



É aplicado para se atingir metas dentro de um sistema de gestão e pode ser utilizado em qualquer empresa, independentemente da área de atuação.

Através do ciclo PDCA, os resultados e processos de trabalho devem ser analisados e medidos para identificar as fontes de variações que fazem com que os produtos não atendam às necessidades dos clientes.

Embora aparentemente seja de fácil compreensão, muitas vezes é difícil de se realizar em uma base contínua, devido à necessidade crescente de aprimorar a análise dos problemas e processos. Tem como etapas:

- **PLAN:** Planejar e estabelecer os objetivos e processos para alcançar os resultados esperados (objetivos e metas) e revisar componentes de processos para melhorar os resultados.
- **DO:** Treinar a equipe e executar o plano.
- **CHECK:** Avaliar o desempenho alcançado e divulgar os resultados.
- **ACT:** Decidir sobre as mudanças necessárias para melhorar o processo.

- Propostas de Diretrizes a serem Implantadas

- Clínica Ampliada e Gestão Da Clínica

De acordo com a portaria 3390, art. 11º, § 1º ao 5º e 8º, a instituição hospitalar irá garantir o acesso de forma acolhedor que contemple as necessidades socioculturais. Logo o atendimento será realizado de maneira interdisciplinar de forma a garantir a assistência integral baseada na lógica da clínica ampliada, onde as visitas serão diárias, com impresso próprio para realização da anamnese, com o intuito de agregar todas as dimensões do indivíduo, não somente as queixas baseadas em sinais e sintomas.

Assim a clínica ampliada torna-se um ambiente onde o usuário será visto não somente pelo seu diagnóstico patológico como em suas dimensões psicológicas, sociais e culturais; e a manutenção do bem-estar do profissional de saúde também deverá ser considerada. Portanto a responsabilidade sobre os usuários e profissionais são inerentes e indissociáveis na prática da clínica ampliada, onde deve ser realizado um diagnóstico real do conhecimento dos profissionais e usuários relacionados com o uso de tecnologias, criação de vínculos e ética que resultem no controle de agravos a saúde e na produção de saúde.

Portanto a clínica ampliada configura-se como um modelo de redefinição do ambiente de assistência, da relação médico-paciente-família, do conhecimento do campo de práticas, superando a atenção baseada no modelo biomédico.



A gestão da clínica ampliada estar concentrada na elaboração continua da reflexão para a tomada de decisões, promover e ampliar autonomia do indivíduo, elaboração do plano terapêutico singular, análise do resultado das intervenções, produzir bens e serviços, manutenção da instituição e desenvolvimento e realização profissional, elaboração de projetos e financiamento. Além de reconfigurar as relações interpessoais onde os gestores, profissionais e usuários não efetivem a comunicação centrada no poder que lhes cabe e sim na proximidade e possibilidade de gerar, gerir e produzir conhecimento.

Desta forma a clínica ampliada e gestão da clínica visam a melhoria da qualidade das práticas em saúde, importância da assistência como uma dimensão central da gestão, o paciente como foco do cuidado e corrobora para sua participação e de seus familiares na elaboração das decisões clínicas e o trabalho na clínica seja desenvolvido por equipes multiprofissionais.

- Equipes Multiprofissionais

As equipes multiprofissionais e de referência composta por enfermeiros, médicos, nutricionista, farmacêutico, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem e comissões (curativo, infecção hospitalar, etc), deve ser o núcleo para a assistência, tomada de decisões e elaboração do projeto terapêutico singular, sendo esta, parte constituinte do processo de humanização.

A equipe tem que estar diretamente responsabilizada na atenção aos usuários, construindo processos de saúde entre profissionais e comunidade de forma compartilhada, negociada e pactuada. Assim deve haver uma troca de saberes entre os profissionais e usuários, com comunicação transversal, capacidade de escuta e de lidar com situações críticas.

As unidades de urgência e emergência também podem adotar a mesma lógica interna de divisão por equipes de referência em relação aos leitos de observação ou de espera para internação que deverão estar aptas para lidar com as trocas de plantão sem perder o seguimento e construir projetos terapêuticos e deverão se responsabilizar pelos usuários que as procuram, devendo buscar formas de contato com as unidades internas do hospital.

Portanto as equipes multiprofissionais trabalham em conjunto no qual os profissionais se envolvam em algum momento na assistência, de acordo com seu nível de competência específico, e possam oferecer um saber capaz ajudar a solucionar os casos mais simples ou mais complexos com uma inter-relação entre os diferentes profissionais que devem ver o paciente como um todo, numa atitude humanizada, e não



trabalhar de forma isolada sua especialidade, e compreendendo a necessidade real do paciente e de seus tutores naquele momento ou caso específico de forma a garantir o resgate do compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico.

- Horizontalização do Cuidado

A horizontalização do cuidado deve ser baseada na prática da referência e contra referência, onde o seguimento do plano de cuidado seja integro no ambiente hospitalar e extra hospitalar, superando a fragmentação das atividades e do cuidado, permitindo articular as demandas espontâneas e programadas para a efetivação e consolidação das práticas assistências (prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) nos diferentes níveis de atenção à saúde e em todas as instituições que compõem a rede de atenção à saúde.

Assim a horizontalização não pressupõe um cuidado pautado na individualidade e vertical do usuário pautado nas queixas e necessidades, mas também no desenvolvimento de ambiente capaz para atendê-los.

Desta forma o cuidado pode ser realizado nos atendimentos e intervenções conjuntas, apenas pela troca de conhecimentos e de orientações. Não há transferência de responsabilidade e sim compartilhamento. A relação entre equipes de referência e especialistas não mais se baseia na autoridade e na hierarquia e sim em processos dialógicos de troca de saberes, valores, experiências e visões de mundo, sendo este processo denominado como personalização do sistema de referência e contra-referência e criação de espaços interdisciplinares, onde se estabelecem vínculo terapêutico e relações com seus usuários ao longo do tempo, recompõe a relação singular profissional-usuário e devolve a motivação dos profissionais em produzir saúde.

- Implantação do Plano Terapêutico

O plano terapêutico é composto por quatro fases, sendo a primeira, definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A segunda fase é a definição de metas que são as propostas de curto, médio e longo prazo a partir dos diagnósticos, negociadas com o usuário e membro da equipe.

A terceira fase no desenvolvimento do plano terapêutico compreende divisão de responsabilidades onde é realizada a definição da tarefa de cada um com clareza, escolha do profissional de referência que controla o processo e articula as formulações,



ações e reavaliações na dinâmica da continuidade do plano terapêutico. Além de ser referência para a família na existência de um evento adverso ou agudo e articula grupos menores de profissionais. E a quarta fase denomina-se pela reavaliação onde realiza-se a evolução e faz-se as devidas correções, sendo assim, importante escolha de casos, reuniões, mudança no plano terapêutico, se necessário.

- Implantação Das Linhas De Cuidado

A noção de Linha do Cuidado prende-se à noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de cuidado, isto é, efetiva uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida. A produção do cuidado e da participação na afirmação da vida traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde implicados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições / aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas (falamos de sensações e não só de constatações) que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se produza consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário.

Para a organização de Linhas do Cuidado é fundamental que sejam planejados fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (sistema de referência e contrareferência como um tramado do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), onde o usuário, mediante um acesso que lhe dê inclusão, saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele - como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele - seja capaz de influir em seu andamento.

A Linha do Cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões, das linguagens ofertadas e da diversificação de oportunidades de acesso terapêutico (equipe em desterritorialização de núcleos, cruzando suas fronteiras em direção ao cuidado integral), assim como a regulação se constitui como dispositivo de monitoramento e melhoramento permanente da qualidade da atenção cuidadora.



PRINCÍPIOS NORTEADORES DE LINHAS DO CUIDADO

1. Acolhimento: buscar o acesso universal à assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população sob atendimento.
2. Responsabilização pela cura: implicar-se com os problemas e demandas dos usuários, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença. Corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais embasadas no respeito ao usuário, conhecimento do contexto de vida e trabalho (família; cultura; inserção produtiva; inserções sociais de gênero, etnia, geração, classe, escolaridade, sexualidade, outras), disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa, ao atendimento e às providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.
3. Desenvolvimento da autodeterminação dos usuários: responsabilizar as equipes e os serviços de saúde pela solução dos problemas em sua área de intervenção por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução, como também a sua autonomia na condução de seu andar a vida.
4. Ampliação e Qualificação da Assistência: organizar o processo de trabalho de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência. Para isso, os serviços precisam disponibilizar ofertas suficientes e adequadas à complexidade das situações vividas.
5. Participação: estabelecer um processo de trabalho orientado pela discussão e pactuação no interior das equipes, entre as equipes e os gestores, entre as equipes e os usuários, entre os gestores e os usuários; deve haver a garantia de dignidade no trabalho para profissionais e usuários e alta qualidade nos serviços prestados. É fundamental que a Linha do Cuidado seja amplamente conhecida e apropriada (com implicação) por todos os trabalhadores e todos os gestores de todos os serviços que integram a rede assistencial, assim como do Conselho Municipal de Saúde.

- Interconsultas

A interconsulta é uma avaliação de um profissional, diferente do que assumiu o caso inicialmente. Este deve interagir não apenas com o profissional solicitante, mas também com outros membros da equipe assistencial e com familiares do beneficiário para



enriquecer um processo de comunicação e diagnóstico que, em essência, depende da articulação favorável das relações interpessoais.

As interconsultas desenvolvem e fortalecem a cultura de atendimento com caráter multiprofissional e interdisciplinar no âmbito da saúde; contribuem para a abordagem integral do indivíduo pelos profissionais nos cuidados.

OBJETIVO

Padronizar o fluxo de interconsultas de forma a garantir o cuidado integral ao paciente e contribuir com a diminuição do tempo de permanência hospitalar no âmbito da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**.

- Garantir a continuidade da assistência ao beneficiário conforme demanda;
- Otimizar o tempo de internação;
- Gerar dados das interconsultas atendidas para alimentar os indicadores específicos.

RESPONSABILIDADE/ COMPETÊNCIA

- Compete aos profissionais de saúde que estão acompanhando o beneficiário internado solicitar no sistema informatizado a interconsulta.
- Compete ao secretário do NIR (Núcleo Interno da Regulação) verificar diariamente a solicitação de interconsulta no sistema e acionar o profissional responsável pelo atendimento
- Compete ao enfermeiro supervisor acompanhar diariamente o atendimento da interconsulta no sistema informatizado e cobrar do secretário do NIR (Núcleo Interno da Regulação) novo contato com o profissional responsável pelo atendimento
- Compete ao coordenador das unidades monitorar e acompanhar a solicitação de interconsulta no sistema e os indicadores de interconsultas da unidade.
- Compete ao secretário do NIR (Núcleo Interno da Regulação) o acompanhamento e controle do tempo de resposta,

DESCRIÇÃO DAS TAREFAS

- Fluxo assistencial de interconsultas

Para garantir o cuidado integral e eficiente ao paciente, algumas considerações sobre interconsultas devem ser elencadas.

1. Tempo de resposta:

Definição de prioridade (gravidade), baseando-se na avaliação clínica do paciente, que será efetuada pelo setor que solicitou a interconsulta. Dessa forma, estabelece-se as



seguintes classificações, em concordância com a prioridade e agilidade de atendimento às solicitações:

a) Emergência (pacientes instáveis): Necessidade de resposta imediata pelo setor ou clínica solicitada. Assim, pela gravidade e criticidade do paciente, o médico ou “staff” da clínica solicitante preenche o pedido de interconsulta no sistema hospitalar de informações, ou em formulário próprio e faz imediatamente o contato com o plantonista ou clínica solicitada, relatando as informações e a necessidade imperativa de resposta no menor tempo possível.

b. Urgência (paciente estável): Necessidade de resposta à clínica solicitante ser dada em até em 24 horas, contadas a partir do recebimento do pedido de interconsulta. O responsável técnico ou o plantonista das diversas clínicas e/ou especialidades que dispõem de sobreaviso devem ser notificados para agilidade da resposta. A solicitação deve ser feita através do NIR (Núcleo Interno de Regulação) que será o responsável pela efetivação da interconsulta bem como o controle do tempo de resposta.

c. Urgência relativa (pacientes estáveis internados nas enfermarias): Prazo para resposta é de 48 horas, para as especialidades e/ou serviços que dispõem de sobreaviso. Para as especialidades que não dispõem de plantão de sobreaviso, o prazo é de 48 horas úteis. O emitente da interconsulta deverá notificar o interconsultor. A solicitação deve ser feita através do NIR (Núcleo Interno de Regulação) que será o responsável pela efetivação da interconsulta bem como o controle do tempo de resposta.

2. Horários para resposta:

Estabelece-se o horário das 07 às 19 horas, se não houver instabilidade do paciente. Para pacientes instáveis, seguir o disposto no item 1.a – tempo de resposta.

3. Formulários de solicitação de interconsulta:

As solicitações poderão ser efetuadas por meio eletrônico no sistema informatizado do hospital portal ou através do impresso padrão para interconsulta, ambos já validados com amplo conhecimento e acesso.

4. Respostas:

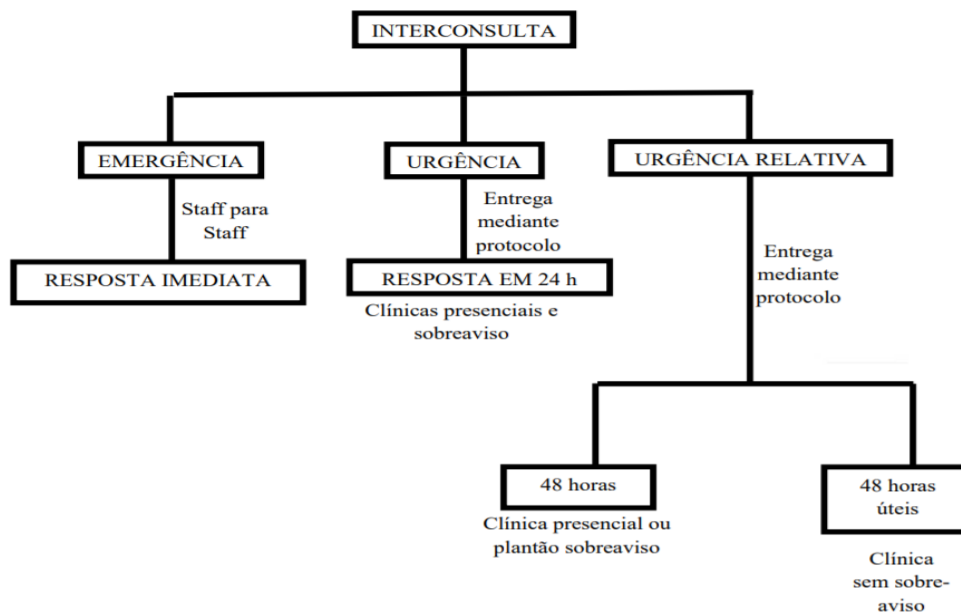
Deverão ocorrer via NIR (Núcleo Interno de Regulação) e sistema informatizado.

As respostas via impresso padronizado estarão destinadas apenas às clínicas e equipe multiprofissional que ainda não têm pleno acesso ao sistema ou se o mesmo estiver fora do ar fora do ar.

A secretária e/ou escrivão do setor de origem protocola o pedido na clínica solicitada, resguardando ambas as partes e visando a segurança do paciente.

Nos casos em que a solicitação de interconsulta visar a transferência do paciente para a clínica solicitada, esse acordo deverá ser documentado pelas duas clínicas envolvidas, para evitar equívocos que comprometam a segurança e a prestação de serviço de qualidade ao paciente.

FLUXO DO SERVIÇO



+

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Distúrb Comun, São Paulo*, 27(2): 392-400, junho, 2015, Francine Manara Bortagarai, Dani Laura Peruzzolo, Tatiane Medianeira Baccin Ambrós, Ana Paula Ramos de Souza

V - APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

TÍTULO: GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO PROGRAMA: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS, DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO-SP.



1. ATIVIDADE

A UPA 24 Horas - Unidade de Pronto Atendimento de Santa Cruz do Rio Pardo irá manter o serviço em funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, ininterruptamente, nas modalidades de Urgência/Emergência atendendo prioritariamente casos de urgência e emergência, por meio de demanda espontânea da população, estará apta a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, que necessite de atenção imediata seguida ou não de exame, procedimento ou internação temporária.

A UPA compõe a rede organizada de atenção às urgências e emergências, articulando-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população, por meio da CENTRAL de Regulação de Vagas do Município.



- Descrição dos serviços prestados

- Atendimento às Urgências e Emergências Adulto e Pediátrico:

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, observando o que segue:

- Atendimento de Urgência e Emergência adulto e pediátrico;
- Acolhimento e Classificação de Risco;
- Procedimentos médicos no atendimento de urgência de acordo com as características da UPA.

- Observação Clínica;

A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da UPA, 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, paciente deverá ser encaminhado para internação nos serviços hospitalares, por meio de Complexo Regulador (Municipal e CROSS).

No período de observação estarão incluídos;

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

- Serviços de Apoio Diagnóstico – 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.

- Estão incluídos;



- Eletrocardiograma;
- Ultrassonografia;
- Coleta de material e realização de exames laboratoriais;
- Exames de radiologia em geral;
- Suturas e curativos;
- Imobilização de fraturas/gesso;
- Inalação;
- Aplicação de medicamentos;
- Reidratação;
- Pequenos procedimentos médicos.

- Acompanhamento dos resultados das atividades descritas

O acompanhamento dos resultados das atividades praticadas na UPA um pilar fundamental na gestão da unidade. Para garantir a eficiência e eficácia das atividades propostas, a ABEDESC apresenta abaixo alguns indicadores de performance que serão acompanhados pelos gestores da unidade:

1) Tempo de espera para classificação

Esse indicador deve levar em conta a medição do tempo desde o momento que o paciente chega na unidade até a triagem ou classificação de risco. O ideal é que essa medição seja feita a partir do momento que o paciente retira a sua senha no totem de entrada. O Protocolo de Manchester preconiza que esse tempo não deve ser superior a 10 minutos para que não haja risco à segurança do paciente.

2) Tempo da classificação até o primeiro atendimento médico (por prioridade).

A classificação de risco determina as prioridades clínicas e avaliar o tempo de atendimento de cada prioridade garante que os **protocolos de classificação** e seus tempos estão sendo seguidos corretamente.

3) Duração da Classificação de Risco

A classificação de risco é o primeiro ponto de contato do paciente com um profissional de saúde e, para muitas unidades, o primeiro ponto de gargalo no fluxo da instituição. O Protocolo de Manchester preconiza que a classificação de risco deve durar no máximo 3 minutos.

Com este tempo, fica mais fácil atingir a meta de classificar todos os pacientes em até 10 minutos após a sua chegada ao pronto atendimento. Soluções automatizadas de classificação de risco permitem a classificação em até 2 minutos e ainda minimizam erros de triagem, melhorando a segurança de todo o processo.



4) Tempo de espera para reavaliação médica

Esse tempo está diretamente ligado ao **controle da jornada no paciente**. Quanto menor o tempo de espera, melhor para prevenir a superlotação. Muitas unidades de saúde não controlam esse tempo e nem tem um sistema que coloca automaticamente o paciente na fila de espera do médico para a reavaliação.

Isso faz com que o paciente tenha que procurar um espaço de tempo entre os atendimentos do médico para que possa ser reavaliado e ter seu desfecho assistencial. Isso provoca o aumento do tempo de permanência na instituição, gerando a superlotação e piora na experiência do paciente que acaba ficando mais tempo que o necessário no pronto atendimento.

5) Tempo de permanência no pronto atendimento, da entrada até a saída.

O Tempo total de permanência, também conhecido como LOS (Length of stay) tem relação direta com a satisfação do paciente com a instituição. Este indicador também ajuda a monitorar a superlotação, mas deve-se atentar ao alcance das metas de **assistência resolutiva**.

6) Quantidade de pacientes por período

O ponto de partida de qualquer avaliação de fluxo no pronto atendimento deve ser a curva de demanda, de forma a entender qual o perfil de pacientes que chegam à unidade por hora do dia e dia da semana.

7) Quantidade de pacientes por hora aguardando registro, classificação de risco e atendimento médico

Permite atuar de forma eficaz no ajuste de escala de médicos e enfermeiros X demanda, garantindo melhor atendimento ao cliente e redução de possíveis filas. Uma forma de detalhar mais o indicador é avaliá-lo também por cor da classificação de risco e por especialidade médica.

8) Número de profissionais médicos por tipo de clínica / especialidade.

A avaliação é quantitativa de escala (diurno e noturno). Portanto, torna-se fundamental a análise em relação a **quantidade de pacientes** para o **equilíbrio da escala**, a fim de suprir a **demand**a da unidade.

9) Tempo de espera para SADT (Exames laboratoriais, ECG, RX, etc)

O tempo deve ser medido desde o pedido até a realização do exame. É muito importante também ter separado os tempos de espera e os tempos de processo, para que o gestor possa atuar corretamente caso esse seja um ponto de gargalo no fluxo do pronto atendimento.



10) Taxa de evasão

A taxa de evasão é resultado direto de altos tempos de espera e está diretamente relacionada à satisfação do paciente com os serviços prestados pela instituição. A taxa de evasão também significa perda de faturamento para instituições privadas. O ideal é medir essa taxa em diferentes fases do fluxo do pronto atendimento para que o gestor entenda exatamente em qual ponto deve atuar para corrigir o indicador.

11) Quantidade de pacientes que internam por dia.

Entender o perfil de internação da instituição é fundamental, principalmente para prever a alocação de recursos. O processo de internação ou de transferência para outra unidade impacta diretamente o tempo de permanência na instituição (LOS) e aumenta a superlotação do pronto atendimento.

12) Quantidade de pacientes alocados no pronto atendimento.

Permite **prever a superlotação da unidade**, avaliando locais de cuidados disponíveis para a assistência. Esse indicador é fundamental ao processo, uma vez que o giro de leitos só é possível, mediante a avaliação dos entraves dos tempos e correção dos mesmos.

13) Nível de satisfação dos pacientes e dos funcionários

Toda unidade de saúde deve ter como meta final a satisfação dos seus pacientes e de suas equipes. Nesse sentido, além de todas as medições citadas, é importante colocar em prática um sistema de medição da satisfação dos usuários internos e externos envolvidos de forma a gerar uma melhoria contínua.

- Sistemas de Informação - Vigilância em Saúde

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que tem como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal.

Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, possibilitou a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas



informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio demográfico.

Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC

Implantado pelo Ministério da Saúde em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde - SUS, através de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema.

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI

O objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto a ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil é uma referência internacional de política pública de saúde. O país já erradicou, por meio da vacinação, doenças de alcance mundial como a varíola e a poliomielite (paralisia infantil), proporcionando a toda a população acesso a todas as vacinas, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), fatos que contribuíram para a redução dos casos e mortes derivadas do sarampo, da rubéola, do tétano, da difteria e da coqueluche. O PNI define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas. O PNI é, hoje, parte integrante do Programa da Organização Mundial de Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da UNICEF e contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). A informatização do PNI foi desenvolvida pelo DATASUS (GEIPS), segundo especificação da CGPNI.

No município o Programa de Imunizações – SI-PNI, registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por unidade básica e município. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio



de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal. A redução da morbi/mortalidade por doenças preveníveis por imunização, só é possível se os índices de cobertura forem altos e homogêneos. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) mantém essas coberturas de forma exemplar, principalmente pela dimensão continental do país.

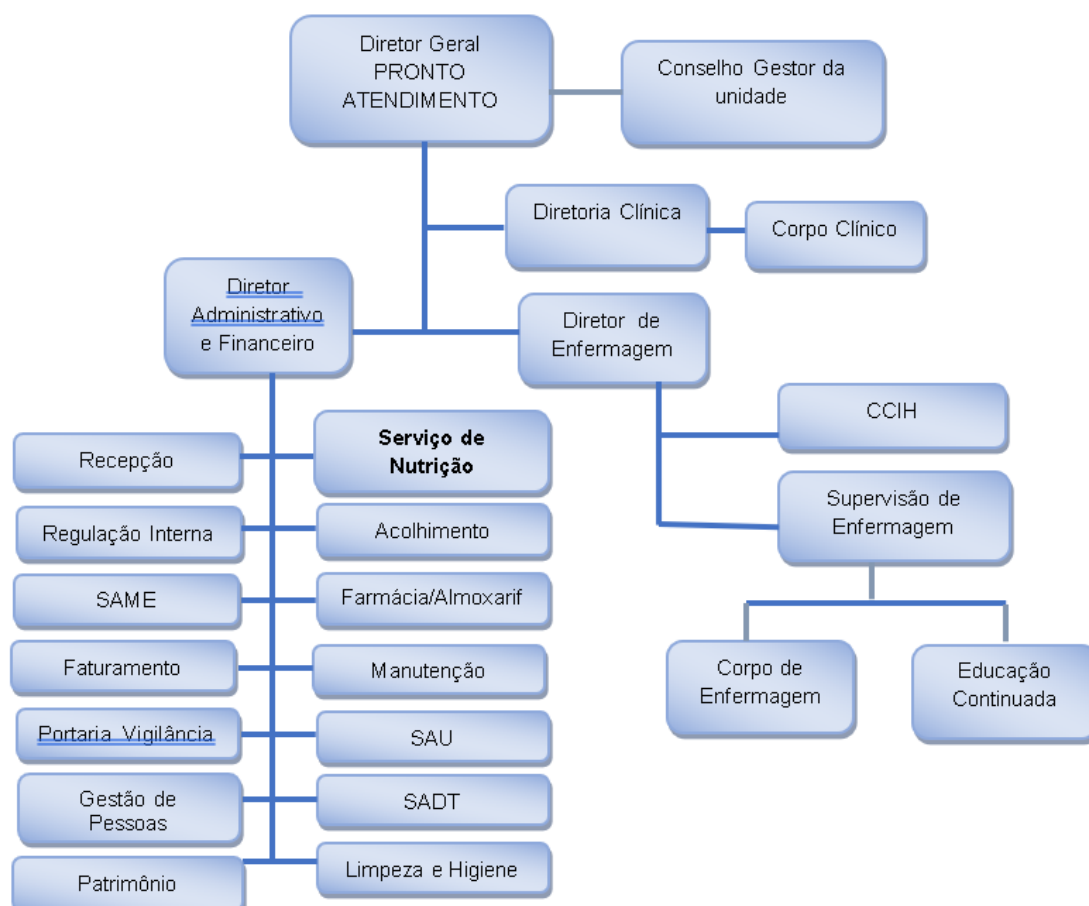
Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

O SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

1.1. ORGANIZAÇÃO

1.1.1 ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL

- Proposta para o Organograma da Unidade de Pronto Atendimento



- Estrutura da direção

Função Gerencial

A função gerencial requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnica, administrativa, política e psicossocial. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente. Apesar de já ser do conhecimento comum que um bom técnico não será, necessariamente, um bom gerente, também não é possível um bom gerente sem conhecimento específico do trabalho gerenciado. Não se esperam conhecimentos de especialista, mas um conhecimento que o legitime, diante de seus subordinados, podendo, inclusive, constituir fonte de prestígio.



