dias após haver sido parasitado, também é imprescindível procurar o médico.

São medidas profiláticas:

- Evitar caminhar em áreas conhecidamente infestadas por carrapatos no meio rural e silvestre.
- Quando for necessário caminhar por áreas infestadas por carrapatos, vistoriar o corpo em busca de carrapatos em intervalos de 3 horas, pois, quanto mais rápido for retirado o carrapato, menores serão os riscos de se contrair a doença.
- Barreiras físicas: calças compridas com parte inferior por dentro das botas e fitas adesivas dupla-face lacrando a parte superior das botas. Recomenda-se o uso de roupas claras, para facilitar a visualização dos carrapatos.
- Não esmagar os carrapatos com as unhas, pois, com o esmagamento, pode haver liberação das *Rickettsia*, que têm capacidade de penetrar através de micro lesões na pele. Retirá-los com calma, com leve torção, para liberar as peças bucais.
- Rotação de pastagens: aparar gramado o mais rente ao solo, facilitando, assim, a penetração dos raios solares.
- Controle químico nos animais domésticos, por meio de banhos estratégicos de carrapaticidas ou coleiras nos cães.

Fonte: Nota da Vigilância Epidemiológica: CVE "Prof. Alexandre Vranjac"/SES/SP, Divisão de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetor (agosto de 2005)

1.4.5.2 ESTRATÉGIAS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA



1.4.5.3 REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES

Importância da aproximação da equipe de atenção básica e de vigilância a fim de eleger prioridades e problemas comuns a serem enfrentados no território, possibilitando melhorar cobertura, qualificar o cuidado, ampliar as ações e a resolutividade.

Cada equipe de atenção básica deve realizar ações de vigilância em saúde no território adscrito:

- Análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- Detecção oportuna de doenças e agravos e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- Vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos;
- Notificação compulsória e condução da investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

A PNAB 2017 possibilita a inclusão do ACE na equipe de Atenção Básica. O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

O processo de trabalho das Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde é pautado nas seguintes diretrizes:

- Território único deve direcionar a integração do processo de trabalho entre a equipe de Atenção Básica e a Vigilância em Saúde;
- O planejamento deve reorganizar a territorialização e os processos de trabalho de acordo com a realidade local;
- A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe;
- Cada equipe deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade;
- Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo;
- Possibilidade, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DA UNIDADE ATENÇÃO PRIMÁRIA

1.4.6 GESTÃO DO TRABALHO

A natureza política e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) exige do governo políticas específicas que garantam o acesso à melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, equacionar as questões de recursos humanos é fundamental.

Para que os desafios nesta área sejam superados, é necessário:

- Buscar o alinhamento entre os atores envolvidos com relação às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde;
- Garantir a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde;
- Instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais da saúde;
- Promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade.

A Fundação do ABC tem o objetivo em realizar, em parceria com a Secretaria de Saúde as ações para o desenvolvimento das Políticas e Programas, impondo a função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.



1.4.6.1 SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO DO USUÁRIO (UNIDADE TRADICIONAL E ESF)

O acolhimento tem como finalidade receber os pacientes de forma mais próxima e humanizada, promovendo a melhor comunicação interna entre pacientes e equipes, orientando os pacientes sobre a regulação no sistema de saúde, sendo um importante dispositivo de humanização nas práticas de atenção da saúde. Esses profissionais receberão o paciente e promoverão uma escuta qualificada, compreendendo sua importância e assim encaminhar o paciente para resolução dessa demanda.

1.4.6.2 RECEPÇÃO (UNIDADE TRADICIONAL E ESF)

O paciente será recebido pela recepção e encaminhado para o setor responsável ou para a abertura de fichas onde serão registrados em sistema e serão orientados quanto as rotinas da unidade e documentos necessários ao seu atendimento.

O atendimento na recepção seguirá as seguintes habilidades de comunicação:

Atitude de cordialidade, respeito e atenção;

- Escuta atenta às demandas do paciente, não o interrompendo antes dele concluir;
- Adequada comunicação verbal e não verbal;
- Atenção às questões do paciente e respostas pertinentes e necessárias;
- Responder como equipe perante as queixas do paciente e procurar resolver seus problemas em nome da instituição;
- Não entrar em discussões com o paciente e se perceber que a comunicação está muito difícil, solicitar a participação de outro profissional junto na conversa;
- Ao final da conversa, checar se o paciente entendeu tudo que foi conversado e responder às dúvidas ainda presentes;
- Entendida a necessidade do paciente, encaminhá-lo para seguimento do fluxo da unidade.

O serviço de recepção além de informar também fornecerá declaração de comparecimento quando solicitado pelo paciente e/ou acompanhante.

1.4.6.3 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (UNIDADE DE ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA)

O cadastramento, praticamente delegado exclusivamente ao agente comunitário da saúde (ACS) e realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas, auxilia na definição precisa do território.

Cabe ao ACS:

- I - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe;
- VIII - Cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

1.4.6.4 ATENDIMENTO MÉDICO (UNIDADE TRADICIONAL)

A FUABC tem como principal objetivo reunir o corpo clínico (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia/Obstétrica), visando, sempre, a melhoria no atendimento ao paciente na Unidade, com bom desempenho profissional, e constante busca pelo aperfeiçoamento das práticas clínicas, incentivando o estímulo a pesquisa médica e a cooperação constante com a administração para a melhoria do serviço como um todo.

Todos os profissionais são selecionados considerando as habilidades definidas para cada área.

A FUABC conta com o apoio das mais variadas formas de capacitações dos profissionais além, de priorizar a implantação de protocolos para uniformização dos processos e apoio a equipe nas condutas/tratamentos.

A equipe médica deverá manter integração contínua com a equipe de enfermagem, multiprofissional,



1555

administrativa e demais profissionais envolvidos nos atendimentos unidade.

Os médicos atuarão de acordo com as normas definidas no regimento do Corpo Clínico e desenvolverão ações baseadas em protocolos clínicos, sendo essas auditadas através do prontuário que deverá conter todos os atendimentos realizados de forma completa, legível com a respectiva identificação.

A assistência será focada na integralidade do atendimento ao paciente com procedimentos voltados para a continuidade de cuidados, dentro das linhas de cuidado instituídas.

Os manuais de normas, rotinas, procedimento operacional padrão (POP) e os Protocolos Clínicos, estarão documentados, atualizados e disponíveis para consulta do corpo clínico, sendo estes instrumentos submetidos à avaliação periódica por uma junta de profissionais, instituídos pela ocasião do processo.

Além do Programa de Educação Permanente, o corpo clínico contará com a formação de grupos de trabalho visando a melhoria de processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, estudo de casos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos colaterais em todos os segmentos da assistência médica. Também serão utilizados indicadores epidemiológicos para auxiliar no planejamento e na definição do modelo assistencial.

1.4.6.5 ATENDIMENTO MÉDICO (UNIDADE ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA)

As competências inerentes à prática clínica não são simplificadas para que atendam aos pressupostos da atenção básica, mas devem se articular com a determinação social da saúde. São atribuições do médico generalista, segundo o Anexo I da Portaria nº 648/GM:

- I - Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consultas clínicas e procedimentos na ESF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- III - Realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
- IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD.

1.4.6.6 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM (UNIDADE TRADICIONAL E ESF)

O serviço de Enfermagem compreende: gerenciamento, previsão, organização e administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes, de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.

As equipes contarão com número de profissionais adequado às necessidades de serviço de modo a assegurar a cobertura da assistência prestada conforme horário de funcionamento de cada unidade.

O serviço disponibilizará de Responsável Técnico; supervisão contínua e sistematizada por profissionais habilitados, nas diferentes áreas.

É de responsabilidade do enfermeiro:

- Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade Básica, levando em conta as reais necessidades de saúde da população atendida;
- Executar as ações de assistência integral a criança, mulher, adolescente, adulto e idoso;
- Aliar atuação clínica à prática de saúde coletiva;
- Realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional de Assistência Básica (NOAS) de 2002;
- Supervisionar e executar ações para capacitação dos técnicos de enfermagem, com vistas ao desempenho das funções.

O Regimento Interno de Enfermagem, Sistematização da Assistência e manuais de normas, rotinas e

procedimentos (POP), estarão documentados, atualizados e disponíveis para o corpo de enfermagem. O serviço disponibilizará de um programa de Educação Permanente e melhoria de processos, análise crítica dos casos atendidos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos indesejáveis.

Os procedimentos relativos à prescrição médica e de enfermagem e os controles pertinentes serão registrados no prontuário do paciente de forma completa, legível e devidamente identificado e assinado, contribuindo para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos.

O modelo assistencial será pautado no enfoque multiprofissional e interdisciplinar com foco na avaliação da qualidade da assistência e satisfação do usuário e a garantia do cuidado individualizado com segurança através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

1.4.6.7 ATENDIMENTO DENTISTA (UNIDADE TRADICIONAL E ESF)

O Profissional Dentista na Unidade Básica de Saúde e ESF, participa do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência, além disso tem a responsabilidade de:

- Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do plano de saúde municipal;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal.
- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adstrita.
- Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento.
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências.
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados.
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência.
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais.
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo Técnico de Saúde Bucal.

1.4.6.8 FARMÁCIA

A farmácia é a unidade de apoio de assistência técnico-administrativa, dirigida por profissional farmacêutico, integrada, funcionalmente e hierarquicamente, às atividades da unidade

A gestão é focada em prestar assistência farmacêutica com capacidade de formular, implementar e acompanhar o planejamento organizacional. Elaborar e revisar os Manuais de Procedimentos (POP), bem como protocolos clínicos, estatísticas e indicadores. Utilizar-se de estudos de fármaco-economia para apoiar o desempenho financeiro/orçamentário. Participar das comissões das unidades vinculadas à farmácia. Trabalha em consonância com o SCHI na normatização e dispensação do uso terapêutico e profilático de antibióticos.

O farmacêutico é o profissional responsável técnico do setor, sendo habilitado para acompanhar e orientar a equipe sobre todas ações e processos do ciclo de assistência farmacêutica (seleção, aquisição, recebimento, armazenamento, movimentação, distribuição, dispensação e organização dos medicamentos).

A implantação desse serviço, se dá a partir da análise de necessidade e adequação do espaço para atender as normas e legislação vigentes.

Algumas unidades de atenção primária do Município de Santo André, realizam a dispensa de medicamentos controlados e devem ser armazenados em local fechado e ventilado e seu controle ser através de livro de Psicotrópicos onde são anotados todos os medicamentos dispensados, relacionando o nome do paciente, nome do médico, data, horário, nome do medicamento, lote e validade.

São realizadas reuniões periódicas para discussão dos resultados obtidos em equipe multiprofissional.



1557

Seguem alguns protocolos que devem ser implantados para garantia da qualidade no controle e dispensação de medicamentos. Rotina de análise e gerenciamento de indicadores

- Rotina de protocolo de documentos
- Rotina de recebimento de prescrições médicas
- Rotina de triagem das prescrições médicas
- Dispensação de psicotrópicos
- Escrituração e controle de psicotrópico
- Dispensação de materiais
- Medicamentos e materiais do carrinho de parada
- Temperatura ambiente da unidade de farmácia
- Temperatura refrigerador
- Higienização de refrigeradores
- Caixa térmica para transporte
- Preparo e fracionamento de insumos farmacêuticos
- Higienização dos bins
- Fornecimento de medicamentos e insumos para as unidades
- Seguimento farmacoterapêutico
- Qualidade de materiais médico-hospitalares
- Controle de estoques

1.4.6.9 SAME - SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

O Conselho federal de Medicina na resolução nº 1.638/2002 define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É ainda instrumento para educação profissional e suporte legal quando questionamentos jurídicos e/ou processuais são feitos acerca de condutas multiprofissionais.

Atualmente a Policlínica Humaitá possui todos os setores de atendimento informatizados e os registros de atendimento ocorrem através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Neste são registradas as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa.

Na chegada do paciente à unidade, ele é atendido na recepção, onde ficha de atendimento é iniciada, sendo liberada para o consultório ou setor que realizará o atendimento. Ao final de cada atendimento, os registros são impressos, assinados e carimbados pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento e compõe o prontuário físico, organizados por ordem de número de prontuário.

Os prontuários são arquivados em local próprio dentro do serviço e com organização que permite integridade física, sigilo de seu conteúdo, além de seu levantamento de forma ágil quando solicitado.

Os prontuários permanecem em SAME local por período previamente definido

Quando solicitado, o SAME fornecerá cópia dos prontuários, respeitando a normatização estabelecida pela legislação vigente.

Será elaborado POP (Procedimento Operacional Padrão) com a padronização do registro das diferentes categorias profissionais no prontuário eletrônico, sistemática de impressão das fichas de atendimento, arquivamento do prontuário físico e sistemática de fornecimento de cópias do prontuário.

1.4.6.10 APOIO ADMINISTRATIVO

Para que ocorra qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos físicos, humanos e materiais adequados e valorize o vínculo afetivo como elo na relação usuário e trabalhador.

Considerando a importância do serviço das Unidades de Atenção Primária e sua especificidade a FUABC preconiza a necessidade de profissionais capacitados e experientes para a composição da equipe.

1.4.6.11 FATURAMENTO

É de responsabilidade da equipe e faturamento, faturar todos os atendimentos realizados pelos profissionais em sistema informatizados oficiais da Secretaria de Saúde de Santo André e do Ministério de Saúde, referente aos atendimentos prestados na unidade; emitir a produção ambulatorial de acordo com o preconizado pelo SUS; encaminhar os prontuários já faturados ao setor de Documentação e Pesquisa para arquivar.

v

ju

1.4.6.12 COMPRAS

O Departamento de Compras estará centralizado na Fundação do ABC, tendo por responsabilidade atender as demandas das unidades, garantindo o abastecimento, conforme previsto no Contrato de Gestão, em tempo hábil para atender as necessidades de desenvolvimento das atividades pertinentes ao funcionamento adequado do serviço da unidade.

As aquisições e contratações seguirão o Regulamento de Compras e Contratações de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC. O Regulamento pode ser consultado na íntegra no endereço eletrônico: <https://fuabc.org.br/portaldatransparencia/regulamento-de-compras-fundacao-do-abc/>.

1.4.6.13 SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO

O serviço assegura a limpeza e higienização das áreas críticas, semicríticas e não críticas da unidade de saúde, proporcionando o um ambiente seguro para a prática assistencial.

O serviço realiza a remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente organizacional, mediante a utilização de processo mecânico e químico. Segue normas técnicas para o tratamento e destinação dos resíduos coletados. Atua de forma conjunta com a Comissão de Controle de Infecção (CCI) e de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) para a elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção.

O serviço conta com utilização de manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, onde deverão constar os processos de trabalho, com fluxos de atividades diárias e higienização de todas as áreas da instituição. Apresenta sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos.

O serviço também deve:

- Planejar as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura.
- Cumprir os critérios e procedimentos de segurança de utilização de equipamentos e de materiais.
- Cumprir os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança.
- Cumprir as determinações do gerenciamento de resíduos.
- Realizar educação permanente
- Realizar higienização das unidades e limpeza das caixas d'água.

1.4.6.14 SERVIÇO DE CONTROLE DE PRAGAS URBANAS

As pragas Urbanas são animais que infestam ambientes podendo causar agravos à saúde e/ou prejuízos econômicos. Os Serviços de Controle de Pragas Urbanas são ações preventivas e corretivas destinadas a impedir que vetores e as pragas ambientais possam gerar problemas significativos aos colaboradores e pacientes da unidade de saúde.

O controle de pragas e de micro-organismos é realizado por empresas especializadas e deve seguir as normas estabelecidas pela ANVISA, constadas na RDC nº 52/2009. Dentre as exigências da ANVISA, destaca-se a obrigação da empresa que presta esse serviço de garantir o mínimo impacto ambiental, a saúde do consumidor e do aplicador dos desinfetantes domissanitários (inseticidas, rodenticidas e repelentes), que devem ser devidamente registrados no Ministério da Saúde, para controle de insetos, roedores e de outros animais, observadas as restrições de uso e segurança durante a sua aplicação e tendo um responsável técnico habilitado.

O controle de pragas em unidades de saúde deve ser monitorado e realizado frequentemente para evitar proliferação de insetos ou ratos no local. Esses animais podem ser importantes veiculadores de fungos e bactérias resistentes a vários antibióticos e, nos piores casos de infestação, podem resultar em infecções hospitalares de grande porte.

Um conjunto de situações favorece a entrada, instalação, reprodução e proliferação dessas pragas nas unidades de saúde:

- Elevado fluxo de pessoal (pacientes, visitantes, equipe de saúde, funcionários em geral);
- Entrada de alimentos e de materiais diversos, geralmente embalados em caixas de papelão, onde também muitas vezes são armazenados;
- Janelas e portas sem a devida proteção, ou permanentemente abertas;
- Práticas de alimentação inadequadas, com geração de resíduos mal acondicionados e em vários locais do hospital;
- Presença de goteiras, infiltrações, águas empoeiradas, além de tubulação de águas pluviais e bueiros mal conservados;



1559

- Má conservação ou manutenção de ralos permanentemente abertos;
- Déficit de manutenção de superfícies, com pintura danificada, frestas e rachaduras;
- Espelhos de interruptores e tomadas ausentes ou danificados;
- Manutenção inadequada de ambientes e compartimentos em geral (galerias, "shafts", caixas de força, depósitos, arquivos);
- Depósito de material, inservível ou não, de forma inadequada e desnecessária;
- Acondicionamento, transporte e destinação inadequados de resíduos;
- Limpeza ou higienização insuficientes;
- Proximidade de áreas verdes, com vegetação atrativa a insetos e outros animais.

Todos os procedimentos operacionais devem ser realizados por profissionais treinados e uniformizados, com equipamentos de segurança adequados. O agendamento da desinsetização (dedetização) é necessário para garantir o isolamento do local, evitando contaminação de funcionários e pacientes.

Certas medidas devem ser tomadas a fim de garantir a segurança de todas as pessoas envolvidas ativamente no processo:

- Ações de controle químico devem ser do conhecimento da Coordenação/gerência da unidade, que por sua vez informará aos setores/unidades o horário e os locais a serem desinsetizados e ou desratizados.
- Seguir sempre orientações de responsável técnico legalmente habilitado, disponibilizado por meio do contrato com empresa de limpeza e higienização, que definirá o melhor produto dentro do princípio de evitar qualquer dano à saúde das pessoas, usuários ou profissionais.
- Qualquer ação de controle químico deve estar respaldada em normas e rotinas técnicas, inclusive consultando a Gerência de Controle de Zoonose em caso de dúvidas.
- É indispensável a prescrição do produto em formulário próprio com o devido detalhamento do processo de aplicação pelo referido responsável técnico.
- O profissional que faz a preparação e a aplicação do produto deve estar habilitado por meio de treinamentos e certificações legalmente definidas. Os produtos devem ser manipulados e/ou aplicados com uso de equipamentos de proteção individual adequados para o processo químico empregado.

Deverá ser realizada uma avaliação prévia, que determinará as pragas a serem controladas, bem como o trabalho a ser realizado, os produtos a serem empregados e os métodos de aplicação a serem utilizados.

Na execução do serviço de desinsetização e descupinização, a Empresa Controladora de Vetores e Pragas Urbanas deverá adotar as medidas necessárias para minimizar o impacto ambiental, considerando:

- Áreas de preservação ambiental;
- Áreas de mananciais;
- Áreas onde há tratamento de esgoto individual, utilizando fossas sépticas.

1.4.6.15 SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO

As Unidades de Atenção Primária possuem destinado a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e insumos que se fizerem necessários, para realização de procedimentos.

O Serviço contará com protocolos e manuais, obedecendo a fiscalização sanitária do município e indicações dos fabricantes dos materiais, no tocante a eliminar qualquer risco de infecção cruzada, garantindo assim a segurança total na assistência aos pacientes que necessitarem de procedimentos invasivos ou não.

A área física da CME deve permitir o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

Dispor de área de circulação restrita, sob supervisão de um responsável técnico, contar com pessoal habilitado para realizar o preparo e a esterilização de todos os materiais, contar com equipamentos correspondentes ao modelo assistencial e a complexidade da unidade de saúde, sendo realizado controle biológico dos processos.

Os colaboradores devem trabalhar de forma uniformizada, seguindo normativas estabelecidas buscando qualificar os processos, voltados para a continuidade de cuidados e seguimento de casos e assim aprimorar os serviços fornecidos aos clientes/pacientes.

✓



São utilizados manuais de normas, rotinas e procedimentos (POP) documentados, atualizados e disponíveis, voltados para orientação dos processos, sendo estabelecidos através desses o fluxo do processo de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, monitoramento e registros de controle do ciclo de esterilização por lotes, sistema de controle de estoque ou inventário de materiais, dentre outros processos. Também possui estatísticas básicas e indicadores de desempenho que permitem aferição de resultados e melhoria de processos.

O serviço apresenta sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos, concorre a manutenção preventiva dos equipamentos contemplada conforme definição contratual.

O serviço deverá ainda:

- Cumprir os critérios e procedimentos de segurança para a utilização de equipamentos;
- Cumprir os critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais;
- Cumprir com os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança;
- Cumprir com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos;
- Documentar o processo de esterilização de forma a garantir a rastreabilidade de cada lote processado;
- Dispor de procedimento para o transporte seguro de instrumental e material médico.

1.4.6.16 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Atividades destinadas à gestão do parque tecnológico da unidade durante o seu ciclo de vida. Contempla o planejamento, especificação, seleção, recebimento, teste de aceitação, capacitação, instalação, operação, manutenção e desativação de equipamentos de suporte para assistência.

A Engenharia Clínica é o setor responsável pela gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas. Esses equipamentos terão um cronograma de manutenção preventiva e um plano de ação para manutenção corretiva.

A manutenção tem como objetivo reduzir paradas de equipamentos, aumento da vida útil, desempenho, segurança e conseqüentemente a redução de custo referente a uma manutenção corretiva imediata e sem programação.

A manutenção preventiva consiste em visitas programadas de técnicos para manter os equipamentos dentro das condições de utilização, com o objetivo de reduzir as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgastes de seus componentes de acordo com o Manual do Fabricante e suas especificações.

A manutenção corretiva tem por finalidade corrigir falhas e defeitos no funcionamento dos equipamentos, bem como testes e calibrações após reparos para garantir o perfeito funcionamento do equipamento, garantindo assim qualidade na assistência ao paciente da unidade.

1.4.6.17 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL PREVENTIVA E CORRETIVA

O serviço de manutenção predial planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos (não médicos).

A manutenção corretiva, é realizada após a ocorrência de uma pane / danificado, a fim de retomar as condições requeridas, ou seja, o reparo após apresentar algum defeito. A manutenção preventiva, é definida como a manutenção efetuada em intervalos predeterminados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou degradação do funcionamento de um determinado item.

O serviço dentro da unidade de saúde contempla a manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, como elevadores, rede de gases, rede de lógica, rede elétrica e eletro, calhas, geradores e cabines primárias, sistema de combate a incêndio, rede de água e esgoto, sistema de aquecimento de água, e demais equipamentos e redes inseridos na unidade.

Toda unidade de saúde necessita de manutenção, então, para que isso aconteça regularmente, é imprescindível o desenvolvimento de um plano de manutenção, o que traz muitos benefícios para a operação da unidade, como por exemplo: aumento na produtividade, redução de custo, vida útil do aparelho/mobiliário, menor riscos de acidente e otimização do processo de manutenção.

Este serviço caracteriza-se pela realização da manutenção e prevenção de todos os sistemas existentes de modo a garantir seu perfeito funcionamento e operação.

1.4.6.18 GESTÃO DE INFORMAÇÃO

Uma política de gestão da informação pode ser definida como todos os processos utilizados pela unidade para manter seus dados bem organizados. Isso inclui rotinas de processamento,



armazenamento, classificação, identificação e compartilhamento de registros, sejam eles digitais ou físicos.

O principal objetivo de uma política de gestão da informação é garantir que todos os dados cheguem às pessoas certas sem que ocorram erros ou problemas de integridade. Portanto, ela deve incluir documentos eletrônicos (ficha do paciente, resultado de exames laboratoriais e etc.) e físicos (como prontuários, receitas e etc.).

É de responsabilidade da gestão de Informação manter controle operacional de todos os equipamentos de informática instalados nos diversos setores da unidade. Oferecer suporte a todos os usuários de todos os aplicativos instalados na unidade; administrar a rede de informação para obter pleno funcionamento, controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais; realizar back-up diário das informações com guarda interna e externa das informações; controlar e implantar pontos de rede; manter-se atualizado para que possa inovar constantemente os serviços; cuidar do treinamento dos usuários dos sistemas operacionais; gerenciar a proteção contra acessos indevidos aos dados constantes do servidor.

A Gestão de Informação deve realizar o planejamento e gerenciamento da estrutura físico-funcional, das instalações, equipamentos integração com a monitoração do ambiente tecnológico (servidores, armazenamento e rede de comunicação). A gestão deve abranger os processos de comissionamento infraestrutura tecnológica e tecnologia, seguindo com os aspectos gerenciais da operação, a gestão da comunicação e os aspectos de segurança, de saúde e ambientais.

O serviço deverá ainda:

- Dispor de plano de contingência para atender a situação de emergência.
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de informática.
- Estabelecer mecanismo e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura e realização de backup.
- Estabelecer sistemática para qualificar e testar os sistemas de informática e software antes de entrar em uso, periodicamente.
- Capacitar os usuários periodicamente para utilização correta dos sistemas de informática e softwares.
- Identificar, planejar e implementar ações para aquisição, manutenção e atualização de software e hardwares, com a participação da equipe multidisciplinar.
- Estabelecer plano de contingência para recuperação de dados dos sistemas de informação
- Estabelecer critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias

1.4.6.19 SERVIÇOS DE APOIO E DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico é uma modalidade de prestação de serviços que auxilia o diagnóstico clínico ou realiza procedimentos terapêuticos através de exames complementares, sejam exames laboratoriais como exames de imagem. Tais exames são demandados por profissionais da saúde de acordo com a sua especificidade.

Na Rede de Atenção Básica, o serviço é ofertado de acordo com os grupos a seguir.

A) EXAMES LABORATORIAIS

As análises clínicas são um conjunto de exames com a finalidade de verificar o estado de saúde de um paciente ou investigar doenças, como os chamados exames de rotina, check-ups, dentre outros.

A análise é feita através do estudo de material biológico colhido do paciente, como por exemplo, sangue, urina, saliva, fezes, esperma, fragmentos de tecido, líquido sinovial, pleural, líquido cefalorraquidiano, pus, etc. A coleta pode ser feita no próprio laboratório onde são feitas as análises ou em locais como um hospital, clínica, postos de coleta ou até mesmo no domicílio e local de trabalho do paciente.

Os laboratórios de análises clínicas estudam cada uma dessas amostras em setores específicos, conforme o composto bioquímico ou suspeita clínica que se pretende investigar. Alguns exemplos de setores são:

- hematologia;
- bioquímica;
- imunologia;
- uroanálise;
- microbiologia e
- parasitologia.

Em um laboratório de análises clínicas, a garantia da qualidade é alcançada tendo-se total e absoluto



1562

controle sobre todas as etapas do processo, o qual pode ser denominado de realizar exame, compreendendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica.

A gestão da qualidade, abrange as ações utilizadas para produzir, dirigir e controlar a qualidade da empresa de laboratório, incluindo a determinação de uma política e de objetivos da qualidade, com o uso de indicadores e metas. A garantia da qualidade de todas as fases pode ser conseguida por meio da padronização de cada uma das atividades envolvidas, desde o atendimento ao paciente até a liberação do laudo. Todas essas atividades no laboratório devem ser documentadas por meio de procedimentos operacionais padrão (POP), que devem estar sempre acessíveis aos funcionários envolvidos nas atividades.

B) ELETROCARDIOGRAMA

O Eletrocardiograma (ECG) é uma das principais ferramentas para detecção do infarto agudo do miocárdio. Objetivando aperfeiçoar a qualidade do atendimento aos pacientes com queixa de dor torácica e uniformizar as condutas diagnósticas e terapêuticas a FUABC atua frequentemente nos fluxos de atendimento, a fim de priorizar os protocolos pensando na agilidade dos casos mais graves. O ECG apoia tanto a equipe médica como equipe de enfermagem para priorizar os casos de dor torácica.

RESPONSABILIDADES DA FUNDAÇÃO DO ABC

A Fundação do ABC atuará de forma complementar nos serviços e programas da Rede de Atenção Básica elencados acima, por meio da contratação de recursos humanos para o desenvolvimento das ações, bem como disponibilização e manutenção de equipamentos e limpeza das Unidades visando ao pleno funcionamento das atividades, conforme diretrizes da Secretaria de Saúde. Além de eventuais aquisições de material de consumo (escritório, médico, hospitalar e enfermagem) e permanentes (escritório, médico, hospitalar) necessários à realização das ações de assistência à saúde.

2. REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde (SUS) tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, é realizada por meio de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno.

É caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada.

A atenção especializada é o segundo nível de acesso dos cidadãos à assistência e atua como referência e consultora da Atenção Básica. A população alvo da atenção especializada é formada por pessoas que apresentam, naquele instante, a necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos que na Atenção Básica e cuja atenção deve ser qualificada, a fim de atender e resolver os principais problemas demandados pelos serviços de saúde da população.

A atenção de média complexidade compreende um conjunto de ações e serviços especializados que visa atender tanto a demanda referenciada pela Atenção Primária como também a demanda contra referenciada pela atenção terciária utilizando recursos tecnológicos diferenciados para apoio diagnóstico e terapêutico, garantindo a assistência adequada.

A Secretaria da Saúde oferece serviços especializados em unidades próprias, conveniadas, contratadas e os disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde (AMES e hospitais regionais) que, no entanto, ainda são insuficientes.

A área de atenção especializada é fundamental para, junto com a atenção básica e a atenção hospitalar, promover a integralidade do cuidado. Na perspectiva de garantir a integralidade, a rede especializada é formada por serviços próprios do município e contratados, que funcionam com porta regulada a partir das necessidades sentidas em outros pontos do sistema.

O apoio matricial e clínico também é um importante dispositivo no município de Santo André oferecendo integralidade do cuidado, desenvolvido pela atenção especializada, que amplia o conhecimento dos profissionais para apoiar a qualificação do cuidado.

A rede da Coordenadoria da Atenção Especialidades é composta pelas Especialidades: acupuntura, alergia e imunologia, cardiologia, cardiologia infantil, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia (adulto e infantil), gastroenterologia (adulto e infantil), geriatria, hematologia (adulto e infantil), hematologia infantil, mastologia, nefrologia (adulto e infantil), neurologia (adulto e infantil), oftalmologia

V
Jm



1563

(adulto e infantil), ortopedia (adulto e infantil) otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia, tisiologia, urologia, osteoporose, patologia do trato gênito inferior e cirurgias ginecológicas. Contam ainda com atendimento de fonaudiologia, psicologia infantil e adolescente, serviço social e enfermagem. Realizam exames de apoio diagnóstico como audiometria, radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, coloscopia e prova de punção pulmonar.

Toma-se um desafio para essa gestão qualificar e ampliar o acesso às consultas especializadas bem como aos exames, diminuindo o tempo de espera, e qualificando o suporte de apoio diagnóstico à rede de atenção primária. Além disso, é preciso racionalizar e organizar o atendimento especializado, o que pressupõe um sistema de regulação, com vistas à garantia de acesso de acordo com critério de risco/necessidade, obedecendo ao princípio da equidade e garantindo um sistema de referência e contrarreferência acompanhados de protocolos.

2.1 OBJETO DETALHADO DA ÁREA

As ações e serviços de saúde a serem executados nas unidades, são descritas sucintamente, segundo redes de atenção e linhas de cuidado descritas abaixo:

2.2 CENTROS MÉDICOS DE ESPECIALIDADES – CME

Os CME constituem espaços de cuidado especializado, integrado à rede de atenção à saúde. Atuam como apoio especializado, complementando as ações da Atenção Básica em Saúde. Oferecem consultas especializadas médicas e não-médicas, pequenos procedimentos cirúrgicos

O Município de Santo André conta com 4 Centros Médicos de Especialidades que oferecem consultas especializadas nas seguintes áreas: cardiologia, cirurgia pediátrica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, hematologia infantil, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia, urologia e doenças de agravos crônicos transmissíveis (infectologia), entre outras especificadas adiante. Contam ainda com atendimento de enfermagem e realizam exames e apoio diagnóstico como eletrocardiograma, coloscopia e prova de função pulmonar.

2.2.1 UNIDADES CENTROS MÉDICOS DE ESPECIALIDADES NO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ

NOME DAS UNIDADES	LOGRADOURO	N.º	BAIRRO
Centro Médico de Especialidades em Infectologia	R. Paulo Novais	501	Vila Vitória
Centro Médico de Especialidades Joaquim Távora	Rua Joaquim Távora, 134	220	Vila Assunção
Centro Médico de Especialidades Xavier de Toledo	R. Xavier de Toledo	517	Centro
Centro Médico de Especialidades Apeninos-CHM	Trav. Apeninos	s/nº	Vila Assunção
CER IV - Centro Especializado em Reabilitação	Rua Vitória Regia	940	Campestre

2.2.2 CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES EM INFECTOLOGIA

Referência em Assistência, Ensino e Pesquisa em Infectologia que se destina ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, hepatites virais crônicas e outras doenças infecciosas referenciadas pela rede de saúde. Realiza também atendimento de PEP – Profilaxia Pós Exposição em casos de acidentes ocupacionais com material biológico, violência sexual e de exposições sexuais ocasionais sem proteção, para profilaxia do HIV, atendimento de PREP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, além de ser referência para a realização de prova tuberculínica, tratamento da infecção latente de tuberculose, atendimento de casos de tuberculose extrapulmonar, além de ser referência assistencial para casos de violência sexual em crianças, adolescentes e adultos. O Laboratório de Saúde Pública, parte desse serviço embora em outro endereço, dedica-se a apoiar o diagnóstico de tuberculose.

Todo o trabalho do Centro Médico de Especializado – (CME) em Infectologia é pautado por orientações técnicas do PACT – Programa de Controle dos Agravos Crônicos Transmissíveis, as quais são elaboradas considerando as diretrizes do Programa Estadual de IST/HIV/Aids e do DCCI – Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções / MS e, em consonância com as diretrizes do SUS.

O CME Infectologia, juntamente com o PACT, também é responsável pela capacitação dos profissionais da rede de saúde e parceiros institucionais em manejo do HIV/Aids, hepatites virais, Sífilis e outras DST, manejo da tuberculose e demais agravos infecciosos, além da capacitação de profissionais de saúde para realização de teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

O CME Infectologia também integra o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviço que objetiva promover o acesso ao aconselhamento, diagnóstico do HIV, sífilis e Hepatites B e C, favorecendo seguimentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade com respeito aos



direitos humanos e a integralidade da ação sem restrição de territorialidade para o município e entorno. O CME em Infectologia é a única unidade da Atenção Especializada que funciona sem regulação de vaga, tendo em vista a promoção de acesso rápido à testagem e diagnóstico, à assistência e tratamento, por serem infecções transmissíveis e que devem ter rápido acolhimento para interrupção da cadeia de transmissão. O horário de funcionamento é das 07 às 17hs.

2.2.3CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES JOAQUIM TÁVORA

O CME Joaquim Távora tem horário de funcionamento das 07 às 21 horas. Atualmente, atende as especialidades de: alergologia, cardiologia, dermatologia (hanseníase), hematologia adulto, nefrologia, ginecologia (colposcopia e PTGI - exame para biópsia do trato genital inferior), neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, proctologia, psiquiatria e reumatologia. A unidade atende essencialmente usuários adultos

2.2.4CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES XAVIER DE TOLEDO

O CME Xavier de Toledo funciona das 07 às 21 horas e tem no seu escopo um ambulatório para crianças e adolescentes. Atende nas especialidades: gastroenterologia adulto/infantil, otorrinolaringologia, dermatologia, pneumologia adulto e infantil, nutrologia, nutrição, endocrinologia, cardiologia infantil, reumatologia infantil, neurologia infantil, hematologia infantil, nefrologia infantil.

2.2.4.1PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENIASE

As ações para diagnóstico e tratamento da hanseníase em Santo André são realizadas em parceria com a Faculdade de Medicina da FU ABC - disciplina de Dermatologia.

Referências para diagnóstico e tratamento:

- **Cento de Especialidades;**
- **Centro de Saúde Escola Parque Capuava;**
- **Ambulatório de Dermatologia da Fundação ABC.**

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria (bacilo de Hansen) que compromete principalmente a pele e os nervos, deixando sequelas se não for tratada precocemente.

Quando diagnosticada e tratada tardiamente pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, não só pelas lesões que os incapacitam fisicamente, mas pelas repercussões psicossociais, em decorrência de preconceitos, medos e rejeições por parte da sociedade.

As ações preventivas, promocionais e curativas que vêm sendo realizadas com sucesso pelas equipes de Saúde da Família e da Atenção Especializada, já evidenciam um forte comprometimento com os profissionais de toda a equipe, às questões complexas que envolvem a hanseníase.

Este comprometimento, no entanto, exige que a população seja informada sobre os sinais e sintomas da doença, que tenha acesso fácil ao diagnóstico e tratamento e que os portadores de hanseníase possam ser orientados e amparados juntamente com a sua família durante todo o processo de cura. Exige, assim, profissionais de saúde capacitados para lidar com todos esses aspectos.

Os avanços da medicina na luta contra esta enfermidade vem sendo aplicado com sucesso desde a década de 80. O tratamento, hoje instituído em todo país gratuitamente nos serviços públicos de saúde, é simples e eficaz, levando a cura dos pacientes e interrompendo a cadeia de transmissão da doença assim que iniciada a primeira dose.

O tratamento da Hanseníase é realizado nos Serviços de Saúde da rede municipal, gratuitamente, e sem necessidade de internação.

Os pacientes em tratamento, podem conviver normalmente com sua família, seus colegas de trabalho e amigos, enfim permanecerem na sociedade sem nenhuma restrição.

O tratamento é realizado em regime ambulatorial, independente da classificação da hanseníase, nas unidades básicas de saúde, ou ainda, desde que notificados e seguidos todas as ações de vigilância, em serviços especializados. As complicações são tratadas nos hospitais.

Após eventual necessidade de hospitalização, o doente deverá continuar o seu tratamento em regime ambulatorial, em sua unidade de saúde de origem.

A vigilância epidemiológica envolve a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A produção e a divulgação das informações subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções e embasam o planejamento de ações e recomendações a serem implementadas.

A descoberta do caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento).

A Ficha de Notificação/Investigação do SINAN deve ser preenchida por profissionais das unidades de

saúde onde o(a) paciente foi diagnosticado(a), na semana epidemiológica do diagnóstico. A notificação é enviada ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário.

Para os serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar devem ser referenciados os casos suspeitos de comprometimento neural sem lesão cutânea, por serem de diagnóstico e/ou classificação mais difícil. Recomenda-se que nesses serviços de saúde os indivíduos sejam novamente submetidos ao exame dermatoneurológico e a exames complementares que incluem a baciloscopia, a histopatologia (cutânea ou de nervo periférico sensitivo), os eletrofisiológicos e, se necessário, sejam submetidos a outros exames mais complexos para identificar o comprometimento cutâneo ou neural discreto, à avaliação por ortopedista, ao neurologista e a outros especialistas para diagnóstico diferencial de outras neuropatias periféricas. Dessa forma, os casos que apresentarem mais de um nervo comprometido, desde que devidamente documentado pela perda ou diminuição de sensibilidade nos respectivos territórios, a unidade de referência deverá tratar, independentemente da situação de envolvimento cutâneo.

O paciente é avaliado a cada 28 dias. Nessas consultas o paciente toma a dose supervisionada da medicação de controle e recebe a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio.

Nessa oportunidade além de avaliar o doente, a equipe faz orientações e esclarece dúvidas. Além disso, reforçar a importância do exame dos contatos, com agendamento do exame clínico e vacinação. O paciente que não comparecer à dose supervisionada deve ser visitado no domicílio, no máximo em até 30 dias, buscando-se continuar o tratamento e evitar o abandono. No retorno para tomar a dose supervisionada, o(a) paciente deve ser submetido(a) à consulta por médico(a) e/ou enfermeiro(a) responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico. Essa medida visa identificar reações hansênicas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural. Em caso de reações ou outras intercorrências, realizar o seguimento na referência.

Para atenção integral à pessoa com hanseníase e suas complicações ou sequelas, os serviços com incorporação de tecnologias diferenciadas na rede de saúde, deve-se estruturar, organizar e oficializar as referências municipais, estaduais e regionais e o sistema de contrarreferência, conforme as políticas vigentes do SUS, definidas por meio de pactuações do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) e das Comissões Bipartites e Tripartites, que estabelecem as atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades.

Na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta, o caso deve ser encaminhado para os serviços de referência. Após agendamento prévio na unidade de referência, o paciente deverá estar acompanhado de formulário contendo todas as informações necessárias ao atendimento (motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, resultados de exames realizados, diagnóstico, evolução clínica, esquema terapêutico e dose a que o paciente está submetido, entre outras). Do mesmo modo, a contrarreferência deve ser acompanhada de formulário próprio, contendo informações detalhadas a respeito do atendimento prestado, condutas e orientações para o seguimento do doente no estabelecimento de origem. Diante da necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico, o paciente de hanseníase ou seus familiares devem ser encaminhados para acompanhamento em saúde mental, em serviço de referência.

A vigilância epidemiológica da hanseníase é realizada através de um conjunto de atividades que fornecem informações sobre a doença e sobre o seu comportamento epidemiológico, com a finalidade de recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da hanseníase. Visa, também, divulgar informações sobre a doença e sobre as atividades de controle realizadas, tanto para os responsáveis por essas atividades, como para a população em geral.

As atividades de controle da hanseníase são: a descoberta precoce de todos os casos de hanseníase existentes na comunidade e o seu tratamento.

O objetivo dessas atividades é controlar a doença, reduzindo a sua prevalência, a menos de um caso em 10.000 habitantes, quebrando assim a cadeia epidemiológica da doença e a produção de novos casos.

A detecção precoce de casos é uma medida importante para prevenir as incapacidades causadas pela doença e para controlar os focos de infecção, contribuindo para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

O tratamento integral da hanseníase, como visto anteriormente, é constituído pelo:

- a) Tratamento PQT (Tratamento Poliquimioterápico) que toma o bacilo inviável, isto é, incapaz de contaminar outras pessoas, previne as incapacidades e deformidades provocadas pela doença e cura o doente;



- b) Acompanhamento do caso, visa diagnosticar e tratar precocemente as neurites, os efeitos colaterais dos medicamentos e os estados reacionais da doença, bem como manter a regularidade do tratamento para que o paciente possa ter alta no tempo previsto; e
- c) Prevenção de incapacidades, através de técnicas simples e de orientação ao paciente para a realização de autocuidados.

2.5 CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES APENINOS - CHM

O CME Apeninos, em anexo ao Centro Hospitalar Municipal, funciona das 07 às 17hs e atende as especialidades: ortopedia geral, ortopedia trauma, ortopedia enfermagem, urologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia plástica, cardiologia (avaliação pré-operatória), anestesia, cirurgia geral, proctologia, vascular, cirurgia torácica, oncologia clínica, oncologia ginecológica, neurocirurgia, bucomaxilo, dermatologia procedimento, núcleo de obesidade (nutrição, psicologia e serviço social) e ambulatório de anticoagulação.

Este ambulatório presta serviços aos pacientes pré e pós operatório das cirurgias do CHM que envolvem em parte de seus procedimentos, necessidades de recursos hospitalares.

2.6 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde. A habilitação e reabilitação visam garantir o desenvolvimento de habilidades funcionais das pessoas com deficiência para promover sua autonomia e independência;

Em consonância às Portarias e instrumentos tais como, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2019 a Prefeitura de Santo André inaugurou o Centro Especializado em Reabilitação tipo IV (CER IV), que atende pacientes com deficiência física, visual, intelectual e auditiva, esta proposta prioriza ações, a atenção integral e equânime para este público que se reflete no CER tipo IV que funciona das 07 às 18hs e tem previsto em seu corpo clínico profissionais das áreas de: fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, serviço social, orientador de mobilidade, psicopedagogo, além de médicos nas áreas de ortopedia, neurologia, fisioterapia, psiquiatria, oftalmologia e otorinolaringologia; atuando de forma interdisciplinar a fim de habilitar/reabilitar o indivíduo para a realização das funcionalidades humanas. Desenvolve o cuidado de acordo com a Política Nacional de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência, como um ponto da rede, articulado aos demais níveis de atenção. O serviço está dividido em áreas de cuidado sendo elas: reabilitação para quadros neurológicos, ortopédicos e traumatológicos, reabilitação intelectual, reabilitação auditiva, reabilitação visual, fisioterapia respiratória e prescrição/dispensação de Órteses Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção que são dispensadas hoje pelo prestador regional localizado no município de Ribeirão Pires - APRAESP - Associação de Prevenção, Atendimento Especializado e Inclusão da Pessoa com Deficiência de Ribeirão Pires - que tem por objetivo Atendimento qualificado em áreas de atuação variadas é o que faz da APRAESP, o maior Centro de Reabilitação do Grande ABC. São mais de duas mil pessoas beneficiadas diariamente, 311 funcionários atuando em cinco unidades, ao longo de 52 anos de trabalho. A Instituição se expandiu e se modernizou. Hoje sua atuação se divide em três eixos: Saúde, Educação e Assistência Social.

2.6.1 ATIVIDADES TÉCNICAS PREVISTAS NO CER IV

A) Atendimento Individual Interdisciplinar

- **Acolhimento Inicial** – realizada por equipe multidisciplinar, com enfoque interdisciplinar no usuário e família. Consiste em entrevista, avaliação das potencialidades e necessidades do usuário, orientações e encaminhamentos internos e externos. É a avaliação inicial que discrimina pontos importantes para a construção do plano terapêutico de cada usuário no seu processo de reabilitação, ressaltando que esta construção é conjunta, unindo expectativas do usuário, competência técnica de cada profissional inserido, e reais possibilidades do usuário.
- **Avaliação Domiciliar** – indicada ao usuário com dificuldade/impossibilidade de acesso ao Centro de Reabilitação para avaliação e indicação de órtese, prótese ou meios auxiliares de locomoção, de forma, a garantir, dentro de suas possibilidades, autonomia e independência.
- **Concessão de equipamento assistivo (Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção)** – Dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção indicadas pela equipe multi e interdisciplinar, em complementação o processo de reabilitação.
- **Planejamento Terapêutico** – referente à construção, conjunta, com protagonismo do usuário, de estratégias terapêuticas, após avaliação dos profissionais, visando a melhor evolução do



1567

processo de reabilitação do usuário.

- **Acompanhamento Sistemático** – realizado por equipe multi e interdisciplinar, com o objetivo de desenvolver o cuidado integral, por meio de ações que promovam o desenvolvimento funcional, nos aspectos motores, cognitivos, sócio afetivo e da comunicação. Inclui o trabalho das AIVD (Atividade Instrumentais da Vida Diária).
- **Equoterapia** – Dispositivo de auxílio ao processo de reabilitação, utilizando o cavalo como principal agente de mudança.
- **Hidroterapia** – Fisioterapia em meio aquático, associa grandezas hidrostáticas e hidrodinâmicas com aplicação de calor de forma contínua e global, atingindo vasto efeito terapêutico.
- **Reavaliação do processo de reabilitação** – avaliação das evoluções ou modificações das intervenções realizadas pela equipe.
- **Alta da reabilitação** – a alta é um processo importante da reabilitação que deve ser trabalhada desde a entrada do usuário no centro. Refere-se a busca de estratégias de desligamento do usuário na Unidade quando os objetivos terapêuticos foram alcançados, ofertando, no entanto, outras formas de inserção na Rede e fora dela como Atenção Básica, participação em atividades nas comunidades, trabalho etc. Também pode ocorrer alta por abandono no tratamento.
- **Encaminhamentos** – consiste na complementação de atendimentos (referência e contra-referência).
- **Estudo de caso** – discussão dos profissionais envolvidos no acompanhamento e também com outros atores que se façam necessários.

O atendimento interdisciplinar configura-se em um modelo de atendimento fundamental para a eficácia do processo de reabilitação, pois, na atuação conjunta dos profissionais, permite ao usuário, um cuidado integral que se complementa e se especifica ao mesmo tempo, otimizando o tempo do atendimento, aumentando a resolutividade e possibilitando melhores estratégias para o desenvolvimento do plano terapêutico proposto.

B) Atendimento em grupo

- **Planejamento Terapêutico** – é a construção de estratégias terapêuticas, de acordo com a necessidade de cada grupo, com o objetivo de desenvolver os aspectos sócio afetivos, funcionais e cognitivos.
- **Educação em Saúde** – são discussões de temas selecionados previamente com a equipe, usuários e/ou família, de forma a promover informação e orientação sobre assuntos diversos de interesse.
- **Grupo Terapêutico** – são atividades de escuta e devolutivas terapêuticas sobre temas abordados no grupo, com objetivos terapêuticos, previamente, estabelecidos.
- **Acompanhamento em Grupo Semanal** – proposta, específica de reinserção social, com intervenções planejadas pela equipe, com a participação dos usuários.
- **Atividade Externa** – realizadas mensalmente, como uma estratégia terapêutica, no processo de reabilitação, reconhecendo o usuário como um sujeito de direito ao lazer, arte, cultura e educação. Tem como objetivo estimular a participação, convivência e promover visibilidade social da pessoa com deficiência, trabalhando a quebra de preconceitos, mitos e tabus. O Trabalho consiste em ir à lugares públicos e privados, tais como: parques, cinema, shoppings, supermercados e outros do cotidiano.
- **Oficina Terapêutica** – atividade de produções, adaptadas conforme a necessidade de cada usuário, com o objetivo de aprimorar a independência e autonomia.
- **Atividade da Vida Diária (AVD)** – atividade que acontece num local adequado, adaptado e replicado conforme a vida real (uma casa) e onde o usuário aprende e/ou reaprende a realizar atividades da vida diária, adequando-se às suas limitações.

As prioridades referentes ao serviço, ou seja, os casos que necessitam de atenção especial, sendo encaminhados com maior brevidade são:

- RN de alto risco ou com deficiência estabelecida;
- Crianças com deficiência;
- Intervenção em casos pós-alta hospitalar;
- AVE e TCE até 1 (um) ano após o evento;
- Pós-operatório recentes, até 6 (seis) meses;
- Pessoas com deficiência que requerem recursos e dispositivos de tecnologia assistida;



- Pessoas com deficiência intelectual que requerem a estratégia do APD para o cuidado em saúde;
- Casos crônicos agudizados.

C) Acolhimento ao recém-nascido de alto risco

O atendimento ao recém-nascido (RN) de alto risco deve ser priorizado, para que seja realizada a avaliação das necessidades de cada caso e iniciado a terapêutica o mais rápido possível.

Os riscos são estratificados em três categorias: habitual, intermediário e alto risco. Este último é considerado na presença de fatores, como prematuridade, asfixia grave (Apgar menor que 7, no quinto minuto de vida), baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados intrauterino, presença de doenças. Deste modo, quando o bebê possui algum fator de risco, gera-se desconforto à família diante do desconhecido, que, na maioria das vezes, sentem-se despreparados e vulneráveis a erros. O medo e a dificuldade em lidar com situação diferente da esperada refletem na segurança emocional da mãe e de outros familiares, o que resulta na necessidade de acolhimento e amparo por profissionais de saúde habilitados. A assistência oferecida pelos profissionais do serviço de reabilitação, por meio do acolhimento, contribui para satisfação e confiança dos cuidadores.

Os RN's de alto risco, são denominados deste modo, porque podem apresentar atrasos significativos em dimensões importantes do desenvolvimento neuropsicomotor. Quando isto ocorre, é necessária a intervenção precoce de equipe especializada, atuando o mais cedo possível na aquisição e desenvolvimento das habilidades motoras, sensoriais, cognitivas e sociais, minimizando possíveis prejuízos ou limitações futuras.

Casos de RN de alto risco que necessitam de atendimento compartilhado com o CER IV, na Faixa etária de 0 a 2 anos:

- Prematuridade menor ou igual a 36 semanas;
- Encefalopatia hipóxico isquêmica moderada e grave e/ou APGAR menor ou igual a 06 no 5º minuto;
- Permanência na UTI por mais de 05 dias;
- Ventilação extracorpórea ou assistida;
- Hemorragia ventricular;
- Paralisia cerebral;
- Alterações auditivas/visuais;
- Muito baixo peso (menor ou igual a 1500g);
- Malformação congênitas do Sistema Nervoso Central (microcefalia, hidrocefalia e outras);
- Infecção congênita (sífilis, rubéola, Zika, HIV e outras);
- Infecções adquiridas (meningites, sepse e outras);
- Síndrome genética (Down, X-frágil e outras);
- Demais quadros ou situações em que a equipe de referência tenha identificado um possível atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

D) Atendimento à pessoa com deficiência intelectual

A deficiência intelectual compromete o funcionamento do intelecto significativamente e traz limitações associadas às áreas de habilidades adaptativas, tais como: a comunicação; o cuidado pessoal; as habilidades sociais; a saúde; a segurança, entre outras.

- Quando você estiver atendendo alguém com capacidades intelectuais limitadas, seja paciente. Dê tempo a ele para processar o que você disser e responder. Você deve utilizar frases curtas e simples. Se você estiver em uma área com muita gente e várias distrações, considere mudar o atendimento para um local tranquilo.
- Proceda com naturalidade ao dirigir-se a uma pessoa com deficiência intelectual.
- Se um adulto tem uma deficiência intelectual, trate-o como um adulto. Cumprimente e despeça-se normalmente, como faria com qualquer pessoa, mas não superproteja. Deixe que ela faça ou tente fazer sozinha tudo o que puder. Ajude apenas quando for realmente necessário. As pessoas com deficiência intelectual podem levar mais tempo em algumas ações.

"A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para casar-se e constituir união estável" (artigo 6º da Lei 13.146/2015 (LBI)). Não cabe, portanto, aos cartorários deliberarem sobre o que as pessoas podem ou não fazer, se dotadas de plena capacidade.



E) Acolhimento para Deficiência intelectual/ desenvolvimento e Transtorno do espectro autista

A Deficiência Intelectual (DI) se caracteriza por um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, adquirido no período gestacional, nascimento e primeira infância, associado a duas ou mais limitações nas seguintes áreas de habilidades adaptativas: comunicação, autocuidado, atividades de vida prática, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, auto orientação, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho, ou seja, conspirando o para paradigma da funcionalidade.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por dificuldades de comunicação e interação social e pela presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos.

A indicação é para crianças, adolescentes e adultos em investigação, ou já diagnosticados de deficiência intelectual e/ou TEA, com objetivos envolvendo ganho de autonomia, independência, ampliação do funcionamento adaptativo, além de inclusão em outros serviços e atividades do território/comunidade ou mesmo a realização de orientação à família/cuidadores quando outras intervenções não são possíveis.

F) Estratégia acompanhante de saúde da pessoa com deficiência intelectual

A equipe da estratégia Acompanhante da pessoa com Deficiência intelectual será composta por técnicos e acompanhantes, tem como objetivo geral fornecer suporte diferenciado às pessoas com deficiência intelectual para o cuidado em saúde do território, promovendo maior protagonismo, autonomia, independência e para evitar o abrigamento ou internação. A porta de entrada será a mesma de qualquer paciente com possível Deficiência Intelectual (avaliação multiprofissional em deficiência intelectual) e a decisão sobre os usuários/família que serão acompanhados nesta estratégia se dará, a partir de discussão entre os profissionais do CER, seguido tanto dos critérios de elegibilidade específicos da deficiência intelectual, quanto do Projeto terapêutico Singular relativo ao caso.

As avaliações Multiprofissionais serão indicadas para os casos de maior complexidade que necessitam do olhar de mais de uma categoria profissional. Já as avaliações específicas em fisioterapia ou fonoaudiologia serão indicadas para os casos que necessitem de manejo mais específico, e que, em primeiro momento, não pedem por intervenções de mais de uma categoria profissional.

G) Atendimento à pessoa com deficiência física e motora

Uma pessoa com deficiência física ou motora é alguém que possui uma limitação ou incapacidade em um ou mais membro do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física.

- Para o atendimento a esse público é importante saber que é incômodo para uma pessoa sentada ficar olhando para cima por muito tempo. Portanto, ao conversar por mais que alguns minutos com uma pessoa em cadeira de rodas, sente-se, para que você e ela fiquem no mesmo nível.
- O acesso até a recepção deve ser amplo, e oferecer opções de rampas ou plataformas com níveis adequados. Os balcões de informações deverão ser adaptados com mobiliário compatíveis com a altura e a condição física de pessoas em cadeira de rodas, tudo conforme os padrões das normas técnicas de acessibilidade da ABNT.
- A cadeira de rodas, as bengalas e as muletas são parte do espaço corporal da pessoa com deficiência, por isso fica a orientação, nunca se apoie em uma cadeira de rodas ou a toque sem pedir. Também não a empurre sem permissão. Ao conduzir alguém em uma cadeira de rodas, faça-o com cuidado. Preste atenção para não bater nas pessoas que caminham à frente. Para subir degraus, incline a cadeira para trás para levantar as rodinhas da frente e apoiá-las sobre a elevação. Para descer um degrau, é mais seguro fazê-lo de marcha à ré, apoiando para que a descida seja sem solavancos. Corredores mais largos sem barreiras facilitam o acesso do cadeirante.
- Algumas pessoas com deficiência assinam de maneira diferente, com os pés, com a boca, com a caneta apoiada entre os ombros e o maxilar inferior. Aos cartórios cabe garantir a plena acessibilidade a essas pessoas e possibilitar que elas assinem sem qualquer constrangimento ou óbice. A maneira diferente como a pessoa assina não é condição para negar ou criar óbices no reconhecimento de suas assinaturas.

H) Avaliação Multiprofissional em reabilitação física

Casos de maior complexidade, que necessitem do olhar de mais de uma categoria profissional:

- Pacientes que apresente hemiplegia + dislalia após um TCE (trauma crânio encefálico), ou alterações de marcha + déficit cognitivo após AVE (acidente vascular encefálico);
- Usuários que, devido à complexidade do quadro, necessitam de um olhar mais ampliado em



reabilitação.

I) Avaliação em Fisioterapia

- Quadros de pós-fratura ou pós cirúrgico, liberados para o processo de reabilitação;
- Usuários liberados para o processo de reabilitação pós fratura, tratado de maneira cirúrgica, ou conservadora.
- Crônico agudizado, que se encontram em fase aguda, limitando a funcionalidade do usuário de modo significativo, ou seja, restringindo as possibilidades de movimento e/ou interação com seu ambiente cotidiano. Ex: Bursite no ombro que, em função da dor e inflamação, produz diminuição da amplitude de movimento do membro superior, impedindo que consiga estender roupas no varal, ação que antes da agudização do quadro, era realizada sem dificuldade. Situações como esta, onde a dor e a inflamação são intensas acabam impossibilitando intervenções em reabilitação das equipes multiprofissionais da atenção básica e, necessitam ser encaminhados ao CER a fim de receberem analgesia por instrumentos específicos.

J) Avaliação em Fonoaudiologia

As indicações podem envolver necessidades específicas, sem associações de outras limitações funcionais associadas:

- Quadros pós-cirúrgicos, como cirurgia em função de Neoplasia da boca, para retirada de tumor;
- Disfagias sem outras limitações funcionais associadas, como hemiplegias alterações na marcha e outras;
- Distúrbios articulatórios.

K) Atendimento à pessoa com deficiência auditiva

A deficiência auditiva reflete a perda, parcial ou total, da audição do som de 41 decibéis (dB) ou mais. Nem sempre a pessoa surda tem uma boa dicção.

- Durante o atendimento, se houver dificuldades para compreender o que está sendo dito, não se envergonhe em pedir para que a mensagem seja repetida.
- Quem está prestando atendimento pode tentar repetir o que acha que foi dito e o deficiente auditivo pode confirmar se está correto com um "sim" ou um "não". Caso seja necessário, comunique-se através de bilhetes. O método não é importante. O importante é a comunicação no atendimento.
- Vale apenas mensurar que não é correto dizer que alguém é surdo-mudo. Muitas pessoas surdas não falam porque não aprenderam a falar ouvindo.
- Muitos deficientes auditivos sabem utilizar a Língua Brasileira de Sinais (Libras). Se o atendente souber alguma linguagem de sinais, tente usá-la. Se a pessoa surda tiver dificuldade em entender, ela o avisará. De modo geral, suas tentativas serão apreciadas.
- Quando quiser se comunicar com uma pessoa surda, e ela não estiver prestando atenção em você, acene para ela.
- No atendimento seja expressivo ao falar de forma clara e objetiva, pronunciando bem as palavras. Os gestos, as expressões faciais e o movimento do seu corpo serão excelentes indicações do que você quer dizer.
- Ao conversar com o deficiente auditivo, use um tom de voz normal e fale na velocidade habitual, a não ser que lhe peçam para falar mais alto ou mais devagar, porém nunca grite. O atendente deve se manter de frente para pessoa, para que a boca esteja bem visível, porque muitos deficientes auditivos fazem leitura labial.
- Enquanto estiver conversando, mantenha sempre contato visual, pois se desviar o olhar, a pessoa surda pode entender que a conversa terminou. Mesmo que a pessoa surda esteja acompanhada de um intérprete, dirija-se a ela, não ao intérprete.

L) Atendimento à pessoa com deficiência visual

A deficiência visual é definida como a perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão.

- No momento de prestar atendimento ao deficiente visual, identifique-se, faça-o perceber que você está falando com ele. É importante ler para o deficiente visual todos os documentos envolvidos, que serão expedidos ou autenticados. Quando ele for fazer um pagamento, por exemplo, confirme o tipo e o valor. Ao responder perguntas a uma pessoa cega, evite fazê-lo com gestos, movimentos de cabeça ou apontando os lugares.
- Para indicar um lugar onde o deficiente visual possa se assentar, primeiro coloque a mão dele

S



1521

- sobre o encosto e informe se o assento tem braço ou não. Deixe que ele se sente sozinho.
- Ofereça seu cotovelo, ou se você for muito mais baixo do que ele, ofereça seu ombro para que ele apoie a mão. Guie-o em uma velocidade moderada. Se tiver que passar em um corredor estreito, por onde só é possível passar uma pessoa, coloque o seu braço ou ombro para trás, de modo que a pessoa cega possa continuar seguindo você.
- É imprescindível avisar antecipadamente a existência de degraus, escadas rolantes, pisos escorregadios, buracos e obstáculos durante o trajeto.
- Na hora de explicar direções para uma pessoa cega, seja o mais claro e específico possível.
- Quanto ao cão-guia, ele nunca deve ser distraído do seu dever de guia com brincadeiras e alimentos. Lembre-se de que esse cão tem a responsabilidade de guiar um dono que não enxerga, ele jamais deve ser barrado.
- Sempre que você atendente, se afastar, avise a pessoa cega, pois ela pode não perceber a sua saída.
- O fato da pessoa não enxergar não é condição para exigência de termo de curatela. Muito pelo contrário, a exigência de curatela pelo simples fato da pessoa não enxergar pode ser considerada discriminação em razão da deficiência, tipificada no art. 88, da Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI). A essas pessoas devem ser garantidas condições de acessibilidade para o pleno exercício de seus direitos.

