



II - APRESENTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

DO OBJETO:

CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL SEM FINS LUCRATIVOS DA ÁREA DA SAÚDE, PARA CELEBRAÇÃO DE CONTRATO DE GESTÃO COMPARTILHADA PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, Lei 8.088/ 1990 e diretrizes previstas na Lei Federal 9.637/ 1998.1. ATIVIDADE

A - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA

A assistência à saúde nas Unidades de Saúde tem como objetivo superar as limitações no acesso aos serviços de urgência, emergência e atendimento de especialistas e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde no município, garantindo atendimento oportuno a municipalidade que atualmente está sob regulação da Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com as Políticas de Saúde do SUS, Lei 8.088/1990 e diretrizes previstas da Lei Federal 9.637/1998, ditames do Tribunal de Contas, demais Leis vigentes e segundo os parâmetros a seguir:

A prestação envolverá o fornecimento dos serviços médicos generalistas e de especialidades. Os recursos humanos disponibilizados pela organização social deverão ser qualificados, com habilitação técnica, legal e registro nos respectivos conselhos de Classe, em quantitativo compatível para o perfil da unidade, nas seguintes unidades de saúde:

Local de atendimento	Endereço da unidade	Município
UBS COHAB	Rua Luiz Nogueira, 310 - Cohab	Ourinhos
PA COHAB	Rua Luiz Nogueira, 310 - Cohab	Ourinhos
CASA ROSA	Rua Eduardo Carlos Pereira, 20 - Vila Mano	Ourinhos
CS1	Rua Wenceslau Braz 38 – Vila Mano	Ourinhos
UBS PARQUE MINAS GERAIS	Rua Marechal Rondon 477 - Vila B. Esperança	Ourinhos
UBS ITAMARATY	Rua Maria P. Melchior da Silva 128 - Itamaraty	Ourinhos
UBS VILA ODILON	Rua Liberdade, 387 - Vila Odilon	Ourinhos
UBS JARDIM MATILDE	Rua Maria Cavezalli Mella s/n – Jd. Matilde	Ourinhos
UBS VILA MARGARIDA	Rua Abussali Abujamra 410 – Vila Margarida	Ourinhos



UBS REGIÃO OESTE	Rua Vereador Felismimo Vieira, 182 - São J Tadeu	Ourinhos
UBS SÃO LUIZ	Rua Celestino I Bahia, 523 – Vila São Luiz	Ourinhos
UBS GUAPORE	Av. Hermínia Crivellari Ferrari, 235 – Jd. Guaporé	Ourinhos
UBS CAIC	Rua Maria Puricelli Pelegrini, 590 – Jd. Anchieta	Ourinhos
USB VILA BRASIL	Rua Jorn. Erom Domingues - Vila Brasil	Ourinhos
ESF PACHECO CHAVES	Rua João Batista Monteiro, s/n	Ourinhos
ESF FLORIDA	Rua Benedito Inácio Pires, 70 - Jardim Florida	Ourinhos
ESF ITAJUBI	Rua Manoel Costa Duca, 207 - Itajubi	Ourinhos
ESF JOSEFINA	Rua Vereador, Rua Adelino Breve, 70 – Jd. Josefina	Ourinhos
ESF SÃO CARLOS/ SÃO JORGE	Rua Rubens Ribeiro de Moraes, 148 - Jd. São Jorge	Ourinhos
SAD	Rua Wenceslau Braz 38 – Vila Mano	Ourinhos
SAEDI	Rua Wenceslau Braz 38 – Vila Mano	Ourinhos
CAPS AD	Rua Monsenhor Córdoba - Centro	Ourinhos
CAPS II	Rua Dom Pedro I, 394 - Vila Moraes	Ourinhos
NASA	Rua Silva Jardim, 798 - Vila Moares	Ourinhos
CS II DR. JOSE CARQUEIJO	Av. Tiradentes, 934 - Centro	Sta Cruz Rio Pardo
UBS - ESTAÇÃO	Rua Carlos Crozatti, 186 - Luiz Brondi	Sta Cruz Rio Pardo
UBS - MATHIAS	Rua Francisco Sanson, 450 - Vila Mathias	Sta Cruz Rio Pardo
UNIDADE SAÚDE – S. AURELIANA	Rua Agostinho Santana, s/n - Santa Aureliana	Sta Cruz Rio Pardo
UNIDADE SAÚDE - FABIANO	Rua Jose Amorim Ribeiro, 581 - Vila Fabiano	Sta Cruz Rio Pardo
UNIDADE SAÚDE - SODRELIA	Rua Jose Queiroz, 230 - Sodrelia	Sta Cruz Rio Pardo
UNIDADE SAÚDE - CAPORANGA	Rua Sebastião Manoel dos Santos, 279 - Caporanga	Sta Cruz Rio Pardo
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	Rua José Ephifanio Botelho, 401 - Centro	Sta Cruz Rio Pardo
UNIDADE SAÚDE PARQUE DAS NAÇÕES	Rua França, 100 - Parque das Nações	Sta Cruz Rio Pardo
UNIDADE SAÚDE - JARDIM SÃO JOÃO	Rua João Locali, s/n - Jardim São João	Sta Cruz Rio Pardo
UBS - CIDINHA LEITE	Av. Dep. Fed. Antonio Silvio Cunha Bueno, 999	Salto Grande
UNIDADE SAÚDE - LAURO GALVÃO	Rua Padre Jose Anchieta, 551	Salto Grande



CENTRO DE SAÚDE - TARCISO AMBIEL	Rua Sebastião Carlos Simões, 944 - Centro	Timburi
CENTRO DE SAÚDE DE CHAVANTES	Av. Conceição, 333	Chavantes
POSTO DE SAÚDE - INOCOOP	Rua Humberto Silvestre, 302 - Inocoop	Chavantes
POSTO DE SAÚDE - IRAPÉ	Rua do Comércio, 265 - Distrito Irapé	Chavantes

Síntese da Discriminação dos Serviços Médicos:

Atribuições: Prestar atendimento médico hospitalar e ambulatorial, examinando pacientes, solicitando e interpretando exames complementares, formulando diagnósticos e orientando-os no tratamento; efetuar exames médicos, emitir diagnóstico, prescrever medicamentos, realizar outras formas de tratamento para demais tipos de patologia, aplicando recursos da medicina preventiva ou terapêutica; Priorizar a prescrição dos medicamentos pelo princípio ativo; Elaborar programas epidemiológicos, educativos e de atendimento médico preventivo, voltados para a comunidade em geral; Manter registro legível dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnosticada, tratamento prescrito e evolução da doença; Prestar atendimento de urgência e emergência; Prestar serviços de âmbito de saúde pública, executando atividades clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde da coletividade; Atuar em equipes multiprofissionais no desenvolvimento de projetos terapêuticos em unidades de saúde; Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação (nacionais, estaduais e municipais); Grau máximo de responsabilidade imprescindíveis à função; Efetuar outras tarefas correlatas, mediante determinação superior.



- Metas de Produção e Atividades Mínimas a Realizar

- Metas quantitativas dos serviços/componentes pronto atendimento – clínico geral:

ITEM	ATENDIMENTOS/MÊS
Clínica Médica	12.200

- Metas quantitativas dos serviços/componentes centro de atendimento ambulatorial:

ITEM	MINIMO DE CONSULTAS MÊS COM OBSERVÂNCIA NA CARGA HORARIA SEMANAL	OBSERVAÇÃO
Médico (a) Auditor	50 horas mensais	
Médico (a) Cardiologista	50 atendimento mês	Média de 25 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências.
Médico (a) Clínico Geral	10.500 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências.
Médico (a) Ginecologista	2.500 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências.
Médico (a) Infectologista	450 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências.
Médico (a) do Trabalho	180 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências
Médico (a) Neuropediatra	62 atendimento mês	Média de 30 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências
Médico (a) Oftalmologista	380 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências.



Médico (a) Ortopedista	180 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências
Médico (a) Pediatra	2.650 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências
Médico (a) Psiquiatra	1.480 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências
Médico (a) Radiologista	200 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências
Médico (a) Regulador	40 horas mensais	
Médico (a) de Ultrassom	12 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências
Médico (a) Vascular	120 atendimento mês	Média de 20 minutos por consulta podendo variar o número de atendimentos por encaixes e emergências

- Metas Qualitativas – indicadores de avaliação:

- Realizar ações para diminuir a ausência do paciente na consulta marcada no ambulatório de especialidades;
- Realizar ações gerenciais para que a marcação da consulta com o especialista não ultrapasse 60 dias da sua ocorrência;

- **ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:** Urgência/ Emergência – PRONTO ATENDIMENTO / PRONTO SOCORRO deverá manter o serviço em funcionamento nas 12 (doze) horas do dia de segunda a sábado, inclusive pontos facultativos, dias sem expediente e feriados, com produção mensal de 6.200 (seis mil e duzentas) atendimentos, totalizando o volume anual de 74.400 (setenta e quatro mil e quatrocentos) atendimentos de urgência e emergência

- **Clínica médica;**

Modalidades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total Anual
Atendimento de Urgência e Emergência Adulto e Infantil	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	12.200	146.400

- **ATENDIMENTOS DE ESPECIALIDADE:** Especialidades médicas – AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE deverá manter o atendimento médico das 07:00 as 17:00 horas em funcionamentos de segunda a sexta – feira, conforme agenda dos profissionais médicos, com produção mensal de 15.152 (quinze mil cento e cinquenta e dois) atendimentos, totalizando o volume anual de 181.824 (cento e oitenta e um mil oitocentos e vinte e quatro) atendimentos de ambulatoriais, sendo divididos nas especialidades:

Modalidades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês	Total anual
Médica (o) Cardiologista	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	600
Médica (o) Clínico Geral	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	10.500	126.000
Médica (o) Ginecologista	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	30.000
Médica (o) Infectologista	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400

Médica (o) do Trabalho	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	2.160
Médica (o) Neuropediatra	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	744
Médica (o) Oftalmologista	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380	4.560
Médica (o) Ortopedista	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	2.160
Médica (o) Pediatra	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	2.650	31.800
Médica (o) Psiquiatra	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	1.480	17.760
Médica (o) Radiologista	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Médica (o) de Ultrassom	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	120
Médica (o) Vascular	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	1.440



- Atenção à Saúde:

ATENÇÃO À SAÚDE INDICADOR	METAS
Escala de Plantão do PA / PS	Disponibilização ao Gestor da escala mensal com antecedência
Cumprimento das metas quantitativas	Alcançar a meta física
Protocolos, linhas de cuidado e diretrizes em cuidados de saúde	Cumprimento de protocolos MS e outros que a ser implantados pelo município
Referenciar e contra referenciar os pacientes atendidos	Preencher as guias de referência e contra referência modelo usado pela rede.
Qualificação dos preenchimentos de registros nas FAA	Preencher todos os campos com letra legível e sem abreviaturas.
Protocolos de Urgência e Emergência	Organização do serviço de Pronto Atendimento

- Processos de Gestão:

Acompanhamento da proporção da população coberta pelas Unidades básica de saúde	Apoio as ações de atendimento a população
Monitoramento da média mensal de consultas médicas por habitante nas especialidades /outros serviços	Avaliação dos relatórios de atendimento e elaboração de planilha com dados comparativos.
Acompanhamento da média mensal de atendimento.	Avaliação dos relatórios emitidos pelos instrumentos de informação (eSUS, SISAB, etc...)
Monitoramento dos sistemas de informação	Acompanhamento da situação de alimentação de dados nos sistemas de informação oficiais (eSUS, SIASUS, SISAB, Bolsa Família, SIM, SINASC, SCNES, etc...) e também de sistemas próprios.

4.5.3 Desenvolvimento Profissional:

INDICADOR	META
Aperfeiçoamento profissional	Atualização, capacitação do RH, educação continuada



B - MODELO PROPOSTO PARA GERENCIAMENTO DAS UNIDADES / PROGRAMAS (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

- Filosofia de Gestão da Proponente

Considerando a proposta do município em proporcionar melhorias no atendimento de saúde, resolvemos colocar o melhor da nossa “*expertise*” para participar deste momento peculiar de transformação e quebra de paradigmas, através das parcerias público-privadas, desenvolvidas com seriedade e transparência.

Apesar de sabermos que os desafios são grandes os aceitamos pela inquietude do compromisso social e acreditando nas intenções desta prefeitura e na sua sensibilidade para construirmos juntos um projeto à altura do que o a população merece.

O objetivo desta proposta, portanto, é apresentar um modelo de gestão participativo e inovador trazendo para a esfera pública do Sistema Único de Saúde - SUS, o mesmo cuidado dispensado à clientela de outros sistemas de saúde, complementares.

A ABEDESC gerará um alto padrão assistencial, fortemente ligado à produção de benefícios na atenção à saúde da população, atuando junto à comunidade, o que assegura o caráter público da prestação de serviços. O mesmo possui a habilidade necessária para a execução dos serviços assistenciais, sendo capaz de cumprir o Contrato de Gestão, desde a organização e implantação do serviço, a sua execução, expansão, com as respectivas avaliações de resultados e prestação de contas.

A melhoria contínua da qualidade faz parte do planejamento da ABEDESC, uma vez que visamos à implantação de programas que promovam a melhoria da qualidade em até 180 dias e com reavaliação mensal, possibilitando assim, uma prestação com maior qualidade e no menor espaço de tempo possível após a sua implantação.

Esse programa será implantado como um Plano Estratégico que, ao longo do tempo, passará a ser incorporado na rotina da gestão, contribuindo para a conquista da qualidade total e tendo como vantagem o fato de provocar mudanças comportamentais em todos os níveis hierárquicos.

A ABEDESC desenvolve seu modelo de gestão com base na Gestão por Processos onde os processos são mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário, buscando assim elevar o desempenho e otimizar resultados por meio da implementação de melhorias nos processos organizacionais.

Esse modelo de Gestão tem como objetivo principal analisar, padronizar e melhorar as operações garantindo que todos os colaboradores participem ativamente dos processos e estejam comprometidos com a qualidade e eficiência, visando assim



visando assim a melhoria contínua no alcance dos objetivos da organização, sempre com foco na resolutividade, com qualidade assistencial, norteados pelo planejamento estratégico.

A ABEDESC procura estabelecer assim uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo, (otimização do uso dos recursos e viabilizar os resultados desejados, a eliminação de erros e a minimização de atrasos).

O modelo gerencial proposto busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, e à Secretaria Municipal de Saúde, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação.

A proposta tem como finalidade a prestação de serviços com a visão de futuro de consolidar um modelo de gestão inovador e pioneiro, tornando-se referencial de excelência na prestação de serviços de saúde, de concepção de coordenação e controle voltados para os resultados.

A ABEDESC acredita que um modelo de gestão hospitalar deve não apenas respeitar e considerar todos os princípios do SUS, mas sobretudo contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação entre níveis de governo, transparência e controle social.

Portanto, a gestão do projeto irá pautar-se em resultados qualitativos e quantitativos, previamente acordados, cabendo ao Órgão Supervisor, o acompanhamento dos indicadores definidos no Contrato de Gestão.

Nosso modelo gerencial pressupõe os seguintes instrumentos:

- 1) Clareza da missão institucional, ou seja, a expressão da razão de ser da organização o que a legitima perante os seus usuários e seus funcionários;
- 2) Visão clara sobre o futuro, seus usuários e serviços que presta, de modo que a gestão se concentre no essencial;
- 3) Liderança dos seus dirigentes, focada em hábitos e atitudes gerenciais modernos e estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;
- 4) Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho.
- 5) Recursos Humanos motivados pelo seu engajamento no trabalho e com uma visão de futuro;
- 6) Estrutura Organizacional reticular e não vertical, que enfatiza a importância dos papéis de cada um dentro da organização com vista a agregar valor ao serviço prestado;



7) Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana, permitindo a definição de ações e a conversão de rumos.

8) Gerenciamento por equipe e organização por processo e não por tarefa

O uso destes instrumentos tem foco no paciente e nos resultados, assegurando racionalização dos processos de trabalho, possibilitando a gestão por resultados negociadas entre a direção e as equipes de trabalho.

A Diretoria constitui-se de todos os órgãos colegiados e assessorias e tem a missão de representar a instituição e negociar o contrato de metas anuais com as Equipes.

Esta lógica de organização rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que “cada profissional faz a sua parte”, possibilitando uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no desenho organizacional.

Neste desenho organizacional, a comunicação exerce papel fundamental para a articulação intra e entre Equipes, sendo o fluxo de comunicação lateral privilegiado em relação aos demais sentidos, uma vez que possibilita maior aproximação e articulação entre os serviços.

No contexto da tomada de decisão, a informação deve ser empregada como mais um recurso para o desenvolvimento do processo de trabalho. A produção interna da informação e a utilização de fontes externas propiciam condições mais adequadas para utilização na tomada de decisão.

DIRETRIZES

As diretrizes para a gestão passam pelas seguintes definições: missão institucional; adequação de perfil assistencial e aprimoramento de mecanismos:

- de gestão participativa;
- desenvolvimento de mecanismos de integração à rede SUS regional e estadual;
- adequação (qualitativa e quantitativa) do quadro de RH ao perfil assistencial;
- sistematização da informação a partir da definição/ acompanhamento de indicadores hospitalares básicos e indicadores de desempenho;
- humanização da assistência;
- melhoria progressiva da qualidade assistencial, determinado a definição de indicadores de qualidade, o processo de acreditação hospitalar e a satisfação do usuário.

OBJETIVOS

a) Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde.



- b) Melhorar o serviço ofertado ao usuário do SUS com assistência humanizada;
- c) Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- d) Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção Básica de Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas e serviços de diagnósticos;
- e) Evitar o êxodo do usuário para outros centros urbanos em busca de serviços da assistência à saúde de melhor qualidade, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento dos usuários.
- f) Aperfeiçoar a universalidade da atenção à saúde garantindo qualidade nas ações de saúde de atenção básica, de modo oferecer serviços resolutivos para a maioria das necessidades de saúde da população, assim reduzindo a procura por atendimentos de urgência em atendimentos de pronto – atendimento ou hospitalais;
- g) Garantir a equidade na atenção criando mecanismo de acesso para serviços e ações de saúde integrais (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação);
- h) Busca da eficiência, eficácia e efetividade na formulação de novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Município de Santa Cruz do Rio Pardo obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central de Regulação, preservando a missão do Departamento de Saúde.

- O Sistema de Gestão da Qualidade a ser Implantado

A gestão da qualidade pode ser definida como sendo qualquer atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização no sentido de possibilitar a melhoria de produtos/serviços com vistas a garantir a completa satisfação das necessidades dos clientes, ou ainda, a superação de suas expectativas.

- Gerenciamento de Riscos

- Identificação e priorização dos riscos do processo

Há uma célebre frase que diz “errar é humano”, e todos nós estamos sujeitos a cometer erros em nossa vida pessoal e profissional, os quais podem acarretar as mais variadas consequências. Os erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento médico-hospitalar têm sido descritos e estudados por mais de um século, porém a visibilidade do tema junto aos profissionais de saúde ainda não alcançou os níveis necessários de atenção.

O objetivo do gerenciamento dos riscos nos serviços de saúde é reduzir inconsistência, empregar esforços para alcançar um serviço seguro, livre ou com poucos defeitos (erros) e que gerem um resultado desejado ao paciente sem complicações ou danos. Dessa forma se faz necessária a antecipação dos perigos para que os riscos não se tornem danos.

O risco é a probabilidade de um incidente incerto, mas previsível ocorrer. O risco precisa ser conhecido e calculado, consistindo na mensuração do perigo. Não é possível conhecer os diversos riscos de um serviço de saúde sem medi-los.

O gerenciamento de riscos consiste na aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. É uma medida de prevenção a ocorrências em todos os âmbitos que envolvem os serviços de saúde. Sua aplicação pelas equipes assistenciais e administrativas de hospitais traz reflexos diretos na qualidade do atendimento, evitando ou prevenindo danos ao paciente, bem como à própria instituição de saúde.

Para ser eficaz, o gerenciamento de riscos envolve um conjunto de ações voltadas para a identificação e a classificação dos riscos inerentes a uma determinada atividade, permitindo prevenir sua ocorrência ou mitigar os danos, quando for impossível evitar sua ocorrência. Atualmente a gestão de riscos na área de saúde tem ênfase muito maior na identificação, mapeamento e acompanhamento das atividades, baseando-se em uma política preventiva, corretiva e contingencial, com foco na redução de danos.

No hospital será disponibilizada uma ferramenta para gerenciamento dos riscos e perigos do serviço, onde serão definidos os riscos de cada processo através de reuniões com o time de liderança, de acordo com sua probabilidade e ocorrência, definindo-se também os planos de contenção e de contingência para cada risco. Consideram-se riscos críticos e prioritários os de maior pontuação, os quais serão monitorados diariamente e elaborado um relatório consolidado quinzenalmente.

- Identificação dos perigos e implantação dos planos de contenção

Perigo é uma circunstância, agente ou ação que potencialmente pode causar dano. A identificação de perigos e a avaliação de riscos é essencial para garantir a segurança dos processos, dos pacientes e colaboradores, pois a avaliação dos riscos consiste na análise das situações indesejadas que são potencialmente danosas para a saúde e para a segurança dos processos de trabalho.

A gestão através da abordagem sistêmica procura criar barreiras para impedir que o erro chegue a causar um incidente com dano ao paciente (plano de contenção), e quando não possível, pelo menos mitigar os danos (plano de contingência). Eles são o pilar de qualquer sistema de atenção à saúde que pretende ser seguro. A instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. Para se fazer a avaliação dos riscos aos quais os processos, pacientes e colaboradores estão expostos, antes se deve proceder a uma identificação de perigos dos riscos prioritários existentes nos serviços das unidades de negócio. No hospital esta avaliação será feita através de uma ferramenta chamada de Gravata Borboleta (*bow-tie*), apresentada abaixo:

ANÁLISE DE RISCO

CAUSAS	Nº		IMPACTOS	Nº
1.			a.	
2.			b.	
3.			c.	
4.			d.	
5.			e.	
6.			f.	
7.			g.	
8.			h.	
9.			i.	
10.			j.	

PLANOS DE CONTENÇÃO (BARREIRAS)	RESPONSÁVEL PELO CONTROLE	PLANOS DE CONTINGÊNCIA	RESPONSÁVEL PELO CONTROLE
1.		a.	
2.		b.	
3.		c.	
4.		d.	
5.		e.	
6.		f.	
7.		g.	
8.		h.	
9.		i.	
10.		j.	

COORDENAÇÃO SETOR: _____ DATA: / /

OBS.: Os itens classificados como vermelhos e amarelos nas matrizes de gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos deverão ser analisados nesta matriz

- Desenvolvimento dos Planos de Contingência

Estabelecemos como plano de contingência a definição de responsabilidades de uma organização para atender a uma emergência, desenvolvido com o objetivo de orientar e uniformizar as ações necessárias.

A busca pela melhoria contínua implica na elaboração de planos de contingência que visem atender e minimizar as ocorrências de incidentes. A instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho.

É importante que o aprendizado comece pelos gestores demonstrando disponibilidade para aprender, não somente por meio de análises dados da própria instituição de saúde, mas também por pesquisas de outras áreas que tem se desenvolvido e demonstrado sucesso quanto à cultura de segurança.



- Notificação De Incidentes

Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado. Um ponto prioritário da prevenção de erros é o sistema de notificação, onde qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode notificar.

A notificação é necessária para o desenvolvimento de estratégias que reduzem os riscos de incidentes evitáveis no sistema de saúde. A instituição deve aprender com os erros para buscar novas oportunidades de melhorar seu desempenho. A cultura de aprendizagem cria uma consciência de segurança na organização e promove um ambiente favorável ao aprendizado.

Nesta direção, será adotado no hospital um sistema de notificação de incidentes o qual se classifica em Erro, Não Conformidade e Evento Sentinela. Segue abaixo, taxonomia para esta classificação a ser adotada:

- **Erro:** falha não intencional em executar um plano de ação como pretendido ou a aplicação de um plano incorreto dentro de um determinado processo;
- **Não Conformidade:** não atendimento ao princípio do padrão entre processos, comprometendo, assim, a coerência e o funcionamento do sistema;
- **Evento Adverso:** ocorrência inesperada ou variação do processo que acarrete o óbito, qualquer lesão física ou psicológica, permanente ou temporária, ou risco dos mesmos, envolvendo o paciente, o acompanhante ou o colaborador.

Todas as organizações que se preocupam com a segurança do paciente devem analisar os dados notificados, bem como desenvolver uma cultura de segurança na instituição, para que possa gradativamente conhecer a realidade local e propor estratégias direcionadas para uma prática segura.

- Análise dos Incidentes

Os colaboradores da unidade serão sensibilizados em relação ao registro dos incidentes, estando aptos a procederem com as notificações. Qualquer cidadão, seja paciente, acompanhante ou colaborador, pode realizar a notificação de quaisquer incidentes, sendo estes definidos como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde, passível de ser notificado.

Após o preenchimento de formulário específico, destacando-se alguns dados como data e horário do incidente; setor ou unidade onde ocorreu; nome do paciente envolvido e/ou número do seu prontuário etc., o mesmo é encaminhado ao Núcleo de Segurança do Paciente, para que seja avaliado.



- Gestão por Resultados

Segundo o Modelo de Excelência em Gestão, o termo resultados refere-se aos efeitos das atividades produzidos pela organização no atendimento aos requisitos de seu modelo de gestão. Sua importância é evidenciada pela necessidade prática de demonstrar a passagem do “discurso para a ação”, mostrando a medição do desempenho, o cumprimento das metas e o posicionamento em relação ao atingimento dos objetivos estratégicos.

Os objetivos estratégicos são os macro-objetivos da organização que compõem o Mapa Estratégico Corporativo, sendo uma forma visual de descrever e comunicar a estratégia concebida. Os objetivos são traduzidos através de uma meta tangível, com prazo e responsável estabelecidos. As metas são resultados quantitativos e qualitativos que se propõem a alcançar, em certa data, como medidas objetivas de verificação do alcance das estratégias estabelecidas. Elas são caracterizadas como: tangíveis, específicas, mensuráveis, realizáveis e desafiadoras.

- Indicadores

O indicador é uma medida quantitativa e qualitativa que demonstra a evolução, compara o desempenho e identifica as oportunidades de melhoria, permitindo a avaliação da organização. Dentre as características do indicador estão:

- **Simplicidade:** ser de fácil entendimento, de fácil obtenção, o custo de apuração é baixo e não tem interferência significativa no processo.
- **Seletividade:** está relacionada com o produto, serviço ou processo, mede ou está ligada ao atingimento das metas e mede características importantes para o gestor.
- **Abrangência:** É compatível com os objetos e metas da organização.
- **Constância:** possibilita comparações históricas, tem periodicidade e período de medição adequados.
- **Gerenciabilidade:** ser mensurável (exato e preciso) é possível interferir no resultado, a variação reflete a melhoria ou piora dos produtos, serviço ou processo, tem objetivo claro e definido.