O papel do gerente é planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar o trabalho para que a organização possa atingir seus objetivos, ele deve possuir conhecimentos e habilidades aperfeiçoados de planejamento e controle das atividades organizacionais. Portanto, uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver seus subordinados nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, mas assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

À Diretoria Administrativa compete:

- Exercer atividades de planejamento, organização, coordenação e controle de recursos humanos, materiais, patrimônio, infra-estrutura e serviços gerais;
- Analisar a estrutura da organização, classificar os cargos de pessoal, verificar a adequação dos mesmos em relação a estrutura da unidade de pronto atendimento e os objetivos propostos, analisar a situação funcional de cada empregado e controlar o fluxo de papéis na organização;
- Otimizar integração da equipe multiprofissional;
- Elaborar pareceres, relatórios, planos, projetos, laudos, assessoria em geral, chefia intermediária e direção superior;
- Supervisionar os atos e procedimentos referentes a administração de pessoal;
- Proceder ao levantamento de necessidades de pessoal e de desenvolvimento de recursos humanos, assim como, na busca de meios para supri-las;
- Supervisionar os processos de compras velando pela legalidade, legitimidade e tramitação correta;
- Gerir os trabalhos de expediente e arquivo geral, comunicação, reprodução e trâmite de papéis e documentos, transporte de pessoas e materiais, segurança, higiene e qualidade;
- Prover, controlar e manter o estoque dos materiais necessários ao funcionamento da unidade;
- Organizar e acompanhar as atividades de serviços gerais e de apoio;
- Propor e implementar rotinas de trabalho no âmbito Administrativo;
- Manter atualizado o cadastro Funcional da Unidade;
- Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;



À Diretoria Técnica compete:

- Planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos serviços de Emergência, Ambulatório, Pronto Atendimento, Serviços Clínicos, Serviços Complementares de Diagnóstico e Serviços de Documentação Médica;
- Planejar, desenvolver, controlar e avaliar, em comum acordo com as demais áreas envolvidas, a dinâmica operacional da Unidade, relativa aos cuidados a serem prestados ao paciente;
- Promover medidas que visem manter padrões de elevado nível de assistência médico-hospitalar e ambulatorial;
- Coordenar e controlar as atividades dos seus colaboradores;
- Estimular a formação e aprimoramento do corpo técnico;
- Zelar pelo cumprimento das rotinas médicas e propor modificações sempre que se fizerem necessárias;
- Zelar pelo material existente na unidade;
- Realizar reuniões periódicas com todos os seus membros para análise e discussão de atividades de melhoria de desempenho;
- Organizar e supervisionar visitas médicas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, aos pacientes internados;
- Supervisionar as atividades ambulatoriais; a) Promover a distribuição de especialidades farmacêuticas padronizadas aos serviços médicos da Unidade;
- Organizar as escalas de serviços, plantões e férias de acordo com as necessidades da unidade;
- Coordenar, do ponto de vista técnico, as atividades dos médicos da especialidade no Serviço de Emergência;
- Zelar pelo fiel preenchimento dos prontuários médicos dos pacientes internados no serviço e atendidos no ambulatório;
- Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

A Diretoria de Enfermagem compete:

- Responsável pela coordenação dos serviços de enfermagem, monitorando o processo de trabalho para o cumprimento de normas técnicas, administrativas e legais.



- Supervisão de Equipes, realizando a distribuição e controle de tarefas, assim como a elaboração da escala mensal e diária dos funcionários.
- Responsável por gerenciar todas as áreas de enfermagem do hospital, coordenando o SCIH e ministrando treinamentos.
- Representar a instituição extra-hospital, então, dentro da secretaria do estado, dentro da secretaria do município, da mesma forma como responder a todos os questionamentos, a esses órgãos, referentes à assistência do hospital.
- Desenvolver relatórios gerenciais.
- Realizar o acompanhamento da manutenção dos equipamentos médicos hospitalares e demais recursos da unidade.
- Garantir o adequado funcionamento dos setores de enfermagem, através do controle dos processos, visando à qualidade e humanização do atendimento,
- Manter o sistema de avaliação contínua e realizar reuniões periódicas com os departamentos sob sua responsabilidade,
- Avaliar, solicitar e realizar as demissões e contratações de profissionais da equipe de enfermagem,
- Emitir parecer técnico referente ao processo de padronização, aquisição, distribuição, instalação e utilização de materiais,
- Realizar o controle de solicitações e liberações de materiais, controle de orçamento e indicadores da área.

DIRETRIZES DA UPA:

- funcionar de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;
- prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados; e
- prestar atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando e realizando investigação diagnóstica inicial.

INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS

Educação Permanente;

- Protocolo de Atendimento Clínico;
- Protocolo de Classificação de Risco (Diretrizes):
- Processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato;



- Atendimento Humanizado;
- Avaliação do paciente logo na sua chegada;
- Determinar a área de atendimento prioritário conforme protocolo estabelecido na unidade;
- Informações do tempo de espera;
- Promoção da ampla informação sobre o serviço aos usuários; e
- Retorno de informações aos familiares.

1.1.2 - ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS:

A assistência à saúde na UPA compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário, segundo a patologia atendida, desde sua admissão na unidade até sua alta. Nesse contexto, estão incluídos todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter, ou completar, o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento na UPA, contempladas na tabela unificada do SUS.

1.1.2.1 - GESTÃO DO CUIDADO

A Divisão de Enfermagem é o setor responsável por gerenciar o cuidado em saúde no âmbito do hospital; planejar, organizar e gerenciar a implantação das linhas de cuidado; definir metas quantitativas e qualitativas da atenção à saúde, por linha de cuidado, bem como os indicadores de monitoramento e avaliação, entre outras ações.

A coordenação de enfermagem será responsável organização do serviço de assistencial prestado pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como por garantir o quantitativo mínimo de pessoal para a prestação da assistência de qualidade.

Nas unidades que são prestados os cuidados integrais aos pacientes prevê a formalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 358/09 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,

Resolvendo:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º - os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços



ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 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 e 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.



Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem

Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

A Coordenação de Enfermagem, respaldada pela Direção de Apoio/Administrativo, buscará o treinamento necessário.

Competências do setor:

- Monitorar e avaliar o desempenho das linhas de cuidado;
- Participar da elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou renovação de tecnologias afetas às linhas de cuidado;
- Integrar os processos de trabalho das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Implantar a alta responsável do ambiente hospitalar – ambulatorial e de internação – em articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde;



- Implantar visita ampliada;
- Instituir protocolo unificado;
- Gerenciar os leitos hospitalares com vistas à integração da prática clínica no processo de internação e de alta;
- Implantar mecanismos de desospitalização, visando opções às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Articular as Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão para a implementação das diretrizes da política de humanização do cuidado em saúde;
- Realizar a escuta das necessidades dos usuários nas ações assistenciais, proporcionando atendimento humanizado;
- Gerenciar a implantação e implementação da horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- Coordenar as atividades de planejamento e avaliação das ações da Divisão;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada à Divisão;
- Acompanhar o abastecimento regular de instrumentais, medicamentos e insumos necessários ao funcionamento das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;
- Participar das atividades de planejamento, monitoramento e avaliação da Gerência de Atenção à Saúde;
- Consolidar o diagnóstico de necessidades e a proposição de ações de educação permanente da equipe multiprofissional vinculada à Divisão;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na Rede de Atenção à Saúde.

Sistematização Da Assistência De Enfermagem (SAE)

Visa sistematizar (direcionar, orientar, conduzir e humanizar) a assistência prestada ao usuário fazendo com que o cuidado seja planejado e organizado.

Para a implantação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas:

- **Histórico:** conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do usuário à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.
- **Exame físico:** o Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.
- **Diagnóstico de enfermagem:** o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as

necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas, processo de vidas vigentes ou potências.

Registros de enfermagem

Os registros que são realizados nos prontuários dos usuários fornecem informação da assistência prestada nas 24 horas, refletem o trabalho da equipe de enfermagem, tornam-se documento legal, de defesa dos profissionais, devendo, portanto, ter autenticidade e significado legal.

- Evolução de Enfermagem: de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Anotação de Enfermagem: de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do usuário, dos procedimentos e reações apresentadas pelo usuário, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro, na SAE.

1.1.2.2 – ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO

- Unidade de Urgência e Emergência:



Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pela UPA, 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.

- Triagem (Classificação de Riscos)



- Todo paciente admitido na Unidade é avaliado inicialmente pela triagem, realizada por um enfermeiro qualificado. Este profissional deve priorizar o atendimento do paciente de acordo com a necessidade de assistência.
- Durante o processo de triagem, o paciente é submetido a avaliação inicial (queixa principal, sinais e sintomas aparentes, antecedentes clínicos, cirúrgicos, alérgicos e de imunização, parâmetros vitais, registro da data e horário de chegada) e classificado em cores de acordo com o nível de complexidade do caso.
- A triagem não se limita ao espaço físico, mas sim, ao conceito de determinação de urgência e fluxo de atendimento.
- Pacientes para retorno de curativos ou ortopédicos, não passam pela triagem.
- As emergências são admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência). Ao dar entrada na emergência, médicos e enfermagem se direcionam à porta para receberem o paciente a critério de emergência. Se for descartada a emergência, paciente será direcionado, conforme níveis da triagem, exceto se a família apresentar alto nível de ansiedade.

- Unidade de Observação Clínica Adulto e Infantil



A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da UPA, 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, paciente deverá ser encaminhado para internação nos serviços hospitalares, por meio de Complexo Regulador (Municipal e CROSS).



No período de observação estarão incluídos;

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

Objetivos da Unidade

- Receber o paciente no setor, procurando familiarizá-lo com o mesmo e fornecer ao mesmo todas as indicações necessárias para que ele esteja consciente da sua situação, dos serviços que lhe serão prestados, dos direitos que tem e das obrigações que deve colocar em prática enquanto permanecer em observação;
- Planejar as atividades de enfermagem proporcionando o perfeito atendimento às necessidades básicas dos pacientes;
- Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento dos pacientes;
- Registrar as atividades desenvolvidas, as queixas e observações dos pacientes e do período de trabalho, nos seus respectivos locais conforme rotina estabelecida.

Serão encaminhados à Observação 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.

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 dos 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 dos 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.

- Sala de Medicação



Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação endovenosa serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações EV que demandarem tempo superior a 60', deverão ser encaminhados à Observação.

Rotina da sala de medicação

- organizar a sala e repor os materiais diariamente;
- controlar psicotrópicos, glicosímetro e oxigênio
- limpar com pano umedecido e detergente ou com álcool 70%, mesa, armário, balcão da pia;
- desinfecção dos artigos de inalação: lavar as máscaras com água e sabão, secar e imergir em solução de glutaraldeído 2% por 30 minutos, enxaguar abundantemente em água corrente, sem colocar dentro da pia que é contaminada, secar e acondicionar em recipiente fechado.
- verificar a data de validade da solução de desinfecção;
- certificar-se da prescrição quando houver dúvidas, nome do cliente, medicação, via de administração, tempo de tratamento, data, e outros;
- na soroterapia identificar o frasco.
- anotar os procedimentos realizados, preenchendo os dados com letra legível, assinatura e número do coren.
- fazer contagem dos procedimentos realizados: injetáveis, aerossol, verificação de PA, teste de sensibilidade, tro, glicosimetria, soroterapia, etc, e registrar em impresso apropriado;

- Sala de Imobilização / Gesso



- Sala de Curativo / Sutura



Objetivo: Oferecer condições adequadas para realização de curativos por meio de conjunto de ações necessárias para um ambiente seguro e facilitador do processo de trabalho, assegurando atendimento humanizado e qualidade de assistência ao usuário.

O atendimento na sala de curativo pode se dar através das seguintes indicações:

- por demanda espontânea
- SAMU
- encaminhamento do consultório médico

Em todos os casos o paciente primeiro passa pela classificação de riscos ou atendimento na emergência.

- Sala de Inalação



Utilizada para procedimentos de nebulização, a **Sala de Inalação** contém canalização de oxigênio e ar comprimido, cadeiras e todos os demais instrumentos necessários para realização dos procedimentos de inaloterapia, além do espaço (pia) e produtos para higienização dos materiais utilizados.

- Consultórios Médicos/Multiprofissional



Os consultórios serão utilizados para as consultas aos usuários que forem encaminhados aos médicos especialistas após passagem pela triagem e classificação de riscos e também para consultas odontológicas.

O médico realiza consulta e/ou exame caso seja necessário e tem as seguintes opções para a continuidade do tratamento:

- encaminha o paciente para a medicação
- encaminha o paciente para SADT
- encaminha o paciente a sala de sutura/curativo

Após a realização do procedimento solicitado, reavalia o paciente, tendo assim as seguintes opções:

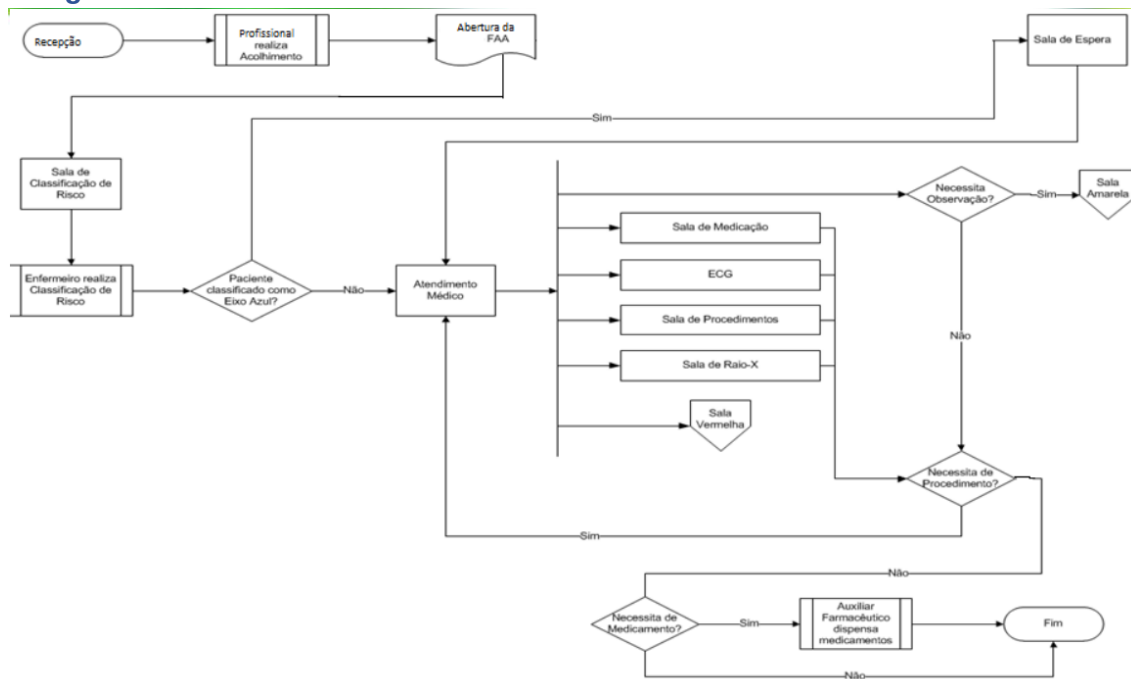
- encaminha o paciente para a ala de observação
- libera o paciente para casa.

1.1.2.3 – PROPOSTA PARA IMPLAÇÃO 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.

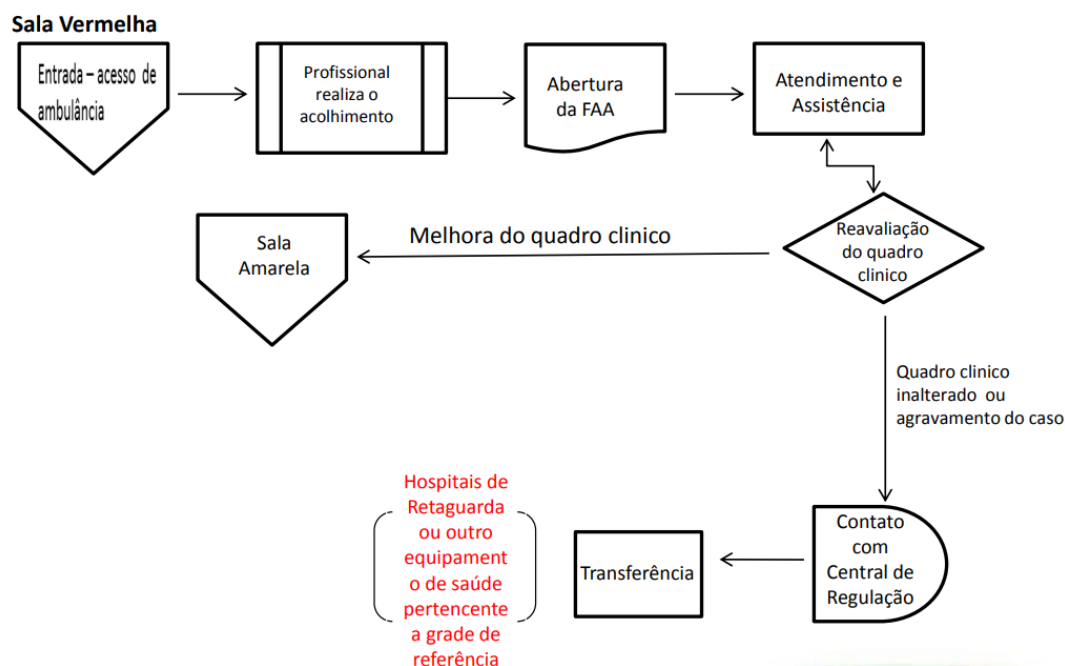
Visamos com a implantação dos fluxos um planejamento e a organização de todas as ações que contribuem para o pleno funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas, resultando assim no cumprimento de tarefas, metas e objetivos gerais.

- Sugestão de Fluxo Interno – Entrada Pelo Acesso de Pacientes Deambulando:



O fluxo do atendimento será contínuo para facilitar e propiciar a rapidez no atendimento. Quando o paciente chega a unidade deverá passar pela portaria, ir para a recepção, em seguida para triagem / classificação de riscos, consulta médica, realiza exames, recebe medicação da enfermagem, retorna para reavaliação médica e recebe uma finalização, retorna para casa, ou fica em observação na unidade, caso haja a necessidade segue para internação ou é encaminhado para internação em hospital de referência. Esse processo deve ocorrer o mais rápido possível.

- Sugestão de Fluxo Interno – Entrada pelo Acesso de Ambulância: Sala Vermelha



- 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 restringindo 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).

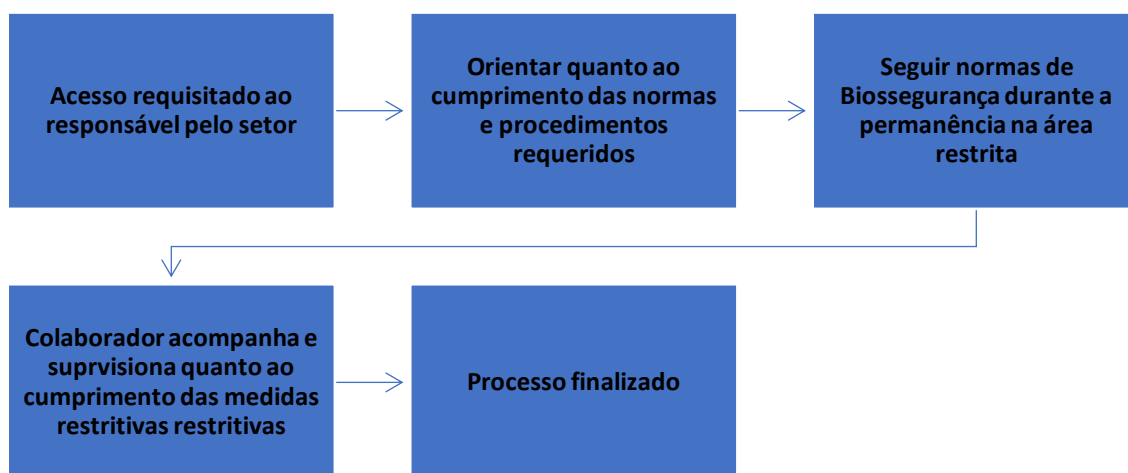
Os pacientes admitido no serviço de urgência e emergência poderão ter a presença de um acompanhante, mesmo que não possa comunicar a sua vontade (LEI N.º 33/2009 DE 14 DE JULHO). Este acompanhante pode acompanhá-lo sempre desde que não assista aos procedimentos assistenciais, intervenções cirúrgicas, 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).



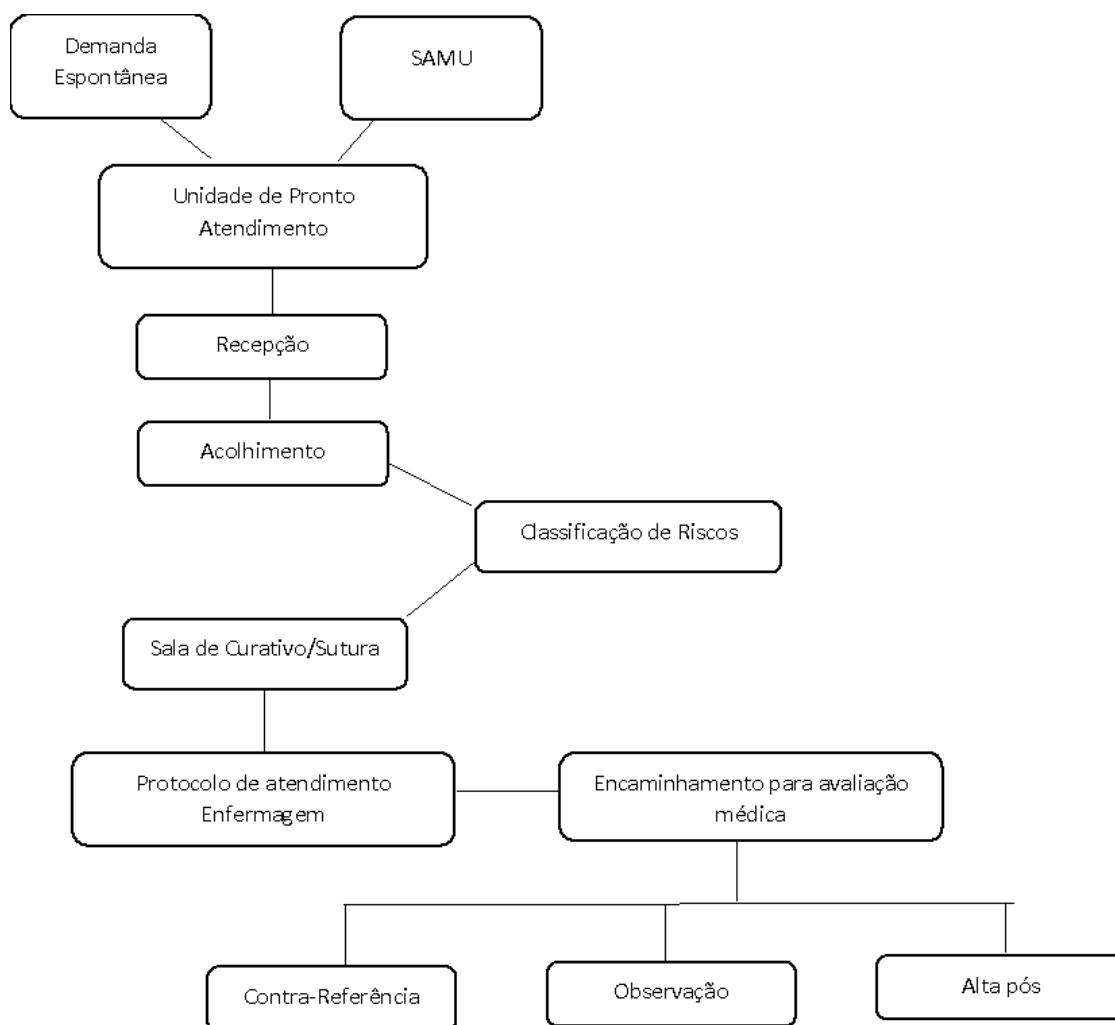
Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez 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 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 do Paciente para Curativo/Sutura

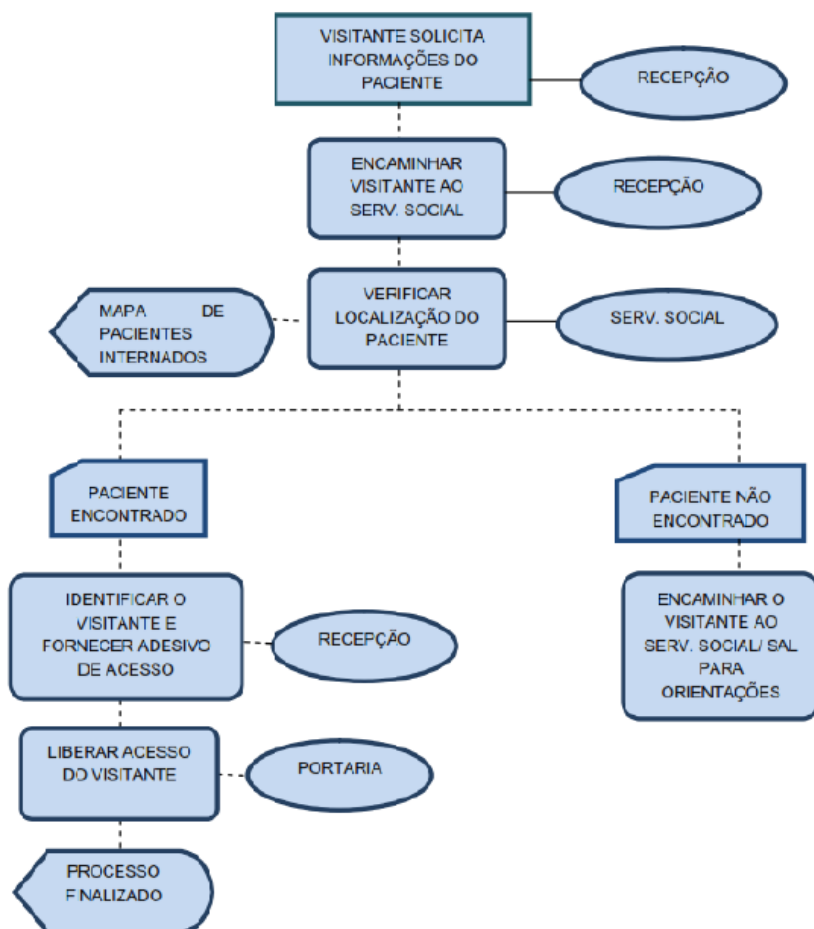


Paciente externo: O paciente externo dará entrada pela recepção, encaminhado para a triagem/acolhimento, da triagem/acolhimento será encaminhado para a avaliação médica ou de enfermagem, e havendo necessidade de sutura/curativo a mesma será encaminhada para as respectivas salas. Após o procedimento médico ou de enfermagem a paciente será encaminhada para dar continuidade no tratamento para unidade básica de saúde/ unidade saúde da família de sua referência para dar continuidade no tratamento.