O CER IV será, conforme justificado, referência para o município de Santo André, e terá como missão, garantir a integralidade do cuidado prestado aos usuários com deficiência, com vistas à inclusão social. Também estará entre as atividades deste serviço, a realização de estudos e pesquisas relacionadas à deficiência na perspectiva de qualificar o atendimento, os serviços e a qualidade de vida deste público.

2.6.2 TRABALHO EM REDE

Compreendendo que as unidades de especialidades, mais, a saúde, por si, não dá conta de ofertar todas as ações necessárias que garantam a inclusão social plena dos usuários, a Fundação do ABC sugere a parcerias, intra e inter setorial, dentro da lógica do matriciamento e da corresponsabilização, tais como:

- **Espaços de encontros:** Os encontros devem ser periódicos, para discussão e troca de experiências entre profissionais do Centro, da Rede Básica, Especializada, Urgência e Emergência, Educação e Assistência Social para garantir assistência integral às Pessoas com Deficiência;
- **CAPS:** Em consonância à publicação das Diretrizes de Atenção à Reabilitação de Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), a inclusão dos autistas no conceito de deficiência, e entendendo que, do ponto de vista técnico, as linhas que separam o paciente da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e de Transtorno Mental, especialmente, no que diz respeito aos autistas e deficientes intelectuais, são quase imperceptíveis, será proposto a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), conjunto entre os profissionais destes serviços, compreendendo que, em muitos momentos, o usuário será das duas Redes demandando, portanto, ações conjuntas. Ressaltando que, o PTS é uma construção que tem o usuário como principal ator da sua construção.
 - **O PTS se desenvolve em quatro momentos:**
 - **Diagnóstico:** deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social. Deve tentar captar como o "sujeito singular" se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, como também o trabalho, a cultura, a família. Ou seja, tentar entender o que o sujeito faz de tudo o que fizeram dele.
 - **Definição de metas:** uma vez que a equipe fez os diagnósticos, faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
 - **Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
 - **Reavaliação:** momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (Caderno da Atenção Básica: Diretrizes do NASF, 2009).
- **Educação:** A educação possui, necessidades específicas as pessoas com deficiência visual, física, auditiva e intelectual de todas as faixas etárias, incluindo bebês, que estão em creches. Alunos das escolas são beneficiados de trabalhos específicos da educação, especialmente, no que se refere à orientação e mobilidade. No entanto, a atenção à saúde tem um complicador



1572

no desenvolvimento destas pessoas, uma vez que, os serviços não dispõem de atendimentos que supram a demanda específica de cada pessoa. A maioria destas têm utilizado a educação como a única forma de interação, realizando apenas atividades de recreação (educação física) e realizando treino de orientação e mobilidade.

Neste sentido, entendendo o CER IV como um espaço de atendimento especializado para as demandas específicas de cada deficiência, mas, essencialmente, um espaço de promoção de inclusão social e está, sendo de responsabilidade de todas as instâncias de governo, educação e saúde, o CER IV, construirá um contexto privilegiado subsidiado pela possibilidade de ações conjuntas, práticas e diárias, para este público. A saúde, em seu campo de ação, oferta o atendimento clínico especializado, com equipe multiprofissional, a concessão de equipamentos necessários para locomoção, AVDs, orientação e mobilidade, atividades externas do cotidiano e atividades com a família e a educação, em sua prática, dá continuidade às ações, ofertando as atividades pedagógicas necessárias às demandas, a prática da educação física, à estruturação da rede regular de ensino para acolhimento dessas pessoas e a qualificação da educação especial para que as pessoas com deficiência estejam cada vez mais preparadas para participarem ativamente da sociedade.

- **Assistência Social:** A assistência Social tem papel central na concretização de uma Rede de Cuidados que dê conta da totalidade deste público. Pela competência em criar estratégias que identifique as Pessoas com Deficiência em vulnerabilidade e, especificamente, pelo monitoramento e disponibilização do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Programa BPC na Escola (Portaria Interministerial nº 18/07), que tem por objetivo identificar as barreiras (arquitetônicas, atitudinais ou mesmo condições de saúde, como a falta de reabilitação) que impedem crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, com deficiência, ao acesso à educação.

Assim, sugere-se ser pactuado um espaço de discussão periódico entre essas instâncias de forma que as ações ocorram em conjunto, facilitando o acesso dessas pessoas aos dispositivos, benefícios, à saúde e outros. Para além do espaço formalizado, propõe-se ainda que, no cotidiano, as ações sejam facilitadas e discutidas desfazendo-se possíveis nós.

2.6.3 CENTRO DE REABILITAÇÃO E EQUOTERAPIA

O Centro de Reabilitação e Equoterapia tem como principais objetivos: acolher pessoas com deficiências e suas respectivas famílias, proporcionando-lhes oportunidades de desenvolver e ou estimular seus potenciais, inseri-los na sociedade e capacitá-los para uma maior autonomia. Para isso utiliza-se de atividades que desenvolvam e despertem esse potencial, que muitas vezes a própria família não consegue desenvolver sozinha; bem como trabalha-se com a conscientização de todos que por aqui passam para o senso de socialização, inclusão e respeito à pessoa com deficiência. Para que o praticante possa ingressar no Centro de Reabilitação de Equoterapia, é necessário que receba a indicação da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André, que será feita por email, sequencialmente, o Centro de Reabilitação realiza o processo de pré-avaliação, selecionando os praticantes que realmente terão condições físicas e emocionais para os atendimentos.

A) Hidroterapia

Tem um foco prioritário de reabilitação. Está indicado para praticantes com grandes comprometimentos físicos e emocionais que não tem condições de se manter sozinhos no cavalo, necessitando do acompanhamento de profissionais na montaria, nas atividades equestres, em casos raros necessitam de montarias duplas.

B) Equoterapia

Trabalhando dentro da vertente Europeia que contempla, além de montarias, as atividades equestres. Essas atividades desenvolvem nos praticantes áreas do desenvolvimento psicológico, emocional, cognitivo e social, além de facilitar a estimulação física propriamente dita. A aproximação dos praticantes com o cavalo e também com todo universo do qual ele tem origem, proporciona segurança, confiança e melhores condições para o restante do trabalho que será realizado (a montaria).

2.7 CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

O Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. Os Centros de especialidades Odontológicas estão preparados para



oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia;
- Atendimento a portadores de necessidades especiais;
- Semiologia;
- Prótese Total e parcial removível.

Os centros são uma das frentes de atuação do Brasil Sorridente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal.

Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

Os CEOs são classificados em tipo I, II e III de acordo com a complexidade e são disciplinados pelas Portarias MS nº 1464, de 24 de junho de 2011 e Portaria MS nº 1341 de 13 de junho de 2012.

- CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas)
- CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas)
- CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas)

A rede de saúde de Santo André conta com dois Centros de Especialidades Odontológicas que são referência para a odontologia básica desenvolvida na rede básica de saúde. Ofereçam as seguintes especialidades: endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, semiologia, atendimento a pacientes com necessidades especiais e próteses total e parcial removível.

NOME DAS UNIDADES	LOGRADOURO	N.º	BAIRRO
CEO – Centro (Tipo III)	R. Campos Salles	607	Centro
CEO - Santa Terezinha (Tipo II)	Av. VeiradeCarvalho	170	Santa Terezinha

2.8 SAÚDE MENTAL

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. A RAPS — Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3088/2011) estabelece pontos de atenção para o cuidado das pessoas com Sofrimento Psíquico decorrentes dos Transtornos Mentais ou do uso de álcool, crack e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e compreende serviços desde as Unidades Básicas de Saúde a Rede Hospitalar. A RAPS, no componente especializado, é composta por serviços de Atenção Psicossocial Especializado, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Nessa perspectiva tem como diretriz o cuidado integral e longitudinal dos sujeitos com sofrimento psíquico nos seus territórios sociais e de vida, com vistas à reabilitação psicossocial, autonomia, exercício da cidadania, garantia de direitos, cuidado às famílias, ampliação dos laços sociais, entre outros. Entre os serviços estão: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços de Residenciais Terapêuticos (SRT); Unidade de Acolhimento (UAs); Serviços de Geração de Renda. Em Santo André, ainda inclui nessa pasta, o Consultório na Rua.

Os Serviços de Saúde Mental da Rede de Atenção Psicossocial Especializada em Santo André são:

UNIDADE	ENDEREÇO
CAPS III Álcool e outras Drogas	Rua Gertrudes de Lima, 488 – Centro*
CAPS Infantojuvenil	Rua David Campista, 220 - V. Guiomar
CAPS III Jardim	Rua Padre Manoel da Nóbrega, 123 - Centro
CAPS III Praça Chile	Praça Chile, 140 - Parque das Nações
CAPS III Vila Vitória	Rua Correia Sampaio, S/Nº - Vila Vitória
NUPE – Núcleo de Projetos Especiais	Av. do Pinhal, 35 – Camilópolis



Consultório na Rua	Alameda Vieira de Carvalho, 170 - Santa Terezinha
Res. Ter. Feminina Tipo I	Rua Angatuba, 288 - Bangu
Res. Ter. Masculina Tipo I	Rua Dr. Ariovaldo Teles de Menezes, 237 - Jd. Mazzei
Res. Ter. Mista 1 Tipo II	Rua Espanha, 309 - Parque das Nações
Res. Ter. Mista 2 Tipo II	Rua dos Aliados, 79 - Bangu
Res. Ter. Mista 3 Tipo II	Rua Nossa Sra. De Lourdes, 41 - Vila Tibiriçá
Res. Ter. Mista 4 Tipo II	Alameda Marques de Barbacena, 131 - Santa Terezinha
Res. Ter. Mista 5 Tipo II	Rua Uruguaí, 355 - Parque das Nações
República Ter. Adulto	Travessa Nilo, 70 - Bairro Assunção
República Ter. Inf. Juvenil	Rua Dr. Messuti, 156 - Vila Bastos

2.8.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que existem no país, onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme o quadro de saúde de cada paciente. Nesses locais também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

2.8.1.1 MODALIDADES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS I: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS AD Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- CAPS AD III Álcool e Drogas: Atendimento com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

2.8.2 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

As Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. Foram instituídas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede

de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada Residência deve ser organizada segundo as necessidades de seus habitantes. No entanto, em termos gerais, existentes dois tipos de SRT's:

- SRT I – O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do ESF, quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do ESF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até de SRTs que já pagam um trabalhador doméstico de carteira assinada com recursos do De Volta Para Casa).
- SRT II – Em geral oferece cuidados aos idosos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: o SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para pacientes que necessitam de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24h/dia.

2.8.3 REPÚBLICA TERAPÊUTICA – UNIDADE DE ACOLHIMENTO

As Unidade de Acolhimento (UA) são serviços residenciais de caráter transitório (com um tempo de permanência determinado) que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento e cuidados contínuos de saúde.

As UA funcionam 24 horas, 7 dias por semana e são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis meses.

As Unidades de Acolhimento são divididas em:

- Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) - destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e
- Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI) - destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

As UA contam com equipe qualificada e funcionam exatamente como uma casa, onde o usuário será acolhido e abrigado, enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos diversos pontos da RAPS".

2.8.4 REPÚBLICA TERAPÊUTICA ADULTO

Moradia transitória destinada ao acolhimento e reabilitação de adultos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

OBS: Para utilização deste serviço, o paciente deve estar em tratamento em um dos CAPS ÁLCOOL E DROGAS e ser indicado após avaliação da equipe de Saúde Mental.


2.8.5 CONSULTÓRIO DE RUA

Denomina-se Consultório na Rua equipes multiprofissionais que desenvolvem ações integradas de saúde frente às necessidades dessa população. Elas devem realizar suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.

A população em situação de rua é caracterizada, de forma geral, pelo grupo de pessoas que faz da rua seu espaço de vida privada, utilizando locais públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, assim como abrigos e albergues para pernoite ou moradia provisória.

Com equipes em campo, o Consultório na Rua visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

No município de Santo André, o atendimento da equipe do Consultório na Rua, é feito por equipe

5 



multiprofissional que conta com médico clínico geral, enfermeiro, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, assistente administrativo, psicólogo e agente de redução de danos.

O trabalho da equipe é realizado de forma itinerante e se adequa às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana. O atendimento prioriza o cuidado no local, que busca atender, não só nos problemas de saúde e sociais, bem como ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dependendo da necessidade do usuário, essas equipes também atuam junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial.

O território de atuação das equipes é dividido a partir de um censo da população de rua e cadastro das pessoas localizadas nestes espaços. As equipes de Consultórios na Rua podem também dar início ao pré-natal e vincular a gestante a uma UBS para que faça os exames e procedimentos necessários.

2.9 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

2.9.1 GESTÃO DO TRABALHO

A natureza política e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) exige do governo políticas específicas que garantam o acesso à melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, equacionar as questões de recursos humanos é fundamental.

Para que os desafios nesta área sejam superados, é necessário:

- Buscar o alinhamento entre os atores envolvidos com relação às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde;
- Garantir a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde;
- Instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais da saúde;
- Promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade.

A Fundação do ABC tem o objetivo em realizar, em parceria com a Secretaria de Saúde as ações para o desenvolvimento das Políticas e Programas, impondo a função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

2.9.2 PROTOCOLOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Todos os protocolos vinculados ao atendimento da Atenção Especializada serão desenvolvidos a depender da especificidade da Rede de Atenção do Município.

Por se tratar de serviços especializados e distintos entre si a sugestão de organização dos Protocolos se baseiam nos serviços apresentados acima, assim como para os exames (critérios para realização, preparos e condutas)

2.9.3 SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO DO USUÁRIO

O acolhimento tem como finalidade receber os pacientes de forma mais próxima e humanizada, promovendo a melhor comunicação interna entre pacientes e equipes, orientando os pacientes sobre a regulação no sistema de saúde, sendo um importante dispositivo de humanização nas práticas de atenção da saúde. Esses profissionais receberão o paciente e promoverão uma escuta qualificada, compreendendo sua importância e assim encaminhar o paciente para resolução dessa demanda.

2.9.4 RECEPÇÃO

O paciente será recebido pela recepção e encaminhado para o setor responsável ou para a abertura de fichas onde serão registrados em sistema e serão orientados quanto as rotinas da unidade realizado todos os documentos necessários ao seu atendimento.

O atendimento na recepção seguirá as seguintes habilidades de comunicação:

- Atitude de cordialidade, respeito e atenção;
- Escuta atenta às demandas do paciente, não o interrompendo antes dele concluir;
- Adequada comunicação verbal e não verbal;
- Atenção às questões do paciente e respostas pertinentes e necessárias;
- Responder como equipe perante as queixas do paciente e procurar resolver seus problemas em nome da Instituição;
- Não entrar em discussões com o paciente e se perceber que a comunicação está muito difícil.

- solicitar a participação de outro profissional junto na conversa;
 - Ao final da conversa, checar se o paciente entendeu tudo que foi conversado e responder às dúvidas ainda presentes;
 - Entendida a necessidade do paciente, encaminhá-lo para seguimento do fluxo da unidade
- O serviço de recepção além de informar, também fornecerá declaração de comparecimento quando solicitado pelo paciente e/ou acompanhante.

2.9.5 ATENDIMENTO MÉDICO

A equipe médica atuará no acompanhamento integral e contínuo dos usuários ambulatoriais e terá suas ações acompanhada pela coordenadoria médica que supervisionará as decisões sobre diagnóstico e tratamento.

O médico atuará de acordo com as normas definidas no regimento do Corpo Clínico e desenvolverá suas ações baseadas em protocolos clínicos e suas ações serão auditadas através do prontuário que deverá conter todos os atendimentos realizados de forma completa, legível e assinado com a respectiva identificação.

A assistência será focada na integralidade do atendimento ao paciente com procedimentos voltados para a continuidade de cuidados, dentro das linhas de cuidado instituídas pelo município.

O Regimento do Corpo Clínico, os Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos (POP) e os Protocolos Clínicos, estarão documentados, atualizados e disponíveis para consulta do corpo clínico, sendo estes instrumentos submetidos à avaliação periódica por uma comissão de profissionais, instituídos pela ocasião do processo.

Além do Programa de Educação Permanente, contará com a formação de grupos de trabalho visando a melhoria de processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, estudo de casos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos colaterais em todos os segmentos da assistência médica, no ambiente ambulatorial. Utilização de indicadores epidemiológicos para auxiliar no planejamento e na definição do modelo assistencial.

2.9.6 CONSULTAS NÃO MÉDICA

A) ENFERMAGEM

A enfermagem pode ser definida como a ciência cuja essência estabelece com a arte do cuidar, o cuidar de forma holística, conhecendo o ser humano e suas necessidades, seja individualmente, na família ou em comunidade.

Com o objetivo de atuar junto às atividades assistenciais que visam a prevenção, controle e recuperação da saúde do paciente no âmbito ambulatorial, permitindo ao mesmo a acessibilidade aos serviços oferecidos com resolubilidade na condução e implementação de tratamentos, consultas especializadas e exames diagnósticos.

Objetivos específicos da Enfermagem na Atenção Especializada:

- Garantir uma assistência sistematizada, humanizada, livre de eventos evitáveis;
- Proporcionar acolhimento, esclarecimento e orientações, aos pacientes e familiares;
- Desenvolver treinamento contínuo junto à Educação Continuada, qualificando nossos profissionais;
- Desenvolver protocolos e diretrizes para execução dos processos implantados e atingir a satisfação do usuário.

B) CIRURGIÃO - DENTISTA

O Cirurgião Dentista desenvolve por meio de práticas educativo-preventivas e terapêuticas, a promoção, prevenção, tratamento e manutenção da saúde bucal individual.

É de responsabilidade do cirurgião-dentista receber os usuários advindo pela regulação do Município de Santo André, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu tratamento nas seguintes especialidades:

- Endodontia;
- Periodontia;
- cirurgia oral menor;
- semiologia;
- Atendimento a pacientes com necessidades especiais;
- Próteses totais e parciais removível.

C) FONOAUDIOLOGIA



1578

O fonoaudiólogo é o profissional que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica, na área das comunicações oral, escrita, voz e audição, bem como no aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz (Lei nº 8965/81, parágrafo único do artigo 1º – Código de Ética).

O profissional fonoaudiólogo atua com a equipe de médicos, fisioterapeutas e enfermagem e visa a padronizar as rotinas para prevenir, diagnosticar, reabilitar distúrbios da comunicação humana, como: fala, voz, linguagem, motricidade oral e audição, por meio da avaliação, orientação e tratamento dos distúrbios da comunicação humana.

D) NUTRICIONISTA

O nutricionista no ambulatório de especialidades deverá desenvolver as seguintes atividades:

- Elaborar o diagnóstico nutricional, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos;
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico nutricional;
- Registrar, em prontuário do cliente/paciente, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pelo serviço;
- Promover educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes, familiares ou responsável;
- Estabelecer receituário individualizado de prescrição dietética, para distribuição ao cliente/paciente;
- Encaminhar aos profissionais habilitados os clientes/pacientes sob sua responsabilidade profissional, quando identificar que as atividades demandadas para a respectiva assistência fujam às suas atribuições técnicas;
- A avaliação nutricional do paciente deverá ser a mais completa possível, considerando as particularidades de cada.

E) PSICOLOGIA

O psicólogo que atua na área específica da saúde, colabora para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas.

O trabalho do psicólogo tem como meta principal promover a saúde mental, garantir as condições de trabalho necessárias ao bem-estar individual e social, valorizando os direitos do cidadão.

F) FISIOTERAPEUTA

O fisioterapeuta deverá atender pacientes para prevenção e reabilitação utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia. Deverá ainda:

- Reabilitar pacientes através de diagnósticos específicos.
- Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis.
- Exercer atividades técnico-científicas.
- Atuar em casos específicos que requeiram tratamento especializado de maior complexidade, aplicando técnicas específicas e utilizando-se dos conhecimentos técnicos e científicos disponíveis, visando o perfeito restabelecimento do paciente.

2.9.7 FARMÁCIA

A farmácia é a unidade de apoio de assistência técnico-administrativa, dirigida por profissional farmacêutico, integrada, funcionalmente e hierarquicamente, às atividades da unidade.

A gestão é focada em prestar assistência farmacêutica com capacidade de formular, implementar e acompanhar o planejamento organizacional. Elaborar e revisar os Manuais de Procedimentos (POP), bem como protocolos clínicos, estatísticas e indicadores. Utilizar-se de estudos de fármaco-economia para apoiar o desempenho financeiro/orçamentário. Participar das comissões das unidades vinculadas à farmácia. Trabalha em consonância com o SCHI na normatização e dispensação do uso terapêutico e profilático de antibióticos.

O farmacêutico é o profissional responsável técnico do setor, sendo habilitado para acompanhar e orientar a equipe sobre todas as ações e processos do ciclo de assistência farmacêutica (seleção, aquisição, recebimento, armazenamento, movimentação, distribuição, dispensação e organização dos medicamentos).

A implantação desse serviço, se dá a partir da análise de necessidade e adequação do espaço para atender as normas e legislação vigentes.

Algumas unidades de atenção primária do Município de Santo André, realizam a dispensa de medicamentos controlados e devem ser armazenados em local fechado e ventilado e seu controle ser

[Handwritten signatures]



através de livro de Psicotrópicos onde são anotados todos os medicamentos dispensados, relacionando o nome do paciente, nome do médico, data, horário, nome do medicamento, lote e validade.

São realizadas reuniões periódicas para discussão dos resultados obtidos em equipe multiprofissional. Seguem alguns protocolos que devem ser implantados para garantia da qualidade no controle e dispensação de medicamentos. Rotina de análise e gerenciamento de indicadores

- Rotina de protocolo de documentos;
- Rotina de recebimento de prescrições médicas;
- Rotina de triagem das prescrições médicas;
- Dispensação de psicotrópicos;
- Escrituração e controle de psicotrópico;
- Dispensação de materiais;
- Medicamentos e materiais do carrinho de parada;
- Temperatura ambiente da unidade de farmácia;
- Temperatura refrigerador;
- Higienização de refrigeradores;
- Caixa térmica para transporte;
- Preparo e fracionamento de insumos farmacêuticos;
- Higienização dos bins;
- Fornecimento de medicamentos e insumos para as unidades;
- Seguimento farmacoterapêutico;
- Qualidade de materiais médico-hospitalares;
- Controle de estoques.

2.9.8 FATURAMENTO

É de responsabilidade da equipe e faturamento, faturar todos os atendimentos realizados pelos profissionais em sistema informatizados oficiais da Secretaria de Saúde de Santo André e do Ministério de Saúde, referente aos atendimentos prestados na unidade; emitir a produção ambulatorial de acordo com o preconizado pelo SUS; encaminhar os prontuários já faturados ao setor de Documentação e Pesquisa para arquivar

2.9.9 COMPRAS

O Departamento de Compras estará centralizado na Fundação do ABC, tendo por responsabilidade atender as demandas das unidades, garantindo o abastecimento, conforme previsto no Contrato de Gestão, em tempo hábil para atender as necessidades de desenvolvimento das atividades pertinentes ao funcionamento adequado do serviço da unidade.

As aquisições e contratações seguirão o Regulamento de Compras e Contratações de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC. O Regulamento pode ser consultado na íntegra no endereço eletrônico: <https://fuabc.org.br/portaldatransparencia/regulamento-de-compras-fundacao-do-abc/>.

2.9.10 SAME – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO

O Conselho federal de Medicina na resolução nº 1.638/2002 define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É ainda instrumento para educação profissional e suporte legal quando questionamentos jurídicos e/ou processuais são feitos acerca de condutas multiprofissionais.

Atualmente os Centros de Especialidades possuem todos os setores de atendimento informatizado e os registros de atendimento ocorrem através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Neste são registradas as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa.

Na chegada do paciente à unidade, ele é atendido na recepção, onde ficha de atendimento é iniciada, sendo liberada para o consultório ou setor que realizará o atendimento. Ao final de cada atendimento, os registros são impressos, assinados e carimbados pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento e compõe o prontuário físico, organizados por ordem de número de prontuário.

Os prontuários são arquivados em local próprio dentro do serviço e com organização que permite integridade física, sigilo de seu conteúdo, além de seu levantamento de forma ágil quando solicitado.

Os prontuários permanecem em SAME local por período previamente definido



1580

Quando solicitado, o SAME fornecerá cópia dos prontuários, respeitando a normatização estabelecida pela legislação vigente.

Será elaborado POP (Procedimento Operacional Padrão) com a padronização do registro das diferentes categorias profissionais no prontuário eletrônico, sistemática de impressão das fichas de atendimento, arquivamento do prontuário físico e sistemática de fornecimento de cópias do prontuário.

2.9.11 APOIO ADMINISTRATIVO

Para que ocorra qualidade no atendimento em saúde é fundamental que os serviços disponham de recursos físicos, humanos e materiais adequados e valorize o vínculo afetivo como elo na relação usuário e trabalhador.

Considerando a importância do serviço das Unidades de Atenção Secundária e sua especificidade a FUABC preconiza a necessidade de profissionais capacitados e experientes para a composição da equipe.

2.9.12 SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO

O serviço assegura a limpeza e higienização das áreas críticas, semi-críticas e não críticas da unidade de saúde, proporcionando um ambiente seguro para a prática assistencial.

O serviço realiza a remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente organizacional, mediante a utilização de processo mecânico e químico. Segue normas técnicas para o tratamento e destinação dos resíduos coletados. Atua de forma conjunta com a Comissão de Controle de Infecção (CCI) e de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) para a elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção.

O serviço conta com utilização de manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, onde deverão constar os processos de trabalho, com fluxos de atividades diárias e higienização de todas as áreas da instituição. Apresenta sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos.

O serviço também deve:

- Planejar as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;
- Cumprir os critérios e procedimentos de segurança de utilização de equipamentos e de materiais;
- Cumprir os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança;
- Cumprir as determinações do gerenciamento de resíduos;
- Realizar educação permanente;
- Realizar higienização das unidades e limpeza das caixas d'água.

2.9.13 SERVIÇO DE CONTROLE DE PRAGAS URBANAS

As pragas Urbanas são animais que infestam ambientes podendo causar agravos à saúde e/ou prejuízos econômicos. Os Serviços de Controle de Pragas Urbanas são ações preventivas e corretivas destinadas a impedir que vetores e as pragas ambientais possam gerar problemas significativos aos colaboradores e pacientes da unidade de saúde.

O controle de pragas e de micro-organismos é realizado por empresas especializadas e deve seguir as normas estabelecidas pela ANVISA, constadas na RDC nº 52/2009. Dentre as exigências da ANVISA, destaca-se a obrigação da empresa que presta esse serviço de garantir o mínimo impacto ambiental, a saúde do consumidor e do aplicador dos desinfetantes domissanitários (inseticidas, rodenticidas e repelentes), que devem ser devidamente registrados no Ministério da Saúde, para controle de insetos, roedores e de outros animais, observadas as restrições de uso e segurança durante a sua aplicação e tendo um responsável técnico habilitado.

O controle de pragas em unidades de saúde deve ser monitorado e realizado frequentemente para evitar proliferação de insetos ou ratos no local. Esses animais podem ser importantes veiculadores de fungos e bactérias resistentes a vários antibióticos e, nos piores casos de infestação, podem resultar em infecções hospitalares de grande porte.

Um conjunto de situações favorece a entrada, instalação, reprodução e proliferação dessas pragas nas unidades de saúde:

- Elevado fluxo de pessoal (pacientes, visitantes, equipe de saúde, funcionários em geral);
- Entrada de alimentos e de materiais diversos, geralmente embalados em caixas de papelão, onde também muitas vezes são armazenados;
- Janelas e portas sem a devida proteção, ou permanentemente abertas;

- Práticas de alimentação inadequadas, com geração de resíduos mal acondicionados e em vários locais do hospital;
- Presença de goteiras, infiltrações, águas empoçadas, além de tubulação de águas pluviais e bueiros mal conservados;
- Má conservação ou manutenção de ralos permanentemente abertos;
- Déficit de manutenção de superfícies, com pintura danificada, frestas e rachaduras;
- Espelhos de interruptores e tomadas ausentes ou danificados;
- Manutenção inadequada de ambientes e compartimentos em geral (galerias, "shafts", caixas de força, depósitos, arquivos);
- Depósito de material, inservível ou não, de forma inadequada e desnecessária;
- Acondicionamento, transporte e destinação inadequados de resíduos;
- Limpeza ou higienização insuficientes;
- Proximidade de áreas verdes, com vegetação atrativa a insetos e outros animais.

Todos os procedimentos operacionais devem ser realizados por profissionais treinados e uniformizados, com equipamentos de segurança adequados. O agendamento da desinsetização (dedetização) é necessário para garantir o isolamento do local, evitando contaminação de funcionários e pacientes.

Certas medidas devem ser tomadas a fim de garantir a segurança de todas as pessoas envolvidas ativamente ou passivamente no processo:

- Ações de controle químico devem ser do conhecimento da Coordenação/gerência da unidade, que por sua vez informará aos setores/unidades o horário e os locais a serem desinsetizados e ou desratizados.
- Seguir sempre orientações de responsável técnico legalmente habilitado, disponibilizado por meio do contrato com empresa de limpeza e higienização, que definirá o melhor produto dentro do princípio de evitar qualquer dano à saúde das pessoas, usuários ou profissionais.
- Qualquer ação de controle químico deve estar respaldada em normas e rotinas técnicas, inclusive consultando a Gerência de Controle de Zoonose em caso de dúvidas.
- É indispensável a prescrição do produto em formulário próprio com o devido detalhamento do processo de aplicação pelo referido responsável técnico.
- O profissional que faz a preparação e a aplicação do produto deve estar habilitado por meio de treinamentos e certificações legalmente definidos. Os produtos devem ser manipulados e/ou aplicados com uso de equipamentos de proteção individual adequados para o processo químico empregado.

Deverá ser realizada uma avaliação previa, que determinará as pragas a serem controladas, bem como o trabalho a ser realizado, os produtos a serem empregados e os métodos de aplicação a serem utilizados.

Na execução do serviço de desinsetização e descupinização, a Empresa Controladora de Vetores e Pragas Urbanas deverá adotar as medidas necessárias para minimizar o impacto ambiental, considerando:

- Áreas de preservação ambiental.
- Áreas de mananciais.
- Áreas onde há tratamento de esgoto individual, utilizando fossas sépticas.

2.9.14 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Atividades destinadas à gestão do parque tecnológico da unidade durante o seu ciclo de vida. Contempla o planejamento, especificação, seleção, recebimento, teste de aceitação, capacitação, instalação, operação, manutenção e desativação de equipamentos de suporte para assistência.

A Engenharia Clínica é o setor responsável pela gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas. Esses equipamentos terão um cronograma de manutenção preventiva e um plano de ação para manutenção corretiva.

A manutenção tem como objetivo reduzir paradas de equipamentos, aumento da vida útil, desempenho, segurança e consequentemente a redução de custo referente a uma manutenção corretiva imediata e sem programação.

A manutenção preventiva consiste em visitas programadas de técnicos para manter os equipamentos dentro das condições de utilização, com o objetivo de reduzir as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgastes de seus componentes de acordo com o Manual do Fabricante e suas

especificações.

A manutenção corretiva tem por finalidade corrigir falhas e defeitos no funcionamento dos equipamentos, bem como testes e calibrações após reparos para garantir o perfeito funcionamento do equipamento, garantindo assim qualidade na assistência ao paciente da unidade.

2.9.15 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL PREVENTIVA E CORRETIVA

O serviço de manutenção predial planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos (não médicos).

A manutenção corretiva, é realizada após a ocorrência de uma pane / danificado, a fim de retomar as condições requeridas, ou seja, o reparo após apresentar algum defeito. A manutenção preventiva, é definida como a manutenção efetuada em intervalos predeterminados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou degradação do funcionamento de um determinado item.

O serviço dentro da unidade de saúde contempla a manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, como elevadores, rede de gases, rede de lógica, rede elétrica e eletro, calhas, geradores e cabines primárias, sistema de combate a incêndio, rede de água e esgoto, sistema de aquecimento de água, e demais equipamentos e redes inseridos na unidade.

Toda unidade de saúde necessita de manutenção, então, para que isso aconteça regularmente, é imprescindível o desenvolvimento de um plano de manutenção, o que traz muitos benefícios para a operação da unidade, como por exemplo: aumento na produtividade, redução de custo, vida útil do aparelho/mobiliário, menor riscos de acidente e otimização do processo de manutenção.

Este serviço caracteriza-se pela realização da manutenção e prevenção de todos os sistemas existentes de modo a garantir seu perfeito funcionamento e operação.

2.9.16 GESTÃO DE INFORMAÇÃO

Uma política de gestão da informação pode ser definida como todos os processos utilizados pela unidade para manter seus dados bem organizados. Isso inclui rotinas de processamento, armazenamento, classificação, identificação e compartilhamento de registros, sejam eles digitais ou físicos.

O principal objetivo de uma política de gestão da informação é garantir que todos os dados cheguem às pessoas certas sem que ocorram erros ou problemas de integridade. Portanto, ela deve incluir documentos eletrônicos (ficha do paciente, resultado de exames laboratoriais e etc.) e físicos (como prontuários, receitas e etc.).

É de responsabilidade da gestão de Informação manter controle operacional de todos os equipamentos de informática instalados nos diversos setores da unidade. Oferecer suporte a todos os usuários de todos os aplicativos instalados na unidade; administrar a rede de informação para obter pleno funcionamento, controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais; realizar back-up diário das informações com guarda interna e externa das informações; controlar e implantar pontos de rede; manter-se atualizado para que possa inovar constantemente os serviços; cuidar do treinamento dos usuários dos sistemas operacionais; gerenciar a proteção contra acessos indevidos aos dados constantes do servidor.

A Gestão de Informação deve realizar o planejamento e gerenciamento da estrutura físico-funcional, das instalações, equipamentos integração com a monitoração do ambiente tecnológico (servidores, armazenamento e rede de comunicação). A gestão deve abranger os processos de comissionamento infraestrutura tecnológica e tecnologia, seguindo com os aspectos gerenciais da operação, a gestão da comunicação e os aspectos de segurança, de saúde e ambientais.

O serviço deverá ainda:

- Dispor de plano de contingência para atender a situação de emergência.
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de informática.
- Estabelecer mecanismo e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura e realização de backup.
- Estabelecer sistemática para qualificar e testar os sistemas de informática e software antes de entrar em uso, periodicamente.
- Capacitar os usuários periodicamente para utilização correta dos sistemas de informática e softwares.
- Identificar, planejar e implementar ações para aquisição, manutenção e atualização de software e hardwares, com a participação da equipe multidisciplinar.
- Estabelecer plano de contingência para recuperação de dados dos sistemas de informação
- Estabelecer critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias

2.9.17 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

O SADT é uma modalidade de prestação de serviço ofertada nas unidades de atenção especializada e responsável pela realização de exames complementares das linhas de cuidado. O objetivo do SADT é apoiar a realização de um diagnóstico assertivo.

Os exames serão realizados nas Unidades de Especialidades ou no Centro Hospitalar Municipal conforme apresentado abaixo:

A) EXAMES LABORATORIAIS

As análises clínicas são um conjunto de exames com a finalidade de verificar o estado de saúde de um paciente ou investigar doenças, como os chamados exames de rotina, check-ups, dentre outros.

A análise é feita através do estudo de material biológico colhido do paciente, como por exemplo, sangue, urina, saliva, fezes, esperma, fragmentos de tecido, líquido sinovial, pleural, líquido cefalorraquidiano, pus, etc. A coleta pode ser feita no próprio laboratório onde são feitas as análises ou em locais como um hospital, clínica, postos de coleta ou até mesmo no domicílio e local de trabalho do paciente.

Os laboratórios de análises clínicas estudam cada uma dessas amostras em setores específicos, conforme o composto bioquímico ou suspeita clínica que se pretende investigar. Alguns exemplos de setores são:

- hematologia;
- bioquímica;
- imunologia;
- uroanálise;
- microbiologia;
- parasitologia.

Em um laboratório de análises clínicas, a garantia da qualidade é alcançada tendo-se total e absoluto controle sobre todas as etapas do processo, o qual pode ser denominado de realizar exame, compreendendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica.

A gestão da qualidade, abrange as ações utilizadas para produzir, dirigir e controlar a qualidade da empresa de laboratório, incluindo a determinação de uma política e de objetivos da qualidade, com o uso de indicadores e metas. A garantia da qualidade de todas as fases pode ser conseguida por meio da padronização de cada uma das atividades envolvidas, desde o atendimento ao paciente até a liberação do laudo. Todas essas atividades no laboratório devem ser documentadas por meio de procedimentos operacionais padrão (POP), que devem estar sempre acessíveis aos funcionários envolvidos nas atividades.

O Laboratório de Análises Clínicas funciona durante as 24h do dia e realizará a coleta dos exames solicitados pelos médicos.

B) EXAMES DE IMAGEM

Os exames de imagem têm como função dar suporte ao trabalho do médico. Isso porque cada organismo é único e se encontra em condições também únicas. É claro que, em muitos casos, é possível determinar algumas doenças ou problemas somente com um exame clínico que pode ser feito pelo próprio médico. No entanto os exames de imagem são importantes porque muitas doenças graves e mais raras apresentam sintomas similares aos de problemas mais simples. Por exemplo, um tumor cerebral muitas vezes pode ser confundido com uma simples enxaqueca sem exame de imagem.

Por isso, uma investigação mais aprofundada é fundamental para que seja possível chegar a um diagnóstico mais preciso e correto, e para que seja iniciado o tratamento para a condição realmente apresentada pelo paciente.

C) RAIOS-X

Os exames de raio-X, também chamado de radiografia convencional, é um dos mais comuns justamente pelo baixo custo do equipamento e de operação. Ele serve para detectar ossos fraturados, alterações nos pulmões e na região abdominal, principalmente para o sistema gástrico entre outros.

Este exame utiliza um feixe de ions que atravessa os tecidos do corpo e permite a captação das imagens, as diversas modalidades de alta tecnologia podem oferecer e acrescenta a força dos métodos de imagem no diagnóstico, possibilitando tratamentos eficientes.

D) ELETROCARDIOGRAMA

O Eletrocardiograma (ECG) é uma das principais ferramentas para detecção do infarto agudo do

miocárdio. Objetivando aperfeiçoar a qualidade do atendimento aos pacientes com queixa de dor torácica e uniformizar as condutas diagnósticas e terapêuticas a FUABC atua frequentemente nos fluxos de atendimento, a fim de priorizar os protocolos pensando na agilidade dos casos mais graves. O ECG apoia tanto a equipe médica como equipe de enfermagem para priorizar os casos de dor torácica.

E) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Tomografia, também chamada de planigrafia e estratigrafia, é um exame médico radiológico que permite visualizar as estruturas anatômicas na forma de cortes. É realizado por técnicos ou tecnólogos em radiologia.

Trata-se de um exame não invasivo de diagnóstico que, com imagens geradas via radiação e produzidas por computador, permite a visualização de órgãos, estruturas e tecidos de forma muito mais detalhada que uma radiografia comum.

Um dos usos mais frequentes é na identificação de tumores, já que o detalhamento das imagens permite detectar mesmo nódulos bem pequenos.

A tomografia pode focalizar especificamente a parte do corpo que precisa ser investigada, como cérebro, ossos, fígado, pâncreas, rins, útero, ovários, vias biliares, pulmões e pleura (membrana que recobre os pulmões). Também auxilia na detecção de problemas graves como acidente vascular cerebral (AVC), aneurismas, embolia pulmonar, edema cerebral, derrame pleural, peritoneal ou cardíaco, além de ser utilizada em casos de traumas, podendo identificar ferimentos, fraturas ou hemorragias.

F) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

É um exame médico que usa imagens em alta definição para visualizar a maioria dos órgãos internos do nosso corpo, como cabeça, pescoço, tórax, abdome e membros.

A máquina de ressonância magnética tem um grande ímã que interage com nosso corpo por meio de campos magnéticos e pulsos de radiofrequência. Assim, cria imagens em alta definição em três planos: horizontal, vertical e com o corpo dividido em camadas.

Ela é utilizada para a pesquisa e análise de doenças neurológicas, ortopédicas, abdominais, cervicais e cardíacas. O teste pode diagnosticar, esclerose múltipla, câncer, infartos, fraturas entre outros.

Para realizar o exame o paciente deve tirar quaisquer itens de metal – brincos, botões, zíper etc. Depois, deitar em uma maca e a parte do corpo a ser estudada é coberta por um aparelho chamado bobina, que potencializa o efeito do campo magnético e melhora a qualidade da imagem. Em seguida, a cama desliza para dentro de um grande tubo, e o paciente deve ficar parado até que o teste acabe para o resultado não sair prejudicado.

Em linhas gerais, os médicos usam as imagens em alta definição e a distinção das cores presentes no exame para analisar em detalhes eventuais anormalidades. Por meio de um software, é possível alterar padrões e perspectivas de visualização para chegar a um diagnóstico ainda mais preciso.

G) ULTRASSONOGRAFIA

A ultrassonografia, também conhecida por ecografia e ultrassom, é um exame de imagem diagnóstico que serve para visualizar em tempo real qualquer órgão ou tecido do corpo. Quando o exame é realizado com Doppler, o médico consegue observar o fluxo sanguíneo dessa região.

A ultrassonografia é um procedimento simples, rápido e não possui restrições, podendo ser feito sempre que o médico achar necessário, não sendo necessário esperar entre um ultrassom e outro.

Trata-se de um exame de imagem que pode ser indicada pelo médico com o objetivo de identificar alterações nos órgãos. Assim, esse exame pode ser recomendado para:

- Investigar a dor abdominal, nos flancos ou nas costas;
- Diagnosticar a gravidez ou avaliar o desenvolvimento do feto;
- Diagnosticar doenças do útero, trompas, ovários;
- Visualizar as estruturas dos músculos, articulações, tendões;
- Para visualizar qualquer outra estrutura do corpo humano.

H) ENDOSCOPIA

A endoscopia é um exame capaz de analisar a mucosa do esôfago, estômago e duodeno (primeira parte do intestino delgado). É feita através de um tubo flexível (conhecido por endoscópio) que possui um chip responsável por capturar as imagens do sistema digestivo através de uma câmera.

É um exame importante para o diagnóstico de diversas doenças, como: gastrite, esofagite, tumores, sangramentos e doenças mais graves como hérnia de hiato e estágios iniciais do câncer de estômago.



Assim, esse exame pode ser recomendado quando o paciente apresentar sintomas como:

- Azia ou pirose (queimação no estômago);
- Náuseas e vômitos frequentes;
- Fezes escuras;
- Vômito acompanhado de sangue;
- Dores na região superior do abdômen;
- Refluxo;
- Anorexia ou perda de peso sem motivo aparente.

A **endoscopia digestiva alta** é realizada com sedativos intravenosos, pois o procedimento pode causar náuseas. O tempo de sedação dura somente até o exame ser concluído. O procedimento é seguro e é colocado um protetor de boca para evitar que o endoscópio seja mordido.

A todo momento a oxigenação e a frequência cardíaca do paciente devem ser monitoradas.

O endoscópio é inserido por via oral e passa pelo esôfago e estômago, até chegar ao duodeno. São capturadas imagens, que são transmitidas em tempo real por uma máquina. Muitas lesões podem ser tratadas ou removidas na hora, sem ser necessário algum procedimento cirúrgico futuro. Também pode ser feita uma biópsia para investigação em laboratório.

I) COLONOSCOPIA

A colonoscopia é um exame invasivo que captura imagens em tempo real do intestino grosso e de parte do íleo terminal (a porção final do intestino delgado). Para isso, um aparelho chamado de colonoscópio é introduzido no ânus – e avalia a presença de câncer, males inflamatórios como a Doença de Crohn e a retocolite ulcerativa.

Esse dispositivo tem um tubo fino e flexível com uma microcâmera no final, que filma o interior do intestino. Ele também consegue retirar pólipos suspeitos e materiais para biópsias. Além disso, a colonoscopia ajuda a entender a causa de diarreias crônicas, sangramentos flagrados anteriormente pelo teste de sangue oculto nas fezes e anemia sem causa aparente.

J) RETOSSIGMOIDOSCOPIA

Retossigmoidoscopia é um tipo de procedimento médico realizado para averiguar as condições físicas da porção final do intestino grosso. Isso é feito por meio da inserção de um tubo flexível com uma câmera na ponta no ânus do paciente. A retossigmoidoscopia é bastante similar à colonoscopia, sendo que ambos exames se diferenciam mais no preparo do que na realização em si.

A retossigmoidoscopia serve para avaliar o estado de saúde da porção final do intestino grosso do paciente, avaliando, por exemplo, a presença de pólipos, verrugas ou fissuras que podem causar algum dano a sua saúde ou evoluir para uma condição maligna no futuro, como o câncer de cólon e reto.

A retossigmoidoscopia é ideal, também, para avaliar secreções que saem do intestino grosso, além de checar a presença de condições como a colite, a esquistossomose e a Doença de Crohn, por exemplo.

K) MAMOGRAFIA

A mamografia é uma espécie de raios X das mamas. É um exame simples, mas muito importante para ajudar no diagnóstico precoce do câncer de mama, o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres no Brasil e no mundo, ficando apenas atrás do câncer de pele não melanoma.

Seu objetivo principal é rastrear o câncer de mama. O exame é capaz de detectar nódulos nos seios antes mesmo de eles serem palpáveis. Geralmente, para confirmar o diagnóstico, é preciso realizar uma biópsia, que identifica se o tumor é maligno ou benigno e outras características mais específicas.

A recomendação do Ministério da Saúde é que mulheres entre 50 e 69 anos façam o exame de mamografia a cada dois anos. Já entidades médicas – entre elas o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo) – recomendam que mulheres se submetam ao exame anualmente, a partir dos 40 até os 74 anos. Em casos específicos, como quando há histórico de casos de câncer de mama na família, o médico pode solicitar o exame em idades mais jovens e intervalos mais frequentes.

L) MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial, conhecida como MAPA, é um exame que realiza a medição automática da pressão arterial por meio de um dispositivo colocado na cintura, que é conectado por um tubo de plástico fino a uma braçadeira instalada no braço do paciente. As medidas

da pressão arterial são realizadas a cada 20 minutos durante o dia e a cada 30 minutos no período da noite, sendo semelhante ao procedimento realizado em consultas médicas. Os dados são armazenados em um dispositivo e, após as 24 horas, o paciente retorna à unidades para a retirada do equipamento. O monitor é conectado ao computador e um software específico mapeia um gráfico das pressões registradas nas últimas 24h. Com as informações, uma equipe de cardiologistas analisa os dados do paciente.

O exame monitora a média das pressões durante o período em que paciente fica acordado e também durante o sono. Picos de pressão ou quedas da pressão arterial também poderão ser avaliados.

M) HOLTER

O exame HOLTER é um exame complementar utilizado para a avaliação da presença de arritmias cardíacas, tanto taquicardias como bradicardias. Assim como no MAPA, o paciente ficará por um dia inteiro com um monitor portátil.

O aparelho utilizado para o exame é acoplado ao peito do paciente e registra a atividade elétrica do coração por 24 horas seguidas, fazendo registros contínuos que permitem a identificação posterior de possíveis acelerações ou desacelerações não fisiológicas da atividade cardíaca, que podem estar relacionadas a problemas de saúde específicos.

O tempo estendido do exame facilita a detecção de possíveis alterações do traçado cardíaco, que poderiam não ser identificadas em exames mais curtos como o eletrocardiograma convencional.

Ao final das 24 horas, o aparelho é retirado do paciente e encaminhado ao médico cardiologista, que fará a avaliação da atividade registrada.

Ele pode também identificar alterações nos batimentos cardíacos, comportamento do coração em síncope, presença de isquemia cardíaca e o estado geral do sistema condutor cardíaco.

N) TESTE ERGOMÉTRICO

O teste ergométrico serve para a avaliação ampla do funcionamento cardiovascular, quando submetido a esforço físico gradualmente crescente, em esteira rolante. São observados os sintomas, os comportamentos da frequência cardíaca, da pressão arterial e do eletrocardiograma antes, durante e após o esforço.

Os principais objetivos do teste são diagnosticar e avaliar a doença arterial coronária. Avalia também a capacidade funcional cardiorrespiratória; detecção de arritmias, de anormalidades da pressão arterial e de isquemia miocárdica; avaliar surgimento de sopros, sinais de falência ventricular esquerda e dos eventuais sintomas que podem acompanhar essas disfunções; avaliação funcional de doença cardíaca já conhecida; prescrição de exercícios físicos.

O) PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR

Conhecido também como espirometria, teste do sopro ou prova ventilatória, o exame de Prova de Função Pulmonar Completa é um teste que visa entender melhor o funcionamento, desempenho e limitações do pulmão.

É um exame em que se avalia os volumes e fluxos de ar que entram e saem do pulmão. Utiliza-se um aparelho no qual a pessoa assopra em um bocal, chamado espirômetro, e avalia-se o fluxo e a quantidade de ar que sai dos pulmões. Se o resultado indicar alguma alteração, outros exames serão necessários para confirmar um diagnóstico de doenças respiratórias, como asma, bronquite, fibrose e doença pulmonar obstrutiva.

Para a realização do exame o paciente enche os pulmões de ar e assopra o aparelho com força, durante um período de tempo determinado pelo médico.

Dependendo dos resultados apresentados, o exame é feito mais uma vez, sendo que nessa segunda etapa utiliza-se medicação, com a finalidade de dilatar os brônquios, inalando com bombinha.

P) BRONCOSCOPIA

A broncoscopia é um exame de diagnóstico que nos permite avaliar a traqueia, os brônquios e parte dos pulmões. A broncoscopia é feita através da introdução na boca ou no nariz de um tubo, designado broncoscópio que possui na sua extremidade uma câmara de vídeo e uma fonte de luz fria. Como a broncoscopia é um procedimento que usa vídeo é, muitas vezes, referida também como videobroncoscopia. Este instrumento permite ao médico examinar diretamente as vias respiratórias.

Na larga maioria dos casos, o exame é realizado através de um tubo longo e flexível, designando-se neste caso por broncoscopia flexível ou fibrobroncoscopia. Num pequeno número de casos, em que é necessário um canal de trabalho maior (ex.: hemoptises, corpos estranhos, necessidade de uso de LASER ou próteses), é usado um tubo metálico rígido designando-se neste caso por broncoscopia

rígida. Neste caso é necessária anestesia geral.

2.9.18 SISTEMA INTEGRADO COM A REGULAÇÃO

A Central de Regulação tem um papel estratégico de Gestão de Saúde Pública no Município de Santo André, com o objetivo principal de unir as ações voltadas para a regulação do acesso nas áreas Ambulatorial e Hospitalar, propiciando o ajuste da oferta disponível às necessidades imediatas da população. Trata-se de um sistema que monitora a disponibilidade de vagas em atendimento especializado, disponibilidade de leitos e realização de exame de SADT.

Com o objetivo de tornar o atendimento mais ágil, a Fundação do ABC propõe realizar, em parceria com a Secretaria de Saúde, treinamento das equipes locadas nas Unidades de Atenção Básica e Especializada para realizar o agendamento direto das consultas e exames, beneficiando assim o paciente e fortalecendo a gestão pública do Município.

2.10 RESPONSABILIDADE DA FUNDAÇÃO DO ABC

A Fundação do ABC atuará de forma complementar nos serviços e programas da Rede de Atenção Especializada elencados acima, por meio da contratação de recursos humanos para o desenvolvimento das ações, bem como, disponibilização de serviço de análises clínicas, serviço de apoio terapêutico (equoterapia e hidroterapia) e apoio diagnóstico, serviço de lavanderia para os serviços de Saúde Mental, locação de imóveis para abrigar serviços de Saúde Mental e o Centro de Especialidades Xavier de Toledo, material gráfico, equipamentos, visando ao pleno funcionamento das atividades, conforme diretrizes da Secretaria de Saúde. Além de eventuais aquisições de material de consumo (escritório, médico, hospitalar e de enfermagem) e permanentes (escritório, médico, hospitalar, equipe multiprofissional) necessários à realização das ações de assistência à saúde.

3. ATENÇÃO HOSPITALAR

3.1 APRESENTAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ - CHMSA

A Assistência Hospitalar em Santo André conta com três hospitais: o Centro Hospitalar do Município de Santo André - CHM o Hospital de Campanha - COVID-19 e o Hospital da Mulher Maria José Santos Stein.

Este Plano Operativo contempla o Centro Hospitalar do Município de Santo André - CHM.

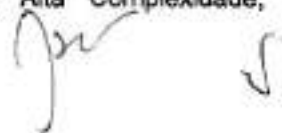
O CHM tem sua origem na Santa Casa de Santo André, inspirada nos modelos vindos de Portugal. A pedra fundamental foi lançada em 14 de maio de 1911 e o hospital foi inaugurado em 08 de abril de 1912. A família Cardoso Franco, muito influente na época, pretendendo manter sua hegemonia diante do clã Flaquer, outra família bem conceituada na cidade, decidiu constituir uma Irmandade que ficou incumbida de fundar uma Santa Casa de Misericórdia, local onde seria o primeiro hospital de toda região e o primeiro de todo o ABC.

A pequena Santa Casa cresceu e em 1952 foi municipalizada, ganhando o nome de Hospital Municipal. A nova denominação, Centro Hospitalar, veio em 1999. A partir da década de 70, tornou-se hospital - escola, recebendo as primeiras turmas da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC. Hoje, o CHM tem unidades autônomas de internação e de emergência, funcionando em cinco andares. As unidades, apesar de independentes, trabalham integradas e se complementam.

O Centro Hospitalar é um dos mais importantes e o mais antigo equipamento hospitalar do município. Gerido pela administração direta da Secretaria de Saúde do Município de Santo André, é um hospital geral com 250 leitos instalados, voltado para o atendimento exclusivo ao SUS. Possui uma ampla área de cobertura, com abrangência aos municípios de Santo André e de outras cidades da Região do Grande ABC paulista e do Município de São Paulo. É referência na rede municipal para os casos de urgência e emergência, atendendo também às demandas espontâneas na área do trauma, sendo esta sua principal vocação.

Apesar de o Centro Hospitalar ser considerado um hospital geral de urgência, que realiza procedimentos de Média Complexidade, possui credenciamento para realizar algumas atividades de Alta Complexidade, tais como neurocirurgia, terapia nutricional enteral e parenteral, dentre outras. As tomografias computadorizadas e ressonâncias nucleares magnéticas são realizadas no Centro Hospitalar, sendo referência para toda a rede pública de saúde de Santo André. É referência secundária para clínica médica na rede municipal de Santo André nos casos de urgência e emergência e também executa procedimentos cirúrgicos eletivos.

O CHM é referência na rede municipal para os casos de urgência e emergência. Apesar de este Centro ser considerado um hospital geral de urgência, que realiza procedimentos de média complexidade, possui credenciamento para realizar algumas atividades de Alta Complexidade, tais como





Neurocirurgia, Terapia Nutricional Enteral e Parenteral dentre outras. As Tomografias Computadorizadas e Ressonância Nuclear Magnética são realizadas no Centro Hospitalar, sendo referência para toda a rede pública de saúde de Santo André. É referência secundária para Clínica Médica na Rede Municipal de Santo André, nos casos de Urgência e Emergência também executa procedimentos cirúrgicos programados.

O CHM possui serviços de apoio diagnóstico e tratamento nas áreas ultrassonografia, broncoscopia, endoscopia, colonoscopia, retossigmoidoscopia, ecocardiograma, eletrocardiograma, hemoterapia instalados no próprio hospital.

O Hospital conta ainda com serviços ambulatoriais que envolvem, em parte dos seus procedimentos, recursos hospitalares. Fazem parte destes procedimentos as ações desenvolvidas pelo Ambulatório de Especialidades, que atende pacientes de toda rede de saúde de Santo André, nas seguintes especialidades cirúrgicas: Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica; Cirurgia Vascular; Cirurgia torácica; Cirurgia buco- maxilo-facial; Neurocirurgia; Ortopedia; Nutricionista; Fonoaudiologia; Cardiologia; Anestesiologista; Proctologia e Urologia.

A atual administração tem focado na gestão eficiente do leito operacional com o intuito de reduzir a média de permanência, aumentando o Índice de rotatividade e otimizando a taxa de ocupação, ampliando assim a oferta de leitos para o sistema de saúde.

O Centro Hospitalar conta ainda com serviços ambulatoriais que envolvem, em parte dos seus procedimentos, recursos hospitalares. Fazem parte destes procedimentos as ações desenvolvidas pelo Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas, que atende pacientes de toda rede de saúde de Santo André, nas seguintes especialidades: Cirurgia de Cabeça e Pescoço; Cirurgia Geral; Cirurgia Plástica; Cirurgia Vascular; Neurocirurgia; Proctologia, Urologia, Cirurgia Bucocomaxilo Facial, Cirurgia Torácica e Ortopedia.

Pela especialidade de Urologia também são realizadas vasectomias para pacientes atendidos no Programa de Planejamento Familiar realizado pela Rede Básica de Saúde do município.

A oferta de serviços no Centro Hospitalar expandiu-se também para outras modalidades especializadas de atendimento ambulatorial, como a Psicologia, Fonoaudiologia e Nutrição pós-alta hospitalar.

O Pronto Socorro do Centro Hospitalar é a porta de entrada para casos de urgência e emergência. Os pacientes são encaminhados pelo SAMU, pelas UPAs e Pronto Atendimentos localizados estrategicamente na cidade e pelo serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros. Garante, ainda, o atendimento da demanda espontânea dos cidadãos em situações de risco. O Centro Hospitalar faz parte da Rede de Urgência e Emergência pactuada no CGR, com os demais municípios da Região e Secretaria de Estado da Saúde, sendo referenciado pela Central de Regulação de Urgência e Emergência Estadual.

A partir de 2013, com o aumento de vagas da UTI, de 17 para 30 leitos, possibilitou-se a realização de maior número de cirurgias, bem como a melhoria do atendimento dos pacientes críticos. Com a revisão e renovação do parque tecnológico, principalmente na área de diagnóstico, a resolutividade dos casos, reduzindo o tempo de internação hospitalar e consequentemente melhorando atendimento ao paciente. Outro importante equipamento, o Hospital Dia, que realiza em média 120 procedimentos em caráter eletivo/mês.

É importante destacar a participação da Prefeitura Municipal de Santo André na formação de trabalhadores para o SUS. Além de financiar grande parte da preceptorria que atua no Centro Hospitalar e nos serviços integrados ao Hospital, apoia e financia parcialmente os programas de Residência Médica e Especialização da Faculdade de Medicina do ABC, sendo o Centro Hospitalar contratualizado como Hospital de Ensino.

Em meados de 2015 iniciou-se a obra do Pronto Socorro que ainda passa por adequações. Entre as ações foi a criação de 10 leitos de UTI do Pronto Socorro, conclusão da nova área de Psiquiatria que permite um atendimento mais humanizado. Outro projeto que foi concluído foi a reestruturação do anfiteatro onde são realizadas aulas pelos preceptores da FMABC, reuniões dos núcleos e comissões do hospital, eventos, capacitações e simpósios e a construção do Prédio Administrativo.

O Centro Hospitalar ainda conta com o apoio de Núcleos e Comissões como instrumento de gestão para oferecer serviços de qualidade aos usuários. Entre eles: Núcleo de Educação, Informação e Qualidade; Núcleo de Segurança do Paciente; Núcleo Interno de Regulação; Comissão de Controle e Infecção Hospitalar; Comissão Intra-Hospitalar de Transplante; Comissão de Cuidados Paliativos; Comissão de Hemoterapia; Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; Comissão de Impressos; Comissão de Prevenção e Tratamento de Lesão de Pele; Comissão de Revisão de Óbito; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Ética Médica; Comissão de Bioética; Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos e Comissão EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional).



3.2 DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS - CHMSA

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
COMPLEMENTAR		
86 - UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
75 - UTI ADULTO - TIPO II	30	30
51 - UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	52	52
52 - UTI II PEDIATRICA-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	2	0
78 - UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
01 - BUCO MAXILO FACIAL	4	4
03 - CIRURGIA GERAL	55	55
04 - ENDOCRINOLOGIA	1	1
05 - GASTROENTEROLOGIA	13	13
06 - GINECOLOGIA	1	1
08 - NEFROLOGIAUROLOGIA	10	10
09 - NEUROCIRURGIA	10	10
11 - OFTALMOLOGIA	1	1
12 - ONCOLOGIA	15	15
13 - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	29	29
15 - PLASTICA	5	5
16 - TORACICA	5	5
ESPEC - CLINICO		
31 - AIDS	3	3
32 - CARDIOLOGIA	4	4
33 - CLINICA GERAL	22	22
35 - DERMATOLOGIA	1	1
36 - GERIATRIA	2	2
38 - HEMATOLOGIA	1	1
40 - NEFROUROLOGIA	2	2
42 - NEUROLOGIA	8	8
44 - ONCOLOGIA	5	5
46 - PNEUMOLOGIA	2	2
HOSPITAL DIA		
07 - CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	9	9

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS
OUTRAS ESPECIALIDADES		
34 - CRONICOS	4	4
47 - PSIQUIATRIA	10	10
PEDIATRICO		
68 - PEDIATRIA CIRURGICA	4	4
45 - PEDIATRIA CLINICA	25	25

Fonte: CNES – set/2020

3.3 CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreende o conjunto de atendimentos oferecidos aos cuidados integrais à saúde do paciente, desde a sua admissão no hospital até a alta hospitalar responsabilizando-se por complementar e aprimorar a atenção a saúde em consonância com as melhores práticas de cuidado baseadas em evidências.

No processo de hospitalização estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer, dentro de seu escopo de atendimento, ao longo do processo assistencial;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação em consonância com as melhores práticas de cuidado baseadas em evidências;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Alimentação, incluindo nutrição enteral e parenteral;
- Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem, pessoal auxiliar e equipe multiprofissional;
- Utilização de centro cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- Materiais descartáveis gerais, Equipamentos de Proteção Individual – EPI e demais insumos necessários para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido a condições especiais do paciente (observadas as normas que dão direito à presença de acompanhante previstas na legislação que regulamenta o SUS);
- Diárias de UTI – Unidade de Terapia Intensiva;
- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de roupas hospitalares necessárias às atividades de assistência direta e de apoio;

As atividades hospitalares serão desenvolvidas conforme abaixo descrito:

3.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

A UTI tem como objetivo prestar assistência a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados.

AUTI atua prestando cuidados integrais médicos, de enfermagem e da equipe multidisciplinar, levando em consideração que é destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com chances de sobrevivência, que requerem monitoramento constante (24 horas) e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes.

