



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Capítulo V – Da duração e funcionamento da Comissão de Humanização

ART.17º - A Comissão de Humanização executará suas atividades por prazo indeterminado.

ART.18º - A Comissão de Humanização reunir-se-á, ordinariamente, na última quinta feira de cada mês, e extraordinariamente sempre que deliberado pelo Grupo, por convocação da Presidência.

Capítulo VI – Das disposições finais

ART.19º - Os casos omissos serão resolvidos em reunião da Comissão de Humanização.

ART.20º - Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação

c. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I – DOS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º. - A Comissão de Revisão de Óbitos (CRO) tem o objetivo de analisar os óbitos ocorridos especialmente os ocorridos em situações especiais ou inesperadas. Com base nos dados fornecidos pelo SAME e os obtidos por esta Comissão, serão encaminhadas à Diretoria Clínica sugestões para eventuais adequações ou investimentos em determinadas áreas.

Art. 2º - A CRO será nomeada pelo Diretor Técnico da UPA Francisco Morato.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO

Art. 3º. A CRO é composta de no mínimo 03 (três) membros do Corpo Clínico, indicados pela Diretoria Clínica. Um deles será eleito coordenador pelos outros membros desta Comissão.

Art. 4º. A duração do mandato será coincidente com o mandato do Diretor Clínico;

Art. 5º. A CRO avaliará a totalidade dos óbitos e os laudos necroscópicos quando existirem;



INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Art. 6º. Os relatórios elaborados pela CRO serão enviados ao Diretor Clínico e à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º. Os óbitos ocorridos no Hospital serão compilados pelo SAME e encaminhados à CRO. Mensalmente os óbitos serão distribuídos para análise aos membros da comissão e preenchimento de formulário próprio.

Art. 8º. Os formulários serão arquivados na Secretaria da Comissão e os dados obtidos serão analisados estatisticamente.

Art. 9º. As reuniões ordinárias serão mensais. Nestas reuniões serão elaborados relatórios com as atividades e os resultados obtidos por esta Comissão.

Art. 10º. A CRO poderá ser acionada a qualquer momento pela Diretoria Clínica, pela Diretoria Técnica, Diretoria Geral, por qualquer membro do corpo assistencial da UPA Francisco Morato e por parentes de pacientes que tenham vindo a falecer. Neste caso o coordenador convocará uma reunião com os demais membros para definir atuações.

Parágrafo Único: As conclusões da CRO seguem a legislação pertinente quanto o sigilo médico.

Art. 11º. A CRO não tem característica julgadora. Suas análises e conclusões serão levadas à Diretoria Clínica que decidirá qual encaminhamento será dado.

Art. 12º. As reuniões serão registradas em ata.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

Art. 13º. Casos omissos surgidos após aplicação do deste Regimento Interno serão encaminhados, acompanhados de parecer da CRO, ao Diretor Técnico da UPA Francisco Morato.

Art. 14º. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica da UPA Francisco Morato.

d. COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

REGIMENTO INTERNO DA CCIH

CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º. A Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) da UPA de Referência vinculada à Diretoria Técnica, de acordo com a lei federal nº 9.431 de 06.01.1997, desenvolve ações deliberada e sistematicamente com vistas a redução máxima possível da incidência e a gravidade das infecções hospitalares.

Art. 2º. - De caráter técnico científico, permanente e que tem por finalidade formular e programar uma política institucional para qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

CAPÍTULO II – DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA CCIH

Art. 3º - A CCIH será constituída por profissionais de saúde formalmente designados pela direção da UPA Francisco Morato. Terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes efetivos e um número variável de membros ligados à assessoria técnica.

§1º. A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

§2º. Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

§3º. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção da UPA Francisco Morato.

§4º. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ✓ Serviço médico;
- ✓ Serviço de enfermagem;
- ✓ Serviço de farmácia;
- ✓ Laboratório;
- ✓ Administração.

6. Dos Serviços de Limpeza

§5º. - As indicações deverão recair preferencialmente em profissionais com reconhecida experiência em sistema de informação de medicamentos, comissões e áreas de apoio hospitalar, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e Administração.

Art. 4º. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

§1º. Um dos membros executores deve preferencialmente ser um enfermeiro.

§2º. A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos.

CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CCIH da UPA Francisco Morato deverá elaborar, implantar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

§1º. Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;

§2º. Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

§3º. Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

§4º. Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- §5°. Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- §6°. Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- §7°. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores da UPA Francisco Morato, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- §8°. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- §9°. Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
- §10°. Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- §11°. Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- §12°. Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- §13°. Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Art. 8º. Casos omissos surgidos após aplicação do presente Regimento Interno serão encaminhados e acompanhados de parecer da CCIH ao Diretor Técnico da UPA Francisco Morato;

Art. 9º. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica;UPA

Art. 10º. As resoluções da CCIH terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico;

Art. 11º. O presente Regulamento Interno poderá ser alterado mediante proposta da maioria absoluta dos integrantes da **CCIH**, encaminhada ao Presidente da mesma, devendo entrar em vigência após aprovação do Diretor Técnico.

e. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (CAPM)

REGIMENTO INTERNO DA CAPM

CAPITULO I – DAS ATRIBUIÇÕES:

Paragrafo Único. As atividades desenvolvidas assessoram o Diretor Técnico na atribuição de estabelecer Normas e Rotinas para avaliar a qualidade dos prontuários, fichas de atendimentos médicos e demais documentos pertinentes, qualificando-os de modo permanente.

Art 1. É atribuição desta Comissão a revisão e avaliação dos prontuários e fichas de atendimentos, durante o período de atendimento e após as altas, bem como, os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

Art 2. Cabe aos membros da Comissão devolver os prontuários/ fichas de atendimentos médicos aos chefes de Serviços para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso;

Art 3. A Comissão deverá recomendar formulários e sistemas para qualificação das informações,

Art 4. A Comissão deve criar estratégias para orientação permanente da equipe visando garantir prontuário médico e fichas de atendimentos de qualidade;

Art 5. Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos nos serviços priorizando suas práticas;

Art 6. Revisar todos os prontuários glosados e, por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos: quanto à clareza e legibilidade; quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese; diagnóstico provável e definitivo; segmento e continuidade das prescrições; temporalidade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais; forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica; verificação do seguimento e atendimento de enfermagem; verificação de ultrapassagem ou antecipação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Diretor Técnico, sobre tais ocorrências.

CAPITULO I – DA COMPOSIÇÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO:

Art 7. A composição da comissão contará, minimamente, com: Médico Clínico, Representante da Comissão de Controle de Infecção e, eletivamente, conforme necessidade, representante da equipe administrativa e/ou Farmácia, e/ou de Tecnologia da Informação.

Art 8. As reuniões terão frequência mensal de forma ordinária, podendo ocorrer reuniões de forma extraordinária a qualquer momento; sempre acompanhado de pela Direção, sendo sempre confeccionado Atas de reuniões.

IV - CAPÍTULO DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 7º Os casos omissos surgidos após a aplicação deste Regimento Interno serão encaminhados, acompanhados de parecer da CAPM, ao Diretor Técnico.



Art. 8º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica da UPA Francisco Morato.

22. IMPLANTAÇÃO DE NOVAS COMISSÕES E INICIATIVAS (INCREMENTO DE QUALIDADE):

a. GRUPO DE QUALIFICAÇÃO DO CURATIVO

O INAPP propõe a constituição do Grupo de Curativo devido a necessidade de desenvolver atividades de apoio técnico assistencial e de educação permanente junto aos profissionais de saúde que realizam o atendimento às pessoas portadoras de feridas.

O Grupo de Curativo tem como objetivo organizar e qualificar a assistência longitudinal dos portadores de úlceras crônicas e tem como principais atribuições:

- a) Padronizar abordagens e condutas para que se possam obter resultados significativos, tornando os serviços de saúde acolhedores e resolutivos;
- b) Sistematizar as orientações de uso de produtos de acordo com Protocolos e Manuais;
- c) Oferecer/articular capacitações necessárias aos profissionais para aprimorar conceitos e aplicações das técnicas utilizadas no tratamento das úlceras crônicas;
- d) Acompanhar a evolução terapêutica dos casos em tratamento segundo preconização do Grupo de Curativos;
- e) Atualizar continuamente os profissionais envolvidos no processo;
- f) Promover divulgação dos casos acompanhados.

O Grupo de Curativos é acionado pelo enfermeiro responsável de cada unidade, onde o paciente que apresenta algum tipo de lesão, ferida ou úlcera conta com apoio de equipe multiprofissional que compõe a equipe de saúde.

O Grupo deverá reunir-se periodicamente, com data, local e horário, previamente definidos e informados pela Gerência de Enfermagem, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais. As reuniões deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e

hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

b. PLANO DE SUSTENTABILIDADE E DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE

i. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE (PGRSS)

OBJETIVOS DO PGRSS:

O gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde - RSS é um conjunto de procedimentos de gestão ambiental, planejados e implementados à partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais; com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, o encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

CARACTERIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO:

O processo deve abranger todas as etapas de planejamento desde os recursos físicos, materiais até a capacitação e treinamento dos recursos humanos envolvidos direta ou indiretamente no manejo de RSS.