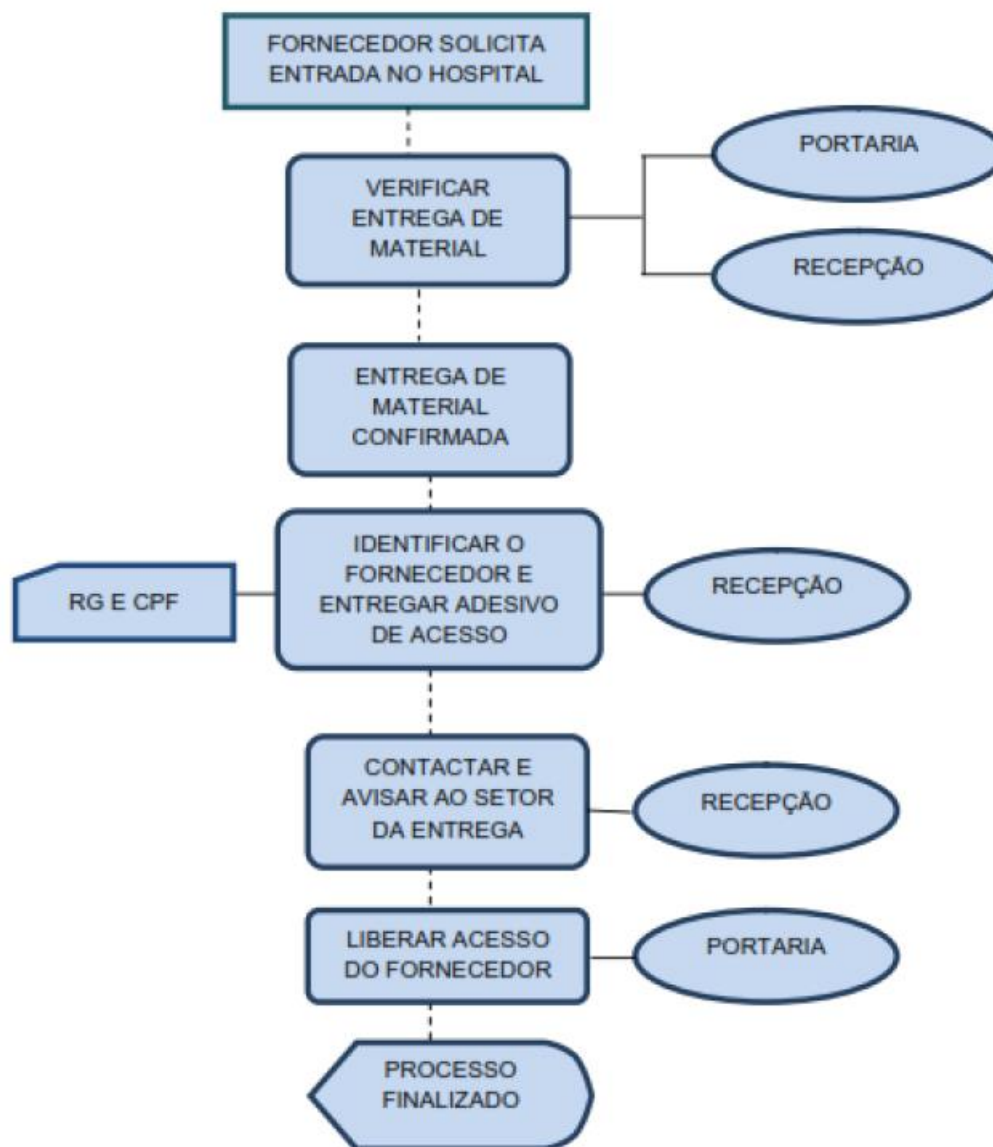
Paciente interno: O curativo realizado no paciente em observação é feita no próprio leito, e quando houver necessidade de realização de sutura o paciente é encaminhado juntamente com um profissional de enfermagem para a sala de sutura.



- Fluxo de Acesso para Visitantes



- Fluxo de Acesso para Fornecedores





- Fluxos para registros e documentos de usuários e administrativos;

Emissão de Declaração de Comparecimento:

O recepcionista no ato da abordagem solicita um documento (RG ou Certidão de Nascimento) do paciente ou do acompanhante para a verificação do atendimento em sistema informatizado, havendo a confirmação, preenche a Declaração de Comparecimento no sistema informatizado.

O Recepcionista carimba a Declaração de Comparecimento colocando o número de registro de entrada e seu nome de forma legível e entrega a Declaração de Comparecimento para o paciente ou acompanhante.

Emissão e entrega de atestado médico para o paciente:

Os atestados são emitidos em sistema informatizado pelo médico que prestou o atendimento ao paciente. Em caso de falta de sistema informatizado, o médico determina a necessidade de afastamento do paciente de suas atividades normais, em seguida, anota no verso da senha a necessidade de atestado carimbando e assinando e orienta o paciente a ir a Recepção.

O recepcionista recebe a senha carimbada pelo médico e em seguida anota no livro de controle os seguintes dados: data da solicitação, número do atestado, nome do paciente; tempo de afastamento, nome, CRM e especialidade do médico. Em seguida, assina o livro colocando o número do RE e solicita que ao paciente/acompanhante a aguardar na sala de espera e dirige-se até o consultório médico que solicitou o atestado.

O médico preenche os campos do atestado entregando-o ao recepcionista.

O recepcionista retorna para a Recepção e entrega o atestado ao paciente ou responsável.

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;



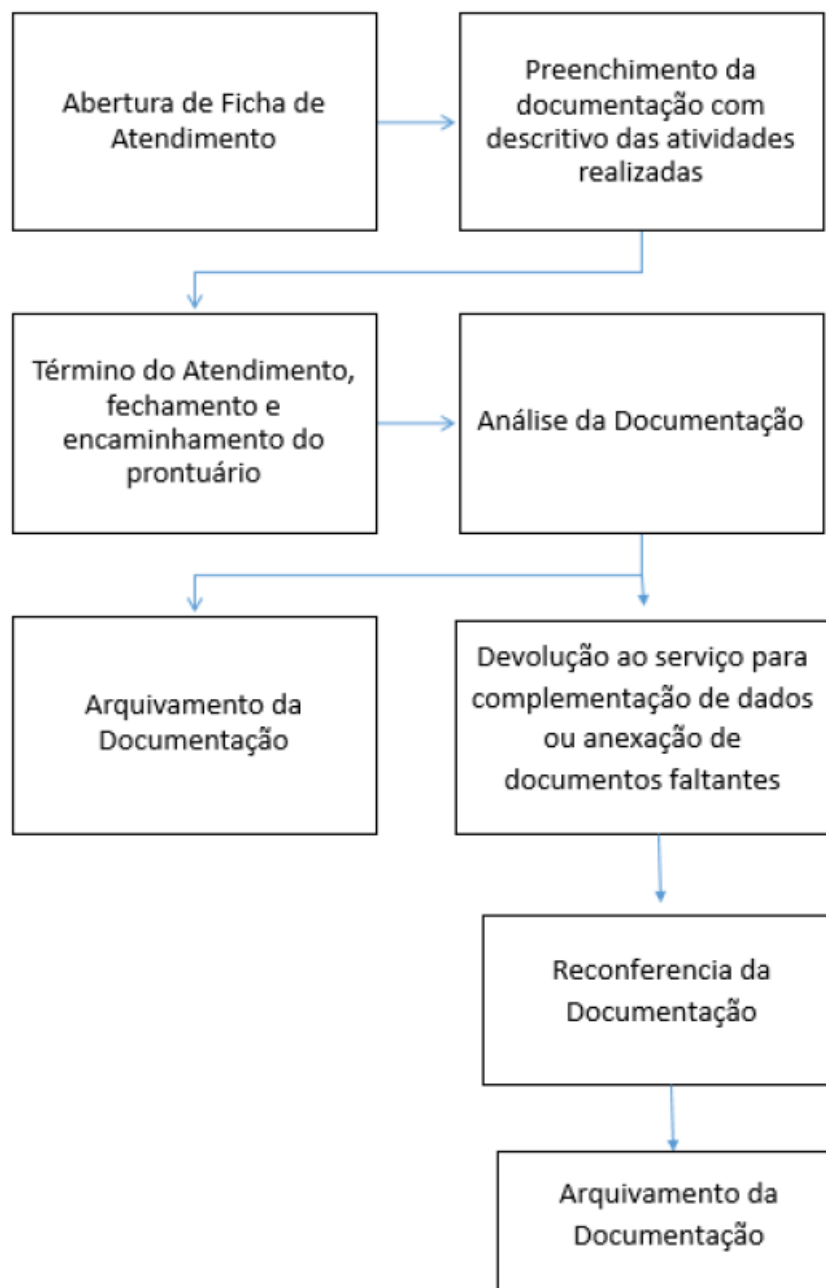
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

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 para Arquivo De Prontuários



- Fluxo para arquivo de documentos administrativos:

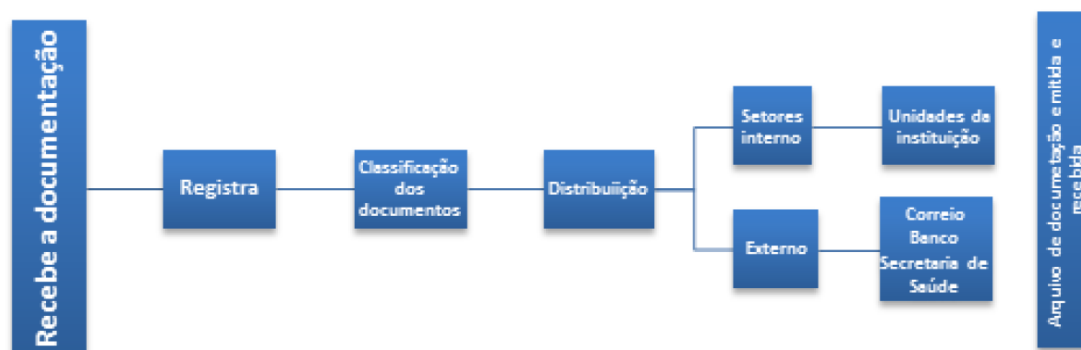
Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

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 Ambulatório.
- 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 Unidirecional para Materiais Esterilizados

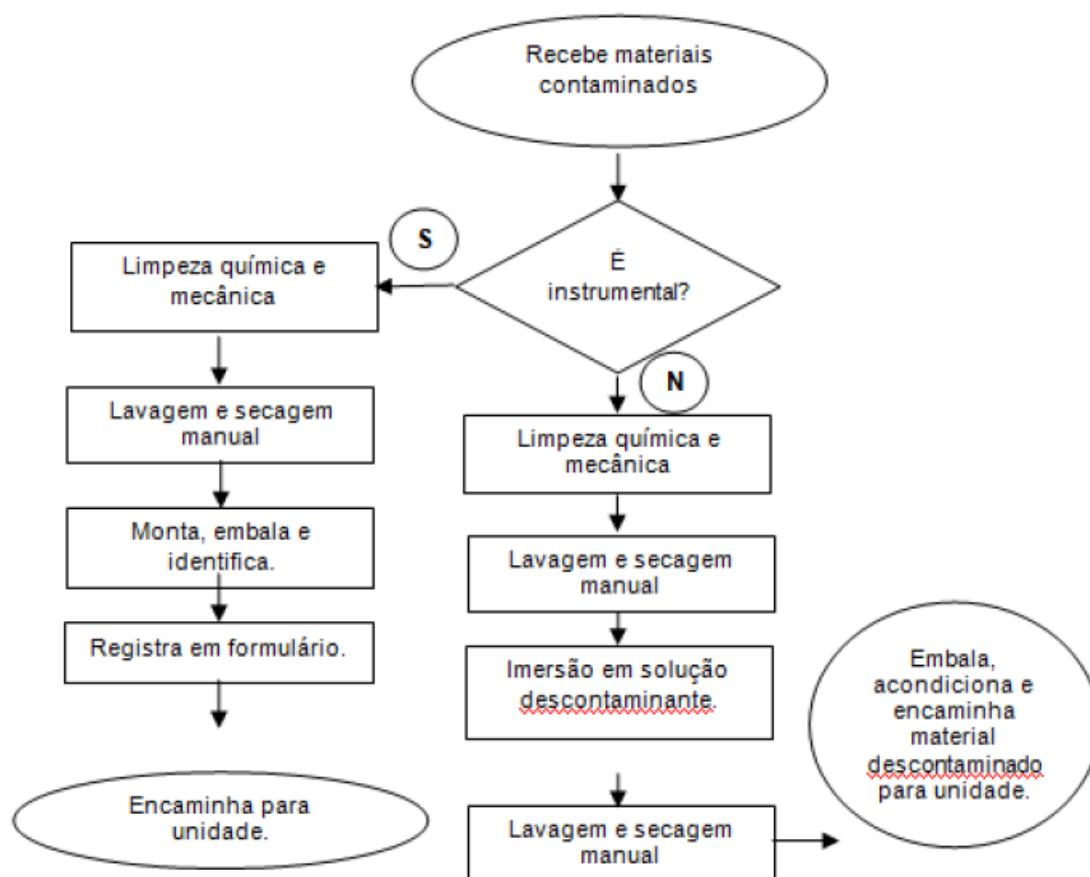
A CME é uma unidade destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

Finalidades

- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material do Hospital que requeira esse procedimento;
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote;
- Interagir com o Centro Cirúrgico para a preparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia e das emergências;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Não permitir que entrem no centro cirúrgico, instrumentais que não sejam esterilizados no CME do Hospital;
- 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.

FLUXO DA CME



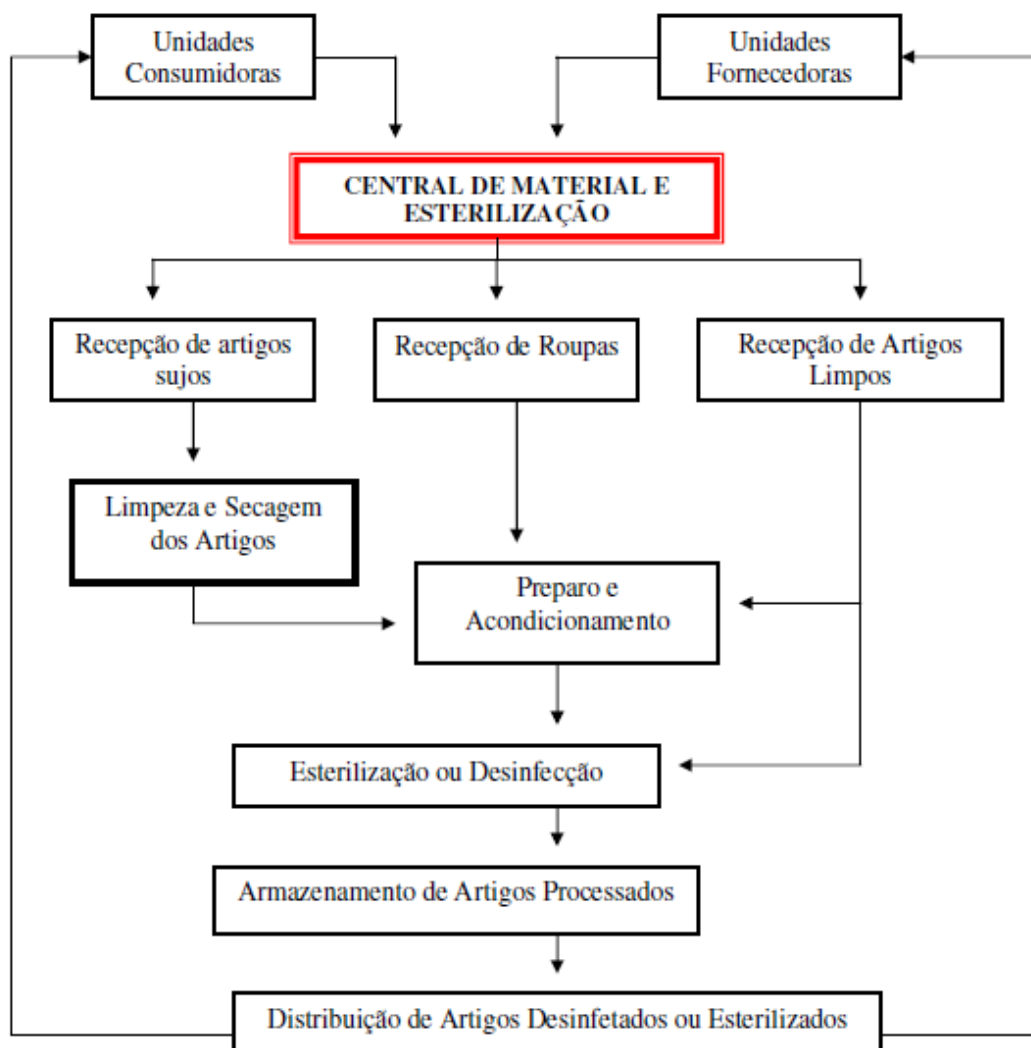
Para que o fluxo funcione é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

Fluxograma 01- Fluxo Unidirecional na CME

Expurgo ÁREA SUJA	Preparo de material e carga da autoclave ÁREA LIMPA	Retirada de material da autoclave e guarda do material estéril ÁREA ESTÉRIL
-----------------------------	---	---

Fluxo unidirecional com barreira física entre as áreas

Fluxograma 02- Fluxo Unidirecional dos Artigos na CME

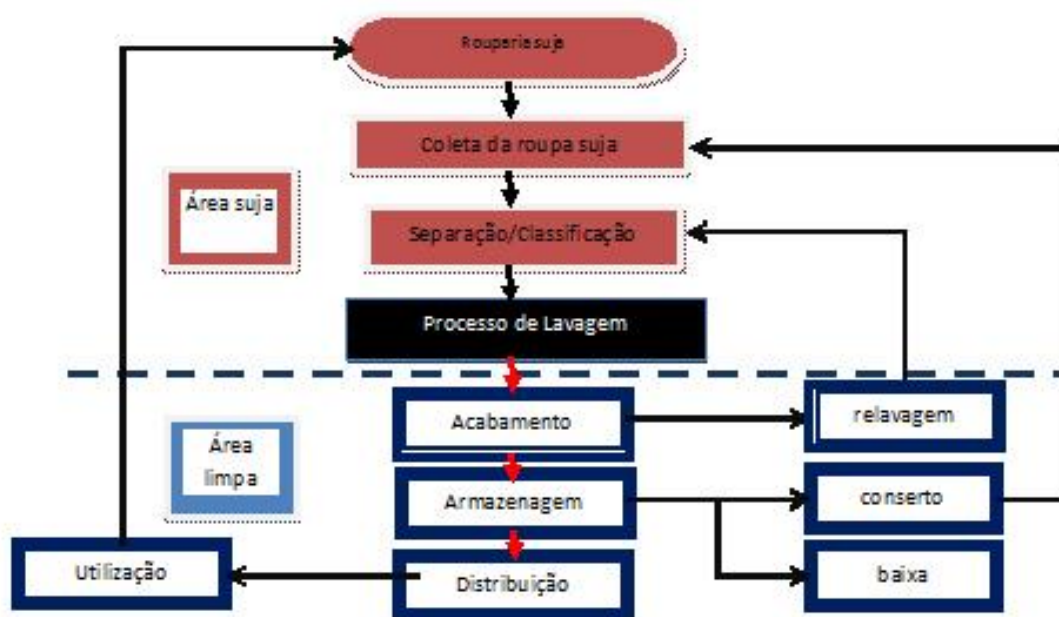


- Fluxo Unidirecional para Roupas

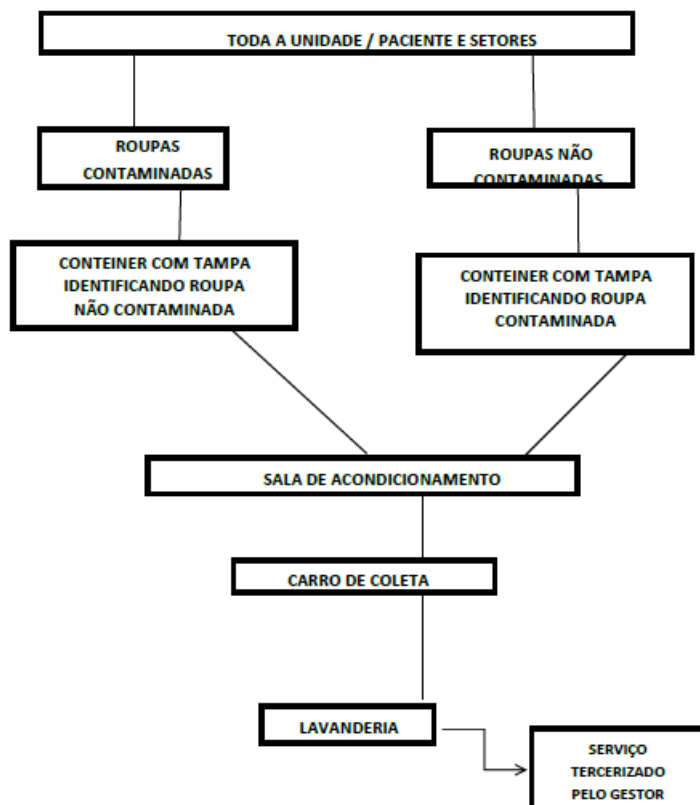
A rouparia prestará serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo responsável pela sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidades adequadas a todas às unidades hospitalares.

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.

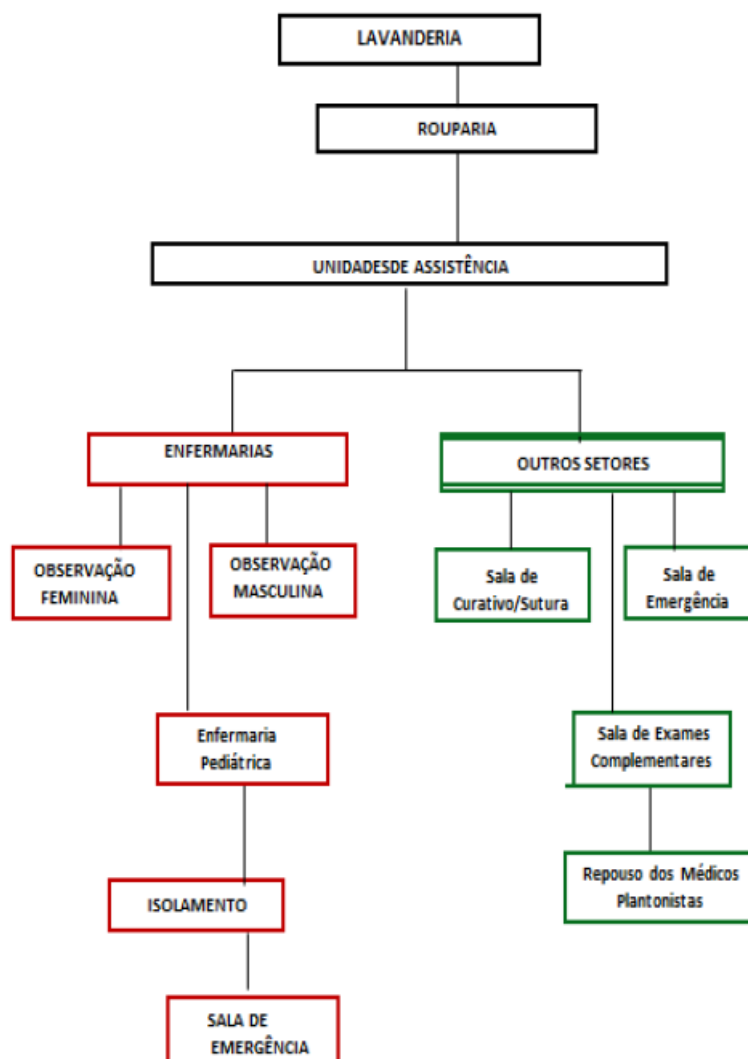
Um fluxo bem estudado racionaliza tempo, equipamento, pessoal e área de circulação, propiciando à rouparia uma melhor funcionalidade. A operacionalização da rouparia abrange todo o circuito da roupa, desde a sua utilização nas diversas unidades do hospital, passando pela coleta da roupa suja nessas unidades, até sua redistribuição após o devido processamento.