AS TIPOLOGIAS DOS INDICADORES SÃO:

- **Estrutura:** avaliam as características dos recursos ou a capacidade de prover o serviço.
- **Processo:** mensura o desempenho no processo, controle interno.



- **Resultado:** mensura a efetividade do processo.

- ANÁLISE DE DESEMPENHO DO PROCESSO

O cumprimento da missão da empresa está diretamente relacionado ao desempenho de seus processos. Neste sentido, é de suma importância utilizar-se de ferramentas para mensurar este desempenho e permitir a tomada de decisões em busca de melhorias. O Monitoramento gera as informações relevantes, enquanto a avaliação de desempenho realiza a análise crítica destes resultados.

Serão monitorados periodicamente os Indicadores Estratégicos através dos *Dashboards*, que são painéis de bordo, que auxiliam os gestores na tomada de decisão.

Adotaremos uma sistemática de avaliação e monitoramento dos resultados, através da análise de cada indicador estratégico na qual é observada sua tendência respectiva e seu desvio. Neste contexto, é possível verificar a conformidade do desempenho institucional com as metas planejadas. Após a análise dos resultados, os gestores deverão emitir para a direção da Unidade de Negócio o relatório de desempenho, onde é relatado o resultado obtido, a descrição das causas e quais medidas serão adotadas para melhoria do resultado.

- MELHORIA CONTÍNUA

A melhoria contínua encontra-se embasada na crença de que todos os aspectos de uma operação podem ser continuamente melhorados, partindo-se do princípio de que os envolvidos diretamente em uma operação se constituem nos principais atores capazes de identificar alterações que devem ser realizadas. A busca da competitividade necessita, entre outros fatores, da melhoria contínua de processos. Dessa maneira, destacam-se o aprendizado e o caráter investigativo em processos como as principais características da melhoria contínua, sendo que sua essência está na habilidade de solucionar problemas de maneira efetiva. A obtenção de resultados que revelem a melhoria contínua pressupõe a resolução de problemas da empresa mediante métodos de análise que facilitem o encontro da sua causa-raiz.

- PCDA: MÉTODO GERENCIAL

O PDCA é um método gerencial com foco na melhoria contínua que utiliza sucessivos ciclos de desenvolvimento com objetivo de adquirir conhecimento e testar os efeitos potenciais sobre os processos com consequente melhoria dos resultados.



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 contínua 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 íntegro 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 assistenciais (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:

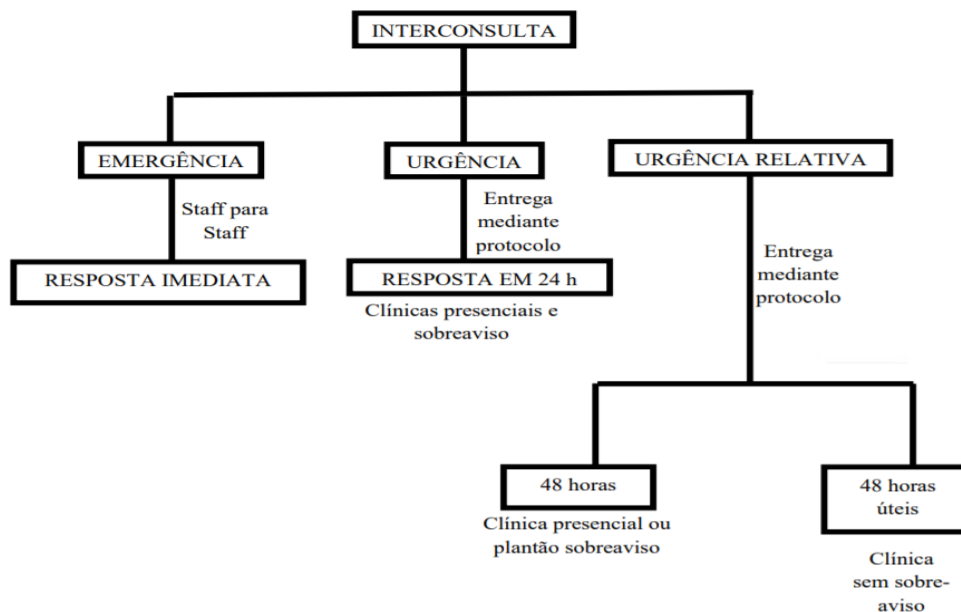
Deverão ocorrer via NIR (Núcleo Interno de Regulação) e sistema informatizado.

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



1.1 – ORGANIZAÇÃO (A ser desenvolvida em Gestão Compartilhada com o município)

1.1.1 - EIXO ASSISTÊNCIA

1.1.1.1 - DESCRIÇÃO TÉCNICA DAS DIFERENTES ATIVIDADES PREVISTAS

A) PRONTO ATENDIMENTO

A Unidade de Pronto Atendimento 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 Unidade de Pronto Atendimento 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 Unidade de Pronto Atendimento.



- 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 Unidade de Pronto Atendimento, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias. Após as 24 horas de observação com realização de exames e terapêutica, caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, 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 Unidade de Pronto Atendimento 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 em conjunto com o município:

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 **demanda** 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.

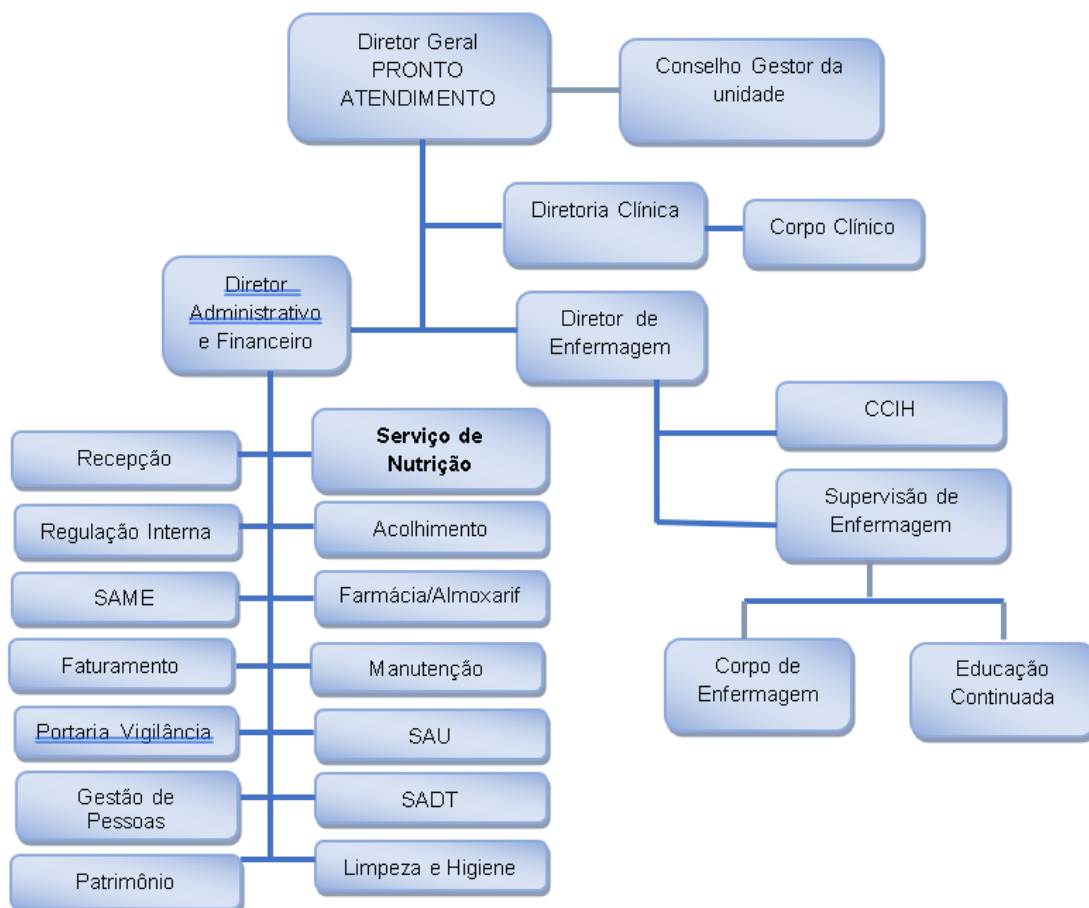
Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

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.

- 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 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO:

- 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.

- Organização de Serviços Assistenciais na Unidade de Pronto Atendimento (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município):

A assistência à saúde na Unidade de Pronto Atendimento 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 Unidade de Pronto Atendimento, contempladas na tabela unificada do SUS.

- 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 potencias.

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.

– Organização das Unidades de Atendimento (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

- Unidade de Urgência e Emergência:



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

A unidade de Urgência / Emergência estará apta a prestar o serviço de atendimento resolutivo aos pacientes que buscarem a unidade apresentando quadros



agudos ou crônicos quando de sua agudização, e ainda, pacientes encaminhados pela rede básica municipal de maneira referenciada e ou trazido por serviço de remoção e atendimento pré – hospitalar, de acordo com a capacidade das referidas unidades;

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

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

O ambiente da unidade será planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço 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 demandem 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:

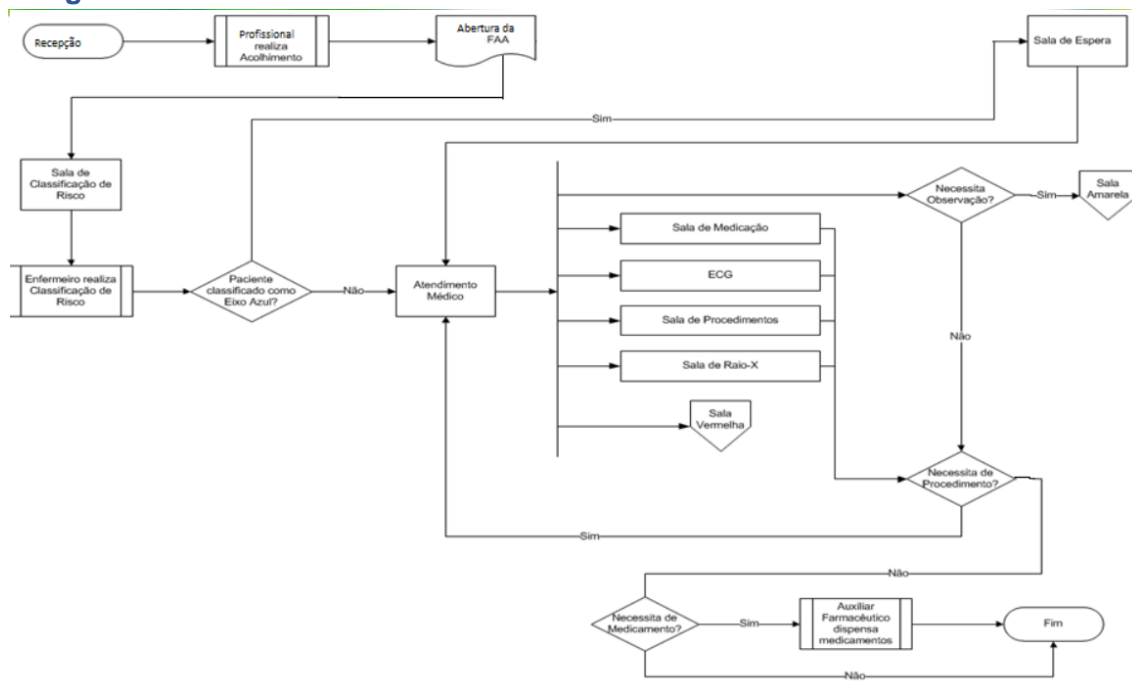
- encaminha o paciente para a ala de observação
- libera o paciente para casa.

– Proposta Para Implantação de Fluxos (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

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.

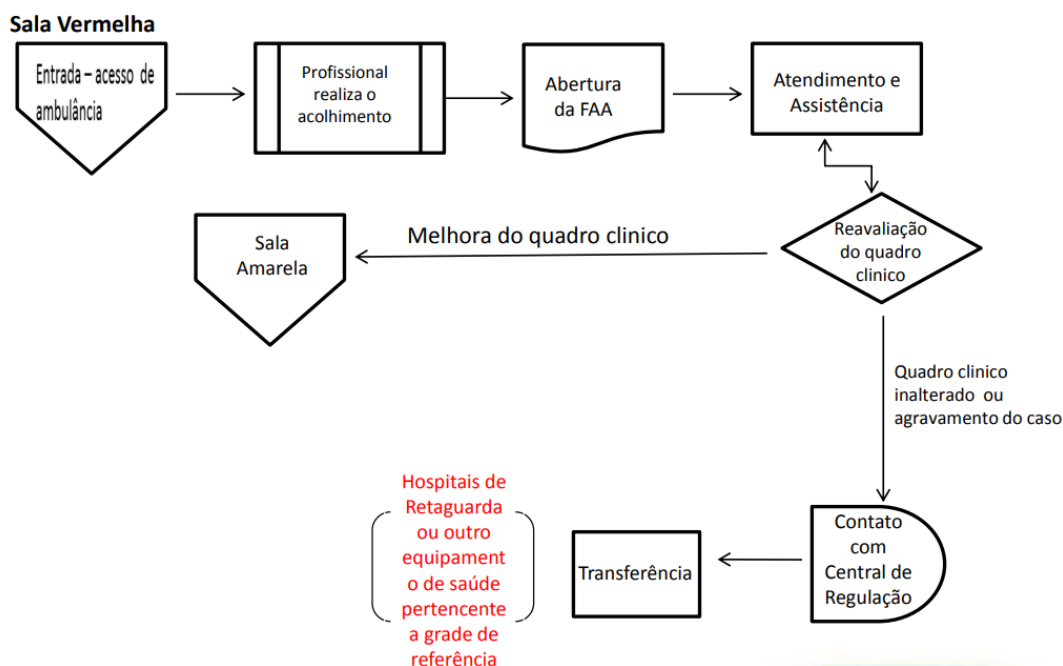
Visamos com a implantação dos fluxos um planejamento e a organização de todas as ações que contribuem para o pleno funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas, resultando assim no cumprimento de tarefas, metas e objetivos gerais.

- 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 oferece-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).

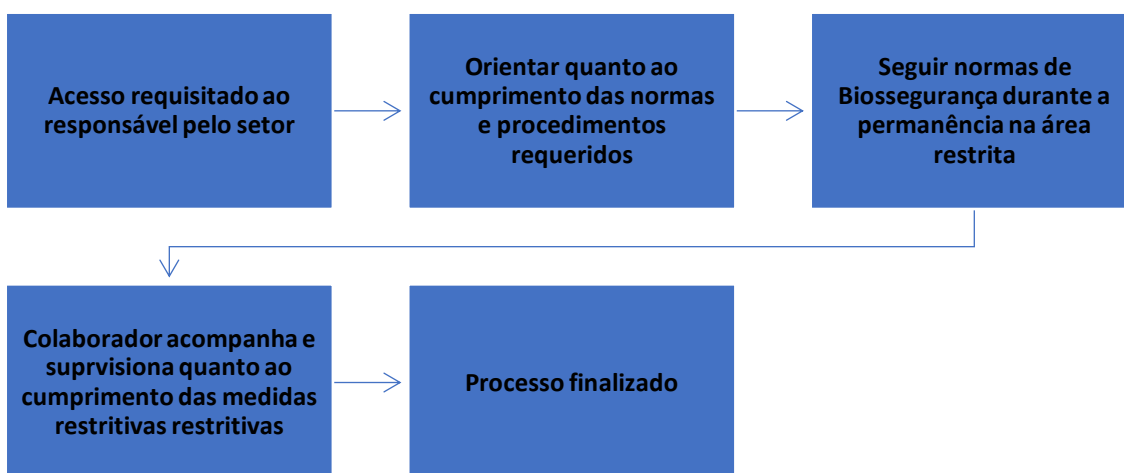
Os pacientes admitido no serviço de urgência e emergência poderão ter a presença de um acompanhante, mesmo que não possa comunicar a sua vontade (LEI N.º 33/2009 DE 14 DE JULHO). Este acompanhante pode acompanha-lo sempre desde que não assista aos procedimentos assistenciais, intervenções cirúrgicas,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



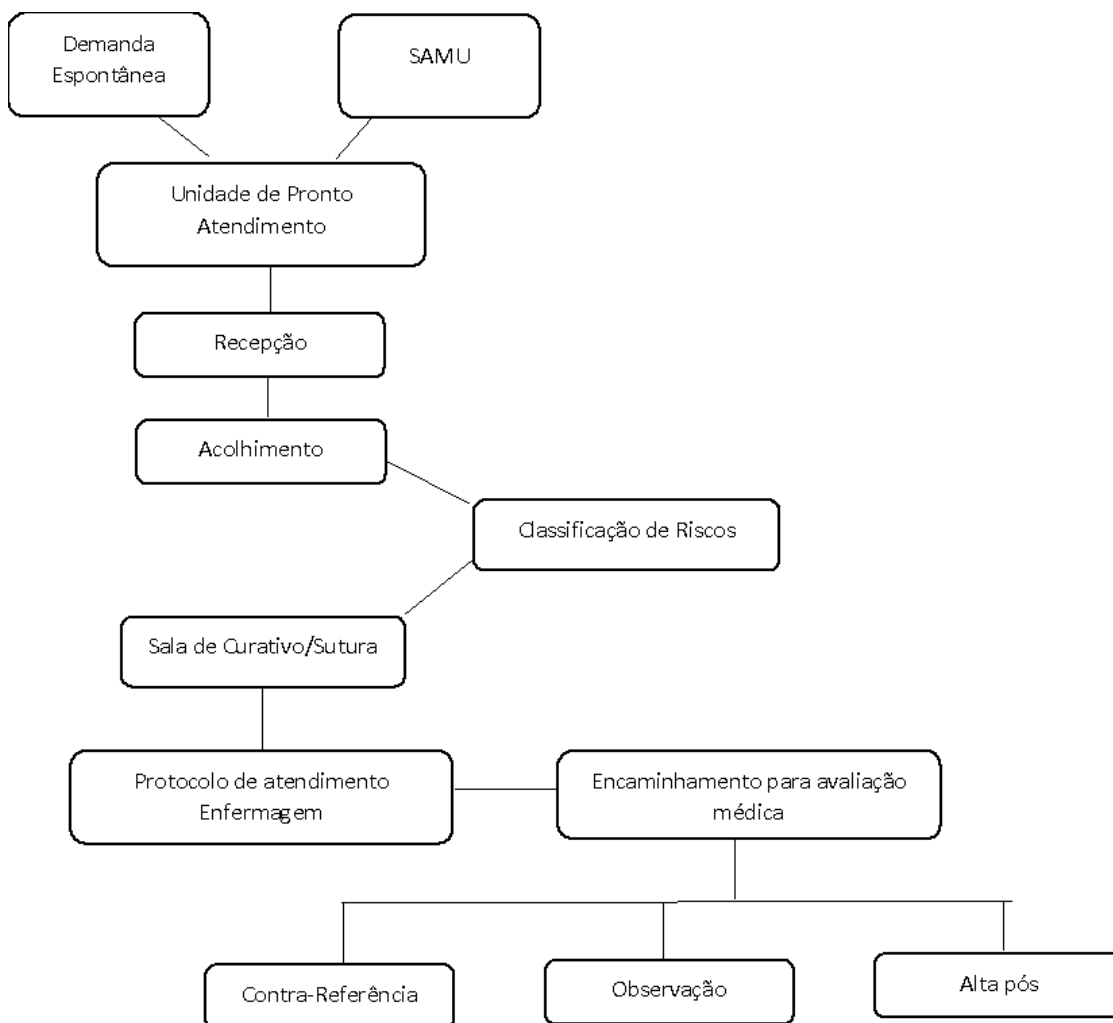
Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez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

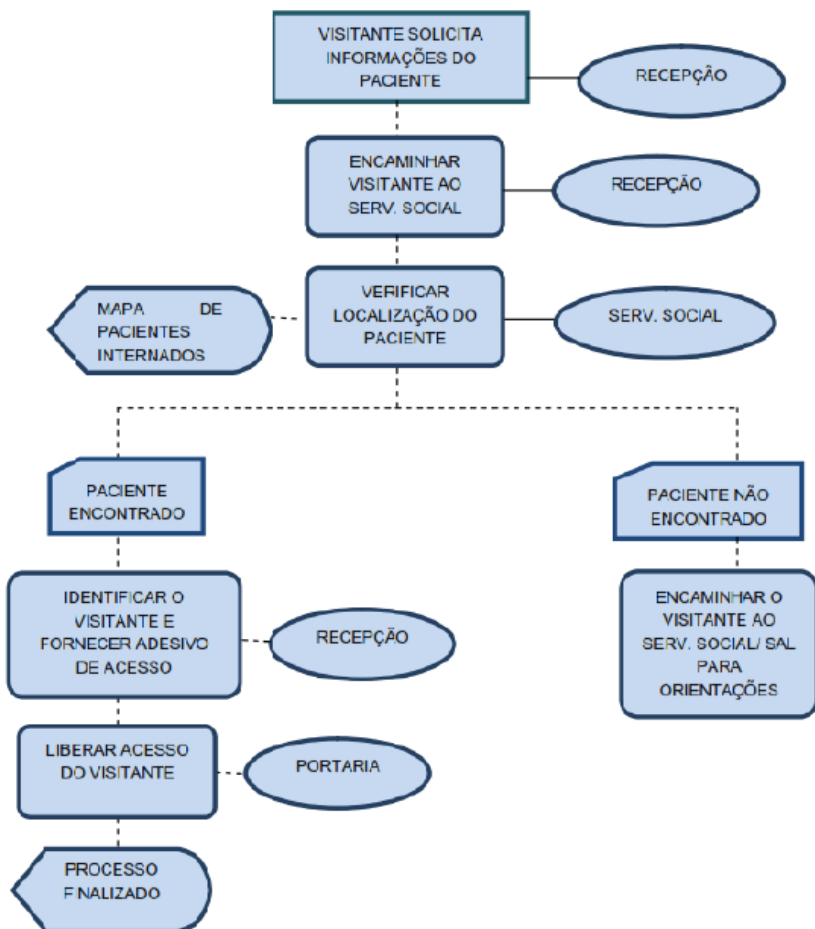


Paciente externo: O paciente externo dará entrada pela recepção, encaminhado para a triagem/acolhimento, da triagem/acolhimento será encaminhado para a avaliação médica ou de enfermagem, e havendo necessidade de sutura/curativo a mesma será encaminhada para as respectivas salas. Após o procedimento médico 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.

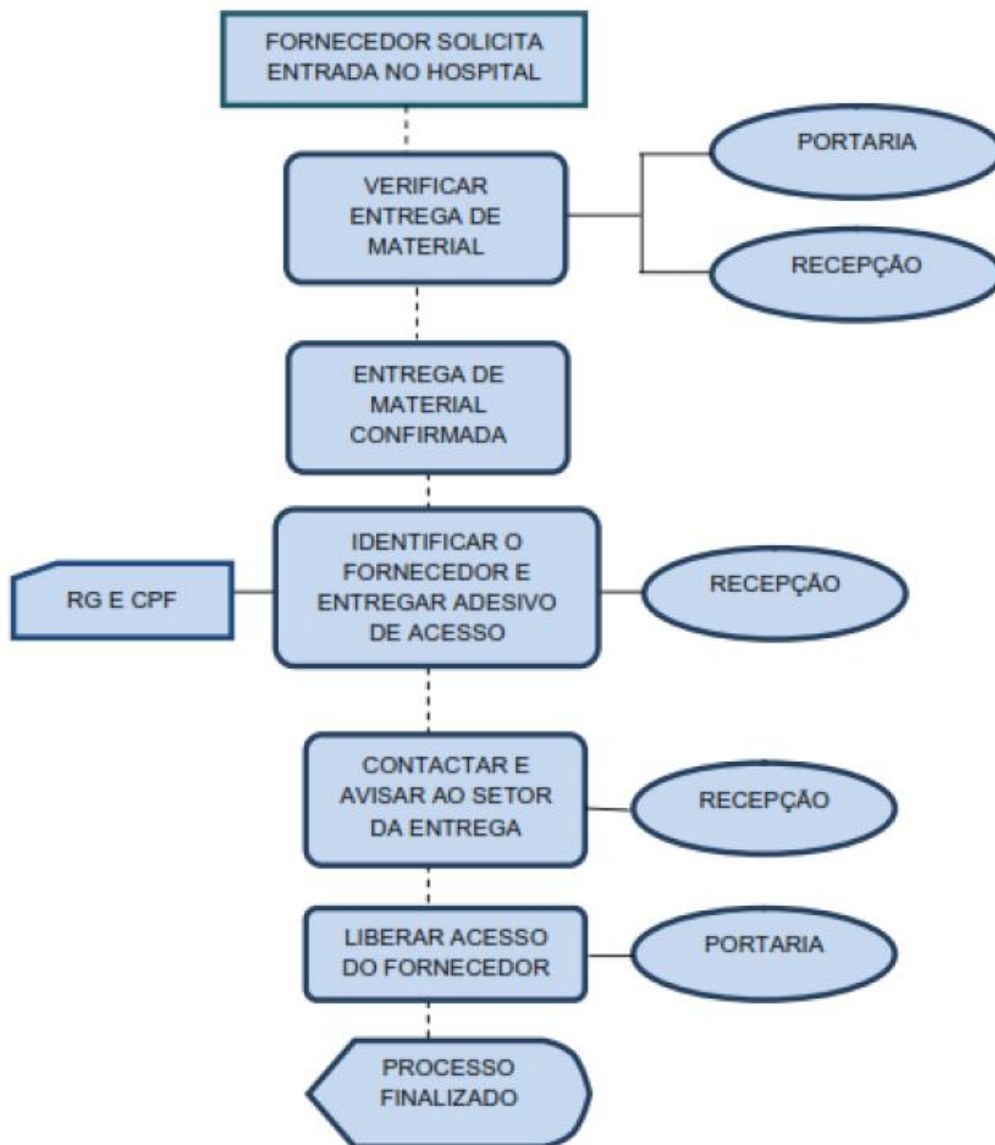
Paciente interno: O curativo realizado no paciente em observação é feita no próprio leito, e quando houver necessidade de realização de sutura o paciente é encaminhado juntamente com um profissional de enfermagem para a sala de sutura.