A operacionalização da Unidade de Terapia Intensiva é complexa exigindo recursos humanos especializados e atualizados na área, sendo necessária a capacitação constante não apenas com relação à assistência direta como também para com a adequada utilização da tecnologia instalada como, por exemplo: monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos, cateteres especiais, fármacos específicos dentre outras necessidades.

O atendimento na UTI será realizado 24 horas por dia, ininterruptamente e será realizado por equipe multidisciplinar e compreenderá o acompanhamento dos pacientes provenientes das unidades de internação, ambulatório, centro cirúrgico e referenciados.

A qualidade dos Cuidados Intensivos será uma grande prioridade para os profissionais envolvidos, pois

ela tem impacto direto tanto na segurança de todos (profissional, paciente, familiar e meio ambiente) e desfechos clínicos favoráveis e esperados. Para tanto, a Unidade de Terapia Intensiva trabalhará com protocolos assistenciais devidamente validados, bem como a realização e análises regulares de indicadores de qualidade, os quais servem de grande ferramenta em gestão para manutenção e melhoria contínua da qualidade e segurança em cuidados intensivos.

Será responsabilidade da UTI:

- Receber, acolher e acomodar a paciente seguindo protocolos assistenciais baseados em evidências, humanização e segurança do paciente;
- Promover a participação de equipe multidisciplinar no processo de cuidado, composta por diversos saberes, visando auxiliar a equipe assistencial e a família na promoção, recuperação, manutenção e reabilitação da saúde. As visitas multidisciplinares realizadas com finalidade de melhor atender ao paciente, deverão estar registradas em prontuário juntamente com o plano de tratamento de cada paciente.
- Instituir rotinas de cuidado médico e de enfermagem, realizando exame físico sistematizado, prescrição e avaliação diária por meio de evolução registrada no prontuário do paciente, com foco na horizontalidade do cuidado;
- Elaborar plano de cuidado, incluindo planejamento terapêutico e plano de alta;
- Praticar princípios de humanização;
- Será calculado o Índice de Gravidade/Índice Prognóstico dos usuários internados na Unidade de Terapia Intensiva por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada;
- Todo paciente internado na UTI avaliado por meio do Sistema de Classificação de Severidade de Doença para a previsão da mortalidade.
- O SAPS III (*Simplified Acute Physiology Score*) deverá ser o índice prognóstico escolhido para determinação da estimativa de mortalidade na UTI.
- A Equipe médica da UTI deverá correlacionar a mortalidade geral de sua Unidade com a mortalidade geral esperada de acordo com o escore empregado, utilizando um sistema informatizado que permita uma análise comparativa dos dados da UTI com UTIs públicas, privadas, que possuem Acreditação Internacional e/ou unidades consideradas Top Performers. O sistema informatizado utilizado deve proporcionar aos médicos e enfermeiros o acompanhamento de dados clínicos na Unidade, monitorar desfechos, gravidade, resultado e avaliação de procedimentos, assim como tempo de permanência na UTI, tempo de uso de ventilação mecânica, taxa de mortalidade ajustada à gravidade dos pacientes, taxas de complicações e de infecção hospitalar, entre outras variáveis.
- A equipe da UTI e Enfermaria deverão monitorar os indicadores e manter registros dos eventos sentinela que garantam a qualidade da assistência, tais como: extubação acidental, perda de cateter venoso e lesões por pressão, assim como estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos. Também deverá responder aos protocolos e indicadores sugeridos pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

Atendendo as normativas do ministério da saúde através do manual de diretrizes clínicas e terapêuticas em consonância com a sociedade de especialistas seguem alguns protocolos que deverão ser desenvolvidos e monitorados dentro das UTIs:

- Protocolo de neurointensivismo
- Protocolo de admissão
- Protocolo variação da pressão de pulso
- Protocolo de transporte de pacientes
- Protocolo de critérios de gravidade e prognóstico
- Protocolo drenagem pleural
- Protocolo de fibrilação atrial em idosos
- Protocolo de hiperpotassemia
- Protocolo de hipopotassemia
- Protocolo de bomba de infusão contínua de insulina
- Protocolo de oximetria do bulbo jugular
- Protocolo de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica
- Protocolo dos 12 passos para prevenir resistência bacteriana
- Protocolo de humanização
- Protocolo de sedação
- Protocolo de atendimento multi-profissional de uma parada cardiorespiratória



- Protocolo cardiorespiratório
- Protocolo de algoritmo bradicardia ACLS
- Protocolo de algoritmo taquicardia ACLS
- Protocolo de atendimento PCR
- Protocolo de reação pirogênica bacteriana
- Protocolo de cateter de artéria pulmonar
- Protocolo de reações transfusionais
- Protocolo de transfusão em perda sanguínea aguda
- Protocolo de diagnóstico e tratamento sepse grave e choque séptico
- Protocolo de cuidados pós PCR

3.5 UNIDADE DE INTERNAÇÃO

As unidades de internação prezarão pela assistência humanizada com apoio de uma equipe multidisciplinar do começo ao fim do processo, proporcionando ao paciente uma rápida recuperação.

As internações em clínica médica serão provenientes da Unidade de Terapia Intensiva ou regulação e acontecerão mediante indicação de um profissional médico. As internações em clínica cirúrgica serão provenientes de agendamentos cirúrgicos. Serão diretrizes:

- Receber, acolher e acomodar a paciente seguindo protocolos assistenciais baseados em evidências, humanização e segurança do paciente;
- Promover a participação de equipe multidisciplinar no processo de cuidado, composta por diversos saberes, visando auxiliar a equipe assistencial e a família na promoção, recuperação e manutenção da saúde;
- Instituir rotinas de cuidado médico e de enfermagem, realizando exame físico sistematizado, prescrição e avaliação diária por meio de evolução registrada no prontuário do paciente, com foco na horizontalidade do cuidado;
- Elaborar plano de cuidado, incluindo planejamento terapêutico e plano de alta;
- Praticar princípios de humanização;
- Promover ações educativas voltadas ao envolvimento da paciente e familiares no processo de cuidado;

Durante a internação o usuário terá todas as necessidades, para seu reestabelecimento clínico, atendidas (exames; medicamentos; cirurgias; terapias; avaliações com outras especialidades médicas; medidas terapêuticas diversas; alimentação específica; transferência para UTI).

Atendendo as normativas do ministério da saúde através do manual de diretrizes clínicas e terapêuticas em consonância com a sociedade de especialistas seguem alguns protocolos:

- Convulsões
- Choque
- Edema agudo de pulmão
- Insuficiência respiratória aguda – broncoespasmo
- Dor torácica
- Crise hipertensiva
- Pneumonia
- Sepses
- Diabetes descompensada
- Cetoacidose diabética
- Hemorragia digestiva alta

3.6 CENTRO CIRÚRGICO

O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar onde são executados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto em caráter eletivo quanto emergencial. Esse ambiente, marcadamente de intervenções invasivas e de recursos materiais com alta precisão e eficácia, requer profissionais habilitados para atender diferentes necessidades do usuário diante da elevada densidade tecnológica e à variedade de situações que lhe conferem uma dinâmica peculiar de assistência em saúde. O CC é considerado como cenário de alto risco, onde os processos de trabalho constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual e da equipe em condições ambientais dominadas por pressão e estresse.

As internações cirúrgicas eletivas serão precedidas de avaliação pré-cirúrgica onde o usuário e seu acompanhante receberão todas as orientações acerca do funcionamento da instituição e também as

informações sobre a cirurgia indicada promovendo o entrosamento do paciente com o ambiente hospitalar

Tendo em vista, a necessidade de se estabelecer processos de trabalho e qualidade que garantam a realização dos requisitos de segurança para cirurgias sugerimos utilizar, por exemplo, ferramentas como: implementação de checklist para conferência dos elementos do procedimento correto, pela equipe correta para o paciente correto bem como a utilização de pulseiras de identificação.

A continuidade da linha de cuidado será garantida através de agendamento/retorno no ambulatório e/ou outros encaminhamentos necessários. Será premissa do centro cirúrgico:

- Utilizar sistema de mapa cirúrgico e organização da agenda cirúrgica;
- Receber, acolher e acomodar a paciente segundo protocolos assistenciais baseados em evidências, humanização e segurança do paciente;
- Oferecer apoio técnico e dimensionamento de enfermagem suficiente para implementação de processos cirúrgicos seguros;
- Aplicar sistemática de rotinas e protocolos voltados para o processo de cirurgia segura;
- Garantir acompanhamento intensivo no período de recuperação pós-anestésica;
- Adotar ferramentas de informação aos familiares sobre andamento de cirurgias, em consonância aos princípios de acolhimento e humanização;
- Aplicar sistemática de rotinas e protocolos de segurança junto à CME e farmácia.

Atendendo as normativas do ministério da saúde através do manual de diretrizes clínicas e terapêuticas em consonância com a sociedade de especialistas sugerimos os protocolos abaixo:

- Protocolo de cirurgia segura
- Protocolo de transfusão de concentrado de hemácias em cirurgia.
- Protocolos de Prevenção e Controle de infecção e Biossegurança
- Protocolo Multidisciplinar para a Segurança da Cadeia Medicamentosa
- Protocolos para Atendimento de Urgência e Emergência com base em diretrizes e evidências científicas

3.7 ESTRUTURA DOS CENTROS CIRÚRGICOS

- 7 salas cirúrgicas
- 2 salas cirúrgicas de Hospital Dia
- Média de 500 cirurgias/mês

3.8 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O serviço contará com equipe de assistência ambulatorial habilitada e adequada ao modelo assistencial. Oferece as seguintes especialidades:

- Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- Cirurgia Geral;
- Cirurgia Plástica;
- Cirurgia Vascular;
- Cirurgia torácica;
- Cirurgia buco- maxilo-facial;
- Neurocirurgia;
- Ortopedia;
- Nutricionista;
- Fonoaudiologia;
- Cardiologia;
- Anestesista;
- Proctologia;
- Urologia.

O atendimento ambulatorial compreende:

- Primeira consulta: considerada como a visita inicial do paciente encaminhado através da Regulação Municipal para atendimento na especialidade.
- Interconsulta: considerada como a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria Instituição em complementação à patologia em atual tratamento.
- Consulta Subsequente: todas as consultas de seguimento ambulatorial para egressos cirúrgicos, ou subsequentes de interconsulta.
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT: exames gráficos e diagnósticos por

imagem disponibilizados para a Rede Municipal SUS, distribuídos e regulados através da Regulação Municipal.

O ambulatório cirúrgico será desenvolvido conforme abaixo descrito:

- Priorizar o atendimento dos pacientes egressos pela mesma equipe responsável pelo procedimento cirúrgico;
- Aplicar sistemática de rotinas e protocolos de segurança no atendimento ambulatorial e no exercício de pequenos procedimentos;
- Promover ações educativas voltadas ao envolvimento do paciente e familiares no processo de cuidado;
- Estabelecer relação de contra referência com a rede de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado após a alta ambulatorial.

3.9 PROTOCOLOS MÉDICOS EM GERAL

Protocolos clínicos são instrumentos que promovem a padronização das condutas médicas, isso é, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos. Eles organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão hospitalar, tanto do ponto de vista da assistência quanto do *backoffice*. Esse conceito, quando bem usado e aliado a outras estratégias, apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na eficácia dos tratamentos. Também amplia a segurança do paciente e diminui o risco de erros e eventos adversos.

Atendendo as normativas do ministério da saúde através do manual de diretrizes clínicas e terapêuticas em consonância com a sociedade de especialistas utilizaremos os protocolos abaixo, além dos específicos mencionados em cada área:

- Protocolo de hiperplasia prostática benigna;
- Protocolo de infertilidade;
- Protocolo de patologias agudas do pênis e do escroto;
- Protocolo de urologia pediátrica I;
- Protocolo de urologia pediátrica II;
- Protocolo de patologias ginecológicas;
- Protocolo de distopia urogenital;
- Protocolo de IUE - incontinência urinária de esforço;
- Acompanhar e manter a evolução fisiológica pós-operatória;
- **Septoplastia com Turbinoplastia (Cirurgia para Obstrução Nasal);**
- **Cirurgia Endoscópica Nasossinusal (Cirurgia para Sinusite Crônica);**
- **Adenoidectomia (Cirurgia da Adenóide – Respiração bucal e sinusite nas crianças);**
- **Amigdalectomia (Cirurgia das Amígdalas);**
- Cirurgia geral caracteriza pela inflamação aguda do apêndice cecal;
- Cirurgia geral caracteriza pela inflamação da vesícula biliar;
- Cirurgia geral caracteriza por uma abertura congênita;
- Cirurgia vascular / a ruptura de aneurisma de aorta abdominal;
- Urologia cólica renoureteral;
- Urologia escroto agudo.

3.10 ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

A Assistência Nutricional são atividades voltadas para atender às necessidades nutricionais específicas dos pacientes permitindo criar oferta de produtos ou programas para assegurar a promoção, prevenção e recuperação nutricional.

A assistência planejada, segura, integral e individualizada com propostas terapêuticas articuladas na busca de um único resultado para o paciente, através de um processo constante de identificação de riscos requer os seguintes cuidados:

- Identificação do perfil assistencial;
- Dimensionamento de recursos humanos, tecnológicos e de insumos de acordo com o perfil assistência do hospital;
- Disponibilização de profissionais com competência e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço;
- Planejamento das atividades, avaliando as condições operacionais;
- Monitoramento da demanda de dietas, lactação e procedimentos de terapia nutricional;
- É necessário definir mecanismos e procedimentos para manipular, preparar, fracionar, armazenar, distribuir e transportar os alimentos;

- Estabelecer plano interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade e dependência;
- Avaliação técnica as prescrições dietéticas, considerando o risco nutricional de acordo com diretrizes e evidências científicas;
- Orientação ao paciente e acompanhante quanto a assistência nutricional.

A normatização e a organização dos procedimentos relativos à Nutrição Clínica direcionados a pacientes atendidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND) do Centro Hospitalar Municipal de Santo André traduzidos em Protocolos específicos de assistência nutricional orienta a seleção da conduta, garante a prescrição dietética adequada e melhora a qualidade dos serviços disponibilizados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O fato de direcionar o processo de cuidado nutricional não isenta o uso de Protocolos do caráter de flexibilidade, o qual garante ao (a) Nutricionista o exercício do bom senso sempre que se deparar com situações que fujam à sua rotina profissional na complexidade da Nutrição Clínica. Também se deve atentar para a necessidade de atualização constante destes, com o objetivo de otimizar o atendimento nutricional. A utilização da nutrição adequada, ofertada aos pacientes de forma humanizada, respeitando-se sempre a individualidade dos mesmos possibilita benefícios relevantes aos pacientes e aos profissionais de saúde, especialmente ao Nutricionista, que vislumbra a eficiência prática do seu trabalho cotidiano.

3.11 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas para o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais e o uso racional de medicamentos compreendendo: garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais; desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais, e participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde;

Para o adequado desempenho das atividades da farmácia hospitalar, sugere-se ao hospital que:

- Provenham estrutura organizacional e infraestrutura física que viabilizem as suas ações, com qualidade, utilizando modelo de gestão sistêmico, integrado e coerente, pautado nas bases da moderna administração, influenciando na qualidade, resolutividade, e custo da assistência, com reflexos positivos para o usuário, estabelecimentos e sistema de saúde, devidamente aferidos por indicadores;
- Considerem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde como referência, para a seleção de medicamentos;
- Promovam programa de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares;
- Incluam a farmácia hospitalar no plano de contingência do estabelecimento;
- Habilitem a efetiva participação do farmacêutico, de acordo com a complexidade do estabelecimento, nas Comissões existentes, tais como: Farmácia e Terapêutica, Comissão Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e outras que tenham interface com a assistência farmacêutica hospitalar

Para o acompanhamento das principais atividades da farmácia no hospital, recomenda-se a adoção de indicadores de gestão, logísticos, de assistência ao paciente e de educação.

3.12 DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INSERIDAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Dentro da visão da integralidade do cuidado, a farmácia hospitalar, além das atividades logísticas tradicionais, deve desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, contribuindo para a qualidade e racionalidade do processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde e para a humanização da atenção ao usuário. Esta atividade deve ser desenvolvida, preferencialmente, no contexto multidisciplinar, privilegiando a interação direta com os usuários.

As ações do farmacêutico hospitalar devem ser registradas de modo a contribuírem para a avaliação do impacto dessas ações na promoção do uso seguro e racional de medicamentos e de outros produtos para a saúde.

3.13 NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO



1596

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição. A regulação interna hospitalar, deve ser constituída por equipe multiprofissional, com funcionamento 24 horas por dia, 7 dias da semana. É o setor responsável por promover interface com a Central de Regulação e representar o perfil de complexidade da instituição perante a rede de assistência local. Esta regulação deve ser entendida como forma racional de organização dos fluxos assistenciais.

A implementação do NIR precisa ser entendida como projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico. Os hospitais são instituições complexas, com rotinas e culturas organizacionais muito enraizadas. O NIR certamente precisará confrontar muitas dessas concepções e, invariavelmente, resistências às mudanças devem ser esperadas. Para obtermos sucesso na implantação do NIR é necessário que haja um sinergismo entre o que a instituição dispõe de melhor com o que é preconizado pelo NIR, sempre com o apoio irrestrito da alta liderança, gerentes, coordenadores etc. Desta forma, iremos minimizar as eventuais resistências e introduzir gradativamente a cultura da eficiência no âmbito hospitalar. Sendo assim, constituem como principais atribuições do NIR:

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência, Agenda Cirúrgica;
- Subsidiar discussões tanto internas, como externas (na Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- Otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a Taxa de Ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o Tempo Médio de Permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS;
- Otimizar a ocupação das Salas Cirúrgicas;
- Monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos;
- Estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento;
- Auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais;
- Manual de Implantação e Implementação Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados 10 Ministério da Saúde;
- Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- Induzir a implantação dos mecanismos de gestão da clínica tais como Kanban;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Gestão da Fila;
- Promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar;
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar;
- Otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-

hospitalar;

- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades. Apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável;
- Fornecer subsídios às Coordenações Assistenciais para que façam o gerenciamento dos leitos, sinalizando contingências locais que possam comprometer a assistência;
- Estimular o Cuidado Horizontal dentro da instituição;
- Subsidiar a direção do hospital para a tomada de decisão internamente e quando o Hospital dispôr de Núcleo de Acesso à Qualidade (NAQH) pautá-lo sobre o padrão de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica;

Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.

São competências do NIR:

1. Mapear disponibilidade de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, leitos de internação e ofertar à rede segundo critérios pactuados entre a instituição, Secretaria de Saúde e Central de Regulação;
2. Apoiar as coordenações de áreas na gestão de leitos;
3. Participar do processo de implementação de protocolos assistenciais, garantindo o alinhamento com o nível de complexidade da instituição perante a rede de assistência local;
4. Promover a comunicação entre a instituição e sua(s) referência(s) para atendimento conforme pactuação entre a Rede de Atenção à Saúde, Secretaria de Saúde e Central de Regulação.

As Linhas de Cuidado são arranjos organizativos no ambiente de uma Rede de Atenção temática, ou não, com vistas a monitorar e propor itinerários terapêuticos para diferentes e prevalentes padrões de morbidades, de forma a ofertar intervenções produtoras de cuidado e autonomia à população alvo. No âmbito hospitalar são potentes indutoras de organização de fluxos e processos de forma a permitir um expressivo refinamento de práticas na busca por resultados em saúde suportados por evidência.

Como orientador para os profissionais da instituição e buscando a realização de procedimentos efetivos para o controle de doenças com foco na média complexidade, serão adotadas linhas de cuidado que serão estabelecidas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde.

Para garantir a implementação de recomendações preconizadas nas diretrizes clínicas, padronizando o fluxo e as principais condutas diagnósticas e terapêuticas para os diversos agravos que podem acometer o público alvo do Hospital, a Fundação do ABC implantará protocolos clínicos a fim de aumentar a efetividade na assistência assim como a segurança ao assistido.



Práticas de Regulação

São atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.



Articulação com a RAS

evitar com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede (Unidades Básicas de Saúde - UBS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA, Hospitais etc.).



Monitoramento

Avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

S



3.14 MONITORAMENTO

Como toda ferramenta de gestão, o NIR também precisa mensurar o resultado de suas ações (efetividade e eficiência). É por meio do monitoramento de indicadores que saberemos o desempenho real do NIR e poderemos identificar áreas com oportunidade de melhoria. Um indicador deve gerar uma informação relevante para o processo de gestão e planejamento, precisa ser claro, objetivo e derivado de dados confiáveis. Muitos hospitais gerais ainda não contam com sistemas de informação internos totalmente informatizados, e a obtenção dos indicadores, nesse contexto, pode tornar-se trabalhosa e difícil, dependendo da estrutura de recursos humanos que o NIR apresenta. Por isso, sugerimos que se comece com poucos indicadores, aqueles que são essenciais e que podem ser obtidos mais facilmente e com dados confiáveis. Podemos dividir os indicadores relevantes para o NIR em dois grupos principais: os de processo e os de resultado.

3.15 INDICADORES DE PROCESSOS

Após padronizar o fluxo de pacientes no hospital, é importante saber se, de fato, esses processos estão ocorrendo de forma eficiente e correta. A maior parte dos indicadores de processos vão mensurar tempos do fluxo do paciente pela estrutura e unidades do hospital, desde a sua admissão até a alta hospitalar. Podemos aqui, também, observar se os protocolos em si estão sendo aplicados e mensurar a adesão dos colaboradores.

- **Tempo para efetivação de internação**
 - Avalia o tempo decorrido desde a solicitação de internação na Emergência até a chegada do paciente na Unidade de Internação. Processos de admissão homogêneos deverão apresentar tempos adequados dentro de uma estimativa real de sua duração. A transferência do paciente da Emergência para a Enfermaria Clínica revela-se um processo complexo, no qual diversas etapas acontecem com a interação de vários colaboradores do hospital, desde o médico até administrativos. A redução nesse tempo pode sensivelmente reduzir a superlotação na Emergência. Tempo para efetivação de alta hospitalar Mensura o tempo decorrido da definição médica de alta do paciente até a desocupação do leito. A redução nesse indicador gera aumento virtual da capacidade instalada, ao aumentar o giro de leitos e sua oferta para novas admissões. Alguns hospitais ainda mensuram o horário da alta hospitalar; estimula-se as equipes a promoverem a alta no turno da manhã, permitindo que à tarde um novo paciente já ocupe o mesmo leito. Cabe o cuidado de mensurar e avaliar com cautela essa questão, uma vez que o fato do paciente receber a alta não implica na imediata desocupação do leito, e outros fatores costumam estar presentes nesta etapa. Novamente, um mapeamento preciso do processo poderá auxiliar no uso da informação gerada a partir dos dados do indicador.
- **Tempo para higienização do leito**
 - Compreende o tempo decorrido desde a saída física do paciente até o momento de liberação do leito já higienizado. A exemplo do indicador anterior, a redução da duração dessa etapa também aumenta a oferta real de leitos para novas admissões. Tempo de intervalo entre cirurgias A redução nos tempos de transferência do paciente para a Sala de Recuperação e higienização da Sala Cirúrgica aumenta a disponibilidade dela para novos procedimentos, expandindo o número de cirurgias possíveis para um determinado período

3.16 INDICADORES DE RESULTADO

Esses são os indicadores que mostram o efeito real das ações que serão desencadeadas pelo NIR, e muitos refletem o funcionamento global do hospital. Enquanto os indicadores de processo mensuram a eficiência das atividades desenvolvidas, os indicadores de resultado apontarão se essas atividades são de fato eficazes no cumprimento dos seus objetivos. Quando falamos em resultado, podemos ainda subdividir esses indicadores em produção e desempenho.

Figura 8 – Visão geral do funcionamento de um NIR



Fonte: Manual de Implantação e Implimentação. NIR (Núcleo Interno de Regulação) para Hospitais Gerais e Especializados.

3.17 PROJETO PACIENTE SEGURO

O Projeto Paciente Seguro foi desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Ventos em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Seu objetivo é melhorar a segurança do paciente em Hospitais Públicos localizados em 15 estados do Brasil, com base no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Ministério da Saúde.

Uma das estratégias do projeto é a educação de pacientes, familiares e acompanhantes.



A prestação do cuidado por profissionais da área da saúde pode ocasionar danos aos pacientes. Embora na maioria das vezes não sejam intencionais, podem acarretar prejuízos físicos, emocionais, sociais e até fatais.

Nos hospitais brasileiros, acredita-se que cerca de 67% dos danos que ocorrem podem ser evitados. Assim, o Programa Nacional De Segurança Do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde, procura minimizar esses riscos trabalhando com ações para efetivar a segurança do paciente nos serviços realizados pelo SUS.

Com esse intuito, o projeto paciente seguro tem como objetivo melhorar a segurança do paciente em hospitais públicos localizados em 15 estados do Brasil, com base no PNSP. Atua na instauração de protocolos de segurança do paciente que visam minimizar riscos trabalhando com os temas de comunicação efetiva, cirurgia segura, higiene de mãos, segurança de medicamentos, quedas e lesão por pressão.

No projeto Paciente Seguro, o Hospital Moinhos de Vento (HMV) presta consultoria in loco nos hospitais selecionados, compartilhando sua expertise para a implantação efetiva de protocolos sobre segurança do paciente. Para isso, foram desenvolvidas ferramentas de apoio como metodologias de

compartilhamento de experiências entre os hospitais participantes, capacitações de profissionais da saúde e estratégias de monitoramento sobre os riscos que o paciente corre no âmbito hospitalar. A equipe do projeto, junto com o Ministério da Saúde, realiza visitas presenciais a cada quatro meses, associadas ao monitoramento remoto de intervalo quinzenal.

Para tornar estes hospitais mais seguros, é utilizado a metodologia denominada de Ciência da Melhoria. Este método é utilizado para promover mudanças por diversas instituições renomadas no mundo, como o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* e o sistema de saúde do Reino Unido (NHS). De forma simplificada, o método consiste em identificar processos que precisam ser modificados, testar ideias que entendemos poder melhorar nossos resultados. O aprendizado com os diversos testes realizados permite adaptar as mudanças e implementá-las com maior probabilidade de sucesso.

O projeto iniciou em novembro de 2017, apoiando 15 hospitais distribuídos nas cinco regiões do país. Até outubro de 2018, os principais impactos identificados nas unidades piloto dos hospitais participantes foram os seguintes: naqueles que trabalharam a meta de prevenção de lesão por pressão, a média de prevalência diminuiu em 57%; nas unidades piloto que trabalharam a meta de prevenção de quedas, a prevalência diminuiu em 53%. Em 12 hospitais houve um aumento de 55% na adesão à higiene de mãos.

Além dos indicadores, os hospitais participantes promovem ações de apoio à segurança do paciente abordando o tema junto aos profissionais dos hospitais, pacientes e acompanhantes. Também são realizados encontros em cada região do Brasil para a troca de experiências entre as instituições.

O projeto está em execução e espera-se a ampliação para outros 45 hospitais com a realização do diagnóstico inicial e a implementação gradual dos protocolos. Para isso, a equipe técnica do Hospital Moinhos de Vento irá apoiar diretamente as instituições, contando com a participação dos 15 hospitais que já passaram pela intervenção e servirão como referência. Assim, espera-se contribuir para a consolidação das práticas de segurança do paciente e a consequente diminuição dos incidentes.



Fonte: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/77/paciente-seguro>

3.17.1 CHM DE SANTO ANDRÉ É O ÚNICO HOSPITAL DO ABC A ADERIR AO PROJETO PACIENTE SEGURO EM 2019

O CHMSA (Centro Hospitalar Municipal de Santo André) é o único hospital do Grande ABC a aderir, em 2019, ao projeto Paciente Seguro, desenvolvido pelo Hospital Moinhos de Vento, de Porto Alegre, em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). A iniciativa é baseada na ciência de melhoria e em metas internacionais da OMS (Organização Mundial da Saúde) de segurança dos pacientes em serviços de saúde.

A adesão foi oficializada dia 9 de abril, em Brasília, com a assinatura do termo de compromisso pela diretoria do hospital. Além da Dra. Maria Odila Gomes Douglas, diretora-geral do CHMSA, quatro integrantes da Comissão Interna de Segurança do Paciente viajaram para a capital do País, onde participaram de oficinas de capacitação.

Dessa forma, o CHMSA passa a integrar um grupo de 60 hospitais do País envolvidos no projeto – da região do Grande ABC, apenas o Hospital Estadual Mário Covas fazia parte do programa nacional, tendo sido selecionado na primeira fase, em 2017, junto a outros 14 hospitais brasileiros. Nesta segunda fase, que inclui o Centro Hospitalar Municipal de Santo André, apenas outros três equipamentos de saúde do Estado de São Paulo passaram a fazer parte da iniciativa: Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Hospital Guilherme Álvaro, de Santos, e Hospital do Mandaqui, na Capital.

Entre os temas abordados estão a identificação de 100% dos pacientes internados com pulseiras e etiquetas, a comunicação efetiva entre os envolvidos no processo de atendimento e cuidados com o paciente, o gerenciamento de riscos inerentes ao paciente, a cirurgia segura e a higienização adequada das mãos. "Na verdade, a maioria dos protocolos já é aplicada em nossa rotina no hospital. A novidade é que eles serão aprimorados em etapas, até novembro de 2020, a partir de testes em unidades piloto que definimos, incluindo Centro Cirúrgico, UTI Adulto, Enfermaria de Pediatria, e UTI Pediátrica", explica Dra. Maria Odila.

Segundo a Dra. Ekatriny Antoine Guerle, membro da Comissão de Segurança do Paciente, o cumprimento dos protocolos e o gerenciamento de riscos permitem aprimorar não só a qualidade da atenção prestada, mas a implementação de uma cultura de segurança. "É algo bem abrangente. Paciente seguro é sinônimo de profissionais assistenciais seguros e de uma gestão hospitalar segura"

3.17.2 TIME DE RESPOSTA RÁPIDO

O conceito de Time de Resposta Rápida (TRR) surgiu nos anos 1990, na Austrália, como uma medida plausível para identificar e agir rapidamente frente quadros de deterioração de condições clínicas em enfermária. Estudos sugerem alterações nos sinais vitais até 24 horas antes a uma parada cardiorrespiratória (PCR). O monitoramento desses parâmetros e a implantação de um código de alerta, chamado código amarelo, pareceu uma medida lógica. Acreditoras passaram a exigir a existência dessas equipes, o que contribuiu para sua disseminação. No dia a dia dos hospitais, porém, os Times de Resposta Rápida ainda encontram dificuldades.



Time de resposta rápida: acionar ou não?

As principais barreiras, segundo a enfermagem, ao acionamento das equipes de resposta rápida

MEDO DE CRÍTICAS	QUERER APROVAÇÃO MÉDICA	FALTA DE TREINAMENTO E DE EXPERIÊNCIA
<p>Problema A interação com o time de resposta pode ser uma barreira, quando há atitude hostil e chamados considerados não apropriados.</p> <p>Solução Treinamento e formação de um colegiado para avaliar as ocorrências e atuar de forma não punitiva para melhorar a qualidade do relacionamento entre time de resposta rápida e outras equipes.</p>	<p>Problema Levantamentos sugerem que entre 10% e 20% dos enfermeiros não se sentem confortáveis em acionar a equipe antes de avisar e obter aprovação do médico responsável.</p> <p>Solução Estabelecer revisões dos acionamentos e mostrar o impacto da demora em casos desse tipo.</p>	<p>Problema Estudos sugerem que profissionais com graduação têm mais segurança para acionar a equipe. Tanto a falta de experiência quanto anos de trabalho estão associados ao subacionamento.</p> <p>Solução Treinamento desde a entrada do funcionário na instituição e atualização periódica.</p>

Fonte: Peña, G. M. (2008). / Li, S. Wang, K. M. (2010). *Barriers/Perceptions of Nurses to Rapid Response System Activation*. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 23(12) 250-255.

 IBSP

Fonte: IBSP – Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente

3.17.30 PROBLEMA

Fora controvérsias sobre o impacto de TRR's na redução de paradas e da mortalidade intra-hospitalar, o acionamento das equipes ainda é um ponto crítico. Levantamentos que analisam a efetividade do monitoramento e falhas na ativação do time – independentemente do tipo de protocolo adotado na instituição – sugerem que o código amarelo é frequentemente subutilizado. Em um hospital com 700 leitos, pesquisadores dinamarqueses constataram aderência total ao protocolo usado no serviço, que prevê escalada nos intervalos de monitoramento, em apenas 8% dos casos. Em um hospital americano, o código amarelo não foi acionado para 42% dos pacientes que atendiam aos critérios, apesar de 70% da equipe concordar que eles se encaixavam na situação.

3.17.4 PAPEL DA ENFERMAGEM

Devido ao contato direto e contínuo da enfermagem com o paciente, a vigilância sobre os sinais vitais e o acionamento do Time de Resposta Rápida cabem à enfermagem. Por isso, analisar as barreiras enfrentadas pela enfermagem e suas percepções é fundamental para corrigir fatores que levam às falhas de aderência ao protocolo. Uma nova revisão, que compilou os resultados de 23 estudos sobre o tema, sugere que os motivos para o subacionamento do TRR têm duas naturezas. A primeira relacionada às condições de trabalho e a segunda à inconsistência na tomada de decisão.

3.17.5 AS CAUSAS

Dentro da primeira categoria – condições de trabalho – foram encontradas queixas familiares a

realidade de muitos profissionais: alas lotadas e sobrecarga de trabalho da enfermagem, além de falta de equipamentos para fazer o monitoramento. "É particularmente preocupante que os enfermeiros estejam indicando que não podem seguir os algoritmos devido a altas cargas de trabalho ou falta de equipamentos", escreveram os autores da revisão.

A segunda categoria para falhas no acionamento - inconsistência na tomada de decisão - revela um problema que a própria adoção de protocolos de alerta tentou resolver, independentemente do sistema usado pela instituição para rastrear pacientes em deterioração clínica (sejam os baseados em pontuações como NEWS e MEWS ou sinais básicos de alerta), estudos sugerem que a enfermagem acaba se baseando demais nesses scores para acionar o TRR, sem levar em conta sua própria avaliação do paciente e o histórico médico.

É possível que seguir cegamente os scores deixe passar casos que mereciam o alerta ou cause o acionamento desnecessário do TRR. "Apesar da introdução dos critérios de preocupação do profissional para a ativação da equipe de resposta rápida, muitos relutam em usá-lo", escrevem os autores da nova revisão. O "critério de preocupação" pode ser usado quando o profissional desconfia de deterioração, mas o paciente não se enquadra nas diretrizes definidas. Em uma análise conduzida em um hospital com 900 leitos, na Austrália, mais 50% dos profissionais entrevistados disseram que seria pouco provável que acionassem o time de resposta rápida com base no critério de "preocupação".

3.17.6 CAUSA RAZIZ: INSEGURANÇA

Uma outra revisão, publicada no ano passado por pesquisadores americanos, permite entrever que, talvez, o verdadeiro motivo por trás da inconsistência na tomada de decisão e confiança demasiada nos scores seja insegurança. Ela é fruto de problemas de comunicação/relacionamento com o Time de Resposta Rápida, receio de tomar uma decisão sem avisar antes o médico responsável pelo caso, além, claro, da falta de treinamento. Um dos estudos citados na revisão americana revela que 42% dos participantes afirmaram nunca ter participado de um treinamento sobre Time de Resposta Rápida.

A seguir, os principais problemas relacionados à insegurança no acionamento do TRR, listados na revisão americana, e as sugestões dos autores para contorná-los.

3.18 HOSPITAL DE ENSINO

Hospital de Ensino é um campo de prática de ensino e de pesquisa em saúde que abrangem todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde, da promoção junto à coletividade ao atendimento nas unidades ambulatoriais e hospitalares". (Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013)

A abrangência dos Hospitais de Ensino envolve todas as instâncias de assistência à saúde do SUS de forma articulada e integrada, onde atua como polo importante de formação de profissionais para a saúde. É considerado um "espaço de referência de atenção à saúde para alta complexidade, a formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico..." As estratégias para definir a instituição como Hospital de Ensino é necessário identificar o:

- Perfil assistencial do hospital
- Papel da instituição e sua inserção articulada e integrada na rede
- Papel da instituição na pesquisa, na educação permanente e na formação dos profissionais
- avaliar a instituição quanto à qualificação dos processos de gestão hospitalar.

Os requisitos mínimos estabelecidos pela Portaria Interministerial Nº 285, De 24 de Março de 2015 para Certificação de Unidades Hospitalares como Hospitais De Ensino são:

- I - abrigar, formalmente e em caráter permanente e contínuo, todos os alunos de, pelo menos, um curso de medicina, em atividades curriculares de, no mínimo, uma área integral do internato, além de atividades curriculares dos alunos de pelo menos dois outros cursos de graduação na área da saúde, e as unidades hospitalares especializadas que não dispuserem de internato deverão abrigar curso de pós-graduação stricto sensu devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES);
- II - abrigar, em caráter permanente e contínuo, programas de Residência Médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), observando:
 - a) no caso de hospitais gerais oferecer o número mínimo de vagas definido no Anexo III a esta Portaria para entrada de novos residentes em, pelo menos, duas áreas básicas de formação (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria);
 - b) que hospitais especializados devem oferecer a mesma proporcionalidade de vagas para entrada anual na sua área de atuação.
- III - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os residentes, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de



- ensino e da Residência Médica;
- IV - dispor de projeto institucional próprio ou da IES a qual o hospital for vinculado para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa científica e avaliação de tecnologias;
- V - dispor de mecanismos de gerenciamento das atividades de ensino e de pesquisa desenvolvidas no âmbito do hospital;
- VI - dispor de instalações adequadas ao ensino, com salas de aula e recursos audiovisuais, de acordo com a legislação vigente para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- VII - dispor ou ter acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, com instalações adequadas para estudo individual e em grupo, e para consulta a Bibliotecas Virtuais, de acordo com os critérios vigentes para a avaliação das condições de ensino e da Residência Médica;
- VIII - ter constituídas, em permanente funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a instituições hospitalares:
- a) Comissão de Documentação Médica e Estatística;
 - b) Comissão de Ética;
 - c) Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da IES à qual o hospital for vinculado;
 - d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade);
 - e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - f) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
 - g) Comissão de Óbitos;
 - h) Comissão de Revisão de Prontuários;
 - i) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de Tratamento Intensivo);
 - j) Comitê Transfusional;
 - k) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.
- IX - desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e padronização de medicamentos;
- X - dispor de programa de capacitação profissional por iniciativa própria ou por meio de convênio com instituição de ensino superior;
- XI - participar das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde e colaborar ativamente na constituição de uma rede de cuidados progressivos à saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção e da docência com a rede básica, de acordo com as realidades locais;
- XII - dedicar um mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde:
- a) os hospitais públicos devem assumir o compromisso de ampliar gradualmente essa porcentagem, até atingir 100%, num prazo de dois anos, sendo asseguradas as condições de equilíbrio econômico-financeiro no convênio com o gestor local do SUS;
 - b) todos os benefícios decorrentes das novas modalidades conveniadas/contratuais entre os hospitais de ensino e o SUS serão proporcionais ao número de leitos e procedimentos destinados ao SUS.
- XIII - regular e manter sob a regulação do gestor local do SUS os serviços conveniados ou contratados, de acordo com as normas operacionais vigentes no SUS;
- XIV - estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência local, com definição de seu papel no Plano Estadual de Assistência à Urgência, conforme previsto na Portaria MS nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002;
- XV - ter ações compatíveis com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde;
- XVI - garantir mecanismos de participação e controle social no hospital, possibilitando representação docente, discente, de funcionários e de usuários; e
- XVII - comprovar sua inclusão em programa de qualificação da gestão que cumpra o disposto pelo Ministério da Saúde e as demais esferas do SUS.

A Fundação do ABC, em conjunto com o Centro Universitário Saúde ABC tem a intenção de fortalecer a parceria com o CHMSA para a realização de estágios em outros cursos além da medicina para intensificar as ações de Hospital de Ensino, conforme descrito na Proposta do Apoio a Gestão.

3.19 ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL

Tendência no setor de saúde, a formação de uma equipe multidisciplinar hospitalar tem como objetivo ampliar o cuidado e aperfeiçoar o tratamento dos pacientes. Na prática, trata-se de um grupo de



profissionais de áreas distintas – não necessariamente da área da saúde ou com um vínculo lógico – que irão atuar de forma conjunta para tratar o paciente com o máximo de eficiência e de forma humanizada.

A formação de uma equipe multidisciplinar hospitalar permite que a unidade ofereça um tratamento diferenciado aos seus pacientes, com maior qualidade dos serviços e o acompanhamento integral por uma equipe de profissionais diferenciados. Ademais, com o apoio de tecnologias para saúde e softwares de gestão, há maior segurança para os pacientes e também uma redução no tempo de permanência na unidade – minimizando os riscos de eventos adversos.

Não há um modelo fixo para compor uma equipe multidisciplinar, pois cada caso irá exigir a atuação de profissionais específicos de acordo com as necessidades do paciente. Em uma mesma equipe podem atuar nutricionistas, fonoaudiólogos, dentistas, psicólogos ou até mesmo assistentes sociais, além dos médicos especialistas.

Um paciente que teve um derrame, por exemplo, e precisa recuperar a fala pode ser atendido por uma equipe composta por um enfermeiro, dentista, terapeuta ocupacional, médico e um fonoaudiólogo. Nesse caso, os profissionais vão atuar juntos para que o paciente volte a falar de um modo menos traumático e no menor tempo possível.

Diferente de uma equipe interdisciplinar que é focada em apenas uma especialidade, como o tratamento cardíaco de um paciente, uma equipe multidisciplinar irá abranger outras áreas que podem não ter uma relação direta entre si.

A principal vantagem desse modelo é a percepção e o tratamento integral do paciente, a partir de diferentes visões dos profissionais envolvidos no caso. Esse modelo amplia a qualidade da saúde e o bem-estar dos pacientes. Os principais benefícios dessa abordagem, são:

- tratamento ágil e recuperação em menor tempo dos pacientes;
- redução de eventos adversos e de erros médicos;
- otimização do atendimento;
- percepção diferenciada do quadro clínico do paciente;
- maior colaboração entre os profissionais, etc.

A combinação de diferentes percepções e conhecimentos permite alcançar rapidamente os objetivos de cada caso, trabalhando vários aspectos de forma conjunta. Vale destacar, contudo que os profissionais envolvidos não trabalham necessariamente ao mesmo tempo. Cada especialista irá prestar seus serviços de forma individual, mas irá compartilhar os avanços do paciente com os demais membros da equipe. Essas trocas ampliam a compreensão do caso e a qualidade do atendimento. Assim, um dos aspectos mais importantes no tratamento de pacientes por uma equipe multidisciplinar hospitalar é a comunicação entre os colaboradores. Essa comunicação diz respeito às informações e dados dos pacientes que devem ser repassados adequadamente aos demais colaboradores, com o máximo de eficiência e segurança.

3.20 PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ ASSISTENCIAL

A organização da assistência hospitalar consiste em um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são interligados de tal forma que o funcionamento de um processo interfere no conjunto e no resultado final.

Assim sendo, a organização dos serviços, que prestam assistência direta ao usuário, perpassa todos os serviços de atenção: de apoio diagnóstico, de apoio técnico e de apoio administrativo, configurando assim, o modelo assistencial e institucional.

O método elencado será a implantação a normatização dos fluxos, rotinas e procedimentos, Protocolos Clínicos e Assistenciais nos setores envolvidos objetivando organizar, de forma lógica, um fluxo capaz de conduzir o paciente dentro da instituição de maneira eficaz e eficiente, definindo, assim, as equipes e responsabilidades sobre cada cuidado, assim como estratégias de articulação entre os setores, considerando o usuário como foco principal. Através desses instrumentos será possível definir funções e responsabilidades, bem como identificar falhas durante o processo.

Esses instrumentos, serão disponibilizados ao corpo funcional, de todos os setores (da recepção aos níveis assistenciais, considerando suas complexidades) com a utilização de uma lógica de melhoria de processos assistenciais, focada no usuário.

Para garantir os requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao usuário, nas especialidades, procedimentos e serviços de apoio, a instituição contará com recursos humanos compatíveis com a complexidade, isto é, profissionais com qualificação adequada e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação.

Visando a melhoria contínua, em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, instituir-se-á um Programa de



1605

Educação Permanente com programação de treinamentos em ciclos de melhoria, em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico; utilização de sistema de informação institucional, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados; utilização de sistemas de aferição da satisfação dos usuários, através um programa institucional da qualidade e produtividade.

O comprometimento dos dirigentes, da instituição, com o processo de implantação e garantia da qualidade, através de sua participação nos grupos de trabalho e comissões, garantem um processo consistente de educação e capacitação geral para a qualidade e, de ações corretivas e planos de melhoria, baseados em contribuições originadas do sistema de indicadores e informação institucional, com base num sistema de informação abrangente, que atinge na coleta de dados, todos os serviços, setores e unidades da instituição. Abaixo a descrição desses processos.

3.21 ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS PELA FUABC

Os serviços de apoio serão disponibilizados pela FUABC para plena operação da unidade hospitalar. Tais atividades serão desenvolvidas em absoluto alinhamento com as legislações vigentes, bem como com as melhores práticas preconizadas. São eles:

- Serviço de limpeza hospitalar.
- Serviço de rouparia e lavanderia hospitalar.
- Serviços de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, ar condicionado, rede de gases, rede de lógica, geradores e cabines primárias,
- Serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares
- Locação de equipamentos.

A FUABC atuará de forma complementar nos serviços assistenciais do CHMSA, com a contratação de recursos humanos suficientes para o desenvolvimento das ações, bem como fornecimento de medicamentos, fornecimentos de órteses e próteses e serviço de gases visando ao pleno funcionamento das atividades, conforme diretrizes da Secretaria de Saúde. Além de aquisições de material de consumo (escritório, médico, hospitalar e enfermagem) e permanentes (escritório, médico, hospitalar) necessários à realização das ações de assistência à saúde

4. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, por meio do acolhimento com classificação de risco e resolutividade e a sua organização é fundamental para articular e integrar todos os equipamentos de saúde.

Em Santo André, a Rede de Atenção em Urgência e Emergência conta com os seguintes serviços:

NOME DAS UNIDADES	LOGRADOURO	Nº	BAIRRO
Pronto Atendimento Paranapiacaba	R. Rodrigues Alves	29	Paranapiacaba
SAMU	Rua Antônio Polesi	500	Jd. Milena
UPA Jardim Santo André	R. dos Dominicanos	2011	Jd. Santo André
UPA Bangu	R. Avaré	107	Bangu
UPA Central	Pça. IV Centenário	8	Centro
UPA Perimetral	R. CelAgenordeCamargo	129	Centro
UPA Sacadura Cabral	R. Lauro Muller	354	Sacadura Cabral
PA Vila Luzita	R. Calecute	25	Vila Luzita

4.1 CARACTERÍSTICAS UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO

As UPA's 24h são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária que prestam atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e podem prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma. Todas as UPAs 24h atuam com o Sistema de Classificação de Risco, visando priorizar o atendimento segundo gravidade e organização de fluxos de atendimentos.

O número de médicos por plantão, de leitos de observação, a capacidade da sala de urgência e o número de atendimentos/dia, devem observar o disposto na Portaria MS 1.601, de 7 de julho de 2011.

As UPA's 24h são classificadas em três (3) diferentes portes, de acordo com a população do Município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a



1606

capacidade diária de realizar atendimentos médicos, conforme o quadro a seguir:

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24hs	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

As UPA's devem prestar apoio diagnóstico por imagem e exames laboratoriais nas 24 horas do dia de acordo com suas necessidades clínicas para investigação diagnóstica.

As UPA's realizam atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano, observando o que segue:

- Atendimento de Urgência e Emergência adulto e pediátrico;
- Acolhimento e Classificação de Risco;
- Procedimentos médicos no atendimento de urgência.

A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de até 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da UPA, para obter diagnóstico e resolver as queixas do paciente como emprego de terapêuticas necessárias. Após o período de observação com realização de exames e terapêutica, caso diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, o paciente deverá ser encaminhado para internação nos serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador Municipal.

No período de Observação, estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer;
- Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade, RENAME e REMUME, Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS - Sistema Único de Saúde;
- Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente;
- Assistência Nutricional necessária durante o período de observação;
- Direito a acompanhante durante o período de observação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que estabelecem o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde).

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

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

4.1.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E IDENTIFICAÇÃO PRECOZE DE AGRAVOS

Um dos objetivos dos serviços de urgência e emergência é diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, sendo que seu atendimento deve ocorrer no período de 24h e para tanto é preciso garantir os elementos para um sistema de atenção de emergência considerando infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais de consumo e permanentes, de modo que possa assegurar uma assistência integral, humanizada e com qualidade assistencial desejada e contínua. Vale destacar ainda que nos serviços de urgência e emergência houve um aumento nos atendimentos referentes a acidentes e a violência urbana, o que causa uma sobrecarga dos serviços, sendo importante conhecer a realidade a qual se tem, para estruturação do sistema de saúde local a fim de atender os princípios



do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os agravos a integridade física caracterizam por danos imprevistos a saúde nos diversos graus de risco envolvendo eventos como a dor, por esse motivo em uma unidade de pronto atendimento visa atendimento de casos de urgência e emergência o mais rápido possível. Outro ponto importante a se destacar é que a Fundação do ABC têm buscado insistentemente primar pela humanização e qualidade na assistência prestada, sendo que a humanização visa atender a Política Nacional de Humanização HUMANIZASUS lançada em 2003, que objetiva pôr em prática os princípios do SUS, onde o acolhimento com classificação de risco nestes serviços de saúde tem sido prioridade, perfazendo por um conjunto de medidas, atitudes e postura dos profissionais de saúde frente a queixas referidas pelos usuários.

Os serviços de urgência e emergência devem ter profissionais altamente capacitados e qualificados, de forma a atender as necessidades dos usuários o mais rápido possível, sendo que uma das portas de entrada dos demais serviços hospitalares é o serviço de urgência e emergência, justificado pelo atendimento dos mais variados graus de complexidade em saúde, número de usuários e faixa etária.

Em 2003 o Ministério da Saúde institui por meio da Portaria 1863/GM a Política Nacional de Atenção às Urgências, com objetivo de garantir a organização dos sistemas regionalizados, a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência prestada em diferentes condições às urgências clínicas, psiquiátricas, ginecológicas e obstétricas, as cirúrgicas e demais causas externas.

Considerando o aumento populacional e proporcionalmente o aumento pela procura do serviço de urgência e emergência, considera-se a necessidade de melhor estruturar o atendimento imediato de forma a torná-lo resolutivo e eficaz. Considerando esse agravamento à saúde, o Ministério da Saúde criou mecanismos de apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência.

Já o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco enfatiza que "em serviços de urgência e emergência o atendimento rápido e eficaz é fundamental para evitar a morte de pacientes graves". O ministério da saúde do Brasil traz em sua Portaria nº 354 proposta de projeto de Resolução "Boas Práticas" para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência, e define:

- **Emergência:** Constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.
- **Urgência:** Ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Portanto, são situações que necessitam de assistência médica imediata.

Considerando requisitos para que os serviços dessa natureza sejam ofertados a população de modo adequado e seguro, garantindo assim qualidade da assistência prestada, a Fundação do ABC garante a implantação de protocolos eficazes.

Entende-se que os Serviços de Urgência e Emergência fixo podem funcionar como um serviço de saúde independente ou inserido em um estabelecimento com internação com maior capacidade de resolução.

Os Serviços de Urgência e Emergência devem estar organizados e estruturados considerando as necessidades da rede de atenção à saúde existente. Devem possuir equipe de profissionais especializados para atuar na educação permanente em conformidade com as atividades realizadas a fim de, realizar treinamentos e capacitações à todos os profissionais.

O trabalho na urgência acontece de forma dinâmica e ágil, sendo importante o envolvimento de toda equipe multiprofissional.

Em 2017 o Ministério da Saúde por meio da Portaria Nº 10 de 03 de janeiro redefine as diretrizes de modelo assistencial de Unidade Pronto Atendimento (UPA) 24h como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta portaria define que a UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, com o propósito de possibilitar o melhor funcionamento da rede de atenção a urgência (RAU) (Brasil, 2017). Nesta mesma portaria define sobre a classificação de risco, o acolhimento e segurança do paciente, a saber:

- **Classificação de Risco:** ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes;
- **Segurança do Paciente:** é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. A Portaria traz ainda diretrizes referente a

5

equipe multiprofissional a qual deve ser compatível com a necessidade de realizar um atendimento com resolutividade e qualidade, os procedimentos tanto médicos quanto de enfermagem devem ser adequados aos casos demandados, com as instalações físicas, equipamentos e recursos materiais mínimos ao atendimento de urgência e emergência.

- **Acolhimento:** diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Para melhor entendermos o que é acolhimento é preciso observar as diretrizes da PNH, que afirma não haver local nem hora certa para um profissional específico realizar seu atendimento. Acolher, faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Para melhor acolher é preciso utilizar a classificação de risco que é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Assim, deve primeiramente ser atendido o paciente que apresenta sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis.

A proposta de humanização da atenção à saúde surge no cenário das políticas públicas como uma oportunidade de propor, discutir e empreender um processo de mudança na cultura de atendimento vigente em toda a rede do SUS, quebrando as fronteiras impostas historicamente. A possibilidade de mudar a cultura em longo prazo reside na capacidade de construção legitimada de novas representações que os atores podem ter em função de sua participação em processos comunicativos de aprendizagem.

A classificação de risco deve ser realizada por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais. A classificação de risco não é procedimento eliminatório, ou seja, ao classificar a gravidade de um paciente em detrimento de outro, não significa que os demais não serão atendidos. Em se tratando de atendimento nos serviços de saúde todos devem/ão atendidos, o que ocorre na classificação de risco é uma ampliação desse atendimento em relação ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários promovendo agilidade no atendimento a partir dessa análise. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do paciente, e não pela ordem de chegada ao serviço. Foi pensando assim que o Ministério da Saúde elaborou a PNH, na qual a humanização é entendida como um instrumento para a mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.

A fim de atender as necessidades atuais, considerando a importância da Classificação de Risco no serviço de Urgência e Emergência, a Fundação do ABC propõe manter, atualizar e utilizando-se de ferramentas da gestão da qualidade, como o PDCA por exemplo, estar em constante busca de melhorias nos protocolos já implementados, além de buscar constante capacitação e atualização dos profissionais no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) inclui a manutenção e constante desenvolvimento de:

- Setor de ACCR;
- equipes com perfil acolhedor;
- equipes de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem com perfil e capacitação para a execução do ACCR;
- Oficinas de sensibilização para discussão sobre ACCR, envolvendo todos os colaboradores, inclusive representantes das Unidades Básicas de Saúde;
- Revisão e melhoria contínua do fluxograma dos pacientes para o atendimento na urgência/emergência;
- Manutenção da sinalização para as áreas correspondentes aos eixos; VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE e AZUL (ou as cores referentes as prioridades, aprovadas pelo Município);

A Fundação do ABC conclui que o atendimento humanizado, principalmente nos setores de urgência e emergência, é um ato a ser seguido, e que requer dedicação e constante monitoramento. Desta forma, enfatiza o processo de atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência.



4.1.2 PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A fim de atender as necessidades atuais, considerando a importância da Classificação de Risco no serviço de Urgência e Emergência, é um dos objetivos da Fundação treinar e qualificar parte estratégica dos profissionais das UPA's de acordo com os protocolos de Classificação de Risco preconizado pelo Ministério da Saúde.

4.1.3 GESTÃO DO TRABALHO

4.1.3.1 ATENDIMENTO MÉDICO

É de suma importância reunir o corpo clínico, visando, sempre, a melhoria no atendimento ao paciente da UPA, com bom desempenho profissional, e constante busca pelo aperfeiçoamento das práticas clínicas, incentivando o estímulo a pesquisa médica e a cooperação constante com a administração para a melhoria do serviço como um todo.

A equipe médica atuará nas 24 horas nas Unidades de Pronto Atendimento e para acompanhamento integral e contínuo dos usuários em observação, terá suas ações acompanhadas por uma coordenação médica que supervisionará as decisões sobre diagnóstico e tratamento.

O dimensionamento no quadro de profissionais atenderá a solicitação disposta no chamamento público.

A equipe médica deverá manter integração contínua com a equipe de enfermagem, multiprofissional, administrativa e demais profissionais envolvidos nos atendimentos da Unidade.

Os médicos devem atuar de acordo com as normas definidas no regimento do Corpo Clínico e desenvolverão ações baseadas em protocolos clínicos, sendo essas auditadas através do prontuário que deverá conter todos os atendimentos realizados de forma completa, legível com a respectiva identificação.

A assistência será focada na integralidade do atendimento ao paciente com procedimentos voltados para a continuidade de cuidados, dentro das linhas de cuidado instituídas.

Os manuais de normas, rotinas, procedimento operacional padrão (POP) e os Protocolos Clínicos, estarão documentados, atualizados e disponíveis para consulta do corpo clínico, sendo estes instrumentos submetidos à avaliação periódica por uma junta de profissionais, instituídos pela ocasião do processo.

Além do Programa de Educação Permanente, o corpo clínico contará com a formação de grupos de trabalho visando a melhoria de processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, estudo de casos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos colaterais em todos os segmentos da assistência médica.

4.1.3.2 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

O serviço de Enfermagem compreende: gerenciamento, previsão, organização e administração de recursos para prestação de cuidados aos pacientes, de modo sistematizado, respeitando os preceitos éticos e legais da profissão.

As equipes contarão com número de profissionais adequado às necessidades de serviço de modo a assegurar a cobertura da assistência prestada nas 24 horas, em atividades continuadas, conforme quadro descrito e previsto no edital em questão, bem como o serviço disponibilizará de Responsável Técnico; supervisão contínua e sistematizada por profissionais habilitados, nas diferentes áreas.

Enfermeiros realizarão a classificação de risco além de acompanhamento integral ao paciente no período em que estiver em atendimento na Unidade.

O Regimento Interno de Enfermagem, Sistematização da Assistência e manuais de normas, rotinas e procedimentos (POP), estarão documentados, atualizados e disponíveis para o corpo de enfermagem.

O serviço disponibilizará de um programa de Educação Permanente e melhoria de processos, análise crítica dos casos atendidos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e efeitos indesejáveis.

Os procedimentos relativos à prescrição médica e de enfermagem e os controles pertinentes serão registrados no prontuário do paciente de forma completa, legível e devidamente identificado e assinado, contribuindo para a continuidade de cuidados ao paciente e seguimento de casos.

O modelo assistencial será pautado no enfoque multiprofissional e interdisciplinar com foco na avaliação da qualidade da assistência e satisfação do usuário e a garantia do cuidado individualizado com segurança através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

A enfermagem terá equipe qualificada para o atendimento às emergências, e pacientes em observação. A equipe realizará o transporte de pacientes em macas ou cadeiras de rodas para exames

✓

ou transferências respeitando os protocolos e rotinas estabelecidas e legislação vigente. Acquirir e ministrar os seguintes cursos: ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia); PALS (Suporte Avançado de Vida em Pediatria); PHTLS (Atendimento Pré-Hospitalar ao Trauma), bem como garantir as atualizações para as equipes.

4.1.3.3 ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Assistência social deve atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades dos pacientes, orientar os pacientes e acompanhantes sobre direitos e deveres, bem como os serviços disponíveis na Unidade e na rede referenciada de saúde do município de Santo André. Deve-se oferecer auxílio no preenchimento de formulários, guias e outros documentos sempre com o intuito de referenciar o paciente de acordo com os ditames da unidade, organizar programas de prevenção e promoção da saúde, oferecer aconselhamento e intervenção em situações de crise por motivos assistenciais e/ou sociais, seguir e aplicar a política de humanização dentro da UPA e juntamente com as comissões internas.

4.1.3.4 ÁREA ADMINISTRATIVA

A área da saúde tem sido foco de atenção nos últimos anos em função do crescimento do setor, do desenvolvimento tecnológico e por desempenhar papel estratégico na sociedade, diante do exposto a Fundação do ABC prioriza a qualidade na gestão do serviço, sendo esta a principal ferramenta para o desenvolvimento de todo o processo da unidade.

A gestão das UPA's do município é estabelecida conforme as diretrizes em conjunto da Secretaria de Saúde de Santo André. A Fundação do ABC apoia e fomenta a execução das atividades, dentro dos limites estabelecidos no edital e posteriormente no contrato, sempre com a proposta de oferecer aos usuários o melhor atendimento, esgotando todos os recursos disponíveis no serviço de urgência e emergência com qualidade e segurança.

Para alcançar a proposta de atender os munícipes com qualidade, a Fundação do ABC disponibilizará profissionais capacitados e experientes. Cabe ao profissional responsável pela gestão da unidade gerenciar todos os processos que envolvem o atendimento de urgência e emergência.

A FUABC atua no Sistema Único de Saúde (SUS), observando todos os princípios definidos no artigo 7º da lei 8080/90, destacando-se o princípio da integralização de assistência, atendida 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.

Com base em princípios de ética, transparência e integridade, a Fundação do ABC, preserva e promove um conjunto de valores como, capacitação, confiabilidade, ética, equidade, qualidade, humanização, sustentabilidade e transparência.

4.1.3.5 COORDENAÇÃO TÉCNICA

Para os casos previstos no edital, a unidade contará com profissional habilitado sendo responsável por controlar a operacionalização de todos os processos técnicos de abrangência interna e externa, por meio do desenvolvimento de rotinas e fluxos.

Compete a coordenação técnica:

- Assessorar a Gerência Administrativa em assuntos relevantes ao seu conhecimento técnico;
- Administrar e manter visíveis e completas as escalas médicas das UPA's, PA's e do SAMU-192;
- Promover a articulação da unidade com as autoridades sanitárias a fim de, atender as legislações vigentes;
- Garantir condições adequadas de trabalho no desenvolvimento das atividades relacionadas a prática de saúde da população;
- Promover a integração do trabalho dos diversos profissionais que atuam no exercício de atividades específicas;
- Desenvolver junto aos demais profissionais técnicos manual de normas, protocolos e procedimentos operacionais padrão das rotinas da unidade;
- Oferecer condições a novos recursos tecnológicos e científicos necessários para a melhoria contínua de todos os processos;
- Participar dos processos seletivos aos cargos técnicos;
- Promover o desenvolvimento de trabalhos científicos pertinentes aos casos atendidos na unidade;
- Garantir zelar pelo cumprimento dos princípios éticos do exercício profissional de cada área técnica.

4.1.4 OBSERVAÇÃO CLÍNICA E SALA DE ESTABILIZAÇÃO

A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de até 24 (vinte e quatro) horas oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da UPA, para obter o diagnóstico e resolver as queixas dos pacientes com o emprego de terapêuticas. Caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, o paciente deverá ser encaminhado para internação na referência municipal.

O Ministério da Saúde estabelece através da Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos.