FLUXO DE ROUPAS SUJAS



FLUXO DAS ROUPAS LIMPAS / ESTERILIZADAS



- Fluxo Unidirecional de Resíduos De Saúde.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

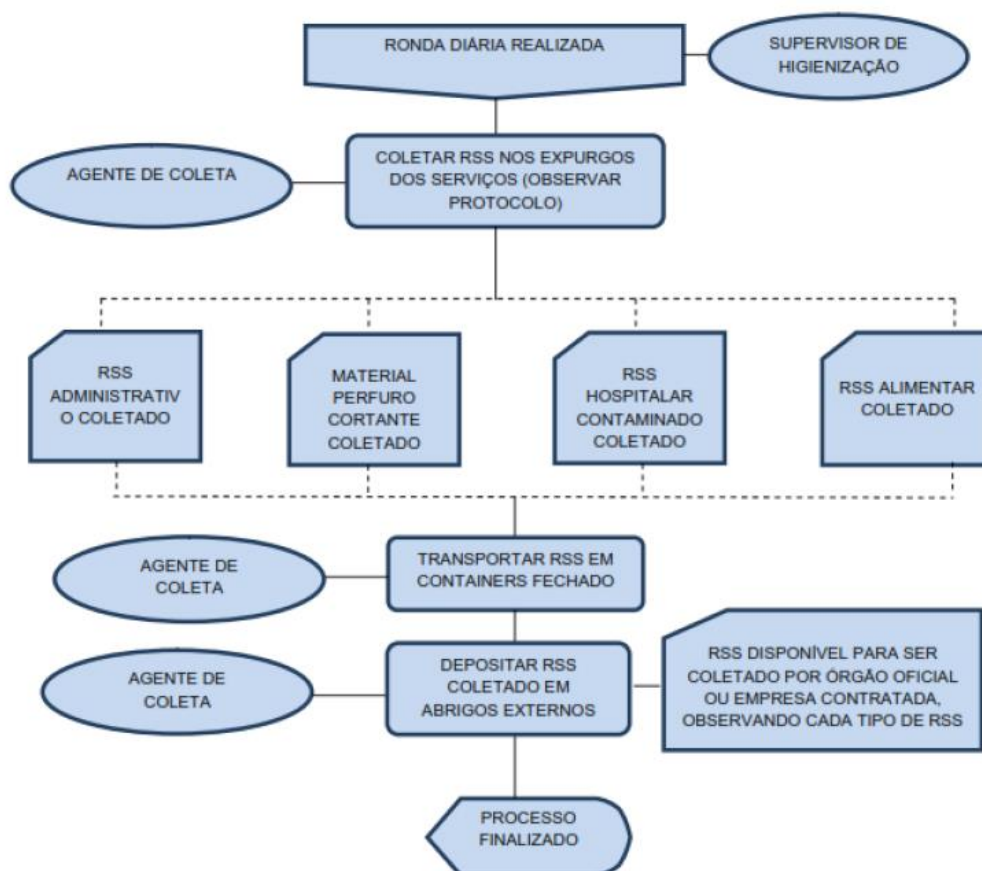
A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

Os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo, laboratórios analíticos de produtos para saúde, necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação), serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação, estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde, centros de controle de zoonoses, distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro, unidades móveis de atendimento à saúde, serviços de acupuntura, serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Classificação dos Resíduos e Descarte Adequado



- Fluxo das Áreas Geradoras de Resíduos



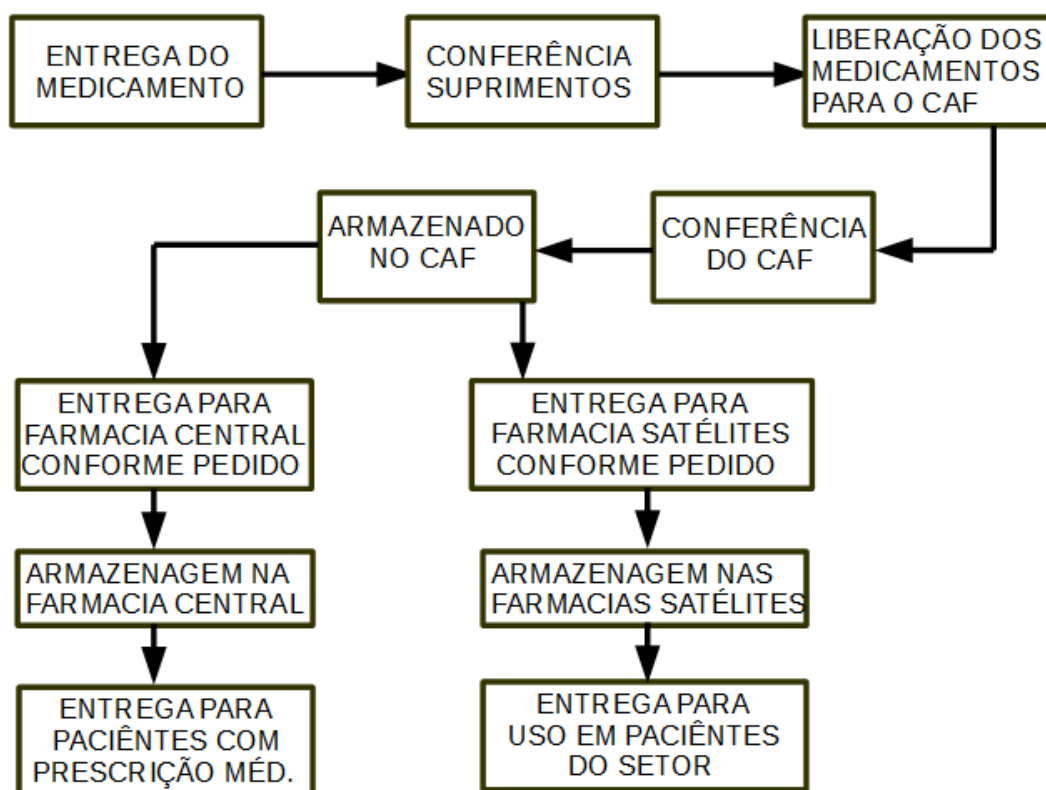


- Fluxo Operacional para Material Médico Hospitalar e Medicamentos.

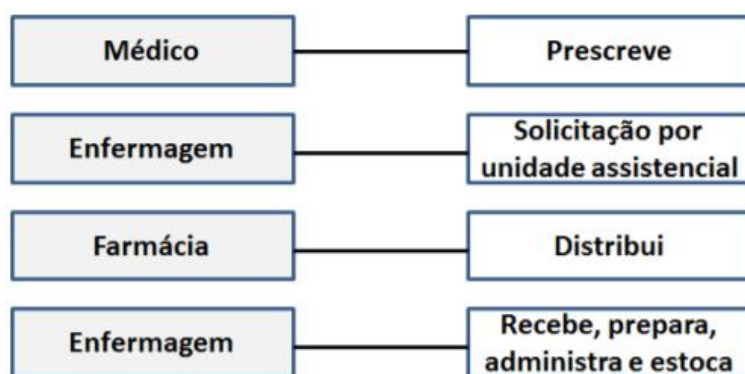
Possuir um fluxo de materiais eficiente é muito importante para que qualquer empresa entregue seus produtos no tempo, na qualidade, na quantidade e no lugar certo, ou seja, a essência do conceito de logística. Se em uma empresa comum a esses preceitos são vitais, em um Pronto Socorro, multiplica-se a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

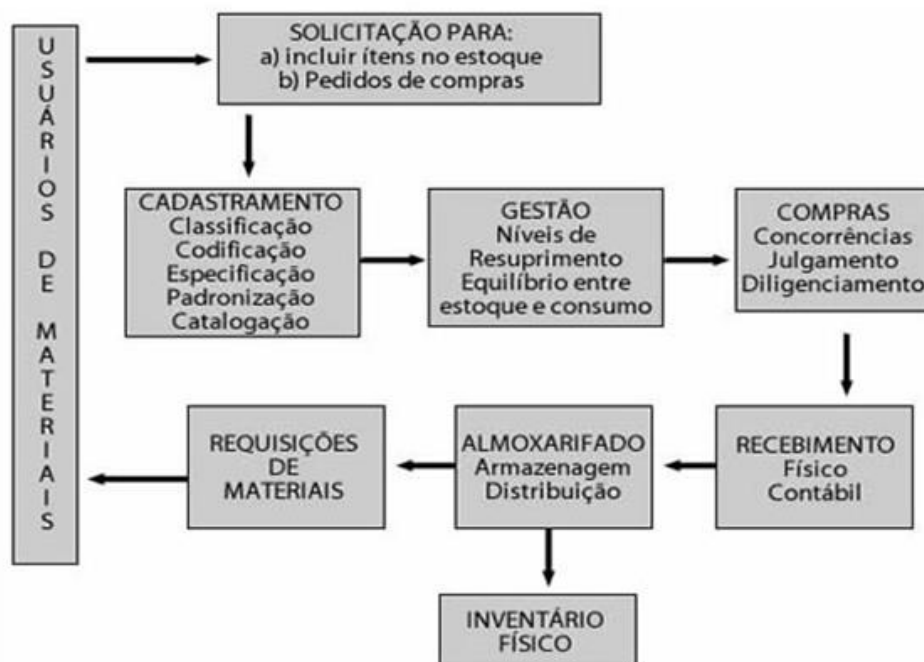
O gerenciamento dos estoques de um hospital deve garantir o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos. Esclarece que a Logística deve se preocupar também com o uso 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.



RESPONSABILIDADES



FLUXO DO SETOR DE MATERIAIS



FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAIS



1.1.3 - ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS

Das Políticas Organizacionais

A ABEDESC entende que a organização é a base fundamental de Sustentabilidade de qualquer serviço, atividade ou sistema de produção de trabalho. Estará diretamente relacionada com a funcionalidade dos serviços, tendo por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz.

Dessa forma, um serviço organizado gerará resolubilidade, otimizará tempo e recursos, além de refletir positivamente na credibilidade da instituição, setor/serviço, sistema de saúde e usuário, favorecendo a todos os envolvidos no processo.

Para organizar os serviços, partir-se-á, inicialmente, do planejamento para conhecer a realidade e a funcionalidade, identificar problemas, processos de trabalho, fluxo de informações, Sistema de Informação, mecanismo de controle e avaliação, atividades desenvolvidas, forma de execução, canais de articulação, comunicação e informação, demandas, para adequar os recursos, visando melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas.

Aspectos a Serem Considerados

Para a organização do serviço, deverão ser observados alguns pressupostos básicos. Dentre eles destacam-se:

- Estrutura organizacional que permita um bom desempenho em relação às funções básicas;
- Capacidade de interagir, de forma permanente, para a busca da adequação da estrutura e processos, diante das circunstâncias;
- Gestão orientada para resultados, de forma planejada e com objetivos criteriosamente construídos.

Vantagens de Um Serviço Organizado

Um serviço estruturado e organizado viabilizará bons e mensuráveis resultados, como:

- Regularidade no abastecimento e a disponibilidade dos produtos no momento requerido, em quantidade e qualidade;
- Melhoria do acesso;
- Credibilidade no serviço de saúde e na instituição parceira;



- Diminuição das perdas, desperdícios e a má utilização dos recursos;
- Registro dos processos de trabalho;
- Base de dados de suporte e apoio à gestão;
- Cumprimento de normas e procedimentos;
- Acompanhamento, avaliação e intervenção eficiente;
- Garantia da qualidade dos serviços e do atendimento ao usuário.

Procedimentos Básicos para um Serviço Organizado

- Conhecer a estrutura organizacional, os níveis de hierarquia, as competências, as atribuições as normas, os procedimentos e as formas de controle e avaliação;
- Identificar responsabilidades, ou seja, quem faz o quê, como, quando e com qual e periodicidade;
- Conhecer os processos de trabalho, forma de execução, fluxo de informações e demandas, interfaces, atividades desenvolvidas, em desenvolvimento, necessidades ou não de intervenção, de mudanças de funções, de práticas e/ou de pessoas;
- Identificar os recursos humanos, número de pessoal, perfil profissional, compatibilidade com a função, nível de satisfação do pessoal, demandas e relações no trabalho;
- Realizar oficina de trabalho com a equipe que será envolvida neste processo para discutir, ouvir sugestões, avaliar necessidades de redefinição de processos de trabalhos e repensar atribuições, de acordo com habilidades e perfis profissionais identificados;
- Elaborar Plano de Trabalho e Cronograma de Atividades, com definição clara de objetivos, metas, prazo de execução, responsáveis, incluindo a sensibilização e motivação da equipe;
- Definir parâmetros e/ou instrumentos de controle e avaliação de resultados;
- Estabelecer indicadores de desempenho para o serviço e para a equipe;
- Desenvolver Sistema de Informação eficiente e eficaz, para o gerenciamento das ações;
- Implantar sistema de qualidade, que possibilite a melhoria dos serviços;
- Elaborar manual de normas e procedimentos operacionais, para harmonizar procedimentos e condutas.

- Normas para o Funcionamento do Serviço de Administração Geral

Estrutura Administrativa

Um serviço organizado exigirá uma estrutura administrativa eficiente que possibilitará a elaboração de relatórios gerenciais, a manutenção de um sistema de informação eficiente (possibilitando uma gestão da informação a contento), a distribuição de tarefas de acordo com o perfil técnico e a estruturação de manuais e normas de procedimentos, nos quais constem todas as atividades, forma de execução, instrumentos gerenciais, padronização de formulários, normas administrativas, com a explicitação de toda funcionalidade do serviço.

Horário de Funcionamento: de segunda a sexta-feira das 8:00 às 17:00 horas

Gerenciamento

A função gerencial requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnica, administrativa, política e psicossocial. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente. Apesar de já ser do conhecimento comum que um bom técnico não será, necessariamente, um bom gerente, também não é possível um bom gerente sem conhecimento específico do trabalho gerenciado. Não se esperam conhecimentos de especialista, mas um conhecimento que o legitime, diante de seus subordinados, podendo, inclusive, constituir fonte de prestígio.

O papel do gerente é planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar o trabalho para que a organização possa atingir seus objetivos, ele deve possuir conhecimentos e habilidades aperfeiçoados de planejamento e controle das atividades organizacionais.

Portanto, uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver seus subordinados nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, mas assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.



À Gerência Administrativa compete:

- Exercer atividades de planejamento, organização, coordenação e controle de recursos humanos, materiais, patrimônio, infra-estrutura e serviços gerais;
- Analisar a estrutura da organização, classificar os cargos de pessoal, verificar a adequação dos mesmos em relação a estrutura da unidade de pronto atendimento e os objetivos propostos, analisar a situação funcional de cada empregado e controlar o fluxo de papéis na organização;
- Otimizar integração da equipe multiprofissional;
- Elaborar pareceres, relatórios, planos, projetos, laudos, assessoria em geral, chefia intermediária e direção superior;
- Supervisionar os atos e procedimentos referentes a administração de pessoal;
- Proceder ao levantamento de necessidades de pessoal e de desenvolvimento de recursos humanos, assim como, na busca de meios para supri-las;
- Supervisionar os processos de compras velando pela legalidade, legitimidade e tramitação correta;
- Gerir os trabalhos de expediente e arquivo geral, comunicação, reprodução e trâmite de papéis e documentos, transporte de pessoas e materiais, segurança, higiene e qualidade;
- Prover, controlar e manter o estoque dos materiais necessários ao funcionamento da unidade;
- Organizar e acompanhar as atividades de serviços gerais e de apoio;
- Propor e implementar rotinas de trabalho no âmbito Administrativo;
- Manter atualizado o cadastro Funcional da Unidade;
- Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

A organização das atividades de apoio deve considerar que a atividade finalística da unidade consiste no atendimento de casos graves (risco de morte) que necessitam de todos os recursos possíveis para o atendimento resolutivo e rápido. As atividades de suporte como Segurança, Limpeza, Almoxarifado, Apoio Logístico e Administração/Gerência serão executadas e implementadas a partir do primeiro mês da execução do Projeto.

A ABEDESC conta com um coordenador geral que será responsável por:



- chefiar a equipe de auxiliares administrativos, recepcionistas, telefonistas, motoristas, serviços gerais.
- fluxo de documentos para SMS e ABEDESC;
- interlocução semanal com o supervisor administrativo da unidade;
- organização e encaminhamento das solicitações de compras;
- solicitação de serviços de manutenção predial e de equipamentos;
- monitoramento de indicadores;
- monitoramento do provisionamento orçamentário mensal das unidades.

A administração também se dedicará às atividades gerenciais que requerem conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnica, administrativa, política e psicossocial. Tais dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas, qualidades que devem permear a ação do gerente. Apesar de já ser do conhecimento comum que um bom técnico não será, necessariamente, um bom gerente, também não é possível um bom gerente sem conhecimento específico do trabalho gerenciado. Não se esperam conhecimentos de especialista, mas, um conhecimento que o legitime, diante de seus subordinados, podendo, inclusive, constituir fonte de prestígio.

As principais atribuições do gerente administrativo são:

- planejar;
- organizar;
- coordenar;
- controlar e avaliar o trabalho para que a organização possa atingir seus objetivos.

Portanto, uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver seus subordinados nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, e assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

- Descrição e Funcionamento da Unidade Financeira

O setor Financeiro tem por finalidade a organização de todo movimento numerário, e prestar as informações necessárias à Administração do Hospital. Acompanhar a evolução Financeira do Hospital, com vista a espelhar as movimentações diárias, por meios de recebimento e pagamento, demonstrando eficientemente e transparentemente a disponibilidade imediata dos recursos do Hospital.

FLUXO DE CAIXA

Objetivo: Avaliação das receitas e despesas incorridas dentro do mês visando análise sintética e analítica conforme plano contábil.

Responsabilidades: Analista Financeiro / Supervisor Financeiro

Descrição

Após encerramento do mês anterior até o 5º dia útil do mês posterior, feitos os ajustes do plano contábil através da Controladoria - Custos que sinaliza as correções e feitas todas as conciliações bancárias, nos setores de: contas a pagar e a receber – relatórios gerenciais - fluxo de caixa gerencial - mensal - competência mês / ano.

Feitas as análises no fluxo, o mesmo servirá base para fluxo de caixa a ser encaminhado para a Diretoria Executiva com respectivos saldos bancários, que posteriormente seguirão ao Setor de Planejamento e Orçamento.

Após validação da parte da Diretoria e do Setor de Planejamento e Orçamento disponibilizará para a prestação de contas aos órgãos competentes.

O Setor Financeiro encaminha também uma via ao Setor de Qualidade o mesmo fluxo, porém o sintético para que seja afixado no painel informativo.

CONCILIAÇÃO BANCÁRIA

Objetivo: O objetivo da conciliação bancária é verificação dos extratos bancários com o com os pagamentos realizados.

Responsabilidades: A responsabilidade é do setor financeiro, que faz a verificação confrontando os extratos, para saber se os lançamentos estão corretos. Os cheques que serão compensados o próprio sistema fornece, para sabermos a disponibilidade das contas.

Definições

IOF – Imposto s/operações financeiras

TAR CH VALOR SUP – tarifa cheque de valor superior a R\$5000,00

TAR DOC SISPAG – tarifa doc por sispag

DEPOSITO CHEQUE – depósito cheque

JUROS – Juros bancários

SISPAG FORNECEDORES – Sistema de Pagamentos Fornecedores

SISPAG SALÁRIOS – Sistema de Pagamentos Salários

SISPAG TRIBUTOS - Sistema para Pagamentos Tributos

EXTRATO – Tarifa extrato

FIEA - Integração Eletrônica de Arquivos

Descrição

É sempre a verificação dos lançamentos bancários se estão de acordo com os lançamentos realizados no caixa.

Se existem cheques a serem compensados, sispag salários , sispag fornecedores , Sispag tributos, tarifas bancárias.

O sistema FIEA envia ao Banco os lotes de pagamento através da remessa de arquivos.

No dia seguinte acessar o site do banco e receber o arquivo retorno e enviar para o FIEA, que faz a conciliação eletronicamente.

É feito uma planilha com as posições dos saldos bancários das contas conforme os extratos para acompanhamento do fluxo de caixa

RECEBIMENTO DAS NOTAS: MATERIAIS, SERVIÇOS, RECEBIMENTO RELATÓRIO SALÁRIOS, FÉRIAS E PROVIDENCIAR PAGAMENTOS

Objetivo: Organizar os pagamentos em dia para que se possa fazer provisões de pagamentos futuros, e efetuar os pagamentos em dia conforme data de vencimento.

Responsabilidade:

Serviço de Tesouraria - Receber as Notas Fiscais (Almoxarifado, Analista Financeiro ou Auxiliar Operacional)

Definições

SISPAG SALÁRIOS – Sistema de Pagamento Salários

SISPAG FORNECEDORES - Sistema de Pagamento de Fornecedores

SISPAG TRIBUTOS - Sistema de Pagamento de Tributos (GPS, FGTS , ISS)

TED – Transferência Eletrônica Disponível

DOC – Documento de Credito

GRFC –Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS e da Contribuição Social

GPS – Guia de Previdência Social

FGTS– Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

RPA - recibo de Pagamento a Autônomo

FIEA - Integração Eletrônica de Arquivos.

Descrição

- Notas Fiscais (originais) de Medicamentos e Materiais sempre acompanhada da ordem de compra (original) assinadas pelo almoxarifado, farmácia, manutenção sempre acompanhadas de relatório das notas enviadas ao Financeiro com livro de protocolo Notas Fiscais de Serviços (originais) equipamentos e manutenção também com ordem de compras original assinadas pela diretoria.
- Notas Fiscais das Equipes Médicas (originais) assinadas pelo coordenador da equipe e também pelo emitente assinando e carimbando a declaração da dispensa do recolhimento do GPS e todo detalhamento de horas feito pela Coordenação médica.
- GPS - Prazo de entrega é 3º dia encerramento da quinzena Notas Fiscais de Prestação de Serviços (Contratos) deverão ser entregues pelas áreas até o 3º dia mês subsequente estas são recebidas e passadas para Contratos e depois retornam para o Financeiro.
- Prazo entregas das Notas Fiscais cuja competência do mês anterior até o 3º dia mês subsequente.
- Prazo entregas das Notas Fiscais Serviços médicos até o dia 12 do mês subsequente.
- Prazo de entrega das Notas Fiscais até 07 dias antes do vencimento.
- Lembrar aos gestores que deverão ficar atentos para os casos onde há retenção de impostos.
- Os relatórios para pagamentos do departamento pessoal são:
- Relatório de pagamentos de adiantamento salariais, salários, férias, 13º salário, encargos, ticket alimentação, ticket refeição e assistência médica (se houver).
- Todas as Notas Fiscais são lançadas no sistema e arquivadas por ordem de vencimento.
- Verificar os saldos bancários para providenciar os pagamentos, tanto por SISPAG , cheque, Sistema de Pagamento de Folha Salários, férias .



- O departamento de pessoal envia para o banco os valores e contas dos funcionários através do SISPAG.
- Encaminhar para financeiro a via assinada, para verificação quando do recebimento do retorno para conferência dos valores, total geral, número de lotes e quantidade de pagamentos, depois encaminhar para diretoria autorizar (sempre com duas autorizações)
- Pagamento de rescisões e GRFC
- Pagamento também de rescisões são feitas através de sistema.
- Pagamentos de Ticket Alimentação e assistência médica, o departamento pessoal deve encaminhar com o respectivo rateio e segue a forma normal.
- Enviar os arquivos através do sistema ao Banco, verificar retorno após 2 (duas) horas do envio e passa para a Diretoria autorizar sempre com dois autorizadores.

RECOLHIMENTO DOS IMPOSTOS

Objetivo: Os recolhimentos dos impostos são: Imposto de Renda Pessoa Física e Jurídica e Impostos municipais e Federais.

Responsabilidades:

Analista Financeiro: Relatório do Sistema Impostos por Empresa IR s/ Pessoa Jurídica, Pessoa Física , Pis s/ folha

Supervisor Financeiro: ISS - Relatório das Notas Eletrônicas e verificação do relatório enviado para Sede

Analista do RH: informações IR s/Pessoa Física, IR s/ folha , Pis s/ folha, FGTS, INSS s/ Folha,

Definições

PIS – Programa de Integração Social

COFINS Contribuição p/Financiamento da Seguridade Social

CSLL Contribuição Sobre Lucro Líquido.