- 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;



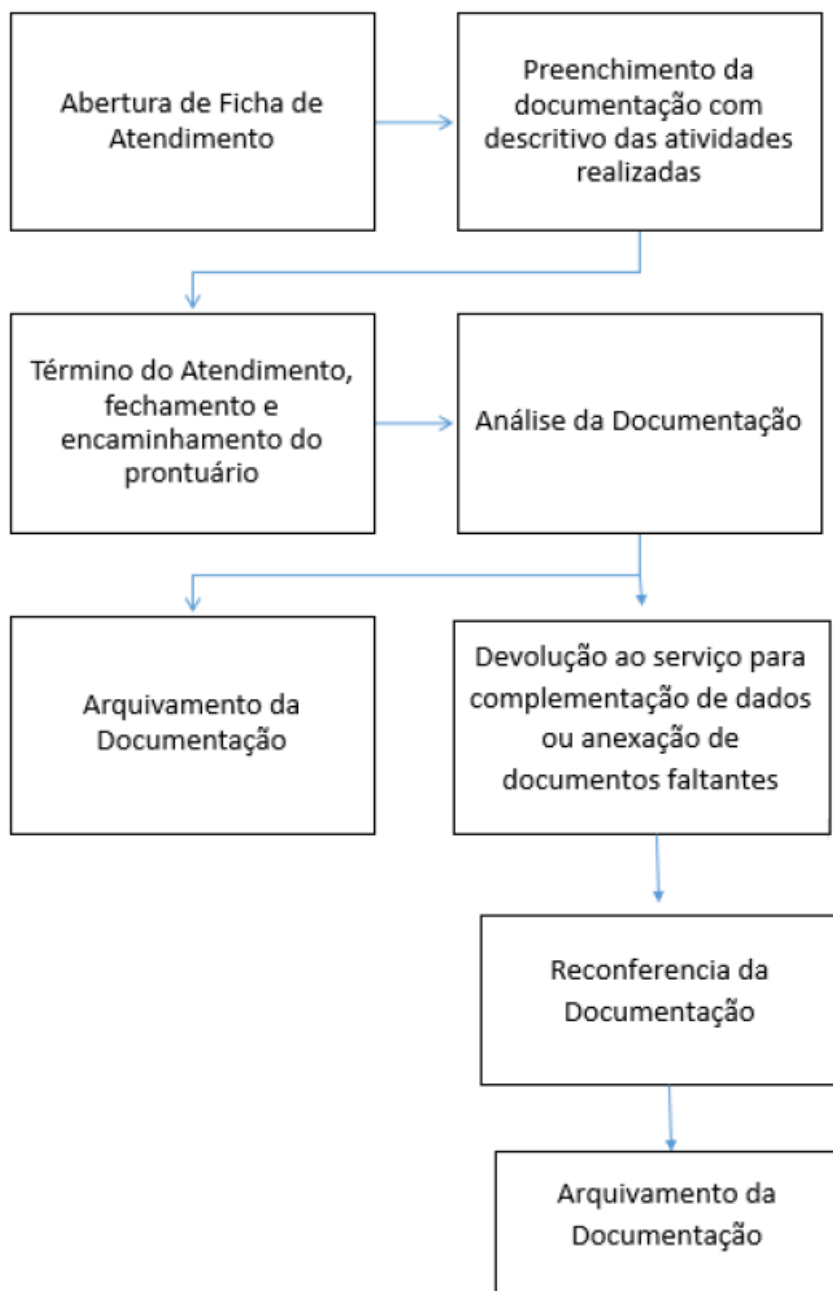
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

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:

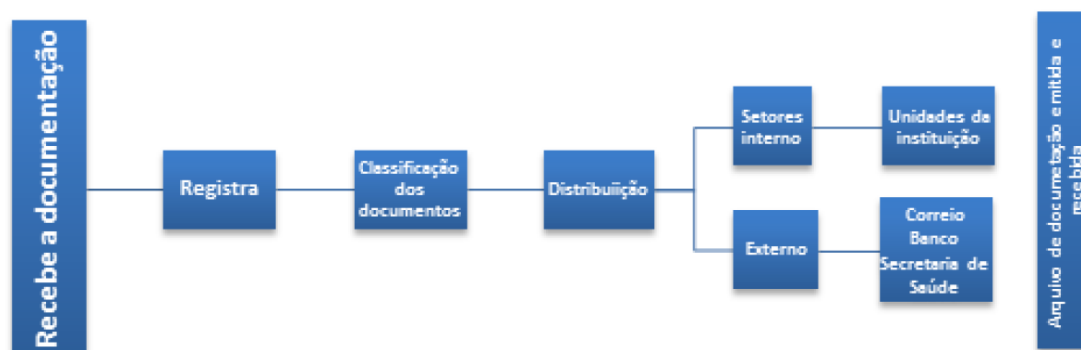
Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

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

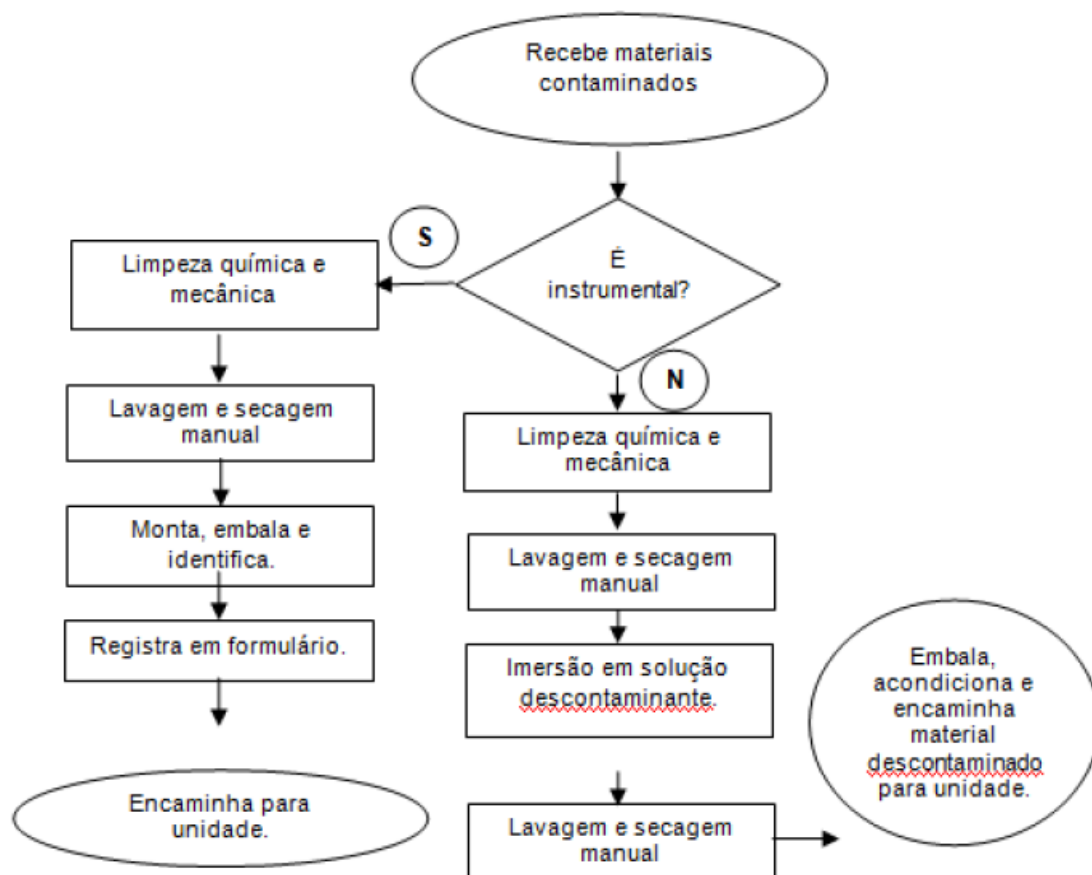
A CME é uma unidade destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los, bem como, preparar e esterilizar as roupas limpas oriundas da lavanderia e armazenar esses artigos para futura distribuição.

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



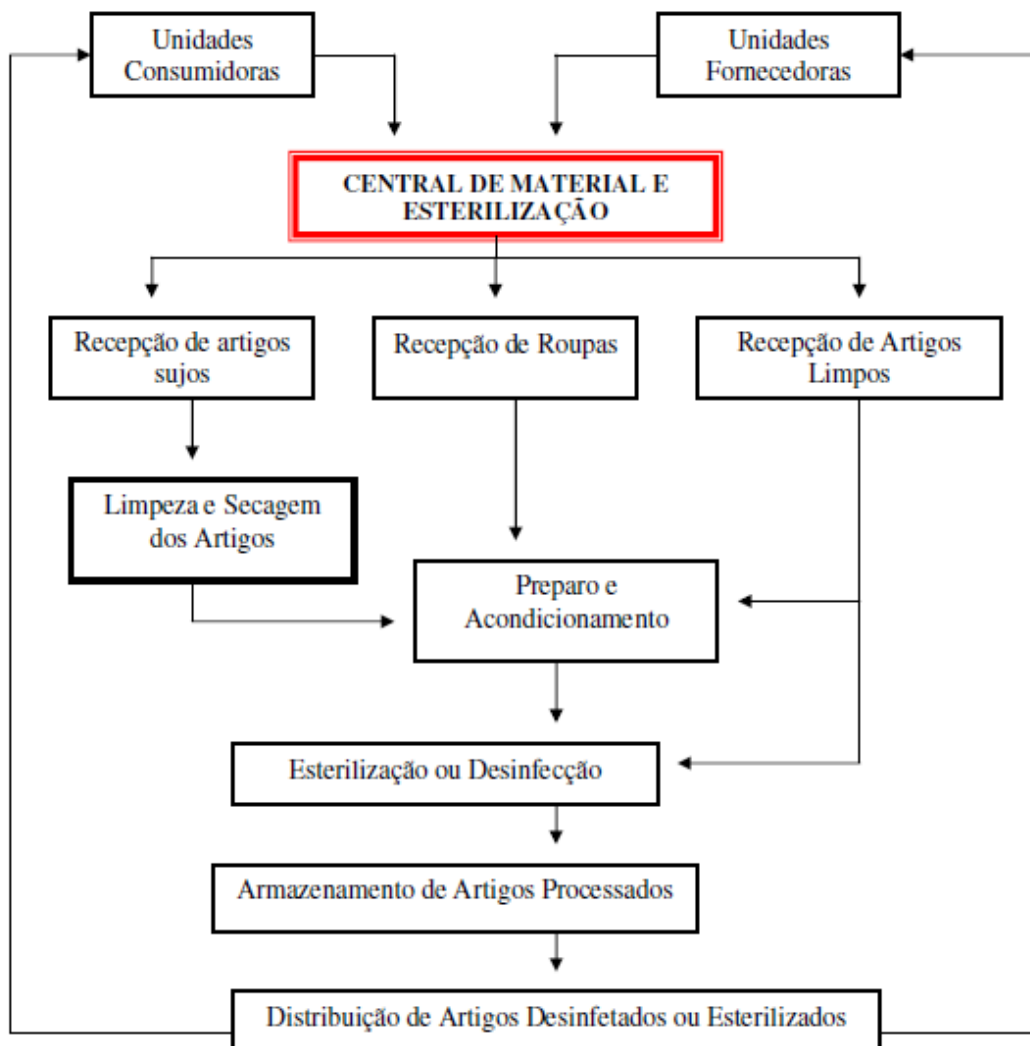
Para que o fluxo funcione é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

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
-----------------------------	---	---



Fluxograma 02- Fluxo Unidirecional dos Artigos na CME

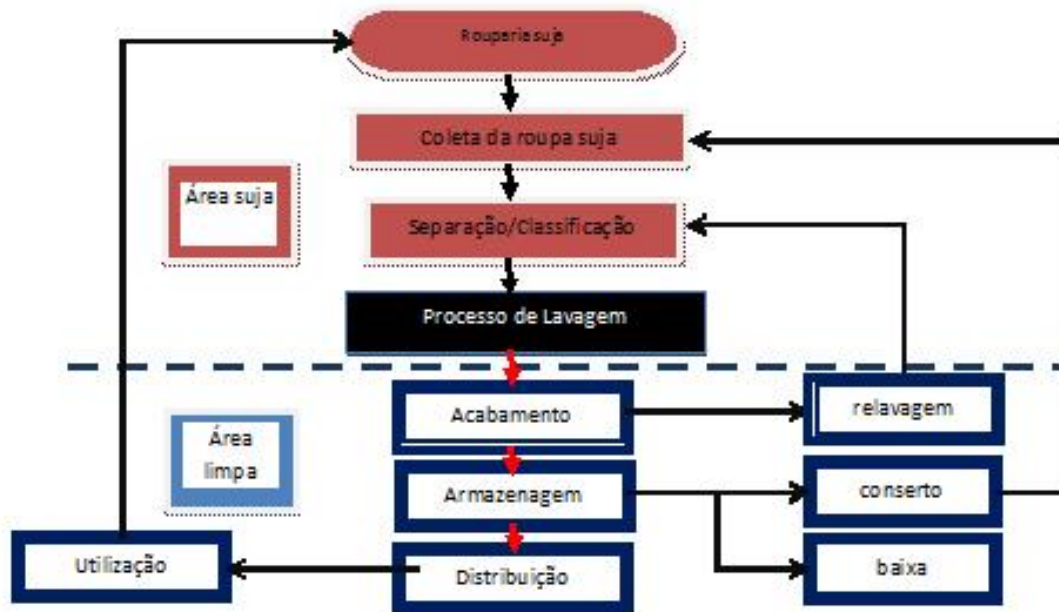


- Fluxo Unidirecional para Roupas

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.

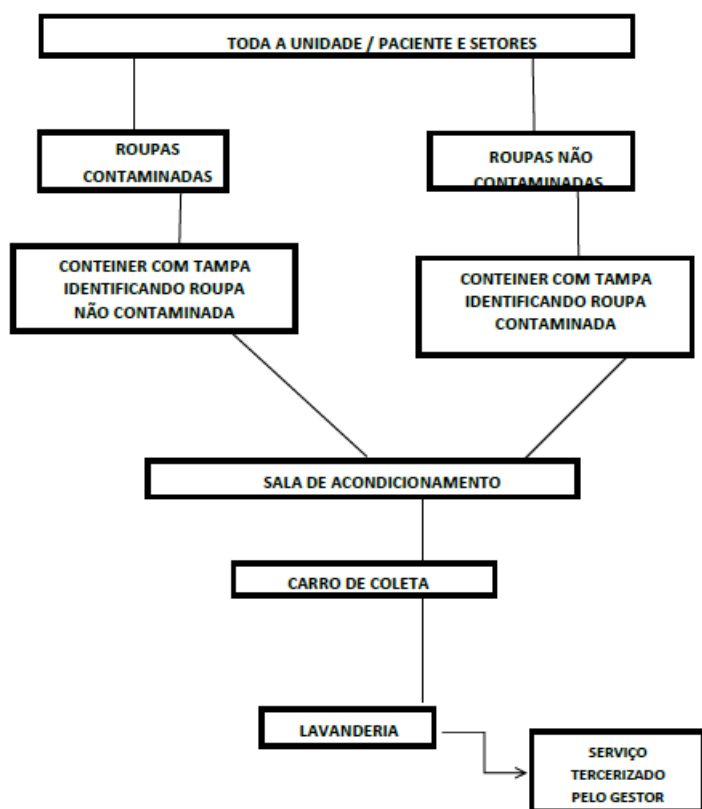
É de fundamental importância um estudo cuidadoso do fluxo da roupa, não devendo ocorrer cruzamento entre a roupa suja e a roupa limpa, visando evitar contaminação.

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.

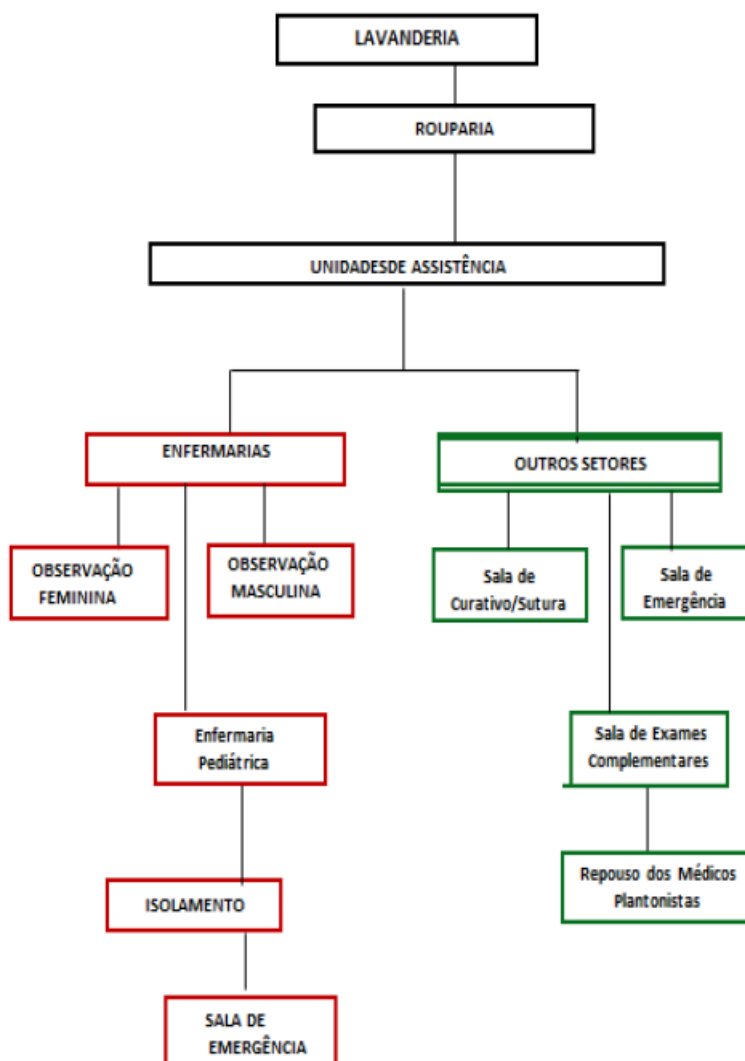




FLUXO DE ROUPAS SUJAS



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.

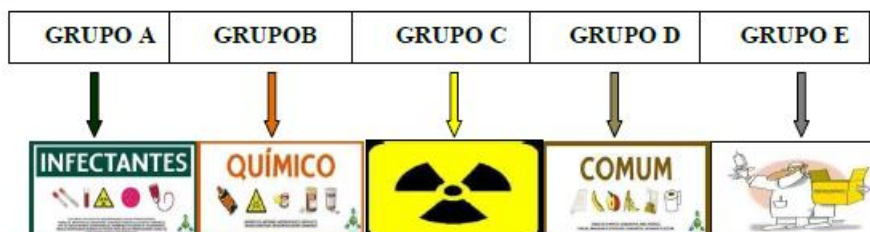
Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

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.

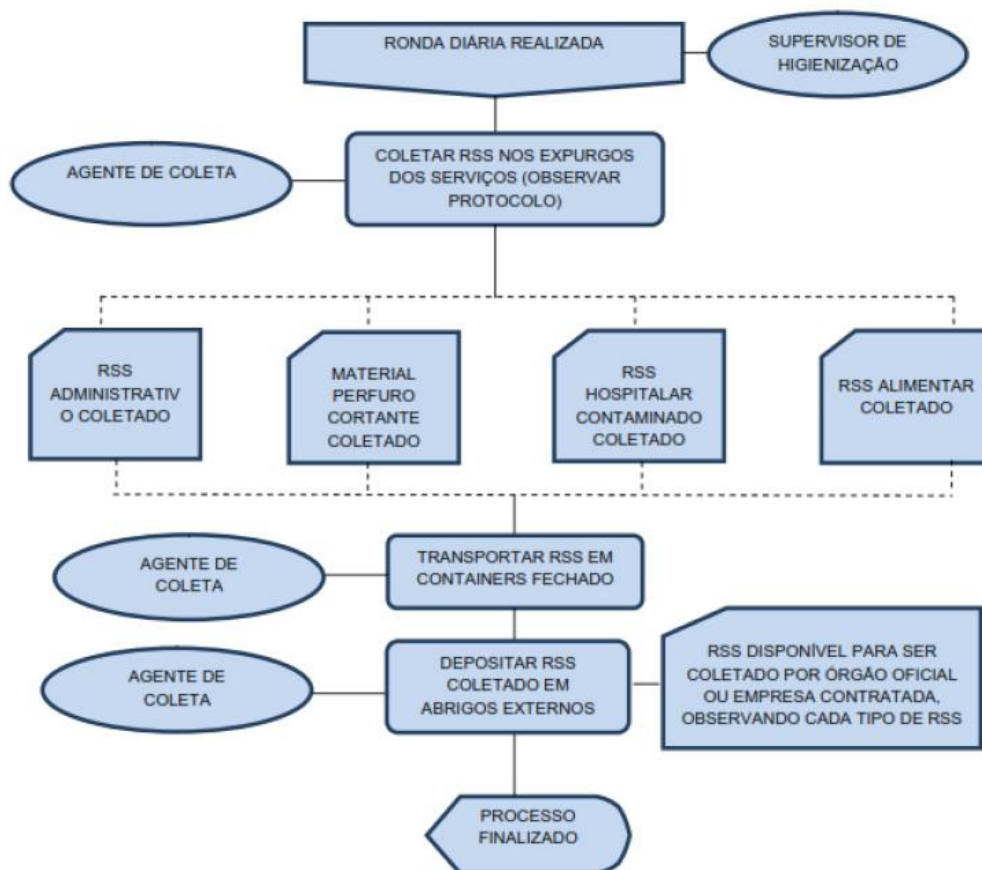
A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

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.

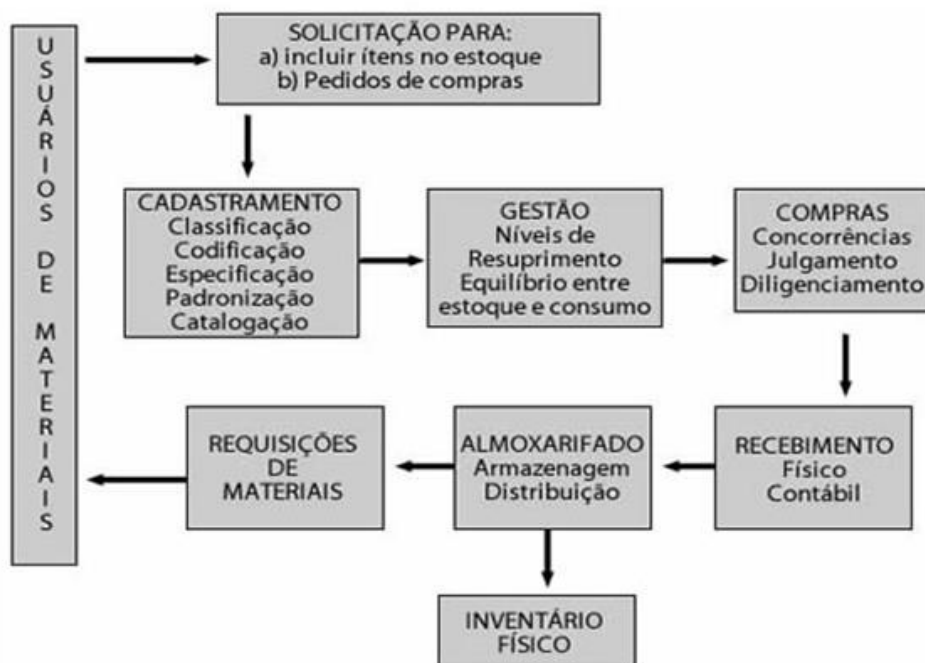
Possuir um fluxo de materiais eficiente é muito importante para que qualquer empresa entregue seus produtos no tempo, na qualidade, na quantidade e no lugar certo, ou seja, a essência do conceito de logística. Se em uma empresa comum a esses preceitos são vitais, em um Pronto Socorro, multiplica-se a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



FLUXO DO SETOR DE MATERIAIS



FLUXO DE RECEBIMENTO DE MATERIAIS





B) PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

O atendimento ambulatorial, compreende:

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

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

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

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

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

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



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

- Descrição Da Organização Das Diferentes Agendas De Clínicas;

Dos agendamentos de consultas:

Distribuição de consultas:

60 % para Casos Novos (1ª consulta);

35 % para Retorno.

5 % para Interconsultas

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

- Primeiras consultas:

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

- Consultas de retorno:

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

- Do horário e marcação de consultas:

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

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

- Não haverá encaixe nas agendadas dos médicos, ao menos que seja solicitado por ele próprio ou por esta diretoria.

- Deverá ser avisado ao paciente quanto o agendamento de sua consulta, para que cheguem 30 min. antes do horário marcado. Também deverá ser orientado a trazer exames que possam auxiliar o tratamento médico

- Das Interconsultas:

- Os médicos deverão preencher o formulário de interconsulta com todos os dados possíveis para melhor triagem.(Obs: As interconsultas serão solicitadas apenas para fechamento de diagnóstico)

- As informações que faltarem, deverão ser preenchidas pelos Recepcionistas e a seguir encaminhadas a Enfermeira (Central de Regulação).

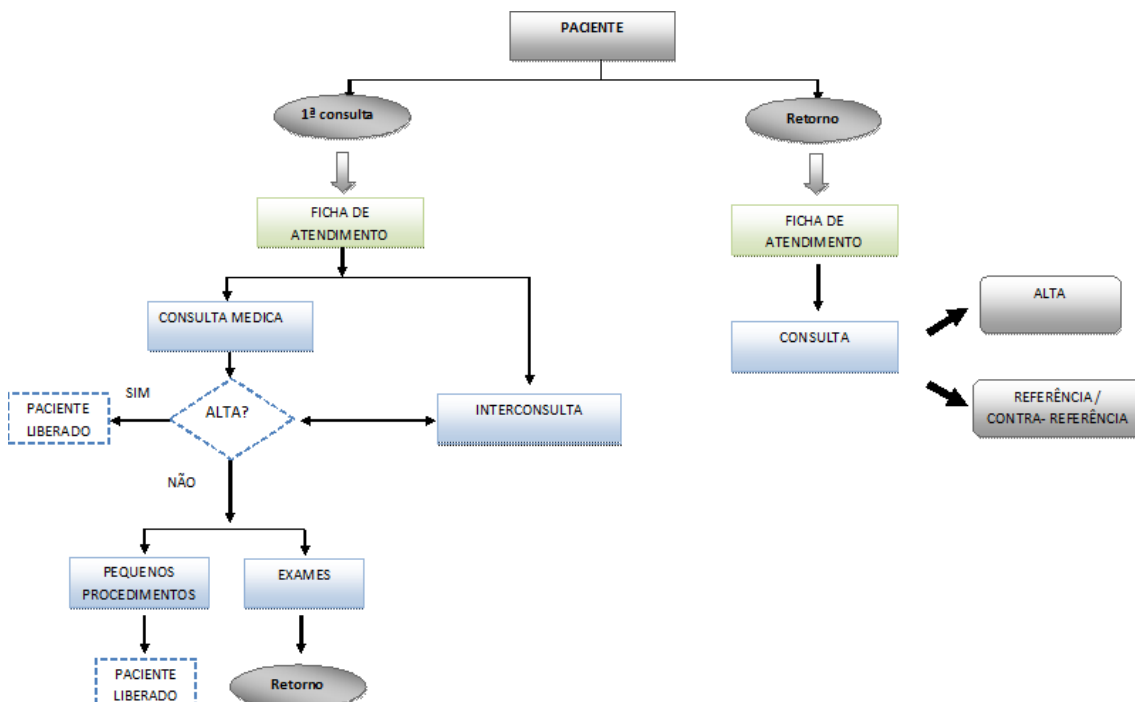
- Toda interconsulta, solicitada pelos médicos do ambulatório deverão ser encaminhadas a Enfermeira (Central de Regulação) para aprovação e posteriormente realizar o agendamento.