A preocupação com a questão ambiental torna o gerenciamento de resíduos um processo de extrema importância na preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente. A gestão integrada de resíduos deve **priorizar a não geração, a minimização da geração e o reaproveitamento dos resíduos**, a fim de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública. A prevenção da geração de resíduos deve ser considerada tanto no âmbito das indústrias como também no âmbito de projetos e processos produtivos, baseada na análise do ciclo de vida dos produtos e na produção limpa, para buscar o desenvolvimento sustentável.

A implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz à minimização de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência, concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesas naturais do receptor.



MARCO LEGAL:

De acordo com a RDC 306/2004 são definidos como geradores de RSS 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 a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento, serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, centro 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. Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

RESPONSABILIDADE PELO RESÍDUO DE SAÚDE:

Os estabelecimentos de serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS por eles gerados, cabendo aos órgãos públicos, dentro de suas competências, a gestão, regulamentação e fiscalização. Embora a responsabilidade direta pelos RSS seja dos estabelecimentos de serviços de saúde, por serem os geradores, pelo princípio da responsabilidade compartilhada, eles se estende a outros atores: ao poder público e às empresas de coleta, tratamento e disposição final. A Constituição Federal, em seu artigo 30, estabelece como competência dos municípios "organizar e prestar, diretamente ou sob o regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo que tem caráter essencial".

No que concerne aos aspectos de biossegurança e prevenção de acidentes - preservando a saúde e o meio ambiente - compete à ANVISA, ao Ministério do Meio Ambiente, ao SISNAMA, com apoio das Vigilâncias Sanitárias dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, bem como aos órgãos de meio ambiente regionais, de limpeza urbana e da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN regulamentar o correto gerenciamento dos RSS, orientar e fiscalizar o cumprimento desta regulamentação (Manual Gerenciamento de Resíduos de Saúde, 2006, Anvisa).

- c. PLANO DE SUSTENTABILIDADE
- d. POLÍTICA E COMPROMETIMENTO AMBIENTAL DO INAPP:

CAPÍTULO I: PRINCÍPIOS

O INAPP constitui-se em uma associação civil, de natureza filantrópica, reconhecida como entidade de utilidade pública Federal, Estadual e Municipal, e se fundamenta nos seguintes princípios de sustentabilidade para todas as atividades relativas aos seus produtos e serviços.

- a) Agregar valor a instituição e ao meio ambiente, por meio da implantação do Plano de Sustentabilidade Corporativo, com foco na redução do consumo e dos riscos e impactos ambientais associados aos processos de produção;
- b) Fortalecer a cultura organizacional voltada a Sustentabilidade;
- c) Usar racionalmente os recursos naturais, prevenir e mitigar a poluição;
- d) Desenvolver iniciativas estratégicas de implantação de projetos socioambientais que contribuam com o desenvolvimento socioambiental das comunidades e dos profissionais dos serviços de saúde.

A partir da instituição desta política no serviço, o INAPP, em acordo com sua missão, se compromete a desenvolver suas atividades e/ou serviços utilizando racionalmente os recursos naturais disponíveis de forma a garantir às gerações futuras o direito ao meio ambiente saudável e sustentável. Para isso se compromete a:

- ✓ Buscar o desenvolvimento de prestação de serviços na área de assistência integral à saúde, visando reduzir ao máximo a geração de resíduos e minimizando os impactos ao meio ambiente e a saúde;
- ✓ Atender às legislações, regulamentações, leis, normas e procedimentos ambientais vigentes, de forma a garantir a saúde, segurança e qualidade ao público interno e externo, ao meio ambiente e às comunidades;
- ✓ Executar projetos de implantação e operação de equipamentos de saúde que garantam a proteção do capital e recursos naturais locais;
- ✓ Priorizar o uso de materiais que sejam preferencialmente compostos por matéria-prima reciclável e biodegradável e isentos de substâncias tóxicas;





INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ✓ Priorizar a utilização de Tintas e Colas com baixo índice de Compostos Orgânicos Voláteis (COV);
- ✓ Priorizar a compra de produtos provenientes de fontes recicláveis e/ou renováveis e equipamentos com selo de eficiência energética;
- ✓ Usar racionalmente os recursos naturais como: água, energia e papel;
- ✓ Manter e monitorar o Plano de Sustentabilidade Corporativa, com foco prioritário no Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS;
- ✓ Estimular os fornecedores e empresas prestadoras de serviços a aderirem a melhores práticas ambientais;
- ✓ Desenvolver projetos socioambientais voltados às comunidades e escolas direta e indiretamente relacionadas aos equipamentos de saúde e aos colaboradores.