As Unidades de Pronto Atendimento fazem parte da rede de serviços de saúde, que responde às necessidades de saúde de toda população, tomando-se fundamental a articulação e integração desses serviços com os demais componentes da Rede, buscando o fortalecimento. Para que a integração ocorra de forma efetiva, torna-se primordial que a Unidade conheça e reconheça os serviços de saúde da RAS na qual está inserido.

Para uma efetiva comunicação com estes pontos de atenção à saúde, é necessário que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema. Para que isto aconteça é necessário que haja um sistema de referência e contra referência dentro do sistema de saúde, em que um serviço informa ao outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo.

As UPA's atendem pacientes que buscam os serviços espontaneamente e os referenciados através de outros pontos da rede de assistência, conforme os fluxos estabelecidos pela Secretaria de Saúde, para atendimento de Urgência/ Emergência nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria.

Algumas UPA's têm também a especialidade de Ortopedia como é o caso UPA Vila Luzita.

No período de Observação estão incluídos:

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer;
- Tratamento farmacoterapêutico necessário de acordo com a padronização da Unidade, RENAME e REMUME, Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de Saúde;
- Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente;
- Assistência Nutricional necessária durante o período de observação;
- Direito a acompanhante durante o período de observação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que estabelece o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS- Sistema Único de Saúde).

Os pacientes atendidos que necessitarem de continuidade no cuidado, após alta da emergência, deverão ser orientados a procurarem atendimento na Atenção Primária a fim de continuidade a assistência necessária para o completo restabelecimento de sua saúde.

Os pacientes atendidos que necessitarem de recursos hospitalares considerando que todos os recursos disponíveis na UPA estejam esgotados serão encaminhados para unidade de referência, através do Sistema de Regulação Municipal.

Por ser uma unidade de atendimento exclusivo para situações de urgência e emergência, é imprescindível a articulação das UPAs com a Central de Regulação do Município para referenciar o usuário que necessita de assistência em serviços de maior complexidade, objetivando a integralidade e longitudinalidade do cuidado, através do encaminhamento adequado do usuário.

Para que os pacientes sejam atendidos em todas as suas necessidades, será necessário percorrer a Rede de Atenção à Saúde, com fluxos definidos e para que isso se torne uma realidade é fundamental que os serviços que integram a Rede sigam uma rotina de atendimento e contra referência.

Define-se por Sala de Estabilização a área da unidade de saúde que deverá atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico com risco eminente de morte.

A área de estabilização deve estar equipada com todos materiais necessários para este fim, disposta de interdisciplinar experiente seguindo todos os protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos pela Fundação do ABC e Secretaria de Saúde de Santo



André, de acordo com política de boas práticas atuais.

4.1.5 SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA - SADT

Os exames auxiliares devem assegurar que os resultados produzidos reflitam, de forma fidedigna e consistente, a situação clínica apresentada pelos pacientes, assegurando que não representem o resultado de alguma interferência no processo. A informação produzida deve satisfazer as necessidades de pacientes e profissionais e possibilitar a determinação e a realização correta de diagnóstico, tratamento e prognóstico das doenças. A melhoria contínua dos processos envolvidos deve representar o foco principal de qualquer serviço auxiliar.

4.1.5.1 EXAMES LABORATORIAIS

Em um laboratório de análises clínicas, a garantia da qualidade é alcançada tendo-se total e absoluto controle sobre todas as etapas do processo, o qual pode ser denominado de realizar exame, compreendendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica. A gestão da qualidade, por sua vez, abrange as ações utilizadas para produzir, dirigir e controlar essa qualidade, incluindo a determinação de uma política e de objetivos da qualidade, com o uso de indicadores e metas. A garantia da qualidade de todas as fases pode ser conseguida por meio da padronização de cada uma das atividades envolvidas, desde o atendimento ao paciente até a liberação do laudo. Todas essas atividades no laboratório devem ser documentadas e estar sempre acessíveis aos funcionários envolvidos nas atividades.

4.1.5.2 EXAMES DE RAIOS X

Os exames de imagem têm como função dar suporte ao trabalho do médico. Isso porque cada organismo é único e se encontra em condições também únicas. É claro que, em muitos casos, é possível determinar algumas doenças ou problemas somente com um exame clínico que pode ser feito pelo próprio médico. No entanto os exames de imagem são importantes porque muitas doenças graves e mais raras apresentam sintomas similares aos de problemas mais simples. Por exemplo, um tumor cerebral muitas vezes pode ser confundido com uma simples enxaqueca sem exame de imagem. Por isso, uma investigação mais aprofundada é fundamental para que seja possível chegar a um diagnóstico mais preciso e correto, e para que seja iniciado o tratamento para a condição realmente apresentada pelo paciente.

Os exames de raio x serão realizados nas 24h do dia, todos os dias da semana, para os casos de atendimento de Urgência/Emergência. Os exames serão executados pelos profissionais da Assistência de Enfermagem ou equipe terceirizada (Raio X), cabendo ao médico avaliar e interpretar os resultados, determinando a conduta a ser seguida.

A) RAIOS-X

As UPAs apresentam um universo de problemas clínico-cirúrgicos e uma dinâmica de funcionamento distinta do restante dos serviços de saúde. A maioria dos pacientes que o setor atende está agudamente enferma, conseqüentemente, os exames e suas leituras devem ser realizados o mais rapidamente possível a qualquer hora do dia.

Os exames de raio-X, também chamado de radiografia convencional, é um dos mais comuns justamente pelo baixo custo do equipamento e de operação. Ele serve para detectar ossos fraturados, alterações nos pulmões e na região abdominal, principalmente para o sistema gástrico entre outros.

Este exame utiliza um feixe de ions que atravessa os tecidos do corpo e permite a captação das imagens. O serviço de radiologia deve estar disponível nas 24 horas do dia, pois diversas situações de emergência necessitam de conduta imediata, muitas vezes dependentes de diagnóstico por imagem.

A radiologia na emergência tem o desafio de fornecer ao médico emergencista, a qualquer horário, o diagnóstico por imagem que as diversas modalidades de alta tecnologia possam oferecer e acrescentar a força dos métodos de imagem no diagnóstico, possibilitando tratamentos eficientes.

O Serviço de Raio-X deve funcionar 24h por dia, realizando radiografias simples para urgência e emergência, com equipe habilitada, escalada conforme regime contratado, mantendo o serviço funcionando ininterruptamente, com estrutura adequada ao modelo assistencial de acordo com as normas e regulamentos e demais legislações pertinentes. Possuir manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, correspondentes aos procedimentos do serviço, bem como indicadores. Os exames realizados na UPA devem ser analisados pelo médico solicitante, que avaliará e interpretará as imagens definindo a conduta a ser tomada.

4.1.5.3 ZELETROCARDIOGRAMA

A dor torácica é certamente uma das causas mais comuns de procura de assistência médica nas salas

de emergência. Apesar de existirem inúmeras doenças que causam dor torácica, aquelas originadas do aparelho cardiovascular são as que maiores preocupações trazem ao médico e ao próprio paciente. Isto é explicado pelo maior risco de mortalidade. Entretanto, somente 10 a 15% dos pacientes que chegam às salas da emergência com dor no peito apresentam infarto agudo do miocárdio.

O Eletrocardiograma (ECG) é uma das principais ferramentas para detecção do infarto agudo do miocárdio, sendo este a principal causa de morte na maioria dos serviços de urgência e emergência.

Objetivando aperfeiçoar a qualidade do atendimento aos pacientes com queixa de dor torácica e uniformizar as condutas diagnósticas e terapêuticas, os fluxos de atendimento devem priorizar os protocolos pensando na agilidade dos casos mais graves.

O ECG apoia tanto equipe médica como equipe de enfermagem para priorizar os casos de dor torácica e para tanto propõe-se a implantação imediata deste.

O ECG deve ser realizado 24h do dia, todos os dias da semana, para os casos de atendimento de Urgência/Emergência.

Os exames devem ser executados pelos profissionais da Assistência de Enfermagem, cabendo ao médico avaliar e interpretar os resultados, determinando a conduta a ser seguida

4.1.6 SAME –SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

O Conselho federal de Medicina na resolução nº 1.638/2002 define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É ainda instrumento para educação profissional e suporte legal quando questionamentos jurídicos e/ou processuais são feitos acerca de condutas multiprofissionais.

UPA Perimetral está totalmente informatizada. As demais unidades não possuem informatização completa. Independente disso, todos os registros devem ser realizados no Prontuário do Paciente. Neste serão registradas as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todos devidamente escritos de forma clara e precisa.

Ao final de cada atendimento, os registros devem ser assinados e carimbados pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento e irão compor o prontuário físico, organizados por ordem cronológica de ocorrência e seguirem para arquivamento.

Os prontuários devem ser arquivados em local próprio dentro do serviço e com organização que permita integridade física, sigilo de seu conteúdo, além de seu levantamento de forma ágil quando solicitado.

Sempre que solicitado, o SAME fornece cópia dos prontuários, respeitando a normatização estabelecida pela legislação vigente.

4.1.7 QUALIDADE

A Rede de Urgência e Emergência de Santo André conta como apoio de um Núcleo de Qualidade composto por um médico, um enfermeiro, dois profissionais da área administrativa e um médico auditor.

O núcleo contribui com diversas ações como o desenvolvimento e apoio de um sistema de gerenciamento de leitos online, desenvolve e implanta ferramentas da qualidade como os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), quadros de gestão a vista com a intenção de trazer mais transparência aos gestores e equipe profissional que fazem parte do quadro de colaboradores de cada Unidade de Pronto Atendimento da rede de Urgência e Emergência - UPA, além de desenvolver e aplicar treinamentos junto às equipes no Centro de Simulação Realista do SAMU.

Além dos treinamentos presenciais a equipe da qualidade desenvolve e ministra treinamentos em ambiente virtual através de vídeo aulas gravadas e aplicação de pré e pós testes.

A Fundação do ABC disponibiliza profissionais professores das especialidades da Faculdade de Medicina do ABC para contribuir com a capacitação dos profissionais da rede de urgência e emergência.

Considerando a necessidade de implantação de processos que contribuam com a melhoria na integração das diferentes áreas de saber promovendo a integralidade do cuidado de forma a produzir a gestão sistêmica e eficiente com excelência na segurança ao paciente e no uso eficiente do recurso público na organização do serviço de saúde.

A proposta de trabalho da Fundação do ABC contribuirá para a realização integrada de ações assistenciais, o aperfeiçoamento e treinamento de equipes e a cooperação com a administração municipal visando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população.

O plano de trabalho apresentado corresponde a continuidade do atendimento já realizado no SAMU

incluindo o apoio da Fundação do ABC às Ações Educativas para Comunidade realizadas pela Prefeitura Municipal de Santo André, tais como:

- Palestras sobre atendimento pré-hospitalar para empresas, escolas, creches, Conselho Municipal de Saúde e instituições diversas e comunidade em geral;
- Participação no desenvolvimento de programas preventivos junto a serviços de segurança pública e controle de trânsito;
- E outros programas sociais a serem desenvolvidos pela equipe SAMU com o apoio dos profissionais da Fundação do ABC e da Faculdade de Medicina do ABC.

4.1.8UPA SACADURA CABRAL – REDE DE VIGILÂNCIA DE INFLUENZA

A vigilância de influenza foi iniciada em 1947, com o objetivo de monitorar os vírus circulantes e fornecer informações para subsidiar as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, a Rede Global de Vigilância de Influenza da OMS (GISN, do inglês WHO Global Influenza Surveillance Network) é constituída de mais de 140 laboratórios em diferentes países, denominados Centros Nacionais de Influenza (NIC – National), além de seis Centros Colaboradores (WHO CC). No Brasil, a implantação do Sistema de Vigilância Sentinela teve início em 2000 (BARROS et al., 2004). A rede nacional de laboratórios para vigilância de influenza faz parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab) (Portaria MS/SVS nº 2.031, de 23 de setembro de 2004), e é constituída por 27 Laboratórios Estaduais Centrais de Saúde Pública (Lacen), dois Laboratórios de Referência Regional (LRR) e um Laboratório de Referência Nacional (LRN). Os LRR e LRN são responsáveis pelas análises complementares às realizadas pelos Lacens que fazem parte da sua rede de abrangência.

Para o Programa Nacional de Vigilância de Influenza, o Laboratório de Referência Nacional está localizado na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro/RJ, e os dois Laboratórios de Referência Regional estão localizados no Instituto Adolfo Lutz (IAL), em São Paulo/SP, e no Instituto Evandro Chagas (IEC), em Ananindeua/PA. Esses três laboratórios são credenciados na OMS como centros de referência para influenza (NIC, do inglês National Influenza Center), os quais fazem parte da rede global de vigilância da influenza (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os Lacens são responsáveis pela base da informação utilizada para vigilância a partir da identificação do agente etiológico, tipagem e subtipagem de vírus influenza circulantes. Esses laboratórios realizam o processamento inicial das amostras coletadas, incluindo alíquotagem, estocagem e diagnóstico laboratorial viral. Um quantitativo das amostras processadas pelos Lacens é sistematicamente enviado para os Laboratórios de Referência para realização de análises complementares. Os Laboratórios de Referência são responsáveis pela caracterização antigênica e genética dos vírus circulantes e identificação de novos subtipos, bem como o monitoramento da resistência aos antivirais. Como parte da rede global, esses laboratórios enviam, anualmente, isolados virais e amostras clínicas para o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, Atlanta, EUA), o Centro Colaborador da OMS das Américas, para subsidiar a seleção das estirpes virais para a composição da vacina anual pela OMS.

A vigilância da influenza no Brasil é baseada nas informações geradas tanto pela rede de vigilância epidemiológica quanto pela rede laboratorial (vigilância virológica) da influenza do Ministério da Saúde. Dentro dessa rede laboratorial, os Lacens são responsáveis por analisar amostras coletadas de pacientes com Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) coletadas sistematicamente, possibilitando a IEC IAL Fiocruz a identificação e a caracterização dos vírus influenza circulantes no País. Análises complementares à identificação viral, tais com caracterizações antigênicas e genéticas, além de teste de sensibilidade a antivirais e isolamento viral, são realizadas pelos Laboratórios de Referência. Os dados complementares das amostras isoladas que são enviadas pelos laboratórios de referência para o CDC, Centro Colaborador da OMS na Américas, subsidiam a tomada de decisão da composição anual da vacina contra influenza para o Hemisfério Sul. Adicionalmente, os dados gerados pela vigilância virológica são importantes para o monitoramento da evolução dos vírus influenza circulantes, assim como detecção de possíveis amostras resistentes aos antivirais e/ou amostras com potencial pandêmico. Assim, a articulação, a interação e o trabalho coordenado entre as várias instituições que fazem parte da Rede de Vigilância de Influenza do Ministério da Saúde criarão as informações necessárias para um sistema de monitoramento e vigilância de influenza eficiente no Brasil.

A UPA Sacadura Cabral faz parte da Rede de Vigilância de Influenza do Ministério da Saúde e realiza sistematicamente a coleta de 05 (cinco) amostras por semana nos pacientes com Síndrome Gripal (SG) encaminhando para o Instituto Adolfo Lutz (IAL), em São Paulo/SP.

4.1.9 CAPACITAÇÃO PARA IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO PRECOCE DA SEPSE EM PACIENTES ADULTOS

A identificação e a redução da mortalidade da sepse tornaram-se uma prioridade da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, atualmente, existem muitas evidências demonstrando que uma das medidas de maior impacto para redução dessa elevada mortalidade se dá através da construção de protocolos institucionais, incluindo um relevante papel para a administração precoce de antibióticos, assim como da coleta de exames como culturas e lactato, e a administração de fluidos para ressuscitação em pacientes com indicação (hipotensos e/ou com sinais de hipoperfusão).

Cerca de 30 a 50% dos pacientes sobreviventes de sepse têm graves comprometimentos da qualidade de vida, em domínios físicos e mentais, evidenciados por ferramentas de qualidade de vida.

O estabelecimento de protocolos, com reconhecimento precoce, e introdução de estratégias iniciais que podem melhorar o desfecho intra-hospitalar, impacta a qualidade de vida em longo prazo, uma vez que impedem o desenvolvimento ou a severidade das falências orgânicas que acompanham frequentemente a sepse. Assim, a abordagem adequada da sepse, além de diminuir a mortalidade, previne disfunções orgânicas graves, diminui custos hospitalares, e potencialmente melhora a qualidade de vida dos sobreviventes, encurtando a recuperação.

No Brasil, boa parte do atendimento de urgência/emergência se dá nas unidades de pronto-atendimento (UPA's). As UPA's fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que estrutura e organiza a Rede de Urgência e Emergência (RUE) no país.

O projeto vinculado ao PROADI SUS, tem como objetivo capacitar as equipes das UPAs para implementar e aplicar efetivamente protocolos locais que permitam aumentar o reconhecimento da sepse, seu diagnóstico e tratamento precoces, permitindo a aplicação do pacote de medidas imediatas, descritas como medidas que impactam nos desfechos clínicos dessa síndrome.

A seleção das UPA's foi feita pelo Ministério da Saúde, que também se responsabilizou pelos critérios para a definição da escolha. Projeto é uma parceria com o Ministério da Saúde e vai beneficiar 60 Unidades de Pronto Atendimento localizadas em 15 estados e no Distrito Federal. A UPA Bangu foi escolhida entre apenas três unidades do Estado de São Paulo.

Entre as medidas implantadas nas UPA's para a capacitação no reconhecimento e tratamento precoces da sepse estão o rastreamento da condição de casos suspeitos, a implementação de protocolo para administração precoce de antibióticos e o treinamento de equipe de alta performance capacitada para abordagem da sepse, por exemplo. O treinamento incluiu as medidas desejáveis (coleta de culturas, exames laboratoriais, administração de antibióticos, reconhecimento das falências orgânicas e seu tratamento) que, sabidamente, quando empregadas adequadamente, contribuem para evitar a mortalidade.

O projeto buscou através de capacitação, treinamento e implementação de protocolo de rastreamento, determinando aumento do reconhecimento dos casos, além da implementação de medidas imediatas do tratamento que determinam melhora dos desfechos, principalmente a administração de antibióticos. Baseado numa abordagem de educação, implementação do Protocolo NEWS, treinamento dos times locais, auditoria e feedback através de visitas locais e virtualmente, tomando como base o modelo de melhoria contínua do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), que consistiu em aplicação mais abrangente do sistema de conhecimento profundo de *Deming*, considerando:

- Conhecimento sistêmico do modelo (o problema dos casos de sepse que chegam nas UPA's, com dificuldade no seu reconhecimento e tratamento precoce, os gargalos para implementação das melhorias e planos de ação locais para permitir as mudanças que resultarão em melhoria);
- Pactuação do objetivo a ser atingido com o processo de melhoria decorrente de mudanças implementadas;
- Conhecimento das melhores práticas assistenciais e de estratégias junto a equipe que são os direcionadores primários e os conceitos de mudança;
- Mensuração de indicadores, reconhecimento e análise no gráfico de tendência, das variações comuns e causas especiais, decorrentes ou não de medidas de melhoria;
- Implementação de ciclos de mudanças através de PDSA's (Metodologia *Plan-Do-Study-Act*);
- Compreensão dos fatores humanos envolvidos na implementação de mudanças para melhorias.

4.1.10 PROTOCOLO NEWS (NATIONAL EARLY WARNING SCORE) OU PONTUAÇÃO NACIONAL DE AVISO PRECOCE)

✓

[Handwritten signature]

O Protocolo NEWS (*NATIONAL EARLY WARNING SCORE* ou Pontuação Nacional de Aviso Precoce), é uma escala de alerta, com base em um sistema de concessão de pontos (escores) aos padrões vitais. Tendo por principal finalidade a identificação prévia do risco de deterioração do paciente.

O método é uma versão avançada do Mews que por possuir menor sensibilidade aos problemas dos pacientes e apresentar menor eficácia, caiu em desuso.

O NEWS, tem por objetivo garantir o atendimento antecipado ao paciente por meio da identificação dos sinais de deterioração clínica. Esse procedimento cria um padrão para o atendimento de urgências e emergências em pacientes internados na unidade.

Portanto os princípios do Protocolo News são:

- Garantir a detecção antecipadamente;
- Intervenção em momento oportuno para o paciente e a qualidade da resposta clínica.

As doenças agudas de alta gravidade, no geral, alteram mais de um sistema fisiológico. Assim, a modificação de sistemas diversos repercutem na deterioração que antecede um evento grave. Por isso é importante fazer a detecção precoce por meio do sistema de pontuação (News) para evitar agravamento na situação do paciente.

O aumento do risco de mortalidade foi associado a algumas anomalias independentes:

1. Diminuição no nível de consciência;
2. Inconsciência;
3. Hipóxia (baixo teor de oxigênio nos tecidos orgânicos);
4. Taquipneia (aceleração do ritmo respiratório);
5. Hipotensão (pressão baixa).

A aplicação de um protocolo com base em pontos de anomalias frequentes em estados de possível deterioração oferece:

- Maior autonomia a enfermeiros;
- Melhora a comunicação entre os funcionários das unidades;
- Diminui o risco de paradas cardiorrespiratórias e outros eventos graves;
- Minimizar o risco de óbito;
- Ajuda na tomada de decisão frente a eventos agudos;
- Evita a deterioração clínica;
- Melhoria no atendimento ao paciente e na relação médico enfermeiro por ser um padrão pré-estabelecido.

O escore, comumente traduzido como pontos ou "Sistema de pontos" é uma ferramenta de atendimento clínico que vem ganhando muito notoriedade ao redor do mundo.

Em uma rotina hospitalar muitos pacientes durante sua internação deterioram de um quadro clínico estável para um quadro de complicações, estas muitas vezes são fatais.

A meta de programas de escores presentes no protocolo News é identificar os pacientes com antecedência.

Os pacientes apresentam "pistas", perceptíveis, horas antes do quadro se tornar muito grave.

Com base em News é possível sistematizar o reconhecimento destes sinais para se ter a chance de atuar de forma ideal.

Escore será definido pela soma das pontuações atingidas na avaliação do:

- Sensório;
- Temperatura;
- Frequência Cardíaca;
- Pressão Arterial Sistólica;
- Frequência Respiratória;
- Saturação Periférica de Oxigênio e da suplementação de O₂.

Quanto maior a pontuação atingida nos parâmetros fisiológicos, maior será a pontuação alcançada no Escore.

De acordo com a pontuação encontrada, duas ações são disparadas:

1. Definição da frequência dos controles dos sinais vitais adequada e o grau crítico do caso;
2. Comunicação aos profissionais envolvidos no atendimento do paciente para avaliação e definição de conduta.

A cada reavaliação, um novo plano de ação pode ser traçado.

Porém, o bom senso da equipe deve se adequar à situação clínica, havendo troca de informações entre a equipe médica e a equipe de enfermagem.

A comunicação entre os membros da equipe é fundamental na otimização do atendimento com a implantação de protocolo News com base em escores conforme tabela 11.




Tabela 11 – Nacional EarlyWarning Score (NEWS)

PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	3	2	1	0	1	2	3
Nível de Consciência				A			V, Dor NR
Temperatura	≥35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Frequência Cardíaca	≥40		41 -50	51 -90	91 -110	111 - 130	≥131
PA Sistólica	≥90	91-100	101 - 110	111 -219			≥220
Frequência Respiratória	≤8		9 -11	12 -20		21 -24	≥25
Saturação de Oxigênio	≤91	92-93	94 -95	≥96			
Qualquer Suplementação de O ₂		Sim		Não			

OBSERVAÇÕES: **1) Nível de consciência (AVPU): Alerta (A):** O paciente está completamente acordado (embora não necessariamente orientado). Tais pacientes terão espontaneidade na abertura dos olhos, responderá à voz (embora possa estar confuso) e terá função motora preservada. **Voz (V):** O paciente tem algum tipo de resposta quando estimulado verbalmente, podendo responder com os olhos, com a voz ou por movimentos (por exemplo, olhos do paciente abertos ao serem perguntados, "Você está bem?"). A resposta pode ser pequena, como um grunhido, um gemido ou um ligeiro movimento de um membro quando solicitado pela voz. **Dor (D):** o paciente tem resposta a um estímulo de dor. Se o paciente não está alerta e não tem resposta à voz, provavelmente exibirá resposta retirada à dor ou mesmo flexão ou extensão involuntária dos membros ao estímulo doloroso. A pessoa ao realizar a avaliação deve sempre ter cuidado e ser adequadamente treinado quando usar um estímulo de dor como método de avaliação dos níveis de consciência. **Não responde (NR):** Isso também é comumente referido como "inconsciente". Este resultado é registrado se o paciente não esboça resposta voz ou à dor pelo olhar, pela voz ou por movimento. **Obs:** **Aparência de nova confusão mental:** como indicado acima, um paciente pode estar confuso, mas alerta. Assim, a avaliação de confusão não faz parte da AVPU. No entanto, novo início ou agravamento de confusão deve sempre suscitar preocupação com causas subjacentes potencialmente graves e justificar urgentemente avaliação clínica. **2) Insuficiência Respiratória:** Pacientes com IRp Crônica, onde a suplementação de O₂ é crônica e níveis menores SpO₂ podem ser aceitos, deverão ser avaliados por especialistas, e novos critérios poderão ser definidos no escopo especificamente para o paciente em questão. Pacientes com necessidade de altas frações de O₂ e VNI apresentam risco clínico elevado e devem ser monitorados continuamente.

4.1.11 "PROJETO LEAN DAS UPAs 24h"

A ampliação diária dos casos confirmados de COVID-19 no Brasil e no mundo torna inevitável o aumento no número de atendimentos à população nas emergências do país. Considerando essa realidade, a Universidade Federal Fluminense firmou uma parceria com o Ministério da Saúde no intuito de melhorar e acelerar o atendimento em 50 Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPAs) do Brasil, através da implementação da ferramenta de gestão 'Lean Healthcare'. A escolha das UPAs beneficiadas pelo projeto foi feita a partir da situação epidemiológica dos estados, além de alguns critérios essenciais de elegibilidade como estrutura, governança institucional e características das unidades.

A iniciativa envolve pesquisadores da UFF dos seguintes cursos: Biotecnologia, Enfermagem, Engenharia Civil, Engenharia Industrial e Engenharia de Produção. O grupo também conta com a participação de três pós-doutorados da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal do Pará (UFPA), além de um especialista em apoio técnico na implantação do método.

O termo 'Lean' foi utilizado pela primeira vez no Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT/EUA) com o objetivo de descrever os passos para melhorar continuamente a eficácia de sistemas de operações e serviços através da eliminação de desperdícios e mudança de cultura.

As unidades qualificadas são dos estados do Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão e São Paulo. Oito Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) geridas pela Fundação do ABC integram atualmente o "Projeto Lean das UPAs 24h". As UPAs geridas pela FUABC em Santo André que fazem parte do projeto são: UPA Centro e UPA Jardim Santo André.

✓



A iniciativa busca tornar o atendimento mais ágil e eficiente nos serviços de emergência, especialmente em meio à pandemia de Covid-19. Com duração de seis meses, a primeira fase do projeto terminou em setembro com a conclusão das visitas técnicas. A segunda fase, de monitoramento dos resultados, teve início em setembro e tem prazo previsto de 180 dias. As unidades foram escolhidas a partir da situação epidemiológica dos estados, além de alguns critérios essenciais de elegibilidade como a estrutura, governança institucional e características da emergência com a prioridade estratégica. O projeto é realizado com foco no cumprimento de três metas: apoio ao desenvolvimento de habilidades organizacional e assistencial; apoio no uso de ferramentas e na condução de equipes para mudanças e reorganização de processos; e monitoramento e apresentação de resultados.

4.2SAMU

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgências situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras.

O Ministério da Saúde vem concentrando esforços no sentido de implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências, da qual o SAMU é componente fundamental. Tal política prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

O SAMU 192 realiza os atendimentos em qualquer lugar e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.

Assim como a UPA 24h, o SAMU 192 é um serviço que funciona 24 horas através do número 192 e todas as ligações são reguladas por um médico.

O SAMU 192 é composto por:

- **SBV (Suporte Básico de Vida):** composta por condutor socorrista e técnico e/ou auxiliar de enfermagem;
- **Motolâncias:** composta por dois técnicos de enfermagem;
- **SIV (Suporte Intermediário de Vida):** composta por dois enfermeiros ou um enfermeiro, um técnico e/ou auxiliar de enfermagem e um condutor socorrista;
- **USA (Unidade de Suporte Avançado):** composta por um condutor socorrista, um enfermeiro e um médico.

As Unidades de Suporte Básico de Vida (SBV) e as Motolâncias são preparadas para os atendimentos de baixa e média complexidade. Já as Unidades de Suporte Intermediário (SIV) e as Unidades de Suporte Avançado (USA) são preparadas para o atendimento de todos os procedimentos de urgências graves.

O SAMU 192 de Santo André, precisamente no componente de atendimento móvel pré-hospitalar, possui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de forma municipal com a população total de 716.109 habitantes (IBGE 2018). Esse serviço está devidamente habilitado no Ministério da Saúde pelo nº do CNES 5675219 e disponibiliza atendimento 24 horas/dia, todos os dias da semana, ininterruptamente.

O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, contando com as Centrais de Regulação, profissionais e veículos de salvamento.

As ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso.

As unidades móveis podem ser ambulâncias ou motolâncias, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível.

O SAMU 192 do Município de Santo André conta com 14 (quatorze) Unidades de Suporte Básico de Vida (SBV), 03 (três) Unidades de Suporte Avançado (USA), 02 (duas) Motolâncias. Estes veículos estão descentralizados nos limites territoriais do município de acordo com o melhor acesso para o alcance do tempo resposta adequado aos atendimentos.

4.2.1CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA E TRANSPORTE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento do SAMU 192 começa a partir do chamado telefônico, quando são prestadas orientações sobre as primeiras ações.

O Município de Santo André tem a estrutura de atendimento do SAMU e sua Central de Regulação

inserida junto ao COI - Centro de operações Integradas de Santo André nas instalações da prefeitura Municipal, com videomonitoramento em tempo real.

O local conta com o compartilhamento de imagens de mais de 300 câmeras integra de diversos setores, como trânsito, mobilidade urbana e segurança pública, está localizado no terceiro andar do prédio do Executivo de Santo André e conta com uma central com imagens geradas pela Guarda Civil Municipal, Departamento de Engenharia de Tráfego, Defesa Civil, Polícia Militar, SATrans e Samu.

Essa integração favorece um atendimento mais rápido de ocorrências e proporciona um caráter preventivo na segurança, com o uso das imagens para auxiliar em investigações.

No caso de algum acidente ou ocorrência policial, as áreas já estão integradas no mesmo local, compartilhando da mesma tecnologia para poder resolver o problema de forma mais eficiente.

A ligação para o SAMU é gratuita, para telefones fixo e móvel.

Os técnicos do atendimento telefônico que identificam a emergência e coletam as primeiras informações sobre as vítimas e sua localização. Em seguida, as chamadas são remetidas ao Médico Regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxílio de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade.

A central de regulação médica tem como objetivos:

- Assegurar a escuta médica permanente para as urgências, através da Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando número exclusivo e gratuito;
- Operacionalizar o sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, através de orientação ou pelo envio de equipes, visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
- Realizar a coordenação, a regulação e a supervisão médica, direta ou à distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- 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 ambulatório ou hospital;
- 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;
- Regular e organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito macrorregional e estadual, ativando equipes apropriadas para as transferências de pacientes;
- Participar dos planos de organização de socorros em caso de desastres ou eventos com múltiplas vítimas, tipo acidente aéreo, ferroviário, inundações, terremotos, explosões, intoxicações coletivas, acidentes químicos ou de radiações ionizantes, e demais situações de catástrofes;
- Manter, diariamente, informação atualizada dos recursos disponíveis para o atendimento às urgências;
- Prover banco de dados e estatísticos atualizados no que diz respeito a atendimentos de urgência, a dados médicos e a dados de situações de crise e de transferência inter-hospitalar de pacientes graves, bem como de dados administrativos;
- Realizar relatórios mensais e anuais sobre os atendimentos de urgência, transferências inter-hospitalares de pacientes graves e recursos disponíveis na rede de saúde para o atendimento às urgências;
- 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 da saúde e de outros setores, como trânsito, planejamento urbano, educação dentre outros.
- Participar da educação sanitária, proporcionando cursos de primeiros socorros à comunidade, e de suporte básico de vida aos serviços e organizações que atuam em urgências;
- Estabelecer regras para o funcionamento das centrais regionais.

O SAMU 192 é responsável pelo componente da Regulação dos Atendimentos de Urgência, pelo Pré-Hospitalar do Sistema de Urgência e pelas transferências de pacientes graves. Faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de atender, dentro da região de abrangência todo enfermo, ferido ou parturiente em situação de urgência ou emergência e transportá-los com segurança e acompanhamento de profissionais da saúde até o nível hospitalar do Sistema. Além disto, promove, através da Central de Regulação Médica das Urgências, as transferências inter-hospitalares de pacientes graves, promovendo a ativação das equipes apropriadas a transferência do paciente.

4.2.20 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Tem como atribuições:

- I - Desencadeamento em tempo mínimo, de resposta a mais adaptada possível à natureza do chamado, em função de sua gravidade, de acordo com as informações recebidas e os recursos disponíveis;
- II - Envio ao local do chamado (Via Pública, Domicílio, Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, etc.) de profissionais treinados e ambulâncias equipadas de acordo com a complexidade do caso, para que possam fornecer no próprio local e/ou durante transporte, desde orientações, manobras básicas de manutenção da vida, administração de medicamentos, soluções venosas, até monitoramento cardíaco, desfibrilação e ventilação mecânica;
- III - Solicitação de apoio a bombeiros, polícia militar, defesa civil e instituições afins, sempre que necessário;
- IV - Desenvolvimento de atividades educativas junto à população leiga e segmentos específicos da sociedade;
- V - Desenvolvimento de atividades preventivas, indicando áreas de risco e alterações no perfil epidemiológico do município.

4.2.2.1 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

O SAMU é composto das seguintes equipes:

- I - Equipe da Central de Regulação:
 - a) Médicos reguladores
 - b) Técnicos auxiliares de regulação médica (TARM's)
 - c) Controladores de Frota (Radioperadores)
- II - Equipe das Unidades de Suporte Avançado:
 - a) Médico
 - b) Enfermeiro
 - c) Condutor - Socorrista
- III - Equipes das Unidades Móveis de Suporte Básico:
 - a) Técnico de Enfermagem
 - b) Condutor - Socorrista

4.3 PROTOCOLOS

PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Protocolos clínicos são instrumentos que promovem a padronização das condutas médicas, isso é, auxiliam na uniformização dos tipos de tratamento para determinados diagnósticos. Eles organizam e facilitam a tomada de decisões da gestão do atendimento pré-hospitalar, tanto do ponto de vista da assistência quanto do backoffice. Esse conceito, quando bem usado e aliado a outras estratégias, apresenta ganhos quantitativos e qualitativos na eficácia dos tratamentos. Também amplia a segurança do paciente e diminui o risco de erros e eventos adversos.

Atendendo as normativas do Ministério da Saúde através do manual de diretrizes clínicas e terapêuticas em consonância com a sociedade de especialistas utilizaremos os protocolos abaixo descritos por área.

PROTOCOLOS SBV EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

- Avaliação primária do paciente (agravo clínico);
 - Avaliação secundária do paciente (agravo clínico);
 - OVACE – Obstrução de vias aéreas por corpo estranho;
 - Parada respiratória no adulto BC5 PCR e RCP – Guidelines AHA 2015;
 - Interrupção da RCP BC7 Cuidados pós-RCP no adulto;
 - Decisão de não ressuscitação;
- ✓
- [Handwritten signature]*



- Algoritmo geral de PCR-RCP SBV – Guidelines AHA 2015;
- Insuficiência respiratória do adulto;
- Choque;
- Dor torácica não traumática;
- Crise hipertensiva;
- AVC - Acidente vascular cerebral;
- Inconsciência;
- Crise convulsiva no adulto;
- Hipotermia;
- Hiperglicemia;
- Hipoglicemia;
- Dor abdominal não traumática;
- HDA - Hemorragia digestiva alta;
- HDB - Hemorragia digestiva baixa;
- Reação alérgica-Anafilaxia;
- Epistaxe;
- Hemoptise;
- Manejo da dor no adulto;
- Cólica nefrética;
- Manejo da crise em saúde mental;
- Agitação e situação de violência.

PROTOSCOLOS SBV EMERGENCIAS TRAUMATICAS

- Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
- Avaliação secundária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada;
- Avaliação da cinemática do trauma (Padrão básico de lesões);
- Choque;
- Trauma cranioencefálico;
- Trauma de face;
- Trauma ocular;
- Pneumotórax aberto - Ferimento aberto no tórax;
- TAA - Trauma abdominal aberto;
- TAF - Trauma abdominal fechado;
- TRM - Trauma raquimedular;
- Trauma de membros superiores e inferiores;
- Fratura exposta de extremidades;
- Amputação traumática;
- Trauma de pelve;
- Síndrome do esmagamento;
- Síndrome compartimental;
- Queimadura térmica (calor).

PROTOSCOLOS DE PROCEDIMENTOS EM SBV

- Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: abertura manual das vias aéreas;
- Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: aspiração;
- Técnicas básicas de manejo de vias aéreas: cânula orofaríngea (COF);
- Dispositivos para oxigenoterapia: Cateter de oxigênio;
- Dispositivos para oxigenoterapia: máscara facial não-reinalante com reservatório;
- Dispositivos para oxigenoterapia: Máscara de Venturi;
- Oximetria;
- Controle de hemorragias: compressão direta da lesão;
- Controle de hemorragias: torniquete;
- Aferição de sinais vitais: pressão arterial;
- Aferição de sinais vitais: frequência cardíaca;
- Aferição de sinais vitais: frequência respiratória;
- Aferição de sinais vitais: temperatura;

5

- Escala de Coma de Glasgow;
- Escala pré-hospitalar de AVC de Cincinnati;
- Avaliação da glicemia capilar;
- Colocação do colar cervical;
- Imobilização sentada – Dispositivo tipo colete (KEO);
- Retirada de pacientes: retirada rápida (1 ou 2 profissionais);
- Retirada de paciente: Retirada rápida (3 profissionais);
- Remoção de capacete;
- Rolamento em bloco 90°;
- Rolamento em bloco 180°;
- Pranchamento em pé (3 profissionais);
- Pranchamento em pé (2 profissionais);
- Técnica de acesso venoso periférico;
- Contenção Física;
- AVDI.

PROTOCOLO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), acolhem os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica, com acesso telefônico gratuito, pelo número nacional 192, de uso exclusivo das Centrais de Regulação Médica de Urgências do SAMU, de acordo com Decreto da Presidência da República n.º 5.055, de 27 de Abril de 2004 (BRASIL, 2004c).

Após o acolhimento e identificação dos chamados, as solicitações são julgadas pelo médico regulador que classifica o nível de urgência de cada uma e define qual o recurso necessário ao seu adequado atendimento, o que pode envolver desde um simples conselho médico até o envio de uma Unidade de Suporte Avançado de Vida ao local ou, inclusive, o acionamento de outros meios de apoio, se julgar necessário. Após a avaliação no local, caso o paciente necessite de retaguarda, o mesmo será transportado de forma segura, até aqueles serviços de saúde que possam melhor atender cada paciente naquele momento, respondendo de forma resolutiva às suas necessidades e garantindo a continuidade da atenção inicialmente prestada pelo SAMU. Por sua atuação, o SAMU constitui-se num importante elo entre os diferentes níveis de atenção do Sistema.

O SAMU 192 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências do Ministério da Saúde, e tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS. Suas diretrizes são: a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito. A política tem como foco grandes ações:

- Organizar o atendimento de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e nas equipes do Programa Saúde da Família;
- Estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU 192);
- Reorganizar as grandes urgências e os pronto socorros em hospitais;
- Criar a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências;

Serão garantidos todos os protocolos de suporte avançado de vida, abaixo segue relacionados:

- Fluxograma para PCR em adultos do ILCOR/ AHA;
- Parada Cardíaca em Adulto – ILCOR / AHA;
- PCR por FV ou TVSP – Adulto;
- PCR – AESP – Adulto;
- PCR - Assistolia – Adulto;
- PCR – Interrupção da PCR;
- PCR – criança de 1 mês a 7 anos;
- Reanimação do RN;
- Emergências clínicas – Crise Asmática no Adulto;
- Emergências Clínicas – Edema Agudo de pulmão (EAP);
- Atendimento cardiovascular de urgência em adultos;
- Emergências Clínicas – Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
- Emergências Clínicas – Crise convulsivas no adulto;
- Emergências Clínicas – Acidente Vascular Cerebral – AVC;
- Emergências Clínicas – Crise Hipertensiva;
- Emergências Clínicas – Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC;

- Emergências Clínicas – Hipotermia;
- Emergências Clínicas – reação anafilática no adulto;
- Emergências Clínicas – Cólica Nefrítica no Adulto;
- Emergências Clínicas – Intoxicação Alcoólica Aguda;
- Emergências Clínicas – Hiperglicemia;
- Emergências Clínicas – Intoxicação por Monóxido de Carbono (CO2);
- Fluxograma do SBV pediátrico – criança de 1 mês a 7 anos;
- Emergências Pediátricas – Parâmetros Pediátricos;
- Emergências Pediátricas – Escala de Coma de Glasgow;
- Emergências Pediátricas – Reação Anafilática;
- Emergências Pediátricas – Febre;
- Emergências Pediátricas – Vômitos;
- Emergências Pediátricas – Crise Convulsivas;
- Emergências Pediátricas – Crise Asmática;
- Emergências Pediátricas – Laringotraqueíte Aguda;
- Quase afogamento;
- Analgesia;
- Sedação;
- Cinemática do Trauma;
- Lesão Cerebral Traumática – TCE (Traumatismo Cranioencefálico);
- Trauma de Face;
- Trauma Ocular;
- Trauma de Tórax;
- Trauma de tórax – Rotura de laringe, traqueia ou Brônquios;
- Trauma de Tórax – Pneumotórax Aberto;
- Trauma de Tórax – Pneumotórax Hipertensivo;
- Trauma de Tórax – Hemotórax;
- Trauma de Tórax – Tamponamento Cardíaco;
- Trauma de Tórax – Contusão Miocárdica;
- Trauma de Tórax – Rotura de Diafragma;
- Trauma de Tórax – Rotura de Aorta;
- Trauma Abdominal Fechado;
- Trauma Abdominal Penetrante;
- Lesão do Aparelho Locomotor – Coluna;
- Lesão do Aparelho Locomotor – Extremidades;
- Lesão do Aparelho Locomotor – Fraturas Expostas e Amputação;
- Queimaduras;
- Emergências Obstétricas – Trabalho de Parto;
- Emergências Obstétricas – Trauma na Gestante;
- Emergências Obstétricas – Síndrome Hemorrágica;
- Emergências Obstétricas – Síndrome Hipertensiva;
- Calamidades e Acidentes de Grandes Proporções;
- Atendimento a Múltiplas Vítimas;
- Atendimento a Múltiplas Vítimas – START;
- Óbito no APH;
- Colocação de KED em vítima sentada.

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO MÉDICA

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

A Central SAMU 192, tem como papel fundamental organizar a relação entre os vários serviços, identificando a demanda, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e gerando uma porta de comunicação ao público em geral. Através do número nacional de atenção às urgências (192), as



solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e atendidas por ordem de prioridade, de acordo com as decisões do médico regulador. O sistema deve ser capaz de acolher de forma humanizada qualquer usuário, prestando-lhe atendimento e redirecionando 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, de procedimentos de alta complexidade, de exames complementares, de consultas especializadas, Corpo de Bombeiros e concessionárias de rodovias) a assistência ao usuário é garantida de forma integral. Para o excelente funcionamento do serviço, o SAMU 192, deve contar com rede PACTUADA e HIERARQUIZADA de forma resolutive, com atribuições formais de responsabilidades, adensamento tecnológico e 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. A inteligência é um dos princípios que norteiam o ato médico de regular, diferenciando nosso serviço de centrais de despacho automatizadas e burocratizadas. A regulação médica das urgências deve ser permeada por um conceito ampliado de urgência e emergência, não limitado unicamente a conceitos teóricos pré-estabelecidos, utilizando-se de técnicas específicas e bom senso, para saber considerar questões políticas, sociais e circunstanciais que envolvem este tipo de trabalho, que não poderá jamais ser plenamente "protocolizado".

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas em portarias e pactuações e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutive previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas, sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

Assim, para que a Rede ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) após avaliação do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, evidencia-se que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados a alta morbimortalidade de doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e o Acidente Vascular Cerebral - AVC, além do aumento relativo às violências e aos acidentes de trânsito.

Desta forma, a Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção.

4.4 ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS PELA FUABC

A FUABC atuará de forma complementar na rede de Urgência e Emergência por meio da contratação de recursos humanos para o desenvolvimento das ações, podendo, em caráter excepcional e desde que apresentada justificativa técnica, contratar profissionais de atividade-fim mediante credenciamento ou por meio de pessoa jurídica em funcionamento regular.

A FUABC irá ainda disponibilizar manutenção de equipamentos, limpeza, lavanderia, serviço de rede de gases, conservação predial e serviço de apoio diagnóstico (análises clínicas), visando ao pleno funcionamento das atividades, conforme diretrizes da Secretaria de Saúde. Além de aquisições de material de consumo (escritório, médico, hospitalar e enfermagem) e permanentes (escritório, médico, hospitalar) necessários à realização das ações de assistência a saúde.

4.5 SERVIÇO DE APOIO - ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Os serviços de apoio serão disponibilizados pela Fundação do ABC para plena operação da unidade hospitalar. Tais atividades deverão ser desenvolvidas em absoluto alinhamento com as legislações

vigentes, bem como com as melhores práticas preconizadas. São eles:

- Serviço de limpeza hospitalar;
- Serviço de rouparia e lavanderia hospitalar;
- Serviços de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, ar-condicionado; rede de gases, rede de lógica, geradores e cabines primárias;
- Serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitais;
- Locação de equipamentos.

4.6 OUTROS SERVIÇOS

Visando o desenvolvimento do atendimento nas unidades apresentadas, a Fundação do ABC apresentará os serviços de apoio de acordo com especificidade de cada serviço.

4.6.1 SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÕES

O Serviço de Controle de Infecção é o núcleo que atua de forma ativa na prevenção e controle de infecções na unidade; tem como objetivo elaborar e instituir medidas para redução da incidência e gravidade dessas enfermidades.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de assessoria à direção do hospital e seus membros consultores e executores deverão cumprir integralmente as determinações da Portaria do Ministério da Saúde.

O SCIH deverá planejar, executar e avaliar o programa de controle de infecção da unidade, manter vigilância epidemiológica das infecções, realizar investigações de casos e surtos e implementar medidas de controle, estipular e supervisionar medidas de precauções e isolamentos, realizar educação continuada, elaborar e divulgar relatórios.

A SCIH terá como principais atividades a coleta de dados; a busca ativa; análise de culturas positivas de material biológico; avaliação dos procedimentos de assepsia e antisepsia; controle de antimicrobianos; visitas diárias às Unidades de Terapia Intensiva e periódicas às demais unidades. Através dessas atividades será possível definir limites endêmicos de infecções para cada unidade, originando taxas de infecções mensal e anual.

Deverá possuir manuais de normas, rotinas e procedimentos (POP) documentados, atualizados e disponíveis, referentes ao controle de infecções, o serviço realiza ações sistemáticas e contínuas de vigilância epidemiológica e de monitorização, bem como estatísticas básicas das atividades e indicadores. Estabelecer normas específicas para áreas críticas, precauções padrão, e rotinas de isolamento, possuir sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos de controle de infecção, conforme legislação vigente.

O SCIH através das ações dentro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, padroniza o uso racional de antimicrobianos conforme perfil da instituição.

Planejar, promover, divulgar e monitorar ações de prevenção e controle de infecção e biossegurança, com base em evidências científicas. Estabelecer programa de capacitação para higienização das mãos.

Assessorar tecnicamente as medidas de controle para qualidade da água, higienização do ambiente, situações de reforma, elaborar e implantar o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) e o Serviço de Processamento de Esterilização quanto a prática de limpeza e desinfecção de instrumentais e materiais médico-hospitalar.

4.6.2 SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO

O serviço assegura a limpeza e higienização das áreas críticas, semi-críticas e não críticas da unidade de saúde, proporcionando um ambiente seguro para a prática assistencial.

O serviço realiza a remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente organizacional, mediante a utilização de processo mecânico e químico. Segue normas técnicas para o tratamento e destinação dos resíduos coletados. Atua de forma conjunta com a Comissão de Controle de Infecção (CCIH) e de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) para a elaboração e supervisão de normas e rotinas de limpeza e desinfecção.

O serviço conta com utilização de manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, onde deverão constar os processos de trabalho, com fluxos de atividades diárias e higienização de todas as áreas da instituição. Apresenta sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos.

O serviço também deve:

- Planejar as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a

execução dos processos de trabalho de forma segura;

- Cumprir os critérios e procedimentos de segurança de utilização de equipamentos e de materiais;
- Cumprir os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança;
- Cumprir as determinações do gerenciamento de resíduos;
- Realizar educação permanente.

5.6.3 SERVIÇO DE CONTROLE DE PRAGAS URBANAS

As pragas Urbanas são animais que infestam ambientes podendo causar agravos à saúde e/ou prejuízos econômicos. Os Serviços de Controle de Pragas Urbanas são ações preventivas e corretivas destinadas a impedir que vetores e as pragas ambientais possam gerar problemas significativos aos colaboradores e pacientes da unidade de saúde.

O controle de pragas e de micro-organismos é realizado por empresas especializadas e deve seguir as normas estabelecidas pela ANVISA, constadas na RDC nº 52/2009. Dentre as exigências da ANVISA, destaca-se a obrigação da empresa que presta esse serviço de garantir o mínimo impacto ambiental, a saúde do consumidor e do aplicador dos desinfetantes domissanitários (inseticidas, rodenticidas e repelentes), que devem ser devidamente registrados no Ministério da Saúde, para controle de insetos, roedores e de outros animais, observadas as restrições de uso e segurança durante a sua aplicação e tendo um responsável técnico habilitado.

O controle de pragas em hospitais deve ser monitorado e realizado frequentemente para evitar proliferação de insetos ou ratos no local. Esses animais podem ser importantes veiculadores de fungos e bactérias resistentes a vários antibióticos e, nos piores casos de infestação, podem resultar em infecções hospitalares de grande porte.

Um conjunto de situações favorece a entrada, instalação, reprodução e proliferação dessas pragas nas unidades de saúde:

- Elevado fluxo de pessoal (pacientes, visitantes, equipe de saúde, funcionários em geral);
- Entrada de alimentos e de materiais diversos, geralmente embalados em caixas de papelão, onde também muitas vezes são armazenados;
- Janelas e portas sem a devida proteção, ou permanentemente abertas;
- Práticas de alimentação inadequadas, com geração de resíduos mal acondicionados e em vários locais do hospital;
- Presença de goteiras, infiltrações, águas empoçadas, além de tubulação de águas pluviais e bueiros mal conservados;
- Má conservação ou manutenção de ralos permanentemente abertos;
- Déficit de manutenção de superfícies, com pintura danificada, frestas e rachaduras;
- Espelhos de interruptores e tomadas ausentes ou danificados;
- Manutenção inadequada de ambientes e compartimentos em geral (galerias, "shafts", caixas de força, depósitos, arquivos);
- Depósito de material, inservível ou não, de forma inadequada e desnecessária;
- Acondicionamento, transporte e destinação inadequados de resíduos;
- Limpeza ou higienização insuficientes;
- Proximidade de áreas verdes, com vegetação atrativa a insetos e outros animais.

Diariamente, é preciso que haja na unidade um controlador de pragas treinado e orientado para exercer ação preventiva, além dos serviços de rotina. Mensalmente, áreas críticas como cozinhas, copas, despensas, almoxarifados e rede de esgoto devem ser dedetizadas.

Mensalmente, áreas de cuidados de pacientes, como enfermarias, apartamentos, centros cirúrgicos, CTI's, UTIs, prontos-socorros e consultórios médicos devem ser inspecionados, sendo recomendado pela vigilância sanitária que haja desinsetização, com uma periodicidade. Os setores administrativos devem passar por inspeção a cada três meses.

Todos os procedimentos operacionais devem ser realizados por profissionais treinados e uniformizados, com equipamentos de segurança adequados. O agendamento da desinsetização (dedetização) é necessário para garantir o isolamento do local, evitando contaminação de funcionários e pacientes.

Certas medidas devem ser tomadas a fim de garantir a segurança de todas as pessoas envolvidas ativa ou passivamente no processo:

- Ações de controle químico devem ser do conhecimento da Coordenação/gerência da unidade, que por sua vez informará aos setores/unidades o horário e os locais a serem dedetizados;



1627

- Seguir sempre orientações de responsável técnico legalmente habilitado, disponibilizado por meio do contrato com empresa de limpeza e higienização, que definirá o melhor produto dentro do princípio de evitar qualquer dano à saúde das pessoas, usuários ou profissionais;
- Qualquer ação de controle químico deve estar respaldada em normas e rotinas técnicas, inclusive consultando a Gerência de Controle de Zoonose em caso de dúvidas;
- É indispensável a prescrição do produto em formulário próprio com o devido detalhamento do processo de aplicação pelo referido responsável técnico;
- O profissional que faz a preparação e a aplicação do produto deve estar habilitado por meio de treinamentos e certificações legalmente definidos. Os produtos devem ser manipulados e/ou aplicados com uso de equipamentos de proteção individual adequados para o processo químico empregado.

Deverá ser realizada uma avaliação previa, que determinara as pragas a serem controladas, bem como o trabalho a ser realizado, os produtos a serem empregados e os métodos de aplicação a serem utilizados.

Na execução do serviço de desinsetização e descupinização, a Empresa Controladora de Vetores e Pragas Urbanas deverá adotar as medidas necessárias para minimizar o impacto ambiental, considerando:

- Áreas de preservação ambiental.
- Áreas de mananciais.
- Áreas onde há tratamento de esgoto individual, utilizando fossas sépticas.

4.6.4 SERVIÇO DE ESTERELIZAÇÃO

Algumas unidades possuem destinado a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e insumos que se fizerem necessários, para realização de procedimentos.

Este setor denominado como Central de Materiais e Esterilização (CME) assegura a disponibilização de instrumentais médico-hospitalares em condições de uso, permitindo a continuidade do cuidado.

O Serviço contará com protocolos e manuais, obedecendo a fiscalização sanitária do município e indicações dos fabricantes dos materiais, no tocante a eliminar qualquer risco de infecção cruzada, garantindo assim a segurança total na assistência aos pacientes que necessitarem de procedimentos invasivos ou não.

A área física da CME deve permitir o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

Dispor de área de circulação restrita, sob supervisão de um responsável técnico, contar com pessoal habilitado para realizar o preparo e a esterilização de todos os materiais, contar com equipamentos correspondentes ao modelo assistencial e a complexidade da unidade de saúde, sendo realizado controle biológico dos processos.

Os colaboradores devem trabalhar de forma uniformizada, seguindo normativas estabelecidas buscando qualificar os processos, voltados para a continuidade de cuidados e seguimento de casos e assim aprimorar os serviços fornecidos aos clientes/pacientes.

É necessário a utilização dos manuais de normas, rotinas e procedimentos (POP) documentados, atualizados e disponíveis, voltados para orientação dos processos, sendo estabelecidos por meio desses o fluxo do processo de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, monitoramento e registros de controle do ciclo de esterilização por lotes, sistema de controle de estoque ou inventário de materiais, dentre outros processos. Também possui estatísticas básicas e indicadores de desempenho que permitem aferição de resultados e melhoria de processos.

De acordo com a estrutura local, as áreas serão preparadas de forma diferenciada e separadas por barreira física e mecanismos adequados de comunicação entre as áreas e com o exterior, apresentando equipamentos e instalações adequadas às necessidades do serviço.

O serviço apresenta sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos, concorre a manutenção preventiva dos equipamentos contemplada conforme definição contratual.

O serviço deverá ainda:

- Cumprir os critérios e procedimentos de segurança para a utilização de equipamentos.
- Cumprir os critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais.
- Cumprir com os protocolos de prevenção e controle de infecção e biosegurança.
- Cumprir com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.

- Documentar o processo de esterilização de forma a garantir a rastreabilidade de cada lote processado.
- Dispor de procedimento para o transporte seguro de instrumental e material médico.

4.6.5 SERVIÇOS DE ROUPARIA E LAVANDERIA COM FORNECIMENTO DE ENXOVAL

Trata-se de atividades voltadas a separação, lavagem, secagem, classificação, reparação, distribuição e armazenamento da roupa, segurando a disponibilização de roupas às áreas.

O serviço de Rouparia e Lavanderia atenderá toda questão relacionada a enxoval na unidade, garantindo assistência plena ao paciente, através de protocolos com definições de necessidades a depender da avaliação de fluxos e demandas diárias.

O serviço deverá:

- Dispor de mecanismos de controle para atendimento de demanda da unidade.
- Cumprir com os protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança, com base em diretrizes e evidências científicas.
- Cumprir com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos.
- Dispor de plano de contingência para atender a situações de emergências.
- Estabelecer procedimentos e treinamento desde a coleta de roupa suja até a distribuição de roupa limpa.

4.6.6 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Serviço de nutrição e dietética, disponibilizando refeições aos usuários e acompanhantes que estiverem nos leitos de observação/UTI (de acordo com o perfil da unidade).

O serviço de nutrição corresponde à oferta de alimentos, nutricionalmente balanceados, e dietas adequadas às necessidades específicas de cada paciente, bem como educação nutricional. Estabelece relação de dietas básicas para as patologias de maior prevalência, com prescrições dietéticas e cardápios diários.

- Dieta para diabético
- Dieta hipossódica
- Dieta laxativa
- Dieta nasocentral

4.6.7 FARMÁCIA E ALMOXARIFADO

A farmácia é a unidade de apoio de assistência técnico-administrativa, dirigida por profissional farmacêutico, integrada, funcionalmente e hierarquicamente, às atividades hospitalares (Resolução n.º 300 CFF). As ações devem ser prestadas a uma unidade clínica e, portanto, voltadas ao usuário, sendo assim, além de fornecer medicamentos deve acompanhar sua correta utilização e seus efeitos.

A gestão é focada em prestar assistência farmacêutica com capacidade de formular, implementar e acompanhar o planejamento organizacional. Elaborar e revisar os Manuais de Procedimentos (POP), bem como protocolos clínicos, estatísticas e indicadores. Utilizar-se de estudos de fármaco-economia para apoiar o desempenho financeiro/orçamentário. Participar das comissões das unidades vinculadas à farmácia. Trabalha em consonância com o SCHI na normatização e dispensação do uso terapêutico e profilático de antibióticos.

O farmacêutico é o profissional responsável técnico do setor, sendo habilitado para acompanhar e orientar a equipe sobre todas ações e processos do ciclo de assistência farmacêutica (seleção, aquisição, recebimento, armazenamento, movimentação, distribuição, dispensação e organização dos medicamentos).

Dose Unitária, esse é um sistema que reduz o risco de erros na dispensação, pois neles os medicamentos são dispensados através da prescrição médica, sendo separados pelo farmacêutico e identificado com o nome do paciente, número do leito em que se encontra e horário da administração.

A implantação desse serviço, se dá a partir da análise de necessidade e adequação do espaço para atender as normas e legislação vigentes.

O controle de medicamentos de alto custo, é realizado através de dispensação por prescrição médica com o anexo do relatório médico que deve ser autorizado pelo diretor/coordenador clínico, para evitar desperdício e desvio da medicação prescrita aos pacientes. Toda medicação utilizada deve ser apresentada através da curva ABC nas reuniões de comissão de Farmácia e CCIH, onde são analisadas o consumo mensal e medicações utilizadas, essas comissões são responsáveis por averiguar se há excesso de consumo e conscientizar os médicos quanto a sua utilização através de orientações do setor de CCIH.

Os medicamentos controlados devem ser armazenados em local fechado e ventilado e seu controle ser

através de livro de Psicotrópicos onde são anotados todos os medicamentos dispensados, relacionando o nome do paciente, nome do médico, data, horário, nome do medicamento, lote e validade.

São realizadas reuniões periódicas para discussão dos resultados obtidos em equipe multiprofissional. O almoxarifado faz parte do Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento, pois envolve uma ação técnica especializada, mas que também se diferencia por envolver processos de abastecimento, fornecimento, estocagem, produção e/ou serviços técnicos especializados de apoio e ação assistencial e as equipes profissionais que realizam a assistência.

Seguem alguns protocolos que devem ser implantados para garantia da qualidade no controle e dispensação de medicamentos. Rotina de análise e gerenciamento de indicadores

- Rotina de protocolo de documentos;
- Rotina de recebimento de prescrições médicas;
- Rotina de triagem das prescrições médicas;
- Rotina de dispensação de receituários da portaria 344/98 – ambulatório;
- Dispensação de psicotrópicos;
- Escrituração e controle de psicotrópico;
- Dispensação de materiais;
- Dispensação de materiais as unidades de internação;
- Dispensação de medicamentos prescritos para as unidades de internação;
- Medicamentos e materiais do carrinho de parada;
- Temperatura ambiente da unidade de farmácia;
- Temperatura refrigerador;
- Temperatura de armazenamento de medicamentos termolábeis e imunobiológicos;
- Higienização de refrigeradores;
- Caixa térmica para transporte;
- Separação de materiais para cirurgias;
- Controle de estoque de medicamentos termolábeis e imunobiológicos;
- Rastreabilidade de medicamento quando o paciente ou cuidador trazem para o hospital;
- Disponibilização de antimicrobiano;
- Disponibilização de medicamento antirretroviral;
- Disponibilização de imunobiológicos;
- Preparo e fracionamento de insumos farmacêuticos;
- Higienização dos bins;
- Fornecimento de medicamentos e insumos para as unidades;
- Interações fármaco x fármaco;
- Interações fármaco x nutriente;
- Seguimento farmacoterapêutico;
- Qualidade de materiais médico-hospitalares;
- Controle de estoques.

4.6.8 SERVIÇO DE PORTARIA E SEGURANÇA PATRIMONIAL

Os Serviços de Controladoria e Segurança compreenderão o controle do acesso em todas as entradas e saídas, assim como a preservação do equipamento predial e o bem-estar dos usuários e funcionários registrando e controlando diariamente todas as ocorrências, de acordo com o horário de funcionamento da unidade.

O Serviço tem por finalidade garantir a integridade dos usuários e colaboradores, através de infraestrutura adequada e procedimentos de prevenção de acidentes, sinistros, violência e riscos para a clientela e circundantes. Abrangendo segurança social, predial, equipamentos e tecnológica da instituição.

Dispõe de manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis a todos funcionários, onde são descritos os processos de segurança, realizados pelo serviço bem como, condutas, regras de segurança e orientações aos usuários e colaboradores.