- As interconsultas autorizadas serão encaminhadas ao setor de Agendamento para realização do agendamento das consultas.

- Após o agendamento, informar ao paciente através de contato telefônico o horário e o dia de sua consulta.

- Proposta para Implantação De Fluxos

Fluxo de atendimento





- Descrição das Salas de Atendimento e Procedimentos

DESCRIÇÃO DAS ROTINAS

PROCESSO: CONSULTÓRIOS

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente a cada início do plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: balança, negatoscópio chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Encaminhar espéculos de ostoscópios para desinfecção na Central de Material;
6. Trocar almotolias semanalmente;
7. Repor materiais e impressos próprios e específicos.

PROCESSO: CONSULTÓRIOS DE GINECOLOGIA

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente no início de cada plantão;
3. Solicitar ao setor de limpeza que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Lavar e organizar as bandejas em uso, diariamente;
5. Repor as roupas no início do atendimento e encaminhar as sujas ao Expurgo ao final do atendimento;
6. Trocar as almotolias, previamente limpas identificadas e datadas, semanalmente colocando novas soluções. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume;
7. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
8. Checar o funcionamento dos equipamentos da sala: colposcópio, foco de luz, Doppler, eletrocautério, balança chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
9. Repor materiais (soluções, instrumentais, etc) e impressos próprios e específicos;
10. Manter arquivos organizados;
11. Marcar em livro próprio as biópsias encaminhadas e recebidas;
12. Preparar a caixa de citologia oncótica semanalmente para ser enviado ao Almoxarifado;



13. Registrar em livro próprio toda coleta de citologia oncótica realizada e resultado recebido;
14. Arquivar (pasta ou livro) as fichas de inserção de dispositivo intra-uterino (DIU) na sala.

PROCESSO: SALA DE COLETA

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala de coleta no dia anterior;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início da coleta;
3. Solicitar ao zelador que realize limpeza concorrente ao término da coleta;
4. Realizar a coleta e recebimento de material conforme norma de procedimento técnico;
5. Encaminhar as caixas após a devolução do laboratório ao Expurgo;
6. Repor material de acordo com a necessidade.

PROCESSO: SALA DE CURATIVO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Trocar as almotolias semanalmente colocando novas soluções, previamente limpos identificados e datados. As almotolias devem ser preenchidas 50% do volume;
5. Verificar a data de validade de materiais esterilizados;
6. Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
7. Realizar os curativos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro;
8. Executar rotina de troca de curativo (conforme orientação do manual de normas técnicas);
9. Colocar o material utilizado em solução com água e sabão, encaminhando-o ao expurgo ao término do plantão;
10. Após a realização de curativos contaminados solicitar ao zelador limpeza concorrente e descontaminação se necessário;
11. Desprezar o resíduo em recipiente adequado.



PROCESSO: SALA DE ESTERILIZAÇÃO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de esterilização:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Verificar o funcionamento do equipamento (autoclave). Solicitar manutenção e reparo, quando necessário e comunicar ao enfermeiro, registrando em planilha o motivo e o conserto realizado
5. Prover a sala de materiais necessários;
6. Montar as caixas (curativo, DIU, sutura, biópsia, retirada de pontos, etc) conforme kit de material em anexo, verificando condições de uso dos mesmos e se necessário, comunicar ao enfermeiro responsável a necessidade de troca;
7. Identificar todos os pacotes a serem esterilizados e identificar data de esterilização/ nome de quem preparou;
8. Colocar os materiais para serem esterilizados em autoclave de acordo com suas especificidades;
9. Esterilizar:
 - a autoclave deve ser ligada conforme a especificação do fabricante;
 - Retirar o material da autoclave e colocá-los sobre superfície protegida por um campo limpo. É de extrema importância observar a coloração da fita de autoclave que deverá estar com listras marrons;
10. Guardar o material esterilizado depois de frio em armário/ local fechado;
11. Reesterilizar todo o material que perder a integridade (campo danificado, caixa entreaberta, papel rasgado) ou sete dias após a data de esterilização;
12. Realizar limpeza semanal em autoclave;
13. Realizar teste biológico conforme rotina da instituição;
14. Registrar número de ciclos diários realizados (conforme planilha em anexo);
15. Esgotar a água da autoclave 2 vezes por semana.

PROCESSO: SALA DO EXPURGO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:

1. Organizar a sala;



2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo; água e detergente, para as salas de ginecologia e procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;
5. Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (Luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
6. Secar o material com pano limpo;
7. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;
8. Manter a sala limpa, organizada e abastecida;
9. Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;
10. Realizar contagem/ pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia.

PROCESSO: SALA DE INALAÇÃO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional da sala de inalação:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;
5. Preparar material necessário para o plantão, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN, preenchendo boletim de produção;
7. Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;



8. Secar o material com pano limpo;
9. Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição;
10. Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% - em caixa fechada - por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
11. Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
12. Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
13. Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das máscaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;
14. Anotar a validade do hipoclorito.

PROCESSO: SALA DE PROCEDIMENTOS

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de procedimento:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
3. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
4. Checar o volume, vazamento e funcionamento do cilindro de oxigênio, e verificar chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Repor e checar materiais e medicamentos;
6. Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ou do enfermeiro, checando na própria receita e/ ou prontuário com data, horário, COREN e nome legível e preenchendo boletim de produção;
7. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

PROCESSO: SALA DE URGÊNCIA

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de urgência:

1. Organizar a sala;
2. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão e a cada paciente pós-alta;



3. Solicitar ao zelador que realize limpeza terminal sempre que houver atendimento de urgência;
4. Checar funcionamento dos equipamentos - aspirador, cilindro de oxigênio e eletrocardiógrafo, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro;
5. Checar medicação e material de urgência, conforme padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde, diariamente. Solicitar reposição após uso;
6. Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

PROCESSO: SALA DE VACINAÇÃO

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de vacina:

1. Fazer leitura de termômetros de máxima e mínima e momento do refrigerador pelo menos três vezes ao dia, no início de cada jornada de trabalho (manhã e tarde) e a terceira antes do fechamento da unidade, e anotando em impresso próprio (mapa de controle diário). Comunicar qualquer alteração de temperatura ao Enfermeiro responsável;
2. Organizar a sala;
3. Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
4. Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e quinzenalmente limpeza terminal;
5. Transferir as vacinas de uso diário da geladeira de estoque para refrimed ou caixa de isopor com termômetro de cabo extensor;
6. No início de cada plantão repor a sala com os materiais necessários para o atendimento;
7. Executar imunização, conforme normas de procedimentos técnicos registrando o procedimento em instrumento próprio;
8. Realizar solicitação de vacina conforme calendário, com avaliação do Enfermeiro e enviar ao Almojarifado ou VISA Distrital e enviar planilha de inutilização;
9. Realizar consolidado mensal de doses aplicadas de vacina e encaminhar a VISA – via fax (preferencialmente);
10. Realizar convocação de faltosos mantendo arquivo organizado;
11. No final do dia devolver as vacinas da refrimed para a geladeira;
12. Realizar limpeza de geladeira mensalmente antes da chegada do recebimento dos imunobiológicos ou quando a espessura de gelo no congelador estiver a 2 cm.



C) PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO BÁSICA (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

A ABEDESC irá desenvolver o trabalho em gestão compartilhada com o município para garantir uma Atenção Básica à altura de responder à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado, de acordo com o preconizado pela PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, que visa construir uma Atenção Básica de qualidade para todos os cidadãos brasileiros.

As Unidades Básicas de Saúde oferecerão serviços que propiciam o acesso resolutivo em tempo oportuno e com qualidade. As atividades programadas, conciliadas com o atendimento não agendado, visam à integralidade da atenção e podem dar resposta a cerca de 80% das necessidades de saúde da população sob a responsabilidade sanitária da unidade. Todas as demandas de urgência deverão ser acolhidas e receber a atenção necessária na própria UBS ou mediante encaminhamento.

Atividades a serem realizadas nas UBS:

ATENDIMENTO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Realizados pelos profissionais da equipe de Atenção Primária contemplando: anamnese; exame físico; avaliação antropométrica; registro de marcadores do consumo alimentar; avaliação da capacidade funcional do paciente idoso; exame físico completo conforme descrito na RENASES; exames de rastreamentos conforme protocolos vigentes; prescrição, administração e dispensação de medicamentos. Inclui a Consulta e acompanhamento realizados por profissional de Nível Superior com o objetivo de garantir atenção integral, conforme a necessidade de saúde do indivíduo.

ATENDIMENTO CIRÚRGICO AMBULATORIAL BÁSICO

Realizados pelos profissionais da equipe de Atenção Primária, contemplando: cateterismo uretral; cauterização química de pequenas lesões; retirada de pontos de cirurgias; curativos simples; suturas; biópsia/punção de tumores superficiais de pele; retirada de corpo estranho subcutâneo; exérese de calo; debridamento e curativo de escara ou ulceração; curativo com debridamento em pé diabético; anestesia locorregional; cirurgia de unha (cantoplastia); drenagem de abscesso; tratamento de miíase furunculóide; drenagem de hematoma subungueal; tamponamento de epistaxe; remoção de cerume; infiltrações; aplicação e reposição de sondas vesicais e nasogástricas; cuidado de estomas (digestivos, urinários e traqueais).

IMUNIZAÇÃO

Ações de vacinação de acordo com o calendário nacional de imunização vigente.



ATENÇÃO DOMICILIAR

Atendimento contínuo e regular ao paciente, realizado por equipe multiprofissional no domicílio. Inclui todas as ações inerentes ao atendimento, considerando as três modalidades de Atenção Domiciliar: avaliação integral das necessidades de saúde; estabelecimento de plano de cuidado; seguimento do tratamento proposto; avaliação da evolução do caso; ações educativas com os familiares e cuidador; cuidados paliativos; realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; ações de vigilância em saúde.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Ações diagnósticas e terapêuticas que envolvem abordagens de sistemas médicos alternativos à medicina técnico-científica, aplicadas individualmente ou em grupo, de acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

EXAMES DIAGNÓSTICOS E/OU TERAPÊUTICOS

Realizados pelos profissionais da equipe de Atenção Primária, contemplando procedimentos e exames laboratoriais tais como: coleta de material de sangue para exame laboratorial; coleta de material de urina para exame laboratorial; coleta de material de escarro para exame laboratorial; coleta de material para exame citopatológico (exame de Papanicolau); aferição de glicemia capilar; realização do “teste do pezinho”; realização do “teste da orelhinha”; pesquisa de plasmódio; intradermoreação com derivado protéico purificado (PPD); pesquisa de gonadotrofina coriônica (teste de gravidez); teste rápido de gravidez; pesquisa de corpos cetônicos na urina; pesquisa de glicose na urina; coleta de exames sorológicos para confirmação de doenças transmissíveis de interesse da saúde pública; coleta de linfa para baciloscopia (hanseníase); baciloscopia de escarro (tuberculose); teste rápido para HIV e sífilis; e diagnóstico por imagem, quando possível.

ATIVIDADES EDUCATIVAS, TERAPÊUTICAS E DE ORIENTAÇÃO À POPULAÇÃO

Consistem em atividades educativas e terapêuticas, em grupo ou individuais, desenvolvidas nas unidades de saúde ou na comunidade. Estão incluídas: ações de educação alimentar e nutricional; práticas corporais e atividades físicas; ações educativas em escolas e creches; grupos terapêuticos; rodas de terapia comunitária; acolhimento e orientação de cuidadores de idosos; ações coletivas e individuais de saúde bucal; e ações de saúde e educação permanente voltadas à vigilância e prevenção das violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito.



ATIVIDADES FÍSICAS, EDUCATIVAS E DE ORIENTAÇÃO À POPULAÇÃO.

Ações de promoção da saúde da população em espaços com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividades físicas, além de lazer e modos de vida saudáveis.

VISITA DOMICILIAR OU INSTITUCIONAL

Avaliação (in loco) do contexto individual, familiar e coletivo, no que tange às condições de saúde e do meio ambiente, visando à qualificação do cuidado e proporcionando atendimento integral, vínculo e responsabilização, incluindo pessoas que se encontram institucionalizadas. Incluem-se as seguintes ações: realização de DOTS (dose terapêutica supervisionada); cadastramento familiar; busca ativa; ações de vigilância epidemiológica; dentre outras ações.

AÇÕES COMUNITÁRIAS

Ações realizadas com a comunidade, orientadas à detecção dos problemas de saúde relacionados ao contexto comunitário e respectivas ações, tais como: identificação de recursos comunitários; priorização de ações da saúde; articulação com equipamentos sociais e lideranças comunitárias, em parceria com outros dispositivos sociais e setoriais (escolas, SUAS). Incluem-se aqui as ações de promoção da saúde, que constituem formas mais amplas de intervir em saúde, com enfoque nos seus determinantes sociais a partir de articulações intersetoriais e com participação popular, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham; e ações de reinserção social.

ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

Ações para atenção à saúde da criança (0 a 9 anos), incluindo: avaliação nutricional; avaliação do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor; suplementação de micronutrientes; orientação para o aleitamento materno; aconselhamento, detecção e tratamento de problemas de saúde mais frequentes nas diversas faixas etárias; detecção e acompanhamento das crianças de alto risco; e vigilância de óbitos infantis, inclusive violências e acidentes e ações de imunização específicas para o grupo.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Ações para atenção à saúde de adolescentes (10 a 19 anos), incluindo: avaliação de crescimento e desenvolvimento; avaliação nutricional, identificando desarmonias, distúrbios nutricionais e comportamentais, incapacidades funcionais e doenças



crônicas; complementação do calendário vacinal; atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva (planejamento reprodutivo, AIDS/DST); atenção à saúde mental. Incluem também a detecção e tratamento dos problemas de saúde mais comuns a esta faixa etária, tais como: agravos resultantes de violências e acidentes; ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, em âmbitos individual e coletivo, especialmente com populações vulneráveis (adolescentes privados de liberdade, em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas).

ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADULTOS

Ações para atenção à saúde de jovens e adultos (a partir de 20 anos), incluindo: atenção à saúde sexual e reprodutiva; atenção à saúde mental ; prevenção e tratamento de agravos resultantes de violências e acidentes; vigilância dos ambientes de trabalho e atenção a agravos relacionados a este; ações de promoção e atenção à saúde de populações vulneráveis (em situação de rua, indivíduos privados de liberdade, usuários de álcool e outras drogas); aconselhamento e detecção de fatores de risco; aconselhamento sobre estilo de vida saudável; detecção precoce de problemas de saúde; imunização específica para o grupo etário; atenção às doenças crônicas mais frequentes, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dislipidemias, insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, obesidade, problemas osteomusculares, problemas do aparelho genitourinário e tabagismo.

ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

Ações de atenção aos direitos sexuais e reprodutivos; atenção ginecológica, considerando as especificidades de gênero, orientação sexual, raça e etnia; atenção ao pré-natal das gestações de risco habitual; avaliação nutricional; suplementação de micronutrientes; identificação e acompanhamento das gestações de alto risco; atenção ao puerpério, incluindo aos transtornos mentais relacionados a este; rastreamento, detecção precoce e acompanhamento do câncer de colo de útero e de mama; atenção ao climatério/menopausa; atenção à mulher vítima de violência doméstica e sexual; vigilância de óbitos maternos; atenção às mulheres portadoras de traço falciforme e ações de imunização específicas para o grupo.



ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Ações de atenção integral à saúde da população masculina, tais como: atenção aos agravos do aparelho geniturinário; disfunção erétil; planejamento reprodutivo; e prevenção de acidentes e violências. Todas as ações devem contemplar de forma integral a diversidade de raça/etnia e a orientação sexual.

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Ações de prevenção, aconselhamento, identificação de riscos, prevenção de quedas e fraturas, tais como: detecção e tratamento precoce de problemas de saúde; prevenção, identificação e acompanhamento de distúrbios nutricionais da pessoa idosa; identificação e acompanhamento de situações de violência contra idosos; prevenção, identificação e acompanhamento da pessoa idosa em processo de fragilização; levantamento e acompanhamento dos idosos na comunidade; identificação de situações de risco/vulnerabilidade, com avaliação da capacidade funcional; ações de imunização específicas para o grupo.

ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, em especial as epidemiologicamente relevantes para o país: tuberculose, hanseníase, hepatites, DST/AIDS, dengue, leishmaniose e doenças exantemáticas.

ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL

Ações individuais e coletivas de promoção, prevenção (inclui câncer oral), tratamento e reabilitação; Tratamentos reparadores e Atendimentos de urgência.

REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM SAÚDE BUCAL

Procedimentos cirúrgicos realizados para o tratamento e manutenção dos elementos dentários; cura ou alívio de sintomas ou enfermidades relacionados à saúde bucal; recuperação/reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença; e reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS EM SAÚDE BUCAL

Procedimentos clínicos realizados para o tratamento, cura ou alívio de sintomas ou enfermidades relacionadas à saúde bucal; manutenção da saúde bucal; recuperação/reabilitação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado de



doenças; reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional.

ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Ações individuais e coletivas de promoção de saúde e de redução de danos, visando à promoção e manutenção da saúde mental, incluindo: identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos, nos diferentes ciclos de vida, que apresentam problemas relacionados à saúde mental e ao uso de álcool e outras drogas; identificação, acolhimento, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com transtornos mentais relacionados ao trabalho. Para tanto, devem-se adotar práticas de referência, contra referência e atendimento/acompanhamento compartilhado com outros serviços de Atenção Psicossocial, quando ultrapassada a capacidade dos serviços da Atenção Primária.

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

As ações para atenção à saúde da pessoa com deficiência compreendem: ações de promoção e prevenção e identificação precoce, junto à comunidade, de doenças e outras condições relacionadas às deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais; ações informativas e educativas; orientação familiar; e encaminhamentos para serviços especializados de reabilitação, quando necessário. Além dessas, também estão incluídas as seguintes ações: orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência; identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa com deficiência; e acompanhamento dos usuários contra referenciados pelos serviços de média e alta complexidade.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Ações individuais e coletivas de educação em saúde, desenvolvidas na comunidade e com profissionais de saúde, para promover a prescrição e o uso racional de medicamentos.

ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA NA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS com base na REMUME.

Realizar a dispensação de medicamentos e controle logístico da Farmácia; Realizar orientação individual e coletiva quanto ao uso de medicamentos. Informar e orientar os usuários acerca do uso e guarda correto dos medicamentos, promovendo a adesão ao tratamento, de acordo com as necessidades de cada caso, a fim de otimizar os

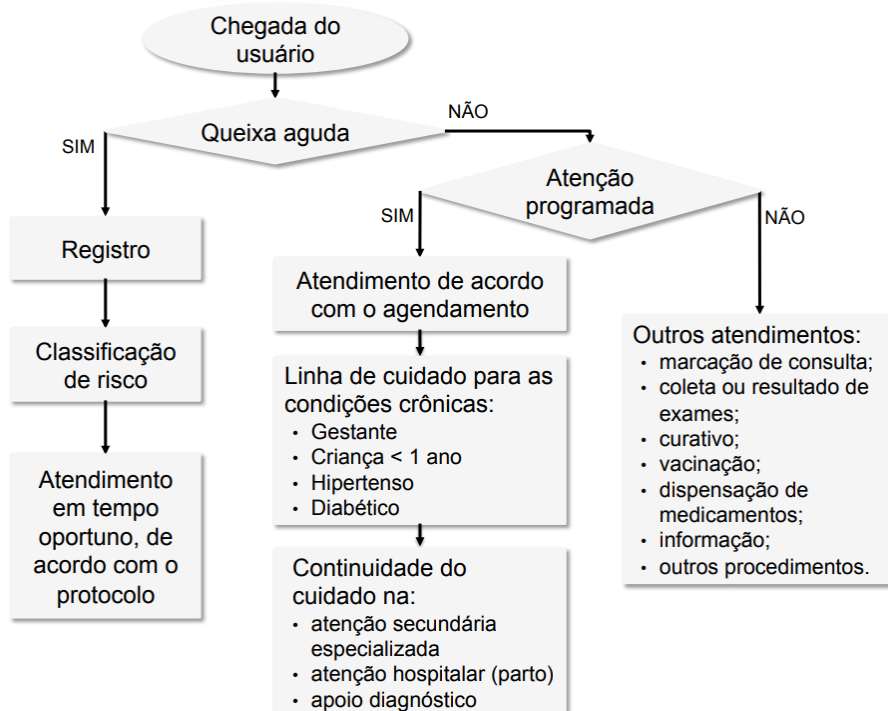
resultados esperados com a farmacoterapia. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, a notificação da ocorrência de reações adversas.

- Proposta Para Organização Dos Fluxos

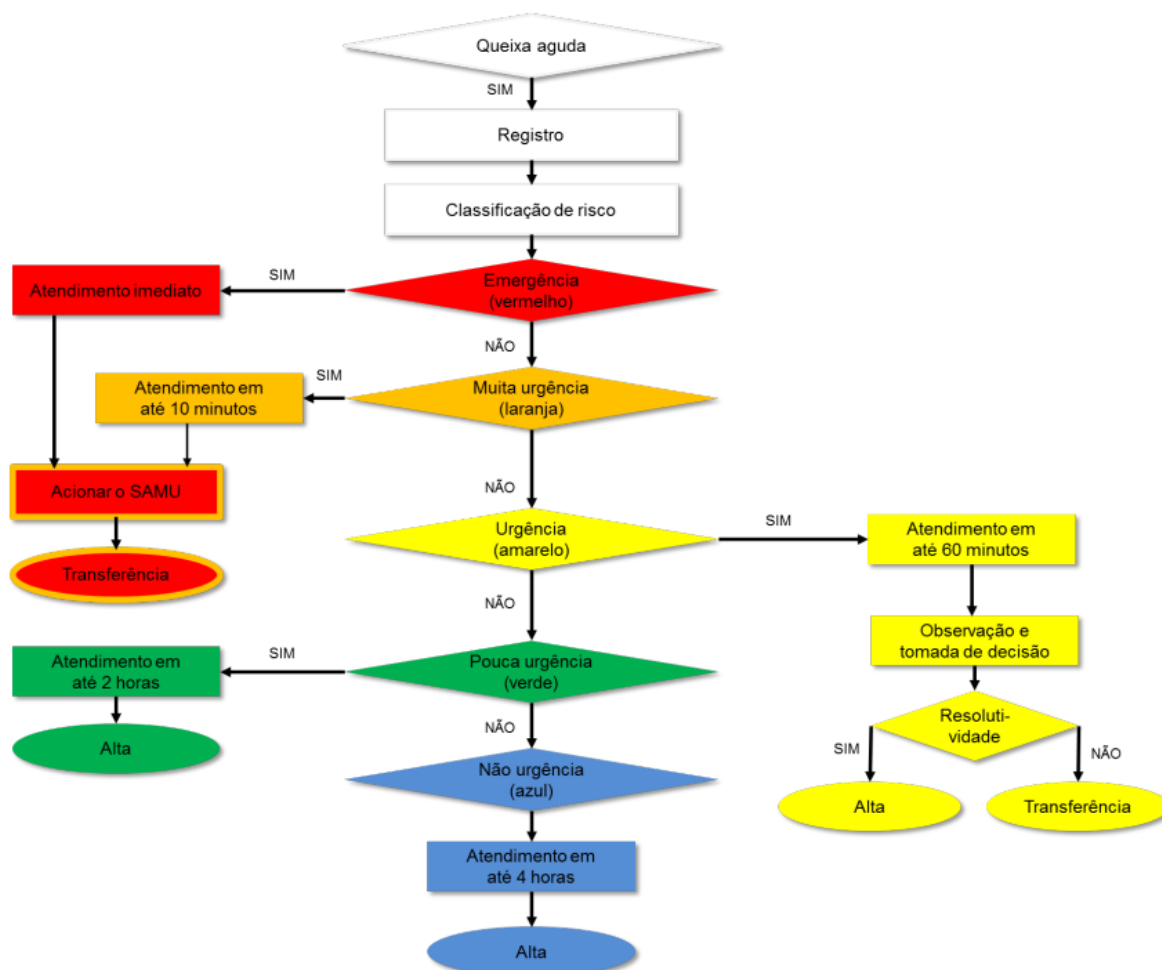
Os fluxos visam melhorar o acesso ao serviço de saúde na rede, com a proposta de um direcionamento adequado a gestão da unidade, com o objetivo de alcançar metas e conquistar resultados positivos e rentáveis. Tem como finalidade conduzir pessoas e processos de forma eficaz, promover melhorias, criar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