2. OBJETIVO GERAL:

Implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS, atendendo ao preconizado as normativas e legislações ambientais no âmbito Federal, Estadual e Municipal, baseados nos princípios da sustentabilidade e visando a promoção de saúde, segurança e qualidade ambiental.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Realizar o diagnóstico Ambiental Inicial: que consiste em realizar uma análise dos impactos ambientais associados às atividades, produtos e serviços, considerando os requisitos legais e regulamentos relacionados à área e natureza de atuação dos serviços às práticas e procedimentos já existentes, informações e investigação de incidentes envolvendo não conformidades e atividades de outros sistemas organizacionais que possam facilitar ou prejudicar o desempenho ambiental;
- ✓ Constituir uma Comissão de Sustentabilidade composta por equipe multidisciplinar sendo obrigatória a participação de pelo menos um representante de cada categoria profissional;
- ✓ Definir o Responsável Técnico pelo PGRSS, que deve ser preferencialmente o profissional Responsável Técnico pelo serviço, ou outro designado por este para representá-lo em caso de auditorias e necessidades de maiores esclarecimentos sobre o plano;
- ✓ Identificar os aspectos e impactos ambientais reais e potenciais, positivos e negativos e avaliá-los por grau de importância de forma a subsidiar a construção do plano de ações;

- ✓ Definir objetivos e metas mensuráveis e que subsidiem a consolidação dos dados de indicadores, conforme preconizado pela Anvisa;
- ✓ Realizar as ações de readequação de procedimentos de manejo, segregação, manuseio, transporte interno e externo e descarte final dos RSS, respeitando os tipos de resíduos e classes de risco;
- ✓ Acompanhar o cronograma de limpeza de caixas d'água e reservatórios de água e dedetização;
- ✓ Acompanhar e arquivar os resultados das análises de qualidade e potabilidade da água;
- ✓ Acompanhar e arquivar as Fichas de Informação de Segurança de Produtos Químicos – FISPQ;
- ✓ Estabelecer critérios de compras sustentáveis (*que respeitem a cadeia produtiva desde a extração até o descarte final dos produtos*);
- ✓ Estabelecer critérios para contratação de serviços sustentáveis (*fornecedores que respeitem a cadeia produtiva desde a extração até o descarte final dos produtos*);
- ✓ Promover ações de educação permanente sobre o tema para as diversas categorias profissionais, independente do vínculo empregatício;
- ✓ Realizar auditorias internas de acompanhamento dos procedimentos implantados e adequar sempre que necessário.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

De acordo com a RDC 306/2004 item 4.2 compete ao gerados de RSS monitorar e avaliar o PGRSS considerando o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam avaliar a eficácia do PGRSS implantado.

Desta forma o monitoramento dos dados será realizado por meio de:

- ✓ Planilhas padronizadas para quantificação dos dados de resíduos gerados por Classes (ABNT NBR 10.0004/04 e RDC 306/2004) – frequência diária;
- ✓ Relatórios Trimestrais de Resultados com análise crítica dos dados /indicadores e proposição de melhorias, se necessário;
- ✓ Relatório Anual de Indicadores (Anvisa) com base nos seguintes itens:
 - Taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes;





INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes em profissionais dos serviços de higiene e limpeza;
- Variação da geração de resíduos;
- Variação da proporção de Resíduos do Grupo A ;
- Variação da proporção de Resíduos do Grupo B ;
- Variação da proporção de Resíduos do Grupo D ;
- Variação da proporção de Resíduos do Grupo E ;
- Variação do percentual de reciclagem;
- Variação percentual de pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde;
- Variação percentual per capita.

Todos os dados, documentos e informações devem ser arquivados por no mínimo 05 anos, a fim de atender auditorias e fiscalizações.

Informamos aos colaboradores, usuários dos serviços, fornecedores e prestadores de serviços e comunidade do entorno, em períodos pré-determinados sobre os resultados alcançados na adequação aos processos ambientais e remeter a análise crítica a administração visando à melhoria contínua.

b. PLANO DE SUSTENTABILIDADE CORPORATIVA

1. APRESENTAÇÃO DO PLANO DE SUSTENTABILIDADE CORPORATIVA

Na medida em que aumentam as preocupações sociais com a manutenção e melhoria da qualidade do meio ambiente e com a proteção e promoção da saúde humana, organizações de todos os tamanhos e ramos de atividades vêm crescentemente voltando suas atenções para os potenciais impactos ambientais de suas atividades, produtos ou serviços.

Considerando os Serviços de Prestação de Assistência à Saúde como potencial gerador de impactos ambientais e sociais, tem crescido a cada dia as preocupações desta área em desenvolver ações estratégicas, que minimizem os impactos gerados em suas atividades, não apenas considerando o viés relacionado aos Resíduos Perigosos gerados, mas levando em consideração também os impactos sobre o consumo de recursos naturais como água, poluição do ar, consumo de papel, descartáveis e emissão de gases de efeito estufa.

