

- PLANO DE TRABALHO

A) DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA

- Objetivo geral

Garantir, com qualidade, o acesso da população aos Programas / Unidades de Saúde oferecendo serviços de qualidade, proporcionando referência e contra-referência e, conseqüentemente, a integralidade da assistência em conformação com Sistema Assistencial Municipal e Regional.

- Objetivos específicos.

- Proporcionar eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- Reduzir as formalidades burocráticas para acesso aos serviços;
- Dotar de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para agilizar e flexibilizar o gerenciamento da instituição;
- Utilizar os recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- Priorizar a avaliação por resultados;
- Mostrar a mudança real do paradigma do atendimento em serviços públicos de saúde;
- Oferecer tratamento/acompanhamento personalizado de cada usuário;
- Evidenciar a qualidade e a diferenciação do serviço e dos seus valores agregados, assim como do seu pessoal;
- Analisar periodicamente o nível de satisfação dos usuários – incluindo os funcionários - mediante questionários entregues nas Unidades;
- Proporcionar bem-estar aos pacientes e aos seus acompanhantes nas dependências das Unidades.
- Fornecer folhetos explicativos sobre os serviços e sobre educação em saúde, em datas a serem definidas com a Secretaria Municipal de Saúde;
- Estabelecer um canal aberto de comunicação com os familiares/acompanhantes dos usuários;
- Incentivar a educação continuada, periódica, de cada integrante da equipe.

- Ações a serem desenvolvidas visando concretizar os objetivos Pronto Atendimento/Pronto Socorro e Ambulatório de Especialidades

- **PRONTO ATENDIMENTO / PRONTO SOCORRO:** Funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados; **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES:** oferecer atendimento médico das 08:00 às 16:00 horas em funcionamentos de segunda a sexta – feira, conforme agenda dos profissionais médicos.
- Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento;
- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- Estabelecer e adotar protocolos de atendimento médico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- Articular-se com a Estratégia de Saúde da Família (PSF), Atenção Básica, SAMU 192 ou ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE URGÊNCIA, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do “sistema loco regional”, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;
- Realizar consulta médica em regime de Pronto Atendimento/Pronto Socorro aos casos de menor gravidade;
- Ter na composição da equipe o Diretor Técnico para ser o responsável perante o Conselho Regional de Medicina, autoridade sanitária, Ministério

Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial da Unidade.

- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- Manter pacientes em observação durante o período necessário para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica até transferência do paciente para a unidade de internação e/ou Hospital de maior complexidade de referência, de acordo com a disponibilidade do Complexo Regulador;
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas durante o período necessário de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;
- Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de Urgência, a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade;
- Realizar os tratamentos das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial;
- Indicar tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de atendimento, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde - SUS para os casos de urgência e emergência;
- Realizar outros procedimentos especiais de acordo com a capacidade instalada;
- Notificar e comunicar imediatamente a vigilância epidemiológica do município dos casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória;
- Emitir Declaração de Óbito;
- Acompanhar o transporte dos pacientes da Unidade para as referências, em casos necessários.

- Ações a serem desenvolvidas visando concretizar os objetivos no programa Estratégia Saúde da Família

Para concretizar os objetivos propostos a ABEDESC irá desenvolver atividades de Atenção Básica, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017, e alterações posteriores), durante todo seu horário de trabalho, conforme agenda definida junto à sua respectiva UBS e/ou USF e sob diretriz e supervisão de sua coordenação administrativa e técnica e correspondem a realização planejada e programa das seguintes atividades:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da Atenção Básica;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando

diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da Rede de Atenção à Saúde entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- 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, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência - ILP, abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a UBS;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das Unidades de Saúde;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidades de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento de programas sociais, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

A ABEDESC irá apresentar indicadores avaliativos referente ao desempenho e processo de trabalho empresarial e que englobem, com relevância, confiabilidade, graus de cobertura, inteligibilidade, periodicidade, desagregabilidade a:

- Eficiência: relação entre serviço oferecido e o recurso investido;
- Eficácia: grau de cumprimento dos objetivos;
- Efetividade: efeitos da ação da organização e impacto na qualidade de vida dos usuários/comunidade;
- Nível de serviço, qualidade e satisfação: a capacidade da organização de atender às necessidades do público.

A ABEDESC irá, além dos indicadores supracitados, realizar o monitoramento e cumprimento das metas e indicadores de saúde que englobem:

- Quantitativo e volumetria de produção assistencial;
- Programa Previna Brasil;
- Pactuação interfederativa de indicadores – SISPACTO do município;

- Qualitativos de Desempenho e de Monitoramento da Assistência nas unidades de Saúde;
- Vigilância em saúde, vigilância epidemiológica e sanitária,
- Capacitação Permanente das equipes de Saúde;
- Pesquisa de satisfação do Usuário e Equipe de Saúde;
- Avaliação de desempenho dos profissionais contratados;
- Monitoramento Sistemático do Processo de Trabalho.

ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS

A prestação envolverá o fornecimento dos serviços médicos generalistas e de especialidades, observando-se o seguinte:

Quantidade	Profissional	Local de Atendimento	Horas de Atendimento
744	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PLANTÕES MÉDICOS DE 12 HORAS	UNIDADE DO PRONTO ATENDIMENTO / PRONTO SOCORRO	PARA ATENDIMENTO NO PLANTÃO 24 HORAS DA UNIDADE DE SAÚDE - CENTRO, SENDO NO HORÁRIO DE 07:00H AS 19:00H E DAS 19:00H AS 07:00H, DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA, SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS.
3	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PLANTÕES MÉDICOS DE 12 HORAS (REVEILLON)	UNIDADE DO PRONTO ATENDIMENTO / PRONTO SOCORRO	COMPREENDE-SE COMO PLANTÃO DE REVEILLON, O HORÁRIO A PARTIR 19:00H DO DIA 31/12 ATÉ AS 07:00H DO DIA 02/01.
3	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PLANTÕES MÉDICOS DE 12 HORAS (NATAL)	UNIDADE DO PRONTO ATENDIMENTO / PRONTO SOCORRO	COMPREENDE-SE COMO PLANTÃO DE NATAL, O HORÁRIO A PARTIR 19:00H DO DIA 24/12 ATÉ AS 07:00H DO DIA 26/12.
7	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PLANTÕES MÉDICOS DE 12 HORAS (CARNAVAL)	UNIDADE DO PRONTO ATENDIMENTO / PRONTO SOCORRO	COMPREENDE-SE COMO PLANTÃO DE CARNAVAL, O HORÁRIO A PARTIR 19:00H DO SÁBADO ANTERIOR À DATA DE CARNAVAL DO ANO EM CURSO E AS 07:00H DA QUARTA-FEIRA DE CINZAS POSTERIOR À DATA DE CARNAVAL DO ANO EM CURSO.



Quantidade	Profissional	Local de Atendimento	Horas de Atendimento
54	CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALIZADO NA ÁREA DE ENDOCRINOLOGIA COM RQE - REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA.	CENTRO DE SAÚDE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - AMBULATORIAL	PARA ATENDIMENTO DE CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGIA NA UNIDADE MUNICIPAL DESAÚDE - CENTRO ATENDIMENTO SEMANAL (1 PLANTÃO POR SEMANA), 8HS/DIA SENDO O ATENDIMENTO DAS 07HS AS 12HS E DAS 13HS AS 16HS. QUANTIDADE DE 30 CONSULTAS/DIA. PELO PERÍODO DE 12 MESES. O ATENDIMENTO OCORRERÁ NOS DIAS ÚTEIS, CONFORME A DISPONIBILIDADE DA UNIDADE.
54	CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALIZADO NA ÁREA DE CLÍNICO GERAL	CENTRO DE SAÚDE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PARA ATENDIMENTO DE CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL NA UNIDADE MUNICIPAL DESAÚDE - CENTRO ATENDIMENTO SEMANAL (1 PLANTÃO POR SEMANA), 8HS/DIA SENDO O ATENDIMENTO DAS 07HS AS 12HS E DAS 13HS AS 16HS. QUANTIDADE DE 30 CONSULTAS/DIA. PELO PERÍODO DE 12 MESES. O ATENDIMENTO OCORRERÁ NOS DIAS ÚTEIS, CONFORME A DISPONIBILIDADE DA UNIDADE.
54	CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALIZADO NA ÁREA DE GINECOLOGIA COM RQE - REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA.	CENTRO DE SAÚDE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PARA ATENDIMENTO DE CONSULTAS DE GINECOLOGIA NA UNIDADE MUNICIPAL DESAÚDE - CENTRO ATENDIMENTO SEMANAL (1 PLANTÃO POR SEMANA), 8HS/DIA SENDO O ATENDIMENTO DAS 07HS AS 12HS E DAS 13HS AS 16HS. QUANTIDADE DE 30 CONSULTAS/DIA. PELO PERÍODO DE 12 MESES. O ATENDIMENTO OCORRERÁ NOS DIAS ÚTEIS, CONFORME A DISPONIBILIDADE DA UNIDADE.
162	CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALIZADO NA ÁREA DE PSIQUIATRIA COM RQE - REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA.	CENTRO DE SAÚDE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PARA ATENDIMENTO DE CONSULTAS DE PSIQUIATRIA NA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE - CENTRO ATENDIMENTO SEMANAL (1 PLANTÃO POR SEMANA), 8HS/DIA SENDO O ATENDIMENTO DAS 07HS AS 12HS E DAS 13HS AS 16HS. QUANTIDADE DE 30 CONSULTAS/DIA. PELO PERÍODO DE 12 MESES. O ATENDIMENTO OCORRERÁ NOS DIAS ÚTEIS, CONFORME A DISPONIBILIDADE DA UNIDADE.
108	CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALIZADO NA ÁREA DE PEDIATRIA COM RQE - REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA.	CENTRO DE SAÚDE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PARA ATENDIMENTO DE CONSULTAS DE PEDIATRIA NA UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE - CENTRO ATENDIMENTO SEMANAL (1 PLANTÃO POR SEMANA), 8HS/DIA SENDO O ATENDIMENTO DAS 07HS AS 12HS E DAS 13HS AS 16HS. QUANTIDADE DE 30 CONSULTAS/DIA. PELO PERÍODO DE 12 MESES. O ATENDIMENTO OCORRERÁ NOS DIAS ÚTEIS, CONFORME A DISPONIBILIDADE DA UNIDADE.
108	CONTRATAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE PROFISSIONAL MÉDICO ESPECIALIZADO NA ÁREA DE ULTRASSONOGRAFIA COM RQE - REGISTRO DE QUALIFICAÇÃO DE ESPECIALISTA.	CENTRO DE SAÚDE DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PARA ATENDIMENTO DE CONSULTAS DE ULTRASSONOGRAFIA NA UNIDADE MUNICIPAL DESAÚDE - CENTRO ATENDIMENTO SEMANAL (1 PLANTÃO POR SEMANA), 8HS/DIA SENDO O ATENDIMENTO DAS 07HS AS 12HS E DAS 13HS AS 16HS. QUANTIDADE DE 30 CONSULTAS/DIA. PELO PERÍODO DE 12 MESES. O ATENDIMENTO OCORRERÁ NOS DIAS ÚTEIS, CONFORME A DISPONIBILIDADE DA UNIDADE.

PARA ATUAÇÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF), UNIDADE AMBULATORIAL E PRONTO ATENDIMENTO/PRONTO SOCORRO - PLANTÕES MÉDICOS

PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QDD E	JORNADA
Coordenador Médico	1	20 hrs/sem
Enfermeira assistencial Diurno	2	12 x 36 horas
Técnico de Enfermagem Diurno	2	12 x 36 horas
Técnico de Enfermagem Noturno	6	12 x 36 horas
Farmacêutico	1	40 hrs/sem
Auxiliar de Saúde Bucal	2	40 hrs/sem
Assistente Administrativo	2	40 hrs/sem
Técnico de informática	1	40 hrs/sem
Condutor de veículo de emergência – plantonista	6	12 x 36 horas
Médico Psiquiatra	1	3 vezes por semana - 8 horas diária
Médico Pediatra	1	2 vezes por semana - 8 horas diária
Médico Ginecologista	1	1 vezes por semana - 8 horas diária
Médico de Ultrassonografia	1	2 vezes por semana - 8 horas diária
Médico Endocrinologista	1	1 vezes por semana - 8 horas diária
Médico Clínico Geral	1	1 vezes por semana - 8 horas diária
Médico ESF – Estratégia e Saúde da Família	3	40 hrs semanais
Dentista ESF – Estratégia e Saúde da Família	2	40 hrs semanais
TOTAL	34	
PLANTÕES MÉDICOS PLANTONISTAS		
Plantões Médicos Clínico – 12 horas diurno / Noturno – 24 horas		62 PLANTÕES

- DESCRIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DE CARGOS

MÉDICO CLÍNICO GERAL – REGIME DE PLANTÕES:

Prestar atendimento de Urgência e Emergência passíveis de tratamento a níveis de Pronto Atendimento a pacientes tanto adultos quanto pediátricos (quando da ausência do médico pediatra) em demanda espontânea, cuja origem é variada e incerta, responsabilizando-se integralmente pelo tratamento clínico dos mesmos; atender prioritariamente os pacientes de urgência e emergência identificados de acordo com protocolo de acolhimento definidos pela Diretoria Municipal de Saúde; Realizar consultas, exames clínicos, solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados, (apenas exames na urgência) emitir diagnósticos, emitir atestado médico quando houver necessidade, prescrever tratamentos, orientar os pacientes, aplicar recursos da medicina preventiva ou curativa para promover, proteger e recuperar a saúde do usuário; Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na Unidade de saúde, para ressuscitação de pacientes com parada cardiorrespiratória; Realizar todos os procedimentos inerentes a profissão de médico, dentre eles: Estabilização de pacientes, suturas, curativos e outros; Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão, intensivista e de assistência pré-hospitalar. Garantir a continuidade da atenção médica ao paciente em observação ou em tratamento nas dependências da unidade de saúde até que outro profissional médico assuma o caso. Preencher os documentos de assistência pré-hospitalar à atividade do médico, realizar registros adequados sobre os pacientes em prontuário eletrônico, fichas de atendimentos e demais prontuários, assim como, outros documentos determinados pela Diretoria Municipal de Higiene e Saúde; Dar apoio a atendimentos de urgência nos eventos externos, de responsabilidade da instituição; Zelar pela manutenção e ordem dos materiais, equipamentos e locais de trabalho; Executar outras tarefas correlatas à sua área de competência; Participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico da Unidade de Urgência e Emergência, caso convocado; Obedecer ao Código de Ética Médica.

MÉDICO ULTRASSONOGRAFISTA:

Realizar procedimentos não ionizantes como a ultrassonografia, com carga horaria definida no Termo de Referência. Utilizando os mesmos confins diagnósticos. Realizar a leitura das imagens geradas. Redigir relatório com descrição detalhada dos achados, propondo diagnósticos e auxiliando na escolha do tratamento ideal

ENFERMEIRO

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal, observadas as disposições legais da profissão; Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; Encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem; Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem; Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência, e exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM:

Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e

regulamentação; e Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

MÉDICO GENERALISTA OU ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Além das atribuições supracitadas que competem a todos os profissionais da ESF, será atribuição desse profissional:

Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade; Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal), observadas as disposições legais da profissão; Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito; Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

DENTISTA GENERALISTA OU ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Além das atribuições que competem a todos os profissionais da ESF, será atribuição desse profissional:

Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe,

com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal, observadas as disposições legais da profissão; Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território; Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível); Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar; Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

Além das atribuições que competem a todos os profissionais da ESF, será atribuição desse profissional:

Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais; Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos; Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; Participar do treinamento e

capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde; Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais; Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal; Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista; Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas; Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista; Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo; Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista; Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho; Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos; Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos; Processar filme radiográfico; Selecionar moldeiras; Preparar modelos em gesso; Manipular materiais de uso odontológico. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

ESPECIALIDADES

MÉDICO PEDIATRA

Realizar consultas clínicas pediátricas, em quantidades definidas no Termo de Referência. Prestar atendimento a pacientes realizando consultas clínicas em demanda espontânea, cuja origem é variada e incerta, responsabilizando-se integralmente pelo tratamento clínico dos mesmos; atender prioritariamente os pacientes de urgência e emergência identificados de acordo com protocolo de acolhimento definidos pela Diretoria Municipal de Saúde; Realizar consultas, exames clínicos, solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados, (apenas exames na urgência) emitir diagnósticos, emitir atestado médico quando houver necessidade, prescrever tratamentos, orientar os pacientes e/ou seus responsáveis, aplicar recursos

da medicina preventiva ou curativa para promover, proteger e recuperar a saúde do usuário; Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na Unidade de saúde, para ressuscitação de pacientes com parada cardiorrespiratória; Realizar todos os procedimentos inerentes a profissão de médico, dentre eles: Estabilização de pacientes, suturas, curativos e outros; Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão, intensivista e de assistência pré-hospitalar. Garantir a continuidade da atenção médica ao paciente em observação ou em tratamento nas dependências da unidade de saúde até que outro profissional médico assuma o caso. Preencher os documentos de assistência pré-hospitalar à atividade do médico, realizar registros adequados sobre os pacientes em prontuário eletrônico, fichas de atendimentos e demais prontuários, assim como, outros documentos determinados pela Diretoria Municipal de Saúde; Dar apoio a atendimentos de urgência nos eventos externos, de responsabilidade da instituição; Zelar pela manutenção e ordem dos materiais, equipamentos e locais de trabalho; Executar outras tarefas correlatas à sua área de competência; Participar das reuniões necessárias ao desenvolvimento técnico-científico da Unidade de Urgência e Emergência, caso convocado; Obedecer ao Código de Ética Médica.