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

- Fluxo do Usuário em Atendimento na UBS

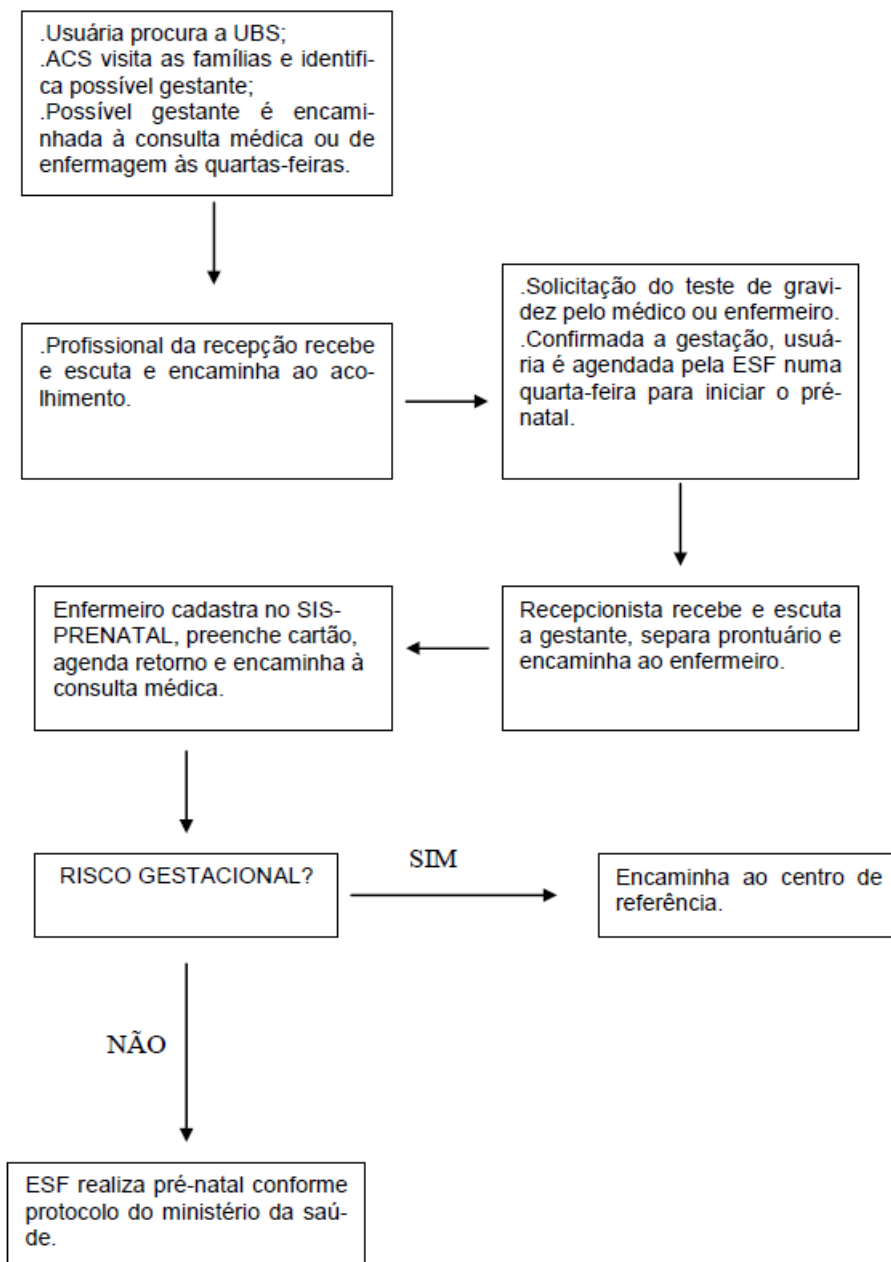


– Fluxo de Classificação de Riscos na UBS

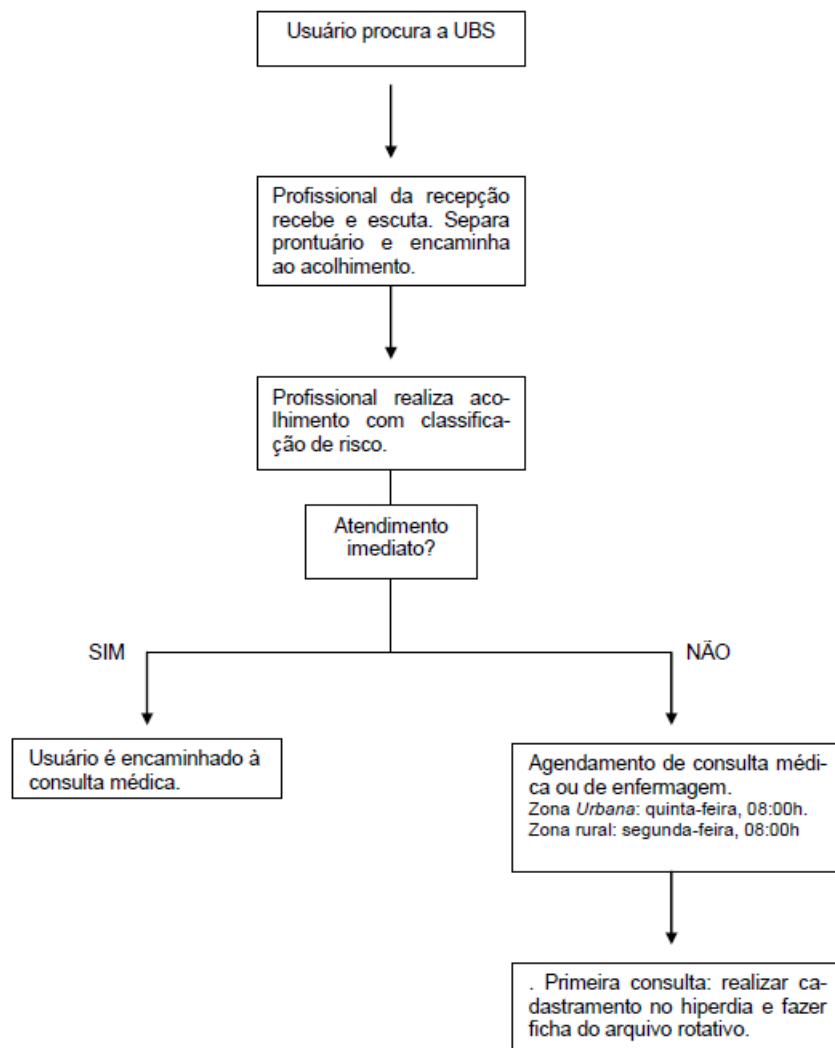




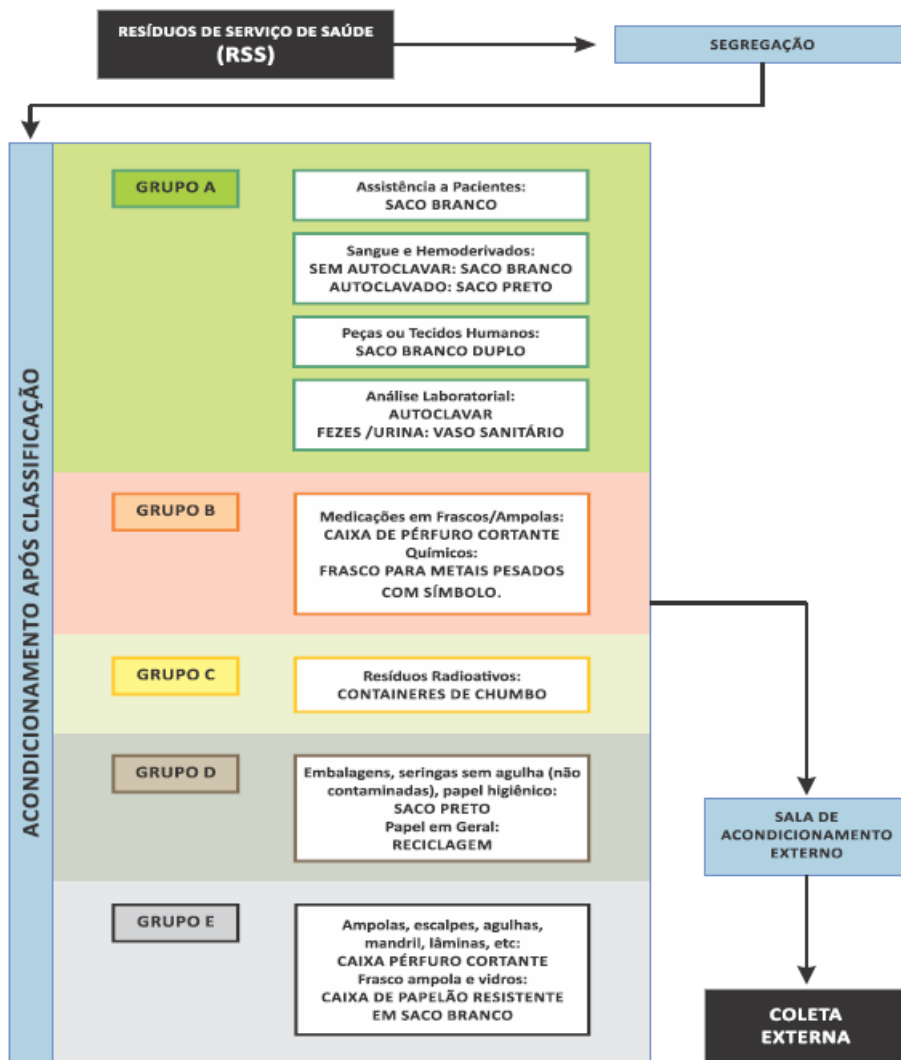
– Fluxo de Atendimento a Gestante e Puérpera



– Fluxo de Atendimento ao Usuário com Doença Crônica Não Transmissível



- Fluxo para Resíduos de Saúde.





– Protocolos Operacionais: Rotinas nas Unidades Básicas de Saúde

– Agendamento

A agenda da UBS deverá ser organizada na perspectiva da atenção integral, adequando-se às necessidades de saúde identificadas no perfil epidemiológico local (demografia, raça/cor, doenças mais prevalentes no território). As mudanças apresentadas na gestão das agendas deverão ser incorporadas ao Sistema Integrado de Gestão Ambulatorial - SIGA, com o objetivo de unificar paulatinamente o processo de trabalho das UBS Integrais e o registro dos dados, considerando os diferentes sistemas de informações, incluindo a plena utilização do prontuário eletrônico.

Estruturação da agenda:

- Consulta agendada: são consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para as diferentes fases do ciclo de vida, ou para determinadas doenças e agravos, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo.
- Consulta de Reserva técnica: fazem parte das ações de cuidado continuado. Serão utilizadas pelos hospitais para agendamento das puérperas e recém-nascidos (RN), para cuidado continuado.
- Consulta não agendada: atendimento imediato após o atendimento realizado no Acolhimento e segundo as definições das condições e situações analisadas e encaminhadas para a retaguarda imediata.

Como deve ser estruturada a agenda da UBS

- Definir o quantitativo de consulta de 1ª vez e retornos, que assegure o cuidado, de acordo com os protocolos vigentes e a realidade do território.
- Disponibilizar vagas para o pronto-atendimento nas UBS. Os casos emergenciais identificados pelo Acolhimento devem ter os atendimentos realizados em tempo oportuno, de acordo com a avaliação do caso.
- Disponibilizar vagas para a reserva técnica, com o objetivo de incluir e dar continuidade ao cuidado aos usuários egressos de outros pontos de atenção (Hospitais, Prontos-Socorros e Ambulatórios de Especialidades).
- O agendamento de consultas deverá ser diário, permanente, sem data de aberturas e fechamentos de agendas, não ultrapassando 90 dias até o efetivo atendimento.
- Os retornos agendados deverão ser a critério dos profissionais e das equipes, respeitando os protocolos preconizados para cada prioridade.
- Deverá ser definido um médico para dar retaguarda aos atendimentos da demanda espontânea.



Proposta de Organização (Flexibilizada de acordo com a realidade local):

4 consultas / hora, sendo:

- 2 a 3 consultas agendadas
- 1 a 2 demanda não agendada e reserva técnica

Observação: As vagas dos faltosos deverão obrigatoriamente serem preenchidas pela procura do dia.

IMPORTANTE: Sempre que possível, agendar exames de apoio diagnóstico no mesmo dia e local, para facilitar o acesso do cidadão e reduzir o absentismo. Casos que necessitem de regulação do acesso (justificativas técnicas para priorização), seguirão os fluxos pré-estabelecidos.

- Consultas

- Consulta Médica

Compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento. (Resolução CFM Nº1958/2010).

- Consulta de Enfermagem

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na saúde coletiva deve ser construída a partir da concepção das necessidades humanas, além do conceito das necessidades básicas, considerando-as como necessidades de saúde articuladas às necessidades sociais. Esse processo pressupõe, além do método como sequência de passos definidos para o alcance de um fim específico, o cuidado centrado na pessoa a partir de uma ação em que o entendimento é fundamental, caracterizando-se como uma ação comunicativa.

Agendamento da consulta de enfermagem:

- Para os enfermeiros da ESF orienta-se o atendimento de 3 consultas por hora num total de 8 horas semanais de consulta, conforme agenda.
- Para os enfermeiros das UBS Integral/Tradicional orienta-se o atendimento de 03 consultas por hora, num total de 10h semanais de consultas, conforme.



- A agenda dos enfermeiros das UBS deve contemplar o agendamento do pré-natal, puericultura, hipertensão, diabetes e tuberculose, segundo protocolos estabelecidos, tomando em consideração os dados epidemiológico do território.

- Consulta Odontológica

- Deve ser garantido o atendimento universal, incluindo consultas programáticas e/ou de urgências/emergências a todas as faixas etárias.
- Assegurar, para as consultas programáticas, as seguintes proporções: 30% das vagas para usuários menores de 15 anos de idade e 70% para usuários de 15 e mais anos de idade, observando-se os critérios de risco para as doenças bucais.
- Todas as urgências/emergências odontológicas devem ser acolhidas e atendidas. A urgência/emergência odontológica deve ser avaliada pelo cirurgião-dentista da Unidade e ser atendida da forma mais resolutiva possível, incluindo a realização de exodontias, pulpotomias, pulpectomias, dentre outros procedimentos resolutivos.
- O usuário, em hipótese alguma, deverá ser encaminhado para outros serviços. Depois do atendimento da urgência/emergência deve-se orientar o usuário sobre a data mais próxima da realização, na Unidade, da triagem para o tratamento programático.

Ações intersetoriais / Procedimentos coletivos: As ações intersetoriais, no âmbito da saúde bucal, consubstanciam os Procedimentos Coletivos realizados em pré-escolas, escolas de ensino fundamental e outros espaços sociais. Parâmetro:

- 1 CD + 1 ASB: 600 participantes/mês incluídos em ações educativas; 600 participantes/mês realizarão a escovação supervisionada; 222 participantes/mês, em média, serão submetidos à fluoroterapia intensiva, segundo avaliação de risco para a cárie dentária.

- Atividades Coletivas

- Devem ser realizadas ações coletivas como grupos educativos, oficinas, vídeos e outros que são fundamentais para abordagem das questões de saúde coletiva, a fim de promover saúde ou de reduzir riscos à saúde.
- Recomenda-se que os grupos educativos sejam realizados conforme a proposta de agenda em anexo podendo contar com a participação de outros profissionais (assistentes sociais, psicólogos, educadores, cirurgiões-dentistas e equipe de saúde bucal).
- O médico deve realizar um grupo quinzenalmente, o auxiliar de enfermagem deve realizar 1 grupo semanal, o enfermeiro da ESF 2 grupos semanais, enfermeiro da UBS



1 grupo semanal e o ACS deve participar de 1 grupo por semana, conforme o planejamento da equipe.

- Procedimentos Médicos e de Enfermagem Realizados na UBS

- Vacinação

A sala de vacina deve ser mantida em funcionamento durante todo o expediente, aproveitando todas as oportunidades para o incentivo e atualização vacinal. O arquivamento das fichas de registro de vacinas seguirá orientação da SUVIS e COVISA. Nas UBS com ESF, o arquivamento deve ser realizado por micro-área, sempre que possível, facilitando o controle, segundo a SUVIS.

- Inalação, Medicação e Curativo

Os setores devem funcionar durante todo horário de funcionamento da Unidade, com garantia de atendimento às prescrições internas e externas.

- Teste Imunológico de Gravidez

Garantir o acesso universal ao teste, durante todo horário de funcionamento da Unidade.

- Coleta de Papanicolau

Garantir o acesso universal com aproveitamento de todas as oportunidades de realizar o exame.

- Coleta de material para análises clínicas

Realizar procedimentos segundo normas estabelecidas (coleta, preparo físico do paciente, condições de armazenamento e transporte do material), em dias e horários estabelecidos, à exceção, dos casos de maior gravidade e com necessidades especiais.

- Aferição de Pressão Arterial

Deve estar disponível durante o horário de funcionamento da Unidade e ser realizada, preferencialmente, seguindo indicação dos profissionais técnicos .

- Verificação de Temperatura

Deve ser realizada seguindo indicação dos profissionais técnicos e estar disponível durante o horário de funcionamento da Unidade.



- Glicemia Capilar

Deve ser realizada seguindo indicação dos profissionais técnicos, priorizando as situações de monitoramento e busca ativa.

- Retirada de Pontos

Deve ser realizada seguindo indicação dos profissionais técnicos e estar disponível durante o horário de funcionamento da Unidade.

- Suturas (procedimento médico)

As suturas simples, sem acometimento de planos profundos, devem ser realizadas na própria Unidade.

- Lavagem de ouvido (procedimento médico)

As lavagens de ouvido serão realizadas conforme avaliação médica.

- Comunicação

• Toda unidade deve disponibilizar as seguintes informações, em local visível e de fácil acesso aos usuários, dentro de padrão estabelecido pela SMS.

1. Horário de atendimento;

2. Relação nominal dos trabalhadores com respectivo horário e escala de plantão;

3. Relação de serviços oferecidos;

• Placa de identificação externa sempre atualizada, em bom estado e em local visível;

• Manter a Pesquisa de Satisfação em local visível durante todo o funcionamento da unidade;

• Todos os setores internos da UBS devem ser identificados de acordo com sua atividade (sala de vacina, consultórios e outros) com o padrão definido pela SMS, não utilizar papeis colados na parede;

• Quando houver necessidade de pintura do prédio e manutenções que modifiquem o visual da unidade, deve ser seguido o padrão estabelecido pela SMS.

• Manter o quadro de materiais gráficos sempre completo, zelar para que não sejam inseridos conteúdos não encaminhados pela SMS;

• Sempre atualizar o quadro de responsável técnico médico e de enfermagem, conforme padrão estabelecido pela SMS;

• Todos os funcionários devem trajar uniforme completo de acordo com a estação.



- O uso do crachá padronizado da deverá ser utilizado em local visível é obrigatório para todos os funcionários;
- Zelar pela manutenção e adequação da unidade implementada pela SMS;
- Presença de veículos de mídia e imprensa devem ser reportadas o mais prontamente possível para a supervisão da unidade.
- Não fornecer qualquer tipo de informação ou atendimento sem autorização da supervisão da unidade.

- Processo Organizacional da Assistência Farmacêutica (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

As ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos exigindo, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo.

É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes, que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da assistência farmacêutica como uma ação de saúde.

Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Por indicação e fundamentado nas propostas aprovadas na I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 2004, através da Resolução n. 338, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que a define como:

“Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004c)”.

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência



farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (BRASIL, 2004c).

Gestão da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica envolve todos os programas da Assistência Farmacêutica Básica e Complementar, Saúde Mental, Programa DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, Processos Administrativos, Alto Custo, Ordens Judiciais, Almoxarifado e Dispensários nas Unidades de Saúde.

- Responsável pelas ações de Assistência Farmacêutica (AF) Básica, almoxarifado, assistência ao programa IST/HIV/AIDS, dispensário de medicamentos nas UBS/ESF, e nos vários programas de Saúde implantados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao considerar que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos, o que pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado, é imperativo que a AF seja vista sob ótica integral.

- Atuar na promoção do uso racional de medicamentos, na ampliação do acesso superando a visão reducionista de aquisição/distribuição, seja na logística, seja na atenção direta ao usuário e às equipes de saúde da família.

A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população.

As ações de Assistência Farmacêutica devem estar fundamentadas nos princípios previstos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7 da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica, sendo destacados (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; MARIN et al., 2003):

- Universalidade e equidade.
- Integralidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- Multidisciplinaridade e intersetorialidade.
- Garantia da qualidade.
- Estruturação e organização dos serviços farmacêuticos, com capacidade de resolução.
- Normalização dos serviços farmacêuticos.
- Enfoque sistêmico, isto é, ações articuladas e sincronizadas.



- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica:

Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destinado a atender os agravos e programas específicos da atenção básica à saúde. Regulamentado pela **Portaria GM/MS nº 4.217/2010 atualizada em 30 de julho de 2013, pela Portaria GM/MS nº 1.555**, estabelece o financiamento e medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da **Atenção Primária**, determinada pela portaria a responsabilidade dos municípios para este Componente.

A relação de medicamentos disponibilizados nesse Componente tem por base a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos oficializada pela **Portaria 3916 de 30.10.98**, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (**RENAME**) deve ser a base para a organização de listas estaduais e municipais, tornando possível o processo de descentralização da gestão. É, portanto, meio fundamental para orientar a prescrição, a dispensação e o abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Critérios para Seleção de Medicamentos:

- Registro na **ANVISA**;
- Eficácia clínica comprovada, através de ensaios clínicos que demonstram seus benefícios e de metanálises, que demonstrem seus benefícios;
- Efetividade e eficiência;
- Menor toxicidade e maior segurança;
- Preferência a monofármacos;
- Preferência às formas farmacêuticas com comodidade posológica, favorecendo a adesão ao tratamento;
- Estabilidade e facilidade de armazenamento;
- Preferência à apresentação que possibilite o fracionamento de doses para adequação à faixa etária;
- Evitar duplicidade terapêutica (fármacos do mesmo grupo farmacológico para mesma finalidade);
- Considerar custo-dia e custo total do tratamento;
- Considerar dados de morbi e mortalidade do município;
- Considerar serviços de especialidades e profissionais do município;



- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado por meio da **Portaria GM/MS nº 2.981/2009 atualizada em 30 de julho de 2013, pela Portaria GM/MS nº 1.554** é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, os PCDT contemplam medicamentos relacionados a abordagem terapêutica na atenção básica e ao CEAF. Assim, os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

- **GRUPO 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. Esses medicamentos devem ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas no Componente.

Subdivide-se em:

- Grupo 1A - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde

- Grupo 1B - medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde.

- **GRUPO 2** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde.

- **GRUPO 3** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios – Componente Básico.

Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizado no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.



D) PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

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

Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

a) Território adstrito (Territorialização)

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

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

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

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

- da experiência cotidiana das populações locais;



- dos usuários do sistema;
- dos profissionais de saúde formados na própria comunidade, nesse caso, os ACSs.

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

É preconizada a atuação de vigilância em saúde sobre os ambientes comunitários, de reprodução social, pois estes determinam os problemas e as necessidades sociais de saúde. A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde à área de abrangência de cada unidade básica de saúde. Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

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

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



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

Mapeamento

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

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

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

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

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

Os mapas de saúde permitem, entre outras funções, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares, gerando hipóteses sobre causas. Além



disso, os padrões espaciais de distribuição de determinado agravo são indicadores da maneira como cada território está estruturado demográfica, social e ambientalmente. Os fluxos de pacientes, do local de residência ao local de atendimento, podem ser visualizados por meio de mapas. Também fontes de contaminação ambiental podem ser detectadas pela concentração de agravos relacionados ao problema em torno do foco. Além disso, os mapas permitem localizar grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, contribuindo na orientação de medidas preventivas.

Por fim, a análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas “diferentes dimensões do processo de saúde-doença”, ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões não estão separadas, e sim relacionadas, e muitas vezes são causas, efeitos ou condições que direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais.

Cadastramento

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

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

Sistema de Informação da Atenção Básica

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



Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), atendendo a diversos cenários de informatização e conectividade.

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

O sistema de Cadastramento Domiciliar Simplificado utiliza sete fichas para o registro das informações, as quais estão divididas em três blocos: Cadastro da AB, Fichas de Atendimento de Nível Superior e Ficha de Atendimento de Nível Médio e outros.

Acesso e vínculo

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

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

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

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

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

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

- Avaliar a necessidade de cuidados imediatos;



- Prestar ou facilitar os primeiros cuidados;
- Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas;
- Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado;
- Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, administração de medicação, espera de remoção para outro serviço ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea;
- Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação.

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

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

Concluída a territorialização e mapeamento passa-se ao trabalho de acompanhamento das famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

A produção mínima de procedimentos por equipe de Saúde da Família respeitará a linha de base para territorialização.

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

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

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

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

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



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

Atuação dos Profissionais que Compõem A ESF

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

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

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

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

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

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

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

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

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;



- IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- XV - participar das atividades de educação permanente;
- XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.
- XIX - realizar ações e atividades de educação sobre o manejo ambiental, incluindo ações de combate a vetores, especialmente em casos de surtos e epidemias;
- XX - orientar a população de maneira geral e a comunidade em específico sobre sintomas, riscos e agente transmissor de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- XXI - mobilizar a comunidade para desenvolver medidas de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- XXII - discutir e planejar de modo articulado e integrado com as equipes de vigilância ações de controle vetorial; e
- XXIII - encaminhar os casos identificados como de risco epidemiológico e ambiental para as equipes de endemias quando não for possível ação sobre o controle de vetores. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.



2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Do enfermeiro:

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

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

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

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

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

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

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

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

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

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

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

Do Médico:

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

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



- III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Do Agente Comunitário de Saúde:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- II - cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;
- VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de



transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

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

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

Do Cirurgião-Dentista:

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

II - realizar a atenção a saúde em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade;

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

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

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

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

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

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

Do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

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

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

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



- IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VIII - processar filme radiográfico;
- IX - selecionar moldeiras;
- X - preparar modelos em gesso;
- XI - manipular materiais de uso odontológico; e
- X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

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

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

Visita domiciliar

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

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

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

Após a realização da visita, faz-se importante verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Toda visita deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades



de cada família. Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandara a realização de outras visitas com maior frequência (BRASIL, 2009).

Reunião de equipe

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

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

Consulta de Enfermagem / SAE

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

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

A enfermagem conta com alguns sistemas de classificação que possibilitam o cuidado em uma linguagem uniforme e cujo desenvolvimento está relacionado a alguma fase do processo de enfermagem. Os mais conhecidos são: classificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), que passou a incorporar o termo internacional em 2002; classificação de intervenções de enfermagem - Nursing Interventions Classification (NIC); classificação de resultados de enfermagem - Nursing Outcomes Classification (NOC); Classificação Internacional



para a Prática de Enfermagem (CIPE) e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

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

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

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

Dentre elas está o uso de terminologias para definir a prática de enfermagem no contexto da Atenção Primária em Saúde. Com o intuito de dar sua contribuição, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000, elaborou e desenvolveu o projeto da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). Um dos objetivos desse projeto era identificar os termos usados pela enfermagem brasileira na Atenção Primária em Saúde e incluí-los na classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Parte dos resultados deste processo de investigação originou o inventário vocabular da CIPESC (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

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

Em atenção primária frequentemente o diagnóstico etiológico não é o mais importante, deste modo, a CIAP foi desenvolvida para abarcar limitações da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), no contexto de cuidados primários em saúde e tem como principal critério de sistematização a pessoa, incluindo o contexto social e não a doença. Apresenta

estrutura simples, fundada em dois eixos: 17 capítulos e sete componentes comuns aos capítulos. Suas principais características inovadoras são a incorporação de queixas expressadas pelos pacientes e problemas de natureza social. Para isso, incorporou uma lista de sinais e sintomas, procedimentos e diagnósticos mais comuns na atenção básica.