A concepção do Plano de Sustentabilidade Corporativa parte do princípio de que a organização deve estar em condições de controlar os efeitos ambientais e sociais de suas próprias atividades e minimizar sistematicamente os impactos ambientais gerados. A conceituação de desenvolvimento sustentável tem três vertentes fundamentais: **desenvolvimento econômico, justiça social e equilíbrio ecológico.**

Ao encontro com a resposta desta demanda o INAPP prevê a implantação do Plano de Sustentabilidade pautado nos seguintes eixos prioritários: Uso Racional de Recursos Naturais, e, Responsabilidade Socioambiental, visando reduzir e mitigar os passivos socioambientais provenientes de suas atividades e serviços, com excelência e qualidade técnica.

2. OBJETIVO GERAL

Implantar o Plano de Sustentabilidade visando à redução e mitigação dos passivos ambientais provenientes das atividades e serviços realizados e contribuir para o fortalecimento de uma cultura cidadã, voltada à responsabilidade social e ambiental, tendo em vista o beneficiamento de todos os envolvidos no território de influência dos serviços: usuários e profissionais, seus familiares e comunidade.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar o diagnóstico Ambiental Inicial: que consiste em realizar uma análise dos impactos ambientais associados às atividades, produtos e serviços, com foco no uso de recursos naturais como água, energia elétrica, insumos diversos e gases de efeito estufa;
- ✓ Identificar os aspectos e impactos ambientais reais e potenciais, positivos e negativos e avaliá-los por grau de importância de forma a subsidiar a construção do plano de ações;
- ✓ Definir objetivos e metas mensuráveis e que subsidiem a consolidação dos dados em indicadores que apontem o desenvolvimento do processo;
- ✓ Analisar viabilidade de custos de implantação de mecanismos economizadores de água (redutores de vazão, vasos sanitários com descargas econômicas, entre outros);
- ✓ Analisar viabilidade de custos de implantação de mecanismos economizadores de energia (lâmpadas de LED, aquecedores a gás, entre outros);
- ✓ Analisar viabilidade de custos de implantação para uso de papel reciclado para prontuários, receituário médico, entre outros;
- ✓ Analisar viabilidade de alterar o mecanismo de abastecimento dos automóveis da instituição, por alternativas menos poluentes (gasolina por etanol);



- ✓ Realizar a mitigação dos passivos ambientais gerados pelos automóveis da instituição por meio do plantio de árvores nativas;
- ✓ Prever ações de educação permanente para profissionais visando o uso racional de insumos e recursos;
- ✓ Prever ações que estimulem o voluntariado e o envolvimento dos profissionais de saúde em ações que beneficiem de forma direta e indireta os usuários dos serviços, seus familiares e comunidade do entorno;
- ✓ Realizar ações em datas específicas como: Dia Nacional da Doação de Sangue (novembro), Campanha do Agasalho (maio /junho), Campanha de Arrecadação de Roupas e Brinquedos (agosto/setembro), entre outras de acordo com a demanda local.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento será realizado por meio de:

- ✓ Planilhas específicas para uso racional dos recursos naturais que consideram o consumo por tipos de itens selecionados, sua interface com os atendimentos realizados no período, e condições sazonais;
- ✓ Planilhas específicas para Responsabilidade Socioambiental contabilizando as pessoas beneficiadas de forma direta e indireta, e sempre que possível realizar análise qualitativa dos dados (impacto socioambiental).

Os dados devem ser analisados criticamente a cada 03 meses, ou sempre quando necessário, a fim de contribuir com o desenvolvimento e implantação das ações.

e. COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE (CS)

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO, COMPOSIÇÃO E FINALIDADE:

- ✓ A Comissão de Sustentabilidade com o objetivo de elaborar, implantar e desenvolver o PGRSS que deverá ser constituída por uma equipe multidisciplinar envolvendo representantes de todas as categorias profissionais com destaque aos seguintes:
- ✓ Responsável técnico pelo PGRSS;



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ✓ Representante do Setor de higienização e limpeza (independente do vínculo empregatício);
- ✓ Representante do setor de lavanderia (quando couber);
- ✓ Representante do setor de Hotelaria;
- ✓ Representante da Comissão de controle e infecção hospitalar – CCIH;
- ✓ Representante da Comissão de biossegurança (quando houver);
- ✓ Representante do Serviço de Engenharia de Segurança no Trabalho - SESMT;
- ✓ Representante da equipe de enfermagem (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro);
- ✓ Representante da equipe da farmácia, quando couber;
- ✓ Representante da equipe de radiografia e serviços de imagem, quando couber;
- ✓ Demais profissionais envolvidos nos processos de gerenciamento de resíduos e outros que julgar necessário.

c. REGIMENTO INTERNO DA CS – COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE

CAPÍTULO I: DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E FINALIDADES

Art. 1º. A Comissão de Sustentabilidade, denominada CS, reger-se-á por este Regimento Interno e terá tempo de duração indeterminado.