ISS Imposto s/Serviço

DARF Documento de Arrecadação Federal / DARM Documento de Arrecadação Municipal

IRRF-PJ Imposto de Renda Retido na Fonte Pessoa Jurídica

IRRF-PF Imposto de Renda Retido na Fonte Pessoa Física

Documento de Arrecadação Municipal



DES Declaração Eletrônica Serviços

FGTS Fundo de garantia por Tempo de Serviço / GRFS Guia de Recolhimento para Fins Rescisórios

Descrição

Há separação dos pagamentos feitos onde tira-se o relatório por Empresa do Sistema :

- IRRF-PJ – pagamentos efetuados durante o mês recolhimento no dia 20 do mês seguinte (se cair no sábado, domingo ou feriado antecipa) .
- IRRF-PF – pagamentos efetuados durante o mês recolhimento no dia 20 do mês seguinte (se cair no sábado, domingo ou feriado antecipa).
- Este relatório das IRRF-PF deverá ser enviado pelo Depto. Pessoal tanto da Folha de salários e férias como prestadores autônomos (encaminha para Financeiro)
- Pis sobre folha de pagamento - recolhimento todo dia 25 (se cair sábado, domingo ou feriado antecipa)
- Pis, Cofins e Csl – pagamentos efetuados na 1ª quinzena mês atual recolhimento deverá ocorrer até dia 30 de cada mês se houver feriado ou finais semana antecipa
- Pis, Cofins e Csl – pagamentos efetuados na 2ª quinzena recolhimento deverá ocorrer no dia 15 do mês seguinte
- ISS – Financeiro envia para contabilidade um relatório de todas as notas da competência do mês onde consta o ISS emitidas não eletronicamente.
- A contabilidade preenche a DES e apura e confecção do Documento de Arrecadação Municipal, cujo vencimento sempre ocorre no dia 10.
- ISS – responsabilidade do Supervisor Financeiro/ Analista Financeiro junto a Prefeitura, o Financeiro verifica junto a Prefeitura as notas emitidas eletronicamente, confere e efetua o pagamento sempre dia 10.
- INSS dos prestadores serviços, como Folha de Pagamento dos funcionários (enviada pelo Departamento Pessoal), competência do mês anterior recolhimento sempre no dia 20 do mês seguinte (se cair sábado, domingo ou feriado antecipa) - INSS s/ folha e Autônomos – responsabilidade do Departamento Pessoal
- Prestadores de Serviços - responsabilidade do Analista Financeiro e Supervisão Financeira.

- FGTS - responsabilidade do Departamento Pessoal que encaminha ao Financeiro para o respectivo pagamento, o recolhimento sobre a folha é sempre dia 07 se for final de semana antecipa.
- GRFS - responsabilidade do Departamento Pessoal que encaminha ao Financeiro, o recolhimento deverá ocorrer sempre com desligamento do funcionário no momento da rescisão contratual.

DOCUMENTAÇÃO CONTABILIDADE

Responsabilidades: Contabilidade – Contador

Descrição

Fazer um protocolo com todos os documentos, cópias de cheques, títulos (originais), notas fiscais originais, pagamentos de salários, pagamentos de fornecedores, fundo fixo, encargos.

Depois de contabilizados os documentos, a contabilidade encerra o mês nos enviando Balancete, relatório administrativo das atividades econômicas, razão das contas de adiantamento, impostos.

A Contabilidade encaminha também o Doar (documento de Origem e Aplicação de Recursos), onde o Financeiro completa com numero de funcionários Administrativos, Técnicos (fornecidos pelo Departamento Pessoal e Terceiros (fornecido pelo Serviço de Prontuário de Paciente).

Contrato de Gestão, número, data validade e também os respectivos TA (termos aditivos) os quais são fornecidos pela Controladoria.

CUSTOS INDIVIDUALIZADOS POR CENTRO DE CUSTO

Objetivo: O relatório de Custo Individualizado Setorial tem como objetivo manter a Instituição e seus setores informados, fazendo o apontamento de oscilações de aumento ou diminuição de custos, bem como o acompanhamento do orçamento setorial da instituição.

Responsabilidade

É de responsabilidade do Setor de Controladoria a gestão do processo, e das áreas envolvidas a digitação de dados no Sistema de Gestão de Custos, e a entrega dos Relatórios de Coleta de Custos.

As principais áreas responsáveis pela entrega de Relatórios de Coleta de Custos são: Banco de Sangue, Administração de Diagnóstico de Imagens, C.M.E., Financeiro, Manutenção, Recepção, S.C.I.H., Hotelaria e Apoio, Serviço Social, Supervisão de Enfermagem, Psicologia, Compras, Gestão de Recursos Humanos, Treinamento, S.P.P., S.A.U., U.N.D. e Ambulatório.

Descrição

Para gerar o Relatório de Custo Individualizado Setorial é necessária a entrega dos Relatórios de Coleta de Custos e posterior Digitação no Sistema de Gestão de Custos, bem como a digitação realizada pelas áreas diretamente no Sistema de Gestão de Custos.

RELATÓRIOS DE COLETAS DE CUSTOS

Para gestão do processo são necessários os dados como: produção, despesas ou horas trabalhadas, que são enviadas através dos Relatórios de Coleta de Custos. É necessária também a consolidação contábil mensal dos itens/ valores de estoque, bem como a consolidação contábil financeira.

Os Relatórios de Coleta de Custos deverão ser entregues até o 5º dia útil de cada mês. Caso não seja entregue é realizada uma negociação entre as áreas envolvidas.

Após o recebimento são verificados os dados para que não aconteçam possíveis erros na transmissão dos mesmos. Se o relatório estiver incorreto é devolvido para o setor responsável.

Depois de analisados, os dados são digitados nos Sistemas de Gestão de Custos.

Paralelamente as áreas envolvidas digitam os dados Contábeis diretamente no Sistema de Gestão de Custos e são importados alguns dados financeiros e contábeis do sistema de gestão.

Digitados e importados todos os dados necessários no Sistema de Gestão de Custos, é realizada a consolidação mensal.

Através do fechamento são gerados os Relatórios Composição e Evolução de Custos conforme apresentado e o Relatório de Custo Total e Unitário dos Serviços (C/S Mat/Med.), para a conferência se todos dados foram digitados corretamente e se o valor final está correto.

Se todos os dados estiverem corretos é gerado e analisado o Relatório Individualizado por Centro de Custo no sistema. Caso não estejam corretos são verificados os lançamentos efetuados e corrigidos se necessário. Posteriormente se estiver correto o relatório é salvo.

Com base nos dados dos Relatórios Individualizados, é gerado no sistema orçamentário o relatório de orçado e realizado por setor, onde o gestor mensalmente deverá justificar os custos excedentes dentro de uma margem de 5%.

Se algum dado estiver incorreto ou precisar ser ajustado, o mesmo é realizado dentro da competência do mês.

- MANUTENÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

Objetivo: A Manutenção do Contrato de Gestão tem como objetivo manter informada ao órgão competente, em relação ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas estipuladas no Contrato de Gestão. Essas metas são informadas através do Relatório de Atividade Assistencial, Indicador de Qualidade, Relatórios da Parte Variável/ Complementares, Demonstrativo Contábil e Relatório de Custo por Especialidade.

Responsabilidade

É de responsabilidade do Setor de Controladoria a gestão do processo e das áreas envolvidas a entrega dos dados necessários para posterior digitação.

Descrição

NÚCLEO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE

Para garantir a eficácia da manutenção do contrato de gestão, quinzenalmente os dados de produção (parte quantitativa do contrato de gestão) são acompanhados pelo grupo multidisciplinar NIS. Nas reuniões são acompanhadas as produções, bem como realizadas ações de gestão, sinalizando melhorias e alternativas.

Após consolidação dos dados, os mesmos são informados ao grupo e após consolidação mensal uma via destes dados é encaminhada até o dia 20 para Superintendência, juntamente com o número de partos e coeficiente de funcionários por leito.

Posteriormente as informações do NIS, são encaminhadas para os órgãos competentes, conforme disposto no itens Atividade Assistencial e Indicador de Qualidade deste procedimento.

ATIVIDADE ASSISTENCIAL

O órgão competente estipula o prazo para entrega do Relatório de Atividade Assistencial (dia de cada mês), cujos dados deverão ser digitados na web.

Os setores envolvidos deverão entregar ao Setor de Controladoria os dados informativos até o 5º dia útil de cada mês para posteriormente serem digitados.

Os dados são analisados e validados pela Diretoria Técnica, e posteriormente são informados para aos órgãos competentes.

Os dados digitados na geram um relatório que será impresso e arquivado mensalmente na pasta Contrato de Gestão – Atividade Assistencial, como confirmação de recebimento de dados.

INDICADOR DE QUALIDADE

Os setores envolvidos deverão entregar ao Setor de Controladoria os dados informativos até o 5º dia útil de cada mês para posteriormente serem digitados.

Os dados devem ser digitados na web, até dia 15 de cada mês, no item Indicador de Qualidade não podendo ocorrer atrasos e nem ausência de dados no dia estipulado.

Os dados são analisados e validados pela Diretoria Técnica, e posteriormente são informados para os órgãos competentes.

Os dados geram um relatório que será impresso e arquivado mensalmente na pasta Contrato de Gestão – Indicador de Qualidade, como confirmação de recebimento de dados.

DEMONSTRATIVO CONTÁBIL

Os dados informativos quanto à movimentação financeira são entregues mensalmente pela contabilidade, no Relatório de Atividades Econômicas, sendo este consolidado pelo setor de Controladoria.

Os dados devem ser digitados, até a data estabelecida de cada mês, no item Demonstrativo Contábil, não podendo ocorrer atrasos e nem ausência de dados no dia estipulado.

Os dados geram um relatório que será impresso e arquivado mensalmente na pasta Contrato de Gestão - Demonstrativo Contábil, como confirmação de recebimento de dados.

Após consolidação dos dados, uma via do arquivo é encaminhada até o dia 20 para a Superintendência, e outra via é enviado por e-mail aos órgãos competentes.

RELATÓRIOS COMPLEMENTARES E PARTE VARIÁVEL

Algumas informações gerenciais são enviadas mensalmente e trimestralmente por e-mail para o órgão competente. Sendo as informações: Taxa de Mortalidade, Censo de Origem, Dados Complementares do Hospital, Taxa de IAM – Infarto, Agudo do Miocárdio, Análise de Saídas por tempo de Permanência, Taxa de Infecção Hospitalar, Controle de Qualidade em Patologia Clínica, Relatório de Entrevistas/Comunicações Espontâneas e Taxa de Cesáreas em Primíparas.

É de responsabilidade dos gestores dos setores o envio direto das informações, porém como forma de controle de envio destes arquivos, é enviada uma cópia destes dados ao setor de Controladoria, cujo mesmo é impresso e arquivado na pasta Contrato de Gestão – Parte Variável.

CUSTOS POR ESPECIALIDADE

Após fechamento do mês no Sistema de Custos, são digitados no sistema Custos por Especialidades o total de exames separados por clínica.

É realizada a consolidação do mês no Sistema Custos por Especialidade.

Após o fechamento são gerados e visualizados no Sistema os relatórios de Composição e Evolução dos Custos, Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços, Centro de Custos por Ordem de Relevância, Demonstração dos Custos Unitários dos Serviços Auxiliares e Custos com Manutenção.

Os relatórios descritos acima são salvos na pasta Custo Trimestral.

ORÇAMENTO ANUAL PARA A SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Objetivo

A elaboração do Orçamento Anual para o órgão contratante, tem como objetivo garantir as necessidades para o ano subsequente, projetando despesas, receitas e investimentos, visando atender as metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no contrato de gestão; sem a necessidade de valores complementares e excedentes.

Responsabilidades

É de responsabilidade do Setor de Controladoria a execução do processo.

Descrição

O Setor de Controladoria tem como principais atividades:

Analisar o Orçamento anterior referente às metas de Atendimento Ambulatorial, Internações, Urgências e SADT, fazendo qualquer alteração que for necessária.

Analisar o Orçamento anterior referente à Movimentação Financeira, calculando o percentual de reajuste que deverá ser aplicado, tanto maior ou menor comparando o orçado e o realizado do ano anterior e comparando também os Índices do Mercado Financeiro.

Após conclusão do orçamento, o setor de Controladoria deve apresentá-lo a Coordenação Administrativa e Financeira e Diretoria Administrativa para análise e aprovação, se não for aprovado o orçamento deverá ser refeito; se aprovado pela Diretoria Administrativa, o orçamento é digitado para aprovação pela Secretaria Municipal da Saúde, que poderá aprová-lo ou não.

Após a definição do orçamento aprovado, uma cópia do Orçamento é mantido na Secretaria Municipal da Saúde para elaboração do Contrato de Gestão (Termo Aditivo), uma via é mantida no planejamento/orçamento e outra via é encaminhada para a Superintendência (em formulário específico).

Mensalmente, são acompanhados os valores de Orçado e Realizado, e até o dia 20 do mês subsequente, os dados descritos são encaminhados para a Superintendência, juntamente com os dados de produção relacionados ao orçamento aprovado.

- PRESTAÇÃO DE CONTAS

O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega mensal do Relatório de Prestação de Contas.

A Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos – discriminados em:

- a) Demonstrativo de Despesas;
- b) Demonstrativo de Folha de Pagamento;
- c) Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;
- d) Balancete Financeiro;
- e) Extrato Bancário de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;
- f) Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores), em periodicidade trimestral.
- g) Demonstrativo de valor a ser deduzido da parcela mensal, em razão do custo de servidores municipais cedidos, mediante quantificação de profissionais, salários,

benefícios e encargos, número de plantões ou carga horária e demais informações para a composição da referida dedução no repasse mensal.

Nos comprometemos a:

- Apresentar à Secretaria Municipal da Saúde, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar.
- Apresentar relatório com informações detalhadas, além dos relatórios trimestrais previstos, de acordo com regulamentação da Secretaria Municipal da Saúde e na periodicidade por ela estabelecida, especialmente sobre:
 - a) Relação com a identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza;
 - b) Estatísticas de óbitos;
 - c) Interação com a rede pública de atenção à saúde e com os complexos reguladores, estadual e municipal, especialmente quanto aos problemas envolvendo remoção e transferência de pacientes;
- Apresentar à Secretaria Municipal da Saúde, mensalmente, relatório contendo todos os procedimentos realizados, bem como toda a documentação exigida, nos termos indicados e segundo a metodologia adotada pelo Sistema de Informação Ambulatorial - SIA-SUS, notadamente em relação aos atendimentos prestados pela Unidade Mista.
- Apresentar à Secretaria Municipal da Saúde, trimestralmente, os relatórios das comissões especificadas no plano de trabalho.
- Fornecer os relatórios, documentos e informações previstos, de forma a permitir sua integração em bancos de dados, em base eletrônica, conforme padrão determinado pela Secretaria Municipal da Saúde.
- Arquivar vias originais dos relatórios previstos, após analisadas e aprovadas pela Secretaria Municipal da Saúde, nas sedes das unidades de saúde referidas neste Termo de Referência ou em local definido pela SMS, e deverá mantê-las em arquivo até o fim do prazo do contrato de gestão.
- Informar à Secretaria Municipal da Saúde durante todo o prazo do contrato de gestão, os seguintes itens: a) Estatísticas mensais dos atendimentos; b) Relação dos serviços oferecidos;
- c) Informações de contato (telefone, endereço de correio eletrônico, formulário eletrônico, endereço de correspondência) para recebimento de reclamações, sugestões e esclarecimento de dúvidas.

- Descrição de Funcionamento da Unidade de Faturamento

FATURAMENTO: Serviço responsável pelo processamento das contas hospitalares dos clientes assistidos no Hospital de forma a garantir o correspondente fluxo de recursos financeiros.

Horário de Funcionamento:

O serviço de faturamento tem o seu horário de funcionamento de Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 18:00 horas, horário administrativo, com intervalo para o almoço.

Finalidades do Faturamento:

- Confecção das contas de todos os pacientes.
- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares.
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS.
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

Atribuições do Setor:

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes.
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

Atribuições Funcionais:

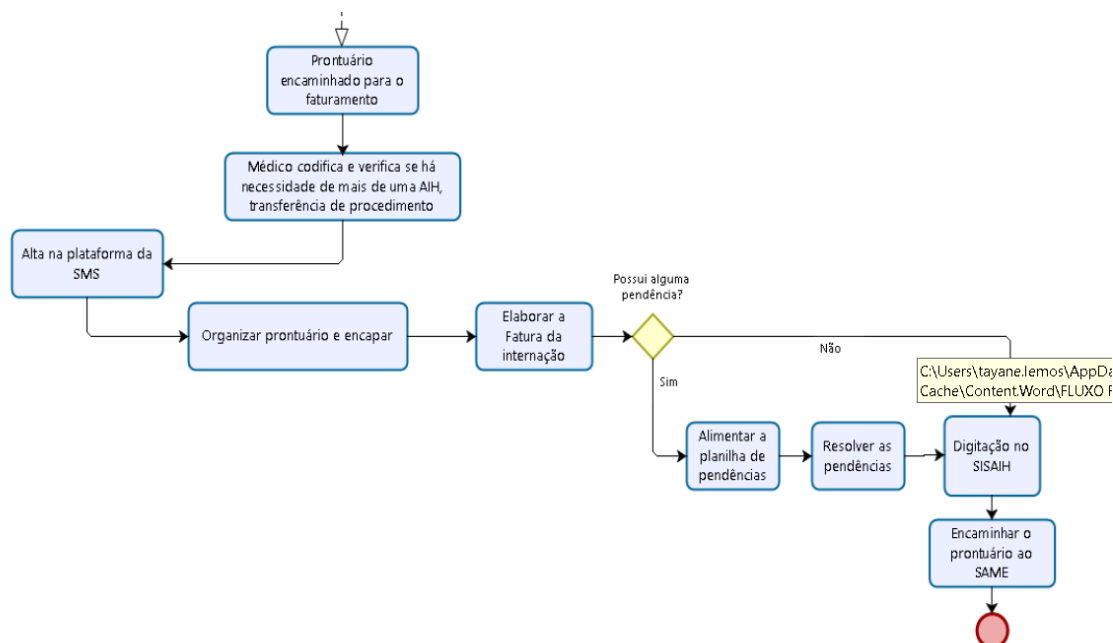
Compete ao Faturista

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.

- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;
- A atualização quanto a novos procedimentos, oriundos da direção do hospital e órgãos competentes;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;
- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outras áreas ligadas às atividades do faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

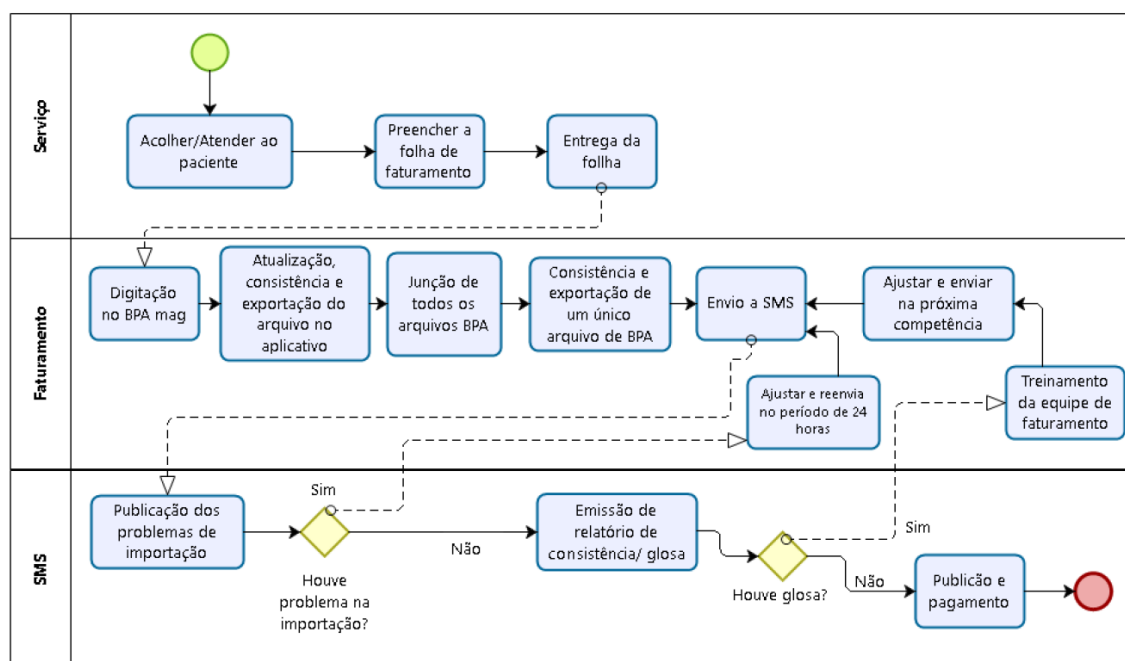
FLUXOS DO SETOR

- FLUXO DO PRONTUÁRIO NA ALTA HOSPITALAR



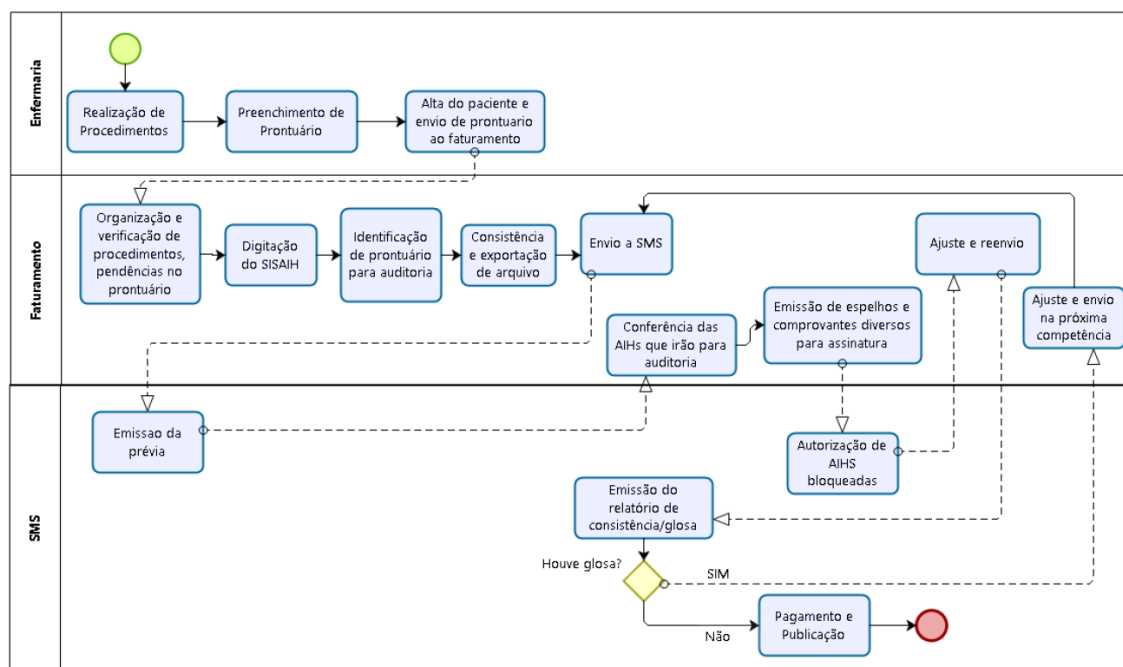
- FLUXO DO FATURAMENTO AMBULATORIAL

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 no Brasil, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção. Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado



- FLUXO DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE PRODUÇÃO HOSPITALAR

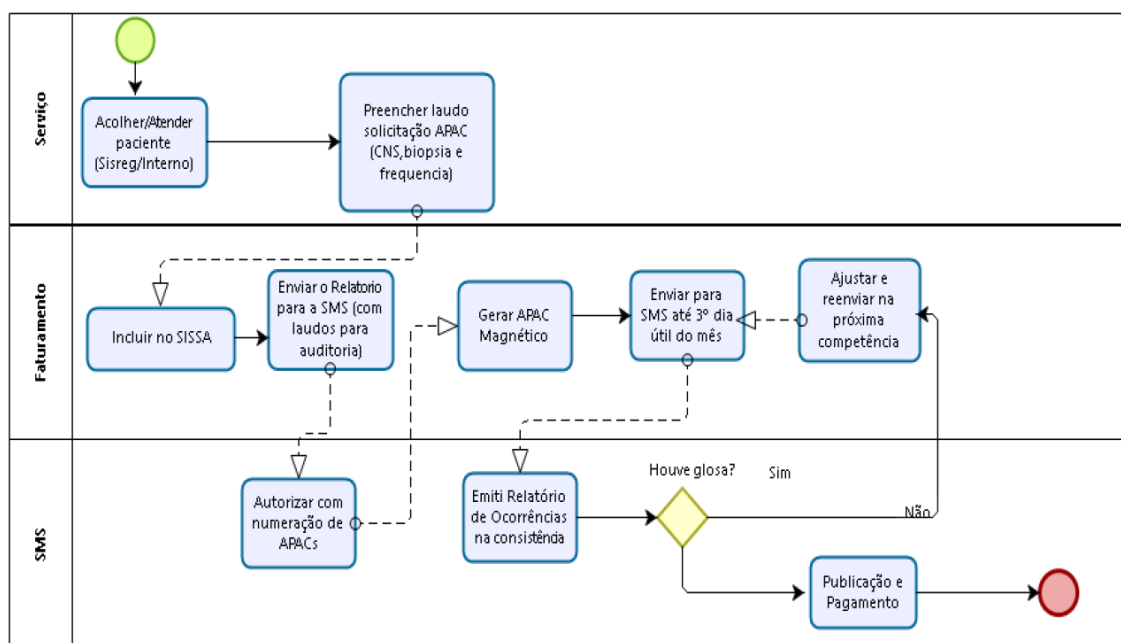
O Ministério da Saúde (MS) com a Portaria GM/MS n.º 896/1990 implanta o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS). A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é uma ferramenta utilizada por gestores e prestadores de serviços ao SUS e apresenta a proposta de pagamento de valores fixos por procedimentos.



- FLUXO DE PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE APAC

A APAC é instituída na Portaria GM/MS n.º 545, de 20 de maio de 1993 (NOB93) sob a denominação de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo (APA). Mas foi só após a publicação da Portaria GM/MS n.º 2.203, de 6 de novembro de 1996 (NOB96) que é implementada já sob a demonização de APAC, com objetivo de registrar os atendimentos de nefrologia.