Nas atividades de segurança são contempladas atividades de sinalização de saídas de emergência, situação dos extintores de incêndio (localização adequada, validade de suas cargas e manutenção), identificação dos serviços de obras e atividades de manutenção, sinalização em situações de emergência.

Para executar com qualidade e eficiência o serviço de controle de acesso, são observadas questões como compatibilidade de pessoal versus o fluxo de pessoas, períodos/dias de picos de atendimento,

tempo de cadastro para visitantes na recepção, capacidade de fluxo de pessoas por área, pontos de controle (recursos humanos/eletrônico) em ambientes programados, definição de grupos de usuários para cada categoria de acesso, horários para permissão de acesso.

4.6.9 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Atividades destinadas à gestão do parque tecnológico da unidade durante o seu ciclo de vida. Contempla o planejamento, especificação, seleção, recebimento, teste de aceitação, capacitação, instalação, operação, manutenção e desativação de equipamentos de suporte para assistência.

A Engenharia Clínica é o setor responsável pela gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas. Esses equipamentos terão um cronograma de manutenção preventiva e um plano de ação para manutenção corretiva.

A manutenção tem como objetivo reduzir paradas de equipamentos, aumento da vida útil, desempenho, segurança e consequentemente a redução de custo referente a uma manutenção corretiva imediata e sem programação.

A manutenção preventiva consiste em visitas programadas de técnicos para manter os equipamentos dentro das condições de utilização, com o objetivo de reduzir as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgastes de seus componentes de acordo com o Manual do Fabricante e suas especificações.

A manutenção corretiva tem por finalidade corrigir falhas e defeitos no funcionamento dos equipamentos, bem como testes e calibrações após reparos para garantir o perfeito funcionamento do equipamento, garantindo assim qualidade na assistência ao paciente da unidade.

4.6.10 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL PREVENTIVA E CORRETIVA

O serviço de manutenção predial planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos (não médicos).

A manutenção corretiva, é realizada após a ocorrência de uma pane / danificado, a fim de retomar as condições requeridas, ou seja, o reparo após apresentar algum defeito. A manutenção preventiva, é definida como a manutenção efetuada em intervalos predeterminados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou degradação do funcionamento de um determinado item.

O serviço dentro da unidade de saúde contempla a manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, como elevadores, rede de gases, rede de lógica, rede elétrica e eletro, calhas, geradores e cabines primárias, sistema de combate a incêndio, rede de água e esgoto, sistema de aquecimento de água, e demais equipamentos e redes inseridos na unidade.

Toda unidade de saúde necessita de manutenção, então, para que isso aconteça regularmente, é imprescindível o desenvolvimento de um **plano de manutenção**, o que traz muitos benefícios para a operação da unidade, como por exemplo: aumento na produtividade, redução de custo, vida útil do aparelho/mobiliário, menor riscos de acidente e otimização do processo de manutenção.

Este serviço caracteriza-se pela realização da manutenção e prevenção de todos os sistemas existentes de modo a garantir seu perfeito funcionamento e operação.

4.6.11 SEGURANÇA DO TRABALHO

Tem como funções operacionalizar ações de prevenção, educação e controle de riscos ambientais, tais como ruídos, iluminação, ergonomia e outros. Realizar visitas técnicas e vistorias periódicas e sugerir possíveis mudanças de lotação, cargo e/ou função, cuidar dos equipamentos de combate e proteção contra incêndio, cuidar para que os colaboradores usem corretamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), elaborar e manter atualizados relatórios e estatísticas pertinentes, emitir laudos de periculosidade e insalubridade e CAT. Desenvolver e implementar programas de prevenção aos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, acompanhar, orientar e encaminhar os casos de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho, proceder análise ergonômica dos postos de trabalho, orientar no funcionamento da CIPA, manter atualizado o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

4.6.12 SAME –SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA

O Conselho Federal de Medicina na resolução n.º 1.636/2002 define prontuário como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a

continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É ainda instrumento para educação profissional e suporte legal quando questionamentos jurídicos e/ou processuais são feitos acerca de condutas multiprofissionais.

Na chegada do paciente a unidade de saúde, ele será atendido na Classificação de Risco pelo enfermeiro, onde ficha de atendimento será iniciada, e posteriormente complementada na recepção, sendo liberada para o consultório ou setor que realizará o atendimento, seguindo a prioridade definida pela Classificação de Risco. Ao final de cada atendimento, os registros serão impressos, assinados e carimbados pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento e irão compor o prontuário físico, organizados por ordem cronológica de ocorrência.

Antes do arquivamento, os registros serão auditados para a avaliação da qualidade da assistência prestada e o faturamento dos procedimentos, analisando as anotações no prontuário do cliente. Esta auditoria deverá subsidiar a elaboração de documentos para discussão e implementação de estratégias que visem a melhora do serviço prestado.

Os prontuários serão arquivados em local próprio dentro do serviço e com organização que permita integridade física, sigilo de seu conteúdo, além de seu levantamento de forma ágil quando solicitado.

Os prontuários permanecerão em SAME local por período previamente definido. Em todas as etapas e guarda dos prontuários deve-se proceder de forma a garantir sua integridade e o sigilo das informações.

Quando solicitado, o SAME fornecerá cópia dos prontuários, respeitando a normatização estabelecida pela legislação vigente.

Deverá ser elaborado POP (Procedimento Operacional Padrão) com a padronização do registro das diferentes categorias profissionais no prontuário eletrônico, sistemática de impressão das fichas de atendimento, arquivamento do prontuário físico, envio dos prontuários ao arquivo externo de arquivamento, solicitação de prontuário ao arquivamento externo, e sistemática de fornecimento de cópias do prontuário.

4.7 TRANSPORTE SANITÁRIO

4.7.1 TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

Transporte Sanitário Eletivo é destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter não urgente e emergencial, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. Atendimento eletivo não requer assistência médica dentro de um reduzido espaço de tempo.

O transporte deve ser utilizado em situações previsíveis de atenção programada com a realização de procedimentos regulados e agendados, sem urgência, realizado por veículos tipo lotação ou conforme especificação disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM). Destina-se, ainda à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresentam risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento e/ou de transporte em decúbito horizontal.

De acordo com a Resolução 13 de 23 de fevereiro de 2017 o dimensionamento do serviço de transporte sanitário eletivo deverá observar as necessidades e especificidades do território, e aplicar os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos em função das necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e pactuação no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite. Ressalta ainda que como pré-requisito para o fornecimento de passagens e acesso ao transporte sanitário eletivo, a marcação da consulta/exame ou procedimento eletivo em serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde por meio do processo regulatório.

1.4.6.20 TRANSPORTE SANITÁRIO DE EMERGÊNCIA

A Ambulância de Remoção é um meio de transportar pacientes de baixa, média e alta complexidade em diferentes ambientes no âmbito pré-hospitalar ou inter-hospitalar.

O **transporte pré-hospitalar** consiste em uma transferência de urgência, sendo que o atendimento procura chegar o mais rápido possível até a vítima. Dessa forma, se faz necessário o rápido atendimento e a remoção do paciente até o pronto-socorro, de acordo com a gravidade do problema. Já o transporte inter-hospitalar consiste na transferência de um paciente entre unidades de serviços hospitalares de urgência e emergência.

Existem diferentes modalidades de ambulâncias no Brasil. Vamos caracterizar 04 tipos de unidades utilizadas para transporte terrestre de enfermos. A norma ABNT – NBR 14561/2000 define as dimensões e demais especificações que as unidades de transporte de enfermos devem obedecer. Além disso, a Portaria nº 2.048 do Ministério da Saúde estabelece as normas de padronização de cada

tipo de ambulância. Segue algumas características que configuram as modalidades destes veículos.

- **Ambulância tipo A:** destinada ao transporte de pacientes sem risco de vida, remoções simples e caráter eletivo. Tripulação mínima: 01 motorista e 01 Técnico/Auxiliar de Enfermagem. Nesta modalidade são itens obrigatórios:
 - Sinalizador ótico e acústico;
 - Maca com rodas;
 - Suporte para soro;
 - Cilindro de oxigênio com válvula e manômetro;
- **Ambulância Tipo B:** destinada ao suporte básico, transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida, sem necessidade de intervenção médica local. Tripulação mínima: 01 motorista e 01 Técnico/Auxiliar de Enfermagem. São itens obrigatórios nesta modalidade:
 - Sinalizador ótico e acústico;
 - Maca com rodas e articulada;
 - Suporte para soro;
 - Instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída (a primeira portando fluxômetro e umidificador de oxigênio e a segunda portando aspirador tipo venturi);
 - Maleta de emergência (contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, pares de luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, rolo de esparadrapo, esfigmomanômetro aneróide adulto/infantil, rolos de ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos, talas para imobilização e conjunto de colar cervical);
 - Kit de parto (contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, absorvente higiênico grande, cobertor ou similar para envolver recém-nascido, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril e um bracelete de identificação);
 - Radiocomunicação;
- **Ambulância Tipo C:** destinada ao Resgate, atendimento de vítimas de acidentes, com equipamentos de salvamento onde for necessário. Tripulação mínima: 01 motorista e 02 militares com capacitação para salvamento e suporte básico de vida. São itens obrigatórios nesta modalidade:
 - Sinalizador ótico e acústico;
 - Maca com rodas e articulada;
 - Suporte para soro;
 - Instalação de rede de oxigênio como a descrita no item anterior;
 - Prancha longa para imobilização de coluna;
 - Prancha curta ou colete imobilizador; colares cervicais de vários tamanhos;
 - Cilindro de oxigênio portátil com válvula, manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação;
 - Suporte de soro;
 - Kit de parto como descrito no item anterior;
 - Maleta de emergência como no item anterior, acrescida de protetores para queimadura e eviscerado, frascos de soro fisiológico, bandagens triangulares e lanterna pequena;
 - Talias para imobilização de membros;
 - Cobertores;
 - Coletes refletivos para a tripulação;
 - Lanterna de mão;
 - Óculos de proteção, máscaras e aventais de proteção;
 - Radiocomunicação, estação móvel e portátil para operacionalização e supervisão médica;
 - Torres de sinalização traseira no veículo;
 - Material de salvamento (contendo: moto abrasivo, martelete pneumático, máscara autônoma, almofadas pneumáticas, bola tipo life-bolt, ferramentas auxiliares para desencarceração);
 - Cordas, capacetes, croque articulável, luvas isolantes elétricas, cabo guia, cabos da vida, mosquetões, nadadeiras, luvas de raspa, pisca-alerta portátil, lanternas, alargados e tesoura hidráulica com seus complementos, corta-a-frio pequeno a

alavanca longa, pá de escota, maleta de ferramentas e extintor de pó químico seco de 08 kg.

- **Ambulância Tipo D:** destinada ao suporte avançado, atendimento e transporte de pacientes de alto risco de vida (tipo UTI). Tripulação mínima: 01 motorista, 01 Médico e 01 Enfermeiro. São itens obrigatórios nesta modalidade:
 - Sinalizador ótico e acústico;
 - Maca com rodas e articulada;
 - Dois suportes de soro;
 - Cadeira de rodas dobrável;
 - Instalação de rede de oxigênio com régua tripla para permitir a alimentação de respirador; cilindro portátil de oxigênio como descrito no item anterior;
 - Respirador ciclado a pressão ou volume não eletrônico (em caso de frota é obrigatório que exista pelo menos um respirador a volume disponível e no caso de veículo único, deverá conter um respirador a volume);
 - Monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marcapasso externo não invasivo);
 - Bomba de infusão com bateria e equipo;
 - Kit vias aéreas (contendo: cânulas endotraqueais de vários tamanhos, cateteres de aspiração, adaptadores para cânulas, cateteres nasais tipo óculos, seringa de 20 ml para sonda duboff, ressuscitador manual adulto e infantil, sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos, pares de luvas de procedimentos, máscara para ressuscitador adulto e infantil, frasco de xilocaína geleia);
 - Cadarços para fixação de cânula, laringoscópio infantil com lâminas retas 0 e 1;
 - Laringoscópio adulto com lâmina curvas 1, 2, 3 e 4;
 - Estetoscópio, esfigmomanômetro aneróide adulto e infantil, cânulas orofaríngeas adulto e infantil, fios-guia para entubação, pinça de magyl, bisturi descartável nº 22, cânulas para traqueostomia; drenos para tórax);
 - Kit acesso venoso (contendo: tala para fixação de braço, pares de luvas de procedimentos, recipiente de algodão com antisséptico, pacotes de gaze estéril, rolo de esparadrapo, material para punção de vários tamanhos, garrote, equipos de macro e micro gotas, intracaths adulto e infantil, tesoura, pinça de Kocher, cortadores de soro, lâminas de vários tamanhos, seringas de vários tamanhos, torneiras de 3 vias, polifix de 4 vias, frascos de ringer lactato, frascos de cloreto de sódio e frascos de soro glicosado a 5%);
 - Duas caixas de pequenas cirurgias;
 - Kit de parto como descritos nos itens anteriores;
 - Outros frascos de drenagem de tórax, coletores de urina, sondas vesicais, extensão para dreno torácico, protetores para viscerado e queimaduras, espátulas de madeira, sondas nasogástricas, eletrodos descartáveis, equipo para drogas fotossensíveis, equipos para bombas de infusão e circuito de respirador estéril de reserva;
 - Equipamentos de proteção à equipe médica: óculos, máscaras e aventais, cobertor ou filme metálico para conservação de calor do corpo;
 - Campo cirúrgico fenestrado;
 - Almotolias com antisséptico; colares cervicais de diversos tamanhos; prancha longa para imobilização de coluna;
 - Medicamentos necessários ao atendimento de urgência;
 - Radiocomunicação.
 - Em caso de transporte neonatal, a Ambulância Tipo D deverá contar com:
 - Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 Volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carro com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;
 - Respirador ciclado a pressão, com "blender" para mistura gasosa e controle de pressão expiratória final, possibilidade de respiração controlada e assistida, de preferência não eletrônico;
 - Nos demais itens deve constar a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e

especificações adequadas a uso infantil, exceto kit de parto;

4.8 FATURAMENTO

Faturar todos os atendimentos realizados pelos profissionais em sistema informatizado oficiais da Secretaria de Saúde de Santo André e do Ministério da Saúde; referente aos atendimentos prestados na unidade; emitir a produção ambulatorial de acordo com o preconizado pelo SUS; encaminhar os prontuários já faturados ao setor de Documentação e Pesquisa para arquivar.

4.9 COMPRAS

O Departamento de Compras estará centralizado na Fundação do ABC, tendo por responsabilidade atender as demandas das unidades, garantindo o abastecimento, conforme previsto no Contrato de Gestão, em tempo hábil para atender as necessidades de desenvolvimento das atividades pertinentes ao funcionamento adequado do serviço da unidade.

As aquisições e contratações seguirão o Regulamento de Compras e Contratações de Serviços de Terceiros e Obras da Fundação do ABC. O Regulamento pode ser consultado na íntegra no endereço eletrônico: <https://fuabc.org.br/portaldetransparencia/regulamento-de-compras-fundacao-do-abc/>.

4.10 GESTÃO DE INFORMAÇÃO

Uma política de gestão da informação pode ser definida como todos os processos utilizados pela unidade para manter seus dados bem organizados. Isso inclui rotinas de processamento, armazenamento, classificação, identificação e compartilhamento de registros, sejam eles digitais ou físicos.

O principal objetivo de uma política de gestão da informação é garantir que todos os dados cheguem às pessoas certas sem que ocorram erros ou problemas de integridade. Portanto, ela deve incluir documentos eletrônicos (ficha do paciente, resultado de exames laboratoriais e etc.) e físicos (como prontuários, receitas e etc.).

É de responsabilidade da gestão de Informação manter controle operacional de todos os equipamentos de informática instalados nos diversos setores da unidade. Oferecer suporte a todos os usuários de todos os aplicativos instalados na unidade; administrar a rede de informação para obter pleno funcionamento, controlar todos os serviços já informatizados e informatizar os demais; realizar back-up diário das informações com guarda interna e externa das informações; controlar e implantar pontos de rede; manter-se atualizado para que possa inovar constantemente os serviços; cuidar do treinamento dos usuários dos sistemas operacionais; gerenciar a proteção contra acessos indevidos aos dados constantes do servidor.

A Gestão de Informação deve realizar o planejamento e gerenciamento da estrutura-físico-funcional, das instalações, equipamentos integração com a monitoração do ambiente tecnológico (servidores, armazenamento e rede de comunicação). A gestão deve abranger os processos de comissionamento infraestrutura tecnológica e tecnologia, seguindo com os aspectos gerenciais da operação, a gestão da comunicação e os aspectos de segurança, de saúde e ambientais.

O serviço deverá ainda:

- Dispor de plano de contingência para atender a situação de emergência;
- Monitorar a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de informática;
- Estabelecer mecanismo e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura e realização de backup;
- Estabelecer sistemática para qualificar e testar os sistemas de informática e software antes de entrar em uso, periodicamente;
- Capacitar os usuários periodicamente para utilização correta dos sistemas de informática e softwares;
- Identificar, planejar e implementar ações para aquisição, manutenção e atualização de software e hardwares, com a participação da equipe multidisciplinar;
- Estabelecer plano de contingência para recuperação de dados dos sistemas de informação;
- Estabelecer critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias.

4.11 PLANO DE CONTINGÊNCIA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

O Plano de Contingência é um documento onde estão definidas as responsabilidades estabelecidas em uma unidade de saúde para atender a uma emergência e também contém informações detalhadas sobre as características da área ou sistemas envolvidos.

A Fundação do ABC propõe padronizar as providências a serem adotadas pelos funcionários e controladores de acesso em situações de anomalias e/ou emergências, que envolvam diretamente

a Unidade de Saúde, quando houver alguma situação de emergência principalmente nos plantões noturnos, sábados, domingos e feriados, evitando deste modo a duplicidade de comando, ineficiência e descontrole administrativo, assegurando a continuidade do funcionamento pleno ou parcial da unidade.

4.12 SERVIÇOS DE APOIO E DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico é uma modalidade de prestação de serviços que auxilia o diagnóstico clínico ou realiza procedimentos terapêuticos através de exames complementares, sejam exames laboratoriais como exames de imagem. Tais exames são demandados por profissionais da saúde de acordo com a sua especificidade.

Na rede de saúde de Santo André, o serviço é ofertado de acordo com a especificidade do equipamento de saúde.

4.12.1 EXAMES LABORATORIAIS

As análises clínicas são um conjunto de exames com a finalidade de verificar o estado de saúde de um paciente ou investigar doenças, como os chamados exames de rotina, check-ups, dentre outros.

A análise é feita através do estudo de material biológico colhido do paciente, como por exemplo, sangue, urina, saliva, fezes, esperma, fragmentos de tecido, líquido sinovial, pleural, líquido cefalorraquidiano, pus, etc. A coleta pode ser feita no próprio laboratório onde são feitas as análises ou em locais como um hospital, clínica, postos de coleta ou até mesmo no domicílio e local de trabalho do paciente.

Os laboratórios de análises clínicas estudam cada uma dessas amostras em setores específicos, conforme o composto bioquímico ou suspeita clínica que se pretende investigar. Alguns exemplos de setores são:

- Hematologia;
- Bioquímica;
- Imunologia;
- Uroanálise;
- Microbiologia;
- Parasitologia.

Em um laboratório de análises clínicas, a garantia da qualidade é alcançada tendo-se total e absoluto controle sobre todas as etapas do processo, o qual pode ser denominado de realizar exame, compreendendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica.

A gestão da qualidade, abrange as ações utilizadas para produzir, dirigir e controlar a qualidade da empresa de laboratório, incluindo a determinação de uma política e de objetivos da qualidade, com o uso de indicadores e metas. A garantia da qualidade de todas as fases pode ser conseguida por meio da padronização de cada uma das atividades envolvidas, desde o atendimento ao paciente até a liberação do laudo. Todas essas atividades no laboratório devem ser documentadas por meio de procedimentos operacionais padrão (POP), que devem estar sempre acessíveis aos funcionários envolvidos nas atividades.

O Laboratório de Análises Clínicas funciona durante as 24h do dia e realizará a coleta dos exames solicitados pelos médicos.

4.12.2 EXAMES DE IMAGEM

Os exames de imagem têm como função dar suporte ao trabalho do médico. Isso porque cada organismo é único e se encontra em condições também únicas. É claro que, em muitos casos, é possível determinar algumas doenças ou problemas somente com um exame clínico que pode ser feito pelo próprio médico. No entanto os exames de imagem são importantes porque muitas doenças graves e mais raras apresentam sintomas similares aos de problemas mais simples. Por exemplo, um tumor cerebral muitas vezes pode ser confundido com uma simples enxaqueca sem exame de imagem.

Por isso, uma investigação mais aprofundada é fundamental para que seja possível chegar a um diagnóstico mais preciso e correto, e para que seja iniciado o tratamento para a condição realmente apresentada pelo paciente.

4.12.2.1 TIPOS DE EXAME DE IMAGEM

Existem vários tipos de testes de diagnóstico por imagem, que incluem desde uma radiografia simples até exames em medicina nuclear, como a cintilografia – procedimento que emprega isótopos radioativos para a observação de lesões e doenças, como o câncer.

A seguir, os tipos de exames de imagem presentes na rotina dos serviços de Santo André.

A)RAIO-X

Os exames de raio-X, também chamado de radiografia convencional, é um dos mais comuns justamente pelo baixo custo do equipamento e de operação. Ele serve para detectar ossos fraturados, alterações nos pulmões e na região abdominal, principalmente para o sistema gástrico entre outros.

Este exame utiliza um feixe de ions que atravessa os tecidos do corpo e permite a captação das imagens. O serviço de radiologia deve estar disponível nas 24 horas do dia, pois diversas situações de emergência necessitam de conduta imediata, muitas vezes dependentes de diagnóstico por imagem.

A radiologia na emergência tem o desafio de fornecer ao médico emergencista, a qualquer horário, o diagnóstico por imagem que as diversas modalidades de alta tecnologia possam oferecer e acrescenta a força dos métodos de imagem no diagnóstico, possibilitando tratamentos eficientes

Dentro do Serviço de Urgência e Emergência o Raio-X funciona 24h por dia, realizando radiografias simples. Existe uma equipe habilitada, escalada conforme regime contratado, mantendo o serviço funcionando ininterruptamente, com estrutura adequada ao modelo assistencial de acordo com as normas e regulamentos e demais legislações pertinentes. Possui manuais de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis, correspondentes aos procedimentos do serviço, bem como indicadores. Os exames realizados na unidade serão analisados pelo médico solicitante, que avaliará e interpretará as imagens definindo a conduta a ser tomada.

B)TOMOGRAFIA

Tomografia, também chamada de planigrafia e estratigrafia, é um exame médico radiológico que permite visualizar as estruturas anatômicas na forma de cortes. É realizado por técnicos ou tecnólogos em radiologia.

Trata-se de um exame não invasivo de diagnóstico que, com imagens geradas via radiação e produzidas por computador, permite a visualização de órgãos, estruturas e tecidos de forma muito mais detalhada que uma radiografia comum.

Um dos usos mais frequentes é na identificação de tumores, já que o detalhamento das imagens permite detectar mesmo nódulos bem pequenos.

A tomografia pode focalizar especificamente a parte do corpo que precisa ser investigada, como cérebro, ossos, fígado, pâncreas, rins, útero, ovários, vias biliares, pulmões e pleura (membrana que recobre os pulmões). Também auxilia na detecção de problemas graves como acidente vascular cerebral (AVC), aneurismas, embolia pulmonar, edema cerebral, derrame pleural, peritoneal ou cardíaco, além de ser utilizada em casos de traumas, podendo identificar ferimentos, fraturas ou hemorragias.

C)RESSONANCIA MAGNETICA

É um exame médico que usa imagens em alta definição para visualizar a maioria dos órgãos internos do nosso corpo, como cabeça, pescoço, tórax, abdome e membros.

A máquina de ressonância magnética tem um grande ímã que interage com nosso corpo por meio de campos magnéticos e pulsos de radiofrequência. Assim, cria imagens em alta definição em três planos: horizontal, vertical e com o corpo dividido em camadas.

Ele é utilizado para a pesquisa e análise de doenças neurológicas, ortopédicas, abdominais, cervicais e cardíacas. O teste pode diagnosticar, esclerose múltipla, câncer, infartos, fraturas entre outros.

Para realizar o exame o paciente deve tirar quaisquer itens de metal – brincos, botões, zíper etc. Depois, deitar em uma maca e a parte do corpo a ser estudada é coberta por um aparelho chamado bobina, que potencializa o efeito do campo magnético e melhora a qualidade da imagem. Em seguida, a cama desliza para dentro de um grande tubo, e o paciente deve ficar parado até que o teste acabe para o resultado não sair prejudicado.

Em linhas gerais, os médicos usam as imagens em alta definição e a distinção das cores presentes no exame para analisar em detalhes eventuais anormalidades. Por meio de um software, é possível alterar padrões e perspectivas de visualização para chegar a um diagnóstico ainda mais preciso.

D)ULTRASSONOGRRAFIA

A ultrassonografia, também conhecida por ecografia e ultrassom, é um exame de imagem diagnóstico que serve para visualizar em tempo real qualquer órgão ou tecido do corpo. Quando o exame é realizado com Doppler, o médico consegue observar o fluxo sanguíneo dessa região.

A ultrassonografia é um procedimento simples, rápido e não possui restrições, podendo ser feito sempre que o médico achar necessário, não sendo necessário esperar entre um ultrassom e outro

Trata-se de um exame de imagem que pode ser indicada pelo médico com o objetivo de identificar alterações nos órgãos. Assim, esse exame pode ser recomendado para:

- Investigar a dor abdominal, nos flancos ou nas costas;
- Diagnosticar a gravidez ou avaliar o desenvolvimento do feto;
- Diagnosticar doenças do útero, trompas, ovários;
- Visualizar as estruturas dos músculos, articulações, tendões;
- Para visualizar qualquer outra estrutura do corpo humano.

E) MAMOGRAFIA

A mamografia é uma espécie de raios X das mamas. É um exame simples, mas muito importante para ajudar no diagnóstico precoce do câncer de mama, o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres no Brasil e no mundo, ficando apenas atrás do câncer de pele não melanoma.

Seu objetivo principal é rastrear o câncer de mama. O exame é capaz de detectar nódulos nos seios antes mesmo de eles serem palpáveis. Geralmente, para confirmar o diagnóstico, é preciso realizar uma biópsia, que identifica se o tumor é maligno ou benigno e outras características mais específicas.

A recomendação do Ministério da Saúde é que mulheres entre 50 e 69 anos façam o exame de mamografia a cada dois anos. Já entidades médicas – entre elas o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) – recomendam que mulheres se submetam ao exame anualmente, a partir dos 40 até os 74 anos. Em casos específicos, como quando há histórico de casos de câncer de mama na família, o médico pode solicitar o exame em idades mais jovens e intervalos mais frequentes.

A mamografia pode ser de rastreamento, realizada para detectar precocemente qualquer lesão mamária, antes mesmo que a paciente ou o médico possam notá-las, ou pode ser de diagnóstico, usada para determinar qualquer alteração em relação a exames de rotina ou de rastreamento anteriores. Quando é apenas um exame de rastreamento são obtidas imagens de cada mama em dois ângulos diferentes, já quando é uma mamografia diagnóstica ela pode incluir a obtenção de imagens adicionais ou ainda vir acompanhada de outros exames complementares.

Com o avanço da tecnologia surgiu a mamografia digital (computadorizada). Esse exame se assemelha ao convencional por usar raios-X na produção das imagens, porém o sistema converte a imagem numa foto digital que pode ser vista no monitor do computador. Com essa tecnologia nova, os exames tornaram-se mais rápidos e beneficiam tanto as pacientes, quanto os radiologistas que têm a possibilidade de manusear a imagem no computador.

4.12.3 EXAMES ENDOSCÓPICOS

A) ENDOSCOPIA

A endoscopia é um exame capaz de analisar a mucosa do esôfago, estômago e duodeno (primeira parte do intestino delgado). É feita através de um tubo flexível (conhecido por endoscópio) que possui um chip responsável por capturar as imagens do sistema digestivo através de uma câmera.

É um exame importante para o diagnóstico de diversas doenças, como: gastrite, esofagite, tumores, sangramentos e doenças mais graves como hérnia de hiato e estágios iniciais do câncer de estômago.

Assim, esse exame pode ser recomendado quando o paciente apresentar sintomas como:

- Azia ou pirose (queimação no estômago);
- Náuseas e vômitos frequentes;
- Fezes escuras;
- Vômito acompanhado de sangue;
- Dores na região superior do abdômen;
- Refluxo;
- Anorexia ou perda de peso sem motivo aparente.

A **endoscopia digestiva alta** é realizada com sedativos intravenosos, pois o procedimento pode causar náuseas. O tempo de sedação dura somente até o exame ser concluído. O procedimento é seguro e é colocado um protetor de boca para evitar que o endoscópio seja mordido.

A todo momento a oxigenação e a frequência cardíaca do paciente devem ser monitoradas.

O endoscópio é inserido por via oral e passa pelo esôfago e estômago, até chegar ao duodeno. São capturadas imagens, que são transmitidas em tempo real por uma máquina. Muitas lesões podem ser tratadas ou removidas na hora, sem ser necessário algum procedimento cirúrgico futuro. Também pode ser feita uma biópsia para investigação em laboratório.

B) COLONOSCOPIA

A colonoscopia é um exame invasivo que captura imagens em tempo real do intestino grosso e de parte do íleo terminal (a porção final do intestino delgado). Para isso, um aparelho chamado de colonoscópio é introduzido no ânus – e avalia a presença de câncer, males inflamatórios como a doença de Crohn e a retocolite ulcerativa.

Esse dispositivo tem um tubo fino e flexível com uma microcâmera no final, que filma o interior do intestino. Ele também consegue retirar pólipos suspeitos e materiais para biópsias. Além disso, a colonoscopia ajuda a entender a causa de diarreias crônicas, sangramentos flagrados anteriormente pelo teste de sangue oculto nas fezes e anemia sem causa aparente.

4.12.4 EXAMES CARDIOLÓGICOS

A) ELETROCARDIOGRAMA

A dor torácica é certamente uma das causas mais comuns de procura de assistência médica nas salas de emergência. Apesar de existirem inúmeras doenças que causam dor torácica, aquelas originadas do aparelho cardiovascular são as que maiores preocupações trazem ao médico e ao próprio paciente. Isto é explicado pelo maior risco de mortalidade. Entretanto, somente 10 a 15% dos pacientes que chegam às salas de emergência com dor no peito apresentam infarto agudo do miocárdio.

O Eletrocardiograma (ECG) é uma das principais ferramentas para detecção do infarto agudo do miocárdio, sendo este a principal causa de morte na maioria dos serviços de urgência e emergência. Objetivando aperfeiçoar a qualidade do atendimento aos pacientes com queixa de dor torácica e uniformizar as condutas diagnósticas e terapêuticas a FUABC atua frequentemente nos fluxos de atendimento, a fim de priorizar os protocolos pensando na agilidade dos casos mais graves. O ECG apoia tanto a equipe médica como equipe de enfermagem para priorizar os casos de dor torácica.

Nas unidades de Urgência e Emergência o ECG é realizado nas 24h do dia, todos os dias da semana. Os exames são executados pelos profissionais da Assistência de Enfermagem, cabendo ao médico avaliar e interpretar os resultados, determinando a conduta a ser seguida.

B) MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL - MAPA

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial, conhecida como MAPA, é um exame que realiza a medição automática da pressão arterial por meio de um dispositivo colocado na cintura, que é conectado por um tubo de plástico fino a uma braçadeira instalada no braço do paciente. As medidas da pressão arterial são realizadas a cada 20 minutos durante o dia e a cada 30 minutos no período da noite, sendo semelhante ao procedimento realizado em consultas médicas. Os dados são armazenados em um dispositivo e, após as 24 horas, o paciente retorna à unidades para a retirada do equipamento. O monitor é conectado ao computador e um software específico mapeia um gráfico das pressões registradas nas últimas 24h. Com as informações, uma equipe de cardiologistas analisa os dados do paciente.

O exame monitora a média das pressões durante o período em que paciente fica acordado e também durante o sono. Picos de pressão ou quedas da pressão arterial também poderão ser avaliados.

C) HOLTER

O exame HOLTER é um exame complementar utilizado para a avaliação da presença de arritmias cardíacas, tanto taquicardias como bradicardias. Assim como no MAPA, o paciente ficará por um dia inteiro com um monitor portátil.

O aparelho utilizado para o exame é acoplado ao peito do paciente e registra a atividade elétrica do coração por 24 horas seguidas, fazendo registros contínuos que permitem a identificação posterior de possíveis acelerações ou desacelerações não fisiológicas da atividade cardíaca, que podem estar relacionadas a problemas de saúde específicos.

O tempo estendido do exame facilita a detecção de possíveis alterações do traçado cardíaco, que poderiam não ser identificadas em exames mais curtos como o eletrocardiograma convencional.

Ao final das 24 horas, o aparelho é retirado do paciente e encaminhado ao médico cardiologista, que fará a avaliação da atividade registrada.

Ele pode também identificar alterações nos batimentos cardíacos, comportamento do coração em síncope, presença de isquemia cardíaca e o estado geral do sistema condutor cardíaco.

D) TESTE ERGOMÉTRICO

O teste ergométrico serve para a avaliação ampla do funcionamento cardiovascular, quando submetido a esforço físico gradualmente crescente, em esteira rolante. São observados os sintomas, os

comportamentos da frequência cardíaca, da pressão arterial e do eletrocardiograma antes, durante e após o esforço.

Os principais objetivos do teste são diagnosticar e avaliar a doença arterial coronária. Avalia também a capacidade funcional cardiorrespiratória; detecção de arritmias, de anormalidades da pressão arterial e de isquemia miocárdica; avaliar surgimento de sopros, sinais de falência ventricular esquerda e dos eventuais sintomas que podem acompanhar essas disfunções; avaliação funcional de doença cardíaca já conhecida; prescrição de exercícios físicos.

5. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde tem como atribuição central coordenar, implementar, implantar e executar políticas públicas relativas à saúde e às vigilâncias: epidemiológica, sanitária, controle de zoonoses, ambiental e saúde do trabalhador, bem como articular e desenvolver projetos de qualificação visando à integralidade na atenção. Deve articular e empreender ações voltadas à identificação de riscos, à prevenção e ao diagnóstico e tratamento precoce dos agravos, em abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde, para garantir a integralidade da atenção.

As unidades, programas e ações desenvolvidas são planejadas, estruturadas, balizadas e ordenadas por toda a legislação sanitária vigente e pactuações obrigatórias com os outros entes federados, bem como orientados por critérios técnicos determinados por Programas Federais e Estaduais de Saúde.

O Departamento de Vigilância em Saúde visa o controle e eliminação de riscos e danos à saúde da população. Para tanto, o Departamento deve articular e empreender ações voltadas à identificação de riscos, à prevenção e ao diagnóstico e tratamento precoce dos agravos, em abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde, visando garantir a integralidade da atenção.

O planejamento destas ações está baseado no monitoramento e na análise epidemiológica das informações sobre a situação de saúde da população, na análise dos riscos e na programação de ações, metas e indicadores que é pactuada anualmente entre o Município, o Estado e a União.

O Código Sanitário Municipal estabelecido através da LEI Nº 8.345, DE 07 DE MAIO DE 2002, vem atender aos princípios expressos nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica Municipal, nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no Código de Saúde do Estado de São Paulo - Lei Complementar nº 791, de 09 de março de 1995, no Código Sanitário do Estado de São Paulo - Lei nº 10.083, de 23 de setembro de 1998 e no Código de Defesa do Consumidor - Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990.

As ações da Vigilância Epidemiológica têm um grande campo de ação, quer seja enquanto coordenação e apoio à rede de notificação e investigação de doenças e agravos à saúde de notificação compulsória (composta por todos os serviços de saúde instalados no município), quanto na realização da investigação de surtos e monitoramento de eventos sentinela, sendo ainda responsável pela alimentação dos sistemas de informação da Vigilância em Saúde, pelo processamento de dados, análise epidemiológica, divulgação de informações e capacitação dos profissionais dos serviços. As ações envolvem também a coordenação das campanhas de vacinação e toda a logística de recebimento, armazenamento e distribuição de imunobiológicos.

5.1 ORGANOGAMA VIGILÂNCIA EM SAÚDE





5.2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Tem como objetos de sua atuação a vigilância e o monitoramento de agravos transmissíveis e não transmissíveis que possam impactar na saúde da população. A análise permanente da situação de saúde tem o propósito de fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Além dos agravos de interesse epidemiológico, há a área de imunização que é a responsável pela coordenação das ações de rotina e de campanhas específicas de vacinação, planejando de forma articulada com a Atenção Básica e Clínicas Privadas, ações que possibilitem a obtenção de altas coberturas vacinais. Suas principais ações consistem em:

- Planejar, e desenvolver estratégias para detecção e resposta imediata às emergências epidemiológicas;
- Planejar, supervisionar e desenvolver ações de detecção, prevenção e controle de doenças;
- Notificação compulsória, agravos inusitados, doenças emergentes, reemergentes e agravos não transmissíveis;
- Planejar e supervisionar as ações de imunização no âmbito municipal;
- Integrar e executar os sistemas de informação e programas na área de vigilância epidemiológica;
- Inserir dados no sistema, acompanhar, analisar e monitorar bancos de dados dos sistemas de informações oficiais;
- Estabelecer sistemas de informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário no município, a fim de subsidiar a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde;
- Promover educação permanente;
- Realizar treinamentos e capacitações;
- Executar ações de vigilância em saúde realizada no âmbito municipal de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Fazer a vigilância de todos os agravos e doenças de notificação compulsória;
- Realizar visitas domiciliares (coleta de materiais, investigação epidemiológica);
- Monitorar e controle de Infecção Hospitalar;
- Coordenar o Programa de Controle de Agravos Crônicos Transmissíveis – Tuberculose, Hanseníase, IST/HIV/Aids/HV;
- Realizar campanhas e monitoramentos: Campanha da Influenza, seguimento do Sarampo e poliomielite, monitoramento de HPV e Meningite;
- Monitorar as coberturas vacinais;
- Coordenar a Cadeia de Frio (recebimento, armazenamento, transporte, entrega de grade de vacinas nas UBS);
- Investigar, identificar e realizar diagnóstico situacional para monitorar os indicadores e criar estratégias para diminuição de mortalidade materna e infantil do Município;



- Geoprocessar as informações de interesse epidemiológico.

Há ainda o Serviço de Verificação de Óbito-SVO, implantado por força de Lei Estadual, para atender a legislação federal, que exige Declaração de Óbito para que qualquer enterramento seja realizado (Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, alterada pela Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975). Este serviço atua nos casos de morte por falta de assistência médica ou por causas naturais desconhecidas. Além disso, é responsável pela vigilância de enfermidades de notificação compulsória e coleta oficial de dados epidemiológicos, que permitem avaliações de riscos epidemiológicos de enfermidades infecto-contagiosas.

5.2.1A IMPORTÂNCIA DOS IMUNOBIOLOGICOS NOS DIAS ATUAIS

Os imunobiológicos são essenciais para blindar o organismo contra doenças que ameaçam a saúde, em todas as idades.

Doenças altamente contagiosas e bastante comuns no passado – como a Difteria, o Tétano, a Paralisia Infantil, o Sarampo, a Caxumba e a Rubéola – praticamente já não existem mais no Brasil.

Isso se justifica graças ao alto índice de vacinação no país, sendo mais de 90% das crianças vacinadas. Mas, atualmente estes índices estão caindo em virtude dos movimentos anti-vacinas.

Esses movimentos têm ganhado força devido à autonomia adquirida pela população para a prática não científica da medicina, baseada em fatos não comprovados, via redes sociais ou sites leigos.

Os movimentos anti-vacinas vêm ocasionando a desconstrução progressiva da autoridade médica e têm contribuindo bastante para os extremos de negação das evidências científicas.

A vacinação continua sendo a forma mais segura e eficaz de prevenção, principalmente contra as doenças infectocontagiosas.

A Vigilância Sanitária do Município é responsável em receber, armazenar de forma adequada, distribuir e controlar as vacinas distribuídas nas unidades de saúde.

5.3 CONTROLE DE ZOOSES E ANIMAIS SINANTRÓPICOS NOCIVOS

Desenvolve ações para prevenção, proteção e a promoção da saúde humana, quando do envolvimento de riscos de transmissão de zoonoses e de ocorrência de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Principais ações desenvolvidas:

- Controle e prevenção da raiva por meio da campanha anual de vacinação contra a raiva em cães e gatos, captura de morcegos invasores, envio de material para análise laboratorial, recolhimento de animais agressores soltos em logradouros públicos sem dono ou cuidador para observação mediante notificação de caso de mordedura pelo serviço de saúde, orientações gerais de procedimentos referentes aos animais, com o objetivo de manter o controle da doença no município;
- Controle população de cães e gatos por meio de feiras de adoção com orientação da posse responsável;
- Monitoramento e controle de animais sinantrópicos que representam risco à saúde ou que interagem de forma negativa com a população humana, causando-lhe transtornos significativos de ordem econômica ou ambiental;
- Programa de Controle da Dengue e outras Arboviroses: realização de visitas casa a casa, vistorias quinzenais em pontos estratégicos do município, investigação de casos suspeitos e delimitação de focos, vistorias em imóveis especiais com a identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, com o objetivo de manter o nível de infestação sob controle;
- Identificação de larvas, mosquitos e carrapatos, sendo analisadas as amostras coletadas pelas equipes de campo, bem como de municipais, a fim de identificar áreas e planejar estratégias de ações;
- Desratização e desinsetização em bairros, terrenos públicos, praças e ruas, realizadas regularmente em todos os bairros do município, de acordo com a programação anual;
- Atividades e ações educativas para o esclarecimento e a prevenção de zoonoses junto a segmentos da população e profissionais da saúde;
- Inserção de dados nos sistemas digitais, consolidação e análise de dados dos sistemas de informações oficiais.

A eutanásia, proibida por lei estadual desde 2008, não é utilizada como meio de controle da população de animais e em virtude disto, o canil municipal apresenta capacidade de albergamento inferior à demanda, devido à retirada de animais doentes e atropelados das vias públicas. A porcentagem de animais liberados em relação aos apreendidos é muito pequena, o que demonstra a necessidade de trabalho de conscientização da população em relação ao abandono de animais.

Além disso, a realização de ações de prevenção de febre maculosa através do encoleiramento de cães e gatos, bem como orientação quanto à posse responsável em regiões de transmissão e risco da doença, pressupõe também a busca ativa de situações de risco.

A Vila de Paranapiacaba constitui um polo turístico do município de Santo André. Com o estímulo ao ecoturismo, vem aumentando a quantidade de pessoas que frequentam esse lugar. E, ainda, a região tem sido uma área de abandono de animais e propícia para transmissão da raiva devido à presença de morcegos. Todavia, faz-se necessário tomar a vila Paranapiacaba um lugar modelo de proprietários responsáveis por seus animais domésticos, de forma que não existam animais soltos nas ruas, evitando risco por acidente e agressão, além de manter todos os cães e gatos imunizados contra a raiva.

Amostras biológicas de primatas não humanos com suspeita de febre amarela, necropsia e exumação de animais com suspeita de raiva, busca ativa de animais com leishmaniose ou qualquer doença de caráter zoonótico fazem parte da prevenção e da não reintrodução dessas doenças no município.

O Controle de Roedores Vetores e Animais Sinantrópicos se destina ao controle da população de roedores e vetores, tais como o programa de controle da dengue, atividades de desinsetização e desratização de vias, áreas e prédios públicos e atividades de vistoria e orientação com relação a roedores, insetos, pombos, animais peçonhentos de interesse à saúde, entre outros. Também realiza capacitação de funcionários de órgãos públicos em relação às principais arboviroses e utilização de protocolos de Epizootias

5.3.1 CONTROLE POPULACIONAL DE CÃES E GATOS

A saúde animal é um dos pilares da saúde, com reflexo direto na saúde ambiental, na saúde pública e na preservação da qualidade de vida das pessoas, do meio ambiente e dos animais.

Os procedimentos de contracepção de cães e gatos em programas de educação em saúde e guarda responsável fazem parte de uma política de saúde pública, de bem-estar dos animais e das pessoas (LEI nº 13.426, de 30 de março de 2017).

Visando manter o controle da população de cães e gatos, o município de Santo André realizou parcerias com quatro clínicas veterinárias, em regiões distintas da cidade, para a realização castração dos animais.

Para atender as regiões nos quais fatores socioeconômicos e geográficos dificultam o acesso aos pontos fixos de castração, o Município adquiriu o "Castra Móvel". Trata-se de um veículo adaptado para o serviço de castração, que usa a metodologia itinerante bairro a bairro, com prioridade em áreas críticas, de maior vulnerabilidade social.



O Castra Móvel é um equipamento que reforça o programa de castração de cães e gatos do município. O Veículo possui as mesmas características funcionais e higiênicas de um centro cirúrgico, ele necessita de um ponto de apoio compatível com o tamanho do veículo, além de contar com água e luz disponíveis.

O Município realiza periodicamente as feiras de adoção de cães e gatos e lançou recentemente o portal da Gerência de Controle de Zoonoses (GCZ), onde os interessados em adotar animais podem acessar o endereço www3.santoandre.sp.gov.br/gcz.

O site apresenta, de forma dinâmica, informações sobre as adoções na GCZ, feiras de adoção, castração de cães e gatos, além de oferecer informações sobre a guarda responsável.

O portal foi lançado com o objetivo de dar aos animais tutelados o protagonismo que eles merecem e facilitar o processo de adoção.

5.4 VIGILÂNCIA AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR - CEREST

A Vigilância Ambiental em Saúde objetiva ampliar e qualificar as ações de prevenção e controle de

S



riscos à saúde humana advindos do meio ambiente e fortalecer ações integradas com as vigilâncias sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e controles de roedores, vetores e animais sinantrópicos e de zoonoses.

Desenvolve ações relativas à vigilância da qualidade da água para consumo humano com inspeção, monitoramento da qualidade da água captada, distribuída e consumida em coletas de amostras e avaliação de laudos laboratoriais de vigilância e controle. Atua na questão da contaminação do solo, principalmente naquelas oriundas de postos de combustíveis, realizando inspeções e cadastro das áreas contaminadas e levantamento do entorno para análise dos riscos e realização de intervenções.

Verifica condições de manutenção e operação de sistemas de climatização em serviços de saúde (hospitais, clínicas, etc.) e em estabelecimentos comerciais (shoppings, cinemas, etc.), visando à vigilância da qualidade do ar. Verifica as condições de manipulação dos resíduos em serviços de saúde e analisa os Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços Saúde (PGRSS) para evitar riscos à saúde humana. Além disso, também atua junto aos recicladores e acumuladores de resíduos através da criação de um Grupo Técnico Intersetorial para discussões e acompanhamento dos casos.

Participa de ações em desastres naturais como o Programa Operação Chuva de Verão, em acidentes com produtos perigosos e na fiscalização do comércio de produtos que comprovadamente ofereçam riscos à saúde como o amianto. Além do descrito acima, a Vigilância Ambiental em Saúde é responsável pela análise e liberação de licenças sanitárias para controladoras de pragas.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) segue as diretrizes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (Portaria nº1823/2012), as quais visam manter e fortalecer o matriciamento da rede de saúde para que as ações de prevenção, diagnóstico, notificação, investigação epidemiológica, tratamento e reabilitação sejam desenvolvidas pela rede. Além disso, é estimulada a parceria com instituições de ensino e pesquisa com vistas a dar sustentabilidade às ações.

Desenvolvem ações voltadas à promoção, prevenção, assistência e à vigilância da saúde do trabalhador e do meio ambiente. Principais ações desenvolvidas:

- Programa de análise, inspeção e monitoramento da qualidade das águas e de áreas contaminadas;
- Vigilância e assistência nos acidentes de trabalho graves, fatais e com menores;
- Notificação e investigação de agravos em trabalhadores;
- Digitação de notificação de acidentes e doenças (CAT, RAAT e SINAN);
- Acolhimento com atendimento do trabalhador por profissionais de saúde;
- Vigilância à saúde do trabalhador de acordo com normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Digitação, análise de dados, consolidação e relatórios finais dos Sistemas de Informações obrigatórios referentes a vigilância em saúde do trabalhador e vigilância ambiental. (SIVISA, SISOLO, SISAGUA, entre outros).

Medidas estruturantes na área de Saúde do Trabalhador poderão ser implementadas com fortalecimento das ações de vigilância dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho com ênfase nos acidentes de trabalho graves, fatais, com menores de idade, transtornos mentais relacionados ao trabalho, saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno, no monitoramento, qualificação e melhoria das condições dos ambientes e processos de trabalho da cidade, na capacitação e fortalecimento da instância de participação e controle social da saúde do Trabalhador (Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador (CIST)).

5.5 VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VISA

As ações de Vigilância Sanitária são voltadas a verificar as condições sanitárias e a qualidade dos serviços de saúde e de produtos relacionados à saúde (alimentos, medicamentos, correlatos, saneantes, cosméticos e outros) ofertados, através de vistorias sanitárias, coleta de produtos para análise, palestras e encontros informativos e educativos voltados para os profissionais de saúde, responsáveis técnicos e legais pelos estabelecimentos e população em geral. A demanda é composta por denúncias, solicitação de outros órgãos ou programação pactuada com o Estado e/ou União, e no planejamento das ações busca-se a priorização pelo grau de risco à saúde. As ações em serviços de saúde e em produtos relacionados à saúde buscam o atendimento da legislação sanitária a fim de que estes estejam dentro do padrão de identidade, qualidade e segurança esperado.

O serviço tem como objetivo principal a promoção, prevenção, recuperação e defesa da saúde, evitando que as pessoas venham a adoecer devido a produtos e/ou serviços utilizados. Compreendem ações de controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Para o presente Plano Operativo, as seguintes ações serão desenvolvidas:

- Atividades educativas, elaboração de material educativo, execução e avaliação da atividade nas áreas de abrangência da VISA (alimentos, insumos, medicamentos e produtos; serviços de saúde), realização de palestras e fóruns, orientação para grupos populacionais nas questões higiênico-sanitárias de alimentos, conservação de alimentos, medicamentos e produtos, orientação de boas práticas em serviços de manicure, cabeleireiros comunitários;
- Atendimento ao público: orientações quanto às legislações vigentes, assuntos administrativos e dúvidas gerais sobre vigilância sanitária;
- Manutenção do sistema de informação em vigilância sanitária;
- Digitação e manuseio do sistema informatizado.

5.5.1AÇÕES DESENVOLVIDAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde.

Visando a integralidade do cuidado, a Vigilância em Saúde, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

- I - Compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das equipes da Saúde da Família;
- II - Planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;
- III - Monitoramento e avaliação integrada;
- IV - Reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros;
- V - Educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

As ações de Vigilância em Saúde, incluindo-se a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária – Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações.

Para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família, uma das estratégias indutoras é a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária junto às equipes de saúde da família, sendo agregadas ações como controle ambiental, endemias, zoonoses e controle de riscos e danos à saúde.

A incorporação do ACE nas equipes de saúde da família pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos agentes comunitários de saúde e do agente de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de saúde da família. A Portaria nº 1.007/GM/MS, de 4 de maio de 2010, define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral com a saúde das pessoas por meio da promoção da saúde. Essa política objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

5.5.2A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O PLANEJAMENTO

A vigilância em saúde detém conhecimentos e metodologias que auxiliam a gestão para o conhecimento da realidade, identificação de problemas, estabelecimento de prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos, fundamentais para a elaboração do planejamento. A análise da situação de saúde permite a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, por intermédio de:

- Caracterização da população: variáveis demográficas (número de habitantes com distribuição por sexo, idade, local de residência, fluxos de migração, etc.); variáveis socioeconômicas (renda, inserção no mercado de trabalho, ocupação, condições de vida, etc.); variáveis culturais (grau de instrução, hábitos, comportamentos, etc.);
- Caracterização das condições de vida: ambientais (abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições de habitação, acesso a transporte, segurança e lazer); características dos sujeitos (nível educacional, inserção no mercado de trabalho, tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política);
- Caracterização do perfil epidemiológico: indicadores de morbidade; indicadores de mortalidade;
- Descrição dos problemas: O quê? (problema); Quando? (atual ou potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

O Planejamento é um processo contínuo e dinâmico que consiste em um conjunto de ações intencionais, integradas, coordenadas e orientadas para tornar realidade um objetivo futuro, de forma a possibilitar a tomada de decisões antecipadamente. Essas ações devem ser identificadas de modo a permitir que sejam executadas de forma adequada e considerando aspectos como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes. O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde pressupõe a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Define elementos e características que visam a dotar os gestores – de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção – do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no SUS.

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) é um conjunto de ações que devem subsidiar a programação das SES e SMS para o alcance das metas do Pacto pela Saúde e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas federal, estadual e municipais. Deve, portanto, compor a Programação Anual de Saúde, respeitando-se a premissa do planejamento ascendente e permitindo flexibilidade na definição de ações e parâmetros nos espaços loco regionais.

Em relação às ações do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, devem ser elaboradas com base no Elenco Norteador de VISA e assim como a PAVS, devem compor a Programação Anual de Saúde. O Elenco Norteador foi construído a partir das diretrizes do PDVISA, aprovadas por meio da Portaria nº 1.052/GM/MS, de 8 de maio de 2007, e do Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006.

Para a construção da integralidade em saúde é importante que a programação das ações de Vigilância à Saúde ocorra de forma articulada com outras áreas da atenção à saúde, particularmente a Atenção Primária.

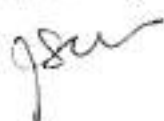
A secretaria de saúde, com base nos parâmetros definidos na PAVS, elabora a programação de suas ações, podendo acrescentar algumas de interesse sanitário municipal. A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (SVS/MS), realiza o monitoramento das ações da PAVS junto às secretarias estaduais de saúde, as quais monitoram seus respectivos municípios.

A SVS/MS, em conjunto com as secretarias estaduais de saúde, também pode realizar este monitoramento junto às secretarias municipais de saúde. Assim como a SVS/MS, a Anvisa/MS desenvolve mecanismos de acompanhamento da descentralização das ações de vigilância sanitária, atendendo à sua atribuição regimental, regulamentada na Portaria nº 354/GM/MS, de 11 de agosto de 2006. Os gestores municipais, estaduais e federal devem realizar avaliações anuais da execução da PAVS e das ações de vigilância sanitária, incluindo-as em seu Relatório de Gestão Anual.

5.5.3AÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA GESTÃO

- Participação em instâncias de discussão, negociação e pactuação (CIB, Colegiado de Gestão Regional e Câmaras Técnicas).
- Participação nos fóruns e canais de gestão participativa e controle social.
- Monitoramento e avaliação das ações de VISA definidas no Plano de Saúde, nas Programações

5



Anuais de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão.

- Participação no processo de descentralização e de regionalização.
- Planejamento integrado no âmbito da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde.
- Participação no financiamento das ações.

Esse conjunto de responsabilidades e compromissos da vigilância sanitária, pactuadas na CIB, deve compor a Programação Anual de Saúde aprovada no conselho de saúde.

Para definição da responsabilidade sanitária de cada gestor são prioritárias a delimitação de seu universo de atuação e a quantificação dos estabelecimentos em funcionamento no território, bem como as atribuições da vigilância sanitária para intervenção nos problemas de saúde da população.

5.5.4 INTEGRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção.

Recomendação de território único em que o ACE trabalhe em conjunto com o ACS e os demais membros da equipe de atenção básica, na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

A integração do trabalho entre AB e Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, e promoção da saúde. Processo de trabalho das equipes de atenção básica caracterizado pelo desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de atenção (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes de atuam na atenção básica, destacam-se alguns referentes à integração AB e vigilância:

- Garantir atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, para planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais e níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano.

5.5.5 ESTRATÉGIAS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA



5.5.6 REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES

Importância da aproximação da equipe de atenção básica e de vigilância a fim de eleger prioridades e problemas comuns a serem enfrentados no território, possibilitando melhorar cobertura, qualificar o cuidado, ampliar as ações e a resolatividade.

Cada equipe de atenção básica deve realizar ações de vigilância em saúde no território adscrito: - Análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

- Detecção oportuna de doenças e agravos e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- Vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos;
- Notificação compulsória e condução da investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

A PNAB 2017 possibilita a inclusão do ACE na equipe de Atenção Básica. O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

O processo de trabalho das Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde é pautado nas seguintes diretrizes:

- Território único deve direcionar a integração do processo de trabalho entre a equipe de Atenção Básica e a Vigilância em Saúde;
- O planejamento deve reorganizar a territorialização e os processos de trabalho de acordo com a realidade local;
- A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe;
- Cada equipe deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade;
- Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo.
- Possibilidade, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

5.5.7 SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS DOS ACS E ACE

- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe.
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares.

5.5.7.1 DESAFIOS PARA A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Realizar planejamento conjunto das ações de Atenção Básica e da Vigilância em Saúde com base nas necessidades do território;
- Fortalecer o diálogo e ações conjuntas visando a melhoria das condições de saúde da população;
- Monitorar e realizar a análise conjunta entre as equipes de vigilância e atenção básica, a fim de proporcionar mudanças positivas no cuidado e no processo saúde e doença da população;
- Definir como se dará a supervisão do trabalho do ACE (estratégias locais);
- Sistema de Informação.

5.5.8 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE VIGILÂNCIA À SAÚDE

5.5.8.1 FISCAL SANITÁRIO

Os servidores designados, em razão do poder de polícia administrativo, exercerão todas as atividades inerentes a função de fiscal sanitário, tais como: inspeção e fiscalização sanitária, lavratura de auto de infração sanitária, instauração de processo administrativo sanitário, interdição cautelar de estabelecimento; interdição e apreensão cautelar de produtos; fazer cumprir as penalidades aplicadas pelas autoridades sanitárias competentes nos processos administrativos sanitários e outras atividades estabelecidas para esse fim.

5.5.8.2 ENFERMEIRO

O predomínio do enfermeiro na Vigilância Epidemiológica se dá pela necessidade de um profissional com conhecimentos mais especializados, formação mais abrangente, desenvolvimento de habilidades técnicas de enfermagem, maior capacitação, conhecimento de medidas de controle (prevenção) para evitar o aparecimento de doenças, trabalho com campanhas, vacinas e imunização, além de haver um predomínio deste profissional nas equipes de Vigilância Epidemiológica dos distritos de saúde.

Atribuições do Enfermeiro

- Prestar serviços de saúde para recuperação da saúde individual;
- Organizar medidas de ação coletiva para o controle, prevenção e promoção da saúde da população;
- Realizar o treinamento da equipe de saúde;
- Responsável pela coordenação, organização, agrupamentos de dados, divulgação, fluxo de informações, avaliações e estatísticas;
- Realizar, com os profissionais da Unidade de Saúde, o diagnóstico e a definição do perfil sócio econômico da comunidade, a descrição do perfil do meio ambiente da área de abrangência, a realização do levantamento das condições de saneamento básico e do mapeamento da área de abrangência dos Agentes Comunitários de Saúde sob sua responsabilidade;
- Coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Coordenar a programação das visitas domiciliares a serem realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde;
- Realizar busca ativa das doenças infectocontagiosas;
- Realizar ações de controle e notificação de doenças que envolvem bloqueio e orientação de exames laboratoriais específicos da Vigilância Epidemiológica;
- Organizar e coordenar a criação de grupos de controle de patologias;
- Supervisionar todas as salas de vacinação;
- Supervisionar e realizar a notificação de doenças de notificação compulsória da área de abrangência;
- Realizar Bloqueios e investigação das doenças de notificação compulsória;
- Realizar visitar e acompanhamento de casos de reação vacinal.

5.5.8.3 MÉDICO VETERINÁRIO

O Médico Veterinário é responsável por higienizar e distribuir produtos de origem animal. Das funções exercidas em suas atividades mais frequentes destacam-se as seguintes:

- Fiscalizar a entrada e saída de animais e produtos a fim de estabelecer uma barreira sanitária;
- Evitar a propagação de doenças com grande poder de difusão;
- Garantir a segurança alimentar sanitária dos produtos de origem animal.

A segurança alimentar sanitária dos produtos de origem animal é fundamental para garantir o bem-estar de toda sociedade, evitar a proliferação de pandemias e ainda manter o funcionamento do mercado consumidor daqueles produtos.

5.5.8.4 EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

Trata-se do profissional que investiga, alerta e orienta a população sobre os cuidados higiênicos e sanitários adequados para evitar problemas de saúde.

Nos caminhos da constituição da Saúde Pública no Brasil, o/a educador/a sanitário é aquele/a que produz intercessões com a população, divulgando informações sobre diferentes aspectos implicados com os processos de saúde e doença.

5.5.8.5 APOIO FUNDAÇÃO DO ABC

A FUABC atuará de forma complementar por meio da contratação de recursos humanos suficientes para o desenvolvimento das ações, bem como, disponibilização de veículos, serviço de limpeza, manutenção de equipamentos e aquisição de materiais de consumo e material gráfico necessários à execução dos serviços, visando ao pleno funcionamento das atividades nos serviços da Vigilância em Saúde, conforme diretrizes da Secretaria de Saúde.

6. APOIO À GESTÃO

O Apoio à Gestão tem como objetivos: apoiar, dar suporte, regular, avaliar, auditar e controlar as ações desenvolvidas nas Unidades integrantes da rede assistencial, para que estas ações se tornem mais eficientes e efetivas. Instrumentaliza gestores, subsidiando-os com as ferramentas pertinentes ao planejamento.

A natureza política e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) exige do governo políticas específicas que garantam o acesso à melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, equacionar as questões de recursos humanos é fundamental.

Para que os desafios nesta área sejam superados, é necessário:

- Buscar o alinhamento entre os atores envolvidos com relação às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde;
- Garantir a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde;
- Instituir mecanismos que regulam a migração de profissionais da saúde;
- Promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade. Esta gestão objetiva a retomada das ações para o desenvolvimento das Políticas e Programas, impondo à função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

A Fundação do ABC irá em conjunto com o Apoio à Gestão prover o dimensionamento pactuado de pessoal para a execução das metas pactuadas e propiciar apoio técnico administrativo e assessoria para o pleno funcionamento de suas atividades, de acordo com as determinações da Secretaria de Saúde.

6.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional. Como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a locação de grandes volumes de recursos públicos.

No âmbito do SUS, em nível ambulatorial, os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), em relação aos



medicamentos, estão definidas em 3 Componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

- a) **Componente Básico**, para aquisição de medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica em Saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde.
- b) **Componente Estratégico**, para financiamento de ações de Assistência Farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/aids; sangue e hemoderivados e imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde.
- c) **Componente Especializado**, uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS; caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e em Diretrizes Terapêuticas.

Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação e a educação permanente dos profissionais, do paciente e da comunidade.

A inserção do profissional farmacêutico nas unidades de saúde corresponde à parte essencial do cuidado, ressaltando o seu papel como profissional responsável pela contribuição no uso racional e resolutivo dos medicamentos, assumindo participação fundamental, entendida em toda a extensão do princípio da integralidade das ações e das execuções de políticas de saúde.