Art. 2º. A CS é designada pela Direção Geral com a finalidade de desenvolver melhorias contínuas nos processos ambientais desta Instituição.

Art. 3º. É objetivo geral da CS a promoção de programas de eliminação de padrões insustentáveis de consumo no âmbito das atividades administrativas e operacionais da UPA Francisco Morato, propondo uma agenda socioambiental como forma de contribuição para o desenvolvimento sustentável.

Parágrafo único. São objetivos específicos da CS:



INAPP

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

- ✓ Propor programas e medidas de incentivo ao uso racional de recursos;
- ✓ Propor programas e medidas de gestão de resíduos sólidos gerados pelo Hospital em atenção aos princípios da Política Nacional de Resíduos Sólidos (lei nº 12.305/2010), RDC 306/2004, Resolução CONAMA 358/2005 e demais normas pertinentes;
- ✓ Indicar critérios objetivos de sustentabilidade socioambiental para os processos de aquisição de bens, obras e contratação de serviços no âmbito da UPA Francisco Morato;
- ✓ Promover campanhas e instrumentos de educação ambiental dirigida aos colaboradores para a consecução dos objetivos do Plano de Sustentabilidade Corporativa;
- ✓ Envolver a equipe multidisciplinar no processo de fomento, articulação e apoio ao planejamento/implantação/monitoramento e melhoria contínua do Plano de Sustentabilidade.

CAPÍTULO II: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º. A comissão será constituída por colaboradores da UPA Francisco Morato e constituirá uma equipe multidisciplinar

§ 1º. A CS terá um Presidente, designado por ato do Diretor, um vice Presidente, 1º secretário e 2º secretário, estes escolhidos, por votação, pelos membros da comissão;

§ 2º. Qualquer colaborador da UPA Francisco Morato poderá candidatar-se para participar da Comissão de Sustentabilidade, desde que de forma voluntária.

§ 3º. O mandato dos membros da Comissão será de até dois anos, prorrogável uma vez por igual período;

Parágrafo único: Além dos membros mencionados no § 1º, a CS poderá solicitar para melhor desempenho de seus trabalhos, colaboradores que participem eventualmente das atividades da Comissão.

CAPÍTULO III: DAS REUNIÕES

Art. 5º. A CS reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, em data a ser previamente acordada pela maioria de seus membros e, extraordinariamente, em qualquer data, quando houver manifestação escrita de algum integrante efetivo ao Presidente, bem como, a critério deste, para discutir assuntos constantes da pauta de cada convocação, enviada a todos os seus integrantes, com antecedência mínima de 3 (três) dias.

§ 1º As reuniões ordinárias e extraordinárias da CS serão realizadas com o quórum mínimo de metade de seus membros, deliberando por maioria simples de votos.

§ 2º Em todas as reuniões ordinárias e extraordinárias da CS será lavrada uma ata pelo 1º secretário.

§ 3º Os membros deverão comunicar e justificar a impossibilidade de comparecer em reuniões, 24 horas antes do seu início, salvo situações excepcionais devidamente justificadas.

§ 4º Acarretará a substituição do membro da CS faltoso, a falta injustificada a 3 (três) reuniões sucessivas ou a 6 (seis)

Art. 6º. A comunicação entre os membros da CS e com terceiros dar preferencialmente, por meio eletrônico, inclusive para fins de convocação de reuniões.

Art. 7º. O membro que não comparecer as reuniões ordinárias por 3 vezes consecutivos ou 6 (cinco) alternativas sem justificativa por escrito, poderá ser excluído da Comissão.

Art. 8º. As resoluções da Comissão serão tomadas com a participação de número mínimo igual à metade mais 01 (um) de seus integrantes em 1ª convocação e em 2ª convocação, quinze minutos após a primeira, com qualquer número de participantes.

CAPÍTULO IV: DAS ATRIBUIÇÕES E ESTABELECIMENTO DAS RESPONSABILIDADES

Art. 9º - São atribuições do Presidente:

- I - Dirigir a CS e representá-la interna e externamente;
- II - Cumprir e fazer cumprir este regimento interno;
- III - Proferir voto de desempate;



- IV - Delegar tarefas específicas aos membros da CS sempre que achar necessário ao bom cumprimento dos seus objetivos;
- V - Coordenar a elaboração, aprovar, e,
- VI - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- VII - Distribuir tarefas entre os membros da Comissão;
- VIII - Representar a Comissão perante os demais órgãos do SPDM/PAIS, subscrevendo seus atos.

Art. 10º - São atribuições do Vice Presidente:

- I - Substituir o Presidente em faltas, licenças, férias e impedimentos;
- II - Executar as tarefas delegadas pelo Presidente;
- III - Informar ao Presidente, bimestralmente, dados referentes às atividades dos grupos de trabalho.

Art. 11º - São atribuições do 1º Secretário:

- I - Substituir o Vice-Presidente em suas faltas, licenças, férias e impedimentos;
- II - Organizar a Secretaria da CS, responsabilizando pela documentação e correspondências;
- III - Lavrar atas das reuniões da CS, distribuindo-as aos demais membros, para ciência, após cada reunião;
- IV - Anotar as presenças e ausências dos membros, comunicando-as ao Presidente para fins de aplicação do art. 5º, § 4º, deste regimento;
- Presidente, para fins de aplicação do art. 5º,
- V - Promover atos de preparação e de execução às atividades da CS;
- VI - Executar as atividades delegadas pelo Presidente.
- VII - Estabelecer a pauta das reuniões.

Art. 12º - São atribuições do 2º Secretário:

- I - Assumir todas as atribuições descritas no artigo 11 na ausência do 1º secretário;

Art. 13º - Aos membros efetivos da Comissão incumbe:

- I - participar das reuniões da Comissão, discutir e deliberar sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;

II – Cumprir este regimento interno e zelar pelos objetivos da Com

III – Participar das atividades da Comissão, mantendo a Presidência informada sobre assuntos que possam potencializar seus resultados;

CAPÍTULO V: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14º - Este regulamento poderá ser modificado por proposição da Direção Geral pelo voto da maioria absoluta

Art. 15º - Todos os documentos recebidos e remetidos pela CS serão arquivados, preferencialmente, em meio digital, na pasta localizada na rede interna;

§ 1º - Os documentos em meio físico deverão ser arquivados em pasta destinada exclusivamente à CS.

§2º Compete ao 1º Secretário manter os arquivos digitais e físicos organizados, atualizados e disponíveis para todos os membros.

Art. 16º. As omissões deste regimento interno serão resolvidas pelo Presidente, cuja decisão deverá ser referendada pela CS, em sua próxima reunião.

Art. 17º. As deliberações da Comissão devem ser sempre realizadas por item específico, por meio de análise técnica dos membros em conjunto, porém obedecendo à área de formação e competência, bem como área de representatividade no serviço, fato este que motivou a equipe a ser composta de forma multiprofissional.

Art. 18º. Este regimento entrará em vigor na data de sua aprovação pelo Diretor Geral;

Art. 19º. Revogam-se as disposições em contrário.



d. NÚCLEO DE QUALIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE:

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação para direcionar as ações voltadas à Segurança do Paciente.

As seis metas têm como objetivo prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos, incidentes que resultem em danos ao paciente como quedas, administração incorreta de medicamentos e erros em procedimentos cirúrgicos nos serviços de saúde públicos e privados, sendo elas:

- ✓ Meta nº 1 - Identificação correta dos pacientes;
- ✓ Meta nº 2 - Comunicação efetiva;
- ✓ Meta nº 3 - Segurança dos medicamentos de alta vigilância;
- ✓ Meta nº 4 - Cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
- ✓ Meta nº 5 - Redução do risco de infecção associado aos cuidados de saúde, e;
- ✓ Meta nº 6 - Redução do risco de lesões ao paciente em decorrência de quedas.

O Ministério da Saúde (MS) lança em abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com vistas a reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde no país.

As ações para a implantação da Segurança do Paciente serão norteadas por protocolos elaborados pelo MS, que abordam os temas: higienização das mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

Os documentos disponíveis pelo MS definem os conceitos relevantes na área da Segurança do Paciente, seguindo a taxonomia de Segurança do Paciente da OMS e as principais estratégias para implementação; que serão seguidos pelo INAPP, por meio da elaboração de protocolos, promoção de processos de capacitação, suporte à implementação de práticas seguras e a criação de um sistema de notificação de eventos adverso.



O Núcleo de Segurança do Paciente age de forma a prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos no atendimento, por meio de reformulação de estratégias preventivas frente à ocorrência de eventos indesejáveis durante a assistência, bem como para elaboração de projetos que subsidie a formação de uma cultura de segurança, minimizando os riscos e garantindo melhor qualidade dos serviços de saúde durante a assistência.

Neste contexto o INAPP estimulará medidas capazes de serem implementadas em diversos ambientes de cuidados com ênfase:

- ✓ Responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação correta de pacientes antes da realização de exames, procedimentos, administração de medicamentos e realização de cuidados;
- ✓ Incentivo ao uso de pelo menos dois indicadores para identidade do paciente na admissão, transferência para outros serviços e antes da prestação de cuidados, na pediatria será indicada a utilização do nome da mãe da criança;
- ✓ Desenvolvimento de protocolos para identificação de pacientes com mesmo nome, identidade desconhecida, confusos, sob efeito de ação medicamentosa;
- ✓ Estímulo a participação do paciente e sua família em todas as fases do processo de identificação e esclarecimento da sua importância;
- ✓ Verificação da integralidade das informações, checagem da identificação, de forma contínua e rotineiramente por todos os profissionais.

Os membros do Núcleo de Segurança do Paciente são indicados pelo Diretor Técnico e o cronograma de reuniões é proposta pelo mesmo, anualmente, podendo ser redefinido sempre que necessário.

e. Acolhimento com Classificação de Risco:

O INAPP dará continuidade ao processo de ACCR com base no Protocolo utilizado e aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de FRANCISCO MORATO. Com base na experiência desenvolvida em parceria com UPA de Franco da Rocha, apresentamos o modelo trabalhado, com base no material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o sistema de Manchester e

revisões periódicas entre equipe e gestão municipal. Em Francisco Morato, pretendemos dar suporte ao mesmo processo.

PROTOCOLO – ACCR

1 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1.1 - DEFINIÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política Nacional de Humanização, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critério de risco.

É um processo dinâmico que consiste em identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, na perspectiva do processo de enfermagem, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

1.2 - INTRODUÇÃO

O Acolhimento já era realizado de forma desordenada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), seguindo, no entanto, a lógica da exclusão, porém ocorrendo uma estratificação.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos locais e momentos da Unidade. Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

☐ Uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário;

2 Mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, os espaços de escuta, trocas e decisões coletivas;

2 Postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissionais da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Neste funcionamento o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se capilariza em inúmeras outras ações que partindo do complexo encontro: sujeito profissional de saúde e sujeito demandante possibilita analisar:

- ✓ A adequação da área física
- ✓ As formas de organização dos serviços de saúde
- ✓ A governabilidade das equipes locais
- ✓ A humanização das relações em serviço
- ✓ Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde
- ✓ O ato da escuta
- ✓ O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

O usuário das UPAs tem a expectativa de acesso rápido ao atendimento médico, porém nossas realidades não têm.

1.3 - OBJETIVOS GERAIS

- ✓ Melhorar a qualidade e promover a Humanização na Unidade de Pronto Atendimento;
- ✓ Garantir a qualidade de assistência aos pacientes de média e baixa complexidade dos pacientes de procura espontânea, com atendimento de especialistas e equipe multidisciplinar capacitado, através de implantação do sistema de classificação de risco, por gravidade, por cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul e excluindo definitivamente a forma burocrática de



entrada por filas e ordem de chegada, mudança do objeto da doença para o doente (sujeito).

1.4 - OBJETIVOS OPERACIONAIS

- ✓ Avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Atendimento, ou seja, construir instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente emergências – condições de risco de perder a vida;
- ✓ Não constituir-se em instrumento de diagnóstico;
- ✓ Determina prioridade de atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a expectativa do paciente e seus familiares e o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Tempo de espera ideal nem sempre pode ser conseguido, mas será estudado para ser alcançado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação, de acordo com a evolução do quadro do paciente durante a espera do atendimento;
- ✓ Diminuir a ocorrência de superlotação com organização do processo de trabalho e adequando o espaço físico do Pronto Atendimento, não se esquecendo de informar os pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera e descongestionar o pronto atendimento;
- ✓ Tornar claro para a comunidade a forma de atendimento nas urgências e emergências;
- ✓ Instituir guia de treinamento das equipes na implantação da Classificação de Risco nas portas de entrada de urgência e emergência;
- ✓ Estabelecer documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência;
- ✓ Reduzir o tempo de atendimento médico e de enfermagem fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com sua gravidade;

- ✓ Determinar área de atendimento inicial devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo. Ex: ortopedia, ambulatorios, etc.;
- ✓ Repetir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe;
- ✓ Compreender os princípios e diretrizes do SUS;
- ✓ Aprender o conceito de acolhimento nas dimensões relacional, técnica, clínica e de cidadania;
- ✓ Promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco;
- ✓ Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços e a construção de envolver equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas;
- ✓ Facilitar a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde;
- ✓ A Humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

1.5 - CRITÉRIOS ADOTADOS PARA O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Os critérios adotados pela nossa Instituição são dados como: sinais vitais, saturação de O₂, escala de dor (anexo 1), escala de Glasgow (anexo 2), glicemia capilar, etc.

1.6 - RESULTADOS DESEJADOS

Com a classificação de risco implantado haja diminuição do risco de mortes evitáveis, extinção da classificação por funcionários não qualificados, priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, obrigatoriamente responsável, com garantia de acesso à rede de atenção, aumento da eficácia do atendimento, redução do tempo de espera, detecção de casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado, diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais e padronização de dados para estudo e planejamento de ações.