MÉDICO - GINECOLOGISTA/OBSTETRA:

Realizar consultas clínicas ginecológicas e obstétricas, em quantidades definidas no Termo de Referência, em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal), observadas as disposições legais da profissão. Prestar atendimento de Urgência e Emergência passíveis de tratamento a níveis de Pronto Atendimento a pacientes com queixas ginecológicas e obstétricas em demanda espontânea. Realizar registros adequados sobre os pacientes em prontuário eletrônico, fichas de atendimentos e prontuários, assim como, outros determinados pela Diretoria Municipal de Saúde.

MÉDICO PSIQUIATRA:

Realizar consultas psiquiátricas, em quantidades definidas no Termo de Referência; Desempenhar funções da medicina preventiva e curativa; Realizar atendimentos, exames, diagnóstico, terapêutica, acompanhamento dos pacientes; Executar qualquer outra atividade que, por sua natureza, esteja inserida no âmbito das atribuições pertinentes ao cargo e área; Elaborar relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade; Efetuar exames médicos, emitir diagnósticos, prescrever medicamentos, solicitar, analisar, interpretar diversos exames e realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica em ambulatórios, hospitais, unidades sanitários, escolas, setores esportivos, entre outros; Manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, o tratamento prescrito e a evolução da doença;

FARMACÊUTICO

Realizar atendimento com carga horaria definida no Termo de Referência. A estruturação das ações de atenção farmacêutica dentro do serviço de farmácia constitui uma abordagem imprescindível para a promoção da saúde. Algumas destas ações que podem ser adotadas para que este serviço seja reestruturado, onde o profissional deve buscar junto a população ações que busquem: Aumentar a aderência ao tratamento; Prevenir intoxicações; Promover o uso e o armazenamento de forma segura; Prevenir o surgimento de problemas relacionados aos medicamentos; Disposição de instalações, ambientes e equipamentos adequados; Estabelecimento de manuais de boas práticas de armazenamento e dispensação; Integração entre farmacêutico e equipe e, da farmácia aos demais serviços de saúde.

MÉDICO CLÍNICO GERAL – AMBULATÓRIO

Prestar assistência médica a todos os pacientes que procurarem a atendimento no Ambulatório; atender, conduzir, realizar evolução clínica, prescrição médica de todos os pacientes; prestar assistência médica nas intercorrências durante seu período de atuação, de acordo com as necessidades dos pacientes atendidos; preencher o prontuário do paciente,

registrando todos os procedimentos realizados e decisões tomadas; fornecer informações sobre os pacientes aos familiares/acompanhantes sempre que solicitado pela Direção / Coordenação da Unidade; participar de reuniões clínicas da Unidade Ambulatorial; fornecer apoio ao atendimento do paciente no pronto atendimento quando solicitado; comunicar de modo ético e humanizado, encaminhamentos, informar aos acompanhantes sobre: receita médica com recomendações e medicações necessárias; cadastrar e manter atualizados os dados dos pacientes junto a Central de Regulação; cumprir com sua carga horária contratada.

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Prestará serviços com carga horaria definida no Termo de Referência. Dar suporte e contribuição para os gestores, administradores e analistas. Elaboração de planilhas e relatórios. Organização de agendas, administração de protocolos e arquivos. Confeção e expedição de documentos administrativos. Controle de estoque. Apoiar a administração em suas tarefas diárias.

COORDENADOR MÉDICO

Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos, assegurando condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica; Solucionar problemas de ordem médico-administrativo, em conjunto com a gerencia da Unidade de Pronto Atendimento; Trabalhar e assegurar a melhor assistência possível prestada aos usuários da Unidade de Pronto Atendimento, garantindo o direito de cada paciente dispor de um médico responsável pela sua assistência; Executar e fazer cumprir a orientação dada pela instituição em caráter administrativo; Garantir plantão médico nas vinte e quatro (24) horas, de forma imediata e continua; Liderar equipe médica quanto implantação de novas ferramentas da qualidade e fluxos assistenciais; Mediar conflitos entre equipes em parceria com as coordenações da Unidade de Pronto Atendimento; Apresentar ao gerente da Unidade de Pronto Atendimento sugestões que visam a melhoria da qualidade da assistência; Fiscalizar o cumprimento de normas, protocolos e rotinas da Unidade de Pronto Atendimento;

A1 - DESCRIÇÃO TÉCNICA DAS DIFERENTES ATIVIDADES PREVISTAS,

- ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE NO PRONTO ATENDIMENTO/PRONTO SOCORRO E AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

- AÇÕES PARA A GESTÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Os serviços de atendimento médico plantonistas serão executados pela ABEDESC na Unidade de Pronto Atendimento / Pronto Socorro, Unidade Mista de Saúde – Roseira / SP, localizado a Rua Roque Vieira da Silva, nº s/n, Centro, Roseira/SP.

O serviço oferecerá prestação gratuita de atendimento de urgência, emergência e demanda espontânea, adulto e pediátrico dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito Municipal, bem como atendimento nas áreas de pediatria, ginecologia e psiquiatria;

O serviço funcionará nas 24 horas do dia em todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados com a disponibilização de profissionais médicos como plantonistas, clínicos generalistas.

São considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam disponibilizados pelo Serviço de Urgência/Emergência da unidade a usuários que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada, através das unidades municipais de saúde e municípios que referenciam para Roseira, obedecendo à lógica da classificação de risco. Sendo a unidade do tipo "porta aberta", a mesma deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

Irá conter processo de acolhimento com Classificação de Risco funcionando 24 horas - considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso.

- **Realizar atendimentos e procedimentos** médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias do ano.

- **Acolhimento com Classificação de Risco** - A Portaria GM/MS Nº 1.600/2011 Artigo 3 "O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências - RAU e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção". O acolhimento com classificação de risco deverá funcionar 24 horas por dia, durante todo o ano, seguindo o modelo sugerido pelo Protocolo de Manchester, validado internacionalmente, com tempo de espera preconizado pelo mesmo.

- **Observação Clínica** - A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período máximo de 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias. Após as 24 horas de observação com realização de exames e terapêutica, caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, o paciente deverá ser encaminhado para internação hospitalar, através da retaguarda municipal que é a Santa Casa de Roseira ou sistema de regulação que permita a transferência de pacientes.

No período de observação, estão incluídos:

- a. Tratamento de possíveis complicações que venham a ocorrer;
- b. Tratamento fármaco-terapêutico necessário, de acordo com a padronização da unidade – aprovada pela Comissão de Farmácia, Diagnóstico e Terapêutico - CFDT, RENAME Federal e Relação de Medicamentos Padronizada pelo SUS – Roseira - REMUME;
- c. Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao paciente;
- d. Assistência nutricional necessária durante o período de observação;
- e. Direito a acompanhante durante o período de observação, conforme legislação vigente (as normas que estabelecem o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS).

- **Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT** - 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. Esse serviço deverá funcionar 24 horas por dia, durante todos os dias.

- **AÇÃO 1: ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO/PRONTO SOCORRO**

Com atendimento tipo “porta aberta”, o acesso aos serviços de emergência será disponibilizado nas 24 horas, 07 dias por semana, e deve obedecer às normas e fluxos estabelecidos pela Rede de Urgência e Emergência, além de regras e normas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Roseira.

A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. Os plantões de atendimento irão conter, visando manter a qualidade dos serviços, o quantitativo mínimo de recursos humanos necessários, bem como toda equipe de apoio necessárias ao pleno atendimento, cumprindo rigorosamente as legislações vigentes.

Diante da estrutura apresentada, a Unidade de Pronto Atendimento/Pronto Socorro atuará seguindo a organização da Rede de Atenção à Saúde em ações de referência e contrarreferência de usuários portadores de agravos crônicos agudizados ou de patologias agudas graves às unidades de saúde (atenção básica, especializada e de atendimento e internação domiciliar), e abertura de prontuário para os pacientes que permaneçam em observação, com relatórios completos de alta.

Os pacientes receberão o primeiro atendimento e a realização de exames disponíveis na unidade necessários para o seu tratamento, podendo permanecer em observação da equipe multidisciplinar por um período de 24 (vinte e quatro) horas. Havendo a indicação de permanência do paciente em período superior a equipe deverá providenciar sua transferência para unidade compatível com a necessidade do paciente, respeitando-se os critérios de regulação e micro

regulação regional. Até que se efetive a transferência, os pacientes deverão permanecer na unidade, recebendo todos os cuidados pertinentes, até que sejam transferidos ou recebam alta.

Em caso de indicação de transferência de usuários para serviços de saúde de maior complexidade, a mesma será realizada sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, a Unidade realizará solicitação de vaga em unidade de referência, segundo a Grade de Urgência e Emergência pactuada no Colegiado Gestor Regional.

O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de observação e de alta com o objetivo de otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

A alta ou encaminhamento/regulação para serviço de referência responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

- I - Orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;
- II - Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção, em particular a Atenção Básica; e
- III - Implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, bem como as de cuidados domiciliares.

O fluxo de atendimento na Unidade será baseado no Acolhimento com Classificação de Risco, a ser realizado em 100% da demanda, com metas de tempo de atendimento estipuladas de acordo com a classificação.

A clínica ampliada e a gestão da clínica serão a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a presença do acompanhante para crianças, idosos, portadores de necessidades especiais e com a valorização de fatores subjetivos e sociais. As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que

irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

A horizontalização do cuidado será uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.

O Plano Terapêutico de cada paciente será elaborado de forma conjunta pelas equipes, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe multiprofissional.

Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, e deverão estar em consonância com aqueles estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e demais instâncias gestoras do SUS. Cabe ao ente contratado estabelecer Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Sistematização dos Serviços de Enfermagem e Comissões e Núcleos, submetidos à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde.

Além disso, rotinas, políticas e protocolos administrativos e de atendimento deverão ser adotados e submetidos à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde previamente à sua implantação.

Ações que assegurem a qualidade da atenção e boas práticas em saúde serão implementadas para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado.

As prescrições de medicamentos deverão observar a os protocolos assistenciais apresentados pela Organização Social e validados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Serão realizados comunicados imediatos à Vigilância Epidemiológica do Município os casos suspeitos ou confirmados de doenças de notificação compulsória, óbitos infantis de 0 a 11 meses e 29 dias, óbitos maternos e de mulheres em idade fértil até 49 anos, violências contra a criança, adolescentes, incapazes e idosos, entre outros estabelecidos, com o devido

preenchimento da ficha de notificação correspondente, conforme portaria ministerial.

Será efetuada a expedição regular de declarações dos óbitos constatados pelas equipes médicas da Unidade, com a descrição da causa mortis, com a adoção das medidas pertinentes aos órgãos de registro civil e notificação imediata aos órgãos de segurança pública dos casos suspeitos ou confirmados de óbitos derivados de violência.

- Descrição da organização das diferentes clínicas

- Organização da Urgência e Emergência:



* Imagem ilustrativa de outra unidade gerenciada pela ABEDESC

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pela Unidade De Pronto Atendimento, a pessoas que procurem tal atendimento, seja de forma espontânea ou através do SAMU.

A unidade de Urgência / Emergência estará apta a prestar o serviço de atendimento resolutivo aos pacientes que buscarem a unidade apresentando quadros agudos ou crônicos quando de sua agudização, e ainda, pacientes encaminhados pela rede básica municipal de maneira referenciada e ou trazido por serviço de remoção e atendimento pré - hospitalar, de acordo com a capacidade das referidas unidades;

O atendimento ao paciente deve ser realizado com rapidez e qualidade. A agilidade e a qualidade dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional podem significar a vida do paciente. Por isso é importante que a equipe de trabalho envolvida tenha boa sincronia no atendimento ao paciente.

Como cada um dos profissionais vai identificar a necessidade de atendimento rápido devido às condições físicas do paciente, informará o colega que fará o próximo atendimento e dará a continuidade necessária.

O ambiente da unidade será planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do ser viço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

Outros elementos essenciais para o bom funcionamento das unidades são o fluxo do atendimento, os equipamentos, a comunicação, o abastecimento de medicamentos e materiais, e o treinamento do pessoal.

Portanto a área física será organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo do paciente através das unidades e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

Equipamentos, como desfibrilador, respirador artificial, carrinho de emergência entre outros, são fundamentais para o atendimento de urgência e emergência ao paciente nas unidades e devem estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

Entre os itens que podem ser citados para a correta operacionalização das unidades está o abastecimento de materiais e medicamentos. Este deve

ser contínuo, ou seja, não podem faltar de forma alguma os medicamentos e materiais anteriormente padronizados para uso no local e não deve sobrar para evitar o desperdício dos itens. A reposição deve ser feita em tempo hábil e horário previamente definido para que não falte no atendimento.

O ambiente da unidade será planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

A comunicação visual e sonora entre os setores estará em perfeito entrosamento. Portanto a área física será organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo do paciente através do Pronto Socorro e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

Equipamentos, como desfibrilador, respirador artificial, entre outros, são fundamentais para o atendimento de urgência e emergência ao paciente e deverão estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

Entre os itens que podem ser citados para a correta operacionalização da unidade está o abastecimento de materiais e medicamentos. Este será contínuo, ou seja, não poderão faltar de forma alguma, serão padronizados para uso no local visando evitar o desperdício dos itens.

- Sala de Emergência e Estabilização;

Locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado. Os casos de urgência se caracterizam pela necessidade de tratamento específico, o paciente será encaminhado para a especialidade necessária, ortopedia, cirurgia geral, neurologia e clínica médica. Os casos de emergência se caracterizam pela avaliação de todas as especialidades, pois o risco de vida é eminente e o início do tratamento terá que ser imediato.

Rotina da sala de emergência (vermelha)

- organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;

- solicitar a troca e reposição dos medicamentos, se necessário;
- limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- checar diariamente o funcionamento da rede elétrica (tomadas 110v e 220v, devidamente identificadas, lâmpadas, focos, etc).
- conferir material da sala diariamente ou conforme a rotina da unidade e após o atendimento de urgência;
- diariamente testar o funcionamento do aspirador de parede e manual, do laringoscópio, checar as pilhas, verificar a luminosidade das lâmpadas das lâminas;
- manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos;
- trocar as extensões de borracha e encaminhar para lavagem
- deixar a ponta da extensão do aspirador protegido com saquinho de plástico;
- deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem.
- anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível e a assinatura e número do coren.

Atendimento da sala de emergencia

- afastar outros pacientes curiosos e deixar acesso livre para passagem de maca e ambulância.
- a sala vermelha é o local destinado ao atendimento a pacientes com agravos à saúde, independente da sua etiologia, portanto, com agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, sejam eles adulto, criança, gestante ou idoso. Desta forma o atendimento ao paciente grave, na sala de urgência, exige requisitos, que estão diretamente relacionados ao sucesso da assistência, cabendo à equipe atitudes decisivas, rápidas e com grande capacidade de julgamento.
- para o desenvolvimento das atividades, caberá ao enfermeiro a responsabilidade no planejamento, organização e manutenção da sala de emergência, coordenando a equipe de enfermagem, e zelando pelo bom atendimento juntamente com os demais profissionais. Para tanto alguns

pontos básicos e essenciais, deverão ser cumpridos conforme rotina previamente estabelecida, que envolvem requisitos específicos e os referentes à equipe de enfermagem.