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

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

De acordo com informação na página eletrônica do Portal da Saúde, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão (BRASIL, 2012).

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

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

No sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o uso da CIAP se dará em 3 itens das notas de evolução SOAP: motivo de consulta (subjetivo), problema de saúde



detectado (avaliação) e intervenção (plano) durante o atendimento, sendo um campo de preenchimento obrigatório. No que tange a Enfermagem é muito importante destacarmos que a consulta de Enfermagem está respaldada pelo Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (BRASIL; 1987) e na Resolução COFEN nº 159/93, que dispõe sobre a consulta de Enfermagem e resolve em seu Art. 1º “Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993). A Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, refere:

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

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

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

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

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

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



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

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

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

[...]

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

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

Participação do usuário

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



Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

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

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

Direitos dos usuários

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

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

Gestão do cuidado

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

A incorporação de ferramentas e dispositivos, para a gestão do cuidado tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção



organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, reconhecimento explícito das responsabilidades de cada nível, instrumentalizam os profissionais para a produção da gestão do cuidado (BRASIL, 2012).

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

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

Nesse cenário, A ABEDESC propõe que as programações das atividades sejam orientadas pelas demandas/necessidades dos usuários, bem como pela decisão da Equipe, a partir do perfil epidemiológico da população e da realidade local. As Equipes SF, via de regra, estabelecem ações prioritárias, entretanto, concentradas em certos grupos populacionais, o que limita, sobremaneira, o alcance da Estratégia e a resolubilidade das Equipes SF.

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

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

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

A expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família obriga à reorganização da Rede Assistencial para garantir o acesso integral. Observa-se intensificação dos processos regulatórios, sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, embora ainda seja necessário adequado monitoramento, com estabelecimento de



metas de desempenho e definição de indicadores para o acompanhamento das filas de espera e para a garantia do acesso.

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

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

- NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

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

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

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

- O Matriciamento como Processo de Trabalho do NASF

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

- Favorecer a compreensão sobre o que é o NASF;
- Melhorar a comunicação entre NASF e ESF;



- Realizar ações compartilhadas para uma intervenção transdisciplinar, com trocas de saberes entre profissionais envolvidos, visando ampliar o olhar sobre determinada situação/ caso e assim, dar melhor direcionamento às ações;
- Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir da discussão entre NASF e ESF;
- Promover a co-responsabilidade do usuário aos serviços de saúde;
- Oferecer mais qualidade nas intervenções junto a população.

A seguir apresentamos as propostas mais especificamente relacionadas ao matriciamento:

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

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

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

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

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

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

- Visita Domiciliar

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho das equipes de SF, destacando o serviço do ACS. Ao entrar na casa de uma família, a



equipe não adentra somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009).

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

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

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

- Orientações para as visitas domiciliares

- As visitas domiciliares na UBS devem ser sistematizadas e regulares para os usuários que dela necessitem e devem estar previstas nas ações programáticas da unidade;
- Nas UBS com ESF, agendar as visitas conforme a programação semanal, priorizando as situações de risco e outras demandas da equipe;
- Recomenda-se que sejam agendadas para o médico e o enfermeiro 8 a 16 visitas por semana, e para os auxiliares de enfermagem 18 a 24 visitas por semana, conforme agenda
- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem visitar 100% de suas famílias cadastradas no mês, estabelecendo uma meta diária de acordo com os períodos disponíveis, variando de 10 a 13 VD/dia, conforme agenda.
- O resultado de cada visita deve ser compartilhado com a equipe para o conhecimento e desdobramento de ações de cada caso conforme a sua realidade.
- Na saúde bucal, as visitas domiciliares serão agendadas a partir da identificação da necessidade pelo ACS e/ou demais membros da equipe da UBS.



- Proposta De Ações Em Promoção À Saúde (A serem desenvolvidas em Gestão Compartilhada com o município)

Saúde do Adulto / Idoso

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

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

Saúde da Mulher

As ações voltadas para a saúde da mulher envolvem:

1. Diminuir a morbi-mortalidade feminina por causas preveníveis e controláveis;
2. Melhorar a qualidade de atendimento à mulher em todas as fases do seu ciclo vital;
3. Detecção precoce das patologias sistêmicas do aparelho reprodutivo e DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis), assegurando o tratamento;
4. Orientação sobre planejamento familiar para a escolha e uso do método contraceptivo adequado;
5. Fazer o acompanhamento pré-natal de todas as gestantes (mínimo de 06 consultas durante a gestação), intensificando o número de visitas dos casos de alto risco. Fazer o cartão da gestante;
6. Prevenir o Tétano neonatal e a difteria, vacinando a gestante com vacina dupla tipo adulto;

7. Criar grupos de gestantes, para debater Práticas de Educação em Saúde;
8. Discutir sobre a sexualidade e relacionamento do casal na gravidez;
9. Estimular aleitamento materno;
10. Cuidado com o recém-nascido, acompanhamento e desenvolvimento;
11. Diminuir a mortalidade perinatal com o cuidado à gestante, de risco;
12. Fazer a prevenção do câncer do colo do útero e da mama;
13. Orientar a mulher na sua fase climatérica.

Saúde da Criança

1. Reduzir a morbi-mortalidade nas crianças;
2. Promover a assistência ao recém-nascido, o aleitamento materno e a orientação alimentar adequada para a idade;
3. Promover acompanhamento do desenvolvimento físico e psíquico da criança, como ação eixo da assistência;
4. Imunizar todas as crianças, conforme esquema estadual, supervisionando o seu crescimento;
5. Orientar sobre a prevenção de verminoses;
6. Promover atividades de educação para a saúde, com ênfase na participação da família na assistência à criança, na prevenção de acidentes e das doenças mais freqüentes.

Saúde do Adolescente

1. Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral do seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais;
2. Planejar e elaborar com os diferentes setores um plano estratégico de ações específicas para adolescentes, voltados à saúde reprodutiva e saúde materna infantil.

- Organização Da Saúde Bucal

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

Existem três tipos de ESB:

Modalidade I	<ul style="list-style-type: none">• Cirurgião-Dentista• Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal
Modalidade II	<ul style="list-style-type: none">• Cirurgião-Dentista• Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal• Técnico em Saúde Bucal
Modalidade III	<ul style="list-style-type: none">• Unidade Odontológica Móvel

Ações das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família:

- Ações de promoção e proteção de saúde;
- Ações de recuperação;
- Prevenção e controle de câncer bucal;
- Incremento da resolução da urgência;



- Inclusão de procedimentos mais complexos na Atenção Básica;
- Inclusão da reabilitação protética na Atenção Básica.

Atribuições dos dentistas responsáveis pelas ações de promoção de saúde:

- Realizar acolhimento a livre demanda,
- Participar dos grupos já existentes na unidade,
- Realizar as consultas de revisão/manutenção fora da cadeira,
- Realizar selamento de cavidades (TRA),
- Realizar e/ou supervisionar (THD) a terapia periodontal básica,
- Responsabilizar-se pela atenção e cuidado do paciente internado na unidade,
- Realizar busca ativa de lesões na cavidade bucal.

Operacionalização:

O acolhimento da saúde bucal deve estar em consonância com a porta de entrada da Unidade, respeitando os princípios da estratégia HumanizaSUS e deve dispor de 40 horas/semana/unidade distribuídas entre os profissionais da equipe de Saúde Bucal, a fim de garantir horários diários para o acolhimento permanente na Unidade.

a) Com a demanda espontânea

- 1) Prioritariamente deve ser reservado um horário diário no início do dia para receber os usuários que procuram atendimento, com o objetivo de:
 - Orientar sobre a organização da atenção em saúde bucal da unidade em suas várias frentes (acolhimento, atenção clínica, especialidades, dantescola);
 - Colher e identificar os motivos individuais da procura pelo setor;
 - Focar as orientações do cuidado com base no perfil do grupo (quanto às doenças bucais prevalentes, a idade, ao nível de escolaridade, etc.);
 - Realizar busca ativa de lesões da cavidade bucal;
 - Apresentar as possibilidades da agenda para o grupo e discutir as prioridades de inclusão.
- 2) Planejar uma agenda para resolução rápida de eventos prioritários dos grupos de acolhimento, visando a resolutividade dos seguintes casos:
 - Pronto atendimento (dor, abscesso agudo, traumas dentários e lesões): incluir na agenda do dia;



- Encaminhamento imediato de lesões suspeitas de malignidade, por guia de referência para o estomatologista de referência;
- Constituir grupos para acompanhamento de casos em que ações de prevenção e procedimentos individuais de baixa complexidade (terapia periodontal básica e selamento de cavidades -TRA) sejam resolutivos.
- Casos clínicos que exigem no máximo duas consultas para a alta: incluir na agenda do atendimento individual, associado ao cuidado coletivo.

b) Com os Programas (ação interprogramática/ ciclos de vida)

- Apresentação da estratégia de acolhimento da saúde bucal na Unidade de Saúde (direção e todas as chefias de serviço);
- Identificar na Unidade os grupos e/ou programas em funcionamento, dias e horários, e construir uma agenda compartilhada de cuidado;
- Desenvolver ações para o (re)equilíbrio dos fatores de proteção (controle de placa, fluoroterapia, avaliação para detecção de lesões suspeitas de câncer bucal, ajustes de próteses mal adaptadas, criação de agenda para resolução rápida de eventos prioritários – exodontias, terapia periodontal básica e selamento cavidades com ionômero).

Nota: no PSF o acolhimento e a porta de entrada poderão ser realizados de duas maneiras: de acordo com as prioridades definidas pela equipe de saúde da família num trabalho conjunto para garantir a integralidade de atenção para as famílias mais vulneráveis; e da livre demanda que deverá ser acolhida num protocolo semelhante da atenção básica convencional.

Ações clínicas individuais:

As ações clínicas individuais se destinam aos usuários oriundos do acolhimento tem prioridade de inclusão.

São eles: sistemicamente comprometidos, alto risco para as doenças bucais, socialmente vulneráveis.

a) Protocolo de atendimento clínico

§ 1ª consulta: reforço da técnica de higienização, diagnóstico com preenchimento da ficha clínica e confecção do plano de tratamento – com o objetivo de otimizar o tempo de permanência do paciente no serviço (a duração da hora clínica está na relação dos procedimentos planejados por hemi-arcada) - e, raspagem supragengival.



§ Da 2ª a 5ª consulta:

- adultos: reforço da técnica de higienização a cada consulta, realização da terapêutica de tratamento por hemiarcada onde serão realizadas: exodontias, selamentos de cavidades abertas (dentes posteriores: ionômero de vidro com a técnica do TRA-MODIFICADO e nos anteriores restaurações com resinas fotopolimerizáveis);
- crianças e adolescentes: reforço da técnica de higienização a cada consulta, realização dos procedimentos cirúrgicos-restauradores preferencialmente por hemi-arcada com a utilização de materiais restauradores convencionais. Priorizar restaurações com ionômero de vidro nos dentes decíduos

§ Revisão após alta: As revisões devem ser realizadas fora do equipamento odontológico, preferencialmente no escovário (exceção ao paciente com comprometimento periodontal). No momento da alta o paciente deve ser avaliado e terá duas possibilidades de retorno: revisão de baixo risco (12 meses) e de médio e alto risco (3 a 6 meses).

1) Revisão de baixo risco (12 meses)

População alvo: Paciente de baixo risco à doença cárie e periodontal. Características: bom controle dos fatores de agressão (dieta, placa), ausência de lesão de Mancha Branca Ativa.

Obs.: para crianças em fase de troca de dentição, mas com a saúde bucal equilibrada, pode-se flexibilizar o tempo de alta para nova revisão, marcando de acordo com a previsão de erupção dos dentes permanentes posteriores.

Operacionalização:

Solicitar que o paciente retorne no mês previsto para que seja feito agendamento em um grupo de revisão. Após a revisão, o paciente pode:

- a) ter nova alta por 12 meses (com ou sem retornos para fluoroterapia);
- b) ser agendado no atendimento individual: se houver necessidade de procedimentos cirúrgicos-restauradores e/ou de periodontia.

Revisão de médio e alto risco (6 e 3 meses)

População alvo: Paciente com risco elevado ao desenvolvimento de doenças bucais. Características: presença de fatores de agressão, pouca ou nenhuma mudança dos hábitos durante o tratamento, (e/ou) histórico de alta atividade de cárie, (e/ou) presença



de lesões em fase de cicatrização (MBA), (e/ou) histórico de presença de bolsas periodontais, com tratamento cirúrgico restaurador concluído.

Operacionalização:

Agendar a revisão e a manutenção do tratamento em grupo, havendo flexibilidade para a data da inclusão – quanto maior o risco, mais rápido deve ser o agendamento.

Nota: nas Unidades de Saúde da Família, os critérios de revisão poderão se alterados face o trabalho de manutenção domiciliar realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde.

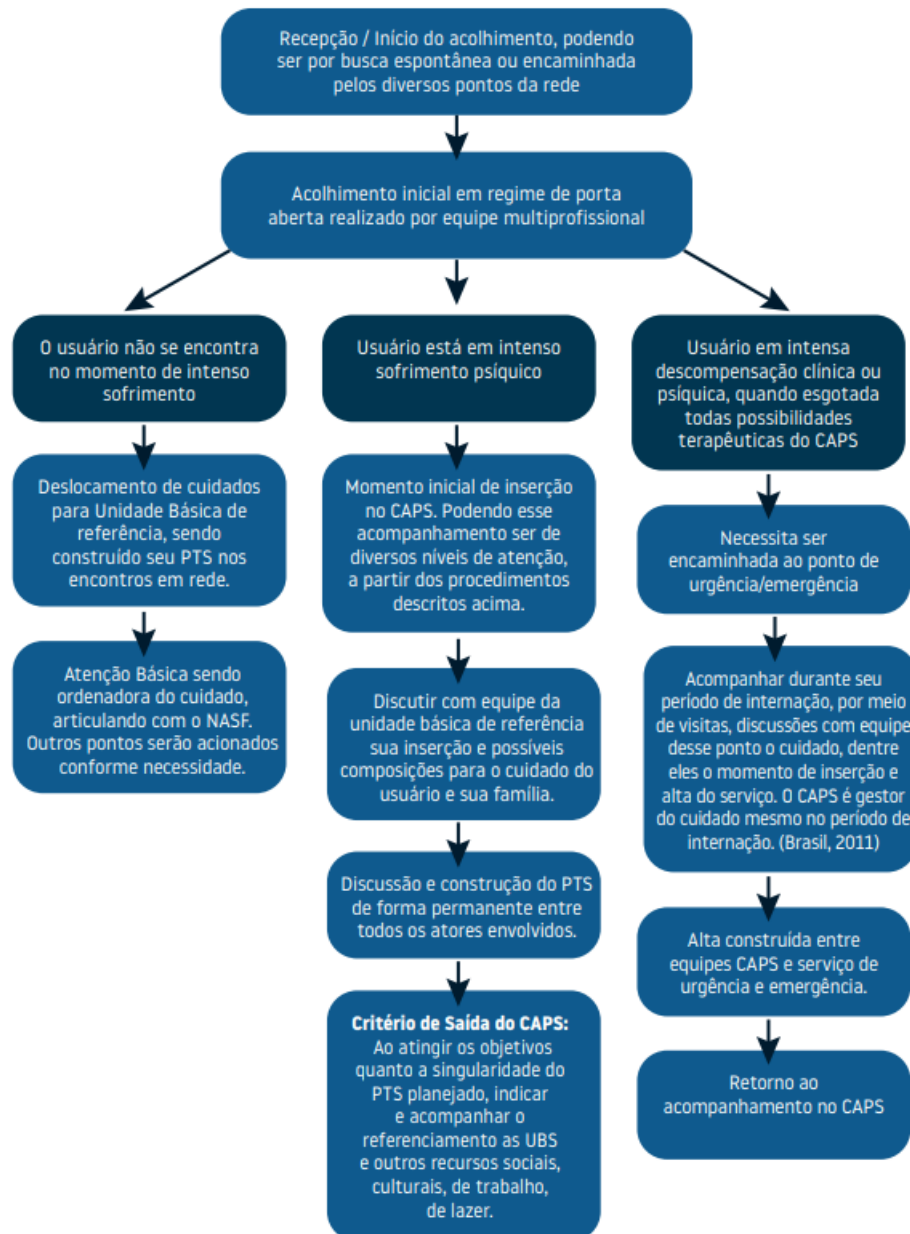
Importante:

- a) O paciente deverá ser informado que poderá recorrer a unidade em qualquer tempo se alguma necessidade aparecer (fratura de restauração, dor, etc);
- b) Os pacientes portadores de lesões estomatológicas deverão ser encaminhados imediatamente (prioridade máxima) para os estomatologistas da rede dos CEOs;
- c) Os pacientes com necessidade de atendimento especializado (endodontia, periodontia especializada, cirurgia-oralmenor, ortodontia preventiva e interceptativa) somente serão encaminhados para as centrais de regulação dos CEOs (Centros de Especialidades Odontológicas) após o término do tratamento na rede básica, sendo depois contra-referenciados para a unidade básica para sua alta definitiva;
- d) Pacientes comprometidos sistemicamente, quando necessário, deverão ter plano de tratamento discutido interdisciplinarmente de forma a equilibrar os pacientes para realização dos procedimentos;
- e) O atendimento de crianças com alta atividade de doença cárie deve prever a inclusão imediata de pelo menos um responsável nas ações de controle e equilíbrio de saúde bucal.

Nota: As ações de pronto-atendimento deverão ser acolhidas e realizadas nas Unidades de Saúde da Família, dentro dos limites de sua complexidade.

E) PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

Fluxo Operacional





– CAPS II

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o CAPS II é um serviço de atendimento às pessoas com transtorno mental grave e/ou severo, sendo maiores de 18 anos, a fim de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Sendo o cuidado mais intensivo e/ou de reinserção psicossocial, que ultrapassem as possibilidades de intervenção das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia da Saúde da Família (ESF) e equipe de saúde mental ambulatorial.

O CAPS II desenvolve diversas atividades que vão desde o cuidado individual por equipe multidisciplinar, com objetivo de dar suporte terapêutico aos pacientes e a seus familiares, preconizando a reabilitação psicossocial e inclusão social, mediante princípios de preservação de sua identidade e cidadania.

Finalidade Do CAPS II

- Oferecer uma assistência integral e humanizada em diferentes níveis de atenção, de acordo com a necessidade de cada usuário.
- Visando a reabilitação psicossocial promovendo a inclusão social, melhoria da qualidade de vida e construção de cidadania.

O serviço conta com a equipe multidisciplinar: assistente social, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional, que desenvolvem atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimentos em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), oficinas terapêuticas (horta, jornal, biscuit, corte e costura, culinária, entre outras), visitas domiciliares, atividades comunitárias enfocando a inclusão social do portador de transtorno mental na comunidade e sua inserção familiar e social, como também o atendimento à família (BRASIL, 2004).

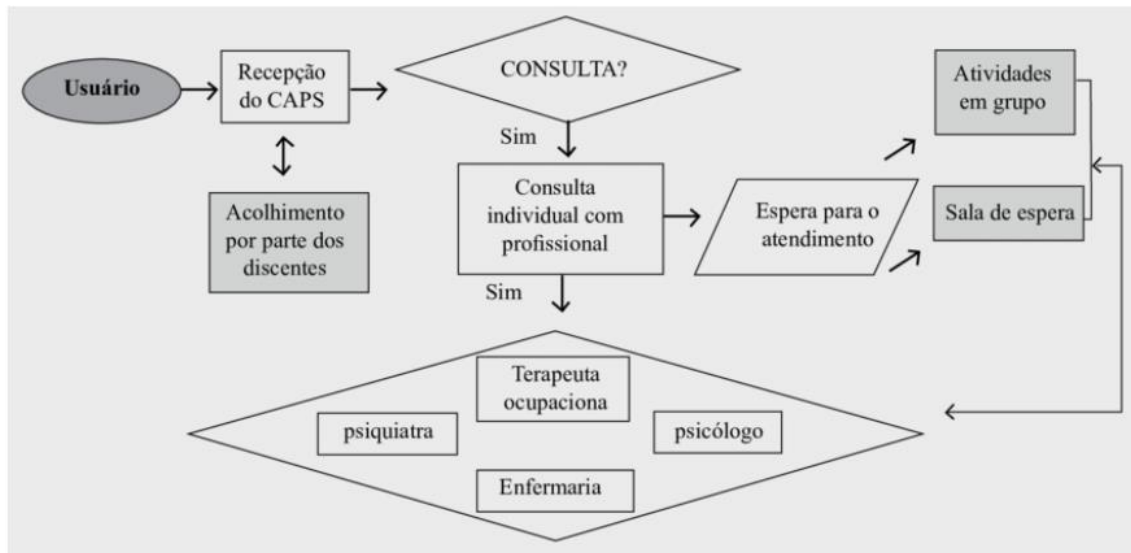
A importância de equipe multidisciplinar no atendimento a saúde mental é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção da estrutura terapêutica de cada paciente.

A equipe multidisciplinar do CAPS II desenvolve as atividades, visando o processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia. Tendo em vista que o atendimento do serviço depende de diversos fatores, como o comprometimento psíquico, a rede de apoio familiar e social. É de suma importância que a equipe técnica utilize do acolhimento aos usuários, principalmente visando desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades

de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço do serviço e poder viabilizar a solução de problemas inesperados, sempre trabalhando para o retorno a vida social.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Fluxograma de atendimento no CAPS II



Uma importante estratégia da atenção em saúde mental é a articulação de uma rede de apoio comunitário em conjunto com os serviços de saúde. Tal funcionamento amplia a capacidade de solução e propicia uma otimização da utilização dos recursos existentes, quer sejam públicos ou da comunidade, proporcionando maior integralidade e resolutividade.

No CAPS II os usuários necessitam de encaminhamento via referência/contrarreferência para iniciarem o tratamento, pois existem diversos transtornos mentais que necessitam apenas de uma escuta mais cuidadosa, não havendo a necessidade de inserção em tratamento no CAPS II.

os pacientes são encaminhados por tais serviços intersetoriais como:

- Ambulatório de Saúde Mental (o paciente atendido necessita de cuidados mais intensivos, deixando de ser demanda apenas ambulatorial);
- Hospital Psiquiátrico de atendimento Integral (paciente egresso de internamento hospitalar psiquiátrico é recebido para acolhimento no CAPS II, onde é realizada uma avaliação do estado atual do paciente);
- Tentativa de Suicídio: Ao ser notificada uma tentativa de suicídio, esta deverá ser encaminhada diretamente ao CAPS II. Qualquer Unidade de Saúde, Pronto Atendimento, Hospital ou demais estabelecimentos poderá realizar este encaminhamento, após contato telefônico para agendamento de acolhimento no CAPS II. Recomenda-se que este encaminhamento seja realizado imediatamente à



notificação, ou até, no máximo, 24hs do ocorrido, como forma preventiva de uma nova tentativa de suicídio.);

- CAPS AD (diversos transtornos mentais advêm de uso crônico e qualificado de substâncias psicoativas).

- As Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam avaliação médica de cada caso, sendo caso de emergência psiquiátrica, o qual necessite de intervenção psiquiátrica imediata, será encaminhado para a unidade de referência, ou o coordenador (a) na Unidade Básica de Saúde entrará em contato telefônico com o coordenador (a) da Unidade de Saúde CAPS II para discussão do caso e possível agendamento de acolhimento, ou se não houver necessidade de intervenção imediata, o médico clínico geral atenderá na própria Unidade Básica de Saúde. ultrapassando seus limites de atendimento, a UBS encaminhará para Ambulatório de Saúde Mental via Divisão de regulação de média e alta complexidade.

- Acolhimento: Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), e faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. É necessário haver uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Isso significa que todas as pessoas que procurarem a Unidade de Saúde CAPS II devem ser acolhidas por um profissional de nível superior da equipe técnica, que ouvirá e identificará a necessidade do indivíduo. Devem ser levadas em conta as expectativas do indivíduo e avaliados os riscos. Esse primeiro contato auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, através dos profissionais e estrutura, o que interfere diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. O paciente é orientado quanto ao funcionamento do serviço, e quanto às modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo).

Considerando que neste momento seja observado a possível necessidade de um acompanhamento diferenciado ao do CAPS II, o paciente será encaminhado a outro



serviço de maior ou menor complexidade, ou seja, hospital psiquiátrico, hospital dia, hospital clínico ou ambulatório. Dessa maneira, nota-se que se trata de uma avaliação inicial do estado geral do paciente. Ao ser recebido para acolhimento o paciente deverá ser avaliado nos seguintes critérios: queixa principal, histórico vital, história do desenvolvimento do transtorno apresentado, condição atual, doenças pré-existentes, tratamentos anteriores, histórico familiar, hábitos de vida, bem como padrão alimentar, padrão de sono e queixas clínicas.

- Inserção em grupos: a avaliação da necessidade de acompanhamento no CAPS II é realizada no acolhimento juntamente com o usuário, e decidido junto a ele a melhor modalidade de tratamento que se adéque ao momento do paciente. O atendimento em grupo terapêutico ocorre de acordo com a modalidade, sendo realizado por uma equipe multiprofissional, seguindo objetivos que atendam ao projeto terapêutico individual do paciente. O paciente poderá ser inserido em uma das três modalidades existentes: INTENSIVO, SEMI-INTENSIVO E NÃO INTENSIVO.

- Tratamento Intensivo: Trata - se do tratamento diário, oferecido quando a pessoa apresenta grave sofrimento psíquico em situação de crise, e/ou dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Dessa maneira, o paciente comparece diariamente ao CAPS II.

- Tratamento Semi-intensivo: Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa apresentam-se de forma moderada, ou quando ocorre uma diminuição sintomática, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar a autonomia. Ou ainda, quando não há possibilidades de frequentar o CAPS II mais vezes na semana, mesmo havendo indicação da equipe técnica. O paciente comparece três vezes por semana no CAPS II.

- Tratamento Não-intensivo: Essa modalidade é indicada quando a pessoa não necessita de suporte contínuo da equipe para realizar suas atividades na família e/ou no trabalho e vida social, quando apresenta remissão dos sintomas, ou ainda quando não há possibilidades de comparecer no CAPS II mais vezes na semana, mesmo havendo indicação da equipe. O paciente comparece uma vez por semana no CAPS II.