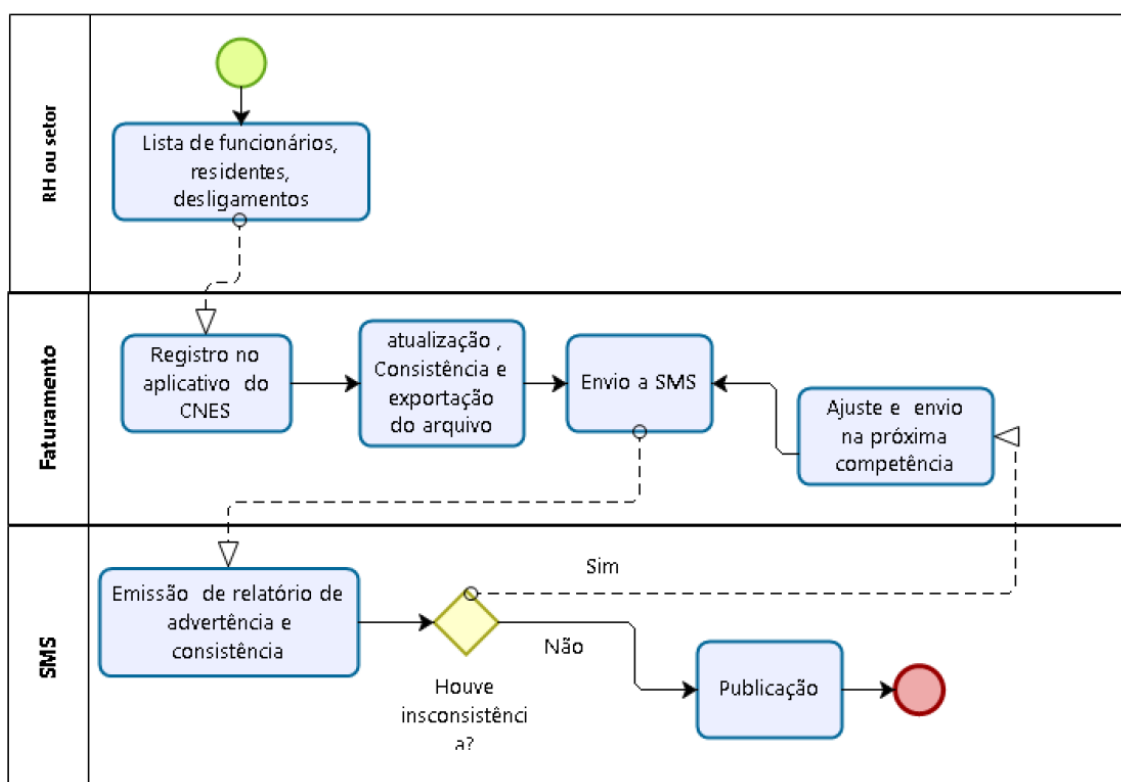
A diferença da APAC em comparação com outros instrumentos de registro ambulatoriais, é que os pro-cedimentos registrados exigem autorização prévia do gestor para serem realizado.



- FLUXO DE PROCESSAMENTO DO CNES

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde foi instaurado em 1999 por meio da PT-SAS 376. O MS/SAS implantou as fichas de cadastro de estabelecimento e disponibilizou para a consulta pública. Foi em 2000, por meio da PT-SAS 511, o MS/SAS aprova e ratifica a ficha de cadastro de estabelecimento e seus respectivos manuais e determina ao DATASUS a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde.

O CNES visa melhorar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instaladas, serviços de saúde, equipamentos disponíveis subsidiando os gestores, com dados de abrangência nacional, no planejamento de ações em saúde.



- Descrição e Funcionamento dos Núcleos de Manutenção Predial e Manutenção de Equipamentos

Departamento responsável pelo planejamento, controle, organização e supervisão de toda a conservação, manutenção preventiva e corretiva da Estrutura Predial, incluindo todas as instalações elétricas, hidráulica e mecânica, bem como de todo o parque de equipamentos: eletromecânicos, hospitalares, incluindo o mobiliário clínico ou administrativo.

Horário de Funcionamento

O serviço de Manutenção funcionará 24 horas com escalas de trabalho específicas por profissionais.

Conceitos de Manutenção

- **Manutenção Preditiva** também chamada de manutenção predial, está ligada diretamente a arquitetura hospitalar. Neste campo aborda-se toda a parte estrutural do edifício hospitalar, a rede elétrica, hidráulica, rede de gases medicinais, ar condicionado, sistema de abastecimento de água entre outros.

Conceito de Engenharia Clínica

- **Bioengenharia:** voltada ao desenvolvimento da ciência biomédica; por exemplo, estudando o funcionamento de neurônios e de células cardíacas com o auxílio de modelos matemáticos e simulações;
- **Engenharia de Reabilitação:** objetivando desenvolver sistemas eletrônicos e mecânicos que melhorem as condições de vida de deficientes;
- **Engenharia Médica:** direcionada ao estudo, projeto e execução de instrumentação (principalmente eletrônica), sensores, próteses, etc., para a área médica;
- **Engenharia Clínica ou Hospitalar:** voltada às atividades de certificação e ensaios de equipamentos médicos, e atividades em hospitais incluindo projeto, adequação e execução de instalações, assessoria em processos de tomada de decisão na aquisição de equipamentos, treinamento e orientação de equipes de manutenção. As atividades da Engenharia Clínica auxiliam na gerência dos equipamentos médicos das instituições de saúde, com ferramentas para administrar seus recursos tecnológicos desde a aquisição até o abandono, utilizando ao máximo sua capacidade e utilização mais apropriada destes equipamentos.

Estrutura Predial: Instalações

Com a evolução da complexidade dos métodos e dos equipamentos em hospitais, cada vez mais se necessita, nestes locais, de instalações que atendam às exigências técnicas e que não venham a causar riscos às pessoas envolvidas nos procedimentos assistenciais e de apoio.

Tal proteção, que abrange quem assiste e quem é assistido (colaboradores e pacientes), é obtida através do enquadramento das instalações prediais às normas pertinentes, do correto planejamento das manutenções e por meio da elaboração de procedimentos padronizados, normatizando fluxos, sistemas de segurança, e demais cuidados necessários para o perfeito funcionamento da estrutura Hospitalar.

Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas (SPDA).

O raio é responsável por grandes prejuízos físicos, podendo provocar até mesmo a morte, com danos custosos em sistemas de eletricidade e de telecomunicações. Conforme orientações de *CREDER, Hélio. Instalações elétricas. Ed. Livros Técnicos e Científicos.*

A instalação de um sistema de proteção contra descargas atmosféricas tem as seguintes funções:

- Neutralizar, pelo poder de atração das pontas, o crescimento do gradiente de potencial elétrico entre o solo e as nuvens;
- Oferecer à descarga elétrica que for cair em suas proximidades um caminho preferencial, reduzindo os riscos de sua incidência sobre as estruturas;

O sistema *SPDA* não impede e não assegura a proteção total da estrutura física, mas reduz de forma significativa os riscos de danos, conforme a norma NBR 5419. Em locais de grande afluência de público e que prestam serviços públicos essenciais, pelo tipo de ocupação e tipo de material de construção utilizado *a sua utilização é obrigatória.*

Sistema Elétrico, composto pelo Sistema de Aterramento.

Um sistema de aterramento é o conjunto de condutores, haste e conectores interligados que permitem a condução e dissipação para a terra das correntes que sejam impostas a esse sistema.

O aterramento elétrico tem três funções principais:

Proteger o usuário do equipamento das descargas atmosféricas, através da viabilização de um caminho alternativo para a terra, de descargas atmosféricas;

“Descarregar” cargas estáticas acumuladas nas carcaças das máquinas ou equipamentos para a terra;

Facilitar o funcionamento dos dispositivos de proteção (fusíveis, disjuntores, etc.), através da corrente desviada para a terra.

A portaria nº 2662 de 22/12/1995 do Ministério da Saúde determina que novos projetos de instalações elétricas, de reforma ou ampliação de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde devem adotar as prescrições da NBR 13543/95. Em todo o setor do estabelecimento hospitalar onde o paciente estiver em tratamento ou recuperação, deverá ser previsto um sistema de aterramento para garantir o mesmo nível de equipotencialidade, isto é, deverá ser evitada a utilização de dois pontos de aterramento para um mesmo paciente.

O diferencial máximo admitido nas superfícies condutoras em contato com o paciente será de 05 mv.

Todas as partes metálicas da edificação ou tubulações metálicas ao alcance do paciente deverão ser aterradas.

Toda a instalação do sistema de aterramento deverá atender a NBR 5410 - Instalações elétricas de baixa tensão da ABNT e outras.

Sistema Elétrico, composto pelo sistema de Protetores de Surto – UPS.

Os DPS são **D**ispositivos **P**rotetores contra **S**urtos, isto é, utilizados na proteção de equipamentos elétricos e eletrônicos, ou conforme a definição da norma *IEC 61643-1*, "é um dispositivo destinado a limitar as sobre-tensões transitórias e a desviar correntes de surtos, contendo pelo menos um componente não-linear". É integrada a grupos geradores de emergência, sem exceção, pois o hospital busca a disponibilidade da fonte como forma de assegurar confiabilidade, entretanto, essa confiabilidade não é medida, em termos quantitativos.

A maioria dos projetos prevê alguma das muitas alternativas possíveis, combinando ramais de recurso da concessionária com unidades UPSs e grupos geradores dotados de partida automática, baseados nas disponibilidades de produtos que o mercado proporciona. Descrição, Orientação e Grau de Prioridades vistoriadas.

Sistema de Elétrico Geral

O sistema elétrico é o sistema mais empregado e também o mais exigido das instalações hospitalares. Porque dele transcorrem todos os procedimentos nas áreas críticas tais como, de emergência, cirurgia, nas atividades meio e nos serviços de apoio. Ao conceber o Projeto do Edifício Hospitalar há que se considerar uma larga folga na Potência a ser instalada, pois face à dinâmica da tecnologia na área médica nele constantemente são ancorados novos equipamentos, muitas vezes tornando a demanda maior do que a capacidade existente. Aliado a todos os aspectos técnicos, não podemos esquecer a necessidade de atendermos itens como expansibilidade e flexibilidade que são fatores extremamente corriqueiros, dentro das necessidades de mudança, quer seja em função de acréscimos de novas atividades ou substituição de equipamentos, dentro de uma entidade hospitalar, conforme descrito em. *BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Série Saúde & Tecnologia — Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde — Instalações Prediais Ordinárias e Especiais. -- Brasília, 1995, autor - Salim Lamha Neto.*

É bem verdade que outras matrizes energéticas se verificarão no Conjunto Hospitalar, tais como gás natural, GLP, óleo combustível, vapor, todavia o sistema elétrico será considerado o sistema mãe, que requer cuidados 24 horas, todos os dias da semana. Ainda não é possível à utilização de fontes de energia que ofereçam 100% de disponibilidade e para o hospital, não bastam 99,9%, suficientes para atender os requisitos da instalação. Assim, podemos nos deparar com aplicações que justifiquem os investimentos na medida em que as consequências de uma interrupção sejam avaliadas e consideradas adequadamente.

As Cargas críticas se caracterizam, principalmente, pelas necessidades de:

- A) *Disponibilidade* - A operação deve ser contínua 24 horas por dia, 365 dias por ano. Disponibilidade de 99,99% significa que em $365 \times 24 = 8.760$ horas há uma indisponibilidade de 0,01%, ou seja, 0,876 hora ou aproximadamente 53 minutos de interrupção por ano.
- B) *Confiabilidade* - O MTBF (Mean Time Between Failures) do sistema deve ser elevado.
- C) *Manutenção rápida* - Baixo valor de MTTR (Mean Time To Repair).

Sistema Elétrico composto pelo Sistema de Iluminação.

O cálculo do índice luminotécnico deverá ser baseado nas características e utilização de cada ambiente, conforme NBR 5413 e NR 15 do MTB, segundo FITCH (1972) define que a complexidade do processo da visão está condicionada a fenômenos físicos, fisiológicos e psicológicos, assim como os outros sentidos humanos. É, contudo, a fonte de informação mais importante a respeito do espaço ambiental – forma, tamanho, localização e características físicas do mundo dos objetos, sendo que dividimos em áreas:

- Unidade de Observação.

Nos quartos de Observação deverão ser adotados os tipos:

- A) Iluminação geral de conforto;
- B) Iluminação de vigília (noturna) instalada a 50 cm do piso, acionada na cabeceira do leito e/ou na entrada do quarto,
- C) Iluminação de exame, que deverá ser desenvolvida em função do uso específico.

- Cozinha, Central de Esterilização e Copa.

Deverão ser adotados luminárias e equipamentos resistentes ao tempo e corrosão, devido à excessiva umidade.

- Unidade de Radiologia.

Deverão ser adotadas luminárias de teto de modo geral e, em casos específicos, como tomografia computadorizada, deverá ser adotado um sistema de iluminação indireta.

Sistema de Elétrico composto pelos Geradores e No Breaks.

O sistema de alimentação de energia elétrica de toda as unidades hospitalares deverá obrigatoriamente ser constituído de 02 (duas) fontes, sendo a principal suprida pela rede de energia elétrica da concessionária local e a outra poderá ser:

A) acumuladores de corrente contínua (bateria);

B) grupos geradores,

A autonomia do conjunto deverá ser de tal forma que garanta o abastecimento contínuo por 24 horas de todas as cargas alimentadas pelo conjunto. Para tanto, será necessário o armazenamento de combustível, cujas instalações deverão atender as normas do Corpo de Bombeiros. Os equipamentos, as máquinas e outros sistemas que necessitam de cargas elétricas em setores críticos são todas aquelas cuja interrupção de

funcionamento possa resultar em prejuízos para os usuários e/ou beneficiários dos serviços aos quais se destinam.

As cargas de missão crítica necessitam de energia segura e de boa qualidade. Em estabelecimentos assistenciais de saúde isto se agrava devido à vida de pacientes serem dependentes de equipamentos médicos hospitalares.

Sistema de Combate a Incêndio.

Para que uma edificação seja considerada segura, dar-se-á importância às medidas ou ações de segurança que estão ligadas à ocorrência de um sinistro (incêndio), como também o comportamento da edificação diante do sinistro.

O atendimento aos requisitos de segurança das medidas ou ações serve de base para o estudo sobre o sucesso ou não de uma evacuação, que tem como destaque a questão do tempo.

A formação da Brigada de Incêndio é obrigatória e prevista na Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho (NR 23), no Decreto Estadual nº. 38069/93 do Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo e é conformidade nas Diretrizes do decreto nº. 46.076, de 31 de agosto de 2001, que Institui o Regulamento de Segurança contra Incêndio das edificações e áreas de risco para os fins da Lei nº. 684, de 30 de setembro de 1975.

Conforme NBR 13714 que configura o seu sistema, o plano de inspeção e a sua periodicidade para a extinção do fogo por intermédio das proteções ativas com o uso de extintores, mangotinho, chuveiros automáticos, detecção, alarme, sinalização e iluminação de emergência.

Esclarecemos que as edificações que não possuem este sistema de proteção passiva e a equipe de brigadistas, pode ter suas atividades suspensas pelo Corpo de Bombeiros.

Sistema de Gases Medicinais:

De acordo com a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, o sistema de abastecimento de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido e óxido nitroso) pode ser de três tipos: Cilindros transportáveis; Centrais de reservação: centrais de cilindros e tanques; Usinas Concentradoras de Oxigênio.

Ainda segundo a RDC nº50, "O primeiro é utilizado no caso de emergências e uso eventual. O abastecimento é descentralizado em cilindros transportáveis até os pontos de utilização. O segundo e terceiro sistemas são centralizados. Neste caso o gás é conduzido por tubulação da central até os pontos de utilização. Os sistemas de baterias



de cilindros devem estar conectados a uma válvula reguladora de pressão capaz de manter a vazão máxima do sistema centralizado de forma contínua. Os sistemas de tanques e/ou usinas concentradoras, devem manter suprimento reserva para possíveis emergências, que devem entrar automaticamente em funcionamento quando a pressão mínima de operação preestabelecida do suprimento primário for atingida."

Rotina para a Manutenção Predial

O Responsável pelo serviço de Engenharia e Manutenção Hospitalar juntamente com uma equipe multifuncional (eletricista e aux. manutenção), encaminha-se a todos os setores inspecionando:

- A existência de rachaduras;
- Falhas ou desgaste de pintura ou revestimentos;
- Existência de pontos de infiltração de água;
- Verifica janelas e portas;
- Verifica instalações elétricas (interruptores, tomadas, luminárias e identificação de quadros elétricos);
- Verifica pontos de telefonia e lógica;
- Verifica instalações hidráulicas (torneiras, registros, sifão, ralos, vazamentos);
- Verifica a integridade das instalações físicas do SPDA (Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas).

1. Todos os itens apontados durante a inspeção devem ser anotados e para cada item ou tipo de serviço devem ser abertas Ordens de Serviço de Manutenção conforme normas, rotinas e procedimentos já descritos.

4. Caso não haja material disponível para execução do serviço é emitido pedido de compra com descrição do material e local a ser utilizado e encaminhado para a Unidade de Compras.



- Ações para a implantação do Programa de Manutenção Predial e de Equipamentos

- Planejar e Coordenar todas as atividades das equipes de manutenção, garantindo a satisfação crescente das áreas requisitantes;
- Elaborar o Planejamento de Manutenção Preventiva para os equipamentos e demais recursos da unidade;
- Elaborar, em conjunto com a área de Suprimentos, a relação de todas as peças e insumos necessários para garantir a reposição dos mesmos quando necessário, seja por manutenção corretiva ou preventiva;
- Manter atualizado o Prontuário do Equipamento, documento este, individual para cada equipamento cadastrado e existente nas dependências da unidade;
- Elaborar a relação de manuais e especificações de todos os equipamentos existentes na Instituição;
- Manter arquivo de endereços e contatos com todos os fabricantes dos equipamentos e dos prestadores de serviços de manutenção para sanear possíveis ocorrências;
- Elaborar condutas de ordem técnica e administrativa para os reparos de equipamentos e instalações a serem realizados;
- Zelar pela operação contínua dos recursos existentes na Instituição;
- Prestar atendimento de emergência às demais unidades da Instituição, a fim de promover a continuidade das atividades;
- Manter um registro de ocorrências de quebras de equipamentos, analisando as estatísticas e índices de eficiência dos mesmos, objetivando, por meio dos indicadores, a real taxa de disponibilidade dos equipamentos para a assistência;
- Manter um controle rígido sobre as ferramentas e dispositivos adequados para a atividade corretiva e preventiva da infra-estrutura da unidade;
- Cumprir os programas de manutenção, reparos, adaptações e/ou ampliações da estrutura da unidade mediante orientação técnica e aprovação da planta pelos Departamentos competentes;
- Avaliar e atestar os serviços executados por terceiros, seja por contratos de manutenção ou periódica, a fim de garantir a qualidade dos bens e proteger contra a depreciação.
- Assessorar na análise técnica e de viabilidade econômica quando da escolha de empresas prestadoras de serviços de manutenção preventiva.

ROTINAS E MANUTENÇÕES PREVENTIVAS NA MANUTENÇÃO PREDIAL

- Rotina de Inspeção Predial

- Vistoriar o prédio do Ambulatório - interno e externo
- Anotar na planilha necessidades de reparos verificados
- Especificar materiais necessários para reparações
- Encaminhar pedido de material para a Engenharia de Manutenção
- Verificar se tem o material em estoque
- Fazer pedido de compra se necessário
- Programar obra
- Solicitar a Unidade de SESMT avaliação de segurança

- Eletricista

Rotinas

- Verificar funcionamento e drenagem do compressor
- Verificar funcionamento da bomba de vácuo
- Verificar a Cabine de Entrada e Subestação
- Verificar as iluminações externas do Ambulatório
- Verificar sistema de incêndio e alarme
- Verificar funcionamento do PABX
- Inspecionar as instalações comuns dos andares
- Atender as Ordens de Serviço emitidas

Manutenções Preventivas

- Instalar e reparar sistemas elétricos de máquinas, equipamentos e redes de energia elétrica, substituindo fiação ou componentes, obedecendo às solicitações recebidas e programação pré-estabelecida, adotando técnicas e conhecimentos específicos de sua área de atuação.
- Realizar a manutenção preventiva em circuitos e componentes elétricos, analisando a causa dos defeitos, desmontando e montando componentes e/ou conjuntos de equipamentos, substituindo peças de motores, bombas, ventiladores e outros, realizando testes de funcionamento.



- Atender os casos de emergência em seu turno de trabalho, analisando as possibilidades de reparos imediatos ou os procedimentos que poderão ser realizados posteriormente, solicitando orientações superiores.
- Inspecionar o quadro elétrico, efetuando medições, aperto de parafusos colchonetes e limpeza, para evitar o superaquecimento ou sobrecarga.
- Registrar nas ordens de serviço o tempo e material utilizado na execução das tarefas, visando controlar os custos dos serviços realizados e a posterior manutenção preventiva das máquinas e equipamentos.
- Ler e interpretar esquemas elétricos, fazendo cálculos de eletricidade, utilizando-se de aparelhos de medição elétrica.
- Realizar serviços gerais de elétrica nas dependências da instituição, instalando, reparando e/ou substituindo luminárias, tomadas, pontos de força, fiação e disjuntores.
- Ascender e desligar a iluminação interna e externa das áreas, acionando interruptores dos circuitos, visando reduzir os custos de energia elétrica e utilizando-a de maneira mais eficiente.
- Realizar e responder por outros trabalhos correlatos de acordo a necessidade do Setor.

- Ar Condicionado

- Realizar mensalmente o serviço de limpeza geral dos equipamentos, limpeza dos filtros de ar e condensadoras para retirar toda sujidade. Quando necessário, efetuar a revisão geral nos equipamentos, como: parte elétrica, mecânica, análise frigorífica, leitura e aferição de pressão de gás refrigerante.
- Mapear máquinas e equipamentos existentes no local e área de atendimento ao equipamento, por exemplo: sala de administração, para assim, poder ter uma identificação própria de cada equipamento e também, caso haja uma fiscalização do ministério da saúde (ANVISA).
- Atender também toda emergência solicitada pela contratante em caso do ar condicionado apresentar algum problema. Este atendimento emergencial deverá ter prazo de atendimento, ou seja, tempo de resposta por parte da contratada.
- Elaborar um cronograma anual constando o mês, os dias e a hora que irá prestar o serviço à contratante.

- Desenvolver um relatório individual da manutenção de todos os equipamentos da empresa com o intuito de atender ao PMOC – Plano de Manutenção, Operação e Controle.
- Emitir laudo conforme a legislação Portaria Nº 3523 de 1998 da ANVISA.

- NÚCLEO DE ENGENHARIA CLÍNICA

A Engenharia Clínica é o setor responsável pela gestão das tecnologias utilizadas nas atividades produtivas de procedimentos ligados à assistência ao paciente, estabelecendo as estratégias de gestão da vida útil dessas tecnologias incorporadas através de rotinas de manutenções preventivas e corretivas. Também é do escopo da engenharia clínica analisar várias opções de escolha de tecnologias existentes no mercado, definindo as especificações técnicas detalhadas dos equipamentos para aquisição e repassar para a comissão de compras.

É um importante componente na gestão hospitalar pois age nas causas-raízes dos eventos adversos promovendo a sua mitigação e prevenção.

Competências e Objetivos

Objetivo: suprir o hospital quanto às necessidades de implantação, manutenção e recuperação do parque tecnológico.

Competências:

- I. Elaborar, o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico do hospital;
- II. Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- III. Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;
- IV. Acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues no hospital, bem com as instalações nas suas unidades;
- V. Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por empresas contratadas pelo hospital;



VI. Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nas unidades do hospital;

VII. Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital;

VIII. Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital.

Consoante às diretrizes estabelecidas, o setor de engenharia clínica criará e implementará um plano de gestão da engenharia clínica.

Para atender a esse objetivo algumas ações imediatas foram estabelecidas para o setor. Dentre elas destacam-se:

- atualizar permanentemente o inventário de equipamentos médicos hospitalares para que haja controle patrimonial e garantia da segurança da política de aquisição de novos equipamentos e política de manutenção;
- elaborar, aprovar e implementar o plano de manutenção preventiva de acordo com a criticidade de cada equipamento para prolongar sua vida útil e garantir a disponibilidade do mesmo para a assistência;
- revisar e gerenciar contratos de equipamentos especiais pela criticidade dos equipamentos, garantindo que estejam disponíveis;
- elaborar, aprovar e implementar o plano de manutenção corretiva de acordo com a criticidade de cada equipamento para garantir a disponibilidade do equipamento para a assistência;
- criar um catálogo de equipamentos padronizados para agilizar o processo de compra, facilitar a gestão da incorporação tecnológica e reduzir custos.

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento – é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos. É necessário conhecer a história do equipamento dentro do EAS, a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição

durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando obter segurança e qualidade no resultado do trabalho. Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Assim, a ABEDESC se compromete a:

- Contratação de empresa especializada para o fornecimento de gases medicinais;
- Contratação de empresa especializada para manutenção corretiva e preventiva do sistema de distribuição de gases medicinais, eliminando ou reduzindo ao mínimo as perdas de gases medicinais nas tubulações;
- Contratação de empresa especializada para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico-hospitalares existentes na unidade;
- Contratação de empresa especializada para a manutenção preventiva e corretiva das instalações físicas da unidade.

NORMA DE CRITICIDADE DE EQUIPAMENTOS – TECNOVIGILÂNCIA

OBJETIVO

- Garantir a redução da probabilidade de ocorrência, severidade e recorrência de incidentes relacionados a dispositivos médicos, a citar: equipamentos, acessórios, aparelhos de apoio e diagnóstico.
- Levantar as condições que levaram à ocorrência dos incidentes e subsidiar as ações de investigação dos mesmos.
- Estabelecer o grau de criticidade e impacto na assistência conforme classificação de risco dos equipamentos.
- Promover estudo epidemiológico para elucidar e evitar possíveis reincidências que causem agravo à saúde.
- Fornecer informações estruturadas que embasem um trabalho educativo, de formação e atualização dos operadores e usuários internos.