Requisitos específicos:

- a disposição dos materiais e equipamentos, na sala vermelha, deverá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe (ordem alfabética, ordem numérica, padronização de cores por sistemas, sistematização dos a-b-cs, etc.), disposto de forma organizada, devidamente identificado, com fácil acesso, que permita um atendimento adequado, sem atropelos de pessoal circulante, sem o armazenamento de materiais semelhantes em vários pontos, e não muito distante do paciente;
- a quantidade de materiais e medicamentos, a ser estipulada, deverá obedecer a casuística do serviço, obedecendo as peculiaridades de cada local, de forma a permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a falta dos mesmos venha prejudicar o atendimento;
- todo material e medicamento de consumo deverão ser discriminados e quantificados em uma relação (check-list), facilitando a conferência, que deverá ser realizada diariamente, a reposição deverá ser realizada após cada atendimento, ou no máximo, no final de cada plantão;
- checar no início de cada plantão ou, se possível, após cada atendimento, o funcionamento da rede de gases, o aspirador com as extensões de borracha, o monitor/desfibrilador, eletrocardiograma, ressuscitador manual, laringoscópio, dentre outros equipamentos.
- após o uso do aspirador, encaminhar ao expurgo para lavagem com água e sabão, mantendo-o sempre limpo e seco, protegendo a ponta da extensão do aspirador com um saquinho plástico, ou ainda, conectada a uma sonda própria para aspiração;
- deixar o frasco do umidificador de oxigênio seco, colocando água somente no momento do uso, e após encaminhá-lo para lavagem e desinfecção;

- Sala de Observação Adulto e Pediátrico;



* *Imagens ilustrativas de outra unidade gerenciada pela ABEDESC*

- Critérios de Admissão de pacientes na Observação.

O tempo máximo esperado para cada paciente ficar em observação é de 24 horas, não caracterizando internação hospitalar.

Serão encaminhados à Observação do Pronto Atendimento todos os pacientes:

- Que apresentem instabilidade de sinais vitais: fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem.
- Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.
- Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.
- Que necessitem de monitorização constante de glicemia.
- Que necessitem de observação do nível de consciência.
- Que necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.
- Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
- Que necessitem de observação pós-sedação.

- Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
- Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
- Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
- Que necessitem de observação para monitorização de reações adversas.
- Que necessitem de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial.
- Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.
- Que necessitem aguardar vaga para transferência.
- Que necessitem aguardar exames quando são originários de outro hospital ou entidade assistencial.

Atendimento nas Clínicas Médica e Pediátrica

Política da Clínica Médica e Pediátrica

Prestar assistência de excelência para os pacientes internados na Clínica Médica e Clínica Pediátrica, garantindo cuidados sistematizados e individualizados, em ambiente saudável, com programa de prevenção de Infecção hospitalar, Acompanhamento de enfermeiros e médicos nas 24 horas.

Descrição do Fluxo

- Após realização ficha de atendimento pela recepção da unidade, paciente passa pela classificação realizada pelo profissional enfermeiro, após esta classificação o paciente aguarda seu atendimento de acordo com sua classificação.
- O médico realiza consulta, procedendo assim a prescrição e evolução médica e determina a internação do paciente, para clinica especifica.
- Enfermagem executa a prescrição medica, realiza exames laboratoriais e de imagem e solicita leito na clinica de destino.
- Enfermagem encaminha paciente com documentação para unidade de destino.
- O Setor de Enfermagem de destino disponibiliza o leito conforme a especialidade acomoda o paciente, lhe repassa as informações necessárias.
- Enfermagem realiza protocolos assistenciais e registra no sistema e no prontuário.

Os critérios de Classificação de Pacientes para Enfermarias Clínicas Alta Dependência

Leitos destinados a pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, que estejam estáveis sob ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (FUGULIN entre 44 a 60 pontos).

- Pacientes hipertensos; diabéticos em compensação
- Confusos ou agitados com restrição
- Renal fazendo uso de qualquer método dialítico interna ou externa
- Pacientes com controle de diurese com ou sem uso de cateter
- Pacientes em isolamento respiratório
- Pacientes em uso de oxigenioterapia
- Pacientes com medicação IV intermitente < ou = 12 vezes/dia
- Pacientes com prognóstico reservado
- Pacientes sequelados

Cuidados Intermediários

Leitos destinados a pacientes estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas (FUGULIN 26 a 43 pontos). Por exemplo:

- Pacientes em antibioticoterapia
- Pós operatório tardio de cirurgia ou tratamento de IAM
- Pacientes hipertensos, diabéticos compensados

Cuidados Mínimos

- Pacientes aguardando alta
- Pacientes aguardando exames externos

Rotinas e Regras - Atendimento na Clínica Médica e Pediátrica

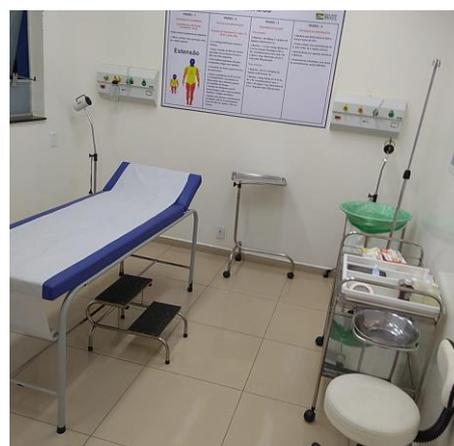
- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.

- Fornecer informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica do pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornecer informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica do pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Para melhor adequação da relação interprofissional e por conseguinte mais eficiência do plano assistencial, portar-se de maneira respeitosa com todos os componentes da equipe multiprofissional do andar, evitando atitudes que configurem autoritarismo e desrespeito pessoal.
- Obedecer à política que define os critérios de internação e transferência de pacientes da CM.
- Obedecer rigorosamente ao fluxo institucional de internação e alocação de pacientes em leitos, evitando reservar leitos diretamente no andar.
- Obedecer às normas de preenchimento de prontuários, com todas as anotações de internação, alta, prescrição, autenticação de ordens verbais, evolução médica com letra legível e com identificação adequada.
- Disponibilizar BIP ou telefones para contato, respondendo prontamente, quando acionados pela equipe multiprofissional, e atualizando regularmente seu cadastro junto à diretoria clínica.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política antitabagismo, evitando autorizar o tabagismo nas dependências do hospital, em particular nos quartos.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para pacientes psiquiátricos, obedecendo aos critérios estritos para internação desses pacientes e colaborando com a adesão às recomendações de restrição de saídas do leito e obrigatoriedade de permanência de acompanhantes.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à entrada de profissionais externos à Instituição, no cuidado ao paciente (enfermeiros, cuidadores, etc.).

- Adesão a protocolos institucionais para atendimento de urgência/emergência.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para prevenção de infecções hospitalares, incluindo uso racional de antibioticoterapia profilática em procedimentos cirúrgicos.
- Adesão a protocolos médicos institucionais, respeitando sua avaliação clínica do caso (analgesia, heparinização).
- Atuar de acordo com normas institucionais relacionadas à alta do paciente, assinando a alta em horário que viabilize a não-ocorrência de nova diária, preferencialmente até 8 horas da manhã.
- Atuar de acordo com normas Institucionais relacionadas à alta do paciente evitando dar licenças aos pacientes. Na eventual necessidade desta prática, seguir a norma de dar alta e reinternação posterior.
- No atendimento ao paciente não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade, diagnóstico ou qualquer forma de preconceito.
- Portar sempre crachá de identificação ao se deslocar dentro das instalações do hospital.
- Participar ativamente de fóruns de especialidades da Instituição.

- Sala de Medicação e Sala de Curativo

Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação, ou sala de curativo quando necessário.



* *Imagens ilustrativas de outra unidade gerenciada pela ABEDESC*

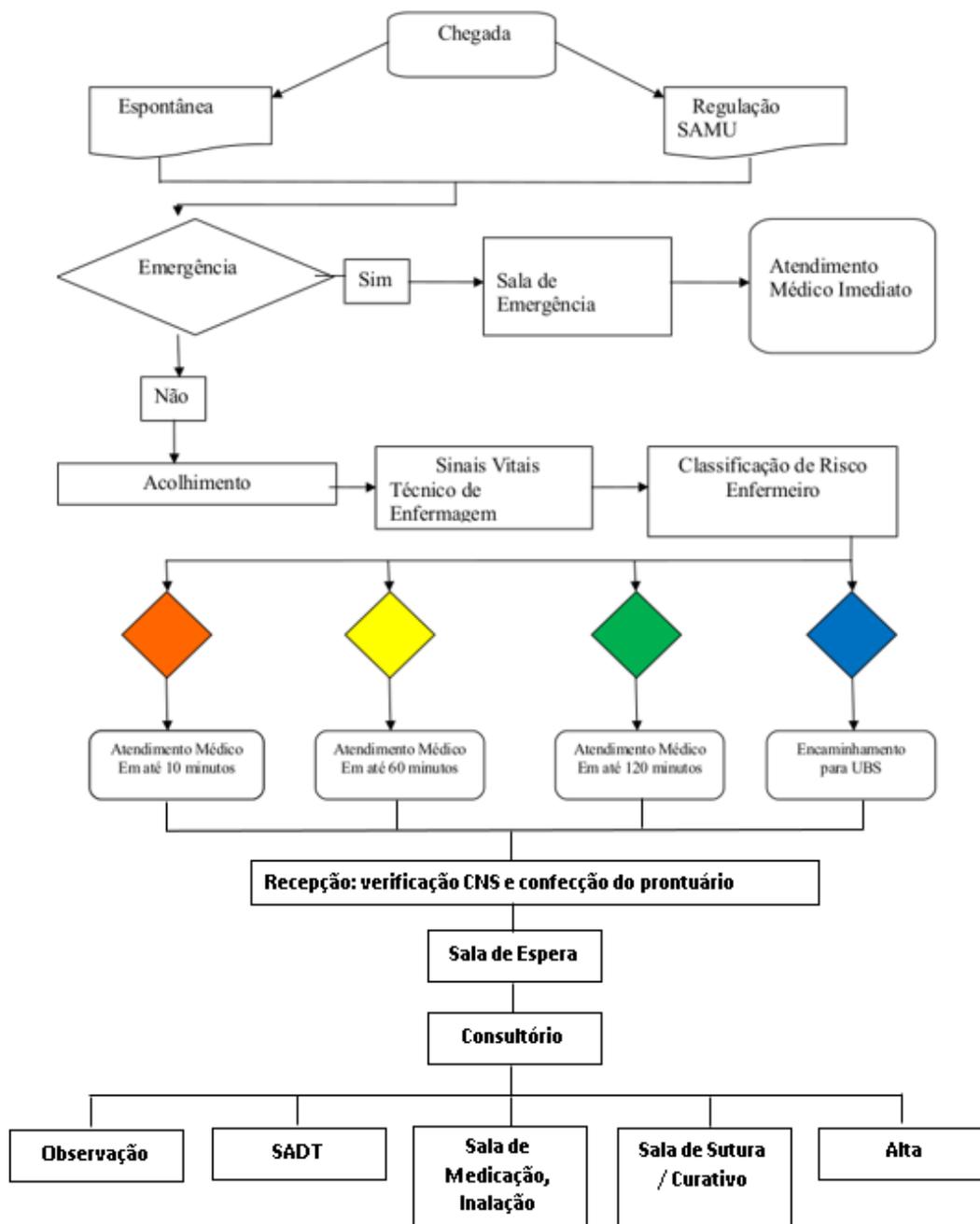
- AÇÃO 2: ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS:

Os fluxos visam melhorar o acesso ao serviço de saúde na rede, com a proposta de um direcionamento adequado a gestão da unidade, com o objetivo de alcançar metas e conquistar resultados positivos e rentáveis. Tem como finalidade conduzir pessoas e processos de forma eficaz, promover melhorias, criar um ambiente colaborativo, motivado, propício ao autodesenvolvimento e, conseqüentemente, à conquista de resultados.

A ABEDESC visa com a implantação dos fluxos um planejamento e a organização de todas as ações que contribuem para o pleno funcionamento das unidades resultando assim no cumprimento de tarefas, metas e objetivos gerais.

- Fluxos Operacionais

- Circulação dos usuários em atendimento



1º: Ao chegar, o usuário é acolhido pelo profissional de controle de acesso, o qual escuta seu caso, e a partir do seu relato é estabelecida uma prioridade para o seu atendimento.

2º: Após esse acolhimento, lhe é fornecida uma senha e o mesmo aguarda o seu número de chamada no painel de senha, sendo encaminhado para a realização da triagem.

3º: O paciente é acolhido então pela equipe de enfermagem, onde serão avaliados por um profissional capacitado em qualificar o risco e gravidade de cada caso. Essa etapa tem o objetivo de identificar sinais e sintomas que indicam a urgência no atendimento médico, por isso é sempre realizada no instante em que o paciente chega ao Pronto-Socorro.

A partir desse processo, o enfermeiro(a) classifica o grau de risco do paciente, ou seja, se ele deverá ser atendido imediatamente ou se poderá esperar pelo tempo necessário para esse atendimento, sem qualquer risco à sua integridade, priorizando-se sempre os casos mais graves, conforme estabelecido no modelo sugerido no Protocolo de Manchester.

O atendimento será direcionado através do uso de pulseiras coloridas. As pulseiras são divididas em quatro cores. A vermelha é para os casos de emergência. Já a pulseira amarela, para os pacientes em estado de muita urgência. As de cor verde são utilizadas para casos de pouca urgência e pacientes com atendimento preferenciais, como os idosos, gestantes e portadores de necessidades especiais. Os casos de não urgência são classificados com a pulseira de cor azul.

4º: Após a classificação o paciente será encaminhado para a recepção para realização do seu cadastro.

5º: Após a realização do seu cadastro, o paciente aguarda na sala de espera até ser chamado pelo médico em um dos consultórios.

6º: No consultório do médico é dado prosseguimento ao seu atendimento, onde após a consulta médica o paciente pode ser direcionado para a realização de exames (laboratório, de raios X e eletrocardiograma), medicação (na sala de medicações), nebulização, soroterapia ou ainda ser encaminhado para a sala de observação, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde. Caso não haja a necessidade de observação, ao final dos procedimentos o paciente pode receber a liberação e alta.

Os casos não urgentes e que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas são direcionados para as unidades de Saúde da Família da região ou UBS, de acordo com sua área geográfica de residência.

Nos casos de pacientes mais graves, após sua estabilização são transferidos para unidades hospitalares que oferecem mais opções de serviço e equipamentos adequados à maior gravidade, como centro cirúrgico, internação e outras especialidades.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Os pacientes devem aguardar por atendimento nas áreas devidamente estabelecidas de acordo com sua classificação de risco.

- Não será permitida a entrada de acompanhantes durante o atendimento emergencial ao paciente grave.
- Menores de idade devem estar acompanhados pelo responsável legal.
- Idosos devem estar acompanhados.
- Acompanhantes de pacientes graves aguardarão na recepção da unidade;

- Fluxo paciente externo

O fluxo dos pacientes externos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que pretendem um atendimento imediato (urgências e emergências).

Quando procura assistência à saúde, o paciente externo, geralmente, não necessita de internação, ou seja, não pernoita na Instituição.

Entre a admissão e alta hospitalar, a estadia do paciente externo na Instituição de Saúde não excederá as 24 (vinte e quatro) horas, no entanto, caso suceda alguma complicação do seu estado clínico que exija o seu internamento, o paciente externo passa a ser um paciente interno, uma vez que pernoita na unidade. Como o paciente externo não necessita de internamento, o seu deslocamento e o dos seus acompanhantes pelo Serviço será restringido apenas às unidades funcionais que prestem os serviços de atendimento correspondentes a este tipo de paciente.

O fluxo do paciente é limitado aos serviços de urgência e emergência e, seguirá por meios de diagnóstico, de e terapêutica e do setor de urgência e emergência, sendo monitorado por fluxos e critérios pré-estabelecidos.

- Fluxo paciente interno

O fluxo dos pacientes internos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que são internados.

O paciente interno, no nosso entender, é o mesmo que o paciente internado. Consideramos o paciente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento para diagnóstico ou tratamento, que ocupa uma cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) com permanência igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

Serão também considerados como pacientes internados aqueles que venham a falecer, os que sejam transferidos para outro estabelecimento de saúde ou os que saiam do estabelecimento contra o parecer médico, independentemente de permanecer menos de 24 (vinte e quatro) horas nesse estabelecimento.

O fluxo dos pacientes internos não se restringe apenas às unidades de internação, estes podem ainda aceder a outras unidades funcionais para diagnóstico, terapia ou cirurgia, sempre que necessário.

- Fluxo acompanhantes

O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais tanto podem ser familiares como amigos.

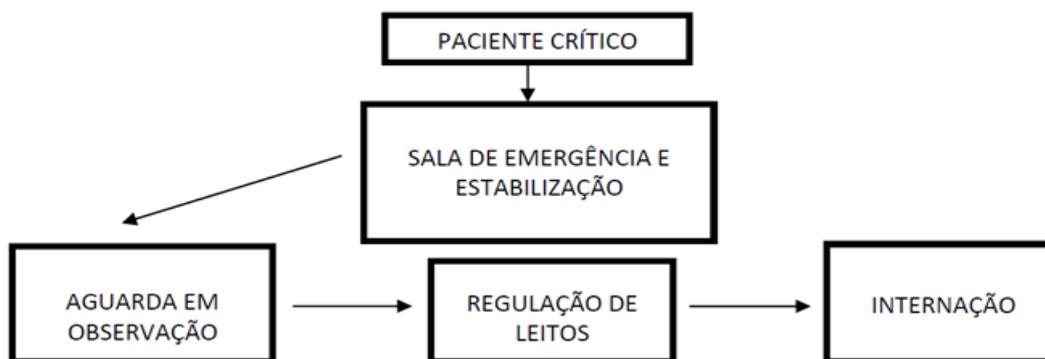
Os acompanhantes encaminham os pacientes aos serviços hospitalares e poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferecer-lhes apoio moral naquele momento difícil. Por vezes, os familiares poderão permanecer na Instituição de Saúde durante o período de internamento dos pacientes, desde que haja um alojamento conjunto e autorização prévia da Supervisão local, esta situação geralmente acontecerá quando os pacientes são crianças ou idosos. Os pacientes internados menores de idade têm o direito de serem acompanhados pelos pais ou por outra pessoa que os substitua, esse direito poderá ser cessado ou limitado caso o paciente seja portadores de doenças contagiosas (LEI N.º 106/2009 DE 14 DE SETEMBRO).

Da mesma forma, o paciente com deficiência ou em situação de dependência também terão o direito de ser acompanhado por um familiar ou por uma pessoa que designe (LEI N.º 106/2009 DE 14 DE SETEMBRO).

Os pacientes admitidos no serviço de urgência e emergência poderão ter a presença de um acompanhante, mesmo que não possa comunicar a sua vontade (LEI N.º 33/2009 DE 14 DE JULHO). Este acompanhante pode acompanhá-lo sempre desde que não assista aos procedimentos assistenciais, intervenções cirúrgicas, exames ou tratamentos, assim só poderão presenciar estes momentos clínicos se tiver a autorização do médico clínico responsável (LEI N.º 33/2009 DE 14 DE JULHO).

Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez que acompanha o paciente até o mesmo ser atendido pelo pessoal dos serviços hospitalares, mas, poderá sempre aguardar pela alta do paciente nas zonas de espera.

- Fluxo do paciente de atendimento imediato



OBSERVAÇÃO: PANDEMIA COVID-19

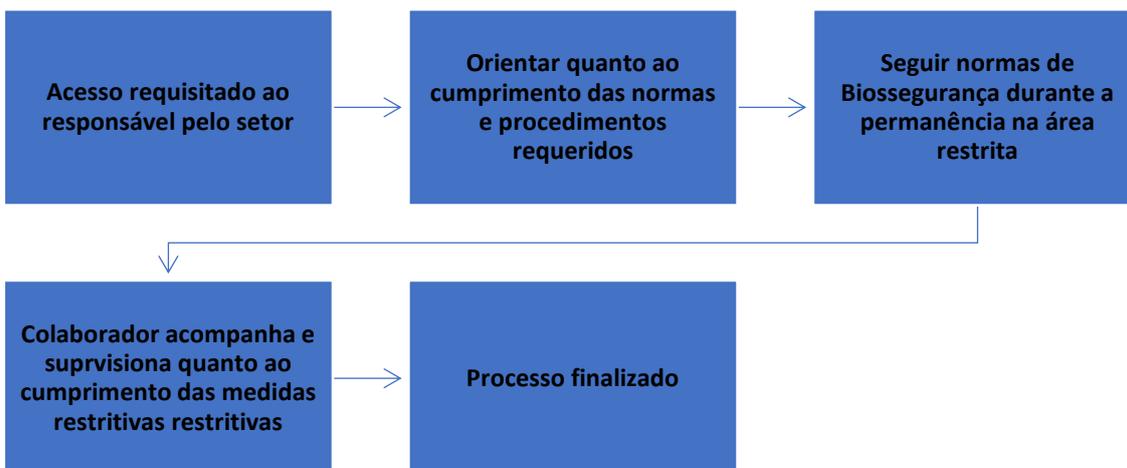
Os pacientes com sintomas compatíveis com o quadro de COVID-19 serão atendidos em área separada dos demais pacientes, seguindo o Protocolo de Atendimento Covid-19 do Ministério da Saúde.

**CORONAVÍRUS
 COVID - 19**

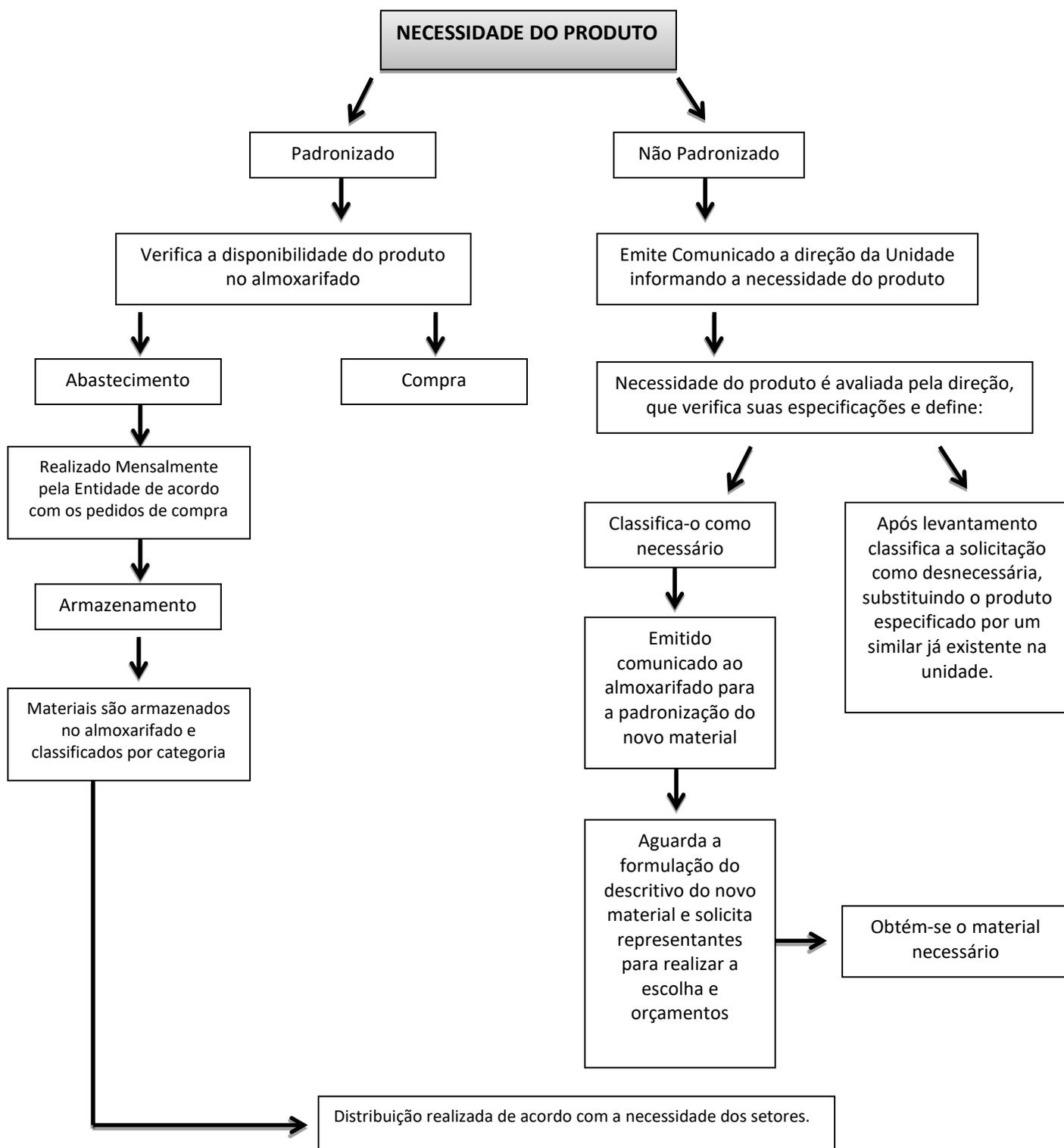
 Ministério da saúde
 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

- Fluxo nas áreas restritas:

Áreas Restritas são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.



- Fluxo operacional para material médico hospitalar e medicamentos.



A área de gestão de materiais e medicamentos é um dos setores que demandam maior controle, pois exige acompanhamentos constante do setor fármaco e de biossegurança.

A gestão de materiais é um processo no qual se planeja, executa e controla, em condições mais eficientes e econômicas, o fluxo de materiais, partindo das especificações dos artigos a comprar até a entrega do produto.

Possuir um fluxo de materiais eficiente é muito importante para que qualquer empresa entregue seus produtos no tempo, na qualidade, na quantidade e no lugar certo, ou seja, a essência do conceito de logística. Se em uma empresa comum a esses preceitos são vitais, em um Pronto Socorro, multiplica-se a importância de se manter uma boa gestão de materiais.

A gestão de fluxo de material é definida como "a parte da cadeia de abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo eficiente e armazenamento de bens, serviços e informações relacionadas desde o ponto de origem para ponto de consumo, a fim de atender às exigências dos clientes.

O gerenciamento dos estoques de um hospital deve garantir o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos. A Logística deve se preocupar também com o uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio as unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia.

Serão utilizados na unidade formulários onde os materiais deverão ser solicitados e liberados após a avaliação da equipe técnica e do diretor técnico, avaliando a necessidade do paciente, posteriormente serão enviados para o setor de compras viabilizando a compra dos mesmos.

Atividades Logísticas:

O farmacêutico é o responsável legal por todo o fluxo do material médico hospitalar e medicamento dentro do Pronto Socorro. As atividades de logística englobam o planejamento, implementação e controle eficiente, ao correto custo, do fluxo e armazenagem de materiais médico-hospitalares, medicamentos e outros materiais. Além disso, inclui também a elaboração de

normas e controles que garantam a sistemática da distribuição e a qualificação de fornecedores (CRF- - SP, 2010).

A logística farmacêutica é essencial para o perfeito funcionamento da unidade hospitalar de modo a poder preservar a vida e/ou restaurar a saúde dos pacientes com ótima qualidade, custo baixo e retorno satisfatório para a instituição.

Dispensação

A dispensação é a principal atividade logística da farmácia no Pronto Socorro, sendo definida como o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado (BRASIL, 2001). A dispensação deve ser realizada nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso adequado e correto de medicamentos e correlatos.

Os procedimentos devem ser realizados em fluxos organizacionais racionais, buscando minimizar a ocorrência de erros. Desta forma, quanto maior a eficiência e a eficácia do sistema de distribuição de medicamentos, maiores as chances de sucesso dos tratamentos e profilaxias instaurados. Em outras palavras, a dispensação deve garantir os "3C": fazer com que o medicamento certo chegue ao paciente certo, no momento certo.

- Fluxo para arquivo de documentos administrativos:

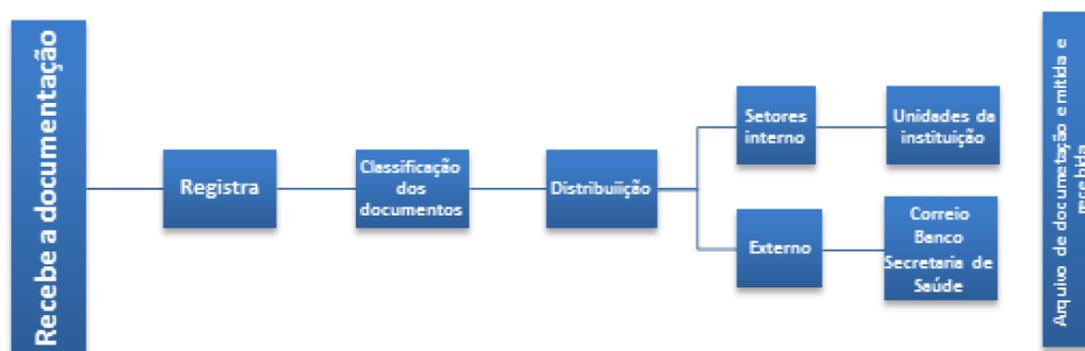
Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

Protocolo: recebimento, registro, distribuição, tramitação e expedição de documentos: Protocolo é o setor responsável pelo recebimento, registro, distribuição, controle da tramitação e expedição de documentos, com vistas ao favorecimento de informações aos usuários internos e externos.

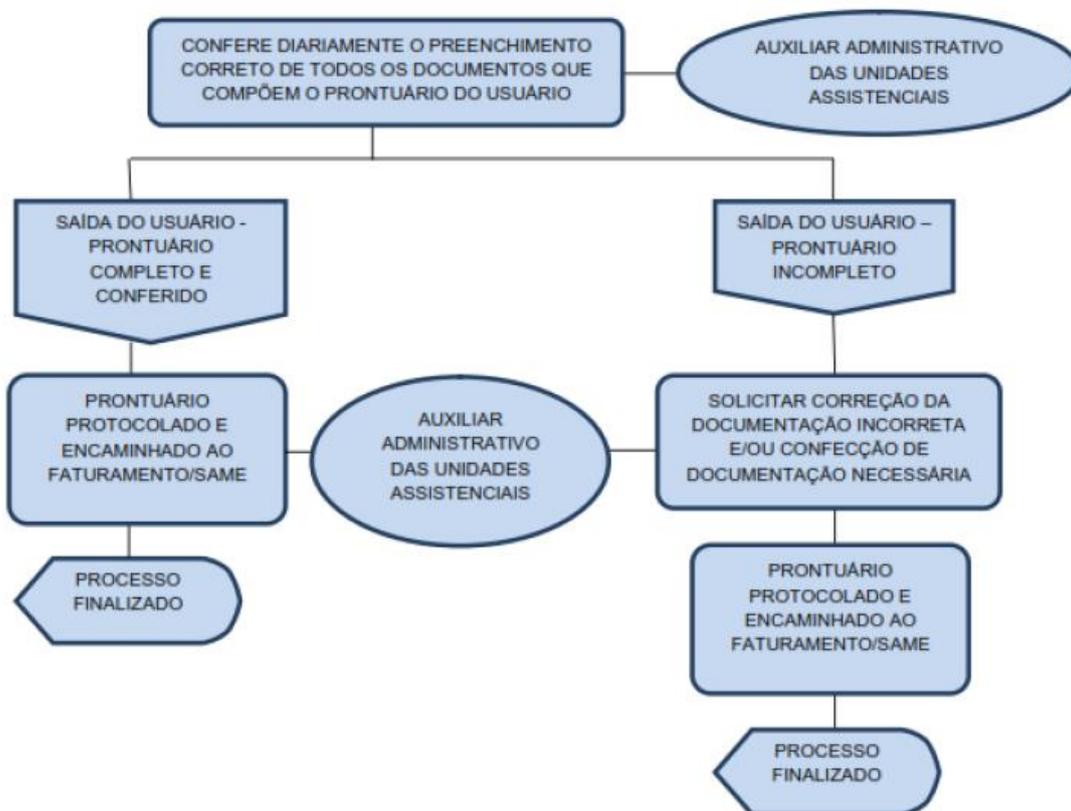
O controle da documentação é feito pelo setor de protocolo/recepção.

Competências:

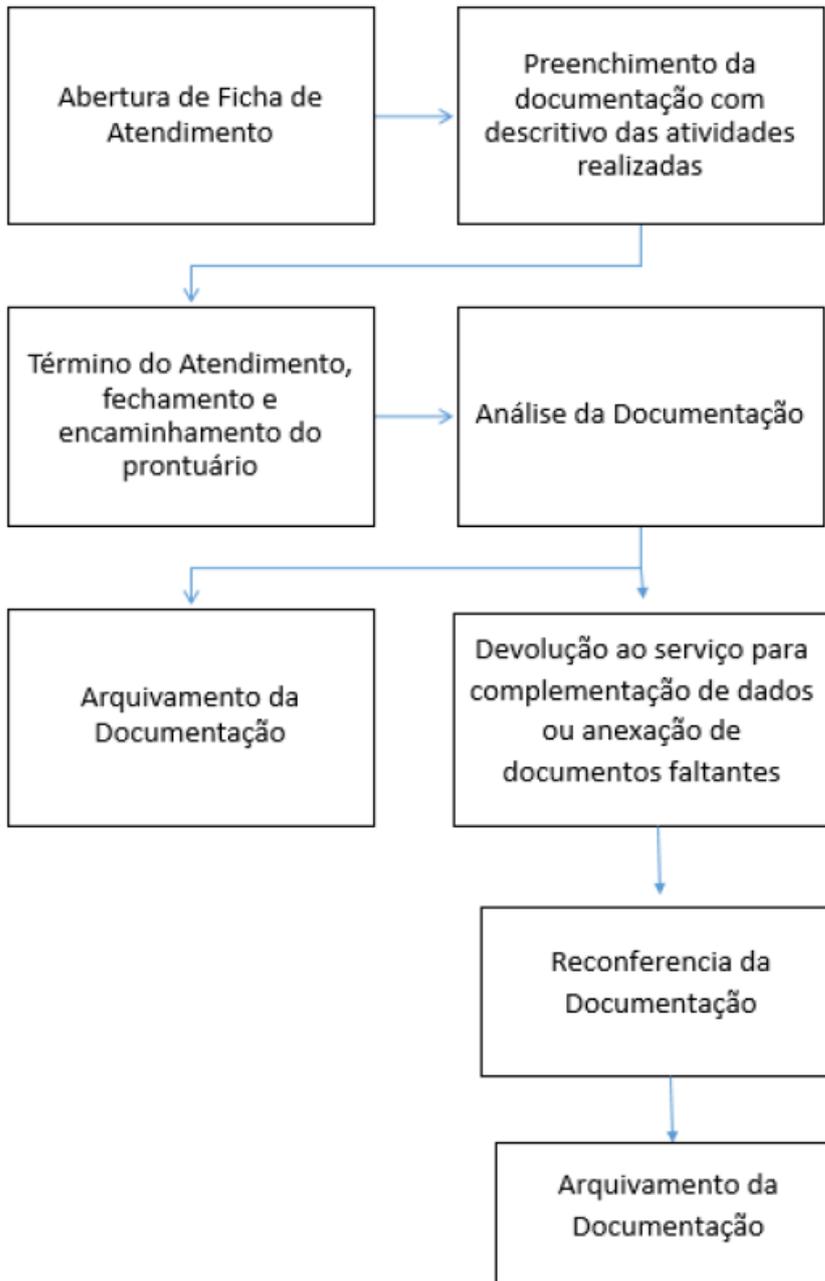
- Receber, registrar, classificar, distribuir e expedir documentos em geral.
- Controla os documentos administrativos.
- Manter arquivo da documentação administrativa emitida e recebida pelas unidades do Pronto Socorro.
- Executar as atividades relacionadas à recepção, expedição e protocolos de documentos, a manutenção do arquivo administrativa e dados estatísticos, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas-administrativas.
- Enviar as correspondências para seus destinatários via correio.
- Receber as correspondências destinadas ao hospital e enviá-las aos seus respectivos setores.
- Orientação das normas necessárias para abertura de processos.



- Fluxo de organização dos prontuários



- Fluxo para arquivo de prontuários



Registro de Usuário e Emissão da Ficha de Atendimento:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.

Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.

O segurança da entrada recepciona o paciente, verifica o motivo de sua vinda ao hospital e entrega uma senha. Em seguida solicita que o mesmo aguarde o chamado do recepcionista acompanhando atentamente pelo painel;

O recepcionista aciona a chamada de senhas através de sistema informatizado (sendo que deverá ser sempre chamado uma senha normal e uma senha preferencial), recepciona o paciente, solicita os documentos (RG, Certidão de Nascimento e Cartão SUS) e inicia a emissão da FA no sistema. Nota: No caso da não apresentação de um documento, os dados serão baseados nas informações verbais do paciente ou do acompanhante, informando no campo "Observação" no sistema informatizado, que o paciente não apresentou documento.

O recepcionista elabora a FA cadastrando ou atualizando os seus dados no sistema, realiza a impressão da FA e solicita que o paciente/acompanhante assine-a e imprime a etiqueta com os dados do paciente e entrega ao mesmo. Caso haja o paciente esteja acompanhando deverá ser entregue apenas uma etiqueta de acompanhante. Devolve a senha para o paciente/acompanhante orientando que o mesmo aguarde o chamado na espera do Acolhimento com Classificação de Risco onde a equipe de enfermagem irá chamá-lo através da mesma senha.

O recepcionista recolhe as FA's assinadas dos consultórios médicos e as organiza em ordem de Registro de Atendimento (RA). No dia seguintes as FA's deverão ser encaminhadas ao setor de faturamento.

Arquivo de Prontuários dos Pacientes

Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda dos mesmos. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.

Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento. Só sairá prontuário do SPP, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pela Direção técnica, administrativa ou geral.

Normas para Arquivo de Documento de Usuários

Arquivo dos Prontuários:

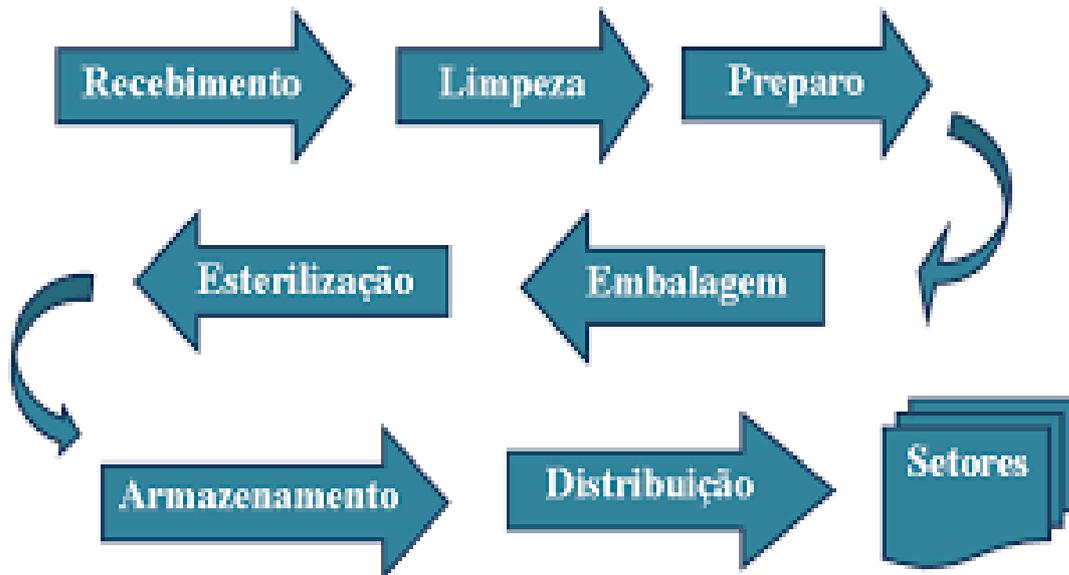
- Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.
- Arquivar todos em ordem alfabética;
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;

Arquivo dos prontuários de óbitos:

- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;
- Utilizar uma caixa arquivo, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;
- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;

- Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

FLUXO DA CME



Para que o fluxo funcione é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

Fluxograma 01- Fluxo Unidirecional na CME



A CME é uma unidade destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

Finalidades

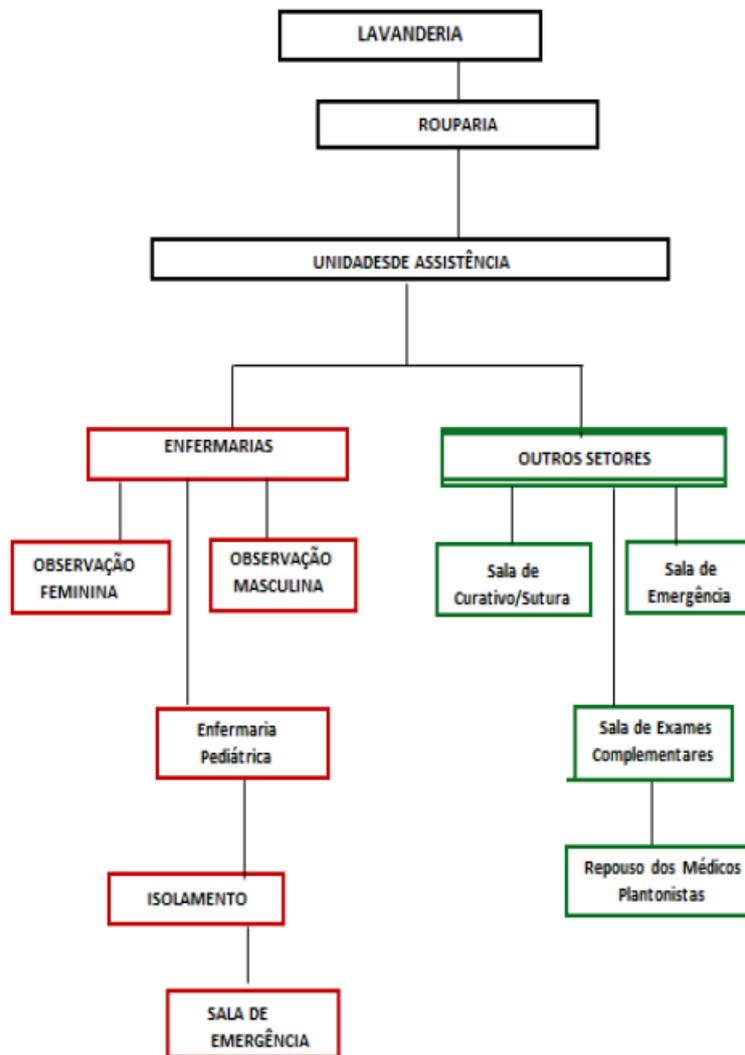
- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material do PS que requeira esse procedimento;
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote, seguindo o recomendado na RDC 15/2012;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Padronizar a recepção, no expurgo do CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais conforme a natureza da constituição de cada material, devidamente padronizado.

A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.

Descrição do Fluxo:

- Funcionário dos demais setores entregam material sujo na área externa da central de material e esterilização.
- Funcionário interno recebe material na área suja.
- Funcionário da área de esterilização prepara o material para esterilização.
- Funcionário da área de esterilização esteriliza o material de acordo com rotinas.
- Funcionário da área do arsenal distribui material para setores solicitantes.

- Fluxo unidirecional para roupas esterilizadas



A rouparia prestará serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pela sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidades adequadas a todas às unidades do Pronto Socorro.

É de fundamental importância um estudo cuidadoso do fluxo da roupa, não devendo ocorrer cruzamento entre a roupa suja e a roupa limpa, visando evitar contaminação.

Um fluxo bem estudado racionaliza tempo, equipamento, pessoal e área de circulação, propiciando à rouparia uma melhor funcionalidade. A operacionalização da rouparia abrange todo o circuito da roupa, desde a sua

utilização nas diversas unidades do Pronto Socorro, passando pela coleta da roupa suja nessas unidades, até sua redistribuição após o devido processamento.

Descrição do Fluxo da Rouparia

O Setor de Rouparia tem como finalidade suprir as necessidades básicas de enxoval das diversas unidades do Pronto Socorro ao nível de sua competência visando sempre à satisfação dos clientes internos e externos.

Compete ao Setor Rouparia, a coleta, recepção, Separação, pesagem, identificação, acompanhar e validar os relatórios de baixa, repouso, distribuição, atendimento a solicitações extraordinárias, lançar os dados em sistema informatizado, controlar estoque de uniformes e efetuar outras demandas de costura.

Coleta e Transporte da Roupa Suja:

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco do hamper, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar);

O Carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

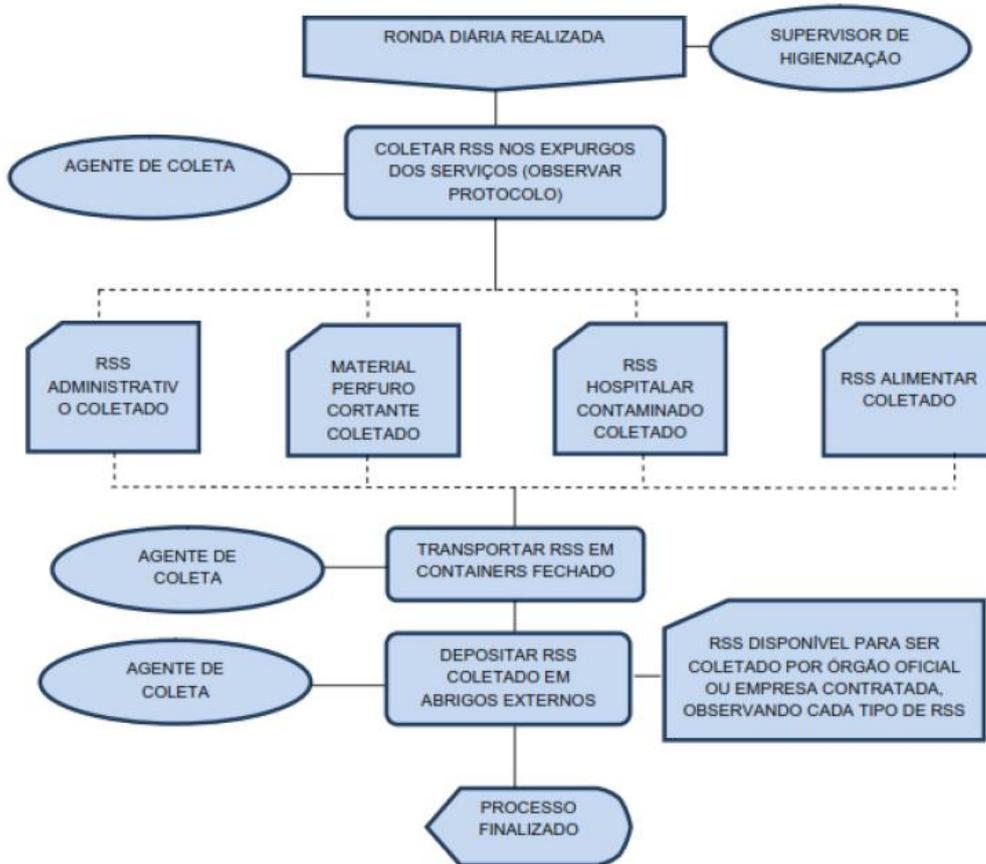
Descarregar sacos sujos na área crítica - Na área de recepção da rouparia, a roupa é retirada pela terceirizada obedecendo as normas específicas

Distribuição de roupa limpa - A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de recontaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

Estocagem - mantém para reposição e emergência, tanto roupa em rotatividade como em estoque de reserva

- Fluxo unidirecional para resíduos de saúde

FLUXO DAS AREAS GERADORAS DE RESIDUOS



- AÇÃO 4: IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento possui 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. É o ato de acolher, ou recepcionar o usuário a um atendimento que o auxilia, protege ou socorre, que nos leva a entender a mudança de relacionamento entre o usuário e o profissional de saúde, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como pessoa participante ativa no processo de produção da saúde.

O acolhimento conforme Schneider et al, (2008) apud Vieira (2010, p. 517), refere que o acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades que os usuários utilizam para satisfazerem as necessidades de saúde.

É relevante estabelecer vínculo de confiança entre a equipe de saúde com paciente/família para oferecer um atendimento de qualidade ao paciente buscando assim uma melhor qualidade de vida ao mesmo.

No acolhimento, existem algumas etapas, conforme postula Schneider et al (2008) apud Vieira (2010, p. 517) que são importantes: acesso; escuta; diálogo; apoio que estão direcionados a equipe de saúde e quanto ao vínculo envolvendo enfermeiro da unidade junto da equipe de saúde.

Acesso: Receber o paciente.

Prestar os cuidados necessários, proporcionando segurança ao paciente.

Aproximar-se da família, confortando-a e esclarecendo as normas e rotinas da instituição. Adequar o ambiente de forma que os familiares tenham conforto enquanto aguardam informações.

Escuta: Incentivar paciente e familiar a questionarem sobre suas dúvidas, iniciando a educação em saúde desde a internação.

- AÇÃO 6: IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são o consenso sobre a condução da terapêutica para determinada patologia.

Estabelecem os critérios de diagnóstico, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Se destinam a orientar o tratamento de determinada patologia e criar mecanismos para garantia da prescrição segura e eficaz.

São instrumentos desenvolvidos para **auxiliar os profissionais da área de saúde na tomada de decisões** — sejam elas simples ou complexas — que exijam paradigmas clínicos e subsídios teóricos realmente confiáveis para que possam ser aplicados pelos médicos de um hospital na assistência de seus pacientes. Estes protocolos resultam, entre outras coisas, na redução da necessidade de realizar exames desnecessários, que incorram em riscos de complicação para o paciente e custos para o sistema de saúde. Tais ferramentas são elaboradas por meio de um amplo estudo sistemático das evidências científicas de determinada conduta, envolvendo pesquisadores, professores e demais especialistas, a fim de trazer resultados consensuais em relação a discussões de trabalhos clínicos que possam ser usados para melhorar os processos internos de um hospital, dando maior rapidez, confiabilidade, normalização e segurança à assistência.

Os Protocolos Clínicos serão apresentados em anexo a esse Plano de Trabalho.

- AÇÃO 7: ORGANIZAÇÃO DAS ROTINAS OPERACIONAIS DA UNIDADE

Sala de Medicação

- Retirar maleta de medicamentos na farmácia no início do turno de trabalho
- Conferir Check list específico dos medicamentos maleta
- Repor materiais e soros nas prateleiras e gavetas
- Verificar a funcionalidade do painel da rede de gases completando as faltas e solicitando consertos, se necessário (válvulas redutoras de oxigênio e de ar comprimido, válvulas de aspiração em ar comprimido e vácuo, fluxômetros de ar comprimido e oxigênio)
- Manter paredes montadas com umidificadores limpos, secos e com látex fechados na embalagem estéril
- Receber os pacientes de forma humanizada, identificando-se com nome e função
- Oferecer atendimento integral, não expondo o paciente (usar biombos)
- Puncionar acesso venoso periférico com Scalp e quando necessário com abocath
- Encaminhar exames solicitados pelo médico emergencista (lab, ecg, tomo,rx)
- Transportar paciente para exames de imagem e, conforme gravidade, permanecer acompanhando-o
- Encaminhar consultorias solicitadas, registrar no caderno de controle.
- Consultoria da saúde mental é necessário a presença de 1 acompanhante e orientar pacientes e familiares horário que será avaliado.
- Administrar medicação conforme prescrição médica, conferindo as 9 certos
- Explicar para o pacientes todos os procedimentos que serão realizados
- Rotular com data e turno, equipos, abocath, cânulas, polifix, extensores de soros, soros e medicações
- SEMPRE lavar as mãos antes e após procedimentos ou manuseio de pacientes
- SEMPRE usar luvas de procedimentos
- Usar EPIs (máscaras, aventais e luvas) quando paciente em isolamento
- Comunicar ao médico e enfermeira QUALQUER alteração com o paciente

- Auxiliar médico e enfermeira em procedimentos preparando o material a ser utilizado
- Manter ambiente limpo e organizado
- Os empréstimos de materiais permanente ou MAT/MED somente com MEMORANDO e autorização do enfermeiro
- Manter bacias, baldes, comadres e papagaios limpos no expurgo da emergência
- Lavar o material, secar e guardar em local adequado utilizado durante procedimentos
- Manter organizado o material em estoque
- MANTER SILÊNCIO Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
- Solicitar presença de familiares para efetuar internação hospitalar ou acionar assistente social
- Transferir o paciente unidade de Retaguarda, conforme orientação médica, SOMENTE APÓS exames encaminhados e medicação administrada
- Encaminhar pacientes para outras unidades somente com autorização da enfermeira
- Ao final do turno de trabalho informar à farmácia, em folha específica e devidamente assinada pelo enfermeiro, o número da FA e o medicamento usado pelo paciente
- Carimbar e assinar na FA todos os procedimentos feitos

Sala de Emergência

Rotina da sala de emergência (vermelha)

- organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- verificar lote e prazo de validade dos materiais e dos medicamentos;
- solicitar a troca e reposição dos medicamentos, se necessário;
- limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- checar diariamente o funcionamento da rede elétrica (tomadas 110v e 220v, devidamente identificadas, lâmpadas, focos, etc).
- conferir material da sala diariamente ou conforme a rotina da unidade e após o atendimento de urgência;

- diariamente testar o funcionamento do aspirador de parede e manual, do laringoscópio, checar as pilhas, verificar a luminosidade das lâmpadas das lâminas;
- manter os frascos coletores do aspirador limpos e secos;
- trocar as extensões de borracha e encaminhar para lavagem
- deixar a ponta da extensão do aspirador protegido com saquinho de plástico;
- deixar o frasco umidificador de oxigênio seco, colocar água somente no momento do uso, após o uso proceder com a lavagem.
- anotar todos os procedimentos realizados em impresso apropriado, preenchendo todos os dados, com letra legível e a assinatura e número do coren.

Atendimento da sala de emergencia

- afastar outros pacientes curiosos e deixar acesso livre para passagem de maca e ambulância.
- a sala vermelha é o local destinado ao atendimento a pacientes com agravos à saúde, independente da sua etiologia, portanto, com agravos clínicos, traumáticos e psiquiátricos, sejam eles adulto, criança, gestante ou idoso. Desta forma o atendimento ao paciente grave, na sala de urgência, exige requisitos, que estão diretamente relacionados ao sucesso da assistência, cabendo à equipe atitudes decisivas, rápidas e com grande capacidade de julgamento.
- para o desenvolvimento das atividades, caberá ao enfermeiro a responsabilidade no planejamento, organização e manutenção da sala de emergência, coordenando a equipe de enfermagem, e zelando pelo bom atendimento juntamente com os demais profissionais. Para tanto alguns pontos básicos e essenciais, deverão ser cumpridos conforme rotina previamente estabelecida, que envolvem requisitos específicos e os referentes à equipe de enfermagem.

Requisitos específicos:

- a disposição dos materiais e equipamentos, na sala vermelha, deverá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe (ordem alfabética, ordem

numérica, padronização de cores por sistemas, sistematização dos a-b-cs, etc.), disposto de forma organizada, devidamente identificado, com fácil acesso, que permita um atendimento adequado, sem atropelos de pessoal circulante, sem o armazenamento de materiais semelhantes em vários pontos, e não muito distante do paciente;

- a quantidade de materiais e medicamentos, a ser estipulada, deverá obedecer a casuística do serviço, obedecendo as peculiaridades de cada local, de forma a permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a falta dos mesmos venha prejudicar o atendimento;

- todo material e medicamento de consumo deverão ser discriminados e quantificados em uma relação (check-list), facilitando a conferência, que deverá ser realizada diariamente, a reposição deverá ser realizada após cada atendimento, ou no máximo, no final de cada plantão;

- checar no início de cada plantão ou, se possível, após cada atendimento, o funcionamento da rede de gases, o aspirador com as extensões de borracha, o monitor/desfibrilador, eletrocardiograma, ressuscitador manual, laringoscópio, dentre outros equipamentos.

- após o uso do aspirador, encaminhar ao expurgo para lavagem com água e sabão, mantendo-o sempre limpo e seco, protegendo a ponta da extensão do aspirador com um saquinho plástico, ou ainda, conectada a uma sonda própria para aspiração;

- deixar o frasco do umidificador de oxigênio seco, colocando água somente no momento do uso, e após encaminhá-lo para lavagem e desinfecção;

Sala de Curativo

Técnica de Curativos - Colocar somente o material necessário a ser utilizado para realização do curativo (solução fisiológica, gaze, esparadrapo, fita adesiva, conjunto com 3 pinças, cobertura previamente escolhida, luvas de procedimento, bisturi descartável, recipiente para descarte de material perfuro-cortante, recipiente para material contaminado, cesto de lixo); - Explicar ao paciente o que será realizado; - Remover o curativo existente; - Proceder à limpeza com S.F 0,9%, sobre a lesão; - Não provocar atrito desnecessário; - Remover todo tecido desvitalizado (necrose, fibrina ou queratose); - Aplicar novamente o jato de S.F. a 0,9%; - Secar toda a pele

ao redor da lesão; - Aplicar cobertura indicada; - Ao terminar o curativo: retirar as luvas, lavar as mãos, digitar procedimento no Sistema de Informação e descrever o aspecto da lesão (tipo de secreção, quantidade, característica do tecido) - As soluções anti-sépticas degermantes são contra-indicadas em lesões abertas, pois os tensoativos afetam a permeabilidade das membranas celulares, produzem hemólise e são absorvidos pelas proteínas, interferindo prejudicialmente no processo cicatricial, interrompendo a síntese do colágeno.

Leitos de Observação

Rotinas e Regras - Atendimento na Clínica Médica e Pediátrica

- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornecer informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica do pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Assinatura e/ou confecção da prescrição médica no máximo até as 15h (prazo de validade de uma prescrição) porém preferencialmente no período da manhã.
- Fornecer informações ao enfermeiro e demais componentes da equipe multiprofissional do andar sobre a situação clínica do pacientes, programando em conjunto o plano terapêutico e os cuidados a serem seguidos.
- Para melhor adequação da relação interprofissional e por conseguinte mais eficiência do plano assistencial, portar-se de maneira respeitosa com todos os componentes da equipe multiprofissional do andar, evitando atitudes que configurem autoritarismo e desrespeito pessoal.
- Obedecer à política que define os critérios de internação e transferência de pacientes da CM.
- Obedecer rigorosamente ao fluxo institucional de internação e alocação de pacientes em leitos, evitando reservar leitos diretamente no andar.
- Obedecer às normas de preenchimento de prontuários, com todas as anotações de internação, alta, prescrição, autenticação de ordens verbais, evolução médica com letra legível e com identificação adequada.

- Disponibilizar BIP ou telefones para contato, respondendo prontamente, quando acionados pela equipe multiprofissional, e atualizando regularmente seu cadastro junto à diretoria clínica.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política antitabagismo, evitando autorizar o tabagismo nas dependências do hospital, em particular nos quartos.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para pacientes psiquiátricos, obedecendo aos critérios estritos para internação desses pacientes e colaborando com a adesão às recomendações de restrição de saídas do leito e obrigatoriedade de permanência de acompanhantes.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à entrada de profissionais externos à Instituição, no cuidado ao paciente (enfermeiros, cuidadores, etc.).
- Adesão a protocolos institucionais para atendimento de urgência/emergência.
- Atuar de acordo com normas Institucionais com relação à política para prevenção de infecções hospitalares, incluindo uso racional de antibioticoterapia profilática em procedimentos cirúrgicos.
- Adesão a protocolos médicos institucionais, respeitando sua avaliação clínica do caso (analgesia, heparinização).
- Atuar de acordo com normas institucionais relacionadas à alta do paciente, assinando a alta em horário que viabilize a não-ocorrência de nova diária, preferencialmente até 8 horas da manhã.
- Atuar de acordo com normas Institucionais relacionadas à alta do paciente evitando dar licenças aos pacientes. Na eventual necessidade desta prática, seguir a norma de dar alta e reinternação posterior.
- No atendimento ao paciente não fazer distinção de origem, raça, sexo, religião, cor idade, diagnóstico ou qualquer forma de preconceito.
- Portar sempre crachá de identificação ao se deslocar dentro das instalações do hospital.
- Participar ativamente de fóruns de especialidades da Instituição.

- AÇÕES PARA GESTÃO DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Os atendimentos médicos de especialidade serão executados na Unidade Mista de Saúde – Roseira / SP, localizado a Rua Roque Vieira da Silva, nº s/n, Centro, Roseira/SP.

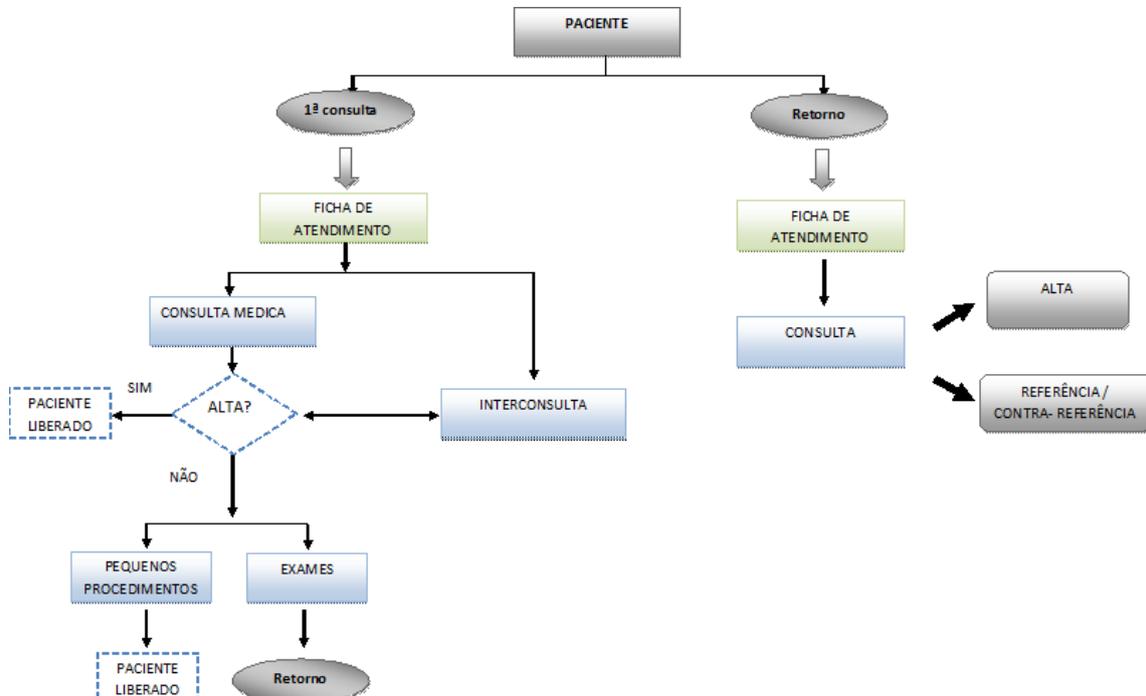
O AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE deverá manter o atendimento médico das 08:00 as 16:00 horas em funcionamentos de segunda a sexta – feira, conforme agenda dos profissionais médicos, nas seguintes especialidades: Endocrinologista, Clínica Geral, Ginecologia/Obstetrícia , Psiquiatria, Pediatria, Médico Ultrassonografista .

O Ministério da Saúde define a média complexidade como: ações e serviços de saúde que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, que exigem a utilização de equipamentos e profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Está integrada à Atenção Básica através de um sistema de regulação.

Na média complexidade também são desenvolvidas ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. As unidades da média complexidade e suas equipes desenvolvem ações distintas, em função do foco das situações de saúde/doença e dos grupos populacionais a que se destina o cuidado. Os atendimentos neste nível de atenção são programados e encaminhados das unidades da Atenção Básica e da própria Rede Especializada, através de agendamentos, na Central de Regulação.

- AÇÃO 1: ORGANIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Fluxo de atendimento



ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

O atendimento ambulatorial, compreende:

- Primeira consulta;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos);
- Procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas;
- Cirurgias ambulatoriais - menores;
- Serviço de Apoio Diagnósticos e Terapêutico interno e externo;

- **Primeira consulta:** Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede municipal de saúde, ao **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**, para atendimento em uma determinada especialidade médica.

- **Interconsulta:** é a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade com solicitação gerada pela própria unidade **AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**, tanto no que se refere ao atendimento médico quanto ao atendimento não médico.

- **Consulta subsequente:** são todas as consultas de seguimento ambulatorial (retorno), em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das Interconsulta.

- **Procedimentos terapêuticos não médicos:** são os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como: psicologia psicoterapia, etc. Os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não medicas. Consultas realizadas pelo serviço social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

- **Cirurgias ambulatoriais:** São intervenções cirúrgicas ambulatoriais, aqueles procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificadas como:

- **Cirurgia menor ambulatorial (cma):** Os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultórios, sem a presença de médicos anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

- ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO

Do tratamento ao paciente:

- Tratamento humanizado.
- Gentileza e educação.
- Lembre-se que o paciente é um ser humano como você, trate-o muito bem, pois ele esta precisando de sua atenção.
- O paciente idoso requer cuidados e tratamento diferenciado.

- O uso do bom senso.
- Harmonia e integração entre os profissionais.
- Cooperação entre os colegas.
- Conscientização dos deveres do profissional.

Dos agendamentos de consultas:

Distribuição de consultas:

60 % para Casos Novos (1ª consulta);

35 % para Retorno.

5 % para Interconsultas

- As consultas só poderão ser agendadas num prazo de trinta dias, não mais que isso.

- Primeiras consultas:

Todas as primeiras consultas serão agendadas de acordo com as vagas cedidas para as Secretarias Municipais de Saúde.

- Consultas de retorno:

Somente serão agendadas consultas de retorno, aquelas solicitadas pelo médico da especialidade, que deverá fazer por escrito em formulário próprio para marcação de retorno.(formulário anexo) Estas serão agendadas também num prazo máximo de trinta dias ou quando os exames solicitados ficarem prontos. Estes retornos terão uma cota de 35% das consultas existentes.

- Do horário e marcação de consultas:

As consultas serão marcadas no período da manhã das 7h às 9h num intervalo de 15 / 15 min. e a partir das 9h num intervalo de 10 / 10 min. No período da tarde das 13h às 15h num intervalo de 15 / 15 min. e a partir das 15h num intervalo de 10 / 10 min. Conforme a especialidade e aprovação desta diretoria.

- A tolerância de atraso é de 15 min, atrasos superiores ao determinado deverão ser solicitado autorização médica e o mesmo deverá aguardar para ser atendido ao final das consultas.

- Não haverá encaixe nas agendas dos médicos, ao menos que seja solicitado por ele próprio ou por esta diretoria.
- Deverá ser avisado ao paciente quanto o agendamento de sua consulta, para que cheguem 30 min. antes do horário marcado. Também deverá ser orientado a trazer exames que possam auxiliar o tratamento médico

- Das Interconsultas:

- Os médicos deverão preencher o formulário de interconsulta com todos os dados possíveis para melhor triagem (formulário anexo). (Obs: As interconsultas serão solicitadas apenas para fechamento de diagnóstico)
- As informações que faltarem, deverão ser preenchidas pelos Recepcionistas e a seguir encaminhadas a Enfermeira (Central de Regulação).
- Toda interconsulta, solicitada pelos médicos do Ambulatório deverão ser encaminhadas a Enfermeira (Central de Regulação) para aprovação e posteriormente realizar o agendamento.
- As interconsultas autorizadas serão encaminhadas ao setor de Agendamento para realização do agendamento das consultas.
- Após o agendamento, informar ao paciente através de contato telefônico o horário e o dia de sua consulta.
- Casos omissos nessas normas deverão ser encaminhados a Coordenação, para orientação.

- FLUXOS

Atendimento

- Abastecer os consultórios com os impressos necessário para especialidade
- Orientar ao paciente para retirada da senha.
- Verificar os documentos do paciente, verificar se a consulta está agendada, confirmar a presença no sistema.
- Avaliar a ficha de atendimento com as informações descritas (nome, data de nascimento, endereço, cep, identidade, telefone, raça e cor).
- Solicitar a assinatura do paciente na ficha de atendimento.
- Encaminhar o paciente ao consultório médico.

- Informar o paciente como proceder para a marcação de pedidos de exames e retorno.
- Avaliar se há pendências nas fichas de atendimento, solicitação de exames e contra-referência. (Assinatura, carimbo e preenchimento correto).
- Cadastramento de exames solicitados pelo especialista do Ambulatório em planilha apropriada.

- Abertura de Agenda

- Cadastrar e habilitar funcionários para acesso grades de agendamento de consultas.
- Informar a abertura das grades de atendimento das especialidades através de memorando.
- Confeccionar grade de agendamento de especialidades, de acordo autorização da Diretoria Administrativa.
- Confeccionar agenda (perfil) conforme dados informados em memorando.
- Distribuição de vagas geradas: 60% Casos Novos (Primeira Consulta) 35% Retornos e 5%.
- Interconsultas, ou de acordo com a necessidade.
- Liberar grade de agendamento de retorno no sistema.
- Liberar grade de agendamento de casos novos no sistema.
- Verificar vagas disponíveis para marcação de consultas dos formulários de interconsultas e listas de espera.
- Verificar vagas ociosas por especialidades e exames e comunicar as SMS.

- Marcação de Retorno

- Efetuar agendamento, imprimir filipeta com a data e o horário da consulta agendada e orientar o paciente se necessário algum preparo.
- Organizar lista de espera para especialidades com as vagas esgotadas.
- Agendar consultas no prazo pré-determinados pelos médicos (15, 30 ou após realização de exames).

- Agendar os pacientes da lista de espera, informando data e hora da consulta
- Entrar em contato (via telefone) com os pacientes agendados na lista de espera informando data e horário da consulta ou exame e preparo quando necessário

-Emissão de Relatórios Estatísticos

- Dar presença diariamente no Sistema Informatizado do Ambulatório.
- Emitir relatórios mensais de Primeira Consulta, Retorno e Interconsulta por especialidade e médico.
- Emitir relatórios mensais de demanda reprimida de exames.
- Emitir relatórios mensais de Comparativo de vagas enviadas e utilizadas pelas Secretárias de Saúde.
- Emitir relatórios mensais de Absenteísmo por especialidade e SMS.
- Emitir relatórios mensais de Altas por especialidade e SMS.
- Verificar vagas disponíveis no bolsão, através do sistema Cross.

– ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

- AÇÕES PARA GESTÃO DA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA/ATENÇÃO BÁSICA

Os atendimentos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) serão executados nas Unidades Básica de Saúde:

- ESF BARRETINHO, na avenida Portugal, n.º 191 – Barretinho – Roseira/SP
- ESF JARDIM PRIMAVERA, na avenida Benedito Monteiro Santos Franca Filho, n.º 101 – Jardim Primavera – Roseira/SP
- ESF PEDRO LEME, na rua Benedito Monteiro, n.º s/n – Pedro Leme – Roseira/SP
- ESF ROSEIRA VELHA, na rua Purcília Vieira dos Santos, n.º 01 – Roseira Velha – Roseira/SP.

Horário de Funcionamento: Segunda à Sexta-Feira das 8:00h às 17:00 h

Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) 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.

a) Território adstrito (Territorialização)

A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, as condições de saúde da população adstrita.

Nesse contexto, a territorialização em saúde se coloca como uma metodologia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes, desenhando novas configurações *loco regional*, a partir do reconhecimento e esquadramento do território, segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN, BARCELLOS, 2005).

Alguns dos pilares de uma noção de territorialização mais abrangente seriam, então, a valorização:

- da experiência cotidiana das populações locais;
- dos usuários do sistema;
- dos profissionais de saúde formados na própria comunidade, nesse caso, os ACSs.

Precisa-se, portanto, cuidar do território, da saúde do município, além da saúde das pessoas, e, para que isso aconteça, exige-se que as pessoas que lá vivem participem da definição dos problemas prioritários e de sua resolução, incluindo aqui, também, o reconhecimento das suas potencialidades. É a partir do fortalecimento da solidariedade local que se podem pensar as intervenções tomando a população como sujeita, inserindo-a nos processos, estimulando o compartilhamento de decisões e a responsabilidade cidadã.

É preconizada a atuação de vigilância em saúde sobre os ambientes comunitários, de reprodução social, pois estes determinam os problemas e as necessidades sociais de saúde. A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde à área de abrangência

de cada unidade básica de saúde. Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

- TERRITÓRIO-DISTRITO – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- TERRITÓRIO-ÁREA – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- TERRITÓRIO-MICROÁREA – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;
- TERRITÓRIO-MORADIA – lugar de residência da família.

Como se observa no quadro abaixo, cada um desses territórios constitui um objeto de ação diferenciado e se sustenta em campos de conhecimento distintos. A lógica de existência destes recortes diz respeito ao próprio objetivo de atuação: as práticas de saúde.

Território	Lógica de existência	Extensão territorial	Objeto de Ação	Delimitação Territorial / Fronteiras
Distrito Sanitário	- caráter político - administrativo – assistencial	- município: subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios;	Técnico – administrativo assistencial	- Físico – jurídicas
Área	- Abrangência geográfica de Unidades de Saúde - caráter administrativo – assistencial	- Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores da saúde e da população; e pelas barreiras físicas;	- Organização básica da prática de assistência à demanda;	- Físico – jurídicas;
Microárea	- Homogeneidade socioeconômica - ambiental e sanitária – cultural – caráter socioeconômico – cultural – ambiental	- Áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde;	- Contexto de vulnerabilidade em saúde – para a intervenção da Vigilância em Saúde;	- Condições de vida e situação de saúde;
Moradia	- Família nuclear ou extensiva;	- Domicílio; Habitação; Condomínios;	- Vigilância em saúde: hábitos sanitários e cidadania	- Físico / jurídicas;

Mapeamento

O mapeamento e o conhecimento sobre a sua área, um retrato de sua micro área vista de cima que, ao ser observado, mostra com clareza os locais onde se encontram os principais problemas de saúde e do meio ambiente.

Ao desenhar o mapa, você representa, no papel, o que existe na micro área: ruas, casas, prefeitura, escolas, serviços de saúde, feira, comércio, igrejas, correio, posto policial, rios, pontes, córregos e outras coisas importantes.

A partir do reconhecimento da área através da confecção do mapa e do estudo da área, é possível desenhar a cobertura de assistência necessária para o território.

Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

A análise territorial implica uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isto permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem, e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde.

Os mapas de saúde permitem, entre outras funções, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares, gerando hipóteses sobre causas. Além disso, os padrões espaciais de distribuição de determinado agravo são indicadores da maneira como cada território está estruturado demográfica, social e ambientalmente. Os fluxos de pacientes, do local de residência ao local de atendimento, podem ser visualizados por meio de mapas. Também fontes de contaminação ambiental podem ser detectadas pela concentração de agravos relacionados ao problema em torno do foco. Além disso, os mapas permitem localizar grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, contribuindo na orientação de medidas preventivas.

Por fim, a análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas "diferentes dimensões do processo de saúde-doença", ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões não estão separadas, e sim relacionadas, e muitas vezes são causas, efeitos ou

condições que direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais.

Cadastramento

O cadastramento, praticamente delegado exclusivamente ao ACS, é realizado mediante o preenchimento de fichas padronizadas que ajudam na definição precisa do território. Esse cadastro está organizado nas dimensões domiciliar e individual.

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adstrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que esse é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de ESF e as famílias. A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidade cadastradas.

Sistema de Informação da Atenção Básica

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos Sistemas de Informações em Saúde, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. O cadastro era gerido pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) que foi substituído pelo novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que moderniza a plataforma tecnológica, por meio do software e-SUS AB (BRASIL, 2013). Esse é composto pelo Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e seus instrumentos de coleta de dados e pelo sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade.

Outro avanço do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas pelas seguintes equipes: Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (CnR), Atenção Domiciliar (AD), polos de Academia da Saúde, assim como as ações das equipes participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2013).

O sistema de Cadastramento Domiciliar Simplificado utiliza sete fichas para o registro das informações, as quais estão divididas em três blocos:

Cadastro da AB, Fichas de Atendimento de Nível Superior e Ficha de Atendimento de Nível Médio e outros.

Acesso e vínculo

Na perspectiva de se garantir acesso aos usuários e aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde preconiza o Acolhimento à demanda espontânea nas unidades como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, dispositivo de reorganização do processo de trabalho da equipe em função das reais necessidades do seu território, além de promover a vinculação e responsabilização das equipes para com seus usuários.

O Acolhimento permite conhecer a população que esta demandando serviços de saúde, sendo subsidio para a construção das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde da população (BRASIL, 2012).

Todos os profissionais tem por atribuição participar do acolhimento desde que se garanta a escuta qualificada das necessidades de saúde com uma primeira avaliação, observando o risco e vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos dos usuários que procurem a unidade de saúde.

O Acolhimento à demanda espontânea pode ocorrer de diversas formas, são alguns exemplos de modalidades de Acolhimento:

- Acolhimento pela equipe de referencia do usuário;
- Equipe de acolhimento do dia;
- Acolhimento misto (equipe de referencia do usuário + equipe de Acolhimento do dia);
- Acolhimento coletivo;

O principal papel do profissional no momento do Acolhimento, ou seja, “na primeira escuta do usuário”, e organizar a demanda de acordo com a necessidade individual e a equipe deve estar atenta a:

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;
- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;

- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, administração de medicação, espera de remoção para outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea;
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

Os ACS, sob a supervisão e orientação dos enfermeiros de suas respectivas equipes, promoverão o mapeamento das áreas sob sua responsabilidade (micro área), cadastrando as famílias ali residentes, identificando os pontos de potencial risco epidemiológico e sanitário, identificação de lideranças locais e outros aspectos que lhe garantam a apropriação do território sob seu controle.

As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Concluída e territorialização e mapeamento passa-se ao trabalho de acompanhamento das famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família. A produção mínima de procedimentos por equipe de Saúde da Família respeitará a linha de base para territorialização.

Estas visitas acontecerão de forma regular e em situações de normalidade. Outras visitas serão realizadas sempre que o caso exigir, conforme protocolo desenvolvido pela Instituição.

As consultas atendem o escopo da estratégia e são destinadas a toda a família, sem distinção de qualquer espécie.

Ainda em relação ao atendimento médico, alguns períodos da semana serão inicialmente destinados às visitas domiciliares.

Outro aspecto importante para o bom funcionamento das equipes de saúde da família é a integração de seus componentes. Para isso, propomos que em um período por semana toda a equipe estará reunida para a discussão dos casos havidos naquela semana, buscando soluções e fazendo circular a informação entre a equipe.

Além dessa reunião geral, o enfermeiro responsável pela equipe reunir-se-á diariamente com os ACS, no início e no final do dia.

As equipes das unidades de saúde tem ainda como meta a criação de grupos de patologias para enfrentamento das situações de risco e promoção de ações para a melhoria da qualidade de vida.

Atuação dos Profissionais que Compõem A ESF

(Conforme disposto na Portaria GM/MS 2.488/2011)

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

II - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV - realizar ações de educação em saúde a população adscrita, conforme planejamento da equipe;
- XV - participar das atividades de educação permanente;
- XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
- XIX - realizar ações e atividades de educação sobre o manejo ambiental, incluindo ações de combate a vetores, especialmente em casos de surtos e epidemias;
- XX - orientar a população de maneira geral e a comunidade em específico sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- XXI - mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

XXII- discutir e planejar de modo articulado e integrado com as equipes de vigilância ações de controle vetorial; e

XXIII - encaminhar os casos identificados como de risco epidemiológico e ambiental para as equipes de endemias quando não for possível ação sobre o controle de vetores.

Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Do enfermeiro:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

V - contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou

necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;

IV -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e

V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Do Médico:

I - realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;

II -realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI -contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e

VII -participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;

II - cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;

III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

IX - ocorrendo situação de surtos e epidemias, executar em conjunto com o agente de endemias ações de controle de doenças, utilizando as medidas de controle adequadas, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores, de acordo com decisão da gestão municipal.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Cirurgião-Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento,

reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

III - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;

IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;

V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VIII - processar filme radiográfico;

IX - selecionar moldeiras;

X - preparar modelos em gesso;

XI - manipular materiais de uso odontológico; e

X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Além das atribuições legais dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, a ABEDESC propõe outras atribuições/atuações destes profissionais.

Estas competências são sugestões da ABEDESC que antes de sua efetiva implantação serão discutidas com a equipe técnica da Secretaria Municipal para sua eventual adequação e implantação.

Visita domiciliar

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho.

Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada a realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

Reunião de equipe

Para obter melhor impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações da ESF tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas que estejam integrados e sejam capazes de desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto para cada paciente e/ou família.

A ABEDESC acredita que por meio das reuniões com todos os membros da equipe, e possível conhecer e analisar o trabalho, verificando as atribuições específicas e do grupo, na unidade, no domicílio e na comunidade; compartilhando conhecimentos e informações para o desenvolvimento do trabalho em equipe; participação na formação e no treinamento de pessoal auxiliar, voluntários e estagiários de outros serviços, preparando-os para identificar os principais problemas biológicos, mentais e sociais da comunidade. Sendo atribuição comum de todos os componentes da ESF organizar e participar de reuniões de equipe, de forma periódica, a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis.

Consulta de Enfermagem / SAE

O Processo de Enfermagem (PE) possibilita ao enfermeiro aplicar os conhecimentos técnico-científicos e uma teoria de enfermagem. Possui como objetivo embasar a ação deste profissional favorecendo o cuidado e a organização das condições necessária para que ele seja realizado (FIGUEIREDO et al., 2006).

Segundo Nóbrega e Garcia (2005), o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) busca a universalização da linguagem de enfermagem para evidenciar os elementos de sua prática. Esses elementos são: o que os exercentes da enfermagem fazem (intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), para alcançar resultados esperados (resultados de enfermagem).

A enfermagem conta com alguns sistemas de classificação que possibilitam o cuidado em uma linguagem uniforme e cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do processo de enfermagem. Os mais conhecidos são: classificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing

Diagnosis Association International (NANDA-I), que passou a incorporar o termo internacional em 2002; classificação de intervenções de enfermagem - Nursing Interventions Classification (NIC); classificação de resultados de enfermagem - Nursing Outcomes Classification (NOC); Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

A partir dos anos 70 os diagnósticos de enfermagem começaram a ser classificados em uma linguagem padronizada, por meio da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Esta classificação diagnóstica evoluiu de lista alfabética para um sistema taxonômico, que permanece em constante desenvolvimento.

De acordo com Santos e Cubas (2012), outra classificação que vem sendo utilizada mundialmente e que faz parte da Família de Classificações da Organização Mundial de Saúde, foi proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). Trata-se da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE®), cuja primeira versão foi publicada em 1996.

Em 2011, foi lançada sua sexta versão, denominada de CIPE® 2011, em vários idiomas, inclusive português. Diante da evolução histórica ocorrida no sistema de saúde brasileiro, principalmente em decorrência da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas estratégias de mudança do modelo assistencial, o enfermeiro, como profissional, insere-se em uma equipe multidisciplinar e busca a orientação de suas ações por meio de metodologias com potencial para um desempenho de suas funções de maneira competente, científica e que torne sua prática visível.

Dentre elas está o uso de terminologias para definir a prática de enfermagem no contexto da Atenção Primária em Saúde. Com o intuito de dar sua contribuição, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000, elaborou e desenvolveu o projeto da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Um dos objetivos desse projeto era identificar os termos usados pela enfermagem brasileira na Atenção Primária em Saúde e incluí-los na classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Parte dos resultados deste processo de

investigação originou o inventário vocabular da CIPESC (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

A Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), é um sistema de classificação de problemas desenvolvido pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) com objetivo de catalogar problemas próprios da Atenção Primária em Saúde (APS) que pode ser utilizado por profissionais de todas as áreas.

Em atenção primária frequentemente o diagnóstico etiológico não é o mais importante, deste modo, a CIAP foi desenvolvida para abarcar limitações da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no contexto de cuidados primários em saúde e tem como principal critério de sistematização a pessoa, incluindo o contexto social e não a doença. Apresenta estrutura simples, fundada em dois eixos: 17 capítulos e sete componentes comuns aos capítulos. Suas principais características inovadoras são a incorporação de queixas expressadas pelos pacientes e problemas de natureza social. Para isso, incorporou uma lista de sinais e sintomas, procedimentos e diagnósticos mais comuns na atenção básica.

A CIAP sofreu uma adaptação, publicada em 1998 como CIAP-2, para permitir comparabilidade com a CID-10, uma vez que seu objetivo não é substituí-la, mas sim complementá-la (WONCA, 1998).

Segundo descrito em folder informativo do Ministério da Saúde, a CIAP permite realizar a classificação não apenas dos problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas também os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo uma sistematização desenvolvida por Lawrence Weed denominada de SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano). Também está explícito que a CIAP não substitui o Código Internacional de Doenças (CID), no entanto, permite identificar os motivos pelos quais as pessoas procuram os serviços de saúde que podem ser de sofrimento ou enfermidade "mesmo que não sejam doenças objetivamente evidenciadas por qualquer tipo de exame", possibilitando conhecer melhor a demanda dos pacientes.

De acordo com informação na página eletrônica do Portal da Saúde, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações

da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão (BRASIL, 2012).

Para atingir estes objetivos o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria 1.412, 10 de julho de 2013, substituiu totalmente o sistema de informação atual denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2013). Diante dos diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, o SISAB oferece dois sistemas de software que podem operar tanto em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que não possuem computador quanto em UBS que dispõem de computador nos consultórios e salas de atendimento.

O sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é formulado para atender às UBS parcialmente ou totalmente informatizadas. Esse sistema é usado para inserir os registros clínicos dos atendimentos e também as fichas de CDS preenchidas pela equipe em seu processo de trabalho.

No sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o uso da CIAP se dará em 3 itens das notas de evolução SOAP: motivo de consulta (subjetivo), problema de saúde detectado (avaliação) e intervenção (plano) durante o atendimento, sendo um campo de preenchimento obrigatório. No que tange a Enfermagem é muito importante destacarmos que a consulta de Enfermagem está respaldada pelo Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL; 1987) e na Resolução COFEN nº 159/93, que dispõe sobre a consulta de Enfermagem e resolve em seu Art. 1º "Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

A Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, refere:

[...] § 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; 2009).

Destaca-se também o Parecer COREN-SP 056/2013 – CT, que trata da utilização do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) no Processo de Enfermagem, explicitando que:

[...]

o método SOAP baseia-se num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações ou intervenções e fornece dados para a avaliação dos resultados de enfermagem, assim sendo, contempla o Processo de Enfermagem e pode ser utilizado para registro no prontuário (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO; 2013).

Observamos que nas notas de evolução SOAP utilizadas no e-SUS/SISAB, no ítem "S" (subjetivo) e no ítem "A" (avaliação) o profissional descreve sua avaliação sobre a demanda trazida, não necessariamente consistindo num diagnóstico etiológico (diagnóstico médico). Neste sentido, a CIAP-2 se configura em um sistema de classificação mais abrangente, abordando questões psicossociais e outras situações de vulnerabilidade vivenciadas na atenção básica.

Participação do usuário

Direito de todo cidadão, a saúde vem sendo assumida desde a Constituição de 1988 como uma responsabilidade do Estado, regulamentado pela Lei n. 8080 (Lei Orgânica da Saúde) do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Decreto n. 7408 e Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A participação do usuário ou a participação social se dá em diversos níveis, passando do vínculo do usuário a equipe de saúde da família, destacando-se, preponderantemente, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conquistou a empatia do usuário e representa o elo entre o poder público e a comunidade, além de ser o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da Equipe de Saúde da Família.

Outra forma de participação social do usuário é através dos Conselhos de Saúde que podem ser Nacional, Estadual, Municipal e Local sendo instâncias coletivas com poder de decisão, ligadas ao Poder Executivo. São compostos por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços, nos quais se consolidam o controle social e a gestão no processo de construção coletiva do cuidado em saúde no País.

Direitos dos usuários

Os direitos do usuário estão descritos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que se baseia nos princípios básicos da cidadania e caracteriza-se como uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento à saúde, passando sobremaneira para construção coletiva da saúde.

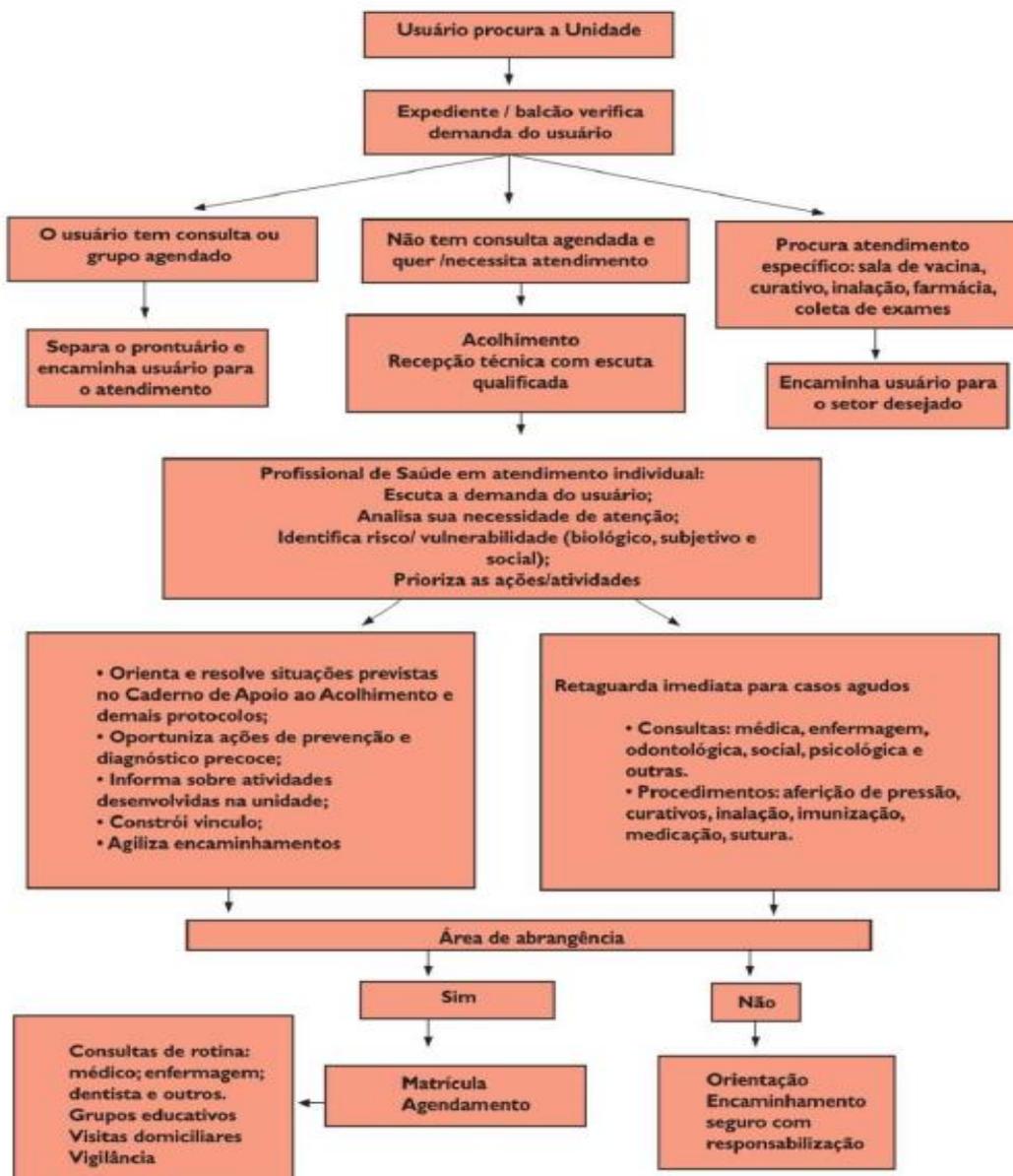
Faz-se importante ressaltar que a responsabilidade dos profissionais de saúde disponibilizarem a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde aos usuários nas unidades de saúde, bem como utilizar como ferramenta de trabalho das equipes da ESF a avaliação da satisfação do usuário em relação à acessibilidade geográfica, ao cuidado produzido pela equipe, ao vínculo, ao acolhimento e a resolubilidade.

Gestão do cuidado

A gestão do cuidado é uma ferramenta essencial para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas quais os profissionais devem coordenar a integralidade das ações prestadas aos usuários de saúde, coordenando-as na RAS através da organização do fluxo de usuários dentro dos pontos de atenção da rede e possibilitando a integração dos níveis assistenciais (OPAS, 2011).

A incorporação de ferramentas e dispositivos, para a gestão do cuidado tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, reconhecimento explícito das responsabilidades de cada nível, instrumentalizam os profissionais para a produção da gestão do cuidado (BRASIL, 2012).

- Fluxograma de atendimento das ESF(s) – Estratégia Saúde da Família



A Atenção Básica envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção através do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Para concretizar os objetivos propostos a ABEDESC irá desenvolver atividades de Atenção Básica, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria de Consolidação GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017, e alterações posteriores), durante todo seu horário de trabalho, conforme agenda definida junto à sua respectiva UBS e/ou USF e sob diretriz e supervisão de sua coordenação administrativa e técnica e correspondem a realização planejada e programa das seguintes atividades:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.);
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da Atenção Básica;

- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contra referência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

- Prever nos fluxos da Rede de Atenção à Saúde entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- 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, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência - ILP, abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a UBS;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento das Unidades de Saúde;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidades de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

- Ações para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes Saúde da Família e da Integração

O conjunto de normas e regulamentações formulado pelo Ministério da Saúde, afeito à Estratégia Saúde da Família, é criticado por alguns importantes atores da Saúde Pública Brasileira por ser “excessivo” e por “homogeneizar” as atividades das Equipes SF, em todo o território nacional, sem considerar as necessidades e as especificidades locais.

Nesse cenário, a ABEDESC propõe que as programações das atividades sejam orientadas pelas demandas/necessidades dos usuários, bem como pela decisão da Equipe, a partir do perfil epidemiológico da população e da

realidade local. As Equipes SF, via de regra, estabelecem ações prioritárias, entretanto, concentradas em certos grupos populacionais, o que limita, sobremaneira, o alcance da Estratégia e a resolubilidade das Equipes SF.

Atividades de grupos como o do anti-tabagismo, do controle da hipertensão e do acompanhamento de gestantes, além de ações de educação em saúde com palestras e atividades para idosos e para a adolescência e juventude estão entre as principais solicitações das famílias nesse nível de atuação das Equipes SF.

As visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são atividades avaliadas de forma bastante positiva pelas famílias cadastradas, em diversos estudos e pesquisas sobre esse tema.

A ABEDESC ressalta que a ampliação do acesso ao apoio diagnóstico (rede laboratorial) e ao terapêutico (assistência farmacêutica ampliada), acompanhada de qualificação em competências específicas de núcleo de cada profissional que compõe a Equipe SF, possibilitará aumentar a resolubilidade da Atenção Primária e efetivá-la como serviço de procura regular, reduzindo a necessidade de referência para a atenção especializada.

A expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família obriga à reorganização da Rede Assistencial para garantir o acesso integral. Observa-se intensificação dos processos regulatórios, sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, embora ainda seja necessário adequado monitoramento, com estabelecimento de metas de desempenho e definição de indicadores para o acompanhamento das filas de espera e para a garantia do acesso.

A ABEDESC entende que a atribuição da competência da solicitação de exames aos (às) enfermeiros (as), qualificará e aumentará a resolubilidade clínica do trabalho destes profissionais, todavia, deve ser monitorada para se evitar solicitações desnecessárias.

Atividades regulares de articulação entre as diversas coordenações da SMS do município de Roseira e da coordenação técnica da ABEDESC também poderão potencializar a redução da fragmentação.

- NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Os NASF fazem parte da AB, mas não se constituem um serviço com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (esses, quando necessários devem ser regulados pela ESF). Os mesmos foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (BRASIL, 2012).

São constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF, das equipes de AB para populações específicas (Consultórios de Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais Etc.) e Academia da Saúde, atuando diretamente no apoio matricial as equipes as quais o NASF está vinculado e no território dessas equipes (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012, p.70), são atividades desenvolvidas pelo NASF: “discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de Projetos Terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.”.

- O Matriciamento como Processo de Trabalho do NASF

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas, que são elas: Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio. Diante disso a ABEDESC desenvolve algumas ações para a efetivação das referidas ferramentas, que tem por finalidade:

- Favorecer a compreensão sobre o que é o NASF;
- Melhorar a comunicação entre NASF e ESF;
- Realizar ações compartilhadas para uma intervenção transdisciplinar, com trocas de saberes entre profissionais envolvidos, visando ampliar o olhar sobre determinada situação/ caso e assim, dar melhor direcionamento às ações;

- Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir da discussão entre NASF e ESF;
- Promover a co-responsabilidade do usuário aos serviços de saúde;
- Oferecer mais qualidade nas intervenções junto a população.

A seguir apresentamos as propostas mais especificamente relacionadas ao matriciamento:

a) Projeto Terapêutico Singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.

Para tanto, as equipes elegerão usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis para as discussões do PTS, estas deverão ocorrer nas reuniões periódicas de matriciamento entre NASF e equipe de referência. Neste dia definem-se as propostas de intervenções (uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo), a divisão de responsabilidades e posteriormente a avaliação dos resultados (momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas alterações se necessário).

b) Consulta Conjunta: técnica de aprendizagem que reúne, na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família deste. Em vista disso, as equipes deverão realizar discussão prévia ao atendimento, orientar o usuário sobre esta abordagem e solicitar permissão junto a este. Prontamente será realizada a consulta propriamente dita, seguida de discussão de uma conduta compartilhada.

c) Visita Domiciliar Conjunta: recurso usado em última instância quando não há outra forma de abordagem, seja por dificuldade de acesso do usuário ao serviço ou mesmo na intenção de conhecer a realidade onde ele vive.

d) Contato a Distância: será disponibilizado contato via telefone e e-mail às UBS.

e) Prontuário Eletrônico: todas as situações onde elabora-se o PTS serão registradas pelo NASF em formulário/prontuário eletrônico.

- Visita domiciliar

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

Para ser bem feita, a visita domiciliar deve ser planejada. Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se, também, o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que o profissional tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho.

Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada a realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita (BRASIL, 2009).

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas às informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

- Orientações para as visitas domiciliares

- As visitas domiciliares na UBS devem ser sistematizadas e regulares para os usuários que dela necessitem e devem estar previstas nas ações programáticas da unidade;
- Nas UBS com ESF, agendar as visitas conforme a programação semanal, priorizando as situações de risco e outras demandas da equipe;
- Recomenda-se que sejam agendadas para o médico e o enfermeiro 8 a 16 visitas por semana, e para os auxiliares de enfermagem 18 a 24 visitas por semana, conforme agenda
- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem visitar 100% de suas famílias cadastradas no mês, estabelecendo uma meta diária de acordo com os períodos disponíveis, variando de 10 a 13 VD/dia, conforme agenda.

- O resultado de cada visita deve ser compartilhado com a equipe para o conhecimento e desdobramento de ações de cada caso conforme a sua realidade.
- Na saúde bucal, as visitas domiciliares serão agendadas a partir da identificação da necessidade pelo ACS e/ou demais membros da equipe da UBS.

- Proposta de Ações em Promoção à Saúde

Saúde do Adulto / Idoso

As ações em promoção à saúde do adulto / idoso envolvem as seguintes atividades:

1. Controlar a pressão arterial;
2. Orientar sobre dietas especiais e alternativas, práticas de esportes, trabalho e atividades da vida diária que afetam a saúde;
3. Orientar sobre a prevenção de doenças cardiovasculares – dieta, exercícios físicos e uso do cigarro e das bebidas alcoólicas;
4. Orientar sobre agentes externos causadores de doenças, como: alcoolismo, toxicomanias, tabagismo, poluição, etc.;
5. Orientar sobre a prevenção do câncer;
6. Orientar o idoso sobre limpeza e curativo de feridas, hidratação cuidados com os pés, alimentação, higiene corporal, atividade física, etc.
7. Orientar sobre a prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis;
8. Orientar as famílias para o cuidado e apoio aos pacientes crônicos e às pessoas idosas;
9. Organizar e supervisionar grupos de pacientes: hipertensos, diabéticos, gestantes, jovens (planejamento familiar, DST/AIDS), doentes mentais, etc.;
10. Promover o bem estar físico e psíquico da população com mais de 60 anos, incentivando sua permanência na comunidade.

Saúde da Mulher

As ações voltadas para a saúde da mulher envolvem:

1. Diminuir a morbi-mortalidade feminina por causas preveníveis e controláveis;