IMPORTANTE: Quaisquer mudanças realizadas nas fases do tratamento são de modo individualizado e a partir de discussão pela equipe multidisciplinar do CAPS II,



juntamente com o paciente na elaboração do projeto terapêutico individual, e/ou quando houver necessidade.

Após o acolhimento, é agendado o dia da participação do Grupo de Acolhimento, realizado pelo coordenador do serviço, no qual são repassadas informações e orientações dos procedimentos a seguir privilegiando a aderência ao tratamento. Dessa maneira, o paciente receberá informações sobre as avaliações específicas de cada área de atuação da equipe multidisciplinar. Neste momento, o paciente passa a conhecer as propostas e atividades do serviço.

- Projeto terapêutico individual: é o atendimento do paciente com toda equipe técnica, focando as necessidades e demandas de acordo com as capacidades do usuário. É importante investigar nesse atendimento, mesmo de forma subjetiva, o nível de esperança do paciente em relação ao tratamento que está realizando. Assim, quando o paciente apresenta um alto grau de desesperança, a equipe deverá iniciar, de forma mais efetiva, trabalhar a motivação do paciente para melhor e maior probabilidade de adesão do paciente ao CAPS II II, diminuindo assim o índice de abandono e desistência do tratamento. Trata-se da elaboração conjunta entre paciente e equipe multiprofissional, de um plano de tratamento individual e personalizado, onde são estabelecidos objetivos terapêuticos que serão seguidos e renovados durante a permanência do paciente no CAPS II.

- Avaliação terapêutica: São atendimentos individuais, realizados por todos os profissionais de nível superior que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS II (Enfermagem, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Terapia Ocupacional), através de instrumento previamente criado pela própria equipe. Possui objetivo de avaliar as diversas áreas da vida do paciente, identificando os aspectos necessários de intervenção e melhor atuação no tratamento de cada sujeito.

- Consultas com o médico psiquiatra: O atendimento com o médico psiquiatra possui objetivo de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de sofrimentos mentais, sejam elas de cunho orgânico ou funcional, com manifestações psicológicas severas. O atendimento é individual e posteriormente com acompanhamento familiar. A meta principal é o alívio do sofrimento e o bem-estar psíquico. Para isso, é necessária uma avaliação completa do paciente, com perspectivas biológica, psicológica, de ordem cultural, entre outras afins. A avaliação



psiquiátrica é periódica, havendo uma necessidade de intervenção medicamentosa ou não, sendo possível realizar acompanhamento da progressão ou retrocesso do quadro psiquiátrico de cada paciente.

- Atendimentos individuais: consiste em uma escuta especial, focada e personalizada de acordo com a necessidade individual de cada paciente, a fim de estimular a reflexão no sujeito, dando o apoio para que pense, reveja, evolua, aprofunda as suas situações e questões que são significativas para o processo de desenvolvimento de seu tratamento. Estes atendimentos incluem o atendimento do médico psiquiatra, da equipe de enfermagem, o serviço social, psicologia, terapia ocupacional. Esta modalidade de tratamento tem indicação para pacientes que demonstram necessidade de uma escuta individual, e/ou que possuam dificuldades de trabalhar algumas questões em grupo, ou ainda não apresentam perfil para participar de grupos terapêuticos, adequando sempre as necessidades do usuário ao tratamento.

- Grupos e Oficinas Terapêuticas: O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo. Para Cardoso e Seminotti (2006), o grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. No desenvolvimento das atividades, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional. Contudo, alguns pacientes sentem dificuldade de interagir com o grupo, sobretudo por estarem diante de pessoas desconhecidas; apesar desse entrave, acham importante ouvir as experiências de vida dos colegas e aprender com os relatos.

No grupo terapêutico, ele desenvolve laços de cuidado consigo mesmo e compartilha experiências com os demais. A terapia psicossocial realizada no CAPS II proporciona diversas formas de atividades, como as atividades motoras (atividades físicas, dança, trabalhos em E.V.A, biscuit, entre outras), sociais (comemorações festivas, teatros e cinema) e auto expressivas (atividades espontâneas como trabalhos manuais, pintura em tecido e dança). Essas práticas ampliam a habilidade e a autonomia do sujeito ao permitirem a ele o desenvolvimento do potencial da criatividade e da expressão.

Os espaços terapêuticos trabalham as relações interpessoais dos sujeitos aliadas ao reconhecimento e ao respeito das diversidades existentes no grupo. São espaços de comunicação e integração. No Brasil, a terapia de grupo em diferentes abordagens é praticada por grande número de profissionais de áreas diversas. O trabalho com grupos se constitui um dos principais recursos terapêuticos nos mais diferentes contextos de



assistência à saúde e, mais especificamente, no campo da saúde mental. Esse incremento decorre, em grande parte, das condições criadas a partir da reforma psiquiátrica, tendo por foco a ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico. A partir disto, no CAPS II são realizados grupos terapêuticos com todos os profissionais de nível superior:

- Grupos com Serviço Social: No imaginário popular, a pessoa portadora de transtornos mentais ainda causa a ideia de ameaça e perigo, nesse contexto perplexo de conceitos estigmatizantes, considerar que o portador de transtornos mentais é outro de nós e que deve ser tratado como tal, é uma visão que deve ser ampliada. Para tanto, pode-se dizer que o SUS pressupõe os seguintes princípios: integralidade, universalidade, descentralização, equidade e participação popular. E sendo assim, os grupos terapêuticos com o serviço social do CAPS II visa impulsionar o sujeito para este processo, buscando desenvolver trabalhos no sentido de evolução na vida diária do sujeito, viabilizando a integração da rede Social e de Saúde do município.
- Grupos com Enfermagem: Os grupos realizados pela equipe de enfermagem possuem objetivo de trabalhar o autocuidado, higiene, controle de medicação, educação em saúde em geral, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, alimentação, entre outros. Sempre tendo em vista a deficiência que a doença mental atinge nessas áreas de cuidado pessoal.
- Grupos com Psicologia: Os coordenadores do grupo ficam encarregados de facilitar a comunicação, clarificar o debate, incitar a reflexão e proporcionar um clima acolhedor para que os pacientes se sintam à vontade para colocar suas questões subjetivas envolvidas ou decorrentes do processo de adoecimento. Possuem objetivo de criar um espaço para reflexão. É neste local e momento que o paciente inicia a busca pelo sentido, e através da reflexão busca o auxílio para mudanças necessárias para lidar com a doença. É através da palavra, da comunicação e expressão que o inconsciente irá se colocar para o equilíbrio emocional.
- Grupos com Terapia Ocupacional: Possui objetivo de trabalhar a autoestima, atenção e concentração, relações interpessoais, desenvolvimento de habilidades e interesses, organização, rotina, autonomia, entre outras. Sempre tendo em vista os déficits apresentados pelo motivo da doença mental apresentada.
- Grupo de Mulheres: Há diversos casos que contribuem para o processo de adoecimento, e uma delas é a questão da feminilidade sua fragilidade. Tendo em vista a necessidade de um trabalho na questão se permitir ser mulher, é disponibilizado um espaço para discussão e reflexão desta questão, bem como o autocuidado, respeito, sexualidade, entre outros.



- Grupos Temáticos: Trabalhados textos, filmes, conceitos, figuras para estimular a interpretação da vida. Há muita dificuldade de aceitação de uma nova vida após um abalo emocional, desta maneira os profissionais trabalham para uma nova compreensão.
 - Oficina de Relaxamento e Alongamento: Percebendo que o corpo necessita de cuidados, bem como a mente, é realizado atividades de relaxamento, Duin, atividade física e caminhadas para trabalhar a percepção corporal. Sempre estimulando a autoconfiança e autonomia do sujeito.
 - Oficina de Artesanato: São realizados trabalhos manuais, a fim de estimular a aprendizagem, autoconfiança, autoconhecimento, estimulação da coordenação motora e desenvolvimento pessoal. Neste momento são realizados trabalhos com biscuit, corte e costura, pinturas em tecidos, bonecos diversos em E.V.A., confecção de sabonetes, pinturas e decupagens em caixas de MDF, entre outros.
 - Oficina de Horta: No próprio pátio da Unidade há espaço reservado para a plantação e cultivo de frutas, verduras, legumes entre outros. A fim de estimular a descoberta de novas habilidades e o trabalho terapêutico de se envolver com a terra.
 - Oficina de Culinária: Muitas vezes são utilizados os próprios produtos cultivados na horta. Há uma vez na semana, uma equipe de pacientes que organiza o lanche, fabricando tortas doces e salgadas entre outras comidas. Com objetivo de resgatar atividades domésticas e muitas vezes prazerosas, que foram abandonadas durante o processo de adoecimento.
 - Grupo Preparação para Alta: Através do projeto terapêutico individual, quando o paciente se sente apto para alta, e também através da avaliação da equipe, iniciasse um processo de desligamento do paciente e neste processo são realizados encaminhamentos para outros serviços necessários no momento, sempre tendo em vista a ressocialização.
- Busca Ativa: Por diversas questões, o paciente pode deixar de comparecer ao CAPS II, e quando isso ocorre, sem o conhecimento antecipado da equipe técnica, os profissionais buscam, inicialmente via contato telefônico para buscar o retorno ao tratamento e entender os motivos do afastamento. Quando este contato não apresenta sucesso é realizada a visita domiciliar.
- Visita domiciliar: o atendimento domiciliar reflete as limitações do atendimento institucional e da atuação individual do profissional, e, em saúde mental, dentro dos pressupostos da reforma psiquiátrica, de busca da inclusão social do louco pela quebra



de padrões culturais e pela forma de ver a loucura como um fenômeno complexo, a limitação da instituição e do profissional se faz mais evidente. Portanto, a visita domiciliar é realizada pelos profissionais a fim de possibilitar e sensibilizar o paciente a respeito da importância de retornar ao tratamento, bem como de auxiliar seus familiares.

- Tipos de alta: Toda alta é advinda de avaliação clínica e que necessita da aceitação e confirmação do paciente, sempre visando na melhoria de qualidade de vida. Dessa forma, são realizados três tipos de Alta:

- Alta melhorada: Ao observar que os recursos disponíveis no serviço já não são os mais adequados para o paciente, iniciasse então um processo de trabalho para alta, dessa maneira, o paciente será encaminhado para o ambulatório de saúde mental e/ou outro serviço.

- Alta por abandono: Muitas vezes o paciente que inicia o tratamento para transtorno mental, não percebe a verdadeira necessidade do tratamento, e sem auxílio e apoio de familiares muitas vezes não realiza com a devida continuidade. É necessária muita força de vontade, responsabilidade e comprometimento do paciente, porém muitas vezes, até mesmo por motivo da doença, o paciente não percebe a necessidade, e então abandona o tratamento.

- Alta a pedido: Quando o paciente já não percebe a necessidade do tratamento, ou se sente preparado para retornar as suas atividades e relações sociais, mesmo quando a avaliação da equipe seja de necessidade de continuidade do tratamento.

- Encaminhamento para outro serviço: Ao se esgotarem as possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde CAPS II, seja por qualquer tipo de alta já citada, o paciente será encaminhado para o serviço mais indicado no momento.

- Atendimento familiar: São realizadas reuniões semanalmente administradas pelos psicólogos da Unidade de Saúde CAPS II e uma vez por mês com a equipe multiprofissional completa. O atendimento familiar é realizado por procura espontânea da família, ou quando convocada pela equipe, conforme agendamento prévio. Ressalta-se, ainda, que toda ação de acompanhamento em Saúde Mental a um usuário é também uma ação de Promoção da Saúde Mental da família (sistema familiar) deste usuário.

- Atividades comunitárias: Os profissionais de saúde mental devem fomentar e estimular ações locais e dos recursos comunitários. As ações na comunidade se processam na vida cotidiana, através do relacionamento entre as pessoas, família, amizade, vizinhança, trabalho, escola, entre outros. Assim, têm-se buscado e utilizado, para o



bem-estar dos pacientes, parcerias com vários outros grupos com organização formal, como associações, e organizações não governamentais. Além disso, é muito importante a utilização da infra-estrutura de lazer existente no município e proximidade, tais como parques, praças, centros de convivência, bibliotecas e demais locais, que propiciam a realização de atividades voltadas para o convívio social, o Treino em Habilidades Sociais e à ressocialização do paciente.

- Reuniões: Ocorrem semanalmente e as decisões de equipe e clínica são registradas em ata.

- Reunião de Equipe: Momento em que são discutidas questões relacionadas às atividades e programação semanal da equipe, bem como a avaliação e discussões do processo de trabalho.

- Reunião Clínica: Momento em os profissionais realizam a discussão de casos, avaliam e planejam ações cotidianas relacionadas ao tratamento e acompanhamento terapêutico do paciente, e agilizam a tomada de decisões de forma multidisciplinar.

- Organização de prontuário: O prontuário é um meio legal entre paciente e profissional, sendo um conjunto de documentos, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico. Todos os procedimentos ou consultas realizadas pelos profissionais da Unidade de Saúde CAPS II II são registrados com letra legível, carimbado, assinado e datado. Os registros devem ser diários, sequencial, e realizado após o atendimento de cada profissional.

Transtornos Mentais de acordo com Código Internacional de Doenças – CID1

As classificações diagnósticas mais utilizadas como referências no serviço de saúde e na pesquisa hoje em dia são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais – DSM - IV, e a Classificação Internacional de Doenças – CID – 10. Tendo em vista que no momento, a CID – 10 é mais utilizada entre o serviço de saúde do município, segue o quadro com as doenças mentais existentes:



CÓDIGO - CID	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, incluindo sintomáticos	Quadros agudos que cursam com conduta inadequada e/ou agitação psicomotora, que necessitem ou não de investigação diagnóstica.
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípos e delirantes	Desestabilização de sintomas paranóides com sofrimento psíquico agudo, desestabilização de sintomas hebefrênicos com comportamento inadequado ou agudização de quadros catatônicos (catalepsia, catatonia, flexibilidade cêrea, estupor catatônico) e outros quadros psicóticos agudos.
F30-F39	Transtornos de Humor	Quadros maníacos ou depressivos graves com ou sem sintomas psicóticos.
F40-F49	Transtornos neuróticos, Transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes	Reação a estresse grave, transtorno de ajustamento, reação aguda a estresse transtorno de estresse pós traumático e estupor dissociativo, ou outros quadros neuróticos com gravidade evidente.
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a transtornos fisiológicos e a fatores físicos	Transtornos alimentares, anorexia nervosa ou bulimia nervosa.
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	Personalidade emocionalmente instável, tipo impulsivo ou borderline.
F70-F79	Retardo mental	Quadros graves que cursam com descontrole da impulsividade e/ou agitação psicomotora.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Situações especiais:

CÓDIGO CID	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÃO
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas.	Quadros relacionados à intoxicação aguda, estado de abstinência complicada, síndrome de abstinência com delírium, e/ou transtornos psicóticos.
F80-F89	Transtorno do desenvolvimento psicológico.	Comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central, com início na primeira e segunda infância, com evolução contínua sem remissões nem recaídas.
F90-F98	Transtornos Comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência	Quadros relacionados a distúrbios de conduta, caracterizados por padrões persistentes de conduta dissocial, agressiva ou desafiante.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Quadros dos transtornos mentais mais frequentes no atendimento no CAPS II

ESQUIZOFRENIA

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantem-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos



psicopatológicos mais importantes incluem eco do pensamento, a imposição ou roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. Deve-se excluir mania ou depressão, assim como doença cerebral orgânica e uso de álcool ou outras drogas.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que esse distúrbio consiste, em algumas ocasiões, na elevação do humor e no aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e, em outras, no rebaixamento do humor e na redução da energia e da atividade (depressão).

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Transtorno no qual o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral a fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente idéias de culpabilidade e/ou indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas ditos “somáticos” - p. Ex: perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce ou hipersonia, lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda ou aumento de apetite, perda ou ganho de peso e perda de libido.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. As preocupações do sujeito podem estar centradas em sintomas individuais tais como palpitações ou uma impressão de desmaio e frequentemente se associam ao medo de morrer, perda do autocontrole ou medo de “ficar louco”. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia em geral ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica frequentemente se associa a uma depressão.



Sinais e Sintomas Somáticos:

- Autonômicos: taquicardia, vasoconstrição, sudorese, aumento do peristaltismo, náuseas, midríase, piloereção.
- Musculares: dores, contraturas, tremores.
- Cinestésicos: parestesias, calafrios, ondas de calor, adormecimentos. - Respiratórios: sufocação, sensação de afogamento, asfixia.

- Sinais e Sintomas Psíquicos: Tensão, nervosismo, apreensão, mal-estar indefinido, insegurança, dificuldade de concentração, sensação de estranheza, despersonalização, desrealização.

- Retardo Mental: condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, a qual é especialmente caracterizada por comprometimento de habilidades manifestas durante o período de desenvolvimento, as quais contribuem para o nível global de inteligência, isto é, aptidões cognitivas, de linguagem, motoras e sociais. O retardo pode ocorrer com ou sem qualquer outro transtorno mental ou físico. O comportamento adaptativo está sempre comprometido, mas em ambientes sociais protegidos, onde um suporte está disponível, este comprometimento pode não ser absolutamente óbvio em pacientes com retardo mental leve.

- Transtornos de Personalidade: Abrangem padrões de comportamento profundamente arraigados e permanentes, manifestando-se como respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais. Eles representam desvios extremos ou significativos do modo como o indivíduo médio, em uma dada cultura, percebe, pensa, sente e, particularmente, se relaciona com os outros. Tais padrões de comportamento tendem a ser estáveis e a abranger múltiplos domínios de comportamento e funcionamento psicológico. Eles estão frequentemente, mas não sempre, associados a graus variados de angústia subjetiva e a problemas no funcionamento e desempenho sociais.

Tratamento medicamentoso

O Tratamento medicamentoso realizado no CAPS II II leva-se em consideração as medicações que são fornecidas pelo município. Segue quadro de medicamentos mais utilizados e fornecidos pelo município.

- Antidepressivos



DROGA	DOSE INICIAL	DOSE TERAPÊUTICA	DOSE MÁXIMA
Amitriptilina	10-25mg	75mg	300mg
Clomipramina	10-25mg	75mg	300mg
Imipramina	10-25mg	75mg	300mg
Nortriptilina	25mg	50mg	200mg
Fluoxetina	20mg	20mg	80mg

- Antipsicóticos

DROGA	DOSE INICIAL	DOSE TERAPÊUTICA	DOSE MÁXIMA
Haloperidol	1mg	5-15mg	30mg
Clorpromazina	25mg	300-800mg	1200mg
Levomepromazina	25mg	100-300mg	600mg
Tioridazina	25-50mg	200-300mg	600mg

- Estabilizadores do Humor

DROGA	DOSE INICIAL	DOSE TERAPÊUTICA	DOSE MÁXIMA
Ácido valpróico	250mg	15mg/kg/dia	60mg/kg/dia
Carbamazepina	100-200mg	400-1200mg	2000mg
Carbonato de Lítio	300mg	600-900mg	1800mg

- Benzodiazepínicos

DROGA	DOSE INICIAL	DOSE TERAPÊUTICA	DOSE MÁXIMA
Diazepam	5mg	10mg	20mg
Clonazepam	0,25-0,5mg	2mg	4mg

Manejo terapêutico em situações especiais

- População Idosa: Sabe-se que nos idosos há, devido à readaptação das funções corporais, alterações metabólicas que repercutem no manejo medicamentoso para esta faixa etária. Como regra geral, deve-se iniciar o tratamento com doses menores do que aquelas sugeridas para a população adulta, assim como o aumento deve ser ainda mais



gradativo e menor a dose máxima a se atingir. Especial cuidado deve ser dado aos efeitos colaterais (alguns deles potencialmente graves, tais como hipotensão – com risco de quedas, etc).

- Gestantes/ puérperas/ lactantes: A própria gravidez e mesmo o puerpério são, por si sós, fases da vida das mulheres em que se tem aumentado o risco de eclosão de sintomas de doença psíquica – Psicose Puerperal: é um transtorno que ocorre após a gestação, caracterizando-se como afastamento da realidade, por fatores diversos, desde hormonais até existenciais. Há sempre que se pesar e se fazer um balanço entre possibilidade de benefício para o binômio mãe-filho e os riscos potenciais advindos do tratamento. Até as primeiras dezesseis semanas de gestação, o uso de psicotrópicos deve se dar apenas com indicação muito precisa, em função dos eventuais riscos. Por outro lado, a presença de um transtorno mental ocorrendo em uma destas fases e que não esteja sendo tratado de forma adequada, pode ocasionar prejuízos diversos (incluindo riscos para a mãe e a criança). Medicamentos mais “seguros” para serem usados (após detida avaliação clínica) no ciclo gravídico-puerperal.

- Gestação - Antidepressivo: Fluoxetina - Antipsicótico: Haloperidol - Benzodiazepínico: os de ½ vida curta.
- Puerpério/amamentação - Antidepressivo: Sertralina, Nortriptilina - Antipsicótico: Haloperidol - Benzodiazepínico: os de ½ vida curta. Os estabilizadores de humor são medicamentos pouco seguros para uso nesta fase da vida da mulher.

- CAPS AD

ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPS AD oferecerá atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Esta modalidade de atendimento possibilita intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento.

O CAPS AD desenvolverá diversas atividades a fim de promover a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, para tanto conta com uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeiro, médico clínico geral, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional. Estes profissionais desenvolvem atendimentos individualizados e atendimentos em grupo. Ainda são realizadas visitas domiciliares, atividades comunitárias de prevenção e cuidado à



família. Além disso, também oferece condições para o repouso ambulatorial de pacientes que necessitem de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004).

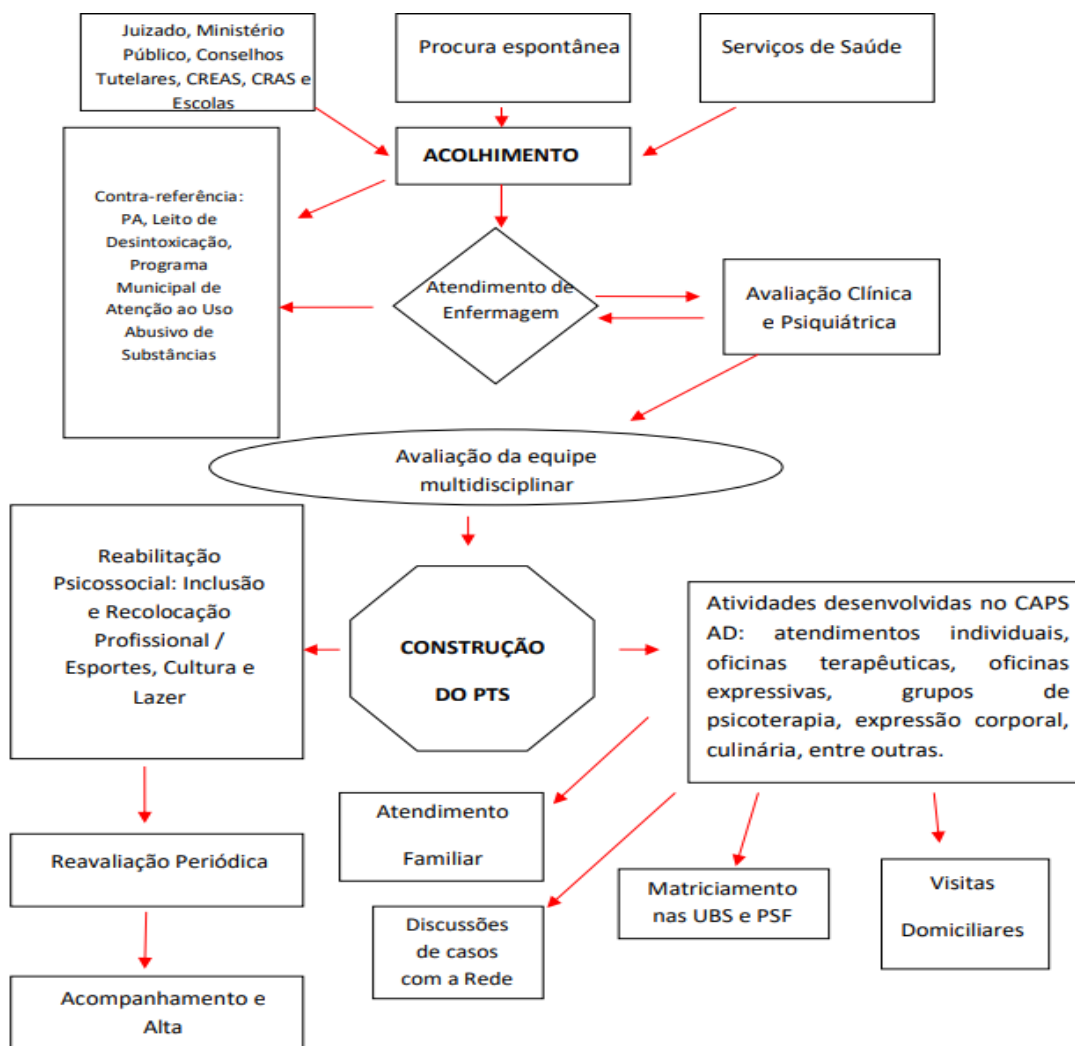
O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários em tratamento no CAPS AD depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer.

O importante é saber que o CAPS AD não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, são cuidadosamente preparados e ocorrem de forma gradativa.

Neste sentido, os profissionais estão preparados para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade.

Fluxograma do atendimento no CAPS AD

No CAPS AD os usuários possuem acesso direto ao serviço, atendimento porta aberta, o que facilita e desburocratiza o acesso ao serviço. Porém, também são atendidos os pacientes encaminhados por outros serviços intersetoriais tais como: Unidades Básicas de Saúde (USB), Estratégia da Saúde da Família (ESF), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), entre outros.



Para melhor compreensão do fluxo em questão, seguem as seguintes informações:

- **Acolhimento:** É o primeiro contato com o usuário no momento da sua procura pelo tratamento e é realizado por profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar. No qual é ofertado ao usuário um espaço para escuta terapêutica, com objetivo de promover maior conhecimento da estória de vida e da doença do indivíduo.

Esse primeiro contato realizado em condições ideais auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, o que reflete diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento. Durante o acolhimento, a pessoa também é orientada quanto a dinâmica do serviço e suas modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo).

Considerando a possível necessidade de um acompanhamento de maior assistência, o usuário será encaminhado a outro serviço de maior ou menor complexidade: hospital psiquiátrico, hospital dia, hospital clínico ou ambulatório de saúde mental.