A estrutura física da Assistência Farmacêutica do Município de Santo André compreende 32 farmácias localizadas nas Unidades Básicas de Saúde e 1 no Serviço de Atendimento Domiciliar, 5 nas Unidades e Urgência e Emergência, 3 nas Unidades de Atenção Especializada, 1 no Ambulatório de Referência a Moléstias Infeciosas, 5 nos Serviços de Atenção à Saúde Mental, 1 no Centro Hospitalar Municipal e 1 para atender às ações judiciais; totalizando 50 unidades.

6.1.1 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

No ano de 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS n. 3916, tendo como finalidades principais:

- Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos.
- A promoção do uso racional dos medicamentos.
- O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais, que são aqueles que irão atender as necessidades prioritárias de saúde de uma população.
- A PNM apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam:
- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulação sanitária de medicamentos.
- Reorientação da Assistência Farmacêutica.
- Promoção do uso racional de medicamentos.
- Desenvolvimento científico e tecnológico.
- Promoção da produção de medicamentos.
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A reorientação da Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos.

A necessidade de construir uma nova gestão da assistência farmacêutica no SUS fundamenta-se na implementação desta nova prática nos Estados e Municípios, sendo necessário, para isto, o desenvolvimento de ações estruturantes, com aplicação de novos conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas, indispensáveis à qualificação e melhoria das atividades desenvolvidas.

S

Engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e promoção do uso racional, compreendendo a prescrição e utilização dos medicamentos. Prevê, também, que o processo de descentralização contemplará a padronização dos medicamentos, o planejamento e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão do SUS.

A Política Nacional de Medicamentos estabelece as responsabilidades para cada uma das três esferas de gestão. No que tange à estadual, cabe em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde.

De acordo com a PNM, no âmbito municipal, caberá à Secretaria Municipal de Saúde ou ao organismo correspondente:

- Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica – AF no seu âmbito;
- Associar-se a outros Municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;
- Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- Treinar e capacitar recursos humanos para cumprimento das responsabilidades do Município no que se refere a esta Política;
- Coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Laboratórios de Saúde Pública;
- Implementar ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- Definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do Estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna.
- Adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do Município.
- Utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do Município.
- Investir na infraestrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

Portanto, o papel dos gestores municipais é importante para que a Assistência Farmacêutica, parte fundamental da atenção à saúde, seja implementada no SUS.

6.1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações.

Na Assistência Farmacêutica, são objetivos dos protocolos clínicos:

- Estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados;
- Promover o uso racional de medicamentos;
- Criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz;
- Garantir o acesso da população aos medicamentos;
- Fornecer subsídios para a implementação de serviços voltados para a prática de um modelo em Atenção Farmacêutica e a gestão dos medicamentos;
- Padronizar condutas terapêuticas;
- Reduzir a incidência de RAM – Reações Adversas a Medicamento.

6.1.3 PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Plano de Saúde Municipal é um importante instrumento de gestão formulado a partir de uma análise da situação da saúde, do modelo de gestão e das prioridades e estratégias do Município. Sendo assim,

no Plano Municipal de Saúde, deve ser apresentado as prioridades, estratégias, metas, ações e recursos, bem como as atividades a serem desenvolvidas para a estruturação e organização da assistência farmacêutica, o elenco a ser gerenciado e os recursos humanos a serem disponibilizados. Esses são elementos essenciais para as programações atuais e para posterior análise, por intermédio do relatório de gestão, do desenvolvimento das ações previstas em função das metas programadas. O Plano de Saúde deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e divulgado aos setores da sociedade envolvidos com o tema, a fim de possibilitar o efetivo controle social nesta área.

No Plano Municipal de Saúde as ações de assistência farmacêutica devem estar fundamentadas na:

- Descentralização da gestão;
- No diagnóstico da situação de saúde do Município;
- Na execução das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos;
- Nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;
- Na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;
- Nas condições necessárias para o cumprimento das boas práticas de armazenagem para medicamentos;
- Na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos com a assistência farmacêutica;
- Na permanente avaliação da assistência farmacêutica através de indicadores específicos, que possibilitem o aprimoramento de seu gerenciamento;
- Outros aspectos que atendam às peculiaridades locais.

6.1.4 GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica representa um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias de Saúde e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado recurso crucial.

Gerenciar é alcançar resultados através de pessoas, utilizando eficientemente os recursos limitados. Um bom gerenciamento é fruto de conhecimento, habilidades e atitudes. Abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados. Esta é permanente, pois a avaliação dos resultados incorrerá em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação.

A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

As ações de Assistência Farmacêutica devem estar fundamentadas nos princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica.

6.1.5 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

A promoção do uso racional de medicamentos é um dos principais pontos da Política Nacional de Medicamentos, e consta como uma das obrigações dos gestores de saúde nos vários documentos de pactuação das ações de saúde.

Dentre as formas de promover o uso racional de medicamentos, destacam-se a implantação e utilização de Relação de Medicamentos Essenciais, Formulário Terapêutico e Protocolos Clínicos e Terapêuticos.

6.1.6 RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS – RENAME

A RENAME deve ser o instrumento mestre para as ações de planejamento do Ciclo da Assistência Farmacêutica, de seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Aos gestores estaduais e municipais, a RENAME deve subsidiar a elaboração e a pactuação de suas Relações de Medicamentos. As equipes de saúde, em especial aos prescritores, a RENAME, juntamente com o Formulário Terapêutico Nacional, pode ser um importante auxílio na escolha da melhor terapêutica. À população e aos usuários do SUS, a RENAME expressa um compromisso com a disponibilização de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos e de acordo com as prioridades de saúde de nossa população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define medicamentos essenciais como aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade.

Todos os Estados também elaboram a sua Relação Estadual de Medicamentos Essenciais – REME,

assim como todos os Municípios adotam a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, para atender as suas especificidades regionais e municipais. Estas relações devem ser atualizadas periodicamente e aprovadas nos respectivos Conselhos de Saúde.

6.1.7 AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetua o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de disponibilizar os mesmos em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade e funcionamento do sistema.

Deve ser permanentemente qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (cumprimento das especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado)

Várias são as alternativas estratégicas para que a aquisição pelos municípios venha a ser atrativa, com diminuição dos preços praticados e agilidade no processo, quer seja através de pregão eletrônico ou presencial, realização de compras anuais consolidadas e com entregas parceladas, formação de consórcios entre gestores, implantação de um Sistema de Registro de Preços, avaliação do desempenho dos fornecedores no cumprimento das exigências técnicas e administrativas, etc. Deve ser considerada a alternativa mais adequada a cada situação.

6.1.8 ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

O armazenamento é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos, bem como o controle de estoque.

O gerenciamento adequado dessa etapa do ciclo reduz perdas e deve observar alguns procedimentos e ações, entre os quais se destacam:

- a) Cumprimento/adequação do almoxarifado às Boas Práticas de Armazenagem, tais como limpeza e higienização; delimitação dos espaços para adequada estocagem, recebimento e expedição de medicamentos, minimizando o risco de trocas; controle de temperatura e umidade; monitoramento da rede de frio; entre outros.
- b) Qualificação do recebimento de medicamentos, através da melhoria dos processos de conferência dos quantitativos na separação, diminuindo o número de erros no que se referem aos quantitativos, lotes, prazos de validade etc.
- c) Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que descrevam todas as atividades executadas.
- d) Existência de um sistema validado de controle de estoque de medicamentos, que disponibilize informações gerenciais como balancetes, relatórios e gráficos;
- e) Melhoria da capacidade administrativa e de recursos humanos para garantir que todas as atividades sejam desenvolvidas de forma adequada.

A distribuição dos medicamentos, de acordo com as necessidades dos solicitantes, deve garantir a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações e controle.

É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos.

6.1.9 DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A dispensação de medicamentos tem como objetivo garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto. É um dos elementos vitais para o uso racional de medicamentos.

Cabe ao dispensador da unidade a responsabilidade pelo entendimento do usuário acerca do modo correto de uso do medicamento.

A implantação da Atenção Farmacêutica é uma estratégia para assegurar a qualificação e a humanização do atendimento dos usuários.

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde.

É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades

biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

6.1.10 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Assistência Farmacêutica é parte integrante e essencial dos processos de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade. Assim, torna-se primordial que as atividades da Assistência Farmacêutica sejam executadas de forma a garantir efetividade e segurança no processo de utilização dos medicamentos e de outros produtos para a saúde, otimizando resultados clínicos, econômicos e aqueles relacionados à qualidade de vida dos usuários.

O mau gerenciamento e o uso incorreto de medicamentos acarretam sérios problemas à sociedade e, conseqüentemente, ao Sistema Único de Saúde (SUS), gerando aumento da morbimortalidade, elevação dos custos diretos e indiretos, além de prejuízos à qualidade de vida dos usuários.

A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. É a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. A Atenção Básica à Saúde é o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem um papel chave na sua estruturação, como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

A Assistência Farmacêutica exerce um importante papel na Atenção Básica à Saúde, na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. A disponibilidade dos medicamentos na ABS deve atender às necessidades epidemiológicas, com sua consciência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com uma orientação para o uso racional de medicamentos, por meio de diferentes serviços ofertados no território.

As diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, são aplicadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos serviços farmacêuticos, como um conjunto de ações no sistema de saúde, que buscam garantir uma atenção integral, coordenada, contínua, segura e efetiva às necessidades e aos problemas de saúde dos usuários, das famílias e da comunidade. A AF tem o medicamento como um de seus elementos essenciais e contribui para seu acesso equitativo e seu uso racional.

As diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica são aplicadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos serviços farmacêuticos, como um conjunto de ações no sistema de saúde, que buscam garantir uma atenção integral, coordenada, contínua, segura e efetiva às necessidades e aos problemas de saúde dos usuários, das famílias e da comunidade. A AF tem o medicamento como um de seus elementos essenciais e contribui para seu acesso equitativo e seu uso racional.

Figura 8 - Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde



Fonte: Caderno 01 Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde - MS

A Figura 8 aponta que os serviços de Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde organizam-se necessariamente pela definição dos serviços farmacêuticos, que devem ser realizados na atenção básica.

O cuidado farmacêutico integra ações de educação em saúde, que incluem atividades de educação permanente para a equipe de saúde e atividades de promoção à saúde de caráter geral, e ações de promoção do uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas. A atividade assistencial, praticada nos pontos de atenção, inclui os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados ao usuário de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados com outros membros da equipe de saúde. As atividades técnico-pedagógicas, de forma complementar, visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a

2

[Assinatura]

promoção do uso racional de medicamentos.

Assim, os serviços de clínica farmacêutica correspondem às funções do farmacêutico diretamente vinculadas ao usuário. As atividades técnico-pedagógicas correspondem a funções vinculadas à coletividade (família e comunidade), bem como à gestão do conhecimento (equipe de saúde). Por fim, as atividades de gerenciamento dos medicamentos correspondem àqueles serviços vinculados diretamente aos medicamentos.

6.1.11 INTERSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo a Portaria GM 648/2006, a atenção básica tem Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Dessa forma, tem sido fundamental o trabalho do farmacêutico na dispensação dos medicamentos nas Unidades de Saúde da Família em que se disponibiliza medicamentos, propiciando que as atividades realizadas pela equipe possam ter a efetividade do tratamento medicamentoso por meio da atenção farmacêutica desenvolvida por esse profissional.

Assim, hoje, os farmacêuticos podem atuar na gestão e na dispensação de medicamentos na Estratégia Saúde da Família, trabalhando em equipe com os outros profissionais de saúde, cumprindo a necessidade da atenção básica e a determinação da legislação em vigor.

Além dessas atividades, o NASF que é uma iniciativa que tem ampliado o número de componentes vinculados às Equipes de Saúde da Família (ESFs), reúne diversos profissionais da área de saúde, dentre eles o farmacêutico.

A inserção do farmacêutico no NASF é importante por possibilitar o maior acesso da população ao medicamento e contribuir para o seu uso racional, favorecendo, assim, a recuperação da saúde e a prevenção e tratamento das doenças, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O farmacêutico, no NASF, deverá desenvolver:

- Ações de assistência farmacêutica na gestão do medicamento:
 - Planejar, coordenar e executar as atividades de assistência farmacêutica, no âmbito da saúde pública;
 - Gerenciar o setor de medicamentos (selecionar, programar, receber, armazenar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos), com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
 - Treinar e capacitar os recursos humanos envolvidos na assistência farmacêutica, para o cumprimento das suas atividades.
- Ações de assistência farmacêutica na Assistência à Saúde:
 - Implantar a atenção farmacêutica para pacientes hipertensos, diabéticos ou portadores de doenças que necessitem acompanhamento constante;
 - Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos pela população, para evitar usos incorretos.
 - Educar a população e informar aos profissionais das ESFs sobre o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso.

6.1.12 PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades de cada unidade serviço de saúde.

É de suma importância a implantação de um sistema de informações e gestão de estoque eficiente, para que a programação possa ser realizada com base em dados fidedignos, possibilitando a utilização concomitante de métodos de programação, tais como perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços, entre outros.

6.1.13 MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO

O acompanhamento e a avaliação continuada das ações desenvolvidas na Assistência Farmacêutica são outra estratégia para solidificar o modelo da Assistência Farmacêutica. A implantação de sistemas de informações gerenciais na Assistência Farmacêutica auxilia a formulação de políticas de medicamentos e subsidia a tomada de decisões dos gestores.



1656

Para um gerenciamento eficiente é necessário um sistema de informações que reflita a realidade dos serviços, disponibilizando indicadores seletivos e específicos, definidos pelo gestor, que auxiliem na qualificação do processo de decisão e na racionalização da aplicação dos recursos.

Os resultados devem ser analisados e discutidos com os diversos atores: gestores, responsáveis pelas Assistências Farmacêuticas regionais e municipais, Conselho Estadual de Saúde, entre outros.

A OMS sugere uma série de indicadores de avaliação e seus métodos de obtenção, com o objetivo de auxiliar o acompanhamento e a avaliação de uma política de medicamentos, que devem ser adaptados a cada contexto. Os indicadores dos serviços farmacêuticos podem ser de estrutura, processos ou resultados. A seguir são apresentados alguns exemplos de indicadores que podem ser utilizados:

- Existência da Assistência Farmacêutica na estrutura organizacional, existência de Comissão/Comitê Estadual de Farmacologia e Terapêutica, número de farmacêuticos que atuam na Assistência Farmacêutica etc.;
- Qualificação dos Recursos Humanos: existência de projeto/programa de qualificação dos trabalhadores, número de servidores em cada atividade etc.;
- Seleção de medicamentos: existência de Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Reme), porcentagem de medicamentos da Reme em concordância com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), existência de Comissão/ Comitê Estadual de Farmacologia e Terapêutica estruturado e atuante;
- Programação de medicamentos: porcentagem média da programação efetivada;
- Aquisição de medicamentos: existência de restrição à aquisição de medicamentos que não pertencem à Reme, porcentagem de medicamentos adquiridos que não pertencem à Reme, recursos financeiros para aquisição por fonte de financiamento, recursos gastos por modalidade de aquisição de medicamentos, categoria profissional responsável pela definição das especificações técnicas, etc.
- Armazenamento de medicamentos: adequação da área de armazenamento, existência de controle de estoque no almoxarifado, existência de procedimentos preventivos para evitar a perda de medicamentos por validade, porcentagem do registro de estoque que corresponde à contagem física dos medicamentos;
- Distribuição de medicamentos: porcentagem de demanda não atendida;
- Disponibilidade de acesso: porcentagem de medicamentos atendidos; porcentagem média de medicamentos disponíveis em estoque no almoxarifado;
- Qualidade: porcentagem de medicamentos com prazo de validade vencido no almoxarifado;
- Uso racional: número médio de medicamentos por prescrição etc.

Os medicamentos despertam grande atenção por parte dos gestores, pois a sua utilização pode gerar distorções comuns à maioria dos Municípios como: utilização desnecessária; prescrições irracionais; desperdícios com compras erradas e outras, elevando o custo com a aquisição e com o tratamento inadequado das doenças.

Embora tanto a Política Nacional de Medicamentos (PNM) como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) manifestem a importância estratégica dos três grandes eixos - de garantir a segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos; a promoção do seu uso racional; o acesso da população a aqueles medicamentos considerados essenciais - para muitos gestores o conceito da Assistência Farmacêutica ainda permanece centrado no binômio aquisição e distribuição de medicamentos.

6.2 LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

A logística de suprimentos trata do planejamento, implantação e controle do fluxo de movimentação e armazenagem de insumos. Na área da saúde, tem por objetivo satisfazer às necessidades de materiais e medicamentos para a operação da unidade, garantindo assim a integridade do atendimento final ao paciente.

O Almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à política geral de estoques.

O almoxarifado deverá:

1. Assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando necessário;
2. Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
3. Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
4. Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um

118

atendimento rápido e eficiente;

No almoxarifado, são desenvolvidas as atividades de guarda e distribuição. Ele representa a entradas e saídas dos produtos, a saber: recepção; estocagem e distribuição.

- a) A recepção, bem como a inspeção de qualidade devem fisicamente ter local próprio no almoxarifado e, se não opostamente colocadas, devem estar bem distantes da expedição/distribuição. A recepção realiza os procedimentos de conferência qualitativa e quantitativa, em que os elementos constantes na nota de entrega do material/insumo pelo fornecedor são checados com aqueles constantes no próprio documento gerado pelo estabelecimento de serviços de saúde, tradicionalmente denominado de nota de empenho. Deve, também, comparar o material/insumo recebido com as amostras, previamente, solicitadas; utilizar informações de avaliação dos clientes/ usuários sobre o material/insumo em uso. Outro procedimento que a recepção não deve deixar de realizar é a conferência de quantidades, em que para pequenas quantidades é necessário abrir todas as embalagens e fazer a contagem física um a um e quando se tratar de grandes quantidades realizar a conferência por amostragem, por lote(s).
- b) Estocagem: deve ser realizada em ambientes com ausência de umidade e de calor ou frio excessivo; com proteção contra pragas, como: roedores, insetos e pássaros; com proteção contra incêndios; com proteção contra roubos; e com boa circulação de ar. Nessa função, as áreas de estocagem dos estabelecimentos de serviços de saúde são pouco complexas, utilizam apenas estrados e estantes com prateleiras, e a movimentação é feita manualmente ou com equipamentos simples.
O controle, geralmente, é realizado por meio de controles duplos, como: registro em fichas que ficam junto ao produto (ficha de prateleira) e em fichas que ficam na área administrativa do almoxarifado (ficha de controle físico-financeiro). Mas o controle não para por aí. Periodicamente, o gestor precisa fazer a contagem dos itens. Com o advento da informática, essas fichas foram substituídas por listagens que podem ser emitidas com frequência muito maior, facilitando o controle físico e financeiro do armazenamento.
- c) Distribuição: O sistema de abastecimento tem de ter uma logística que permita ao estabelecimento de serviços de saúde abastecer qualitativa e quantitativamente a sua idade. O sistema produtivo (setores finalísticos do estabelecimento de serviços de saúde) precisa de todos os materiais/insumos, necessários ao seu bom funcionamento, com qualidade e preço justo. A lógica de distribuição deve ser baseada no fato de que o sistema de abastecimento é o grande armazenador de materiais/insumos (único com espaço para grandes depósitos por longo tempo), não devendo delegar aos sistemas produtores a capacidade de estocagem (subestoques), que tendem a aumentar demasiadamente o imobilizado (desvio de recursos da produção), além de gerar desperdícios e mau uso.

6.2.1 FLUXO CENTRO DE DISPENSAÇÃO SECRETARIA DE SAÚDE – MUNICIPIO DE SANTO ANDRÉ

Abaixo apresentamos modelo de Fluxo da Logística do Centro de Dispensação da Secretaria de Saúde de Santo André:



Fonte: Fundação do ABC, Dez/2020

A Fundação do ABC atuará de forma complementar nos serviços da Assistência Farmacêutica da Rede de Saúde do Município de Santo André, por meio da contratação de recursos humanos para o desenvolvimento das ações. Ainda, irá proporcionar toda a logística relacionada aos suprimentos, bem como realizar o controle acesso ao centro de dispensação.

6.3 SERVIÇO DE REMOÇÃO DE PACIENTES – TRANSPORTE SANITÁRIO E INTER HOSPITALAR

O Serviço de Remoção de Pacientes faz parte das ações realizadas pela Secretaria da Saúde para garantia do acesso equânime dos usuários à rede de saúde. O serviço de remoção de pacientes conta com ambulâncias de suporte básico, carros tipo Van e micro ônibus com adaptação para o transporte de pacientes com necessidades especiais, intercalados em sistema de atendimento ininterrupto ou acompanhando o horário ambulatorial.

6.3.1 TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

O Transporte Sanitário Eletivo no município de Santo André é de extrema relevância no atendimento da demanda de usuários que necessitam realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência e nos municípios de referências. São muitos os benefícios e os avanços no Transporte Sanitário Eletivo, uma vez que os usuários necessitam de locomoção até os municípios de referências para realização de consultas, exames e tratamentos de doenças crônicas.

Os pacientes referenciados são aqueles que tiveram consulta/exame marcado, que necessitem de procedimento eletivo em serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde por meio do processo regulatório estabelecido no âmbito municipal e/ou regionais e pacientes que necessitem de Tratamento Fora de Domicílio - TFD.

O transporte destina-se, ainda à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresentam risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento e/ou de transporte em decúbito horizontal.

De acordo com a Resolução 13 de 23 de fevereiro de 2017 o dimensionamento do serviço de transporte sanitário eletivo deverá observar as necessidades e especificidades do território, e aplicar os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos em função das necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e pactuação no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite.

Para o transporte de passageiros com deficiência tipo cadeirante e dificuldade de locomoção, será fornecido veículos tipo van e micro ônibus adaptado com porta lado direito para embarque e desembarque com plataforma elevatória veicular.

Resalta-se ainda que como pré-requisito para o fornecimento de passagens e acesso ao transporte sanitário eletivo, a marcação da consulta/exame ou procedimento eletivo em serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde por meio do processo regulatório.

6.3.2 TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, instituído pela Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadoras de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica à unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

O Programa oferece Consulta, tratamento ambulatorial, hospitalar / cirúrgico previamente agendado; Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem; Ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento.

A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intraestadual será, via de regra, atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios. Entretanto, quando o deslocamento for realizado a partir de um município não habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), isto é, esteja habilitado apenas na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), a competência para a concessão do benefício é da Regional de Proteção Social/SESPA a qual o município está vinculado.

A Fundação do ABC atuará de forma complementar por meio da contratação de recursos humanos para o desenvolvimento das ações, bem como irá disponibilizar veículos em quantidade suficiente para transporte de pacientes e apoio aos serviços assistenciais, além de eventuais aquisições de material de consumo (escritório, médico, hospitalar) necessários à realização das ações das atividades desenvolvidas, visando ao pleno funcionamento das atividades.

6.4 OUVIDORIA

Ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS.

Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.

O papel da ouvidoria é garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.

O que elas são?

São canais democráticos de comunicação entre os(as) cidadãos(ãs) e os órgãos e entidades do SUS como espaço de cidadania.

Instrumento de gestão, no qual recebem as manifestações dos(as) cidadãos(ãs) no que concerne a: reclamações, denúncias, sugestões, elogios, solicitações e informação.

Unidades de intermediação do acesso aos serviços do SUS. Intermedeiam as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os órgãos e entidades do SUS para assegurar o equilíbrio ea qualidade da comunicação entre eles.

Instrumento de disseminação de informações em saúde assegurando encaminhamento e tratamento adequado das manifestações.

O que elas não são?

Serviço de atendimento ao consumidor e assessoria de comunicação social.

Estruturas de marcação de consulta, nem de solução de problemas dos(as) cidadãos(ãs).

Unidades de solução de conflitos internos ou externos.

Unidades de auditoria, assessoria jurídica, corregedoria ou instrumento de investigação e/ou de fiscalização

Fonte: Doges/SGEP/MS.

A atuação da Ouvidoria do SUS atende, fundamentalmente, ao comando constitucional do art. 37, parágrafo 3º da Constituição Federal que determina ao Poder Executivo, observadas as disposições legais, a instituir e manter serviços de atendimento às reclamações e às sugestões dos(as)

S





cidadãos(ãs), especialmente os usuários dos serviços públicos, e garantir espaços, mecanismos e instrumentos de participação e controle social sobre sua atuação e serviços ofertados à população.

As Ouvidorias do SUS são instrumentos de viabilização dos princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, especialmente os que se referem:

- a) À preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral,
- b) Ao direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.
- c) À divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário,
- d) À participação da comunidade.

As Ouvidorias do SUS têm um papel fundamental para o aprofundamento do conceito de cidadania, assim como para o seu efetivo exercício e respeito pela sociedade e pelos agentes públicos, dentro do Sistema Único de Saúde, à medida que propiciam aos(às) cidadãos(ãs) terem suas demandas apresentadas e adequadamente tratadas pelas instituições públicas de saúde, assim como respondidas dentro de prazo preestabelecido; ampliando e fortalecendo a participação social por encorajar e instrumentalizar o(a) cidadão(ã) a se representar perante à Administração Pública na defesa de seus direitos.

A Ouvidoria do SUS de Santo André utiliza o sistema Ouvidor SUS para registrar as suas demandas e faz parte do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, possibilitando o contato com as Ouvidorias do Estado de São Paulo quando necessário. Tem por atribuições:

- Atender os cidadãos através dos canais de comunicação oferecidos, registrar a manifestação no sistema Ouvidor SUS, classificar, tipificar e encaminhar ao setor responsável, monitorar as demandas conforme o prazo estabelecido, fazer as cobranças de respostas se necessário, avaliar a resposta recebida e entrar em contato com o cidadão para dar o retorno;
- Nos casos em que a resposta não é satisfatória, a Ouvidoria pode devolver a manifestação para uma nova análise, ou apuração do caso para uma resposta conclusiva;
- Disseminar informações, orientar o cidadão sobre os fluxos e protocolos da Secretaria de Saúde;
- Realizar a mediação de situações emergenciais atenuando conflitos, e/ou minimizando problemas que não tem condições de aguardar o prazo de resposta;
- Apoiar a rede para a utilização do sistema, capacitar os funcionários, sensibilizar os gestores para a importância das demandas da Ouvidoria;
- Elaborar relatórios gerenciais para que o gestor possa ver o olhar do cidadão sobre os serviços de saúde do município e para que os gestores de unidades possam ver como é a avaliação do cidadão sobre a unidade que gerencia, estas informações podem subsidiar o gestor na tomada de decisão.

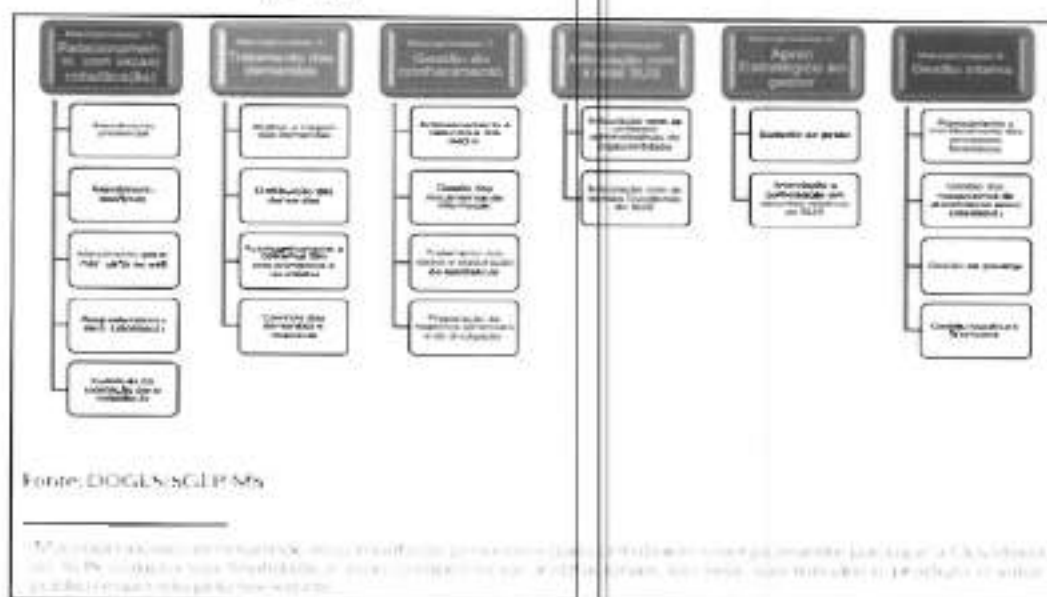
6.4.1 MACROPROCESSOS

Os macroprocessos e processos de uma Ouvidoria do SUS decorrem das competências institucionais que lhe forem atribuídas pela lei, pelo decreto ou pelo gestor municipal.

A figura 9 apresenta a representação gráfica dos macroprocessos* e processos MAIS COMUNS às Ouvidorias do SUS:

Figura9 - Macroprocessos e processos mais comuns das Ouvidorias do SUS

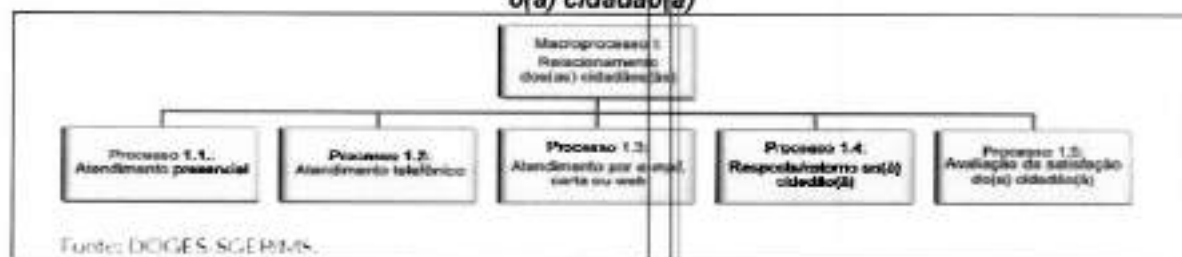
S



6.4.2 MACROPROCESSO I – RELACIONAMENTO COM O(A) CIDADÃO/CIDADÃ

O macroprocesso Atendimento ao(a) cidadão(a) é constituído por cinco processos principais, conforme figura 10.

Figura 10 - Processos de relacionamento com o(a) cidadão(ã)



6.4.2 ATENDIMENTO PRESENCIAL E TELEFÔNICO

As orientações e procedimentos a seguir apresentados referem-se ao atendimento telefônico. No entanto, pelas semelhanças entre os processos de atendimento telefônico e presencial, elas podem ser utilizadas no segundo caso, com adaptações.

São etapas principais desses processos:

Etapa I – Acolhimento e escuta

- Para humanizar o atendimento, é necessário levar em consideração as expectativas, os desejos, as esperanças e as exigências de todos os envolvidos no processo. A capacidade de compreender precisa ser desenvolvida continuamente.
- É importante acolher e escutar a demanda do(a) cidadão(ã) como se fosse única, ainda que apareçam várias demandas semelhantes ao longo dos atendimentos.

Especificidades do atendimento presencial:

A etapa de acolhimento inclui os procedimentos de recepção ao(a) cidadão(ã):

- Receber o(a) cidadão(ã) por ordem de espera. Podem ser utilizados mecanismos de senha.
- Receber o(a) cidadão(ã) em local adequado, que resguarde a privacidade do atendimento.
- Colocar-se frente a frente com o(a) cidadão(ã) para ouvir sua manifestação/demanda.

Etapa II – Sondagem, confirmação e desmembramento

- O objetivo da sondagem, da confirmação e do desmembramento do conteúdo da demanda é assegurar a qualidade da coleta de dados. São também fundamentais para garantir a confiabilidade dos dados que serão utilizados na elaboração de relatórios gerenciais.
- A sondagem e o desmembramento são atividades intrinsecamente ligadas: o desmembramento



1662

correto só é possível após a completa compreensão sobre o que o(a) cidadão(ã) deseja expressar em seu registro, sendo papel precípuo do servidor que faz o registro (operador ou técnico) executar uma sondagem adequada e efetuar o desmembramento como necessário.

- Ao final, e antes de concluir o atendimento, o atendente deve revisar as avaliações registradas e confirmá-las com o(a) cidadão(ã).
- A sondagem é uma atividade de pesquisa, de exploração, de investigação cautelosa e direcionada, conduzida pelo atendente. O objetivo é compreender o relato do(a) cidadão(ã) e identificar o que responder e/ou registrar.
- Ela deve ser realizada por meio de perguntas formuladas ao(à) cidadão(ã) que visam averiguar, compreender e aprofundar a demanda por ele apresentada.
- Deve ser realizada no momento do atendimento ao (à) cidadão(ã). O atendente deve tirar dúvidas, acrescentar detalhes e informações e, ao mesmo tempo, sintetizar o foco da demanda dada pelo(a) cidadão(ã).
- O atendente deve fazer perguntas ao(à) cidadão(ã) para averiguar, compreender e aprofundar a demanda por ele apresentada.
- Não há uma sondagem única, pois esta depende da demanda do(a) cidadão(ã).
- A sondagem é fundamental para o sucesso do atendimento. As perguntas de sondagem facilitam a compreensão da demanda e auxiliam na emissão da resposta. A partir da sondagem, o atendente pode conduzir o atendimento que pode resultar em uma disseminação de informação, um registro, ou encaminhamento para serviço de saúde. O quadro 1 contém perguntas de sondagem para orientação do atendente

Quadro 1 – Perguntas de sondagem

Assistência
1. Foi atendido pelo SUS?
2. Foi mal atendido (nome e cargo do funcionário, data e serviço de saúde)?
3. Más condições da unidade: higiene, equipamentos, alojamento,
4. Falta de profissionais: médico, enfermeiro ou outros?
5. Negligência médica ou de outros profissionais?
Recursos
1. Desvio de recurso – qual?
2. Superfaturamento nas compras – que tipo?
3. Má aplicação dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) – em quê?
4. Compras sem licitação – que tipo?
Recursos
5. Favorecimento nas licitações – qual?
6. Recursos recebidos por meio de convênios e não utilizados corretamente – quais?
7. Pagamento de consulta ou procedimento para o profissional ou instituição do SUS (Sistema Único de Saúde) – qual?
Solicitação de medicamentos
1. Nome do medicamento, princípio ativo e apresentação (mg, ml, cápsulas, líquido, injeção etc.).
2. Tem prescrição médica?
3. Uso contínuo ou não?
4. Para qual patologia?

S



5. Quantidade necessária?	
6. Há quanto tempo está sem a medicação?	
7. Qual(is) órgão(s) já procurou na tentativa de conseguir o medicamento?	
Solicitação de procedimentos (exames, consultas, cirurgias, internações etc.).	
1. Qual o tipo de procedimento solicitado?	
2. Nome da especialidade médica?	
3. Tem encaminhamento do médico do SUS?	
4. Data do encaminhamento?	
5. Qual(is) órgão(s) já procurou na tentativa de conseguir o procedimento?	
6. Quando o(a) cidadão(ã) solicitar internação, verificar se é somente vaga para internação ou se solicita também o procedimento.	
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
Medicamento	
1. Nome do produto e nome do laboratório?	
2. Nome e CNPJ da empresa fabricante?	
Medicamento	
3. Número do lote do produto?	
4. Data de validade?	
5. Descrição do problema?	
6. Endereço/estado/cidade do denunciado (farmácia, distribuidora etc.)?	
7. Propaganda irregular – citar meio de comunicação e/ou endereço eletrônico?	
Alimento	
1. Marca e fábrica do produto?	
2. CNPJ da empresa fabricante?	
3. Número do lote?	
4. Problema apresentado?	
5. Origem da aquisição do produto?	
6. Endereço/estado/cidade do denunciado (supermercado, loja, padaria etc.)?	
Produtos para saúde, cosméticos, agrotóxicos e saneantes:	
1. Nome do produto?	
2. Nome e CNPJ da empresa fabricante?	
3. Número do lote do produto?	
4. Descrição do problema?	
5. Endereço/estado/cidade do denunciado (comerciante, fornecedor etc.)?	



1664

6. Propaganda irregular – citar meio de comunicação e/ou endereço eletrônico?

Água, ambientes e animais em vigilância sanitária

1. Nome do estabelecimento denunciado?

2. Endereço/estado/cidade do denunciado?

3. Descrição do problema/irregularidade?

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

Antes de efetuar o registro, o atendente deve sondar quais órgãos o(a) cidadão(ã) já procurou o atendente deve fazer perguntas ao(à) cidadão(ã) para confirmar/verificar se a demanda por ele apresentada foi adequadamente compreendida.

Se no relato do(a) cidadão(ã) ficarem configuradas solicitação e insatisfação com o atendimento recebido, a demanda deve ser desmembrada em dois registros diferentes.

Desmembramento é o fatiamento do conteúdo da demanda apresentada pelo(a) cidadão(ã) em demandas distintas, por tratarem de assuntos diferentes. Ela decorre da análise crítica do conteúdo do relato feito pelo(a) cidadão(ã).

Cada demanda deve receber apenas uma classificação. Não pode ocorrer a situação de uma demanda receber duas classificações, como por exemplo, de solicitação e de reclamação. Nem tão pouco conter dois assuntos distintos, como por exemplo, tratar da dificuldade de acesso ao serviço de um hospital e do mau atendimento pela equipe de acolhimento da mesma instituição.

Quadro 2 – Casos obrigatórios de desmembramentos

I. Reclamação/solicitação de mais de um medicamento.
II. Solicitação de mais de um exame, cirurgia ou tratamento.
III. Solicitação de mais de um produto para saúde.
IV. Quando a manifestação fizer referência a mais de um tipo de classificação.
V. Quando a manifestação fizer referência a vários teores, dentro da mesma classificação.
VI. Reclamação/solicitação referente a mais de uma vacina.

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

Etapa III – Registro e protocolo da demanda

O registro da demanda recebida dos(as) cidadãos(as) por meio de atendimento presencial ou telefônico deve ocorrer de forma concomitante ao processo de atendimento.

A demanda deve ser registrada quando o(a) cidadão(ã) procurar a Ouvidoria do SUS para:

- a) solicitar assistência;
- b) reclamar sobre uma insatisfação;
- c) denunciar uma irregularidade;
- d) pedir alguma informação e não se sentir contemplado com a resposta fornecida pelo atendente (no momento do atendimento);
- e) registrar elogios e/ou sugestões relacionados à saúde.

Ao registrar a demanda do(a) cidadão(ã), o atendente deve filtrar e anotar o que é relevante, à medida que o(a) cidadão(ã) faz o seu relato. Para facilitar o registro é fundamental que o atendente conte com um sistema informatizado adequado.

É recomendável que a Ouvidoria do SUS observe os procedimentos e os sistemas de recebimento e de registro de documentos já implantados em seu órgão ou entidade (protocolo de documentos) para que os documentos da ouvidoria sigam os mesmos processos.

É recomendável que, ao final do registro, o atendente gere um protocolo de atendimento e o forneça ao(à) cidadão(ã).

5



O registro da demanda deve ser claro, coeso e sintético. Deve ser coerente, objetivo, ortograficamente correto, completo e fidedigno.

Quadro 3 – Informações mínimas para registro da demanda por natureza da demanda

Natureza do registro	Dados Mínimos
Solicitação *Deve ser sempre identificada.	DADOS DO CIDADÃO (pessoa que fez o contato com a ouvidoria) e quando o cidadão estiver falando em nome de terceiros, acrescentar os DADOS DO PACIENTE (pessoa que necessita de procedimento ou de medicamentos/correlatos pelo SUS).
	Nome completo
	Endereço completo
	E-mail
	Nome da mãe
	Data de nascimento do paciente
	Cartão Nacional do SUS do paciente
Reclamação ou Denúncia	RELATO: Procedimento/Tratamento/Medicamentos/Correlatos de que necessita. Unidade que realizou o atendimento que gerou a solicitação/ indicação do procedimento/encaminhamento. Locais que já procurou para tentar realizar o procedimento/ medicamento/ correlato de que necessita.
	DADOS DO CIDADÃO (pessoa que fez o contato com a ouvidoria) *Quando não se tratar de demanda anônima.
	Nome dos envolvidos
Sugestão e Elogio	Descrição sucinta da situação: Dia e hora do ocorrido Local da ocorrência
	DADOS DO CIDADÃO: Nome do cidadão (quando não se tratar de demanda anônima)
	A quem se está elogiando
	Unidade/setor de lotação do elogiado
	Cargo/função do elogiado
	Endereço do manifestante
	E-mail do manifestante
Descrição da sugestão ou elogio	
Informação	*Quando a informação for respondida no ato do atendimento e não precisar de encaminhamento para rede da ouvidoria, não haverá necessidade de coletar os dados mínimos para registro dessa demanda.
	Descrição da informação solicitada
	Descrição da resposta fornecida

6



Natureza do registro	Dados Mínimos
Registro de demanda anônima	Quando anônima, registrar com o maior zelo estas informações, pois ninguém poderá falar com o(a) cidadão(ã) novamente. Não registrar sem as informações mínimas, informando-o de que se deve à impossibilidade de apuração e/ou andamento em sua demanda. Uma solicitação e uma informação NUNCA devem ser registradas em anonimato.
Registro de demanda sigilosa	Quando sob sigilo, o operador deve ter zelo na construção do detalhe da demanda, e evitar que o(a) cidadão(ã) possa ser identificado(a) a partir do texto da demanda. Uma solicitação NUNCA deve ser registrada sob sigilo.

***Cada ouvidoria poderá citar outras especificações necessárias de acordo com a sua realidade.**

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

Tratamento de demandas anônimas: denúncia anônima e proteção ao denunciante

Quadro 4 – Classificação das demandas quanto ao seu conteúdo

DEMANDA	DESCRIÇÃO
Denúncia	Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade ou indício de irregularidade na administração e/ou por entidade pública ou privada.
Reclamação	Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
Sugestão	Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do sistema de saúde.
Solicitação	Comunicação verbal ou escrita, que embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e aos serviços de saúde.
Elogio	Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde.
Informação	Comunicação verbal ou escrita na qual o(a) cidadão(ã) faz questionamento a respeito do sistema de saúde ou sobre a assistência à saúde.

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

Figura 10 - Fluxograma do registro da demanda



Fonte: DOGES/SGEP/MS.

Etapa IV – Fornecimento de informação

É desejável que a Ouvidoria do SUS possua um banco de dados que auxilie o atendente a prestar informações solicitadas de forma recorrente. Esse banco pode ser utilizado para responder a grande parte das demandas apresentadas pelos(as) cidadãos(ãs).

Etapa IV – Pesquisa de perfil do(a) cidadão(ã)

A pesquisa tem como finalidade conhecer o perfil do público que acessa a ouvidoria e assim aperfeiçoar o trabalho, melhorando o atendimento à população.

Etapa VI – Encerramento

Ao término do atendimento, é desejável que o atendente da ouvidoria gere um número de protocolo e o forneça ao(a) cidadão(ã) atendido(a) para que ele/ela possa fazer o acompanhamento de sua manifestação.

CLASSIFICAÇÃO DA PROVIDÊNCIA A SER ADOTADA EM FUNÇÃO DO TEOR DA DEMANDA

Teor da demanda	Natureza da providência
Solicitações e informações	Avaliar possibilidade de Atendimento
Reclamações e denúncias	Apuração
Elogios e sugestões	Conhecimento

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

PROCEDIMENTOS DE CONCLUSÃO OU FECHAMENTO DA DEMANDA

Natureza da Demanda	Providências de conclusão ou fechamento da demanda
Denúncia ou Reclamação	O registro de Denúncia ou Reclamação deve ser concluído ou fechado quando a resposta apresentada pela unidade administrativa responsável indicar que os fatos descritos no registro foram apurados e quais as providências tomadas.
	Não esquecer de informar ao(a) cidadão(ã) sobre a conclusão da demanda, repassando a informação apresentada pela unidade administrativa responsável.



Natureza da Demanda	Providências de conclusão ou fechamento da demanda
Solicitações gerais	<p>O registro de Solicitação deve ser concluído ou fechado quando a resposta apresentada pela unidade administrativa responsável indicar que a demanda do(a) cidadão(ã) foi atendida ou quando apresentar as orientações de como o(a) cidadão(ã) deve proceder para ter seu pleito atendido.</p> <p>Quando a solicitação se referir a procedimentos não cobertos pelo SUS, a resposta deve conter orientações claras e encaminhamentos coerentes.</p>
Pedido de Informações	As informações devem ser fechadas após prestar os esclarecimentos solicitados em observância à Lei de Acesso à Informação (LAI) de nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.
Sugestão	Deve ser concluída ou fechada após o recebimento da resposta pela unidade administrativa responsável. A resposta deve ser clara e objetiva, fornecendo esclarecimento quanto à viabilidade ou não do aproveitamento da sugestão.
Elogio	Deve ser concluído ou fechado com menção de agradecimento ao(à) cidadão(ã) e a informação de que o setor responsável tomou conhecimento e divulgou para os interessados.

Fonte: DOGES/SGEP/MS.

Após o fechamento das demandas, independentemente de sua classificação, deverá ser feita a pesquisa de satisfação. As demandas encaminhadas à ouvidoria por documentos oficiais devem ser respondidas pelo mesmo veículo de comunicação pelo qual foram recebidas.

6.4.3 TRATAMENTO DOS DADOS E ELABORAÇÃO DE ESTATÍSTICAS

Os dados estatísticos de uma Ouvidoria do SUS são produzidos com base nas informações das demandas protocoladas ou inseridas em sistema informatizado por ela utilizado; assim como pelos dados relacionados à disseminação de informações.

A geração de informação, a partir da consolidação e do tratamento estatístico e analítico desses dados, contribui para a qualidade do controle social e para a geração de conhecimento que possa ser aplicado em prol da ampliação do acesso, da equidade, da integralidade e da humanização dos serviços públicos de saúde. Essa diretriz norteia o processo de construção e publicação de informações produzidas pelo trabalho rotineiro das Ouvidorias do SUS.

Os relatórios produzidos pela Ouvidoria do SUS, com dados estruturados sobre o desempenho do órgão/entidade no provimento de serviços à população, podem se constituir em importante ferramenta para os gestores do SUS identificarem melhorias e inovações nos serviços e nas atividades realizadas no âmbito do Sistema.

Por essa razão, é fundamental que os gestores do SUS, em todas as esferas de governo, tenham acesso a ferramentas informatizadas que disponibilizem dados estruturados e relatórios que subsidiem a ação de melhoria e de inovação no Sistema.

Para que a Ouvidoria do SUS possa dar tratamento adequado aos dados por ela coletados e produzir estatísticas que possam subsidiar o processo decisório do gestor, é essencial que ela possua profissionais habilitados em gestão da informação, capazes de compreender a dinâmica das informações que trafegam pelo serviço de ouvidoria. É necessário que compreendam o fluxo de tratamento das manifestações, a composição de rede, a disseminação de informações, enfim todos os processos que envolvem o dia a dia deste tipo de serviço.

Sugestão de estatísticas úteis:

- Tipo de atendimento;

- b) Status;
- c) Classificação versus demandas vencidas;
- d) Classificação versus prioridade da demanda;
- e) Técnico responsável versus classificação;
- f) Status versus classificação;
- g) Status versus demandas vencidas;
- h) Status versus prioridade da demanda;
- i) Técnico responsável versus status;
- j) Unidade administrativa versus demandas vencidas;
- k) Unidade administrativa versus satisfação do(a) cidadão(ã).
- l) Comparativos por período, entre um ano e outro, por assunto e subassunto.

6.4.4 SOBRE O CARGO DE TITULAR DE OUVIDORIA DO SUS

É desejável que o titular da Ouvidoria do SUS ocupe um cargo ou função de confiança na estrutura organizacional do órgão ou entidade e que suas atribuições sejam detalhadas na norma que criar a unidade ou que a regulamentar.

Respeitada a realidade de cada caso, é importante que o cargo ou função de confiança seja de alto nível na hierarquia organizacional, preferencialmente subordinado diretamente ao gestor do órgão ou entidade, uma vez que as funções da ouvidoria exigem que seu titular promova a permanente articulação com as demais autoridades do órgão ou entidade, com vistas à eficácia no encaminhamento das demandas recebidas dos usuários às unidades administrativas; no acompanhamento das providências; no controle dos prazos de resposta e na eventual cobrança aos responsáveis, em caso de atrasos.

É importante que ato de criação da Ouvidoria do SUS (le, decreto, portaria, instrução normativa, dentre outros) explicita a denominação e a função do ouvidor. Essa medida, ao tempo em que concede institucionalidade interna ao seu titular, contribui para a percepção externa, do público em geral, sobre a credibilidade e estabilidade do cargo.

Quando o cargo ou função do Ouvidor do SUS for regido pelo critério de confiança, a escolha será discricionária do Gestor do Município.

É importante que o Ouvidor do SUS tenha o apoio e a confiança do Gestor para desempenhar suas atribuições. A capacidade de articulação do Ouvidor do SUS está intimamente relacionada ao grau de empoderamento interno que o Gestor ao qual se subordina concede à sua atuação.

6.4.5 ATRIBUIÇÕES DO OUVIDOR DO SUS

É fundamental que as atribuições do Ouvidor do SUS estejam bem delimitadas (e redigidas) a fim de não gerar interpretações equivocadas sobre os seus poderes e as suas responsabilidades.

Em geral, são atribuições do Ouvidor do SUS, estabelecidas no estatuto do órgão/entidade ou em seu regimento interno:

- a) Coordenar, avaliar e controlar as atividades e os serviços relacionados às competências institucionais da ouvidoria, provendo os meios necessários à sua adequada e eficiente prestação;
- b) Representar a ouvidoria diante das unidades administrativas do órgão/ entidade a que pertencem; dos órgãos e entidades do Poder Executivo, dos demais poderes e perante a sociedade;
- c) Encaminhar as demandas às unidades administrativas competentes para resposta, de acordo com o seu teor;
- d) Propor a adoção de medidas e as providências de correção de rumos ou aperfeiçoamento em processos, a partir das demandas recebidas pela ouvidoria;
- e) Promover articulação e parcerias com outros organismos públicos e privados;
- f) Manter os interessados informados sobre medidas adotadas e resultados obtidos;
- g) Encaminhar os relatórios estatísticos das atividades da ouvidoria às autoridades superiores do órgão/entidade, na forma disposta no regulamento ou no regimento interno;
- h) Exercer outras atribuições, compatíveis com a sua função, que forem estabelecidas no regulamento ou regimento interno do órgão/entidade.

6.4.6 OUVIDORIA ATIVA DO SUS

A Fundação do ABC tem como proposta apoiar a Secretaria de Saúde de Santo André na Implantação da Ouvidoria Ativa do SUS, que tem como objetivo promover a maior participação e controle da comunidade na avaliação do desempenho institucional e na proposição de diretrizes para a sua atuação.

Essa ouvidoria é assim denominada pela natureza proativa de suas atividades: não apenas recebe demandas dos(as) cidadãos(ãs) e atua sobre elas, mas se incumbem de identificar e levantar informações com os(as) cidadãos(ãs) para subsidiar as decisões do gestor do órgão/entidade quanto às melhorias e às inovações que podem ser implementadas.

Ela realiza, por exemplo, pesquisas de satisfação para apurar o nível de confiança e aceitação da população em relação às ações e aos serviços em saúde e identificar requisitos esperados ou desejados pelos(as) cidadãos(ãs) referentes ao desempenho delas (ciclo de políticas públicas).

Pode ser responsabilizada pela promoção de discussões públicas com os(as) cidadãos(ãs) para subsídio de decisões importantes do órgão/entidade e desenvolve estudos e projetos voltados à identificação de áreas de tensões e conflitos (gargalos e oportunidades) sociais para orientação da gestão.

São competências típicas de Ouvidorias Ativas:

- a) Realizar e promover estudos e pesquisas sobre temas relacionados às áreas de atuação da ouvidoria, em especial, para levantamento dos requisitos e do nível de satisfação dos(as) cidadãos(ãs) em relação aos serviços prestados pela ouvidoria e pelo órgão ou entidade à qual ela se subordina.
- b) Implementar projetos de participação e controle social dos(as) cidadãos(ãs) e entidades civis das atividades do órgão ou entidade nos processos de formulação, de acompanhamento e de avaliação das atividades e dos serviços prestados, tais como audiências e consultas públicas.
- c) Promover a capacitação dos servidores do órgão em temas relacionados com as atividades da ouvidoria.
- d) Propor normas e procedimentos para as atividades de ouvidoria, no âmbito do órgão ou entidade públicos.
- e) Manifestar-se previamente sobre os atos normativos do órgão ou entidade dirigidos ao público externo.
- f) Exercer as atribuições relativas ao Serviço de informações ao(à) cidadão(à) (SIC), de que trata o art. 9º do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012.

A Fundação do ABC atuará de forma complementar com a contratação de recursos humanos visando ao pleno funcionamento das atividades.

6.5 REGULAÇÃO

As Políticas de Regulação vêm se desenvolvendo em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, para viabilizar o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade e à garantia de direitos sociais. A Portaria GM/MS nº 1.559, publicada em 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação (PNR) a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. Prevê a alocação de recursos para a implantação e o custeio dos complexos reguladores de forma tripartite, e dispõe sobre o desenvolvimento de instrumentos para operacionalizar as funções reguladoras, tais como protocolos de regulação do acesso, contendo critérios de encaminhamentos, fluxos de acesso aos serviços de saúde, classificação de risco e vulnerabilidade, priorização e o desenvolvimento de programas de capacitação permanente de trabalhadores da saúde.

A Política Nacional de Regulação, instituída, está organizada em três dimensões integradas entre si:

Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

Regulação de Sistemas de Saúde: têm como objeto os sistemas municipal, estadual e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e das diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

São ações da Regulação do Sistema de Saúde:

- Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- Regulação da Saúde Suplementar;

- Auditoria Assistencial ou Clínica;
- Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto são a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. Deve realizar:

- Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde;
- Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS);
- Avaliação analítica da produção;
- Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (Pnass);
- Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
- Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde;
- Utilização de sistemas de informação que subsidiem os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

- Regulação do acesso a partir da atenção básica – acolhimento, matriciamento e encontros técnicos, gestão das listas de acesso etc.
- Regulação do acesso às unidades especializadas e exames SADT – gestão das agendas etc.
- Regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências – determinação da vaga zero etc.
- Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados.
- Autorização dos procedimentos de alto custo/complexidade.
- Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos de regulação do acesso.

O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

A Política Nacional do de Regulação do SUS - PNR trata do complexo regulador como estruturas que organizam a regulação do acesso por meio das centrais de regulação:

- I - Central de Regulação Ambulatorial: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- II - Central de Regulação Hospitalar: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência;
- III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

A Regulação do Acesso pode ser entendida como sendo a intervenção do gestor na relação do usuário que busca um atendimento com o estabelecimento de saúde. O gestor, preferencialmente com os

representantes dos usuários, cria normas, fluxos, processos e/ou regras que definem como, onde e quando se dará esta relação.

Ela é operacionalizada por meio do controle do fluxo da demanda assistencial existente em todas as unidades prestadoras de serviços e/ou por meio do redimensionamento da oferta, reduzindo ou ampliando esta oferta de acordo com as necessidades da população.

A Regulação do Acesso tem como uma das principais ações instituir processos de regulação, baseados em protocolos de regulação e nos processos de programação assistencial, a partir do acesso às ações e aos serviços de saúde por meio das portas de entrada do SUS, conforme definidas pelo Decreto nº 7.508/2011, instituindo ferramentas de gestão da clínica, possibilitando o caminhar nas linhas de cuidado por dentro dos serviços e por toda a rede de atenção, organizando e coordenando os fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, com ênfase na necessidade do cuidado, considerando a referência e a contrarreferência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Cabe à Regulação do Acesso propor e coordenar a elaboração e a utilização de protocolos de regulação que contemplem fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, critérios de encaminhamentos, classificação de risco e priorização, além de constituir agenda permanente nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) para discutir e aperfeiçoar os processos de regulação, na respectiva região de saúde, por meio da criação de comitês regionais ou grupos de trabalho de regulação.

Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade das ações por intermédio do aumento da resolubilidade, de respostas adequadas aos problemas clínicos e da satisfação do usuário.

A regulação deve ocorrer no território de saúde, tanto na microrregião quanto na macrorregião de saúde, em busca do acesso ao cuidado, em redes de atenção e deve contribuir na organização das linhas de cuidado. A adoção do modelo de linhas de cuidado permite o trânsito desimpedido e oportuno dos usuários pelas possibilidades de ações de prevenção, diagnóstica e terapêutica, em resposta às suas necessidades. A regulação por linhas de cuidado deve nos aproximar ao máximo da necessidade dos usuários considerando a subjetividade da produção do cuidado e a singularidade de cada paciente e de cada território.

A Regulação do Acesso, com certa frequência, tem sido entendida apenas como a implantação de computadores, redes de comunicação, centrais de internação, de consultas e exames, ou de normas e protocolos. No entanto, deve ficar claro que a Regulação do Acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos estabelecimentos públicos, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar, orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades.

A Regulação do Município deve adequar todos os processos dessa área de conhecimento às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos pautada pelas reais necessidades da população, e não pela oferta dos serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da Atenção Básica, da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de Planejamento, Programação, Contratação, Controle, Avaliação e Ouvidoria.

Esta articulação e integração da regulação com as unidades assistenciais permite que o cadastro de estabelecimentos e de profissionais seja verificado à luz da oferta potencial dos serviços, subsidiando a sua contratação e a programação da atenção.

Além disso, a padronização das solicitações de consultas, exames e internações, realizadas por meio da lógica dos protocolos assistenciais, subsidiam a regulação e as autorizações prévias para a assistência prestada por estes níveis.

Por sua vez, a implantação de uma estrutura de avaliação das ações de atenção à saúde sobre estruturas, processos e resultados e de uma escuta qualificada pela ouvidoria permitem um descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, que levam a melhor planejamento e ajuste contínuo na execução do conjunto de processos gerenciais com conseqüente melhoria da qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da gestão.

6.5.1 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA CLÍNICA PARA A REGULAÇÃO DO ACESSO

As ferramentas de Gestão da Clínica contribuem com as ações de Regulação do Acesso e podem agregar maior resolutividade com o avanço da integralidade como eixo prioritário do cuidado em redes de atenção.

A gestão da clínica, ampliada e compartilhada, traduz-se numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos. Utiliza-se de protocolos

construídos coletivamente e revisados de maneira permanente, com comunicação ágil e imediata entre as equipes de cuidado, discussão de casos traçadores e contribuem com a análise e revisão de pactos, ferramentas de segunda opinião, telessaúde, matriciamento, apoio matricial e institucional com foco nas redes territoriais.

O protocolo clínico (diretrizes clínicas) é o instrumento que tem como objetivo atenuar a variabilidade de condutas clínicas e garantir atendimento mais qualificado ao paciente.

Eles são melhores construídos e mais bem aceitos quando elaborados por meio de recomendações, práticas de consenso e quando baseados em evidências.

As Diretrizes Clínicas com base em evidências científicas com o propósito de influenciar nas decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes que são as linhas guias e os protocolos clínicos, que normalizam todo o processo e o padrão de atenção no cuidado em saúde, orientando a equipe de saúde quanto ao planejamento local, fornecendo indicadores e parâmetros para a construção de sistema de informação para monitoramento e avaliação das ações.

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a determinada condição ou patologia, realizadas de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção de um sistema integrado de serviços de saúde. As linhas-guia normalizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da Atenção Primária à Saúde. Por essa razão, as linhas-guia são o instrumento fundamental da tecnologia de gestão de patologia.

Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação, onde os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade.

Trabalhar à luz de protocolos que induzam à resolutividade neste nível de assistência é passo importante para reduzir o impacto negativo da insuficiência apresentada hoje, no país, no acesso e financiamento das ações de média complexidade ambulatorial.

Protocolo é um conjunto de regras ou deliberações de como determinado processo deverá ser executado ou de como uma escolha deverá ser feita. Os protocolos de regulação do acesso são conjunto de diretrizes para a organização do processo de regulação, promovendo a utilização adequada e racional das ações e serviços de saúde, nos diversos âmbitos de atenção, sendo composto por critérios de encaminhamentos, classificação de risco e vulnerabilidade, fluxo de acesso e outros instrumentos, de acordo com a necessidade local.

O mapeamento dos fluxos e da abrangência das ações de atenção primária é necessário para a construção de protocolos de acesso às unidades especializadas, além de incidir sobre importante porta de acesso, por onde é desencadeada uma parte significativa das ações e dos serviços de saúde.

Fazem parte dos protocolos de regulação do acesso:

- O protocolo de encaminhamento ou critérios de encaminhamentos são ferramentas do cuidado e de gestão, geralmente é de uso local e orienta as decisões dos profissionais solicitantes, define o que o estabelecimento encaminhará ou não para outros níveis da atenção, ou seja, este protocolo define o nível de resolubilidade do estabelecimento e/ou da atenção básica.
- A classificação de risco e vulnerabilidade é um processo sistemático, que identifica os usuários que necessitam de cuidado e prioriza os casos semelhantes a ele enviados. A priorização é baseada em critérios e protocolos previamente estabelecidos, considerando o potencial de risco, agravos à saúde, grau de sofrimento e vulnerabilidade.
- Fluxo de acesso são estratégias e mecanismos de acesso às ações e aos serviços de saúde, pactuados no território, com base nas necessidades da população e na organização da RAS.

As tecnologias de Gestão da Clínica que estão diretamente relacionadas às diretrizes clínicas são:



Fonte: Mendes (2011).

- a) Gestão de Condições de Saúde que consiste no desenvolvimento de intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença, no seu tratamento e reabilitação, englobando todos os pontos de atenção, com o objetivo de alcançar bons resultados na qualidade da atenção a saúde e a eficiência dos serviços, com base na evidência disponível na literatura científica. A organização por linhas de cuidado pressupõe processos de gestão das condições de saúde nas redes de atenção;
- b) Gestão de Casos é um processo cooperativo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa. Propicia uma atenção de qualidade, personalizada e humanizada, melhorando a qualidade do cuidado, diminuindo a fragmentação da atenção, permitindo identificar as pessoas com maior risco. A construção de projetos terapêuticos singulares permite a identificação de necessidades e o compartilhamento de decisões, construídos pelas equipes de Atenção Básica. No âmbito hospitalar, casos de maior permanência, identificados por sistemas de gerenciamentos de leitos por cores, como o Kanban, podem se traduzir em importante ferramenta para a construção de projetos terapêuticos compartilhados e gestão de alta hospitalar em redes;
- c) Auditoria Clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e no tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observando a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos;
- d) As listas de espera constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe desequilíbrio entre oferta e demanda. Essa tecnologia para funcionar adequadamente implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por riscos do acesso da população aos serviços de saúde.

6.5.2 REGULAÇÃO DO ACESSO A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA

A Regulação do Acesso a partir da atenção básica compreende e articula uma série de ações que contribuem para que o usuário adentre o Sistema de Saúde e percorra um fluxo de encaminhamento definido, na busca de atendimento às suas necessidades.