- **Tecnovigilância**

É um estudo de série de casos definidos a partir da exposição a um risco comum durante a utilização de dispositivo médico, podendo resultar em agravo a saúde.

A Tecnovigilância tem como função principal a prevenção ou minimização de riscos, provenientes de possível falha do equipamento médico.

Como medida preventiva convém difundir as boas práticas de utilização dos referidos dispositivos, assim como, a pontualidade nas notificações dos incidentes. A partir dessa premissa, desencadeia-se processo investigativo e aplicabilidade de medidas que assegurem a qualidade dos serviços prestados.

- **Histórico**

A Tecnovigilância foi iniciada na Europa, em 1986, onde os países membros da União Europeia, a partir dos registros e avaliação de qualquer disfunção ou alteração das características e/ou desempenho do dispositivo médico, assim como qualquer inadequação na rotulagem ou no manual de instruções, tendo este ou não provocado a morte ou degradação do estado de saúde do paciente ou operador, levavam estas informações aos órgãos competentes que aplicavam as medidas cabíveis.

Na França, a declaração dos incidentes ou risco de incidentes envolvia três entidades: os fabricantes, os usuários e os terceiros (profissional da saúde não usuário, familiares dos pacientes ou qualquer outra pessoa que tenha uma informação relativa ao incidente).

Compete aos fabricantes designar um responsável e replicando a informação ao Ministério da Saúde. Este tem como responsabilidade o registro e avaliação dos incidentes ou riscos de incidentes considerados graves, visando o bom funcionamento do sistema de tecnovigilância, coordenando as ações dos diferentes envolvidos e verificando o cumprimento dos processos preconizados e da regulamentação.

No Brasil, compete à “Unidade de Tecnovigilância da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA” receber os relatos obrigatórios dos profissionais e fabricantes e, na sequência executar todas as investigações e acompanhamento. Outros dois departamentos do Ministério da Saúde, a citar: Ouvidoria e o “Disque-Saúde”, também são responsáveis pela escuta das reclamações voluntárias dos usuários ou pacientes, que junto ao departamento de Tecnovigilância – ANVISA emitem pareceres técnicos e se necessário, assumem o controle da situação.

- **Classificação de Riscos de Equipamentos Médico-Hospitalares**

Os equipamentos foram divididos em 4 grupos, de acordo com a criticidade, ou seja, os riscos que oferecem aos pacientes e sua essencialidade.

Risco IV – Equipamentos que podem ocasionar óbitos, sequelas irreversíveis ou infecção hospitalar ao paciente, por falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco III – Equipamentos que podem ocasionar lesões ao paciente em caso de falha de funcionamento ou operação incorreta.

Risco II – Equipamentos que prejudicam o atendimento ao paciente em caso de falha de funcionamento.

Risco I – Equipamentos que auxiliam o tratamento, porém não oferece risco ao paciente.

Normas Legais aplicáveis ao Serviço de Manutenção e Engenharia

A aplicação de conformidades que é um processo elaborado e validado de acordo com a política institucional e legislação vigente é necessária para evitar transtornos legais.

A aplicação das leis espera-se também que a meta mínima deva ser atendida sem uma ocorrência não prevista durante todas as fases de implementações.

Algumas Leis e Normas Relacionadas

- Boas práticas de Gerenciamento;
- NR4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- NR7 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- NR9 - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais;
- NR12 - Máquinas e Equipamentos;
- NR13 – Norma Regulamentadora de Caldeiras e Vasos de Pressão;
- NR 32 - Norma Regulamentadora de segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência a saúde;
- LEI 6360/76 - Vigilância sanitária de produtos para saúde:
- Lei nº. 6.360, de 23/09/1976 – Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências.

- Resolução RDC50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
- Resolução RDC nº 97, de 9/11/2000 - Define e caracteriza o termo "grupo de produtos" e suas aplicações. Resolução RDC nº 56, de 06/04/2001 - Dispõe sobre os Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para Saúde.
- Resolução RDC nº. 185, de 22/10/2001 – Dispõe sobre o registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
- Resolução RDC nº. 260, de 23/09/2002 – Regula os produtos para saúde.
- Norma Técnica ABNT NBR ISO 14971:2004 – Produtos para Saúde – Aplicação de Gerenciamento de Risco em Produtos para a Saúde.
- Resolução RDC nº. 32, de 29/05/2007 – Dispõe sobre a certificação compulsória dos equipamentos elétricos sob regime de Vigilância Sanitária e dá outras providências
- Decreto nº. 79.094, de 05/01/1977 – Regulamenta a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que submete ao sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros.
- Resolução RDC nº. 59, de 27/06/2000 – Dispõe sobre o Certificado de boas práticas de fabricação de produtos médicos.

1.1.4 – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COM OS DEMAIS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE (REDES DE ATENÇÃO)

O sistema de referência e contrarreferência de casos, visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

A Referência caracteriza-se no encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos.

O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.) e a garantia, através de agendamento prévio, do atendimento na unidade para o qual foi encaminhado.

A contrarreferência caracteriza-se pelo encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contrarreferência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no

estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde.

A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na co-ordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Para a gestão, o processo regulatório favorecerá a resolução dos casos de forma eficiente, permitirá um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, o que favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada. Um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde.

Proposta de Organização do fluxo da Referência com a Atenção Primária e a Contra Referência para os Hospitais

Operação	Criação de um formulário específico de referência e contra referência para circular entre a Equipe do Pronto Atendimento e os diferentes níveis de rede de atenção do Município de Santa Cruz do Rio Pardo.
Projeto	Organização do Sistema de Referência e Contra Referência entre a Equipe do Pronto Atendimento e outros níveis de atenção do Município de Santa Cruz do Rio Pardo.
Ações Propostas	- Propor modelo e obter adesão da Equipe do Pronto Atendimento para uso do formulário específico de referência e contra referência, para otimização da troca



	de informações entre os diferentes níveis de atenção do Município de Santa Cruz do Rio Pardo. - Melhorar a privacidade do paciente e sigilo médico.
Resultados Esperados	- Realização de encaminhamentos de qualidade pelos médicos do Pronto Atendimento. - Estímulo à prática da contra referência por parte da atenção secundária à saúde e aumento do número de dados para atenção a saúde na atenção primária. - Melhora da privacidade do paciente na Unidade em seu tratamento de saúde, assegurando assim o sigilo médico.
Produtos Esperados	Formulário de referência produzido e com fluxo de encaminhamento e recepção de volta estabelecido e controlado.
Atores Sociais/ responsáveis	- Gerente da Unidade: apoio para otimizar a estrutura do formulário de forma a adequá-lo às reais necessidades da Unidade. - Médicos Assistentes e Assistentes Sociais da Unidade, pelo mesmo motivo e por serem os atores diretos na utilização do instrumento. - Em uma outra instância, a Gestão Municipal, pois seria importante que esta ficasse ciente da necessidade de tal instrumento na rede.
Recursos Necessários	- Estrutural: Tempo e espaço para estruturar o formulário de referência e contra referência; material para que haja impressões regulares de folhas de encaminhamento de acordo com a demanda da Unidade. - Cognitivo: Conhecimento dos reais problemas para estruturar o formulário da forma mais abrangente e eficaz. - Financeiro: Dinheiro para custear as impressões das folhas de encaminhamento. - Político: Articulação com a Gestão Municipal para que haja adesão pelos médicos e outros profissionais de diferentes níveis de esquema de referência e contra referência no fluxo.



Ação Estratégica de Motivação	Reuniões de equipe para aperfeiçoar o planejamento
Responsáveis	- Médicos da Unidade - Gerente da Unidade - Assistente Social da Unidade - Secretaria Municipal de Saúde
Cronograma/ Prazo	Imediato – Após assinatura do Contrato
Gestão, acompanhamento e Avaliação	A efetividade será avaliada pelo Gerente da Unidade, juntamente com toda equipe, nas reuniões de planejamento; a expectativa é de que haja contabilidade do número de contra referências ao termino de 04 meses, para avaliar se houve aumento das mesmas.

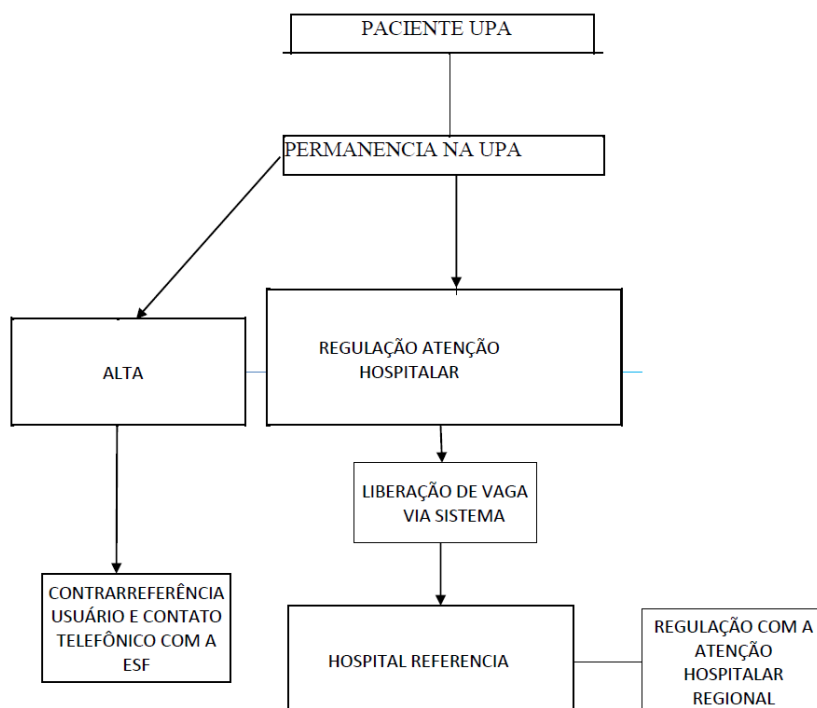
Fluxograma para o funcionamento do sistema de referência:

Uma vez atendido na Unidade de Referência ou na Unidade de Pronto Atendimento, o cliente deverá ser contrarreferenciado, ou seja, o profissional que fez o atendimento nesta Unidade deverá preencher no encaminhamento próprio as informações necessárias para a continuidade do atendimento do cliente na Unidade Básica – origem.

Todo e qualquer encaminhamento deverá ser feito respeitando-se normas e instrumentos do Sistema de Referência e Contra-Referência do município, as orientações técnicas e administrativas do serviço que estiver recebendo o paciente e/ou o material para análise. Os encaminhamentos de pacientes de serviços públicos para privados, contratados e/ou conveniados, deverão ser feitos nos formulários próprios do Sistema Único de Saúde.

A contrarreferência para a Atenção Básica proveniente da Atenção Secundária, ambulatório e/ou centro de especialidades e Unidade de Pronto Atendimento – UPA é obrigatória, visto que a Atenção Básica como coordenadora do cuidado necessita acompanhar e gerir a assistência do usuário entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde. A contrarreferência deverá ocorrer através de instrumento próprio definido pelo Departamento de Saúde.

Modelo Proposto de Fluxograma



1.1.5 - PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

- Descrição e Funcionamento da Unidade de Logística e Suprimentos

Composição do Serviço:

- Coordenador de Suprimentos
- Auxiliar Administrativo

Horário de Funcionamento do Serviço: segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00

A Área de Logística e Suprimentos é o setor responsável pela compra, armazenamento e dispensação de materiais e medicamentos pela farmácia e almoxarifado, contudo estabelece os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos adotados pelas organizações de saúde.

A Área de Logística e Suprimentos inclui: compras, abastecimento e distribuição de todos os materiais, medicamentos e outros insumos necessários para o funcionamento do hospital, dimensionando sistemas de transporte e de armazenamento

de produtos de forma econômica e segura. Neste item está contemplado a central de abastecimento farmacêutico (CAF) e o serviço de almoxarifado.

Será o planejamento, controle eficiente e eficaz de estoques de produtos, da origem aos consumidores.

A CADEIA DE SUPRIMENTOS

O setor de abastecimento integra-se como um subsistema para atender às necessidades de insumos e de equipamentos. A seleção de materiais e a gestão de estoques, em que se definem os materiais utilizados e as formas de acompanhar níveis de consumo que permitem programar a aquisição e a distribuição dos mesmos, são processos críticos para a organização, destacando a interface entre os profissionais da clínica e o setor de abastecimento como crítica para a organização do abastecimento.

O gerenciamento dos estoques garantirá o abastecimento eficiente de medicamentos e materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade de saúde, atendendo a duas grandes exigências básicas: não haver faltas ou excessos.

A Logística será responsável pelo uso equilibrado dos itens, devendo questionar aumentos de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, tendo como apoio as unidades de enfermagem, o corpo clínico e a farmácia.

O gerenciamento de materiais tem como objetivo satisfazer as necessidades de suprimentos das áreas administrativas e assistenciais do estabelecimento de saúde.

A dispensação de medicamentos pela farmácia hospitalar e os modelos de especificação, seleção, padronização, classificação e codificação de medicamentos são as principais metodologias de gestão da logística hospitalar adotadas pelas organizações de saúde.

- CONTROLE DE ESTOQUE

Poderá utilizar-se de várias formas de controle, como o Sistema Informatizado ou manual (fichas de controle de estoques), formulários para registro das informações, inventário, relatórios de acompanhamento, entre outros.

a) Controle por Sistema Informatizado: para a implementação de um Sistema Informatizado serão necessários a organização do serviço, o registro eficiente das informações, o conhecimento das necessidades de informações a serem trabalhadas, a identificação dos tipos de relatórios utilizados, entre outros.

O sistema informatizado só agilizará o processo. Se não existir um -controle eficiente, esse sistema não irá solucionar os problemas, pelo contrário, poderá aumentá-los.

b) Controle manual/Ficha de Controle de Estoque: se o controle é feito manualmente deverão ser utilizadas fichas de controle de estoque, instrumento de controle simples e eficiente, quando não se conta com um Sistema Informatizado. Os principais dados que deverão constar em uma Ficha de Controle de Estoque são:

- (i) identificação do produto: especificação (nome, forma farmacêutica, concentração e apresentação) e o código do medicamento;
- (ii) dados da movimentação do produto: quantidade (recebida e distribuída), dados do fornecedor e requisitante (procedência/destinatário e número do documento), lote, validade, preço unitário e total;
- (iii) dados do produto: consumo mensal, estoque máximo e mínimo e ponto de reposição.

No que se refere à organização das Fichas de Controle ressalta-se que deverão ser organizadas em ordem alfabética (pelo nome genérico), numeradas e datadas e, ao término de cada mês, somar-se-ão as entradas e saídas, confrontando os estoques físicos com as fichas, corrigindo as distorções e atualizando-as.

INVENTÁRIO

Inventário será a contagem física dos estoques, objetivando verificar se a quantidade de medicamentos estocada está em conformidade com a quantidade registrada nas Fichas de Controle ou no Sistema Informatizado.

OBJETIVOS

- Permitir identificar divergências entre os registros e o estoque físico;
- Possibilitar avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício fiscal.

PERIODICIDADE

- Diariamente, de forma aleatória, como forma de monitoramento dos produtos, especialmente em determinados grupos de medicamentos: de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e os de maior rotatividade;
- Semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10 a 20% dos estoques;
- Trimestral ou semestral;

- Anual, obrigatoriamente, ao fim do ano-exercício para atualização dos estoques e prestação de contas;
- Por ocasião do início de uma nova atividade, função, término do Contrato de Gestão, encerramento do ano em exercício, após período de afastamento, férias, entre outras condições.

TIPOS DE INVENTÁRIO

- Geral: realizado anualmente, com fins contábeis e legais para incorporação dos seus valores ao balanço ativo da instituição e para a programação orçamentária do próximo exercício;
- Periódico: realizado em intervalos de tempo (mensal, bimensal, trimestral, semestral);
- Permanente ou contínuo: realiza-se sem intervalo de tempo, sempre após a entrada e saída de produtos, o que permitirá eliminar, prontamente, as falhas e causas.

PROCEDIMENTOS

- Elaborar instrumento-padrão (formulário), com as especificações de todos os produtos, lote, validade, quantidades previstas, quantidades em estoque, diferenças (para mais e para menos) e percentual de erros;
 - Designar responsáveis para a contagem;
 - Proceder à arrumação física dos produtos para agilizar a contagem;
 - Retirar da prateleira os produtos vencidos ou prestes a vencer, bem como os deteriorados e dar baixa nos estoques;
- Comunicar, por escrito, às Unidades de Saúde a data de início e finalização do inventário;
 - Atender a todos os pedidos pendentes, antes do início do inventário;
 - Revisar as fichas de controle (somando entradas e saídas);
 - Realizar a contagem: cada item do estoque deverá ser contado duas vezes. A segunda contagem deverá ser feita por uma equipe revisora. No caso de divergência de contagem, efetuar uma terceira contagem;
 - Confrontar os estoques das fichas com o estoque físico;
 - Atualizar os registros dos estoques, fazendo os ajustes necessários;

- Elaborar o relatório e encaminhar cópias às áreas competentes.

Cuidados necessários quando dos inventários: (i) suspender o atendimento, durante o período de inventário, exceto nos casos excepcionais; (ii) as entradas e saídas de medicamentos deverão ser lançadas somente após a finalização do inventário para se evitar risco de dupla contagem do mesmo produto; (iii) no caso de divergências nos estoques registrar a ocorrência, rastrear as notas fiscais de entrada, documentos de saída, registros de ocorrências de devolução, remanejamentos, perdas e validade vencida para identificar as possíveis falhas; (iv) revisar as somas das entradas e saídas das fichas de controle para avaliar se houve erro na soma ou registros; e (v) em caso de desvio de medicamentos, comunicar por escrito à área competente para as providências cabíveis.

DOCUMENTAÇÃO E ARQUIVO

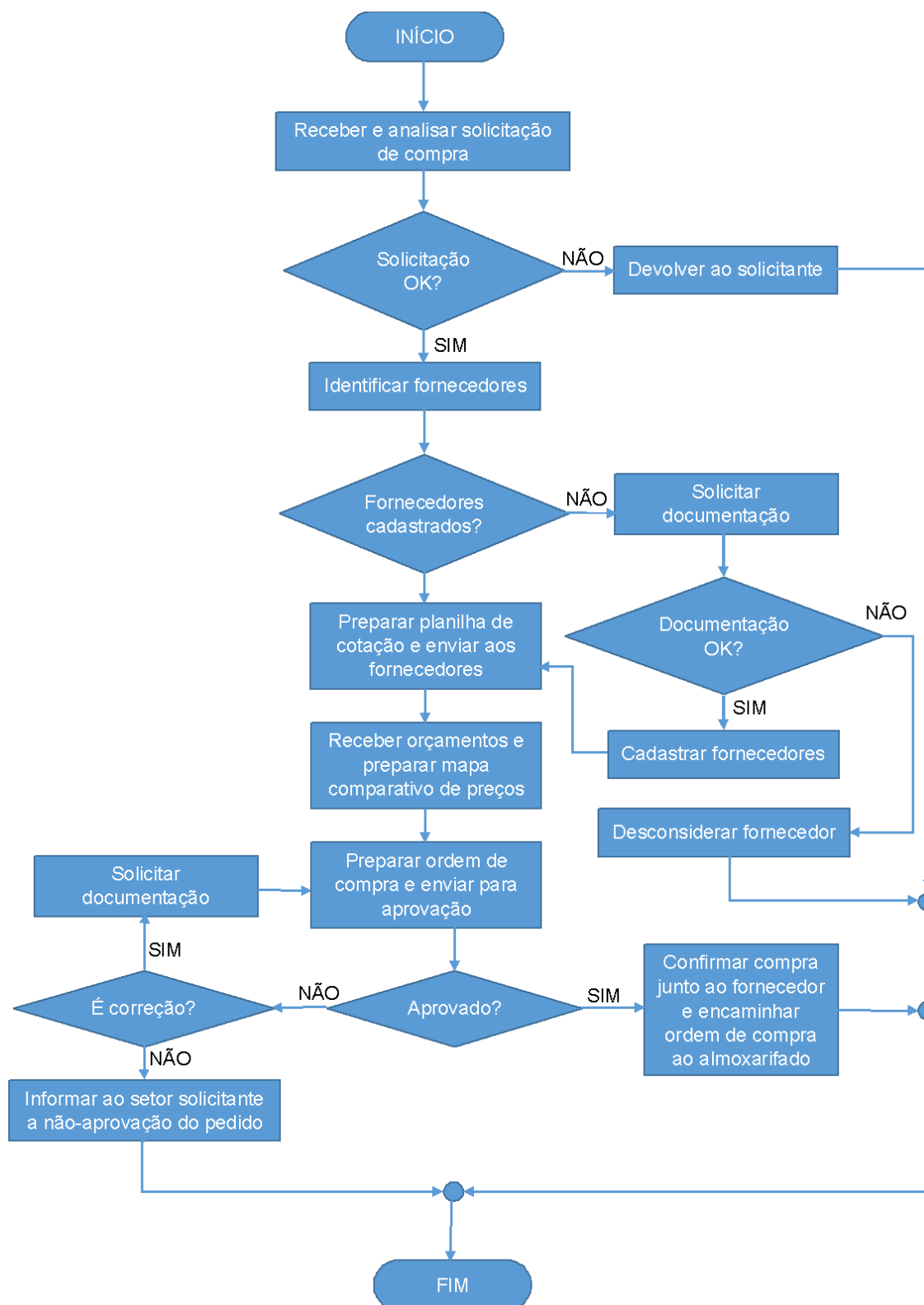
O controle da documentação e arquivo será imprescindível ao serviço para acompanhamento do registro das informações e avaliação do processo.

- a) Arquivo: arquivar consistirá em classificar, guardar e conservar, ordenadamente e de forma segura, toda a documentação utilizada. Quanto maior a diversidade do serviço e atividades desenvolvidas, maior a necessidade de registros das informações.
- b) Como arquivar: existem diversas formas e métodos – ordem numérica crescente da documentação (mês a mês), ordem alfabética, ordem cronológica ou por requisitante, entre outros.

c) Procedimentos:

- Designar responsável para organizar e controlar o arquivo;
- Não permitir que as pessoas utilizem ou retirem documentos do arquivo sem autorização (apenas o responsável pelo arquivo poderá retirar documentos);
- Em caso de necessidade, o solicitante deverá assinar um documento de requisição, datar, assinar e entregar ao responsável;
- Arquivar a cópia da solicitação junto ao documento consultado e/ou retirado;
- Entregar sempre as cópias, nunca os originais;
- Fazer, periodicamente, revisão do arquivo da documentação do setor, principalmente documentos fiscais, verificando a ordenação, numeração dos documentos, rasuras, assinaturas, entre outros cuidados. Essa rotina poderá contribuir para que não ocorram problemas, quando da realização de auditorias.

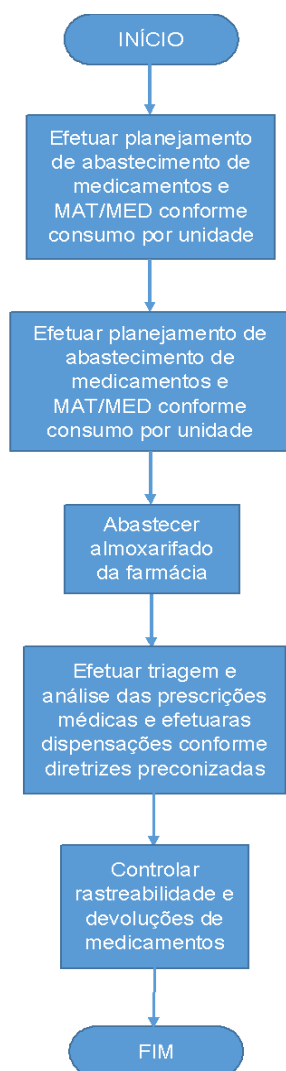
FLUXO DE COMPRAS



FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAIS



FLUXO DE ABASTECIMENTO



- Descrição e Funcionamento do Serviço de Farmácia:

A Farmácia irá funcionar 24 horas durante os 07 dias da semana, e compreende o cumprimento das principais atividades a seguir especificadas:

1. Controle do estoque;
2. Solicitações de reposição de estoque,
3. Recebimento de materiais e medicamentos com avaliação de fornecedores;
4. Manipulações de medicamentos estoque nas condições adequadas a cada tipo de medicamento ou material;
5. Produção de kits;
6. Dispensação e cobrança na conta do paciente;
7. Padronização de medicamentos.

FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO

O fluxo da distribuição dependerá dos diversos níveis de saúde envolvidos no processo. Será necessário estabelecer uma comunicação permanente entre eles, definir critérios, cronograma de distribuição, periodicidade na prestação de contas e a elaboração de instrumentos que serão utilizados para dar suporte ao processo e controle na distribuição.

DISPENSÇÃO

Dispensação será o ato, sob responsabilidade do profissional Farmacêutico ou técnico por ele delegado, que consistirá em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o Farmacêutico, ou o técnico por ele delegado, informará e orientará o usuário sobre o uso adequado do medicamento.

Objetivos

O ato de dispensar compreenderá:

- Proporcionar Atenção Farmacêutica de qualidade;
- Analisar tecnicamente a prescrição;



- Orientar o usuário;
- Garantir o cumprimento da prescrição e o uso correto do medicamento;
- Garantir que o usuário adira ao tratamento e cumpra a prescrição médica;
- Minimizar os erros de prescrição;
- Garantir o cumprimento da prescrição médica, assente no fornecimento do medicamento correto e na quantidade adequada.