- **Inserção em grupos:** Durante o acolhimento é decidido junto com o usuário à modalidade de tratamento que melhor se adéqua as necessidades do mesmo no período considerado.

- Tratamento Intensivo: O usuário comparece diariamente ao CAPS ad.
- Tratamento Semi-intensivo: O usuário comparece 3 (três) vezes por semana no CAPS ad.
- Tratamento Não-intensivo: O usuário comparece uma vez por semana no CAPS ad.

IMPORTANTE: As mudanças das fases do tratamento são realizadas de modo individualizado a partir de discussão ampla pela Equipe do CAPS ad quando há necessidade de alterações, e juntamente com o usuário na elaboração do projeto terapêutico.

Após o acolhimento, o usuário participa do Grupo de Acolhimento, realizado pelo coordenador do serviço, no qual são repassadas informações e orientações da dinâmica do tratamento. Neste espaço, o paciente recebe informações sobre as avaliações específicas de cada área de atuação da equipe multidisciplinar e passa a conhecer as propostas e atividades específicas do serviço.

- **Projeto terapêutico individual:** Momento em que são traçadas pelo usuário, juntamente com a equipe multidisciplinar, as propostas e objetivos de tratamento, contemplando as necessidades do mesmo, possibilitando sua autopercepção e promovendo a manifestação de suas perspectivas e desejos.

- **Avaliação terapêutica:** São realizadas individualmente, e por todos os profissionais de nível superior do CAPS ad (Enfermagem; Psiquiatria; Psicologia; Serviço Social; Terapia Ocupacional). Estas avaliações têm por objetivo analisar diferentes áreas da vida do usuário, observando diversos aspectos e necessidades, a fim de almejar novas perspectivas de atuação profissional. Desta forma, busca-se adequar ao máximo o tratamento às necessidades de cada indivíduo.

- **Consultas com o médico psiquiatra:** O atendimento com este profissional é individual e tem como finalidade, tratar doenças e comorbidades psiquiátricas relacionadas com o uso de substâncias psicoativas (SPA). Doenças estas, que podem ter levado a dependência, doenças concomitantes a dependência e também as que surgiram após o abuso e/ou dependência das substâncias psicoativas.



A avaliação psiquiátrica é realizada periodicamente, havendo necessidade de intervenção medicamentosa ou não. Pois assim, é possível fazer um acompanhamento da evolução, progressão ou retrocesso da qualidade clínica e psiquiátrica do paciente.

- **Consultas com o médico clínico:** Os atendimentos realizados pelo médico clínico geral na unidade têm como objetivo avaliar comorbidades e possibilidades de tratamento medicamentoso que otimizem a terapêutica para o usuário.

– **Atendimentos individuais:** Estes atendimentos incluem: assistência psiquiátrica, clínica e de enfermagem, psicológica, ocupacional, social, e demais orientações. Esta modalidade de tratamento tem indicação para usuários que necessitem de uma escuta e individual, que apresentam dificuldades de trabalhar algumas questões em grupo, ou ainda não apresentam perfil para participar de grupos terapêuticos.

- **Grupos e Oficinas Terapêuticas:** Nesta modalidade de atendimento são realizadas atividades educativas ou de informação, reflexão e suporte, em que o espaço terapêutico possibilita ao indivíduo sua tomada de consciência como ser social.

As atividades objetivam resgatar individualidades, descobrir potencialidades, desenvolver habilidades específicas e prover suporte de tratamento como atividade grupal que proporcione a socialização do paciente e facilite o vínculo afetivo com profissionais e outros participantes da oficina. Visam também proporcionar a exteriorização de sentimentos (angústias, medos e inseguranças), incentivar a criatividade, o contato e integração com o grupo, desenvolvimento do autocontrole, autopercepção e melhorar a autoestima.

Esses grupos/oficinas visam possibilitar maior conhecimento e aceitação da doença; incentivar usuários desmotivados, despreparadas e desencorajadas para mudar de comportamento; promover maior percepção e conhecimento dos sintomas de recaída, técnicas de enfrentamento; auxiliar na reorganização da rotina de atividades de vida diária e produtiva; estimular a descoberta de novas habilidades e interesses; orientar no desempenho de atividades de higiene e auto cuidado, planejamento e gerenciamento do tempo, no desenvolvimento e organização de planos e estabelecimentos de metas. Os grupos/oficinas tem duração mínima de uma hora e trinta minutos, com a participação de, no mínimo 05 e no máximo 25 pacientes.

- **Grupos com Assistente Social:** Os grupos terapêuticos com o assistente social têm por objetivo impulsionar um processo educativo junto à clientela usuária, desenvolver trabalhos no sentido de conhecer, divulgar e viabilizar a integração dos equipamentos sociais e de saúde do território. Levantando questões relativas à exclusão social de pacientes que não se enquadram no “mercado de trabalho”, possibilitando a reflexão sobre as formas possíveis de reinserção em espaços da sociedade, inclusive o resgate



de sua autonomia e inclusão em espaços de convivência, cultura e lazer. Este grupo tem como finalidade reintegrar e reinserir o paciente em seu contexto social, trabalhar com prevenção e gerenciamento dos recursos sociais destinados aos dependentes químicos.

- **Grupos com a Enfermagem:** Os grupos realizados pela Enfermagem trabalham questões relacionadas a educação em saúde, em que são abordados temas relacionados a saúde preventiva em linguagem coloquial através de palestras, filmes educativos e esclarecimentos de dúvidas sobre o tratamento medicamentoso; higiene pessoal e domiciliar; sexualidade; doenças sexualmente transmissíveis; alimentação; autoestima; entre outros.

- **Grupos com a Psicologia:** Os grupos terapêuticos com a psicologia têm por objetivo criar um espaço para reflexão, em que o usuário possa buscar o sentido de suas próprias vivências, tentando encontrar uma resposta diferente da droga para sua realidade psíquica, marcada pela fragilidade e angústia. A droga protege o paciente do confronto com o desamparo e abster-se dela é experimentar o vazio, o desespero e a impotência. Desta forma, a partir da reflexão dos aspectos de sua vida e das suas dificuldades, busca-se auxiliar o paciente nesta mudança de comportamento. Promove-se assim a comunicação, expressão e ampliação da consciência que o paciente tem de si mesmo, possibilitando a identificação e o desbloqueio dos núcleos de conflitos, buscando o equilíbrio emocional.

- **Grupos com a Terapia Ocupacional:** As oficinas terapêuticas da Terapia Ocupacional (T.O.) têm por objetivo desenvolver atividades criativas e de conscientização do usuário no tratamento. A abordagem da T.O. faz uso de amplos recursos do conhecimento humano, tanto teórico como prático, visando a aplicabilidade da ocupação enquanto recurso terapêutico. O Terapeuta ocupacional trabalha as questões de atenção e concentração, valorização da autoestima, socialização, aquisição de relações interpessoais, tolerância a frustrações, autocontrole, autonomia e desenvolvimento de novas habilidades e interesses. A fim de recuperar e/ou desenvolver habilidades cognitivas, motoras e emocionais, prejudicadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. As atividades externas (passeios, exposições da T.O., atividades de cinema) visam principalmente o retorno às atividades sociais (reinserção social) e de lazer, incentivando o retorno as atividades de vida diária e promovendo a qualidade de vida.

- **Busca Ativa:** Quando um paciente deixa de comparecer as atividades do CAPS ad sem justificativa, os profissionais tentam sensibilizá-lo a retornar ao tratamento por meio



do contato telefônico. Quando este contato não apresenta sucesso é realizado a visita domiciliar.

- **Visita domiciliar:** Durante a visita domiciliar é oportunizado ao profissional a possibilidade de sensibilizar o paciente a respeito da importância deste retornar ao tratamento, bem como de interagir com seus familiares e prestar informações a respeito da dependência química.

- **Tipos de alta:** Toda alta é eminentemente uma medida *clínica*, que precisa ser negociada e aceita pelo paciente, como parte de um projeto que irá ajudá-lo a viver melhor. No CAPS ad são realizados três tipos de Alta:

- **Alta melhorada:** Ao perceber o momento de evolução do tratamento para o paciente, e observar que os recursos disponibilizados no CAPS ad já não são os mais adequados para ele, o paciente será encaminhado para o ambulatório de saúde mental.
- **Alta por abandono:** O tratamento da dependência química exige muita responsabilidade e comprometimento do paciente, porém muitas vezes este ainda não percebe a dependência como uma doença, e alguns iniciam o tratamento obrigado pela família. Desta forma, no decorrer da terapêutica existe o abandono.
- **Alta a pedido:** Acontece quando a equipe técnica ainda percebe a necessidade de continuidade do tratamento, porém o paciente se sente preparado para restabelecer suas relações e obrigações sociais.

- **Reuniões:** Acontecem semanalmente e são registradas em livro ata.

- **Evolução de prontuário:** O prontuário é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. As anotações no prontuário ou ficha clínica são realizadas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

- **Cuidado à família no CAPS AD**

A convivência da família com o dependente químico, em muitos casos, pode ser devastadora e a maioria dos familiares necessita de ajuda para suportar esta situação. Observa-se, que a própria dinâmica de funcionamento familiar modifica, ocorrendo a inversão de papéis. Dentre os aspectos mais importantes a serem considerados na abordagem da família e do paciente é de que ambos procuram o serviço de saúde



mental motivados por pressões e expectativas diferentes. Buscam uma solução rápida para a aflição momentânea causada por complicações físicas, emocionais, sociais ou jurídicas, até o desejo de receber auxílio doença, orientação e/ou tratamento. Assim, com informações e orientações adequadas sobre a natureza da dependência química e seus efeitos, a família aprende a se relacionar de maneira mais saudável com o paciente, evitando atitudes como rigidez, a alienação e o isolamento. Ressaltando que deve-se evitar o risco de ser conivente com a situação da dependência. É de extrema importância incentivar constantemente o dependente de SPA para que ele evite a ociosidade, incentivando-o às responsabilidades e envolvimento com trabalho, esporte e lazer. A família precisa ser orientada a valorizar os progressos alcançados pelo dependente de SPA, para que ele perceba suas competências, habilidades, estimulando-o a autoconfiança. Isto também motiva o familiar adicto a traçar novos objetivos e se empenhar em novas conquistas com seu próprio esforço. Importante lembrar que o adoecimento de um membro da família por SPA afeta direta ou indiretamente todos os familiares, e estes passam a ser codependentes. Desta forma, faz-se parte do tratamento cuidar desta família e orientá-la como enfrentar e buscar soluções para este problema. Assim, o CAPS IIAD oferece atendimento aos familiares por meio do Grupo de Família, que acontece semanalmente nas dependências do serviço. Este grupo tem o objetivo acolher e orientar os familiares para que possam compreender melhor a questão da dependência química. Motivar os familiares a buscar em conjunto com o CAPS II as possíveis soluções dos problemas, tornando os parceiros na discussão das questões pertinentes e dos encaminhamentos necessários. Reestruturação na vida familiar, profissional e social, intervenções na prevenção de recaídas.

- Uso, Abuso e Dependência de substâncias psicoativas/drogas

Qualquer padrão de consumo de drogas traz danos ao indivíduo e pode alterar o estado mental, por isso são chamadas de substâncias psicoativas (SPA). Cada substância pode apresentar padrões de utilização altamente disfuncionais com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (SENAD, 2010).

- Uso de drogas é caracterizado pela auto-administração de qualquer quantidade de substância psicoativa (SENAD, 2010).
- Abuso de drogas é entendido como um padrão de uso que promove o aumento do risco de consequências prejudiciais ao usuário e em sua vida (SENAD, 2010).



•Dependência química é uma relação disfuncional e desregrada do individuo consumir uma determina SPA. De acordo com o DSM-IV, Dependência “é um padrão mal-adaptativo, levando o prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo”. (SENAD, 2010).

- Substâncias psicoativas

A seguir serão descritas algumas características das SPA mais utilizadas pelos pacientes em tratamento no CAPS II AD.

ÁLCOOL

O problema relacionado ao consumo do álcool só pode ser comparados àqueles causados pelo consumo do tabaco e pelas práticas de sexo sem proteção. As complicações relacionadas ao consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico. Intoxicações agudas, além de trazer riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes. Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem acometer indivíduos de todas as idades.

Desta forma, é importante que os profissionais de saúde investiguem o histórico de uso em todos os pacientes. O diagnóstico precoce melhora ao prognóstico entre esses indivíduos. Aqueles que possuem em padrão de consumo devem ser motivados para a abstinência ou a adoção de padrões mais razoáveis ao consumo. Para aqueles que possuem dependência de álcool, o encaminhamento para um serviço de tratamento especializado como CAPS II ad, deve ser recomendado. A dependência de álcool acomete de 10% a 12 % da população mundial e 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país, segundo o levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. O álcool, ao lado da dependência de tabaco, é a forma de dependência que recebe maior atenção dos pesquisadores. Muitas características, tais como gênero, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil podem influenciar o uso nocivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência ao álcool.

O padrão de consumo de álcool é um aspecto relevante na avaliação inicial de qualquer paciente. A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar os níveis de gravidade, permitem a observação de rituais de uso e auxiliar no estabelecimento de estratégias de mudanças.

- Intoxicação Aguda

Intoxicação é o uso nocivo de substâncias em quantidade acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas de



euforia leve, evoluindo para tortura, ataxia e incoordenação motora, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma.

- Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos pela CID-10 e pelo DSM-IV, como síndrome de abstinência do álcool. A maioria dos dependentes (70% a 90%) apresenta uma síndrome de abstinência entre leve e moderada, caracterizada por tremores, insônia, agitação e inquietação psicomotora. Que acontece cerca de 24 a 36 horas após a última dose. Apenas medidas de manutenção geral dos sinais vitais são aplicadas nesses casos. Por volta de 5% dos dependentes apresentarão uma síndrome de abstinência grave. Crises convulsivas aparecem em 3% dos casos e geralmente são autolimitadas, não requerendo tratamento específico. O sintoma de abstinência mais comum é o tremor, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. Tem intensidade variável e aparecem algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observados no período da manhã. Acompanham os tremores a hiperatividade autonômica, hipotensão ortostática e febre. Em alguns casos a internação em hospital geral é necessária a fim de evitar iatrogenias, bem como para manejar possíveis complicações durante o tratamento da SAA.

COCAÍNA

A cocaína ressurgiu no cotidiano das pessoas nos últimos 20 anos. Desde então, novos padrões de consumo e apresentações da substância foram introduzidos. O consumo da cocaína atinge hoje todos os estratos sociais. A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial. Sendo que a maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%). A população de usuários é extremamente jovem, variando dos 15 aos 45 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 30 anos.

Por ser um alcalóide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*), planta originária dos altiplanos andinos, a obtenção da cocaína passa por duas etapas e origina diversos subprodutos. O consumo da substância pode dar por qualquer via administração, com rápida e eficaz absorção pelas mucosas oral e nasal e pela via pulmonar. A euforia desencadeada reforça e motiva, na maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo, porém quanto mais rápido o início da ação, quanto maior a sua intensidade e quanto menor a duração, maior será a chance do indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência. Esses fenômenos são todos influenciados pela



via de administração escolhida. Desse modo, a vida de administração é um importante fator de risco para o uso nocivo e para dependência. As complicações relacionadas ao consumo de cocaína são capazes de levar o indivíduo à atenção médica são habitualmente agudas. As complicações psiquiátricas são as que mais levam os usuários de cocaína à buscar ajuda especializada. Quadros agudos de pânico, transtornos depressivos e psicóticos agudos são os mais relatados. O prognóstico dos indivíduos portadores de comorbidades é mais comprometido e aumenta a chance da procura de atendimento médico por estes. Dentre as complicações agudas relacionadas ao consumo de cocaína, a overdose é mais conhecida. Pode ser definida como a falência de um ou mais órgãos decorrentes do uso agudo da substância. Seu mecanismo de ação está relacionado ao excesso de estimulação central e simpática. A overdose de cocaína é uma emergência médica e por isso requer atenção imediata.

MACONHA

A Cannabis sativa é um arbusto da família das maraceae, conhecidos pelo nome de “cânhamo” da Índia, que cresce livremente nas regiões tropicais e temperadas. A maconha é a droga ilícita mais usada mundialmente, e estudos apresentam que 1 em 10 daqueles que usaram maconha na vida se tornaram dependentes.

A Cannabis sativa contém aproximadamente 400 substâncias químicas, entre as quais destacam-se pelo menos 60 alcalóides conhecidos como canabinóides, que são responsáveis pelos seus efeitos psíquicos.

Déficits motores como prejuízo da capacidade para dirigir automóveis e cognitivos como perda de memória de curto prazo, com dificuldade para lembrar eventos, que ocorreram imediatamente após o uso de canábis, costumam acompanhar a intoxicação.

O consumo de maconha pode desencadear quadros temporários de natureza ansiosa, tais como reação de pânico, ou sintomas de natureza psicótica. Ambos habitualmente, respondem bem a abordagens de resseguramento e normalmente não há necessidade de medicação.

A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além de constituir um importante fator desencadeador em indivíduos predispostos. Desse modo, pacientes esquizofrênicos usuários de maconha e seus familiares devem ser orientados acerca dos riscos envolvidos.

SOLVENTES

Com exceção do éter e do clorofórmio, já utilizados como anestésicos gerais, os solventes não possuem qualquer finalidade clínica. Eles são compostos de



hidrocarboneto alifáticos e aromáticos, facilmente voláteis, presentes numa série de produtos, tais como aerossóis, vernizes, tintas, propelentes, cola, esmalte e removedores. No Brasil, os solventes estão entre as drogas mais usadas por estudantes de escolas públicas e entre adolescentes de baixa renda. Trabalhadores da indústria podem apresentar problemas agudos e crônicos decorrentes da exposição à ação de solventes.

Diversos usuários crônicos apresentam quadro neurológicos graves. Doses iniciais trazem ao usuário uma sensação de euforia e desinibição, associada a tinidos e zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa.

Com o prosseguimento do uso, surgem manifestações congruentes com a depressão do SNC: confusão mental, desorientação e possíveis alucinações visuais e auditivas. A terceira etapa acentua a depressão central, com redução do estado de alerta, incoordenação motora e piora das alucinações.

A intoxicação pode atingir níveis ainda mais profundos de depressão, como estado de inconsciência, convulsões, coma e morte.

O quadro seguinte relata os efeitos de intoxicação desencadeados pelo uso das principais drogas utilizadas:



SUBSTÂNCIA	EFEITOS IMEDIATOS	EFEITOS TARDIOS DO CONSUMO CONTÍNUO
Tabaco	Hipertensão (pressão alta), tosse, broncoespasmos, taquicardia, vertigem.	Doenças pulmonares e lesões de orofaringe; Doenças vasculares (infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência vascular em membros e impotência sexual).
Álcool	Diminuição da coordenação motora e do equilíbrio; Hipotensão, parada respiratória, coma e até mesmo a morte.	Fraqueza, câimbras e amortecimento em MMII; Impotência ou frigidez sexual; Perda de memória, diplopia (visão dupla), cirrose hepática (doença no fígado), instabilidade emocional, agressividade extrema e demência irreversível (devido à destruição irreversível de células cerebrais).
Inalantes (Ex: tintas, lacas, colas, gasolina, tiner, solventes, aerossóis, etc...)	Embriaguez, alucinações, diplopia (visão dupla), parada respiratória, coma e morte.	Doenças graves do fígado, rim e sangue (leucemias), e demência irreversível.
Canabinóides (Ex: maconha e haxixe)	Letargia, dificuldade de raciocínio, secura da boca, reações de ansiedade e pânico, agressividade e em alguns casos alucinações.	Impotência sexual ou frigidez, perda de memória, aumento de peso. E pode desencadear transtornos de humor.
Opiáceos (Ex: heroína, morfina, dolantina, etc...)	Confusão mental, alucinações, delírios, euforia, agitação psicomotora, convulsões, parada respiratória por inibição dos Centros Respiratórios e, se não houver assistência terapêutica rápida, a morte	Cólicas abdominais, anorexia, desnutrição, intestino preso, impotência ou frigidez sexual, esterilidade, demência, confusão e doenças infecto-contagiosas.
Anfetaminas (Ex: Ecstasy); Cocaína/Crack	Secura da boca, inibição da fome, suores, febre, hipertensão (pressão alta), arritmias cardíacas, irritabilidade, euforia, agressividade, tremores e convulsões, delírios e alucinações.	Emagrecimento, irritabilidade, delírios paranóides (sensação de ser perseguido por organizações secretas, etc.) e transtornos do humor. A perfuração do septo nasal é uma complicação típica do consumo inalado de cocaína. A exaustão contínua pode provocar desidratação, problemas cardíacos, renais e até mesmo a morte
Medicamentos Benzodiazepinas (Ex: Diazepam, Alprazolam, Midazolam)	Diminuição da ansiedade e da coordenação motora, do equilíbrio, hipotensão (pressão baixa) e bradicárdia,	Emagrecimento, ansiedade, irritabilidade e agressividade, grande labilidade emocional, depressão, parada respiratória e morte.
Alucinogênicos (ex.: LSD)	Quadros delirantes e alucinantes que podem ser prazerosos ou "uma má viagem" / "bad trip" em que o consumidor tem sensação intensa de pânico que podem durar até cerca de 2 dias. Estas reações descontroladas provocam ocasionalmente acidentes que podem ser mortais.	Crises psicóticas com delírios e alucinações Flash-backs ou períodos efêmeros nos quais o ex-consumidor volta a sentir os efeitos do consumo até um ano depois de deixar de consumir.

FONTE: VERNETIKIDES et al. 2002.

- Programa redução de danos

A Política de Redução de Danos é uma estratégia da Saúde Pública que busca minimizar as conseqüências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo (BRASIL, 2003).



Acredita-se que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Destarte, desenvolver ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação voltados aos usuários de drogas e suas famílias devem ser viabilizados e garantidos (BRASIL, 2003).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida. A redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

1.1.1.2 - PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DO SETOR DE QUALIDADE (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

Implantaremos nas unidades de saúde por ela administrada o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP-L).

O Setor de Qualidade deve assegurar a melhoria da gestão dos serviços de saúde, por meio do planejamento, implementação, monitoramento, avaliação dos seguintes temas:

1. Gestão Estratégica – Planejamento e Desempenho
2. Segurança Assistencial (protocolos, classificação e monitoramento dos riscos, notificação de eventos e programas de segurança)
3. Gestão do SAU – Serviços de Atendimento aos Usuários
4. Gestão dos Processos (mapeamento, documentação e indicadores)
5. Programas de Auditorias e Certificações



O Setor tem por finalidade:

- Inserir o tema Qualidade e Segurança do Paciente no Planejamento Estratégico da Unidade;
- Adotar as diretrizes e modelos corporativos;
- Contribuir para melhorias na metodologia de gestão;
- Implementar os Programas de Excelência;
- Estabelecer planos de ações para adoção do Programa Nacional de Segurança do Paciente;
- Implementar a melhoria da qualidade na gestão de Serviços de Saúde com vistas à acreditação;
- Estabelecer planos de ações para o cumprimento dos Objetivos e Metas Estratégicas definidas pela Sede.

- Programa de Segurança do Paciente (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

Existe hoje uma vasta literatura sobre Segurança do Paciente, com revistas científicas como “BMJ Quality and Safety”, e diversos trabalhos multicêntricos. Todos usam a nomenclatura internacional proposta pela OMS. Em 2009 a Organização Mundial de Saúde publicou um relatório com uma recomendação de classificação dos eventos adversos relacionados aos cuidados de saúde.

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente convocou um grupo de expertises para iniciar e levar adiante um trabalho de estabelecer, definir, harmonizar os conceitos de grupos de segurança do paciente; em uma classificação acordada internacionalmente, de forma a possibilitar uma aprendizagem e melhorar a segurança do paciente entre os sistemas.

O objetivo da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente é permitir a categorização de paciente, informações de segurança usando conjuntos padronizados de conceitos com definições acordadas, condições preferenciais e as relações entre eles baseando-se em uma ontologia de domínio explícito (por exemplo, a segurança do paciente). Os ICPS são projetados para ser uma verdadeira convergência de percepções internacionais das principais questões relacionadas com a segurança do paciente, a fim de facilitar a descrição, comparação, medição de monitorização, análise e interpretação de informações para melhorar a assistência.

Classificar e organizar a informação de maneira padronizada facilita o tratamento dos processos que demonstram maior quantidade de desvio do resultado esperado.



- Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

Atendendo às recomendações do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente tem como objetivo principal estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Instituição, incluídas ações de controle sanitário e regulamentação, imprescindíveis para identificar precocemente a ocorrência de eventos que afetam a segurança do paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de cada unidade será constituída por representantes dos setores de Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Radiologia, Nutrição, Qualidade, Fisioterapia e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A Diretoria Técnica e Clínica participa prestando assessoria ao Núcleo.

A atuação se dará em áreas como: prevenção de infecções; procedimentos cirúrgicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas e úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

São atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente: Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente; Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente; Identificar pontos críticos para a segurança do paciente; Aprovar e implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores; Definir políticas, diretrizes e estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde; Elaborar e viabilizar junto à Administração a implementação de ações para instituir sistemas mais seguros.

Depois de implantado o Núcleo, a equipe terá prazo estipulado para definir protocolos e pensar estratégias de funcionamento, visando a segurança do paciente e a prevenção de riscos futuros.

- Implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

Os protocolos desenvolvidos visam orientar profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde. Além deles, o programa criou Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, tanto públicos como particulares, e prevê a notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente, bem



como a chamada pública do setor produtivo da saúde para apresentação de medidas de ampliação da segurança dos pacientes em serviços de saúde.

Os protocolos e seus objetivos:

O Protocolo de Identificação do Paciente tem a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

Já o Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão visa a prevenir a ocorrência dessa e de outras lesões da pele, visto que é uma das consequências mais comuns da longa permanência em hospitais. Sua incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, entre eles, idade avançada e restrição ao leito.

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de Medicamentos objetiva a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde. Segundo o protocolo, estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de sete mil mortes por ano nos Estados Unidos, acarretando custos tangíveis e intangíveis.

O Protocolo para Cirurgia Segura diz respeito ao estabelecimento de medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.

O Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde aborda informações sobre a instituição e promoção da higiene das mãos nos serviços de saúde do país. Seu intuito é prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

A sexta e última norma, o Protocolo de Prevenção de Quedas tem como meta reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

- Implantação do Gerenciamento de Riscos (A ser desenvolvido em Gestão Compartilhada com o município)

Garantir a Segurança dos pacientes é uma preocupação e um movimento mundial. Instituiremos nossa Política de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente que pressupõe uma série de ações que visam à identificação, prevenção,