O município deve organizar uma atenção básica que seja resolutiva e que faça encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. Uma atenção básica, coordenadora e ordenadora do cuidado, em que a regulação do acesso passe a fazer parte do processo organizativo do modelo de atenção adotado, respaldado por responsabilidades nos diversos níveis de atenção.

Uma ferramenta importante para efetivação da regulação do acesso na atenção básica é a constituição de um espaço para qualificação das solicitações dos usuários, seja como Apoio Matricial ou outros Encontros Técnicos onde os profissionais de saúde lançam mão das listas de acesso, dos protocolos de regulação, das ofertas disponíveis, da localização dos estabelecimentos executantes, das prioridades de gestão, da linha de cuidado, das condições sociais e clínicas do usuário para priorizar o agendamento. Utilizam as cotas ou os bolsões disponíveis na unidade de saúde para agendamento, esgotando todos os recursos disponíveis neste primeiro nível da atenção.

Os Encontros favorecem a apropriação das ações regulatórias e o uso das ferramentas de regulação pela atenção básica de forma organizada e de forma integrada aos objetivos da Regulação do Acesso.

Os reguladores da Central de Regulação podem fomentar esses Encontros, entre a atenção básica e a especializada, pautando temas relevantes, tais como a perda primária e absentismo, critérios para



1035

cotas, elaboração ou revisão de protocolos etc.

Potencializar a capacidade resolutive da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede e, por consequência, a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade.

O agente comunitário de saúde (ACS) deve ser capacitado para identificar, quando das visitas domiciliares, demandas percebidas e/ou não percebidas das pessoas e famílias e encaminhá-las por meios da ESF; pode viabilizar convocações para a realização de procedimentos; agendar procedimentos; lembrar datas e condições para a realização de procedimentos, desmarcar e ou comunicar adiamentos etc.

Entre as diversas ações regulatórias desenvolvidas na atenção básica, o acolhimento surge como possibilidade de operacionalizar o processo de produção da relação usuário-serviço favorecendo o acesso aos serviços de saúde em primeira instância. A US deve se organizar por meio de processos tipo acolhimento, triagem, recepção, de tal forma que possa identificar a necessidade do usuário que a procura e dar um efetivo encaminhamento.

A qualificação técnica dos profissionais que trabalham na recepção contribui para melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde. Uma recepção preparada para "acolher" o usuário na sua necessidade, orientando-o sobre o fluxo interno da unidade de saúde que ele deverá percorrer até a sala do médico, sobre os documentos necessários para a efetivação da consulta, ou no agendamento de consultas de retorno, ou de agendamento para outros procedimentos são ações produtoras de cuidado.

O acolhimento deve ser o momento de identificação das necessidades, de marcação, remarcação ou cancelamento de agendamentos existentes, de verificar qual a melhor opção de data, local e horário para a busca de vaga para o usuário.

Pautar a discussão e o aprofundamento dos conceitos de Acesso, Acessibilidade e Acolhimento com as USs, seja com a AB e/ou Especializada, propicia repensar a lógica da organização do fluxo interno. O profissional da regulação tem um acúmulo de conhecimentos e informações que podem auxiliar as discussões sobre as práticas assistenciais enquanto processos regulatórios.

A central de regulação tem condições de produzir informações sobre perda primária, absentismo, listas de acesso e assim subsidiar a pactuação do quantitativo das vagas de primeira vez, retorno e reserva técnica entre as USs e fomentar encontros para melhoria da assistência.

Os quantitativos de vagas, o período de liberação das agendas, os critérios para reagendamentos, critérios para uso das vagas de bolsão devem ser avaliados periodicamente com a participação da AB e Especializada e a central de regulação. Alguns procedimentos serão agendados (nas cotas mensais) no próprio estabelecimento solicitante, mediante priorização das solicitações a partir da classificação de risco e vulnerabilidade avaliada pela equipe técnica da US. Os procedimentos sob regulação, seja pela desproporção entre a oferta e a demanda ou pelo seu custo financeiro, ou pela disponibilidade em outro município ou estado, necessitarão de regulação em outra instância.

Dentro do universo de ações, serviços e procedimentos disponibilizados aos usuários SUS em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gestor deverá pactuar com seus estabelecimentos e com os municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda a linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão. Contudo, ainda é necessário investir em estrutura, em recursos humanos e em protocolos que definam níveis resolutivos e de atenção para as ações básicas. O conjunto de ações que vão diagnosticar e mapear a situação de saúde da população e as bases cadastrais tem de relevar dois aspectos que iniciam o processo de mapeamento da rede e permitem um estudo associado de necessidade e capacidade instalada. Que são o gerenciamento das agendas e a cotização das vagas.

6.5.3 REGULAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A atenção ambulatorial especializada tem uma característica específica ao atuar em âmbito especializado, sendo importante conhecer o corpo médico, sua carga horária e suas escalas de trabalho, bem como mapear os equipamentos para exames diagnósticos e sua capacidade produtiva.

Este nível de atenção requer estrutura mais robusta para efetivar a regulação, pois não se restringe às referências geográficas, como a atenção primária, já que as diversas USs têm capacidade resolutive e perfis distintos.

É nessa esfera também que se iniciam os processos de referência entre municípios, fazendo com que todos os estudos de necessidade e fluxos da assistência lidem com a variabilidade do processo assistencial regional, que gera demandas sobre as quais a regulação nem sempre consegue atuar, por serem originadas fora da área de atuação da gestão do complexo regulador.

A atenção ambulatorial especializada também tem a característica de lidar com um grande volume de pacientes, e, em vários casos, é gerado nesse nível de assistência, grande volume de demanda

reprimida, necessitando de estudos e ações que impactam diretamente nessa situação. É comum a ação reguladora começar atuando sobre a demanda reprimida, sua organização em filas e seus fluxos de agendamento e priorização. A atenção ambulatorial especializada tem uma lógica de trabalho voltada para o dimensionamento e o controle de cotas das consultas e procedimentos que devem ser distribuídas entre as USs solicitantes.

Os critérios para cotização devem ser definidos de forma conjunta com a Atenção Básica e a central de regulação. Essa distribuição deve atender às demandas eletivas, evitando a centralização da origem da demanda em um conjunto restrito de unidades, bem como deve ter na ação reguladora a garantia de acesso imediato às urgências.

Contudo, esta ação deve estar calçada em protocolos para evitar distorções que privilegiem uns em detrimento a outros, que podem estar aguardando em listas de acesso. Além disso, é necessário criar oportunidades para a singularidade de cada caso e de cada cena em particular, estabelecendo ágeis canais de comunicação com as equipes da Atenção Básica, considerando que todos fazem gestão e regulam, em seus espaços de atuação cotidiana. Processos de apoio matricial com especialistas em determinadas linhas de cuidado tem indicado uma ampliação da clínica da Atenção Básica com importante redução da demanda e das filas.

Podemos listar inúmeros desafios da regulação do acesso na atenção ambulatorial especializada, tais como a gestão das agendas de consultas e exames, a gestão dos fluxos internos de solicitações de exames e interconsultas, a comunicação com os pacientes, o monitoramento e controle do absenteísmo, a organização do acesso calçada no uso de protocolos e na triagem de necessidade e priorização, a gestão dos fluxos referenciados e a construção de grades de referência e contrarreferência, mas acima de tudo, está em aproximar a atenção especializada da atenção básica e produzir cuidados em redes de atenção de forma resolutive.

Há que se organizar na atenção ambulatorial especializada uma regulação do acesso que trabalhe com as centrais de regulação e US da atenção básica, de forma que os agendamentos sejam dinâmicos, efetivos e eficazes. A distribuição de vagas de primeira vez, retorno e reserva técnica e a ativação das agendas, por exemplo, devem atender à necessidade dos usuários e não a necessidade única e exclusiva do profissional ou da unidade executante.

A Regulação do Acesso também deve estar organizada nos vários serviços que compõem as redes de atenção, podendo acontecer de maneira muito específica e singular nas redes de DST/Aids, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Saúde do Idoso, Práticas Integrativas, entre outras. Deve se considerar ainda que o acesso à assistência farmacêutica também compõe processos regulatórios com as redes de atenção.

A Regulação do Acesso na atenção hospitalar, pela sua complexidade operacional, fica muito facilitada quando em cada estabelecimento (solicitante e executante) é constituído um núcleo específico para operacionalizá-la. Nos estabelecimentos ambulatoriais (particularmente nas USs da Atenção Básica), eles têm frequentemente recebido o nome de Núcleo de Regulação Local, já nos hospitais basicamente está consolidado o Núcleo Interno de Regulação (NIR), conforme Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de abril de 2013.

O NIR é o setor responsável pela regulação dos leitos da unidade, de acordo com as necessidades do paciente e respeitando a missão, a visão, o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade. Realiza a gestão da oferta de leitos (inclusive de UTI), consultas, SADT e o circuito cirúrgico de maneira integrada.

Cabe ao NIR autorizar a internação do usuário bem como o acompanhamento do processo de internação, discutindo com as clínicas o momento de alta do paciente, articulando com a rede está alta e a própria continuidade do cuidado.

O NIR faz a interface do hospital com as centrais de regulação e os núcleos internos de outras unidades, solicitando, quando necessário, exames, consultas e transferências das especialidades que a unidade não dispõe, assegurando o fluxo contínuo das informações e das internações conforme a pactuação estabelecida.

O NIR também é responsável pelas transferências internas dos usuários oriundos das portas de entrada: emergência, maternidade e pacientes eletivos, respeitando a pactuação com os coordenadores de serviços e protocolos estabelecidos.

O NIR trabalha diretamente com as equipes da Atenção Domiciliar, sendo o ponto de conexão do hospital com todos os estabelecimentos de saúde da rede.

Cabe ao NIR alimentar e monitorar o Sistema de Regulação diariamente e em tempo real/ou mais próximo do real as solicitações, as internações, a permanência, as transferências e as altas, mantendo atualizado o quadro clínico, mudanças de clínicas, mudanças de procedimentos e mapa de leito além de elaborar relatórios para a direção contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidas em instância colegiada.

A equipe do NIR deve participar da construção dos Protocolos de Regulação e colaborar na proposição e atualização de protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas que estabeleçam critérios de indicação para o emprego dos recursos existentes na instituição opinando, inclusive, sobre eventuais incorporações de tecnologias consagradas.

Exemplo de Estrutura Organizacional do Complexo Regulador



Fisicamente, o NIR pode estar dentro do Serviço de documentação clínica ou arquivo clínico (SAME), ou vice-versa, o importante é que os dois se interajam, sem necessariamente um estar contido no outro. Dependendo da pactuação municipal, regional ou estadual é possível o NIR estar subordinado ao próprio Complexo Regulador do município ou do estado.

6.6.40 PROCESSO AUTORIZATIVO

O processo de autorização de um conjunto definido de procedimentos ambulatoriais e da totalidade das internações hospitalares é obrigatório, devendo se basear nos protocolos clínicos e protocolos assistências preestabelecidos que definam a prioridade a ser dada aos casos.

Essas autorizações prévias são realizadas usando os instrumentos denominados de AIH e Apac, respectivamente. Assim podemos ter, com relação às internações, instâncias de autorização de cirurgias eletivas na média complexidade e as dos serviços de alto custo como o cardiovascular, neurocirúrgico e ortopédico, além dos casos específicos de Tratamentos Fora do Domicílio (TFD).

Nos casos da assistência de urgência/emergência, a autorização de internação hospitalar (AIH) não será prévia, mas deverá ocorrer no menor espaço de tempo após a sua realização.

Em alguns municípios e/ou estados, podemos ter essas autorizações realizadas por meio de visitas diárias aos hospitais, pela chamada supervisão in loco.

Ressalte-se que os procedimentos eletivos de pacientes referenciados para outros municípios por intermédio do TFD, também são avaliados e autorizados e também levam em consideração a Programação Pactuada (PGASS) realizada entre os respectivos municípios da região de saúde.

A autorização é obrigatória para as internações Hospitalares (AIH) e para o conjunto predefinido de procedimentos de alta complexidade – APAC e BPAI, porém o gestor, por meio do seu setor de Controle das ações e serviços, pode incluir neste conjunto outros procedimentos cujo acesso se encontre estrangulado e que possam comprometer a propedêutica dentro de determinada linha de cuidado.

A Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Hemodinâmica, Litotripsia, Ressonância Magnética etc., além de Procedimentos considerados Estratégicos pelo Ministério da Saúde, como as campanhas nacionais e da obrigatoriedade da autorização prévia, também devem ser documentados no SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) de uma forma individualizada para que o gestor possa conhecer o perfil dos usuários e com isto melhor regular o sistema.

As Centrais de Regulação têm como objetivos:

- Identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos técnicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referência pactuados internamente e regionalmente;
- Registrar e dar resposta a todas as solicitações de acesso recebidas, usando para tanto toda a oferta disponibilizada, respeitando a prioridade de primeiro a oferta pública, segundo a filantrópica e em terceiro a oferta privada conveniada/contratada;
- Referenciar demandas às outras esferas quando os recursos pactuados no território abrangido pela central de regulação forem insuficientes para atender ao acesso assistencial;
- Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS;

- Registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, visando à produção de informações necessárias quando do papel de observatório da saúde que esta central possui;
- Produzir e disponibilizar relatórios e/ou informações necessárias às atividades da gestão, tais como: assistência, planejamento, programação, controle, avaliação e auditoria;
- Levantar e monitorar as necessidades assistenciais do município por meio da documentação e da análise da demanda dos usuários;
- Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;
- Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando as necessidades e as ofertas disponíveis;
- Monitorar e orientar o atendimento feito pelos profissionais deslocados para o local do atendimento ou por leigos que se encontrem no local da situação de urgência;
- Definir e acionar o estabelecimento ou serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada dele, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- Definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;
- Acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência.

6.5.5AS ATRIBUIÇÕES DO REGULADOR DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

Um dos papéis fundamentais do Regulador da Central de Regulação é a classificação de risco e vulnerabilidade e a priorização da solicitação, com foco, principalmente, nas condições clínicas, diante da escassez de oferta. Eles se utilizam do protocolo de regulação do acesso.

O protocolo de regulação do acesso é formado por um conjunto de regras de como uma escolha deverá ser feita.

Eles servem para ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso segundo a gravidade clínica do usuário, sendo usados também para definir os fluxos de referência entre as unidades de saúde. Para efetiva priorização há que se ter uma atenção básica organizada, resolutive e ordenadora do cuidado onde as práticas assistenciais englobam, também, o processo regulatório como parte da atenção básica.

As inúmeras oportunidades encontradas na central de regulação qualificam o regulador da CR enquanto profissional apto a fomentar discussões e encontros com os profissionais das USs de Saúde da Atenção Básica e Especializada.

O regulador pode se utilizar do monitoramento do tempo médio de agendamento (TMA) para conhecer a capacidade resolutive da rede de saúde. Entende-se por TMA a média dos tempos calculados para cada usuário considerando a data da solicitação da consulta/exame até a data do agendamento.

A gestão das listas de acesso deve ser dinâmica e periódica. A lista de acesso é composta por solicitações de consultas, exames e cirurgias não atendidas e já priorizadas com base no protocolo de regulação do acesso.

Espera-se que a grande maioria dos usuários em lista de acesso, nas unidades de saúde ou nas centrais de regulação, esteja classificada como de baixo risco, podendo existir pequena quantidade de solicitações de alto e médio risco gerado pela falta ou escassez de ofertas. O agendamento dos usuários classificados como não prioritários deve seguir as operações do first in, first out (FIFO) sendo possível atender ao controle social.

O monitoramento da perda primária, entendida como sendo o percentual de vagas que é ofertado e não é utilizado, e da perda secundária ou absentismo, usuários que foram agendados e não compareceram ao atendimento, pode orientar a necessidade ou não de revisão da redistribuição de cotas entre as unidades de saúde, e também a revisão dos percentuais de distribuição das vagas entre primeira vez, retorno e reserva técnica.

O conhecimento dos motivos das perdas primárias e secundárias são importantes indicadores para revisão dos processos de trabalho da atenção básica e da atenção especializada e também do complexo regulador. Os principais motivos que levam a ocorrência das perdas primárias são:

- Falhas de acesso ao sistema informatizado decorrentes da instabilidade da internet;
- Profissionais não capacitados a utilizar o sistema;
- Disponibilização da oferta sem o tempo necessário para o agendamento dos usuários;
- Desconhecimento da oferta do procedimento por parte da US solicitante;
- Má gestão na distribuição das cotas e ou na programação da reserva técnica;

- Má gestão na elaboração e/ou liberação das agendas das unidades executantes;
 - Excesso de oferta.
- A perda secundária ou absenteísmo, entendida como o não comparecimento do usuário a consulta ou exame, após ela ter sido agendada, pode ter como causas:
- Indicação desnecessária do procedimento;
 - Agendamento do procedimento em US muito distante ou desconhecido do usuário;
 - Agendamento realizado "em cima da hora" ou não avisado "em tempo" ao usuário;
 - Falta de condições econômicas por parte do usuário para o deslocamento necessário;
 - Ausência de transporte especial para a locomoção do usuário;
 - Ocorrência de imprevistos que impossibilitam a ida do usuário à unidade executante;
 - Escolha do local, data e hora do agendamento realizado sem a aprovação do usuário;
 - Descompromisso do usuário com a própria oferta e/ou com a sua saúde;
 - Impossibilidade de realizar os "preparos" necessários para a realização de alguns procedimentos;
 - Falta ao trabalho do profissional;
 - Falta momentâneo de insumos;
 - Grevas e fechamento imprevisto da unidade executante.

6.5.6 SUGESTÃO DE FLUXOS PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REGULADOS

Visando ofertar maior agilidade no agendamento das consultas e exames, a Fundação do ABC irá apoiar a Secretaria de Saúde, através da Coordenadoria da Regulação, na capacitação dos colaboradores da Atenção Básica, Especializada e Atenção Hospitalar para realizar parte dos agendamentos diretamente na unidade de saúde.

Introduzir ações de regulação em um sistema de saúde requer diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação. A construção de pactuação de fluxos contribui, também, para viabilizar o retorno do paciente para a contrarreferência na atenção básica, que fará o seu acompanhamento, minimizando os encaminhamentos para os ambulatórios de especialidades e prontos-socorros, e devem ser desenhados de acordo com a realidade de cada região, município ou estado e de acordo com as programações e pactuações. Vejamos alguns exemplos de fluxos básicos de regulação:

FLUXO DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL



Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015

1º Passo

Após avaliação clínica, o usuário recebe encaminhamento para consulta, exame ou outro procedimento ambulatorial. Os profissionais solicitantes classificam o risco da solicitação. A regulação da US acolhe as solicitações, prioriza os casos e realiza o agendamento, se possível com anuência do usuário para local, data e hora, utilizando as cotas disponibilizadas ou vagas de "bolsão".

Na falta de vaga, a regulação da US insere o usuário na fila de espera da US, se não for prioritário, e orienta o usuário a aguardar o agendamento para a próxima competência. Após liberação da agenda da nova competência, é efetuado o agendamento respeitando os critérios de inserção na fila de espera. Os casos considerados prioritários são agendados em vaga de bolsão ou são encaminhados à central de regulação.

2º Passo

A central de regulação realiza o agendamento de alguns recursos, em geral os mais escassos na rede e a alta complexidade, mas também deve possuir vagas de reserva técnica para agendamento dos casos mais urgentes, que não puderem ser atendidos nas cotas das USs em determinada competência. A US deve verificar diariamente no sistema os agendamentos realizados pela central de regulação, e, em caso positivo, entrar em contato com o usuário para confirmar a data, o local e o horário do agendamento, orientando sobre documentação necessária e preparos.

3º Passo

O usuário comparece à unidade executante e realiza o procedimento. A unidade executante realiza a confirmação de presença e a realização do procedimento no sistema.

FLUXO DA REGULAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS



Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015.

1º Passo

A Central de Regulação regula as consultas dos ambulatórios cirúrgicos, e organiza, com as Unidades Executantes, as filas para as cirurgias eletivas.

Para essa ação é fundamental a parceria com os Núcleos Internos de Regulação (NIR), que devem captar a demanda, organizar as filas e compartilhar as informações com a central de regulação, que deve organizar o acesso ao centro cirúrgico, considerando a especialidade cirúrgica e o porte da cirurgia, além da disponibilidade do profissional cirurgião e da equipe, montando, assim, o mapa cirúrgico, em conjunto com o hospital e os profissionais envolvidos.

De posse do Mapa Cirúrgico, a Central de Regulação deve proceder ao agendamento das cirurgias, considerando os protocolos de regulação que definam prioridades e classificação de risco, calculando a antecedência necessária para a realização dos exames de risco cirúrgico pelo paciente.

É necessário que haja provisão de leitos de retaguarda para o pós-cirúrgico, tanto na enfermaria, quando nas unidades de terapia intensiva, e recomendável que haja leitos específicos para essa finalidade, sob regulação da central e/ ou do NIR, que devem realizar o bloqueio do leito com a data marcada para a cirurgia. Essa ação deve considerar a média de permanência de internação de cada procedimento, para que seja possível a programação das cirurgias, entendendo que é possível haver necessidade de ajustes no mapa cirúrgico, em função da ocorrência de permanências maiores que a média.

2º Passo

A central de regulação agenda os procedimentos necessários para o risco cirúrgico, de acordo com o agendamento da cirurgia de cada paciente.

3º Passo

O usuário comparece à unidade executante e realiza o procedimento. A unidade executante realiza a confirmação de presença e a realização do procedimento no sistema. Após a central de regulação, agenda os procedimentos necessários ao acompanhamento pós-cirúrgico.

FLUXO DA REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA



Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015

1º Passo

A Central de Regulação, em conjunto com os NIR regula o acesso às internações de urgência. As unidades solicitantes geralmente são os prontos-socorros, requerendo a retaguarda clínica ou cirúrgica, os prontos atendimentos e as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Contudo, na maioria dos casos o paciente já deu entrada numa unidade de urgência fixa, recebeu o



1681

primeiro atendimento e a unidade, então, solicita à central ou ao NIR o leito de retaguarda para a internação de urgência.

Esse leito pode ser de enfermaria ou de terapia intensiva. Na regulação é fundamental a informação sobre a evolução do quadro clínico do paciente, assim é necessário ao médico regulador dispor das informações do prontuário, sendo de suma importância que a unidade solicitante disponha de um prontuário único e eletrônico, que possa ser compartilhado.

Outra ferramenta necessária a central de regulação é a consulta ao mapa de leitos do hospital. Lembramos que os leitos oferecem retaguarda para diversas situações, como cirurgias eletivas, altas das unidades de terapia intensiva, cuidados prolongados etc., que estão submetidos a outros processos de regulação, fazendo com que o regulador precise checar a disponibilidade momentânea de leitos na unidade. Uma alternativa que qualifica essa ação é a destinação de leitos para cada finalidade de regulação estruturada, levando em conta o perfil e a necessidade de cada serviço.

2º Passo

Integração com o serviço de transporte de urgência para viabilizar as transferências inter-hospitalares. É necessário que haja provisão de transporte para remoção de pacientes entre unidades de saúde solicitantes e executantes, garantindo essa ação de forma adequada e oportuna.

3º Passo

A unidade executante admite o paciente na sua unidade de internação, alimenta o sistema que deve ser transparente para a central de regulação e mantém as informações sobre o paciente até a alta, quando então o leito deverá ser desinfetado e liberado para uma nova internação.

4º Passo

Na alta do paciente deverá ser garantida a contrarreferência para o nível de atenção adequado, observando as necessidades quanto à continuidade do cuidado em cada caso. No caso de alta por transferência, a central de regulação deverá atuar na disponibilização de um leito que contenha o suporte necessário ao paciente ou para cuidados prolongados.

6.5.8 SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A REGULAÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio do manual Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores, fornece informações sobre os Sistemas Informatizados utilizados nas Centrais de Regulação. Os sistemas informatizados são utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das Centrais de Regulação sendo, portanto, de suma importância, que esses sistemas atendam aos Objetivos da Regulação:

- Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- Acompanhar dinamicamente a execução dos atos pactuados entre as unidades e os municípios;
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
- Subsidiar as repactuações físicas e/ou financeiras (PGASS) e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor;
- Permitir priorização e classificação de risco.

A Fundação do ABC atuará de forma complementar às ações de agendamento e regulação do sistema de Saúde do Município de Santo André, bem como à gestão administrativa e financeira, por meio da contratação de recursos humanos visando ao pleno funcionamento das atividades.

Ainda, irá disponibilizar serviços de Sistema Integrado de Gestão da Saúde e da Regulação, compreendendo implantação, treinamento, suporte, manutenção e toda infraestrutura tecnológica necessária para o funcionamento da rede.

6.6 ESCOLA DA SAÚDE

A Escola da Saúde, além de ser responsável por ações de formação e capacitação dos trabalhadores da rede de saúde e pela articulação com as Instituições de Ensino e Pesquisa, é um Serviço que trabalha a partir da concepção da Educação Permanente em Saúde entendida como ferramenta de gestão de coletivos e de gestão do cuidado.

N



6.6.1 ESTÁGIO NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Os estágios no município de Santo André seguem o cumprimento da Lei nº 8.495 de 13/05/2003, que estabelece: —Art. 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a celebrar convênios com Instituições de Ensino, preferencialmente estabelecidas em Santo André, na área de saúde, de grau médio e superior, devidamente credenciadas pelo Ministério do Trabalho ou Ministério da Educação, para o fim de possibilitar aos estudantes a realização de estágio curricular junto aos órgãos municipais na área da Saúde.

6.6.2 DIFUSÃO DO CONHECIMENTO

Em relação à Difusão do Conhecimento, apontamos o que segue:

- Publicações produzidas no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde e PMSA;
- Publicação de Anuário do Município, com as informações da área da Saúde;
- Apresentação de trabalhos em Congressos;
- Publicação de artigos científicos, em revistas especializadas e outros;
- Difusão de materiais técnicos para consulta em mídia eletrônica Municipal, Banco local e Sistemas de informação (Estadual e Federal);
- Difusão de materiais técnicos para circulação interna, junto aos gestores e equipes da SS (Cadernos de Saúde);
- Disponibilização (empréstimo) de vídeos temáticos, produzidos pelos serviços da SS, para Escolas, empresas (Projetos específicos), e outros vídeos temáticos, de produção Estadual, Nacional, e de seguimentos tais como ONGs, entre outros.

6.6.3 ÉTICA E PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Res. CNS 196/96, II, 4).

O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está bem estabelecido nas diversas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e Brasileiras (Res. CNS 196/96 e complementares), diretrizes estas que ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando a salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do sujeito da pesquisa.

Desta maneira e de acordo com a Res. CNS 196/96, — toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa e cabe à instituição onde se realizam pesquisas a constituição do CEP.

A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada.

O CEP, ao emitir parecer independente e consistente, contribui ainda para o processo educativo dos pesquisadores, da instituição e dos próprios membros do comitê.

Finalmente, o CEP exerce papel consultivo e, em especial, papel educativo para assegurar a formação continuada dos pesquisadores da instituição e promover a discussão dos aspectos éticos das pesquisas em seres humanos na comunidade. Dessa forma, deve promover atividades, tais como seminários, palestras, jornadas, cursos e estudo de protocolos de pesquisa. No Município de Santo André, o CEP, teve início no ano de 2005.

6.6.4 TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Em 2006, foi criado o NEPS (Núcleo de Educação Permanente em Saúde) em caráter Regional, com integração dos sete municípios (Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra), e com a mediação da Secretaria de Estado (DRS I).

A Escola da Saúde nasce juntamente com a política de Educação Permanente de Saúde, no ano de 2006.

Apresenta um espaço privilegiado para articulação, criando oportunidades para a reflexão sobre os processos de trabalho e possibilitando a ampliação do olhar sobre a própria prática.

A Educação Permanente em Saúde não é apenas uma proposta pedagógica, é uma ferramenta /

estratégia para a construção e ampliação de coletivos de trabalho e de atores sociais e para o fortalecimento do SUS, visando à melhoria no atendimento à população.

Em 09/05/2008, dá-se início Rodas de Educação Permanente sob foco dos Indicadores de Saúde de cada área geográfica de Santo André, com objetivo de conhecer e compartilhar o pacto pela saúde; entender o processo (geral e do município) e utilizar o indicador como instrumento para olhar a realidade local.

A Secretaria da Saúde do Município de Santo André busca fomentar a política de EPS, garantindo apoio técnico a esta política, como eixo estruturante do desenvolvimento do SUS no âmbito do município, promovendo a capacitação dos profissionais, técnicos e apoiadores dos serviços de saúde. Para o desenvolvimento deste processo, os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), são fundamentais como eixo estruturante transversal nos programas de capacitação e formação de EPS realizados na rede, com foco no acolhimento, respeito às diferenças culturais, físicas, étnias, gênero, orientação sexual, religião e geração.

6.6.5 QUALIDADE E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Para o melhor gerenciamento do Contrato de Gestão a Fundação do ABC propõe como forma de organização do processo de atenção à saúde em consonância com o Plano de Trabalho as ações no que se refere a:

- **Liderança Organizacional** que tem por objetivo apoiar tecnicamente as ações da Secretaria de Saúde na Liderança Organizacional definindo e promovendo um modelo de gestão da organização, envolvendo as partes interessadas e estabelecendo as responsabilidades e os critérios para as tomadas de decisões;
- **Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente** que tem por objetivo que tem por objetivo definir diretrizes para o planejamento e acompanhamento das atividades relativas à gestão e melhoria da qualidade e segurança do paciente;
- **Satisfação do Usuário;**
- **Pesquisa de Satisfação do Usuário** e seus critérios de aplicação e avaliação.

6.6.5.1 POLÍTICA DE QUALIDADE

O objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na unidade; melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão do risco setorial e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa dos responsáveis dos setores rumo à excelência.

A Fundação do ABC se compromete a desenvolver ações conforme política de qualidade da Secretaria de Saúde, bem como elaborar o Manual de Boas Práticas em conformidade à RDC Nº63 de 25 de novembro de 2011, bem como observar o cumprimento do conjunto de leis e normas vigentes, com ênfase àquelas relacionadas ao Ministério da Saúde, e legislação sanitária, trabalhista e ambiental vigentes.

6.6.5.2 MAPEAMENTO DE MACROPROCESSO

O macroprocesso é utilizado como ferramenta inicial de gestão, utilizando a sequência de etapas para nortear o processo de gestão gerencial por fluxograma, através do diagrama de bloco. O uso desta metodologia permite identificar claramente um processo e suas etapas, melhorar a lógica do processo e sua efetividade, implantar e determinar os indicadores de desempenho.

A gestão por macroprocessos representa uma estrutura para ações controladas e interligadas entre os vários componentes do sistema que permite estabelecer objetivos, traçar metas e acompanhar o desempenho, determinando onde e como melhorá-lo.

O mapeamento real permite:

- Determinar e focar o paciente;
- Eliminar atividade, sequência e a interação dos processos claramente definidas e controladas;
- A redução do ciclo operacional através da diminuição das oportunidades de erros, da eliminação dos retrabalhos, e principalmente da eliminação das tarefas que não agregam valor ao processo;
- A implantação de um sistema de medidas que ajude a unidade assistencial na identificação e acompanhamento dos problemas, com a avaliação dos resultados de melhoria;
- Conhecer as necessidades do paciente e colaboradores e o estabelecimento de

monitoramento e nas atividades ao longo do processo, é possível assegurar que o resultado final esteja nas condições propostas pelas equipes.

- Deve-se considerar os seguintes aspectos no mapeamento do macroprocesso:
- As entradas e as saídas monitoradas;
- Os riscos identificados e gerenciados.
- Os donos do processo identificados e com responsabilidade

6.6.5.3 FERRAMENTAS DA QUALIDADE APLICADAS A SAÚDE

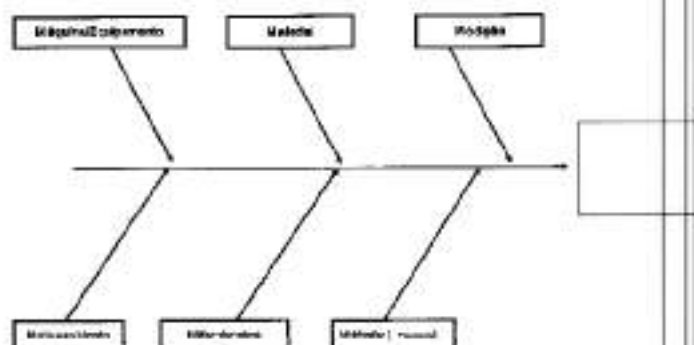
DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO (ANÁLISE DE CAUSA RAIZ-ISHIKAWA)

Trata-se de uma técnica utilizada para demonstrar a relação entre um efeito e todas as possíveis causas que possam estar contribuindo para a ocorrência de falhas. O levantamento das causas é realizado com a participação das pessoas envolvidas, por meio de uma sessão de brainstorming. Estas causas levantadas são agrupadas por categoria.

Fatores que contribuem/ influenciam as falhas:

Fatores do Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Condição (complexidade e gravidade) • Comunicação e linguagem • Fatores sociais e de personalidade
Fatores da Tarefa ou Tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> • Clareza da estrutura e desenho da tarefa • Disponibilidade e uso de protocolos • Disponibilidade e acurácia dos testes • Auxílios à tomada de decisão
Fatores Individuais (pessoas)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e habilidade • Competência • Saúde física e mental
Fatores do Time (equipes)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação verbal • Comunicação escrita • Disponibilidade de ajuda e supervisão • Estrutura do time (congruência, consistência, liderança, etc.)
Fatores do Ambiente de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Mix de nivelamento e habilidades do staff • Padrões de turno e carga de trabalho • Manutenção, design e disponibilidade de equipamentos • Apoio administrativo e gerencial • Ambiente de trabalho Área física
Fatores Organizacionais e Gerenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Restrições financeiras • Estrutura organizacional Políticas, padrões e objetivos • Cultura de segurança e prioridades
Fatores do Contexto Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto regulatório e econômico • Sistema de saúde nacional • Ligação com organizações externas

A seguir, apresenta-se esquematicamente uma figura simplificada de um diagrama de espinha de peixe.



A construção do diagrama de causa e efeito deve seguir os seguintes passos:

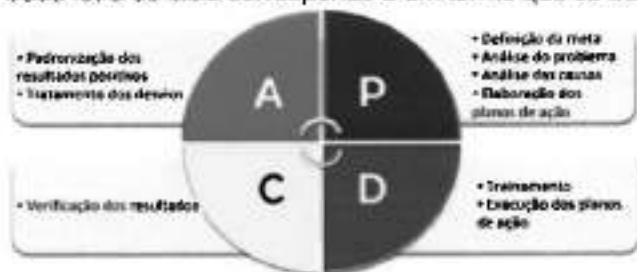
- Definir claramente o problema ou efeito que se pretende analisar e registrar na caixa do "efeito". O diagrama deve refletir causas que bloqueiam o caminho para uma condição desejada ou fatores que podem ser úteis para alcançá-la.
- Identificar causas específicas e preencher corretamente as caixas de causas (tarefa, time, instituição, paciente, indivíduo, ambiente).
- Ao se identificar as possíveis causas é necessário seguir perguntando "por que" até que uma possível causa raiz seja identificada. Uma causa raiz é aquela que pode explicar o efeito diretamente ou é aquela que, quando removida, elimina ou reduz o problema.
- A discussão sobre os problemas no grupo deve ocorrer de forma organizada, centrada nos problemas e não nas pessoas.
- A ferramenta de causa e efeito também estrutura visualmente possíveis estratificações a serem aplicadas nas tratativas. Sendo toda sua metodologia aplicada para estabelecer parâmetros de controle, com base em estratos uniformes que permitem, com maior facilidade, a detecção das causas dos problemas analisados. O comprometimento de todos os envolvidos no processo é fundamental e que ao examinar cada causa, o usuário observe fatos que mudaram, como por exemplo, desvios de normas e padrões, lembrando de eliminar a causa e não os sintomas que nele são apresentados.

CICLO PDCA

É uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias para o funcionamento das organizações. É de fundamental importância para a análise e melhoria dos processos organizacionais e para a eficácia do trabalho em equipe. O PDCA pode ser utilizado em qualquer organização, inclusive as de saúde, na realização de toda e qualquer atividade da organização, sendo ideal que todos os membros saibam utilizá-la.

Para cada uma das fases, existe uma série de atividades que devem ser realizadas de maneira cíclica e ininterrupta, facilitando a execução, além de dar agilidade e evitar desperdício de tempo, promovendo a melhoria sistemática na organização.

Cada letra do ciclo corresponde a um termo que se traduz da seguinte forma:



Fonte: <http://www.fccsp.gov.br/contendo/contendo.php?ID=215945> acess. 04

O ciclo inicia-se pelo planejamento; em seguida as ações ou conjunto de ações planejadas são executadas; checka-se o que foi feito, se estava de acordo com o planejado e então toma-se uma ação para eliminar ou ao menos minimizar defeitos na execução do serviço, aprendendo com os erros.

Os quatro passos do ciclo PDCA são:

I - P: PLANEJAR (PLAN)

- Definir as metas a serem alcançadas e/ou definir o método para alcançar as metas propostas. Normalmente, as metas são um desdobramento do planejamento estratégico da organização e o método é a orientação para atingir o objetivo esperado. Nesta fase do ciclo é necessário:
 - identificar os insumos a serem utilizados, de onde vêm, as saídas do processo e seus usuários;
 - descrever o processo;
 - medir as características principais do processo;
 - identificar oportunidades de melhoria;
 - identificar as causas raiz do problema;
 - planejar as ações

II - D: EXECUTAR (DO)

- Executar as tarefas como foi previsto na etapa de planejamento e coletar os dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo. Nessa etapa são essenciais a educação e o treinamento.

III - C: CHECAR (CHECK)

- Conferir se o executado está de acordo com o planejado, ou seja, se a meta foi alcançada dentro da metodologia definida. É a fase de monitoração e de avaliação, comparando as metas desejadas e os resultados obtidos. Essa monitoração deve ser baseada em dados concretos, podendo-se utilizar ferramentas de acompanhamento como folha de verificação, histograma, carta de controle, entre outras. Identificar os desvios na meta ou na metodologia.

IV - A: AGIR (ACTION)

- Definir e implementar soluções para os problemas encontrados como contínuo aproveitamento do processo, caso ainda não esteja no nível aceitável e se os resultados foram alcançados, pode-se adotar como padrão o planejamento feito na primeira fase. Caso não sejam identificados desvios, é possível realizar um trabalho preventivo, identificando quais desvios são passíveis de ocorrer no futuro, suas causas e soluções. Nesta fase, padronizam-se as ações implantadas e faz-se seu monitoramento. Esse ciclo, norteado pelos indicadores logísticos, forma o alicerce para uma estrutura gerencial focada na excelência das operações e, conseqüentemente, na satisfação dos clientes internos e externos.

O ciclo PDCA também é utilizado para a manutenção dos resultados, ou seja, quando o processo está estabilizado, e o planejamento consta de procedimentos padrões e resultados da meta atingida, são aceitáveis.

PLANO DE AÇÃO

Na gestão da qualidade, o plano de ação é uma ferramenta que auxilia na orientação das decisões e acompanha o desenvolvimento das ações propostas

5W3H

É uma ferramenta utilizada para planejar a implementação de solução por meio da resposta às seguintes perguntas:

- O que: qual a ação vai ser desenvolvida?
- Por que: por que foi definida esta solução (resultado esperado)?
- Quem: quem será o responsável pela implantação?
- Quando: quando a ação será realizada?
- Onde: onde a ação será desenvolvida (abrangência)?
- Como: como a ação vai ser implementada (passos da ação)?
- Quanto: quanto será gasto?
- Como medir: como medir ou avaliar (monitoramento)?

CRONOGRAMA

É uma disposição gráfica do tempo que será gasto na realização de um trabalho ou tarefa, de acordo com as atividades a serem cumpridas. Permite visualizar o andamento de seu trabalho de forma rápida.

GRÁFICOS

São instrumentos para visualizar dados numéricos, facilitando o entendimento do significado dos números. São usados para analisar as tendências, sequências e comparações entre duas variáveis, para se tornar mais evidente e compreensível a apresentação dos dados. Cada tipo de gráfico é adequado para uma diferente situação analisada e para escolher um tipo de gráfico, deve-se considerar que cada um tem característica exclusivas para ajudar a visualizar um conjunto de dados.

FLUXOGRAMA

É uma representação gráfica que descreve e mapeia as diversas etapas de um processo, ordenando-as em uma sequência lógica, proporcionando uma visão integrada do fluxo do processo técnico, administrativo ou gerencial, permitindo análise crítica para detecção de falhas e oportunidades de melhoria. Utiliza símbolos facilmente reconhecidos para identificar as diferentes etapas em um processo.

Tem como finalidade identificar o caminho real e ideal para um serviço ou produto com o objetivo de identificar os possíveis gargalos. Além da sequência, o fluxograma mostra também o que é realizado em cada etapa, os materiais ou serviços que entram e saem do processo, as decisões que dever ser tomadas e as pessoas envolvidas. É necessário que participem da elaboração do fluxo todas as pessoas que conhecem bem o processo.

BRAINSTORMING

É uma das mais conhecidas técnicas de geração de ideias, que significa "tempestade cerebral" em inglês. É utilizada com grupo de pessoas onde todos os participantes contribuem com um grande número de ideias, num curto período de tempo, de maneira espontânea, e sobre determinado assunto que necessite de solução. Só devem participar pessoas que realmente conheçam o problema que está sendo discutido. É importante que todas as contribuições de cada membro do grupo sejam consideradas, por mais absurdas que pareçam. Com esta técnica, são alcançadas soluções criativas e inovadoras para diferentes problemas, desfazendo paradigmas estabelecidos.

Seguir os passos:

- Reunir o grupo;
- Convidar uma pessoa a fazer as anotações;
- Escolher um problema que seja comum ao grupo e relacionado à sua rotina de trabalho;
- Fazer perguntas sobre o problema
- Estimular a exposição e a livre discussão das prováveis causas ou ideias para a sua solução;
- Identificar a necessidade de quantificar as causas do problema;
- Constatar a relevância das causas identificadas, discutindo as possíveis soluções;
- Selecionar as melhores ideias;
- Desenvolver um plano de ação para colocar em prática a solução escolhida

6.6.5.4 MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DE QUALIDADE, RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

A Fundação do ABC disponibiliza toda sua *expertise* para apoiar as ações do município da gestão dos indicadores capacitando os profissionais indicados para calcular, analisar e manter o registro referente aos indicadores de Segurança do Paciente previstos nas legislações vigentes ou nos manuais do Ministério da Saúde e ANVISA.

INDICADOR

É uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar, representar ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Geralmente é uma variável numérica, expressa em número absoluto ou (preferencialmente) em uma relação entre dois eventos.

INDICADORES ESTRATÉGICOS

Conjunto de indicadores que monitoram o desempenho global da instituição e o atingimento dos objetivos estratégicos. Originam-se dos processos chaves, que estão relacionados aos fatores críticos de sucesso definidos no Planejamento Estratégico, das medidas de produtividade, qualidade técnica, financeira, da pesquisa de satisfação do cliente interno e externo e das medidas de monitoramento do cumprimento da missão e valores da instituição.

INDICADORES OPERACIONAIS

Conjunto de indicadores que monitoram o desempenho local, com identificação, processamento, análise e melhoria de responsabilidade dos coordenadores de serviço, setores e/ou unidades. Originam-se dos processos táticos, dos procedimentos técnicos, dos protocolos clínicos, das Pesquisas de Satisfação do Cliente Interno e Externo, entre outros.

6.6.5.5 METAS

Valor pretendido para o indicador, a ser atingido em determinadas condições.

6.6.5.6 IDENTIFICANDO NECESSIDADE DE CRIAÇÃO DE UM INDICADOR

Um indicador deve ser criado quando é necessária a quantificação das características (previamente estabelecidas), ou do processo de forma a controlar e obter-se evidência suficiente para melhoria contínua, mediante comparação com as metas estabelecidas.

Os indicadores são definidos pela Secretaria de Saúde ou pela Gerencia da Unidade, mas a responsabilidade de seu planejamento; execução e processamento são da área relacionada. O planejamento de todos os indicadores deve ser revisado a cada ano e deve ser aprovado de acordo com a diretrizes do planejamento estratégico do município e atrelado com as diretrizes da Fundação do ABC.

O Monitoramento e Avaliação dos indicadores de qualidade deverão enfatizar os modos de produção da informação e de sua análise no dia-a-dia da unidade, de maneira a chamar a atenção para o próprio

processo de construção e apropriação da informação pelos diferentes profissionais envolvidos. Espera-se, com isso, valorizar e pautar a informação em seu potencial de mobilizar as equipes em torno de dados objetivos e de todos os demais tipos de dados e informações que emergem no processo de produção de saúde.

O monitoramento e avaliação dos indicadores de qualidade deverão permitir reflexão do fazer cotidiano e deverão ser utilizados como norte para pensar a prática e os resultados do trabalho da unidade de saúde.

O processo de monitoramento e avaliação dos indicadores de qualidade também deverá aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, fomentando a autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que possam ser colocados como elemento capaz de provocar a integração de diferentes profissionais em torno de dados que passem a ser objeto de análise e decisões.

Ressaltamos que, para além da simples relação de indicadores a serem atrelados às intervenções, a ênfase recai sobre o modo com que os profissionais devem chegar a essas informações e lidar com elas, sendo esse próprio modo um dos componentes centrais da avaliação enquanto qualificação dos serviços prestados na unidade. Por isso, antes de se ater ao recorte de indicadores, é necessário atear-se à compreensão dos dispositivos, desvelando coletivamente seus significados, clareando e definindo seus possíveis objetivos específicos, em cada realidade específica.

A Fundação do ABC compromete-se a apresentar indicadores e acompanhá-los de maneira progressiva e positiva, no que diz a melhora da qualidade do serviço prestado, entendendo a importância e necessidade dos indicadores para esta tarefa, como exposto a seguir:

- **INDICADORES QUANTITATIVOS**
 - Os indicadores quantitativos estarão relacionados à garantia de ofertas dos serviços para a produção física contratualizada.
- **INDICADORES QUALITATIVOS**
 - Os indicadores de qualidade estarão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medirá aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade.

6.6.5.7 REFERENCIAIS PARA INDICADORES DE DESEMPENHO NO SETOR DA SAÚDE

O desempenho no setor dos serviços de saúde tem sido motivo de muitas contribuições na área acadêmica e empresarial. Um fator constante dessas contribuições tem sido a preocupação com a capacidade de mudança das organizações envolvidas, a busca de indicadores em todos os serviços e dimensões, a satisfação dos clientes/pacientes e os resultados financeiros.

Um indicador de desempenho (ID) e sua meta sempre devem estar vinculados a um processo que justifica a sua existência e importância diante de um objetivo estratégico priorizado pela organização.

Tem sido comum no setor da saúde organizações utilizarem como indicadores e metas posições apresentadas por órgãos reguladores ou entidades de classe como seus indicadores.

O ID e sua meta precisam ter uma identidade com a organização. A própria organização tem que concebê-lo. Evidentemente, deverá procurar no mercado outras organizações, órgãos reguladores ou entidades de classe, referenciais tanto para o indicador quanto, principalmente, para sua meta.

Um ID deve contemplar alguns aspectos importantes, entre os quais: abrangência, acessibilidade, confiabilidade, economicidade, estabilidade, independência, praticidade, relevância, simplicidade, representatividade e validade.

Um ponto relevante e que merece destaque é a medição. Um ID medido em momentos diferentes, mas em circunstâncias similares, deve apresentar os mesmos resultados. A meta de um ID não ser fácil de ser cumprida, mas também não pode ser impossível diante das condições internas ou externas à organização.

Várias são as instituições que tem apresentado roteiros para auxiliar as organizações na concepção de seus indicadores, entre as mais atuantes: Organização Mundial de Saúde (OMS); *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ); Organização Pan-Americana de Saúde (Opas); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH); Ministério da Saúde; Conselhos Regionais de Medicina.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), importante agência pertencente ao governo norte-americano, sugere quatro grupos de indicadores para monitorar a qualidade diante do internamento hospitalar. São eles:

- **Indicadores de Qualidade com foco em prevenção** – são indicadores que tratam da real necessidade de determinados tratamentos ou internações hospitalares diante de evidências que indicam que poderiam ser evitados, pelo menos em parte, por meio de assistência

ambulatorial de alta qualidade;

- Indicadores de qualidade com foco no atendimento – são indicadores que tratam do atendimento ao paciente nos diversos aspectos dentro de uma organização do setor da saúde, que vai desde os contatos interpessoais até os contatos diante dos procedimentos médicos e clínicos;
- Indicadores de qualidade com foco na segurança do paciente – são indicadores que tratam da segurança e integralidade do paciente diante dos possíveis problemas cirúrgicos, infecções hospitalares, entre outros;

Indicadores de qualidade com foco no tratamento de crianças – são indicadores que tratam dos cuidados assistenciais e clínicos destinados a crianças, bem como dos métodos para inibir evitáveis internações

A AHRQ sugere ainda um roteiro para os indicadores assistenciais e ambulatoriais. Os indicadores assistenciais focam os serviços de farmácia, nutrição e enfermagem. Já os indicadores ambulatoriais são os responsáveis pelo monitoramento de consultas (novas, agendadas, realizadas), relação exames laboratoriais/consultas, relação exames radiológicos/consultas.

Bittar (1999), em pesquisa realizada em hospitais de ensino do estado de São Paulo, todos ligados a faculdade de medicina, identificou como mais significativos os seguintes indicadores:

- Média de permanência – considera a relação numérica entre o total de paciente-dia num determinado período e o total de doentes saídos (altas e óbitos);
- Índice de renovação ou giro de rotatividade – considera a relação entre o número de pacientes que saíram do hospital (altas e óbitos) durante determinado período e o número de leitos postos à disposição, no mesmo período;
- Índice de intervalo de substituição – considera o tempo médio que o leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro;
- Relação funcionários por leito – considera o número total de funcionários constantes da folha de pagamento dos hospitais em relação a soma do número de leitos existentes em operação.

6.6.5.8 PROCEDIMENTO PARA CORREÇÃO E APRIMORAMENTO DO DESEMPENHO

ANÁLISE DE INDICADOR

A periodicidade da análise do indicador é definida no seu planejamento pela área responsável. Na periodicidade indicada o responsável avalia se o resultado do indicador está dentro da meta estabelecida e outras análises como tendências e correlação. Caso o resultado esteja fora da meta, devem-se incluir ações para o alcance da meta no planejamento setorial da área. As análises críticas dos indicadores devem estar registradas nos formulários de Análise crítica de indicadores. Os indicadores que medem somente o desempenho estratégico são analisados pela Gestão com periodicidade definida, mas podem ter suas ações de melhoria encaminhadas para as áreas.

ACOMPANHAMENTO/ MONITORAMENTO DO INDICADOR

Vale ressaltar que o uso dos indicadores é de suma importância para avaliação do desempenho das atividades desenvolvidas, assim como o desempenho da assistência prestada, para tanto é necessário avaliar a frequência de coleta de cada indicador, periodicamente o gestor do processo deve analisar criticamente seus os indicadores, com base nos resultados do período anterior, priorizando ações sobre os processos de trabalho que tenham apresentado resultados menos eficazes ou menos eficientes. Estas análises são realizadas em reuniões de Análise Crítica.

Os indicadores de desempenho são instrumentos importantes de apoio às decisões gerenciais, mas é preciso lembrar que isolados e sem elo consistente com todo o contexto organizacional eles não têm representatividade e podem induzir a erros.

Os ID's definem o norte do processo, sua concepção e gestão, e são suporte maior para identificar as necessidades de melhoria nos processos e planejá-las com eficácia e sentido correto.

6.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como

objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema.

A PNEPS tem como finalidade transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, ela se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir dos processos de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A EP tem como objetivo organizar um Sistema de Educação Corporativa que contemple as ações de treinamento/capacitações e ações de desenvolvimento para direcionar as estratégias de alcance das competências críticas. Tem como abrangência, os colaboradores Terceiros/Parceiros/Corpo Clínico que desenvolverão suas atividades na Unidade.

6.7.1 ESTRATÉGIAS

- **Treinamento de Integração:** momento de socialização institucional priorizando todos aqueles que ingressem na Unidade participem deste momento, abordando um conteúdo relevante para aqueles que atuam em Instituições de Saúde e Normas Regulamentadoras que compõem o treinamento em consenso com o SESMT, nos temas:
 - Infecção Hospitalar / Higienização das Mãos;
 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente;
 - NR 6 – Equipamentos de Proteção Individual;
 - NR 25 – Resíduos;
 - NR 17 – Ergonomia;
 - NR 32- Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – Fluxo de Acidentes de Trabalho;
 - NR 23 – Noções Básicas em Prevenção e Combate à incêndios.
- **Educação Continuada:** para as áreas assistenciais, seguem abaixo sugestões de alguns dos temas a serem abordados:
 - Sistematização da Assistência de Enfermagem;
 - Anotação de Enfermagem;
 - Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares;
 - Consentimento Informado / Doação de órgãos;
 - Nutrição Enteral e Parenteral;
 - Gerenciamento da Dor;
 - Pacientes em estado de vulnerabilidade;
 - Administração de Medicamentos;
 - Indicadores – conceitos e operacionalização;
 - Programas de Controle de Infecção Hospitalar;
 - Patologia da Comunicação.

A identificação das necessidades educacionais dos colaboradores, pode ser avaliada por meio de:

- Auditoria de Prontuários;
- Avaliação e Padronização de Materiais;
- Coordenação de Práticas Assistenciais;
- Desenvolvimento Institucional (Qualidade e Segurança);
- Gerenciamento de Risco;
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

6.8 PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A preocupação com a segurança do paciente tornou-se assunto prioritário nas últimas décadas. A comunidade em saúde assumiu que a ocorrência de erros é possível e esses erros podem vir a causar danos ao paciente. Assim, a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento no serviço de saúde.

Um dos mais importantes pilares da implantação da gestão da qualidade é a Segurança do paciente e para isso temos legislações que norteiam esse atendimento: Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e RDC N° 36/2013.

Algumas diretrizes que serão implantadas para o cumprimento dessas legislações:

- Aprovar normas específicas para a Gestão de Riscos e Segurança do Paciente;
- Estabelecer abordagem organizacional, sistemática e proativa para desenvolver treinamento em equipe, desenvolvimento de habilidades e intervenções para melhorar o desempenho, de forma a entender a importância de garantir a redução aos danos evitáveis aos pacientes;
- Fomentar a identificação e mitigação sistemática dos riscos para garantir a segurança do paciente;
- Garantir o cumprimento dos passos estabelecidos como procedimentos básicos de cuidados para a segurança do paciente e sua importância como: identificação do paciente, higienização das mãos, cirurgia segura, paciente envolvido com sua própria segurança, prevenção de queda, termos de consentimento, protocolos de prevenção, educação continuada.
- Monitorar o resultado das ações realizadas.

Será realizado a criação do Núcleo da Qualidade (NQ) inspirando-se em um conjunto de técnicas gerenciais para otimizar o fazer humano, visando alcançar a qualidade dos serviços e produtos de saúde e o controle da gestão na unidade de saúde.

A melhoria da qualidade visa à construção de um sistema planejado estimulando a participação e a autoavaliação, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação de todos os colaboradores e grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.

A responsabilidade pela Qualidade não é exclusiva do NQ, é sim, um privilégio compartilhado por todos os colaboradores da unidade de saúde. O objetivo é, portanto, contribuir para a melhoria contínua da qualidade pela definição dos processos prioritários na uniformização dos procedimentos e instrumentos de trabalho que o sustentam para normatizar práticas na organização; melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores; desenvolver a gestão do risco geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

É necessário um trabalho contínuo de sensibilização, comunicação, envolvimento, liderança efetiva da direção, treinamentos, presença ativa do staff e responsáveis dos setores rumo à excelência.

Dois questões motivaram a OMS a eleger os protocolos de segurança do paciente: o pouco investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles.

Os protocolos Básicos de Segurança do Paciente têm por característica:

- Protocolos Sistêmicos;
- Protocolos Gerenciados;
- Promovem a Melhoria da Comunicação;
- Constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura;
- Oportunizam a vivência do trabalho em equipes;
- Gerenciamento de riscos.

O Plano de Segurança do paciente deve ser elaborado dentro década unidade de saúde e deve ter como foco a manutenção e a ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos, definindo:

- 1) Momentos;
- 2) Público alvo;
- 3) Conteúdo;
- 4) Formato;
- 5) Campanhas.

Buscando desenvolver, qualificar e monitorar Indicadores de Segurança do Paciente previstos nas legislações vigentes ou nos manuais do Ministério da Saúde e ANVISA.

6.8.1 METAS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente é a implantação e gerenciamento dos protocolos básicos definidor pela OMS

SEGURANÇA DO PACIENTE

- 1 Identificar corretamente o paciente.
- 2 Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde.
- 3 Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4 Assegurar o lugar em local de intervenção, procedimento e paciente certos.
- 5 Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6 Reduzir o risco de quedas e lesões por trauma.

Melhorar sua vida, nosso compromisso.



6.8.2 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

O Gerenciamento de Risco é o termo aplicado a um método lógico e sistemático para estabelecer critérios para identificar, analisar, avaliar, tratar, monitorar e comunicar os riscos associados com qualquer atividade função ou processo de uma maneira que capacita as Unidades de Saúde a reduzir e/ou minimizar os riscos.

- **Risco** Probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde o serviço está inserido.

6.8.3 REQUISITOS DO GERENCIAMENTO DE RISCO

6.8.3.1 PROPÓSITO

O Grupo Técnico de Gerenciamento de Risco (GTGR) tem como objetivo estabelecer um conjunto de medidas técnicas e administrativas, orientadas por informações obtidas por meio de monitoramento dos indicadores, das quais são fornecidos por meio dos seguintes riscos e seus pilares:

- O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:
- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Implementar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, tais como:
 - identificação do paciente;
 - higiene das mãos;
 - segurança cirúrgica;
 - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
 - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
 - segurança no uso de equipamentos e materiais;
 - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
 - prevenção de quedas dos pacientes;

N

- o prevenção de úlceras por pressão;
- o prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- o segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- o comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- o estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada
- o promoção do ambiente seguro

6.8.3.2 ABORDAGENS ESSENCIAIS SOBRE MECANISMOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES

Todas as unidades de saúde devem praticar, promover, implementar e manter em constante foco o uso do protocolo de identificação do paciente, bem como demais iniciativas para manter a segurança do paciente em foco.

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição, e outras circunstâncias no ambiente.

O protocolo de identificação do paciente deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, UPA's, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico, etc.) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

- Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores que sejam conferidos antes do cuidado;
- O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente;
- Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador: Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores (no caso da opção do uso da pulseira) e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado;
- Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado: A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O registro dos identificadores do paciente pode ser impresso de forma digital ou podem ser manuscritos.

É importante observar que:

- O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço;
- A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.


6.8.3.3 ABORDAGENS ESSENCIAIS SOBRE MECANISMOS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

O protocolo prevenção de quedas tem a finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

As recomendações deste protocolo aplicam-se a todos os ambientes de saúde, incluem todos os pacientes que recebem cuidados nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência destes.

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predisõem à queda e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco.

N

 155

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia.

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito.

A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas, sendo exemplos destas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Por definição, queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

Os Núcleos de Segurança do Paciente de cada serviço devem avaliar e escolher criteriosamente a melhor escala para utilizar em seus serviços.

As unidades de saúde, orientadas pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverão adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos), o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.

Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares e estímulo à participação das ações de prevenção deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no ambiente do cuidado. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

A criação de um instrumento de notificação de quedas, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores para monitorar o desempenho é uma oportunidade de aprendizagem para todos os profissionais, por meio da análise das informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

6.8.4ABORDAGENS ESSENCIAIS SOBRE MECANISMOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

"Higiene das mãos" é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Figura11 - Lavagem das Mãos, Os cinco momentos para higienização das mãos.



Fonte: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopsicante/index.php/publicacoes/category/cartazes>.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, e a antisepsia cirúrgica das mãos.

- Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.
- Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.
- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágue em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

6.8.5 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

A notificação dos eventos adversos, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;
- II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;
- III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

A avaliação dos indicadores de monitoramento dos riscos será baseado nos seguintes critérios - FMEA:

NÍVEL		Catastrófica (peso 4)	Crítica (Peso 3)	Marginal (Peso 2)	Desprezível (Peso 1)
FREQUENCIA	Frequente (Peso 4)	16	12	8	4
	Ocasional (Peso 3)	12	9	6	3
	Raro (Peso 2)	8	6	4	2

Remoto (Peso 1)	4	3	2	1
----------------------------	---	---	---	---

Legenda

3 a 1	Aceitável
6 a 4	Risco tolerável
16 a 8	Risco inaceitável

Para o mapeamento dos riscos, a avaliação se dará pelas tabelas indicadas abaixo, sendo que a somatória da classificação de cada tabela: probabilidade de ocorrência + escala de gravidade + situação atual se o valor for igual ou superior a 7 (sete) o risco deverá ser monitorado; se o valor for menor que 7 (sete), o risco é considerado baixo e não precisa de monitoramento contínuo apenas avaliação sistemática.

TABELA 1. - ESCALA DE PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA

1	Remoto: Provavelmente não vai acontecer (pode acontecer alguma vez num prazo de 5 a 30 anos)
2	Incomum: Possivelmente vai ocorrer (pode acontecer alguma vez num prazo de 2 a 5 anos)
3	Ocasional: Provavelmente vai ocorrer (pode acontecer muitas vezes em 1 ou 2 anos)
4	Frequente: Provavelmente vai ocorrer imediatamente ou dentro de um curto período (pode acontecer muitas vezes em 1 ano)

TABELA 2: ESCALA DE GRAVIDADE DA FALHA

1	Menor: A falha não é percebida pelo cliente
2	Moderado: A falha pode ser superada com modificações no processo
3	Maior: A falha pode causar alto grau de descontentamento ao cliente
4	Catastrófico: A falha pode causar mortes ou danos

TABELA 3: ESCALA DA SITUAÇÃO ATUAL DOS CONTROLES

1	O Procedimento atual possui abordagem plena de controles que previnam o risco
2	Existem algumas práticas de prevenção ao risco.
3	Atualmente não há práticas consolidadas para prevenção do risco.

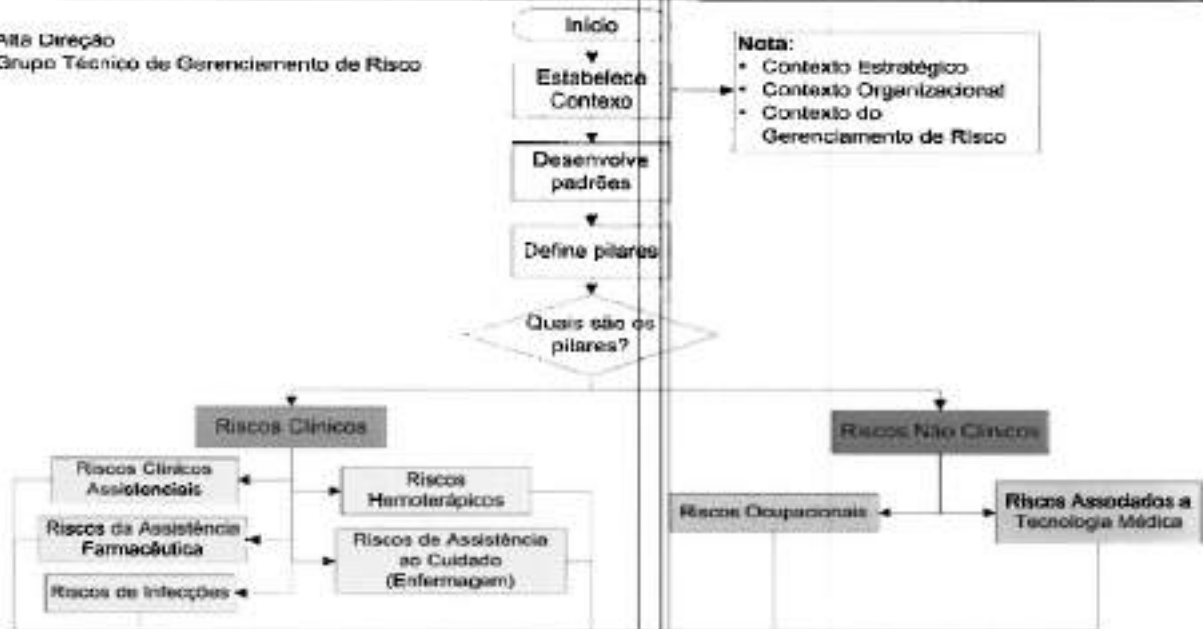
Fluxo 1 – Processo de Gerenciamento de Riscos



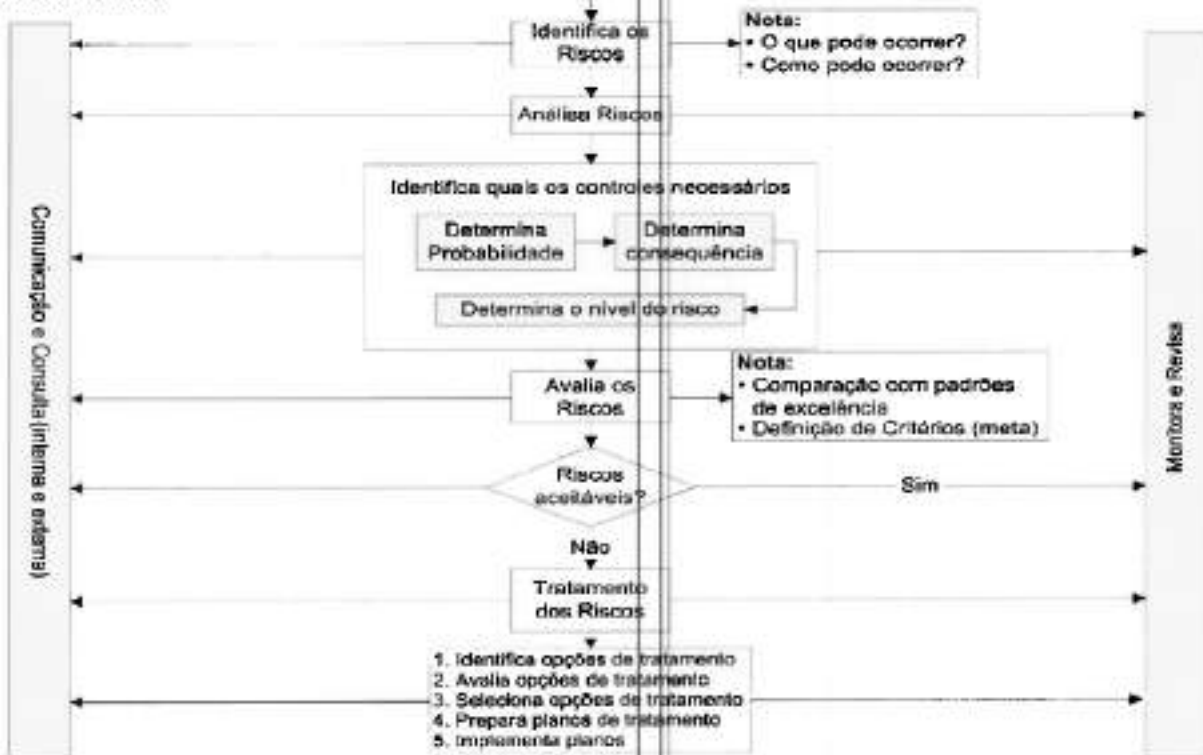
Processo de Gerenciamento de Risco

Responsável	Fluxo	Documento de Referência
-------------	-------	-------------------------

Alta Direção
Grupo Técnico de Gerenciamento de Risco



Grupo Técnico de Gerenciamento de Risco
Áreas envolvidas



Handwritten signature



Tabela 12 - Modelo de Formulário para avaliação dos indicadores de risco

SETOR SEMT	DESCRIÇÃO DO BEM OU ACESSÓRIOS DE TRÊS OU DESETE ANOS												DREORA												ANO	
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2																										
3																										
4																										
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

N.B.L	ANOS VALORES BENS E ACESSÓRIOS DE TRÊS OU DESETE ANOS											
	Classe 1 (Risco 4)	Classe 2 (Risco 3)	Classe 3 (Risco 2)	Classe 4 (Risco 1)	Classe 5 (Risco 0)	Classe 6 (Risco 0)	Classe 7 (Risco 0)	Classe 8 (Risco 0)	Classe 9 (Risco 0)	Classe 10 (Risco 0)	Classe 11 (Risco 0)	Classe 12 (Risco 0)
Frequência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3a1 Análise	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6a4 Recorrência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10a8 Recorrência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Legenda:
 3a1 Análise
 6a4 Recorrência
 10a8 Recorrência

COLETA () DIÁRIA () MENSAL () TRIMESTRAL () SEMESTRAL () ANUAL



1699

Figura 12 - Modelo de Formulário para análise crítica dos indicadores de risco

SETOR PRINCIPAL _____ INTERFACE _____	RESPONSÁVEL _____ RESPONSÁVEL _____
NÃO CONFORMIDADE: _____	CONSEQUÊNCIAS: _____
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CAUSAS</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>EFETOS</p> <p>Característica (efeito)</p> </div> </div>	
	<p>1. PLANEJAMENTO: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p>2. FAZER: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">Data: ____/____/____</p> <p>3. CHECAR: _____</p> <p>_____</p> <p>4. AVALIAÇÃO/APRENDIZAGEM (Deu certo?) Corretivo/Preventivo/Melhorias: _____</p> <p>_____</p> <p>CONCLUSÃO E RESULTADOS: Os objetivos foram atingidos? () SIM () NÃO _____</p> <p>_____</p> <p>Data: ____/____/____ Assinatura/Carimbo</p>

Figura 13 - Modelo de Formulário para Mapeamento dos Riscos

PROCESSO: Elaborado por:	RISCO		Aprovado por:		ANÁLISE	CONTROLES EXISTENTES	AÇÕES PREVENTIVAS	AÇÃO DE CONTINGÊNCIA	RESPONSÁVEL	INDICADOR DE MONITORAMENTO	Revisão: 00								
	RISCO		CLASSIFICAÇÃO								PLANO DE AÇÃO	Código: MIT-EMERG-01							
	MAGRO-PROCESSO	ATIVIDADE	FATOR DE RISCO	CAUSA							EFEITO	Assistência	OUTROS	PROBILIDADE	GRAVIDADE	SITUAÇÃO	RIM	Data:	
												FARMACOLOGIA							INDICADORES
												HISTÓRICO DE CASOS							OTIMIZÁVEIS
												RETCÓDIGO							TECNOLOGIA
												FARMACODINOMIA							MECANISMO
												OUTROS							OUTROS
												PROBILIDADE							OUTROS
												GRAVIDADE							OUTROS
												SITUAÇÃO							OUTROS
												RIM							OUTROS

É necessário aplicar a vigilância dos riscos, minimamente nos seguintes âmbitos:

- **Farmacovigilância**
 - Conjunto de atividades destinadas a identificar, quantificar e informar os efeitos indesejáveis decorrentes do uso agudo e crônicos dos medicamentos. (OMS)



- **Hemovigilância**
 - É um sistema de avaliação e alerta, organizado com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência desses efeitos.
- **Tecnovigilância**
 - Identificação, análise e prevenção de eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos, artigos médicos e kits laboratoriais durante a prática clínica.

Figura 14 - FORMULÁRIO DE OCORRÊNCIA
REGISTRO DE NÃO CONFORMIDADE, OCORRÊNCIA E OPORTUNIDADE DE MELHORIA

	<input type="checkbox"/> NÃO CONFORMIDADE (NC)	<input type="checkbox"/> OCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> OPORTUNIDADE DE MELHORIA (OM)	RDC Nº. 1
SECTOR DE REGULAÇÃO E CONTROLE	Origem da não conformidade ou da oportunidade de melhoria: 2			
	<input type="checkbox"/> 1. Atividade Clínica <input type="checkbox"/> 2. Auxílio <input type="checkbox"/> 3. Reclamação do Cliente <input type="checkbox"/> 4. Processo <input type="checkbox"/> 5. Outros: _____			
	Área ou processo onde a NC ou OM foi identificada: 3			
	Padrão aplicável: 4			
	Descrição da Não Conformidade / Ocorrência / Oportunidade de Melhoria: 5			
Responsável: 6		Data: 7		
SECRETARIA DA QUALIDADE		NOME DO RESPONSÁVEL: 8		DATA: 9
Recebido em: _____ Por: _____		Encaminhado para: _____		Ass: _____
SECTOR DE REGULAÇÃO E CONTROLE	ANÁLISE DA NÃO CONFORMIDADE / OCORRÊNCIA / OPORTUNIDADE DE MELHORIA			
	Causa (a): 10 Baseado na Ferramenta de Causa e Efeito (esquema de peixe)			
	<input type="checkbox"/> Classe <input type="checkbox"/> Meio Ambiente <input type="checkbox"/> Método <input type="checkbox"/> Material <input type="checkbox"/> Medida <input type="checkbox"/> Equipamento			
DEFINIÇÃO DE TRATAMENTO/AÇÃO PROPOSTA (PLANO DE AÇÃO/ MEDIDAS PREVENTIVAS) 11				
Responsável: 12		Data: 13		
SECRETARIA DA QUALIDADE		Plano de Ação: 14		SITUAÇÃO (Retorno ao status de origem)
Recebido em: _____ Por: _____		Encaminhado para: _____		Ass: _____
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA AÇÃO PROPOSTA (APÓS 30 DIAS PELO SECRETÁRIO DA QUALIDADE)				
Tratamento da NC / Ação Proposta		<input type="checkbox"/> SATISFATORIA	<input type="checkbox"/> INSUFICIENTE / <input type="checkbox"/> INSATISFATORIA	
Avaliação in loco - com relatório de avaliação				
PARTICIPAÇÃO DA QUALIDADE NESTA FINALIZAÇÃO:				
EVENTO SENTINELA: 15				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				

6.9 PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

A fim de atender às exigências legais e normativas, à demanda social, com o foco de se tomarem mais sustentáveis e a necessidade de apresentarem melhor desempenho ambiental, a Fundação do ABC elaborará o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) a partir da especificidade da unidade.

A implantação do PGRSS não é voluntária, é obrigatória a todos os estabelecimentos que de alguma forma gerem resíduos de saúde, em concordância com a RDC 306/04 da ANVISA e da Resolução 358/05 do CONAMA.

O PGRSS é um conjunto de procedimentos que devem ser adotados pelos estabelecimentos médico-hospitalares com o objetivo de diminuir ou eliminar a produção de resíduos, sua correta segregação em classes e assim, proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Parte integrante do PGRSS é a planilha de valores referentes à quantificação dos resíduos gerados. Estes valores posteriormente deverão ser transformados em Indicadores de desempenho ambiental –

taxa de geração de resíduos infectantes com relação à geração de resíduos comuns em Kg (os valores deverão ser fornecidos obrigatoriamente em Kg). Como segue:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Total de Resíduo Infectante (kg)}}{\text{Total de Resíduos sólidos (kg)}} \times 100$$

Outro item importante para que a implantação do PGRSS seja eficaz é o Programa de Treinamentos e Educação Continuada, pois visa orientar, motivar, conscientizar e informar permanentemente a todos os envolvidos sobre os riscos e procedimentos adequados de manejo, de acordo com os preceitos da RDC 306/04. Deve abranger o maior número de colaboradores, especialmente as equipes de limpeza e enfermagem.

Alguns dos temas que devem ser abordados são:

- Definições, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco do resíduo;
- Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais;
- Identificação das classes de resíduos;
- Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual;
- Orientações sobre biossegurança (biológica, química e radiológica);
- Orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;
- Providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;
- Noções básicas de controle de infecção e contaminação química.



6.9.1 PROPOSTA DE SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA, SOCIAL E AMBIENTAL

A sustentabilidade e as suas três diretrizes (financeira, ambiental e social) devem estar definidas na política da instituição de saúde, tendo envolvimento e suporte direto da Alta Direção.

O conceito deve ser trabalhado em ações do dia a dia e para isso a instituição deve definir de maneira clara sua política, diretrizes e plano de ação para atendimento aos objetivos da sustentabilidade.

A estratégia de Sustentabilidade será implantada, com o suporte direto da FUABC, que propõe a utilização das seguintes referências reconhecidas em Sustentabilidade:

- Pacto Global da ONU ou Carta da Terra;
- Free Mercury (Hospital Livre de Mercúrio);
- Política de não se relacionar com fornecedores ou parceiros que utilizam de alguma maneira trabalho escravo ou infantil;
- Indicadores de sustentabilidade padronizados pela *Global Reporting Initiative (GRI)* ou pelo

Instituto Ethos.

A Política dos 3R's deve ser constantemente trabalhada e fazer parte da Educação permanente na gestão de resíduos. Trata-se de um conjunto de medidas que visa promover a sustentabilidade e a preservação dos recursos naturais através de três principais ações: reduzir o consumo, reutilizar os materiais consumidos e reciclar o lixo gerado. Essas medidas centram-se, principalmente, na diminuição da geração de resíduos sólidos e, conseqüentemente, na diminuição dos impactos gerados pelo excesso de lixo.

Um dos principais pontos da política dos 3R's é a ordem de importância das atividades, cuja prioridade obedece à seqüência acima apresentada. Dessa forma, o mais importante é a redução, seguida pela reutilização e, somente ao final, a reciclagem.

Esse conjunto de medidas foi criado pela Conferência Nacional da Terra, realizada em 1992, na cidade do Rio de Janeiro, e referendada pelo 5º Programa Europeu para o Ambiente e Desenvolvimento, realizado no ano seguinte. Dessa forma, considerou-se que os 3R's deveriam ser uma prioridade na agenda ambiental dos governos e também das sociedades em geral.

Como já foi mencionado, o primeiro e mais importante passo a ser adotado é o de reduzir o consumo. Isso significa conter a onda consumista da sociedade, uma vez que quanto maior for a compra de novos produtos, mais materiais serão descartados no presente e no futuro, gerando mais lixo. Assim, um consumo consciente por parte da população e o combate aos problemas como a obsolescência programada são formas de promover essa medida.

6.9.2 COMITÊ DE SUSTENTABILIDADE

Para planejamento e operacionalização das ações de desenvolvimento sustentável, propomos a criação do comitê de sustentabilidade, composto por colaboradores do próprio hospital.

A definição dos membros do Comitê deve contemplar as principais áreas da unidade (administrativa, médica e de enfermagem) e o maior número de profissionais de setores estratégicos, como: higiene, manutenção, comunicação, custos e qualidade.

O Comitê deverá responder à alta direção e ter apoio para implantação das ações de sustentabilidade na unidade.

O Comitê deverá se reunir mensalmente, definindo uma agenda de trabalho para o ano.

Nesta etapa, poderá ser realizado um diagnóstico da organização, para entendimento de sua percepção de sustentabilidade econômica, social e ambiental.

Posteriormente ao diagnóstico, o comitê deve se reunir para análise do resultado e levantamento das oportunidades de ações sustentáveis que darão origem à Potenciais Projetos de Sustentabilidade na Instituição de Saúde.

Os projetos devem ser analisados juntamente com a Gerência/Coordenação e representante da Qualidade e da área Financeira, para análise de viabilidade e dimensionamento do custo-benefício a ser obtido com a implantação de cada projeto.

Necessidades de atendimento de algum requisito legal devem ser prioridade, frente aos projetos de sustentabilidade, como o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Os Projetos definidos para implantação devem possuir objetivo estratégico definido, metas propostas e conseqüentemente indicadores a serem monitorados pela instituição, sendo que estes devem contemplar preferencialmente os 03 pilares da sustentabilidade.

6.9.3 PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO DE SERVIÇO DE TERCEIROS DE ATIVIDADES FINIS

Para contratação de serviços de terceiros, a Fundação do ABC segue o regulamento de compras próprio, o qual pode ser conferido no endereço eletrônico <https://fuabc.org.br/portaldatransparencia/regulamento-de-compras-fundacao-do-abc/>, seguindo os princípios da igualdade, legalidade, moralidade, publicidade, impessoalidade, probidade administrativa e transparência de todas as suas atividades, garantindo assim lisura em todo o processo de aquisição de bens e serviços.

Ressalta-se que para contratação de Pessoa Jurídica formada por profissionais médicos é exigido título de diploma de médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, com habilitação ao exercício da medicina especializada, apto a responder pela responsabilidade técnica inerente ao serviço. O profissional especialista deverá apresentar título de especialização e aptidão para o serviço de Urgência e desenvolver suas atividades com segurança.

6.10 SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO

6.10.1 SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

O SAU – Serviço de Atendimento ao Usuário é um setor que prioriza a qualidade no atendimento prestado nos Serviços de Saúde. Tem como principal atividade dar abertura para sugestões e reclamações dos usuários, além de esclarecer dúvidas e orientar de acordo com as necessidades. O objetivo principal deste serviço é a melhoria do atendimento, tornando-o mais ágil e acolhedor.

O usuário e/ou funcionário preenche o formulário disponível em todas as Unidades para avaliação e comentários (dúvidas, sugestões, elogios e reclamações) referentes aos serviços oferecidos. As demandas são analisadas pela equipe do SAU e, posteriormente encaminhadas aos setores competentes para ciência e providência. Após esse processo o Serviço de Atendimento ao Usuário encaminha a devolutiva da manifestação ao usuário, utilizando os dados informados no momento do preenchimento do formulário.

Nos princípios da declaração universal dos direitos humanos, o Serviço de Atendimento ao Usuário aparece como importante instrumento de mediação na construção da cidadania com o intuito de:

- 1) Possibilitar a participação dos usuários na gestão da Instituição;
- 2) Proporcionar acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão;
- 3) Agilizar o atendimento aos usuários com qualidade.

O objetivo geral do SAU é atender adequadamente as reivindicações dos usuários, humanizando a relação Paciente/Serviço de Saúde e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas, dentre os objetivos do SAU estão:

- 1) Aperfeiçoar e direcionar os serviços oferecidos pelo serviço de saúde;
- 2) Proporcionar aos gestores uma visão maior e mais elaborada dos problemas, aliados a possíveis soluções;
- 3) Desenvolver ações de caráter preventivo;
- 4) Dinamizar e melhorar o atendimento aos usuários, estimulando-os a serem parceiros da Instituição, conscientizando o paciente de que ele é parte de uma sociedade com direitos e deveres.

DEMANDAS RECEBIDAS

- 1) Reclamações.
- 2) Denúncias.
- 3) Elogios.
- 4) Sugestões.

FORMAS DE ATENDIMENTO

- 1) Pessoal.
- 2) Serviço telefônico.
- 3) E-mail.
- 4) Urmas.

FLUXOGRAMA DAS DEMANDAS



O Serviço de Atendimento ao Usuário é independente, autônomo e imparcial, por estes motivos, promoverá em qualquer instância e/ou circunstâncias, os encaminhamentos cabíveis, acompanhando e retornando em tempo hábil ao usuário as providências adotadas, preservando o sigilo do usuário.

Serão realizados relatórios quantitativos e qualitativos mensais com gráficos, números e pesquisa de satisfação dos usuários e reuniões periódicas com a equipe.

RESULTADOS SOCIAIS

Satisfação e participação dos usuários em relação aos serviços prestados.

RESULTADOS CORPORATIVOS

- 1) Modelo eficaz de gestão participativa com soluções para os problemas.

- 2) Promove maior aproximação e satisfação entre os usuários.

6.10.2 PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Com base na importância da satisfação dos usuários surgiu a necessidade de se pesquisar a qualidade do atendimento em saúde. A pesquisa de satisfação é fundamental para que os administradores das Unidades de Saúde possam conhecer a visão dos pacientes diante da qualidade do atendimento, e assim intervir baseando nas necessidades evidenciadas. Principais objetivos:

- 1) Avaliar a qualidade do atendimento em saúde sob a ótica dos usuários atendidos.
- 2) Identificar os principais fatores que afetam a satisfação dos pacientes atendidos na instituição.
- 3) Transcrever sugestões para a melhoria da qualidade no atendimento sob o ponto de vista do usuário.
- 4) Detectar as falhas no atendimento.
- 5) Evidenciar as necessidades dos pacientes.

A pesquisa possibilita o conhecimento de diversas opiniões e sugestões, englobando fatos que vão desde a estrutura física da instituição até a disponibilidade do profissional em atendê-lo.

Os pacientes buscam nas instituições de saúde um atendimento integral, considerando todas as suas interfaces econômicas, biológicas, sociais e políticas priorizando pontos vitais. O sucesso da instituição depende da capacidade de organizar estratégias que atendam todas as exigências e expectativas dos usuários.

Partindo do pressuposto que a clínica cria estratégias para melhoria de serviços de saúde baseados na satisfação dos pacientes, percebe-se que ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro dos hospitais é fundamental. Portanto conhecer o grau de satisfação poderá ser a fundamentação para a elaboração de estratégias administrativas que poderão modificar justamente as questões que não atendem as necessidades desses indivíduos durante e após o atendimento resultando assim em um atendimento de qualidade.

o analisar as pesquisas de satisfação do paciente de maneira criteriosa, encontra-se dados relevantes para o gerenciamento da instituição.

O desenvolvimento de um sistema de avaliação de satisfação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor de serviços. Isso ainda viria a somar-se aos grandes esforços já realizados de padronização e aprimoramento dos serviços da área da saúde, suportados pelos inúmeros programas de qualidade que se desenvolvem e são amplamente divulgados em todo o país.

O instrumento de coleta de dados deve conter questões que avalie o atendimento em todos os âmbitos. Essa ferramenta permite avaliar o sistema em três níveis:

- **Estrutura:** envolve recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica; o processo refere-se às atividades que envolvem os profissionais de saúde e paciente e o resultado corresponde ao produto final da assistência.
- **Processo:** Ao avaliar o processo de satisfação do cliente baseando-se nos três níveis de análise citados acima, é preciso considerar a diversidade de situações vivenciadas no ambiente hospitalar, pois são atendidas pessoas com diferentes patologias e faixa etária.
- **Resultado:** Dados relevantes para o gerenciamento da instituição.

SUGESTÃO DE MODELO DE FICHA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Formulário de Pesquisa de Satisfação – ENTREVISTA	
Unidade de Saúde XX	
<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Acompanhante
Identificação (não obrigatória) Nome:	Tel:
Qual sua avaliação quanto a cordialidade no atendimento na recepção da Unidade XX?	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
Qual sua avaliação quanto a agilidade no atendimento na recepção da Unidade XX?	
<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	
Como avalia o atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco ?	

() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Como avalia o atendimento médico prestado?	
() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Como avalia o atendimento de enfermagem prestado?	
() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Como avalia o serviço de limpeza ?	
() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Você recomendaria a Unidade XX para familiares e amigos?	
() Sim () Não	
Comentários	
DATA _____	

6.10.3 AVALIAÇÃO ESPONTÂNEA

Serão disponibilizados formulários padronizados e urnas em locais de fácil acesso e ampla circulação de usuários. Os pacientes e acompanhantes serão informados e estimulados quanto à realização da pesquisa na recepção do serviço no momento de sua chegada para atendimento. Diariamente um auxiliar administrativo recolherá as pesquisas realizadas das urnas e consolidará os dados obtidos, encaminhando-os para o assistente social responsável para a análise, elaboração de relatórios e encaminhamentos necessários.

Formulário de Pesquisa de Satisfação - ESPONTÂNEA	
Unidade de Saúde XX	
() Paciente	() Acompanhante
Identificação (não obrigatória) Nome:	Tet:
Como avalia o atendimento na recepção da Unidade XX?	
() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Como avalia o atendimento médico prestado?	
() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Como avalia o atendimento de enfermagem prestado?	
() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Como avalia o serviço de limpeza ?	
() Excelente () Bom () Regular () Ruim	
Você recomendaria a Unidade XX para familiares e amigos?	

() Sim () Não

Comentários

DATA _____

6.11 COMISSÕES

Comissões nas Unidades de Saúde são um importante instrumento de gestão, e são vitais à qualidade assistencial e segurança do paciente. São ainda gatilhos de eventos de alerta para a revisão de processos na unidade de saúde, visando não só à qualidade e segurança, mas também à eficiência operacional.

A Fundação do ABC se compromete em apoiar, criar e manter em funcionamento todas as Comissões exigidas por Normas do Ministério da Saúde e ANVISA.

6.11.1 RESPONSABILIDADE DA GESTÃO DAS COMISSÕES

O Gestor na Unidade será responsável em acompanhar o funcionamento das comissões com as seguintes atribuições:

- Receber os documentos referentes às comissões;
- Acompanhar o prazo de recebimento das Atas, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à reunião, e se necessário realizar as devidas cobranças;
- Solicitar alterações dos cronogramas e formulário de alteração de membros aos presidentes ou secretários conforme a necessidade;
- Acompanhar o cumprimento das datas e realizações das reuniões;
- Receber, do presidente da Comissão, as justificativas escritas dos membros, referente ao não
- Realizar a leitura das Atas e solicitar possíveis adequações;
- Garantir a guarda e integridade das pastas das comissões;
- Acompanhar os planos de ação das comissões.

6.11.2 DA ORGANIZAÇÃO

DA CRIAÇÃO DA COMISSÃO

As Comissões somente serão implantadas, após análise de sua necessidade, ciência do Núcleo de Gestão da Qualidade e aprovação da Gerência Administrativa e Coordenação Médica. Após aprovada, a Comissão deverá ser formalizada através de ato da Gerência Administrativa, na sequência agendada a primeira reunião com os membros desta e elaborada a ata de abertura, contendo: definição dos membros, periodicidade, tempo de mandato, objetivo e responsabilidade.

Todas as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em Atas. Estes registros deverão seguir o padrão do formulário instituído. A primeira reunião da Comissão deverá possuir ata de abertura contendo obrigatoriamente:

- 1) Relação dos membros participantes (nome completo, função e setor que representa);
- 2) Função dos membros;
- 3) Periodicidade das reuniões (mensais, bimestrais e etc.).

Todas as atas deverão apresentar:

- Pauta;
- Texto descritivo da reunião com todos os assuntos abordados;
- Ações, responsáveis e prazos.

As Comissões serão compostas de acordo com o preconizado em legislação (caso a Comissão tenha exigência legal) ou com funções e profissionais que tenham afinidade com o objetivo da existência desta.

Toda Comissão deverá ter Presidente e Secretário. As funções de cada membro serão definidas na ata de abertura, porém caberá obrigatoriamente ao:

- **Presidente**
 - Presidir as reuniões;

- o Manifestar-se em nome da Comissão;
- o Assinar documentos (salvo se delegar formalmente a algum membro da Comissão).
- o Lembrar aos presentes do dia, horário e local da próxima reunião.
- **Secretário**
 - o Registrar as reuniões em ata;
 - o Colher assinaturas dos membros e convidados especiais em ata e enviar à Assessora Hospitalar até o 5º dia útil do mês subsequente à reunião;
 - o Cumprir atribuições designadas pelo Presidente e substituí-lo na sua ausência, presidindo as reuniões (caso a Comissão não tenha Vice-Presidente);
 - o Agendar as reuniões e reservar local com o responsável antecipadamente;
 - o Divulgar o cronograma anual da comissão e comunicar via e-mail ou telefone, 48h antes da data, o lembrete do horário e local da reunião a todos os membros.

No caso de vacância do cargo de Presidente e Secretário, estes serão escolhidos entre seus pares, através de votação direta ou outro processo de escolha deliberado pela própria Comissão.

No caso de desligamento de membros da Comissão caberá ao Presidente e à Gerência Administrativa convidar outro profissional para substituí-lo. As únicas exceções serão para as Comissões de Ética médica, Ética de Enfermagem e da CIPA, nas quais um novo membro somente poderá ser escolhido através de eleições. Nestes casos, os processos ocorrerão de acordo com a legislação que rege o assunto.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

Na primeira reunião do ano, as Comissões deverão elaborar seu cronograma anual de reuniões. Este cronograma deverá ser registrado no modelo de documento padronizado pelo Núcleo de Gestão da Qualidade.

As reuniões ordinárias serão realizadas conforme calendário aprovado pela Comissão. As extraordinárias serão convocadas pelo Presidente no prazo mínimo de 48 horas.

DEFINIÇÃO DA PAUTA

Toda reunião deverá ter uma pauta previamente definida junto ao Secretário e aprovada pelo Presidente. Qualquer membro ou Coordenador poderá solicitar a inclusão de assuntos na pauta. Durante a reunião serão tratados com prioridade os assuntos relacionados na pauta. Os demais assuntos não enviados previamente deverão constar como Assuntos Gerais e serão tratados no final da reunião, se houver tempo hábil, ou por deliberação do Presidente. Se não houver tempo hábil para tratar todos os assuntos propostos, estes ficarão na pauta para serem tratados na próxima reunião. Na definição da pauta sempre devem constar as pendências anteriores, acompanhamento das ações e assuntos gerais. Além desses assuntos específicos definidos pelo presidente e secretário.

DINÂMICA DAS REUNIÕES

As reuniões serão abertas pelo Presidente e para deliberar deverão ter quórum mínimo de metade dos membros efetivos. Serão iniciadas com leitura das pendências advindas das reuniões anteriores e última ATA (leitura esta que será feita pelo Secretário ou seu substituto) devendo cada responsável dar o retorno sobre andamento destas pendências. Em seguida, será lida a pauta com assuntos a serem tratados, momento o qual será passada a palavra para quem quiser fazer o uso da mesma. As discussões deverão ser registradas em ata. Após a discussão de cada assunto, o Presidente fará a deliberação e encaminhamento do mesmo. Cada Comissão que tiver um indicador para analisar, este deverá ser impresso e estar anexo à ata para a reunião. Após análise da Comissão, o Presidente deverá incluir a informação na Análise Crítica do indicador que este teve aprovação também da Comissão além do setor responsável pelo indicador. No final da reunião deverão ser registrados os assuntos pendentes, ações, responsáveis e prazos. Após finalização da ata, todos os membros assinam a mesma. Em seguida, o Presidente fará as considerações finais, lembrando data, hora e local da próxima reunião. O registro da ATA deverá ser elaborado pelo Secretário ou na ausência deste qualquer outro membro designado pelo presidente.

6.11.3RELAÇÃO DAS COMISSÕES

As comissões são criadas de acordo com a especificidade da unidade vinculadas.

- **Comissões ligadas à Gerência Administrativa**
 - o Padronização de Material e Medicamento e farmácia terapêutica;
 - o Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
 - o Comissão de prevenção de Acidentes de perfuro cortante;

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- Comissão de Humanização;
- Gerenciamento de Resíduos
- **Comissões ligadas à Coordenação Médica:**
 - Óbito;
 - Revisão de Prontuário;
 - Ética Médica.
- **c. Comissões ligadas à Coordenação de Enfermagem:**
 - Ética de Enfermagem;
 - Núcleo de Segurança do Paciente.

7. RECURSOS HUMANOS

A Fundação do ABC considerou nesta proposta a sucessão dos contratos de trabalho dos colaboradores do quadro atual descrito a seguir.

ATENÇÃO BÁSICA

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
* FISIOTERAPEUTA	3	150
* MEDICO	1	200
* MEDICO MENSAL	1	150
* MEDICO MENSAL	2	200
* PSIC 200 AS	1	200
* PSICOLOGO	1	150
AG COM SAUDE 200 SA	228	200
ASSIST ADM 2 200 SA	1	200
ASSIST ADM 200 SA	4	200
ASSIST ADM 3 200 SA	5	200
ASSIST DIRET II SA	1	200
ASSIST PROG ESPEC SA	2	200
ASSIST PROGRAMAS	2	200
ASSIST SOCIAL SA	2	150
ASS SOCIAL 150H SA	4	150
ASSIST TECNICO 200SA	4	200
AUX CONS DENT 200SA	21	200
AUX ENFERMAGEM SA	26	200
AUX ESCRIT 200SA	15	200
AUX ESCRIT I 200SA	9	200
AUX ESCRIT II 200SA	9	200
AUX ESCRIT III 200SA	2	200
AUX ESCRIT PSF 200SA	1	200
AUX FARMACIA 200SA	24	200
AUX SAUDE BUCAL SA	6	200
AUX SAUDE MOTORISTA	3	200
AUX SERV APOIO JR I SA	1	200
AUX SERV APOIO 200SA	29	200
AUX SERV GER 200 SA	4	200
AUX SERV GERA 200SA	24	200
COORD TEC SA	1	200



CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
DENTISTA JR I 100 SA	1	100
DENTISTA 100 SA PS	1	100
DENTISTA 200SA	5	200
DENTISTA PSF 200SA	21	200
ENFERMEIRO	1	165
ENFERMEIRO 200SA	144	200
ESCRITURARIO I SA	1	200
FARMACEUTICO 200SA	4	200
FARMACEUTICO SA	3	200
FISIOTERAPEUTA SA	6	150
FISIOT 150H - SA	4	150
GERENTE ADMIN I SA	1	200
MED GEN PSF 100 SA	1	100
MED GEN PSF 150 SA	2	150
MED GEN PSF 200 SA	34	200
MED MES 100 SA	46	100
MED MES 150 SA	10	150
MED MES 200 SA	10	200
MED MES 60 SA	1	60
MED MES 80 SA	2	80
NUTRICION 200 SA	5	200
NUTRICIONISTA SA	1	200
OFIC ADM 200 SA	12	200
OFIC ADM JR I 200H	14	200
OF ADM PL I SA 200H	17	200
OF ADM PL I SA 180H	1	180
OFIC ADM ESP I 200H	4	200
PROF EDUCACAO FISICA SA	7	200
PSIC 200 AS	2	200
PSICOLOGO 200 SA	5	200
RECEP 200 AS	34	200
TEC ENF 200 SA	90	200
TEC FARMACIA 200HSA	44	200
TELEFONISTA 150 SA	1	150
TERAP OCUP 150 SA	3	150
TOTAL	975	

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
* FISIOTERAPEUTA	1	150
* MEDICO DIARISTA SA	1	60
* MEDICO MES 100 SA	1	100
* NUTRICION 200 SA	1	200
* PSIC 200 SA	3	200
* PSICOLOGO	2	150
* PSICOLOGO 200SA	2	200



CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
AC REP TERAP 180 SA	23	180
AG RED DANOS 200 SA	2	200
ARTE EDUCADOR 200 SA	6	200
ASS SOCIAL 150H SA	3	150
ASSESSOR TEC SR S.A	1	200
ASSIST ADM 200 SA	6	200
ASSIST ADM 3 200 SA	1	200
ASSIST DIRET II SA	3	200
ASSIST PROG ESPEC SA	1	200
ASSIST PROGRAMAS SA	1	200
ASSIST SOCIAL SA	4	150
AUX CONS DENT 200SA	6	200
AUX ENFERM 180SA	5	180
AUX ENFERMAGEM SA	4	200
AUX ESCRIT 200SA	6	200
AUX ESCRIT I 200SA	2	200
AUX ESCRIT II 200SA	3	200
AUX ESCRIT III 200SA	3	200
AUX ESCRIT PSF 200SA	1	200
AUX FARMACIA 200SA	7	200
AUX INFORMATICA I SA	1	200
AUX OFICINEIRO PL I	6	200
AUX SAUDE BUCAL SA	5	200
AUX SERV APOIO 200SA	4	200
AUX SERV GERA 200SA	7	200
COORD ENFERM 200SA	1	200
COORD TEC SA/SAÚDE MENTAL	2	200
CUID RES TERAP 180SA	41	180
CUID RES TERAP 200SA	19	200
DENTISTA 100SA	7	100
DENTISTA 200SA	3	200
DENTISTA ES PERIO SA	1	100
DENTISTA ESPE 100 SA	1	100
DENTISTA ESP PROTESE	1	200
DENTISTA PSF 200SA	1	200
ENF ESP PSIQ 200 SA	1	200
ENF ESP PSIQ 180 SA	2	180
ENFERMEIRO 180SA	12	180
ENFERMEIRO 200SA	19	200
FARMACEUTICO 200SA	2	200
FARMACEUTICO SA	3	200
FISIOT 150H - SA	3	150
FISIOTERAPEUTA SA	12	150
FONO SA 200 HRS PS3	3	200
FONOAUDIOLOGO 200SA	1	200
FONO SA 150 HRS PS3	1	150



CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
GERENTE ADMIN I SA	4	200
GERENTE ADMIN II SA	1	200
MED COORD 160 SA	1	160
MED GEN PSF 150 SA	1	150
MED MES 100 SA	20	100
MED MES 120 SA	4	120
MED MES 150 SA	5	150
MED MES 180 SA	1	180
MED MES 200 SA	1	200
MED MES 40 SA	1	40
MED MES 60 SA	11	60
MED MES 90 SA	1	90
MED PLANTAO SA	32	12
MO OF TERAP 150 SA	3	150
MO OF TERAP2 200 SA	6	200
OF ADM PL I SA 200H	7	200
OF ADM PL I SA 180H	1	180
OFIC ADM 200 SA	7	200
OFIC ADM JR I 200H	2	200
PROFIS ED FISICA SA	2	200
PROFIS ED FISICA 2SA	2	200
PSIC 200 SA	5	200
PSICOLOGO 200 SA	8	200
PSICOLOGO SA	4	200
RECEP 200 SA	15	200
RECEP I 200 SA	1	200
SUPERVISOR ADM JR I	1	200
TEC ENF 180 SA	19	180
TEC ENF 200 SA	10	200
TEC FARMACIA 200HSA	3	200
TERAP OCUP 150 SA	8	150
TERAP OCUP SA	1	150
TOTAL	446	

ATENÇÃO HOSPITALAR - CENTRO HOSPITALAR MUNICIPAL - CHM

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
* FISIOTERAPEUTA	1	150
* MEDICO DIARISTA SA	1	60
* MEDICO MES 100 SA	1	100
* NUTRICION 200 SA	1	200
* PSIC 200 SA	3	200
* PSICOLOGO	2	150
* PSICOLOGO 200SA	2	200
AC REP TERAP 180 SA	23	180
AG RED DANOS 200 SA	2	200
ARTE EDUCADOR 200 SA	6	200



1213

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
ASS SOCIAL 150H SA	3	150
ASSESSOR TEC SR S.A	1	200
ASSIST ADM 200 SA	6	200
ASSIST ADM 3 200 SA	1	200
ASSIST DIRET II SA	3	200
ASSIST PROG ESPEC SA	1	200
ASSIST PROGRAMAS SA	1	200
ASSIST SOCIAL SA	4	150
AUX CONS DENT 200SA	6	200
AUX ENFERM 180SA	5	180
AUX ENFERMAGEM SA	4	200
AUX ESCRIT 200SA	6	200
AUX ESCRIT I 200SA	2	200
AUX ESCRIT II 200SA	3	200
AUX ESCRIT III 200SA	3	200
AUX ESCRIT PSF 200SA	1	200
AUX FARMACIA 200SA	7	200
AUX INFORMATICA I SA	1	200
AUX OFICINEIRO PL I	6	200
AUX SAUDE BUCAL SA	5	200
AUX SERV APOIO 200SA	4	200
AUX SERV GERA 200SA	7	200
COORD ENFERM 200SA	1	200
COORD TEC SA/SAÚDE MENTAL	2	200
CUID RES TERAP 180SA	41	180
CUID RES TERAP 200SA	19	200
DENTISTA 100SA	7	100
DENTISTA 200SA	3	200
DENTISTA ES PERIO SA	1	100
DENTISTA ESPE 100 SA	1	100
DENTISTA ESP PROTESE	1	200
DENTISTA PSF 200SA	1	200
ENF ESP PSIQ 200 SA	1	200
ENF ESP PSIQ 180 SA	2	180
ENFERMEIRO 180SA	12	180
ENFERMEIRO 200SA	19	200
FARMACEUTICO 200SA	2	200
FARMACEUTICO SA	3	200
FISIOT 150H - SA	3	150
FISIOTERAPEUTA SA	12	150
FONO SA 200 HRS PS3	3	200
FONOAUDIOLOGO 200SA	1	200
FONO SA 150 HRS PS3	1	150
GERENTE ADMIN I SA	4	200
GERENTE ADMIN II SA	1	200
MED COORD 160 SA	1	160



CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
MED GEN PSF 150 SA	1	150
MED MES 100 SA	20	100
MED MES 120 SA	4	120
MED MES 150 SA	5	150
MED MES 180 SA	1	180
MED MES 200 SA	1	200
MED MES 40 SA	1	40
MED MES 60 SA	11	60
MED MES 90 SA	1	90
MED PLANTAO SA	32	12
MO OF TERAP 150 SA	3	150
MO OF TERAP2 200 SA	6	200
OF ADM PL I SA 200H	7	200
OF ADM PL I SA 180H	1	180
OFIC ADM 200 SA	7	200
OFIC ADM JR I 200H	2	200
PROFIS ED FISICA SA	2	200
PROFIS ED FISICA 2SA	2	200
PSIC 200 SA	5	200
PSICOLOGO 200 SA	8	200
PSICOLOGO SA	4	200
RECEP 200 SA	15	200
RECEP I 200 SA	1	200
SUPERVISOR ADM JR I	1	200
TEC ENF 180 SA	19	180
TEC ENF 200 SA	10	200
TEC FARMACIA 200HSA	3	200
TERAP OCUP 150 SA	8	150
TERAP OCUP SA	1	150
TOTAL	446	

CHM**MÉDICO PLANTONISTA - 12 HS****QTDE DE PLANTÕES 12 HS**

PLANTÃO SEMANA DIA	1296
PLANTÃO SEMANA NOITE	670
PLANTÃO FIM DE SEMANA DIA	504
PLANTÃO FIM DE SEMANA NOITE	260
TOTAL	2730

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
* TEC ENFERM 180	1	180
AJUD COZINHA 200 SA	2	200
AJUD COZINHA 180 SA		180
ASS SOCIAL 150H SA	1	150
ASSIST ADM 2 200 SA	1	200

N



PREFEITURA DE
SANTO ANDRÉ

17/15

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
ASSIST ADM 180 SA	1	180
ASSIST ADM 200 SA	4	200
ASSIST ADM 3 200 SA	1	200
ASSIST SOCIAL SA	3	150
AUX ENFERM 180SA	2	180
AUX ENFERMAGEM SA	44	200
AUX ESC II 180 SA	1	180
AUX ESCRIT 180SA	1	180
AUX ESCRIT 200SA	3	200
AUX ESCRIT I 200SA	6	200
AUX ESCRIT II 200SA	4	200
AUX ESCRIT III 180SA	1	180
AUX ESCRIT III 200SA	2	200
AUX ESCRIT PSF 200SA	3	200
AUX ESCRITORI PLI SA	3	200
AUX FARMACIA 180SA	4	180
AUX FARMACIA 200SA	2	200
AUX INFORMATICA I SA	1	200
AUX SAUDE-MOT 200SA	3	200
AUX SER APOIO SA JRI	1	180
AUX SERV APOIO 200SA	1	200
COND VEIC URG 180SA	12	180
COND VEIC URG 200SA	2	200
COORD ADM SA	1	200
COORD ENFERM 200SA/ENFERMEIRO RT	1	200
COORD TEC SA	1	200
COPEIRO 180SA	2	180
ENFERMEIRO 180SA	105	180
ENFERMEIRO 200SA	35	200
FARMACEUTICO SA	2	200
FARMACEUTICO 200SA	4	200
GERENTE ADMIN I SA	1	200
GERENTE UNIDADE UE	4	200
MED MES 40 SA	1	40
MED PLANTAO SA	144	12
NUTRICION 200 SA	1	200
OF ADM PL I SA 200H	1	200
OF ADM PL I SA 180H	8	180
OFIC ADM 200 SA	5	200
RECEP 180 SA	16	180
RECEP 200 SA	1	200
TEC ENF 180 SA	259	180
TEC ENF 200 SA	3	200
TEC FARMACIA 180 SA	23	180
TEC FARMACIA 200HSA	1	200
TELEF 150 SA	6	150

2

g

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
TOTAL	735	

URGENCIA E EMERGÊNCIA

MÉDICO PLANTONISTA - 12 HS	QTDE DE PLANTÕES 12 HS
PLANTÃO SEMANA DIA	1160
PLANTÃO SEMANA NOITE	760
PLANTÃO FIM DE SEMANA DIA	500
PLANTÃO FIM DE SEMANA NOITE	328
TOTAL	2748

SAMU

MÉDICO PLANTONISTA - 12 HS	QTDE DE PLANTÕES 12 HS
PLANTÃO SEMANA DIA	100
PLANTÃO SEMANA NOITE	80
PLANTÃO FIM DE SEMANA DIA	40
PLANTÃO FIM DE SEMANA NOITE	32
TOTAL	252

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
* NUTRICION 200 SA	1	200
AG RED DANOS 200 SA	2	200
ASSIST TECNICO 200SA	1	200
AUX ENFERMAGEM SA	1	200
AUX ESCRIT 200SA	1	200
AUX ESCRIT II 200SA	1	200
AUX NECROPSIA 180SA	4	180
AUX NECROPSIA 200SA	1	200
AUX SERV APOIO 180SA	3	180
AUX SERV APOIO 200SA		200
AUX SERV GERA 180SA	1	180
AUX SERV GERA 200SA	1	200
AUX SERV GERA JRI SA	1	200
COORD ADM SA	1	200
EDUC SAUDE PUB 100SA	1	200
ENFERMEIRO 200SA	2	200
FARMACEUTICO 200SA	1	200
MED MES 100 SA	7	100
MED PLANTAO SA	9	12
MED VETERINARIO SA	1	200
OFIC ADM 200 SA	2	200
PROF EDUC FISICA	1	200
PSIC 200 SA	2	200
PSICOLOGO 200 SA	1	200
RECEP 200 SA	1	200

S

g



CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
RECEP I 200 SA	1	200
SOCIOLOGO 200 SA	2	200
SUP CONT VET 200 SA	4	200
TEC ENFERMAGEM 200SA	1	200
TEC FARMACIA 200HSA	1	200
TOTAL	56	

APOIO À GESTÃO

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
* TELEFONISTA 150	1	150
APOIA SAUDE 200 SA	1	200
ASSESSOR ADM SR SA	2	200
ASSESSOR TEC SR S.A	1	200
ASSIST ADM 180 SA	1	180
ASSIST ADM 2 200 SA	3	200
ASSIST ADM 200 SA	12	200
ASSIST ADM 3 200 SA	4	200
ASSIST DIRET II SA	1	200
ASSIST PROG ESPEC SA	4	200
ASSIST PROGRAMAS SA	4	200
ASS SOCIAL 150H SA	4	150
ASSIST TECNICO 200SA	7	200
AUX ENFERMAGEM 180SA	1	180
AUX ENFERMAGEM SA	4	200
AUX ESCRIT I 200SA	9	200
AUX ESCRIT II 200SA	6	200
AUX ESCRIT III 200SA	3	200
AUX ESCRITORI PLI SA	1	200
AUX FARMACIA 200SA	3	200
AUX MANUT GERAL II	1	200
AUX SAUDE-MOT 180SA	2	180
AUX SAUDE-MOT 200SA	14	200
AUX SERV APOIO 200SA	10	200
AUX SERV GERA 200SA	1	200
COMPRADOR JR III SA	1	200
COND VEIC URG 180SA	4	180
COND VEIC URG 200SA	1	200
COORD ENFERM 200SA	1	200
COORD TEC SA	5	200
DIRETOR FINANCEIRO S	1	200
DIRETOR TECNICO SA	1	200
EDUC SAUDE PUB 200SA	1	200
ELETRICISTA 200 SA	2	200
ENFERMEIRO 200SA	6	200
FARMAC SA	1	200
FARMACEUTICO 200SA	5	200

2

179

CARGO	Nº FUNC. ATUAL	HRS/MÊS
FARMACEUTICO SA	4	200
GERENTE ADMIN I SA	6	200
GERENTE ADMIN SR	1	200
GERENTE ENFERMAGEM	1	200
MED COORD 160 SA	1	160
MED GEN PSF 200 SA	1	200
MED MES 200 SA	1	200
MED MES 180 SA	1	180
MED MES 100 SA	3	100
MED MES 150 SA	3	150
MED PLANTAO SA	6	12
MED TRAB 200 SA	1	200
MEIO OF MANUT 200 SA	1	200
OFIC ADM 200 SA	13	200
OFIC ADM JR I SA 200	1	200
OF ADM PL I SA 200H	1	200
OFIC MANUT 200 SA	1	200
PEDREIRO 200 SA	3	200
PINTOR 200 SA	3	200
PSIC 200 SA	1	200
PSICOLOGO 200 SA	1	200
RECEP 180 SA	2	180
RECEP 200 SA	5	200
SUP CONT VET 200 SA	1	200
TEC ENF 160 SA	7	180
TEC ENF 200 SA	1	200
TEC FARMACIA 200HSA	2	200
TEC REFRIG PL 4 SA	1	200
TOTAL	202	

Caso haja necessidade em realizar novas contratações, estas serão realizadas por meio de processo seletivo simplificado, atendendo às disposições do Regulamento Interno da Fundação do ABC.

8 OBRIGAÇÕES DA OSS

A OSS assume as seguintes responsabilidades e atribuições, as quais se somam às responsabilidades e demais regras que serão previstas no Contrato de Gestão:

1. Executar as atividades conforme demanda e critérios técnicos estabelecidos pela Secretaria de Saúde, observando os preceitos legais, bem como as normas definidas no Contrato de Gestão;
2. Implementar e desenvolver ações para o adequado gerenciamento do presente Plano, adotando medidas que observem os princípios de eficiência, legalidade, transparência e publicidade dos atos;
3. Proceder às demandas e solicitações dentro do prazo necessário para sua operação e prestar informações necessárias ao desenvolvimento do Plano Operativo;
4. Submeter a apreciação do gestor municipal, a adoção de ações com repercussão financeira que venham a ser implementadas no desenvolvimento do Plano Operativo;
5. Contratar e manter recursos humanos com perfil profissional adequado e em número suficiente para a execução das ações e serviços vinculados ao presente Plano, orientando-se adequadamente quanto à prestação de serviços em unidades de saúde do Município. Os recursos humanos disponibilizados pela OSS deverão ser qualificados, com habilitação técnica e legal (com registro no respectivo

conselho de Classe), com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

6. Obedecer às normas legais, em especial da Secretaria de Saúde - SMS, do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

7. Instituir gratificação aos funcionários que exercem funções de Direção, Coordenação e Assessoramento, de acordo com os critérios estabelecidos pela Secretaria de Saúde;

8. Realizar em conjunto a Secretaria de Saúde a capacitação dos profissionais no módulo de Integração SUS Santo André e outros que forem necessários;

9. Adotar sistema de gestão de Recursos Humanos, informatizado e individualizado para o Município de Santo André;

10. Disponibilizar serviços técnicos especializados e de apoio, conforme necessidade, sob autorização da SMS de Santo André;

11. Indicar expressamente que os profissionais e os serviços contratados deverão ser prestados nas Unidades de Saúde da Rede do Município de Santo André, em local e horário determinados pela Secretaria de Saúde, sendo que a supervisão técnica da execução dos mesmos ficará a cargo da OSS com de acordo com as diretrizes dadas pela Secretaria de Saúde, que comunicará a ocorrência de eventos à OSS;

12. Participar e cooperar na elaboração dos protocolos assistenciais para todas as áreas de atuação junto ao Planejamento da Secretaria de Saúde;

13. Auxiliar no ensino e na pesquisa e na produção de dados epidemiológicos de interesse da gestão municipal de saúde;

14. Estabelecer, em conjunto com a Secretaria de Saúde, as rotinas e fluxos para atendimento às demandas e para o gerenciamento do respectivo Plano Operativo;

15. Adotar e manter informações e controles atualizados, quanto à execução do Plano Operativo, disponibilizando-os sempre que solicitado à Secretaria de Saúde;

16. Realizar análise gerencial da execução do Plano Operativo, encaminhando-a junto com prestação de contas, contendo informações:

- Número consolidado de recursos humanos contratados, agrupados e classificados por função;
- Custo da Folha de Pessoal e custo de outros benefícios de pessoal, não integrantes da Folha;
- Relação de contratos mantidos e valor;
- Consolidado de despesas efetuadas no período, agrupadas conforme estabelecido no Contrato de Gestão.
- Outras informações pertinentes à execução do Plano Operativo.

9 OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA DE SAÚDE

1. Realizar a supervisão técnica e acompanhar a execução administrativa dos serviços contratados;

2. Observar os fluxos e rotinas adotadas para a execução e o gerenciamento do Plano Operativo;

3. Proceder às demandas e solicitações dentro do prazo necessário para sua operação e prestar informações necessárias ao desenvolvimento do Plano Operativo;

4. Analisar as informações apresentadas pela OSS, bem como prestações de contas, manifestando-se a respeito das mesmas;

5. Nos termos do Contrato de Gestão, repassar os recursos necessários à execução do Plano Operativo.

6. Autorizar, em caráter excepcional e desde que previamente apresentada justificativa técnica pela CONTRATADA, o remanejamento de recursos no âmbito do próprio CONTRATO DE GESTÃO, a qualquer tempo.

10. AVALIAÇÃO

As metas serão avaliadas no mês subsequente ao 1º quadrimestre pela Comissão de Acompanhamento do Contrato de Gestão e ao término da vigência do presente Contrato de Gestão.

11. QUADRO DEMETAS

ATENÇÃO BÁSICA			
Nº	INDICADOR	AÇÃO	META

✓





1720

1	Número de Equipes da Estratégia Saúde da Família	Manter contratadas 52 equipes de SF	1.º e 2.º quadrimestre: 52 equipes de SF Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
2	Número de equipes de Saúde Bucal em ESF	Manter contratadas 16 equipes de Saúde Bucal da ESF	1º e 2.º quadrimestre : 16 equipes de SB Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
3	Número de consultas médicas realizadas pela ESF	Realizar média de 10.500 consultas médicas de generalistas por mês	1.º e 2º quadrimestre : media mensal de 10.500 CM Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta =15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
ATENÇÃO ESPECIALIZADA			
4	Número de consultas médicas especializadas	Realizar 7500 consultas médicas especializadas por mês nos 3 CME (Ramiro, Xavier e de Infectologia)	1.º e 2º quadrimestre: media mensal de 7500 CM nos 3CME Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
6	Número de procedimentos especializados em endodontia	Realizar média mensal de 120 procedimentos especializados em endodontia pelos 2 CEOs	1.º e 2º quadrimestre : media mensal de 120 procedimentos especializados Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
6	Número de atendimentos em grupo em Saúde Mental	Garantir 1000 Atendimentos coletivos por mês na Rede de Atenção Psicossocial	1.º e 2º quadrimestre : 1000 atendimentos em grupos realizados/mês Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.

2



ATENÇÃO HOSPITALAR			
7	Número de saídas hospitalares	Realizar mensalmente 750 saídas hospitalares	1.º e 2º quadrimestre : média de 750 saídas hospitalares mês Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
8	Taxa de infecção Hospitalar - TIH (número de infecções hospitalares/número de saídas) na UTI adulto e infantil	Manter a taxa de infecção hospitalar inferior a 5%	1.º e 2º quadrimestre : THI menor que 5% Pontuação: menor que 5%= 30 pontos de 6% a 10% =15 pontos acima de 10% = não pontua.
9	Proporção de readmissão em até 30 dias (Número total de readmissões até 30 dias da última alta hospitalar/Número total de internações X100)	Manter a proporção de readmissão em até 30 dias da última alta menor ou igual a 20% (exceto oncologia e ortopedia)	1.º e 2º quadrimestre : Proporção de readmissão < ou igual a 20% Pontuação: < ou igual a 20% = 30 pontos de 21% a 40% =15 pontos acima de 40% = não pontua.
ATENÇÃO AS URGÊNCIAS EMERGÊNCIAS			
10	Número de atendimentos médicos nas UPAs	Realizar mensalmente de 65.000 atendimentos médicos nos serviços de pronto atendimento (UPAs Bangu, Central, Vila Luzita, Sacadura Cabral, Jd Santo André, Perimetral e PA Paranapiacaba)	1.º e 2º quadrimestre: 65.000 atendimentos médicos Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
11	Número de pacientes com classificação de Risco nas UPAS	Realizar média mensal de 65.000 atendimentos em Classificação de Risco - CR por enfermeiros treinados nas UPAs (UPAs Bangu, Central, Vila Luzita, Sacadura Cabral, Jd Santo André, Perimetral e PA Paranapiacaba)	1.º e 2º quadrimestre : 65.000 CR/mês Pontuação: 95% a 100% da meta = 30 pontos De 94% a 70% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
12	Número de atendimentos médicos pré- hospitalares de urgência (SAMU)	Realizar mensalmente 3000 atendimentos médicos pré- hospitalares de urgência	1.º e 2º quadrimestre : média mensal de 3000 atendimentos Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta=15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
13	Tempo Médio de Resposta das Equipes de Urgência - SAMU 192- (Suporte Avançado de Vida - SAV)	Manter o tempo médio de resposta - TMR das equipes de urgência do SAMU em até 12 minutos - SAV	1.º e 2º quadrimestre : TMR até 12 minutos Pontuação: até 12 minutos = 30 pontos De 13 a 18 minutos =15 pontos acima de 18 minutos = não pontua.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
14	Percentual de notificações digitadas no SINAN com encerramento oportuno	Encerrar oportunamente os casos notificados de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória.	1.º 2º quadrimestre : 80% Pontuação: 80% = 30 pontos 70 a 79% = 15 pontos Abaixo de 70% = não pontua
APOIO À GESTÃO			
15	Agendamento de consultas e exames especializados	Agendar média mensal de 25.000 consultas e exames especializados	1.º e 2º quadrimestre : média mensal de 25.000 consultas e exames especializados agendados Pontuação: 90% a 100% da meta = 30 pontos De 70% a 89% da meta = 15 pontos Abaixo de 70% = não pontua.
TOTAL DE PONTOS			450 Pontos

As fontes de dados a serem utilizadas para mensuração dos indicadores quantitativos deverão advir dos bancos oficiais do Ministério da Saúde (SIA, SIH, CNES, SINAN, TABWIN, e outros) ou de outros sistemas utilizados pelo Município de Santo André.

INDICADORES REFERENTES AO COVID			
N.º	INDICADOR	AÇÃO	META
1	Número de leitos hospitalares	Leitos de clínica médica	1.º Hospital: 160 2.º Hospital: 110 Pontuação = 25 pontos
		Leitos de UTI	1.º Hospital: 20 2.º Hospital: 10 Pontuação = 25 pontos
2	Manter a capacidade do CHMSA para atendimento ao COVID 19	Leitos de clínica médica	30 leitos de enfermaria Pontuação = 25 pontos
		Leitos de UTI, atualmente são 30 leitos	Dobrar a quantidade de leitos Pontuação = 25 pontos
Total			100 Pontos

Os valores a serem repassados à **CONTRATADA** serão divididos em parte fixa e parte variável, que serão aferidos de acordo com o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Operativo, correspondendo, respectivamente, aos percentuais de 95% (noventa e cinco por cento) e 5% (cinco por cento).

O repasse da parte variável das parcelas mensais de custeio ficará vinculado à avaliação dos indicadores de desempenho quali-quantitativos conforme sua valoração tendo por base as metas pactuadas e os critérios de pontuação estabelecidos neste Plano Operativo (ANEXO I), conforme quadro abaixo:

INDICADORES DE DESEMPENHO			
Parte fixa 95 %	Cumprimento mínimo de 95% das metas pactuadas no Plano Operativo		
	Percentual de	Mínimo 95% das metas	100%



Parte variável 5 %	cumprimento das metas do Plano Operativo	70 a 94 % das metas	90%
		50 a 69 % das metas	75%
		Abaixo de 50% das metas	50%

Somente após o primeiro quadrimestre deste Plano Operativo o valor do repasse variará de acordo com o cumprimento, pela CONTRATADA, dos Indicadores e Metas estabelecidos no Plano Operativo (ANEXO I), devendo ser recalculado quadrimestralmente a partir da fiscalização realizada pela Secretaria Municipal de Saúde para aferir o cumprimento das metas, conforme quadro abaixo:

Quadro de Pontuação	% a ser repassado da Parte Variável
Abaixo de 240 pontos	50%
241 a 338	75%
339 a 405	90%
406 a 450	100%

As parcelas serão pagas mensalmente de acordo com o ajuste financeiro decorrente do resultado da avaliação quadrimestral de alcance das metas, conforme acima, que será efetivado no quadrimestre seguinte ao da avaliação.

12. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS

REDE DE SAÚDE

DESPESA	VALOR MENSAL
Recursos Humanos	19.700.000,00
Serviço de Terceiros	7.481.711,49
Material de Consumo	105.912,05
Material Permanente	40.000,00
Despesas Administrativas	370.000,00
TOTAL	27.697.623,54
VALOR TOTAL PARA 6 MESES: R\$ 166.185.741,24	

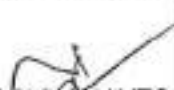
COVID


DESPESA	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
RECURSOS HUMANOS	4.724.281,12	4.724.281,12	4.724.281,12	4.724.281,12	4.724.281,12	4.724.281,12
SERVIÇOS TERCEIROS	6.945.718,88	6.945.718,88	6.945.718,88	6.945.718,88	6.945.718,88	6.945.718,88
TOTAL	11.670.000,00	11.670.000,00	11.670.000,00	11.670.000,00	11.670.000,00	11.670.000,00
VALOR TOTAL PARA 6 (SEIS) MESES: R\$ 70.020.000,00						

13. VIGÊNCIA

Este Plano Operativo terá vigência de 180 dias a contar de 28/12/2020.

Santo André, 23 de dezembro de 2020.


MARCIO CHAVES PIRES
Secretário de Saúde


ADRIANA BERRINGER STEPHAN
Presidente FUABC