Requisitos necessários a uma dispensação adequada

- Prescrição racional;
- Informação correta/simples, objetiva e de forma compreensível ao usuário;
- Utilização de instrumentos que facilitem a orientação;

Procedimentos

- Abordagem do usuário para a busca da confiança;
- Recepção da prescrição, quando se verificam diversos parâmetros e aspectos legais, na busca de se evitar riscos ao usuário;
- A receita deverá, obrigatoriamente, conter: nome do usuário, nome do prescritor, nome do medicamento, forma farmacêutica, posologia, via de administração e duração do tratamento;
- Interpretação e análise da prescrição, com base nos aspectos terapêuticos e farmacológicos (adequação, indicação, interação, entre outros aspectos);
- Orientação ao usuário para possibilitar o cumprimento da prescrição;
- Registro adequado da prescrição.

Prescrição

A prescrição será o instrumento no qual se apoiará a dispensação. Deverá cumprir todos os aspectos legais contidos na Lei número 5.991/1973.

O Artigo 35 da Lei no 5.991/1973 estabelece que a prescrição deverá ser aviada com as seguintes características:

- Escrita à tinta em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e sistema de pesos e medidas;
- Constar nome e endereço residencial do usuário;
- Modo de usar o medicamento;



Procedimentos da dispensação

Os farmacêuticos ou técnicos delegados, sob nossa responsabilidade deverão:

- Anotar no Prontuário os tratamentos prescritos e os medicamentos dispensados, bem como o registro de ocorrências no uso dos medicamentos;
- Analisar a prescrição, verificando o nome correto do fármaco, dosagem, posologia, interação com medicamentos e alimentos. Em caso de dúvidas ou incompatibilidades, registrar a ocorrência e conversar com o médico;
- Separar o medicamento, confrontando-o com a receita no ato da entrega;
- Marcar na receita os itens atendidos e não atendidos e datar a entrega nas duas vias da prescrição, assinar e carimbar;
- Orientar o usuário, avaliando o grau de entendimento das informações prestadas. Será importante que se peça para repetir pontos fundamentais da orientação, assegurando-se de que ele entendeu o uso correto de cada medicamento;
- Esclarecer os pontos mais importantes e dúvidas existentes;
- Registrar no cadastro do paciente as informações pertinentes à dispensação;
- Acompanhar e avaliar o uso.

Recomendações gerais

A Instituição:

- normalizará os procedimentos para a prescrição e a dispensação no âmbito do hospital, preferencialmente por instrumento legal (Portaria), com a finalidade de racionalizar o uso de medicamentos e possibilitar melhor qualidade deste processo;
- promoverá ampla divulgação das normas aos profissionais de saúde, equipes de trabalho e população;
- elaborará manual de normas e procedimentos e assegurará seu fácil acesso à equipe de trabalho;
- elaborará fichas com informações técnicas para serem utilizadas no ato da dispensação (roteiro de orientação para cada medicamento);
- desenvolverá mecanismos de controle e avaliação do processo;
- elaborará material educativo sobre o uso racional dos medicamentos para profissionais de saúde e usuários;
- promoverá ações educativas para os prescritores, dispensadores e usuários de medicamentos.

ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A FARMÁCIA

FARMÁCIA CENTRAL

A Farmácia Central é uma unidade técnico administrativa produtiva que possui diversas atribuições no fluxo assistencial de uma unidade hospitalar. Primordialmente a farmácia central é a unidade que recebe as prescrições médicas e solicitações de insumos necessários à terapêutica do paciente e as transforma em produtos a serem entregues nas unidades assistenciais. Além das prescrições e solicitações, a farmácia realiza também a produção de kits operacionais para procedimentos padronizados da assistência, como por exemplo Kit de Acesso Venoso Profundo ou Kit de Intubação.

A farmácia central deve contar com mobiliário e equipamento adequado para realizar todas as etapas produtivas e as rotinas administrativas do farmacêutico, armazenagem dos insumos utilizados na produção e dispensação segura dos medicamentos.

A equipe da farmácia central deve ser preparada para desempenhar as tarefas produtivas seguindo as legislações e boas práticas pertinentes ao perfil produtivo da farmácia assim como nas rotinas administrativas do setor como o recebimento de produtos via transferência entre estoques, conferência de insumos, dispensação “de porta”, recebimento e validação das devoluções dos setores e outras de acordo com o perfil da instituição.

Os farmacêuticos devem manter as condições técnico sanitárias e administrativas necessárias ao bom desempenho da farmácia no fluxo assistencial considerando as exigências documentais, procedimentais, da qualidade e da segurança do paciente.

FARMÁCIA SATÉLITE

Farmácia satélite é uma unidade técnico administrativa que tem por finalidade prestar o apoio logístico na dispensação de medicamentos e correlatos a unidades assistenciais que estejam distantes das unidades centrais de dispensação conferindo maior agilidade no fluxo assistencial.

Normalmente contam com um arsenal reduzido qualiquantitativamente quando comparada com a Farmácia Central, adequando-se aos insumos utilizados nas áreas assistências que atendem. Neste sentido as Farmácias Satélites de centros cirúrgicos acabam tornando-se uma unidade especializada na dispensação de insumos

específicos para os procedimentos realizados na unidade incluindo kits cirúrgicos e por vezes a liberação e controle de OPME.

Estruturalmente contam com mobiliário adequado ao fluxo de dispensação e reposição de estoque diários, sistema de climatização que garanta as condições adequadas de armazenagem e sistema informatizado que garanta o registro dispensação.

A equipe deve estar preparada para realizar a dispensação de medicamentos, inclusive psicotrópicos e termolábeis, observando os requisitos legais e técnicos pertinentes, de maneira individualizada e mediante a requisição de material ou prescrição médica.

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

A Central de Abastecimento Farmacêutico é uma unidade técnico administrativa de retaguarda aos estoques de medicamentos utilizados na unidade. Esta unidade tem como função principal realizar a armazenagem dos medicamentos observando-se as condições técnicas necessárias para garantir a eficácia dos mesmos no momento do uso pela assistência.

A estrutura do CAF deve prever mobiliários adequados à armazenagem de medicamentos e suas peculiaridades (termolábeis, psicotrópicos, alto-custo, alto-risco) assim como equipamentos necessários para a realização de rotinas atribuídas a este setor de apoio como por exemplo a rotina de Unitarização de Doses.

A equipe do CAF deve ser preparada para realizar o recebimento, a armazenagem a separação de pedidos dos clientes internos e a dispensação dos insumos solicitados.

FARMÁCIA CLÍNICA

O serviço de Farmácia Clínica vem se estabelecendo como um diferencial no resultado clínico de nossos pacientes proporcionando um melhor entendimento e uma maior interação entre profissionais da assistência. O farmacêutico possui diversas interfaces com paciente e demais profissionais da assistência, por exemplo ao realizar a anamnese, retira uma carga de trabalho importante de outros profissionais envolvidos na assistência e traz para o foco da terapêutica as informações sobre o uso de medicamentos, hábitos que possam interferir na terapia, eventos importantes como cirurgias ou acidentes, contribuindo para a construção de um contexto amplo e

detalhado do cenário terapêutico do paciente proporcionado maior assertividade nas estratégias e condutas assistenciais.

ROTINAS DA FARMÁCIA

Abaixo segue as principais rotinas realizadas nas unidades de farmácia implantadas através de instruções de trabalho específicas de acordo com o perfil assistencial da unidade:

- Recebimento de Medicamentos
- Transferência de insumos via sistema HIS
- Armazenamento de medicamentos
- Controle de temperatura (ambiente e geladeira)
- Unitarização de Doses
- Produção de tiras de medicamentos
- Produção de Kits estratégicos
- Inventário rotativo de estoque operacional
- Padronização de medicamentos
- Dispensação de insumos para a assistência
- Avaliação terapêutica da prescrição
- Intervenção farmacêutica junto ao médico
- Evolução dos dados clínicos do paciente em seu prontuário
- Participação de “rounds” multidisciplinares
- Treinamento da equipe assistencial (educação continuada)
- Auditoria de processos
- Controle documental (Certidões, Alvarás)
- Tecnovigilância
- Farmacovigilância

- IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO POR DOSE UNITÁRIA (SDMDU)

O sistema de distribuição por dose unitária é um método farmacêutico de dispensação e controle de medicamentos em instituições de saúde. Pode diferir, na forma da execução, dependendo das condições e necessidades institucionais. Não deve ser confundido com a dose unitária industrial, que corresponde à dose standard, comercializada pelos laboratórios, fornecida em embalagem unitária, em que constam a correta identificação do fármaco, prazo de validade e outros dados.

Os elementos principais que distinguem o SDMDU dos sistemas tradicionais são medicamentos contidos em embalagens unitárias, dispostos conforme horário de administração e prontos para serem administrados, segundo a prescrição médica, individualizados e identificados para cada paciente. Sua distribuição pode ser em embalagem plástica, com separações obtidas por solda ou em escaninhos adaptáveis a carros de medicamentos adequados ao sistema de distribuição.

Em sua operacionalização, a prescrição médica ou cópia é enviada à farmácia, onde farmacêuticos preparam a folha de dispensação e o perfil farmacoterapêutico do paciente, para a efetivação do controle de aspectos de farmacovigilância específica da prescrição. Após a separação dos medicamentos, o farmacêutico procede a conferência da dose unitária, de acordo com a prescrição médica. Caso seja necessário, no momento do registro do perfil farmacoterapêutico, as incorreções ou possíveis problemas detectados devem ser relatados à equipe médica.

Justifica-se a implantação do SDMDU em razão de 5 : a) redução da incidência de erros de medicação; b) diminuição do tempo utilizado pelo pessoal de enfermagem para a armazenagem e preparo de medicamentos, com a conseqüente elevação da qualidade assistencial; c) economia de custo em atividades relacionadas aos medicamentos; d) redução de estoques nas unidades assistenciais e das perdas relativas à caducidade, falta de identificação de medicamentos e redução de desvios; e) melhor controle e racionalização na utilização de medicamentos, através de monitorização da terapêutica; f) otimização da higiene e organização do sistema de distribuição, prevenindo possíveis contaminações e alterações; g) grande adaptabilidade a sistemas automatizados e computadorizados; h) garantia da utilização do medicamento certo, na dose certa e para a hora correta, segundo a prescrição médica.

Nesse sistema, as vantagens são inúmeras, como: redução de estoque nas unidades assistenciais ao mínimo necessário, diminuição drástica de erros de medicação, otimização das devoluções à farmácia, redução do tempo do pessoal de enfermagem dedicado às atividades com medicamentos (rapidez na administração de medicamentos), promoção do acompanhamento de pacientes, controle mais efetivo sobre medicamentos (por exemplo: controle de estoque, caducidade, doses e outros), integração do farmacêutico com a equipe de saúde, oferta de medicamentos em doses organizadas e higiênicas, aumento da segurança do médico e otimização da qualidade assistencial.

OBJETIVOS

- distribuir medicamentos por dose individualizada para todas as unidades de internação da unidade;
- adequar-se às normas vigentes de controle de medicamentos especiais;
- quantificar os medicamentos que são devolvidos à farmácia;
- implantar uma nova folha de prescrição médica;
- promover e incentivar o uso racional de medicamentos;

METODOLOGIA E PRAZOS PARA IMPLANTAÇÃO

O trabalho será iniciado, obedecendo aos seguintes passos:

- a) Avaliação das condições de armazenamento e estado de conservação dos medicamentos no posto de enfermagem
- b) Quantificação dos medicamentos existentes no posto de enfermagem.
- c) Identificação dos hábitos de prescrição médica do hospital com relação a horário de prescrição e enfermagem.
- d) Implantação de uma nova folha de prescrição médica.

Prazo para implantação do programa

3 primeiros meses do contrato

MÉTODOS DE CONTROLE SOBRE FÁRMACOS CONTROLADOS E/OU DE ALTO CUSTO,

Todos os medicamentos citados na Resolução da Portaria 344/98 que visa Normas para prescrição e dispensação de medicamentos sujeitos a regime especial de controle e são acondicionados de acordo com a tal resolução.

O Setor de Controlados de uma Farmácia Hospitalar é de total responsabilidade do profissional farmacêutico, funcionando da seguinte maneira:

1. os medicamentos controlados são guardados em salas/armários com trancas;
2. as prescrições são retidas na farmácia, para posterior controle, sendo registradas no livro de controlados que passa pela Vigilância Sanitária (VS) mensalmente seguindo as normas da Resolução da Portaria 344/98.

O farmacêutico é responsável pelo mapa dos medicamentos controlados e alto custo que é fiscalizado pela Vigilância Sanitária. O mapa é entregue mensalmente, contendo o nome do paciente, o balanço de entrada, saída e estoque.

A Legislação de controle do uso de psicotrópicos em ambiente hospitalar, de acordo com a Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, publicada no Diário Oficial pelo

Ministério da Saúde, determina que o sistema de distribuição de medicamentos dos psicotrópicos requer uma investigação em profundidade das atividades, para que possa garantir eficiência, eficácia e segurança. De acordo com esta portaria, desde o momento da entrada do medicamento no ambiente hospitalar, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

Este profissional deve, de acordo com as normas estabelecidas registrar a entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos em livros e registro específicos que devem conter necessariamente a unidade hospitalar, a numeração do receituário específico, o número e a nota fiscal o equivalente registro de entrada. (Art.65, 98).

Além disso, o estoque destes medicamentos também é responsabilidade do farmacêutico. Desta forma, segundo a portaria, estas substâncias “deverão ser obrigatoriamente guardadas sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim”.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO:

O prontuário eletrônico do paciente é “um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico”.

A utilização do prontuário eletrônico prevê a implantação da prescrição eletrônica onde o médico diariamente avalia e prescreve para seu paciente e automaticamente a farmácia dispensa os medicamentos e materiais necessários para a enfermagem ministrar.

Nota: será adquirido software de gestão administrativa e assistencial hospitalar com efetividade no mercado.

5- APRESENTAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES

Só serão utilizados produtos farmacêuticos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e será mantido um estoque de medicamentos suficiente para assegurar os tratamentos prescritos, não se admitindo falta de medicamentos e insumos que venham a prejudicar e comprometer a assistência dispensada aos usuários. É vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas.

A padronização de medicamentos e materiais médico-hospitalares será previamente avaliada pela Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica.

Considerando a reorganização da assistência, a missão das unidades de pronto atendimento nesse contexto, e a política de assistência farmacêutica, nos comprometemos integralmente com a regulamentação nacional e suas repercussões para as urgências e emergências no âmbito municipal.

A Farmácia da UPA irá garantir o uso racional dos medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médico-hospitalares e outros insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselhos de Farmácia e ANVISA.

Para tanto, nossos profissionais e gestores seguirão a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), bem como a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) que serão os instrumentos mestres para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica na unidade. Juntamente com o RENAME nossas equipes, em especial os prescritores utilizarão o Formulário Terapêutico Nacional como auxílio na escolha da melhor terapêutica.

Outro instrumento que poderá ser utilizado nas rotinas terapêuticas e de prescrição serão os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT- http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315) que padroniza o emprego do medicamento, estabelecendo claras condições de uso para os profissionais de saúde.

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS

Definir a padronização dos medicamentos e correlatos utilizados no SFH é extremamente importante pois só a partir daí é possível criar as rotinas de trabalho. A elaboração da padronização deve ser criada por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, composta por multiprofissionais, que levará em consideração todas as terapias executadas nos serviços. Conhecer mais profundamente os protocolos clínicos

é importante para se discutir a utilização de cada produto escolhido. Considerar os produtos com menor custo, maior qualidade e segurança para o paciente.

FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS

Para individualizar os tratamentos é necessário estabelecer um serviço de fracionamento de medicamentos. Minimamente, deve-se fracionar sólidos e soluções orais. Idealmente, deve-se fracionar os injetáveis, porém para tal é necessário uma estrutura física mais complexa e um alto investimento financeiro inicial.

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Dentro de uma UPA, cada setor tem uma especificidade diferente, com isso recomenda-se que a dispensação de medicamentos seja feita com os sistemas abaixo:

- Admissão: setor de emergência, dispensação coletiva. A reposição pode ser feita mediante cópia da prescrição dos atendimentos ou por formulário próprio com o estoque máximo de cada medicamento.
- Enfermaria: dispensação individualizada ou por dose unitária, se possível.
- Farmácia Ambulatorial: dispensação individualizada mediante receituário médico.

Para todos os setores com estoque prévio de medicamento, o elenco destes deve ser selecionado considerando todas as intercorrências que podem ocorrer no setor, em comum acordo com a enfermagem e equipe médica.

DISPENSAÇÃO DE CORRELATOS

Os correlatos devem ser liberados por sistema coletivo, com reposição programada, diária ou semanal ou por turnos, através de formulário próprio para cada setor. Previamente deve ser definido o elenco de materiais que serão utilizados em cada setor e suas respectivas quantidades. É importante considerar mudanças sazonais e de perfil de pacientes atendidos, como o uso de novos produtos para alterações no estoque.

CARRO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cada setor do hospital deve ter no mínimo um carro de urgência e emergência à sua disposição. O elenco de medicamento deve considerar se o uso será em adulto ou recém-nascido, e atender à necessidade terapêutica de cada um em situações especiais. O controle de validade e estoque de medicamentos deverá ser feito por farmacêutico, através de um check-list mensal. O controle de correlatos também pode

ser feito pelo farmacêutico ou pela enfermagem. O carro deve ser mantido lacrado e sua abertura deverá ser controlada e registrada.

CONTROLE DE ESTOQUE

A forma ideal de fazer um controle de estoque fidedigno é utilizar um sistema informatizado. Atualmente existem vários modelos de programa, com diferentes possibilidades gerenciais. Uma ferramenta que ajuda, sendo de fácil aplicação, é a ficha de prateleira, utilizada para registrar as entradas e saídas dos medicamentos e correlatos no local onde são armazenados. Medicamentos de alto custo e uso específicos devem ser liberados mediante autorização prévia da direção médica e/ou administrativa, com registro desta operação. Os pedidos de compra de medicamentos e/ou correlato deve ser realizado de acordo com o consumo, porém existem alguns medicamentos que não são usuais mas que são essenciais em casos emergenciais e deve se ter em estoque, exemplo do alprostadil e Ibuprofeno

- Descrição e Funcionamento da Unidade de Gestão de Pessoas

MISSÃO

A área de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas terá como missão cuidar das suas políticas, atender com eficiência e rapidez, contribuindo para o bem-estar dos nossos colaboradores, através dos processos relacionados a recrutamento e seleção, capacitação e desenvolvimento, cargos e salários, administração de pessoal, segurança e medicina ocupacional.

A nossa política de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas é composta por uma série de diretrizes que servirão como guia para que se faça a **gestão dos funcionários** de forma estratégica, com o objetivo de alcançar as metas traçadas para o negócio.

É a partir dela que estabelecemos condutas para o dia a dia organizacional. Dessa forma, fica mais fácil **cumprir os objetivos** e aprimorar o desenvolvimento.

A Política de Recursos Humanos / Gestão de Pessoas é composta de diretrizes para:

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO:

Estabelece as regras relacionadas ao ingresso de novos colaboradores, desde a abertura das vagas até a efetivação. Em algumas situações, traz especificidades como o recrutamento interno, que prioriza os atuais funcionários para as oportunidades em aberto.

Trata dos documentos necessários, etapas, pessoas envolvidas, prazos, etc.

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO:

Estabelece a maneira como a instituição investe para desenvolver seus colaboradores, desde os programas de treinamento introdutório até os de formação continuada.

Nessa política, a instituição estabelece regras relacionadas a elegibilidade, disponibilidade orçamentária, formas de treinamento (presencial, à distância), quantidade de horas, etc.

BENEFÍCIOS:

Especifica tudo o que for relacionado a oferta de benefícios. Deixa claros os direitos dos colaboradores, bem como seus deveres. Trata de aspectos relacionados a convênio médico, auxílio refeição, vale transporte, reconhecimento, etc.

Especifica prazos, condições e características dos benefícios, que compõem a remuneração total do colaborador.

CARGOS E SALÁRIOS:

Define quais as faixas de remuneração para cada cargo na instituição, estabelece o desenho de sua hierarquia interna e também de que maneira o colaborador pode ter crescimento vertical ou horizontal ao longo de seu tempo de trabalho.

Pode tratar também de aspectos relacionados ao reajuste salarial, acompanhando indicadores de mercado.

DESLIGAMENTO:

Deixa clara quais são as regras para que um colaborador possa ser desligado, de acordo com os princípios legais e também corporativos.

Muitos gestores não tem clareza sobre como conduzir esse processo, que é um dos mais desafiantes dentro de qualquer organização. As regras ajudam a manter as mesmas decisões em casos similares e reduzem os riscos de conflitos posteriores.

ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO DE PESSOAS

- Controle de frequência:

O controle de frequência focaliza as variações ocorridas dentro da jornada de trabalho, assim classificadas:

- Ausência: É o não comparecimento do funcionário durante parte da jornada diária de trabalho;
- Falta: É o não comparecimento do funcionário durante um ou mais dias de trabalho;
- Atrasos: É o comparecimento do funcionário depois do horário inicial de trabalho.

Somente serão aceitas alterações esporádicas da jornada de trabalho, as quais deverão ser comunicadas, formalmente, ao Núcleo de Gestão de Pessoas, com antecedência de 48 (quarenta e oito) horas.

- Toda alteração definitiva de jornada de trabalho deverá ser previamente analisada, pelo Núcleo de Gestão de Pessoas, quanto às disposições legais e aos procedimentos a serem adotados para sua efetivação.
- De acordo com as características específicas de trabalho poderão ser definidos horários diferenciados, inclusive para intervalo de almoço, mediante aprovação prévia do Gestor de Área, em conjunto com o Diretor Geral.
- Para jornada inferior a 8 (oito) horas, o intervalo deve ser fixado conforme legislação em vigor, ou seja, a jornada não deve exceder a seis horas de trabalho e, quando ultrapassar quatro horas, será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos.
- Para os funcionários que executam atividades diretamente relacionadas ao funcionamento dos Equipamentos, os horários serão fixados mediante escala de revezamento.
- O registro de frequência será diário e obrigatório a todos os funcionários, nos horários determinados pela Instituição de Saúde, inclusive naqueles horários destinados à refeição.
- No caso de realização de serviços externos durante a jornada de trabalho, os horários de saída e retorno deverão ser registrados pelo funcionário.
- A liberação do registro de frequência, quando houver justificativa, deverá ser autorizada pelo Gestor da área.



- Será tolerado um atraso máximo diário de 15 (quinze) minutos na entrada para o trabalho e no registro da frequência. Ultrapassado o limite de tolerância diária, os minutos/horas serão descontados automaticamente, salvo nos casos de ausência justificada.
- É proibido o registro da frequência com antecedência superior a 14 (quatorze) minutos do início da jornada de trabalho e após 14 (quatorze) minutos do término da jornada, salvo nos casos de horas extraordinárias.
- A critério do Dirigente Geral do Serviço de Saúde em questão, o expediente de trabalho poderá ser suspenso em dias-ponte de feriado, exceto nas áreas cujo funcionamento não possa sofrer interrupção, mediante compensação das horas de trabalho correspondentes, no limite de 2 (duas) horas diárias, em período previamente definido.
- Não será permitido ao funcionário permanecer no local de trabalho, antes ou depois de seu horário normal de trabalho, sem a devida autorização.
- A frequência será apurada mensalmente, e os salários e demais vencimentos pagos com base no registro e cumprimento da jornada de trabalho.
- As ocorrências na frequência dos funcionários estarão sujeitas à deliberação do respectivo responsável pela unidade onde estiver lotado, implicando o apontamento ou o desconto da remuneração. São consideradas faltas justificadas, sem prejuízo de salário, as ausências amparadas na CLT e em Convenção Coletiva de Trabalho.
- São consideradas faltas injustificadas, com prejuízo de salário, aquelas cujos motivos, apresentados pelo funcionário e analisados pelo responsável pela unidade, forem considerados insuficientes para justificar o não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.
- Quando o funcionário se ausentar do trabalho, por qualquer motivo, deverá informar ao responsável pela unidade em que está alocado, se possível com antecedência, e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório.
- Todas as ocorrências de frequência que não forem autorizadas ou justificadas, além dos respectivos descontos, estão sujeitas à aplicação das sanções cabíveis.
- O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente e com autorização formal e



antecipada do Gestor da Área, a qual não poderá ser delegada, mediante emissão do formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.

- O trabalho na folga e feriado é considerado Hora Extra. Sua prática deverá ser restrita a situações de extrema excepcionalidade e devidamente aprovada pelo Diretor. Nesses casos, também deverá ser emitido o formulário Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras.
- As horas extras realizadas serão incorporadas ao Banco de Horas de cada colaborador e as folgas para desconto das horas acumuladas, serão definidas em conjunto com o gestor da área. Desta maneira, o município não será onerado a título de pagamento de horas extras. A jornada diária de trabalho, não poderão ultrapassar 12 (doze) horas, para equipes assistenciais e 10 (dez) horas para equipes administrativas e de apoio, cuja Inter jornada entre um plantão e o outro deve ser de 11 (onze) horas, salvo nas situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizada pelo Gestor da Área.
- Os casos omissos serão decididos pelo Gestor da Área em conjunto com o Núcleo Administrativo e Financeiro, prevalecendo, sempre, o estabelecido na legislação vigente.

- NORMAS E ROTINAS DA GESTÃO DE PESSOAS

- Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio adotado pela sede ou pelo Equipamento sob contrato de gestão;
- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas;
- Receber, dos responsáveis pelas unidades, os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta ao trabalho, e proceder aos acertos apontados;
- Receber, dos responsáveis pelas unidades, as Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras, devidamente aprovadas pelo Dirigente Geral do Serviço de Saúde, e apurar as horas trabalhadas;
- Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento;
- Mensalmente, receber, dos responsáveis pelas unidades, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle;