INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

PLANO DE TRABALHO INAPP

UPA FRANCISCO MORATO

CNES 9093931

CHAMAMENTO

CHAMAMENTO PÚBLICO No. 01/2019

PROCESSO No 1144/2019

DATA DE ABERTURA:

11/10/2019 às 09:00 horas

Esta proposta tem validade de 60 dias após apresentação em 11/10/2019

INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

SUMÁRIO:

PLANO DE TRABALHO INAPP 1

UPA FRANCISCO MORATO 1

CNES 9093931 1

CHAMAMENTO 1

CHAMAMENTO PÚBLICO NO. 01/2019 1

PROCESSO NO 1144/2019 1

DATA DE ABERTURA: 1

11/10/2019 ÀS 09:00 HORAS 1

ESTA PROPOSTA TEM VALIDADE DE 60 DIAS APÓS APRESENTAÇÃO EM 11/10/2019 1

1. DADOS CADASTRAIS: 9

2. APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS (INAPP): 10

3. ORGANIZACIONAL: 11

4. REGULARIDADE FORMAL: 11

5. RESPONSABILIDADES TÉCNICAS: 12

6. TECNOLOGIAS EM SAÚDE 13

7. AUDITORIA INTERNA: 15

8. AUDITORIA MÉDICA 15

9. AUDITORIA DE ENFERMAGEM 16

10. ORGANOGRAMA 17

11. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO (SAU) 18

12. SERVIÇO DE OUVIDORIA: 18

13. ROTINAS ADMINISTRATIVAS 19

14. ROTINAS ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA 19

15. ROTINAS RELACIONADAS A PATRIMÔNIO 20

16. OBJETIVO GERAL: 20

A. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 20

17. DETALHAMENTO DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS: 21

18. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS 21

A. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: 21

B. OBSERVAÇÃO CLÍNICA: 22

19. MODELO DE REGIMENTO INTERNO (A SER ADEQUADO NOS TRÊS PRIMEIROS MESES DE IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO): 22

A. REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO 22

B. MARCO LEGAL DO REGIMENTO INTERNO: 30

20. REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA: 32

21. APRESENTAÇÃO DAS COMISSÕES: 39

A. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM) 40

B. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM (CEE): 47

A. COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO: 53

C. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO) 56

D. COMISSÃO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) 58

E. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (CAPM) 62

22. IMPLANTAÇÃO DE NOVAS COMISSÕES E INICIATIVAS (INCREMENTO DE QUALIDADE): 64

A. GRUPO DE QUALIFICAÇÃO DO CURATIVO 64

B. PLANO DE SUSTENTABILIDADE E DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE .. 65

I. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE (PGRSS) 65

C. PLANO DE SUSTENTABILIDADE 67

D. POLÍTICA E COMPROMETIMENTO AMBIENTAL DO INAPP: 67

B. PLANO DE SUSTENTABILIDADE CORPORATIVA 70

E. COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE (CS) 72

C. REGIMENTO INTERNO DA CS – COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE 73

D. NÚCLEO DE QUALIDADE DA SEGURANÇA DO PACIENTE: 78

E. ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: 79

23. TOTEM PARA ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: 136

24. COMISSÃO DE ENSINO E PESQUISA: 136

25. FÓRUM DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: 136

26. FÓRUM DE PARTICIPAÇÃO POPULAR: 136

27. O MODELO DE GESTÃO DE PESSOAS DO INAPP SÃO PRINCÍPIOS, POLÍTICAS E ESTRUTURA. 137

28. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS - CLT 138

29. NORMAS E ROTINAS DO DEPARTAMENTO PESSOAL: 140

30. INCLUSÃO SOCIAL NO TRABALHO 143

31. PROGRAMA DE ACOLHIMENTO HUMANIZADO DE NOVOS PROFISSIONAIS 144

32. POLITICA DE SEGURANÇA NO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES 145

33. COMISSÃO - CIPA 145

34. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE 146

OBJETIVO GERAL 150

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 150

A. DESCRIÇÃO DOS PROCESSOS PARA IMPLANTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DO PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: 151

B. APRESENTAÇÃO DAS LINHAS ESTRATÉGICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: 156

C. EXEMPLIFICAÇÃO DE MODELOS DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: 158

I. REDUÇÃO DE ÓBITOS POR EVENTOS CARDIOVASCULARES COMO SÍNDROME CORONARIANA AGUDA (SCA) E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): 158

II. REDUÇÃO DOS ÓBITOS POR DENGUE E DEMAIS AGRAVOS COM IDENTIFICAÇÃO E MANEJO ADEQUADO DOS CASOS: 158

III. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA (ACLS) 158

IV. SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM CARDIOLOGIA (BLS) 159

V. SUPORTE AVANÇANCADO DE VIDA NO TRAUMA 159

VI. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA (PALS) 160

VII. CURSO DE QUALIDADE NO ATENDIMENTO NO SUS 161

8. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) 161

D. AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE "IN LOCO" 162

E. ATUALIZAÇÃO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA PARA PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA UPA FRANCISCO MORATO 163

F. CAPACITAÇÃO NO PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE 164

G. CAPACITAÇÃO DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO 165

PÚBLICO ALVO: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, RECEPÇÃO E CORPO ASSISTENCIAL. ... 165

H. CURSO BÁSICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 165

CARGA HORÁRIA: 04 HORAS. 166

CRONOGRAMA: A DEFINIR COM A GESTÃO; 166

35. A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA UNIDADE SE DARÁ NA SEGUINTE FORMA (EM CONSONÂNCIA COM O SOLICITADO EM EDITAL): 166

36. RELAÇÃO DE INDICADORES. 167

A. INDICADORES DE ESTRUTURA 167

B. INDICADOR: PERCENTUAL DE NÚMERO DE LEITOS 167

C. INDICADORES DEDESEMPENHO/PRODUÇÃO E SISTEMA DE REPASSE 168

I. INDICADOR: PERCENTUAL DE PACIENTES ENCAMINHADOS PELAS UNIDADES DE ESF/USF 168

II. INDICADOR: PERCENTUAL DE PACIENTES ENCAMINHADOS PELA REGULAÇÃO MÉDICA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU/EQUIVALENTE) OU EQUIVALENTE ATRAVÉS DE SUAS UNIDADES MÓVEIS. 168

III. INDICADOR: EQUIPE MÍNIMA DE PROFISSIONAIS 169

IV. INDICADOR: PROPORÇÃO DE NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA 169

V. DESEMPENHO ASSISTENCIAL 170

1. PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS PELO MÉDICO CONFORME O TEMPO DEFINIDO NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 170

2. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA EMERGÊNCIA 171

3. TAXA DE MORTALIDADE NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA (SALA AMARELA E VERMELHA) 24H 171

D. GESTÃO 172

E. INDICADOR SATISFAÇÃO USUÁRIO 173

37. SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO PROPOSTO PELO EDITAL: 174

38. METAS DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE DESEMPENHO (ANEXO 2B): 174

A. INDICADORES DE DESEMPENHO (%) MÊS 1º. / 12º. 174

I. METAS ATENDIMENTO PRODUÇÃO: 175

II. DESEMPENHO: 175

III. GESTÃO: 176

IV. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO: 176

V. INDICADORES/ METAS TOTAL 176

B. INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO: 176

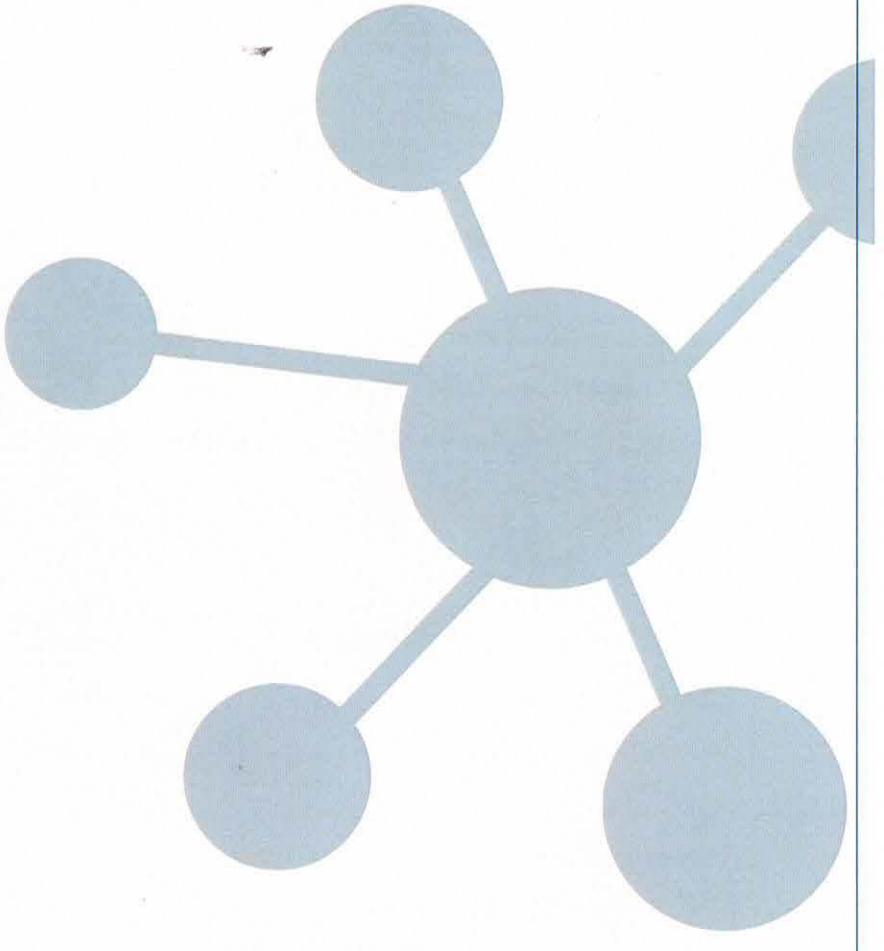
C. INDICADOR DE ASSISTÊNCIA À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: 177

11. DIMENSIONAMENTO / ESTIMATIVA DE CUSTEIO MENSAL: 177

A. EQUIPE TÉCNICA:..... 177

B. EQUIPE MÉDICA: 179

11. PRECIFICAÇÃO, RUBRICAS E CUSTEIO:..... 180



INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

1. DADOS CADASTRAIS:

Nome da entidade proponente				**CNPJ**	
INAPP – Instituto Núcleo de Apoio as Políticas Publicas				08.041.997/0001-30	
Endereço da entidade	**Cidade**	**UF**	**CEP**	**Telefone**	**FAX**
Rua Felicíssimo de Azevedo, 807	Porto Alegre	RS	90.540-110	51-3574.0555	
Conta Corrente	**Banco**		**Agência**	**Praça de Pagamento**	
356-0	104		2216	FRANCISCO MORATO	
Nome do dirigente da entidade proponente		**CPF do dirigente**			
Pedro Dinarte Faleiro		185.802.540-00			
Nome da entidade concedente				**CNPJ**	
Prefeitura Municipal de FRANCISCO MORATO SAME - Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato UPA FRANCISCO MORATO				**CNPJ SAME:** 59.045.351/0001-61 **CNPJ Prefeitura:** 46.523.072/0001-14	
Endereço da entidade					
SAME - Rua Avaré, nº 152 – Bairro Parque Paulista – Francisco Morato/ SP					
Cidade		**UF**	**CEP**	**Telefone**	**FAX**
FRANCISCO MORATO		SP	07904-080	(11) 4488-3322	

Nome do dirigente da entidade concedente	**CPF do dirigente**	
Renata Torres de Sene (prefeita) Marcelo Simões (Superintendente de Saúde)	Não consta no edital	

INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

2. APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS (INAPP):

O Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas (INAPP) nasceu em 2006, com o intuito de participar ativamente, enquanto sociedade civil organizada, na manutenção e desenvolvimento de politicas públicas promotoras e protetivas dos direitos básicos dos cidadãos.

O principal objetivo do Instituto é fomentar parcerias junto ao poder público e instituições de caráter privado, no sentido de desenvolver boas práticas e trabalhos de sucesso junto à rede de serviços voltados às populações vulneráveis e em risco, em nível nacional.

O Instituto possui como prerrogativa, a manutenção de associados, referências técnicas e operacionais, que asseguram continuamente a qualidade de suas propostas e projetos. A cada novo projeto, o INAPP propõe a qualificação e a humanização dos processos de trabalho, e o consequente desenvolvimento de conhecimentos técnico-científicos derivados de tal atuação.

O INAPP possui como missão "apoiar a gestão de políticas públicas, por meio do gerenciamento de programas e projetos de assistência social, saúde e educação, de modo interdisciplinar, intersetorial e colaborativo aos setores de esporte, cultura e lazer, na logica de redes de atenção. O Instituto é comprometido a atuar eticamente e de forma sustentável, visando fortalecer ações de desenvolvimento de populações vulneráveis e em risco, em direção a consolidação da cidadania".

Para além da assistência e apoio à consolidação de politicas publicas, é parte da visão do INAPP seu papel estratégico de educador social, disponibilizando o know-how adquirido na gestão de serviços públicos para população em geral, no formato de cursos, treinamentos e atualizações nas áreas de saúde, educação, assistência social, gerenciamento de serviços e projetos, avaliação de competências, desenvolvimento de lideranças, etc.

O modus operandi do Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas (INAPP) conta com a promoção de uma cultura de constante aprendizagem e revisão dinâmica de papéis e responsabilidades no interior de seu próprio processo de trabalho, visando capacidade de adequação, flexibilização e maior eficácia do mesmo às mais diversas

realidades, às quais vem no bojo de um país de dimensões continentais como o Brasil, cujos serviços devem se adequar às diferentes situações e perfis populacionais.

Considerando que as políticas direcionam a organização e execução dos serviços para níveis descentralizados de gestão, o INAPP tem como diretriz a adaptação e elaboração de novas metodologias de modo customizado aos diversos atores sociais, territórios e suas especificidades geográficas, populacionais, culturais etc.

A diretriz da descentralização, quando associada à da participação e controle social, fundamentam as práticas do Instituto nas parcerias com o gestor público e inserem o desafio desta permanente adequação e (re)enquadre de processos e pessoas, em espiral ascendente de maturidade e desenvolvimento da equipe gestora, técnica e operacional.

3. **ORGANIZACIONAL:**

O INAPP atualmente se vale da seguinte estrutura organizacional:

- Presidência;
- Direção Técnica, Direção Contábil, Direção Jurídica;
- Assessoria de imprensa e Comunicação Institucional;
- Setor de Compras e contratos com fornecedores;

Todos os membros do corpo Diretor do INAPP possuem mais de 10 anos de prática e atuação em convênios e contratos de gestão em parceria com prefeituras e estados. A vocação do Instituto é traduzir a união de esforços de seus membros para incrementar qualidade nos serviços e programas assistenciais vinculados às prefeituras, aos estados e ao governo federal.

4. Regularidade Formal:

O INAPP atua em conformidade com a legislação pertinente, com disposição de toda a documentação exigida pelas normas legais, a saber:

- ✓ Documentações Jurídicas: Estatuto, Atas, contratos e termos aditivos;
- ✓ Documentações Fiscais: Comprovação da regularidade junto aos órgãos competente governamentais, como as certidões de quitação de FGTS, INSS e Receita Federal, entre outros;

- ✓ Documentações Contábeis: Qualificação econômico-financeira documentos comprobatórios, como balanço patrimonial e certidão negativa de falência, entre outros;
- ✓ Documentações Técnica: Requisitos exigidos pela Vigilância Sanitária para garantir da qualidade:
- ✓ Autorização de Funcionamento de Empresa;
- ✓ Licença de Funcionamento Estadual/ Municipal;
- ✓ Licença de Funcionamento do Corpo de Bombeiros / Brigada de Incêndios;
- ✓ Relatório de Inspeção emitido pela VISA local;
- ✓ Autorização de Funcionamento e a Licença de Funcionamento setor de Imagens (material radioativo);
- ✓ Autorização de Funcionamento e a Licença de Funcionamento setor de Medicamentos (Farmácia);
- ✓ Licença de Funcionamento - Alvará Sanitário vigente expedido pela vigilância sanitária estadual, municipal (Lavanderia Hospitalar) possuindo como princípio básico em sua área física dois ambientes isolados: área suja ou contaminada – para recebimento e lavagem da roupa suja e a área limpa – para tratamento da roupa (vide Resolução RDC nº 50/2002);
- ✓ Licença de Funcionamento - Serviço de Higiene e Limpeza de Serviços de Saúde;
- ✓ Licença de Funcionamento - Alvará Sanitário vigente expedido pela vigilância sanitária estadual, municipal (Serviço de Nutrição e Dietética - Hospitalar);
- ✓ Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional –PCMSO.
- ✓ Programa de Prevenção de Riscos Ambientais- PPRA.
- ✓ Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde- PGRSS.
- ✓ Eventuais documentações exigidas com a Legislação Ambiental local.

5. Responsabilidades Técnicas:
   - Médico Responsável técnico;
   - Enfermeiro Responsável técnico;
   - Farmacêutico Responsável técnico;
   - Nutricionista Responsável técnico;

- Fisioterapeuta Responsável técnico;
- Assistente Social Responsável técnico;
- Psicólogo Responsável Técnico.
- Dentre outros a partir de atribuições específicas, a depender do serviço em questão. No caso da UPA faz-se necessário: médico, enfermeiro e farmacêutico.

6. Tecnologias em Saúde

O Plano de Gerenciamento de Tecnologia em Saúde do INAPP para a UPA FRANCISCO MORATO está em consonância com a normatização prevista pela RDC/Anvisa n. 02/10, considerando o conjunto de procedimentos de gestão, planejando e implementado a partir de bases científicas e técnicas, normativas, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e em alguns casos o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, junto a UPA FRANCISCO MORATO.

O Plano de Gerenciamento de Tecnologias em Saúde proposto pelo INAPP contempla módulos de marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), sistema de custos, prontuário do paciente, serviços de apoio e relatórios assistenciais gerenciais.

As características funcionais do sistema de gestão da unidade hospitalar contam com:

- ✓ Funcionalidades de registro eletrônico em saúde compreendendo o aspecto clínico, operacional, administrativo e gerencial, desde a recepção do paciente na unidade até seu encaminhamento ou alta, observando o disposto em resolução CFM 1.638/2002;
- ✓ Solução compatível com os padrões institucionais do Ministério da Saúde, no que tange a tabelas, tipos de dados e informações compulsórias, além das interfaces com os sistemas nacionais de processamento de informações em saúde;
- ✓ Funcionalidades para as atividades de recepção, registro, internação, urgência e emergência, centro cirúrgico, postos de enfermagem, SADT, faturamento SUS, farmácia e almoxarifado;
- ✓ Sistema de Gestão de Material desde ao recebimento, armazenamento e gestão de estoques;
- ✓ Sistema de BI com direcionamento para gestão da unidade com análise de informações em saúde, possibilitando a avaliação e comparação de indicadores de saúde, como morbidade,

produtividade e gestão de recursos, consolidando informações geradas pelos módulos assistenciais implantados nas unidades.

Caso haja um sistema que seja utilizado atualmente e esteja atendendo a demanda da instituição poderá ser mantido após validação da equipe técnica do INAPP e equipe da Secretaria.

Será garantida a instalação da rede lógica (estruturada) e elétrica para informática, bem como a aquisição de microcomputadores, servidor, impressoras, ativos de rede (swith), rede wireless, link de comunicação de dados, sistema de gestão hospitalar, objetivando o pleno funcionamento da informatização na UPA FRANCISCO MORATO.

Além do sistema será prevista posteriormente a infraestrutura de manutenção, considerado os seguintes pressupostos:

- ✓ Suporte para Servidor principal do sistema operacional, de arquivo e aplicativo;
- ✓ Todos os desktops e notebooks existentes, no que se refere as instalações de sistema operacional e aplicativos, a recuperação de sistema operacional (quando necessário), a instalação de aplicativos homologados pela TI do INAPP, a instalação de software antivírus homologados pela TI do INAPP, a instalação de drives de impressora, e hardware das estações;
- ✓ Suporte as conexões remotas quando necessário;
- ✓ Apoio na logística de atendimento, fornecendo suporte aos atendentes com relação aos procedimentos de operação do sistema gerador;
- ✓ Apoio às áreas afins (atendimento, administração) com relação a dúvidas básicas de utilização do sistema gestor;
- ✓ Suporte aos servidores de arquivos existentes, verificações, correções, instalação de módulos adicionais e atualizações;
- ✓ Suporte ao servidor de internet, verificações, correções, instalação de módulos adicionais e atualizações;

- ✓ Suporte do Firewall para acesso a internet, incluindo atualizações, manutenção preventiva ou reinstalações, criptografia e acesso remoto;
- ✓ Monitoramento remoto dos servidores para análise de desempenho e logs.

7. Auditoria Interna:

O INAPP apresenta a seguinte Instrução de Trabalho com a finalidade de estabelecer as regras que nortearão a Auditoria Interna para a UPA FRANCISCO MORATO.

Referências: Resolução CFM nº 1.614/2001, de 8 fev 2001 e Resolução COFEN nº 266/2001, de 05 out 2001

Responsabilidades: A responsabilidade pela execução desta Instrução de Trabalho é do Coordenador do Projeto do INAPP e de cada colaborador participante das auditorias internas

Descrição: A Auditoria Interna prevê visitas semanais "in loco" para realização de conferência de integral das contas hospitalares, dentre eles materiais, medicamentos, gasoterapias e demais insumos, validando-os de acordo com o que foi efetivamente utilizado durante as respectivas internações hospitalares além da análise das contas ambulatoriais e pronto socorro, por profissional médico e/ou de enfermagem, especializado na área de auditoria.

8. Auditoria Médica

- ✓ Análise de custos e registros em prontuários por alta médica;
- ✓ Análise de informações relacionadas ao paciente (nome, idade, gênero), tipo de internação e diagnóstico.
- ✓ Análise de compatibilidade entre quantidade de honorários cobrados e registros no prontuário de paciente.
- ✓ Análise de compatibilidade entre codificação de produção realizada e registro no SIGTAP.
- ✓ Análise de compatibilidade entre autorizações registradas e exames, medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), hemoterapia, diárias, prorrogações e procedimentos realizados.

- ✓ Confrontação de número de diárias cobradas com os registros de data e horário de entrada, data e horário de saída e horário da alta médica.
- ✓ Verificação sobre valor cobrado de OPME pelo fornecedor (cópia da nota anexada ao prontuário) e o percentual referente à margem de comercialização contratada.
- ✓ Análise do prontuário, em conjunto com o Enfermeiro Auditor, verificando a pertinência das cobranças.
- ✓ Aplicação de glosas de não conformidades, registrando-as nas respectivas contas e comunicação formal ao representante do Conveniado para posterior discussão e justificativa das mesmas.
- ✓ Responsabilização via carimbo (nome e número de registro no CRM), data e assinatura das contas auditadas.

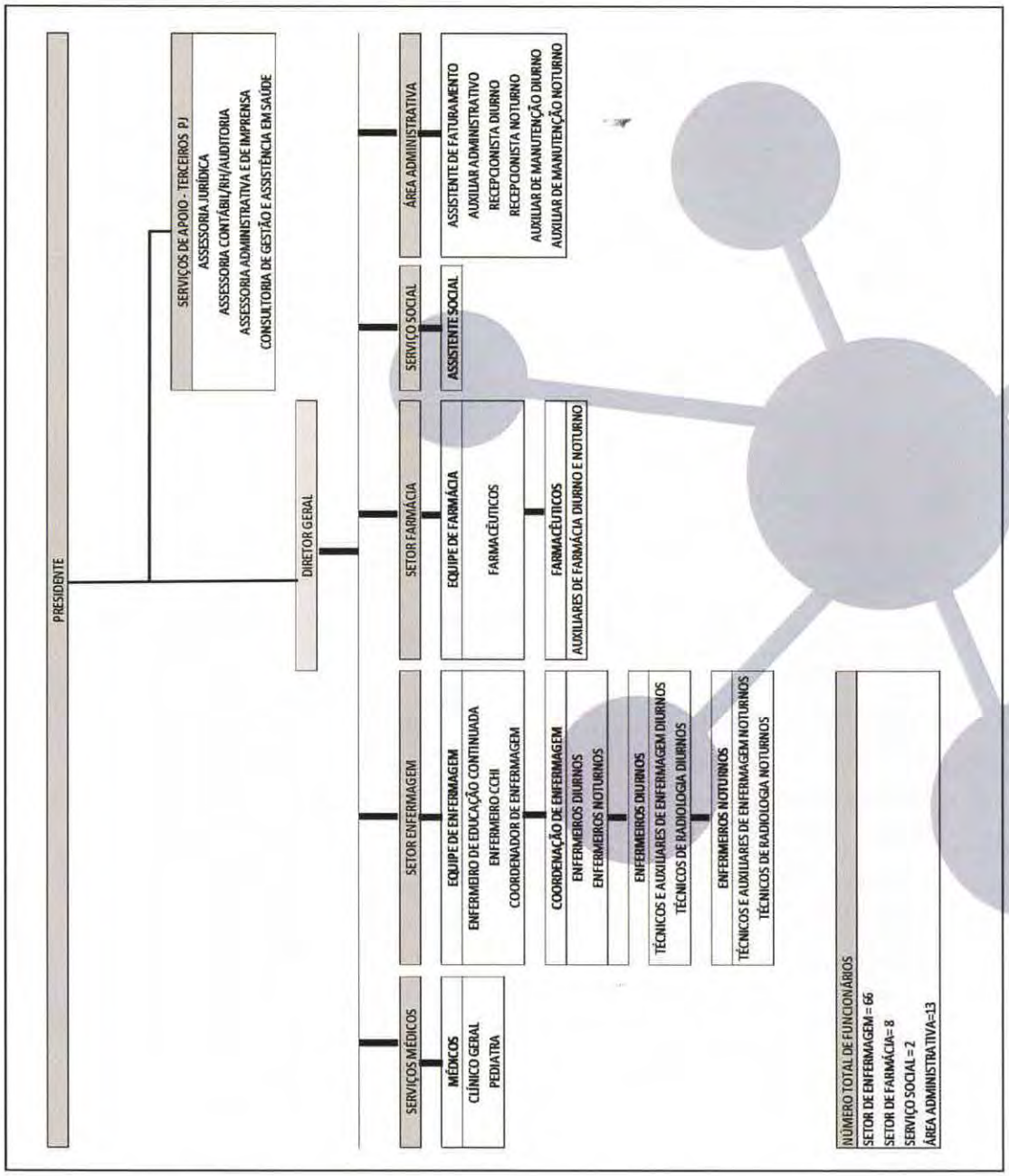
9. Auditoria de Enfermagem

- ✓ Análise da Classificação de Risco realizada através de amostragem de fichas.
- ✓ Análise de custos e registros em prontuários por alta médica.
- ✓ Análise de informações relacionadas ao paciente (nome, idade, gênero), tipo de internação e diagnóstico.
- ✓ Verificação de compatibilidade de materiais e medicamentos são compatíveis com as prescrições.
- ✓ Verificação de checagem de materiais e medicamentos prescritos pela equipe de Enfermagem.
- ✓ Verificação de checagem de prescrição médica e/ou anotação de Enfermagem e uso de equipamentos e materiais de apoio relacionados.
- ✓ Verificação de checagem entre quantidade e dosagem cobrada versus prescrições da medicação, materiais e gasoterapias.
- ✓ Análise de prontuário integrada ao Médico Auditor, verificando a pertinência das cobranças.
- ✓ Responsabilização via carimbo (nome e número de registro no COREN), data e assinatura das contas auditadas.

INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

10. Organograma

Este é o organograma proposto, podendo sofrer alterações conforme avaliação da realidade cotidiana do serviço nos primeiros 3 meses de contrato.



11. Pesquisa de Satisfação do Usuário (SAU)

É realizado o Serviço com pesquisa de satisfação. Trata-se de um instrumento que permite que o paciente e/ou acompanhante emita sua opinião e indique o seu nível de satisfação com o serviço. A pesquisa de satisfação está dividida em dois modelos:

1- Pesquisa de satisfação realizada por um órgão especializado em pesquisa que analisa a qualidade da satisfação do cliente / usuário – periodicidade semestral;

2- Pesquisa de satisfação realizada pela própria Unidade de Atendimento através de questionamento – pesquisa diária – tabulação mensal.

Utilizam-se métodos estatísticos que contemplem indicadores sensíveis o suficiente para direcionar alinhamentos e mudanças nos processos, visando ao melhor atendimento dos usuários.

12. Serviço de Ouvidoria:

A OUVIDORIA é um canal direto entre o cliente / usuário e a Direção da Unidade, que poderão ser reclamações, denúncias, sugestões e informações sobre os serviços oferecidos, dentre outros assuntos. Ressalta-se que tal serviço trabalha com sigilo, preservando nomes, assuntos dentre outros, preservando a integridade de todos que fazem parte do contexto. Da rotina proposta:

DIARIAMENTE

• Realizar atendimento presencial ou por telefone, que são queixas, reclamações, denuncias, sugestões e informações, com registro em documento próprio;

• 100% das demandas são apuradas e encaminhadas para Direção Geral para ser tomadas providências cabíveis, dando ao cidadão resposta a manifestação apresentada, no menor prazo possível com clareza e objetividade.

MENSALMENTE

São mensuradas as atividades do serviço com dados quantitativos e qualitativos, a exemplo do aprofundamento e das providencias adotadas para cada reclamação / sugestão dos cliente / usuários.

ATRIBUIÇÕES

- Apurar a ocorrência verificando eventuais falha nos serviços prestados, e consequentemente propor mudanças necessárias;
- Atuar na melhoria da qualidade em busca da eficiência;
- Encaminhar a manifestação apresentada ao setor competente, para possível solução acompanhando sua tramitação, para casos excepcionais que não são possível solução imediata;
- Dar ao cliente/usuário uma resposta à manifestação apresentada, no menor prazo possível.

13. Rotinas Administrativas

O INAPP entende que as rotinas administrativas referem-se ao planejamento, organização, coordenação e monitoramento de atividades desenvolvidas na UPA FRANCISCO MORATO. A proposta conta com rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento, sendo atualizados periodicamente.

14. Rotinas Administração Financeira

As rotinas da Administração Financeira estarão voltadas a gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento do Projeto, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas; elaborando relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos previstos e os executados, de acordo com a legislação vigente, além de efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não.

INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

15. Rotinas relacionadas a Patrimônio

O INAPP prevê a estruturação do Setor de Patrimônio com a finalidade de garantir a guarda de bens móveis da UPA, com base nas seguintes atividades:

- ✓ Vistoria das dependências da UPA FRANCISCO MORATO para avaliação do estado de conservação dos materiais e equipamentos permanentes;
- ✓ Em casos de observação de avaria, providências relacionadas a remoção dos equipamentos danificados através do termo de devolução.
- ✓ Adequação e atualização da listagem de materiais inservíveis.
- ✓ Composição anual de Inventário de todo o acervo da UPA FRANCISCO MORATO, contendo informações atualizadas a respeito do estado de cada item (O - ÓTIMO B-BOM, R-REGULAR P-PRECÁRIO e I - INSERVÍVEL), de maneira a compor análise de todo os materiais e equipamentos que compõem esta Unidade, nos respectivos setores, observando-se criteriosamente seu atual estado de conservação e providências a serem tomadas.
- ✓ Em vista técnica e por intermédio do material disponibilizado pela Comissão Julgadora do referido Edital, o INAPP tomou conhecimento do Inventário Físico de Materiais Permanentes da UPA FRANCISCO MORATO.

16. **OBJETIVO GERAL:**

Operacionalizar e gerenciar os atendimentos dos munícipes de FRANCISCO MORATO portadores de quadros clínicos de urgência/emergência, com qualidade e dentro dos limites estruturais da unidade de pronto atendimento.

a. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

a) Atender com qualidade aos serviços de urgência/emergência disponibilizados nas 24 horas do dia, 07 dias por semana, nas especialidades de Clinica Médica e Clínica Pediátrica da UPA FRANCISCO MORATO;

b) Atender com qualidade aos Serviços de Apoio Diagnóstico: Eletrocardiograma, exames laboratoriais e RAIO X.

17. **DETALHAMENTO DAS AÇÕES A SEREM REALIZADAS:**

A Unidade de Pronto Atendimento FRANCISCO MORATO é referência para o atendimento em urgência/emergência e retaguarda clinica para as unidades de saúde localizadas no município, bem como para as unidades prisionais, visando os princípios de humanização e de boas praticas de saúde. A unidade possui como norteador as diretrizes dispostas nas políticas públicas de saúde, regulamentadas pelo Ministério da Saúde através das portarias 2048 e 1600, bem como pelas orientações e metas ordenadas pelo Plano de Saúde Municipal.

De modo a respeitar as diretrizes e orientações acima mencionadas, as atividades previstas neste Plano de Trabalho deverão ser realizadas com a anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com a Portaria 10 de 03/01/2017, onde são redefinidas as diretrizes de modelo de assistência e financiamento para UPA 24 horas, a UPA FRANCISCO MORATO, foi classificada na opção VIII de custeio. E de acordo com essa habilitação esse plano de trabalho terá as seguintes metas:

18. **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

a. Atendimento às Urgências e Emergências:

Realizar atendimentos e procedimentos médicos, de enfermagem e/ou da assistência social adequados aos casos, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, todos os dias do ano, observando o que segue:

- ✓ Acolhimento e Classificação de Risco;
- ✓ Atendimento de Urgência e Emergência adulto e pediátrico;
- ✓ Procedimentos médicos, de enfermagem e de assistência social.

b. Observação Clínica:

A observação compreende a prestação de assistência à saúde, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da UPA, a fim de obter o diagnóstico e garantir as terapêuticas necessárias.

No período de Observação, estão incluídos:

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

19. Modelo de Regimento Interno (a ser adequado nos três primeiros meses de implantação do Plano de trabalho):

a. Regimento Interno do Corpo Clínico

CAPÍTULO I - Princípios e Objetivos

Art. 1º. - O Regimento Interno do Corpo Clínico, elaborado de acordo com a Resolução Conselho Federal de Medicina (CFM) Nº 1657 de dezembro de 2002, tem por objetivos disciplinar e normatizar as ações e relações dos profissionais de saúde que utilizam as dependências da UPA para o desempenho de suas atividades.

Art. 2º. – A UPA é mantida pelo MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO e administrada através de contrato de gestão pelo INAPP.

Art. 3º. - A assistência à saúde é a atividade da Instituição e obedecerá aos Estatutos do INAPP.

Art. 4º. - Cumpridas as normas administrativas e legais, cabe aos profissionais de saúde da UPA prestar assistência à saúde a população, sem distinção de qualquer natureza, agindo com o máximo zelo e capacidade profissional, em concordância com o Código de Ética do CFM e de outros Conselhos.

Parágrafo Único - Os atendimentos e as internações respeitarão as normas deste Regimento e as regras administrativas estabelecidas pela Coordenadoria Médica da UPA.

Art. 5º. – A UPA é constituída pelo pronto atendimento, os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Serviços Administrativos que dão suporte às atividades assistenciais.

§1°. A unidade assistencial acima referida constitui os Serviços da Instituição e deve ser dirigido por Diretor Médico solidariamente e responderá por eventuais repercussões jurídicas dos procedimentos sob sua supervisão.

Art. 6°. - O conteúdo do prontuário é propriedade da Secretaria de Saúde de FRANCISCO MORATO, devendo permanecer em arquivo centralizado, sob a guarda da UPA, de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas no Código de Ética Médica e legislação pertinente.

§1°. É vedado aos profissionais de saúde, independentemente de sua posição hierárquica, apossar-se, total ou parcialmente do prontuário, podendo consultá-lo após o arquivamento, mediante solicitação por escrito e assinatura do termo de responsabilidade.

§2°. A UPA manterá sob sua guarda e conservação os documentos originais do prontuário por prazo indeterminado ou até que outros meios oficiais de arquivamento sejam autorizados.

§3°. Poderá ser fornecida cópia do prontuário ao paciente, mediante solicitação por escrito, do próprio ou seu representante legal, ou ainda, em cumprimento de determinação judicial.

§4°. Auditorias de prontuários deverão ser realizadas in loco mediante solicitação prévia do Órgão Auditor e autorização do Diretor Médico.

CAPÍTULO II: Constituição do Corpo Assistencial

Art. 7°. - O Corpo Assistencial compõe-se de médicos e demais profissionais da área da saúde, em pleno direito de exercer a profissão e estejam devidamente contratados pela Instituição.

§1°. Todos os membros do corpo assistencial deverão obrigatoriamente, portar documento de identificação emitido pela Instituição (crachá funcional).

CAPÍTULO III: Órgãos do Corpo Assistencial

Art. 8º. São órgãos do Corpo Assistencial:

I. Diretor Médico;
II. Diretor Clínico;
III. Coordenação de Enfermagem;
IV. Comissão de Ética Médica (CEM);
V. Comissão de Ética de Enfermagem (CEE);
VI. Comissão de Revisão de Óbitos (CRO);
VII. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
VIII. Comissão de Revisão de Prontuário (CRP);
XII. Comissão de Sustentabilidade (CS) – à implantar (incremento de qualidade);
XIII. Comissão de Ensino e Pesquisa (CEP) – à implantar (incremento de qualidade);

Art. 9º. O Diretor Clínico será definido conforme normas do Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1657 de dezembro de 2002).

Art. 10º. A Comissão de Ética deverá ser definida conforme normas do Conselho Federal de Medicina (Resolução Nº 1657 de dezembro de 2002).

Parágrafo Único - A Comissão de Ética é entidade única, independente, podendo ser assessorada por outras comissões.

Art. 11º. As Comissões serão compostas por representantes dos Serviços envolvidos.

Art. 12º. Compete ao Diretor Médico:

I. Zelar pela ética nos serviços em conjunto com a Comissão de Ética;

II. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor nos serviços de saúde;

III. Zelar pela qualidade dos Serviços de Saúde da UPA;

IV. Estabelecer, para os serviços de saúde da UPA, metas que serão acompanhadas através de indicadores previamente estabelecidos;

V. Representar a UPA, sempre que solicitado, junto a instâncias gestoras do Sistema de Saúde;

VI. Representar a Instituição, no que se refere a ações administrativas ou jurídicas, junto às autoridades legais e conforme previsto na legislação perante os Conselhos Regional e Federal de Medicina;

VII. Coordenar e Supervisionar as atividades dos profissionais de saúde da Instituição;

VIII. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor,

VIII. Assessorar a Presidência do INAPP no planejamento, organização e administração dos Serviços da Instituição e

IX. Assumir a responsabilidade ética, médica, técnica-científica da Instituição.

Art. 13º. Compete ao Diretor Clínico:

O Diretor Clínico é eleito pelo corpo médico, sendo uma função não remunerada, sem prejuízo de suas funções habituais e com a finalidade de representar o corpo médico;

Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição;

Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico;

Assessorar o Diretor Médico no planejamento, organização e administração dos Serviços da Instituição;

Zelar pelo corpo Clínico, incentivando o sentimento de responsabilidade profissional entre os seus membros;

Estimular o relacionamento cordial entre os médicos e demais profissionais da UPA, bem como destes com a administração,

Exercer a função de mediador visando à harmonia dos membros do Corpo Clínico e outros profissionais da Instituição e

Comunicar ao CREMESP sua indicação, afastamento ou substituição.

Art. 14º. Compete ao Gerente de Enfermagem:

- ✓ Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem da UPA junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, bem como representá-la junto às autoridades e perante o juízo, conforme legislação vigente;
- ✓ Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento da UPA;
- ✓ Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem;
- ✓ Administrar todas as atividades técnicas da Coordenação de Enfermagem, em colaboração com o Coordenador Médico;
- ✓ Dimensionar o pessoal de enfermagem para as unidades de trabalho, segundo os critérios estabelecidos pelo Diretor Médico da UPA e a legislação;
- ✓ Estimular o crescimento dos profissionais de enfermagem no âmbito da assistência, ensino e pesquisa;
- ✓ Promover e manter o bom relacionamento entre os profissionais da equipe de enfermagem e dos demais setores,
- ✓ Resolver os problemas relativos aos recursos materiais e humanos de sua competência, e,
- ✓ Cumprir e fazer cumprir as normas do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP).

Art. 15º. As Comissões têm suas atribuições definidas pelos Conselhos Regional e Federal de cada categoria de referência.

Art. 16º. Competem às Comissões de Revisão de Prontuários (CRP) e Óbitos (CRO)

- ✓ A CRP deve, por amostragem, verificar a adequação do preenchimento de pelo menos 10% dos prontuários e dos resumos de alta.
- ✓ A CRO obrigatoriamente deve revisar todos os atestados de óbitos, detectar possíveis falhas de preenchimento, avaliar as causas de morte ou se a morte era evitável.

CAPÍTULO IV: Competências, Direitos e Deveres dos membros do Corpo Assistencial: UPA

Art. 17º. - São atribuições dos membros do Corpo Assistencial:

Atender os pacientes sob sua responsabilidade, de acordo com as normas de conduta estabelecidas pelas diferentes especialidades médicas;

- ✓ Utilizar os recursos técnicos disponíveis e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento;
- ✓ Informar verbalmente ao paciente ou, se for necessário, seus familiares ou responsáveis, a necessidade e a natureza dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que será submetido, reforçando os possíveis riscos e benefícios de cada procedimento;
- ✓ Manter atualizado o prontuário do paciente, anotando de forma legível e com o rigor da verdade, o histórico clínico, evolução, prescrição, descrição de atos médicos realizados, condições de alta, transferência ou óbito;
- ✓ Informar e relatar aos órgãos diretivos, se solicitados, esclarecimentos de ordem médica relativa à sua atividade ou de seus pacientes, para fins de esclarecimento de intercorrências médicas, éticas ou jurídicas;
- ✓ Comparecer ao local para onde foi escalado, cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e, estando de plantão, não deixando o local de trabalho antes da chegada do substituto, sob pena de responsabilização profissional e administrativa;
- ✓ Notificar à CCIH as doenças de notificação compulsória e colaborar no levantamento de índices de infecção hospitalar;
- ✓ Assumir a responsabilidade profissional pelos seus atos médicos e pelas indicações de métodos diagnósticos, tratamentos e medicamentos;

- ✓ Prescrever somente medicamentos liberados pela Vigilância Sanitária e que façam parte do Formulário Terapêutico da Instituição (Artigo nº 124 do CFM e RDC nº 26 da ANVISA);
- ✓ De acordo com a lei Federal 9.787 fica determinado que toda receita ou prescrição médica deverá utilizar o nome genérico do medicamento indicado;
- ✓ Comunicar a seus superiores hierárquicos e às Comissões da Diretoria falhas de assistência aos pacientes;
- ✓ Conhecer e seguir rigorosamente os Códigos de Ética, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Assistencial,
- ✓ Assumir, solidariamente, com seu superior hierárquico, a responsabilidade ética, civil ou criminal pelos seus atos ou indicações de métodos diagnósticos, tratamentos e medicamentos, e
- ✓ Na falta de vaga em serviço especializado, o médico continuará responsável pelo seu atendimento, dispensando todo o cuidado necessário até que ele seja transferido.

Art. 18º. São direitos dos membros do Corpo Assistencial:

- ✓ Exercer a profissão sem ser discriminado por religião, raça, sexo, nacionalidade, cor, condição social ou opinião política e
- ✓ Solicitar providências à Coordenação quando houver condições inadequadas de trabalho ou que possam prejudicar o usuário.

Art. 19º - São atribuições legais da UPA responsabilizar-se-á por todos os atos praticados pelo Corpo Clínico, cabendo direito regressivo contra o responsável pela irregularidade praticada.

CAPÍTULO V: Das Penalidades

Artigo 20° - Será considerado infrator e estará sujeito às penalidades previstas neste regimento todo membro do Corpo Assistencial que:

Desrespeitar o Regimento Interno;

- ✓ Revelar-se inábil para o exercício da profissão e ou função, independentemente da caracterização de transgressão de natureza ética.

Artigo 21° - Suspeita ou denúncia de infração cometida por Membro do Corpo Clinico deverá resultar em sindicância a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando-se ao envolvido amplo direito de defesa, no prazo de 30 dias, a contar da data da comunicação pela Comissão.

§1°. A Comissão de Ética deverá submeter à Diretoria Clínica, no prazo máximo de 30 dias, parecer conclusivo sobre a existência ou não de indícios de transgressão.

§2°. Havendo indício de transgressão de caráter administrativo ou regimental, o resultado da sindicância deverá ser analisado pela Diretoria , que aplicará a penalidade apropriada.
§3°. Havendo transgressão ética, caberá à Diretoria Clínica aplicar a pena cabível e enviar uma cópia da sindicância ao respectivo conselho de classe.

Artigo 22° As penalidades aplicáveis aos Membros do Corpo Assistencial são:

- ✓ Advertência reservada;
- ✓ Advertência escrita,
- ✓ Suspensão temporária de participação no Corpo Assistencial, com duração máxima de sessenta dias e sem vencimentos e,
- ✓ Exclusão definitiva do Corpo Assistencial.

Art. 23º. - Ouvida a Comissão de Ética, compete a Diretoria a aplicação da penalidade à qualquer Membro do Corpo Assistencial.

Parágrafo Único - Havendo indícios de infração de natureza ética as penalidades aplicadas pela Instituição não eliminam a obrigatoriedade da análise do respectivo Conselho de Classe.

CAPITULO VI: Das Disposições Gerais e Transitórias

Art. 24º. - Os equipamentos e materiais da UPA FRANCISCO MORATO, são propriedade do Estado e, salvo liberação expressa da Secretaria de Saúde, não poderá ser retirado de suas dependências.

Art. 25° - Em situações de emergência tais como greve ou calamidade pública, caberá a Diretoria estabelecer normas, atribuições e redistribuições dos leitos e profissionais da saúde, visando propiciar a assistência adequada para cada situação.

Art. 26º - O presente Regimento poderá ser modificado, no todo ou em parte, mediante proposta analisada e aprovada pela Diretoria do INAPP.

Art. 27º - Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria Técnica Corporativa da Instituição.

Art. 28º - Segundo princípios da hierarquia de normas aplica-se a este Regimento as disposições do Estatuto do INAPP, dos Conselhos Federal e Regional e demais dispositivos legais em vigor.

Art. 29º - O presente Regimento entrará em vigor na data da aprovação pela Diretoria do INAPP. Revogam-se as disposições em contrário.

b. Marco Legal do Regimento Interno:

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002
(Publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, p. 421-422)
(Retificação publicada no D.O.U. de 6 junho 2003, p. 73)
Alterada pela Resolução CFM nº 1.812/2007

Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

CONSIDERANDO a Lei nº 3.268/57, referente à competência dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente;

CONSIDERANDO a necessidade de, entre outras finalidades, descentralizar os procedimentos relativos à apuração de possíveis infrações éticas;

CONSIDERANDO que os integrantes das Comissões de Ética Médica eleitos na forma estabelecida nesta resolução devem desempenhar suas funções em caráter honorífico e prestar serviços de relevância aos Conselhos Regionais de sua jurisdição;

CONSIDERANDO a necessidade de padronizar os critérios de criação, eleição, competência, funcionamento e organização das Comissões de Ética Médica em todo o território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução CFM n.º 1.481/97, que estabelece diretrizes para os Regimentos Internos dos Corpos Clínicos;

CONSIDERANDO que os princípios aplicados aos médicos são também aplicáveis às organizações de assistência médica;

CONSIDERANDO as diversas resoluções sobre o tema editadas por todos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária de 11 de dezembro de 2002,

RESOLVE:

Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Parágrafo único Compete ao diretor clínico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Art. 2º Adotar o Regulamento das Comissões de Ética anexo, parte integrante da presente resolução.

Art. 3º Revoga-se a Resolução CFM nº 1.215/85 e demais disposições em contrário.

Art. 4º a presente resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 11 de dezembro de 2002.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE (Presidente) /RUBENS DOS SANTOS SILVA (Secretário Geral)

Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002

20. REGULAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA:

Capítulo I – Das definições

Art. 1º As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Capítulo II – Da composição, organização e estrutura:

Art. 3º As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1º deste Regulamento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

a) Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;

b) Na instituição que possuir de 16 (dezesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;

c) Na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

d) Na instituição que possuir de 300 (trezentos) a 999 (novecentos e noventa e nove) médicos, a Comissão deverá ser composta por 6 (seis) membros efetivos e igual número de suplentes;

e) Na instituição que possuir um número igual ou superior a 1.000 (mil) médicos, a Comissão de Ética deverá ser composta por 8 (oito) membros efetivos e 8 (oito) suplentes;

f) Nas diversas unidades médicas da mesma entidade mantenedora localizadas no mesmo município onde atuem, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, é permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade.

Art. 5º Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses. (modificado pela Resolução CFM n. 1.812/07)

Art. 7º Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá à convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único Se o membro da CEM deixar de fazer parte do Corpo Clínico do estabelecimento de saúde respectivo, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

Capítulo III – Da competência

Art. 10 Compete às Comissões de Ética:

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;

b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

c) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

d) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

i) Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

l) Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 Compete aos membros da Comissão de Ética:

a) Eleger o presidente e secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;

c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas nesta resolução;

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12 Compete ao presidente da Comissão de Ética:

a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;

b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

Capítulo IV – Das eleições

Art. 14 A escolha dos membros das CEMs será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regulamento.

Art. 15 A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina daquela jurisdição.

Art. 20 A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação, e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Capítulo V – Do funcionamento

Art. 24 As Comissões de Ética deverão estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o "voto de Minerva" em caso de empate.

Art. 27 As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28 A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;

e) Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 O presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33 Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

Capítulo VI – Das disposições finais

Art. 36 As determinações deste Regulamento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1º As normas do presente Regulamento referentes às eleições das Comissões de Ética Médica somente produzirão seus efeitos a partir das eleições, para os Conselhos Regionais de Medicina previstas para agosto de 2003.

Parágrafo 2º As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequarem à presente regulamentação.

Art. 37 Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

Art. 38 Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

- RESOLUÇÃO CFM nº 1.812/2007

(Publicada no D.O.U. de 27 Fev. 2007, Seção I, pág. 39)

Altera o art. 6º da Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002, publicada em 20 de dezembro de 2002, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O Conselho Federal de Medicina, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, publicado em 25 de julho de 1958, por intermédio de seu representante legal, consoante delegação de competência conferida pela Lei n° 3.268, de 30 de setembro de 1957, modificada pela Lei n° 11.000, de 15 de dezembro de 2004 e,

CONSIDERANDO que é atribuição do Conselho Federal de Medicina estabelecer normas sobre a organização, funcionamento e eleições das Comissões de Ética Médica, a teor da Resolução CFM nº 1.657/2002;

CONSIDERANDO que não há óbice que o mandato dos membros da referida Comissão seja revisto pelo Conselho Federal de Medicina;

CONSIDERANDO que, de acordo com o Art. 6º do Anexo da Resolução CFM nº 1.657, de 11 de dezembro de 2002, o mandato dos membros da Comissão de Ética é de 30 (trinta) meses;

CONSIDERANDO que o mandato dos membros da Comissão de Ética poderá ser inferior a 30 (trinta) meses;

CONSIDERANDO que sempre houve Comissões de Ética Médica cujo mandato durava 24 (vinte e quatro) meses;

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 6º do Anexo da Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 6º O mandato das Comissões de Ética será de até 30 (trinta) meses."

Art. 2º Revoga-se o artigo 6º do Anexo da Resolução CFM nº 1.657 de 11 de dezembro de 2002.

Art. 3º Os demais artigos da Resolução CFM nº 1.657/2002 e seus anexos permanecem inalterados.

Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de janeiro de 2007.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente do CFM

LÍVIA BARROS GARÇÃO
Secretária-Geral

21. **Apresentação das Comissões:**

A seguir encaminhamos o modelo de Comissões praticadas atualmente no INAPP. A revisão dos modelos praticados atualmente serão realizadas paulatinamente, caso haja transição do plano de trabalho de emergência para o Plano deste edital:

a. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS E OBJETIVOS:

Das Definições:

Art. 1º. Comissão de Ética Médica (CEM) é o órgão representativo do Conselho Federal de Medicina, junto ao INAPP e a UPA de Referência, estando a ele vinculada. Constituída nos termos da Resolução CFM nº 1.657/2002, apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina em sua área de abrangência.

Art. 2º. A CEM é vinculada ao Conselho Regional de Medicina (CRM) e deve manter a sua autonomia em relação à Instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Direção do estabelecimento.

Parágrafo único: Cabe ao Diretor Técnico prover condições necessárias ao trabalho da CEM.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA CEM

Art. 3º. A CEM é compostas por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Art. 4º. A CEM será instalada nos termos do artigo 1º deste Regulamento, obedecendo ao seguinte critério de proporcionalidade:

§1°. A CEM é composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

Art. 5º. Não poderão integrar a CEM os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da Instituição e os que não estejam quites com o CRM.

Parágrafo único: Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º. O mandato da CEM será de até 30 (trinta) meses.

Art. 7º. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao CRM imediatamente após o feito.

Parágrafo único: Se o membro da CEM deixar de fazer parte do corpo clínico da Instituição, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8º. Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da CEM será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III - DA COMPETENCIA

Art. 10. Compete a CEM

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem preceitos éticos e legais;
b) Comunicar ao CRM quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
c) Comunicar ao CRM o exercício ilegal da profissão;
d) Comunicar ao CRM as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
e) Comunicar ao CRM práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao CRM, sem emitir juízo;
g) Verificar se a Instituição onde atua está regularmente inscrita no CRM e em dia com as suas obrigações;
h) Colaborar com o CRM na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
i) Elaborar e encaminhar ao CRM relatório sobre as atividades desenvolvidas na Instituição onde atua;
j) Atender as convocações do CRM;
k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na Instituição onde atua;

l) Fornecer subsídios à direção da Instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m) Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética,

p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional e

q) Orientar o público usuário da Instituição onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11. Compete aos membros da CEM

a) Eleger o Presidente e Secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta,

c) Desenvolver as atribuições conferidas à CEM prevista nesta resolução e

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12. Compete ao presidente da CEM

a) Representar a CEM perante as instâncias superiores, inclusive no CRM;

b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da CEM, sempre que necessário;

e) Encaminhar ao CRM as sindicâncias devidamente apuradas pela CME;

f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório a CEM quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13. Compete ao secretário da CEM

a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à CME;
c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CME;
d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CME;
e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à CME.

CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES

Art. 14. A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o CRM, ressalvado o determinado no artigo 9º do presente Regulamento;

Art. 15. A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16. Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18. O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRM.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19. A CME será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único – Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CRM.

Art. 20. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21. O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CRM para homologação, é a quem compete dirimir as dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22. Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 (quarenta e oito) horas após as eleições, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CRM.

Art. 23. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CRM.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 24. A CME deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitada.

Art. 25. Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26. Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto de decisão em caso de empate.

Art. 27. A sindicância instaurada pela CEM obedecerá aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28. A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;

c) Deliberação da própria CME;

d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;

e) Determinação do CRM.

Art. 29. Aberta a sindicância, a CME informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 07 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30. Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao CRM.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CME.

Art. 31. O presidente da CME nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32. Finda a coleta de informações, a CME reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único: Caso necessário, a CME poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 33. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao CRM, para a competente tramitação.

Art. 34. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a CME poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas *"ad referendum"* do Plenário do CRM.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o *caput* do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao CRM.

Art. 35. Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da CME, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36. Os casos omissos serão decididos pelo CRM da jurisdição.

Art. 37. Caberá ao CRM divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da Instituição.

b. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM (CEE):

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art 1º. São objetivos da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE):

a) Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição.
b) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
c) Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA CEE

Art. 2º. A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício na instituição e registro no Conselho Regional.

Art. 3º. A CEE é composta por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes. O cargo de presidente será exercido exclusivamente por um enfermeiro.

Art. 4º. A CEE será instalada nos termos do artigo 1º deste Regulamento, obedecendo ao seguinte critério de proporcionalidade:

§1°. A CEE é composta por 09 (nove) membros efetivos, sendo 05 (cinco) enfermeiros e 04 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem e igual número de suplentes;

Art. 5º. Não poderão integrar a CEE os enfermeiros que exercerem cargos de responsabilidade técnica e gestor do serviço de enfermagem e os que não estejam quites com o COREN.

Parágrafo único – Quando investidos nas funções acima após terem sido eleitos, os membros efetivos serão substituídos pelos suplentes.

Art. 6º. O mandato da CEE será de até 36 (trinta e seis) meses, admitida uma reeleição.

Art. 7º. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao COREN imediatamente após o feito.

Parágrafo único: Se o membro da CEE deixar de fazer parte da equipe de enfermagem, o seu mandato cessará automaticamente.

CAPÍTULO III - DA COMPETENCIA

Art. 8º - Compete a CEE

a) Supervisionar, educar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade de enfermagem, atentando para que as condições de trabalho do enfermeiro, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

b) Comunicar ao COREN quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

c) Comunicar ao COREN o exercício ilegal da profissão;

d) Comunicar ao COREN as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

e) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao COREN, sem emitir juízo;

f) Verificar se a Instituição onde atua está regularmente inscrita no COREN e em dia com as suas obrigações;

g) Colaborar com o COREN na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética na Enfermagem;

h) Elaborar e encaminhar ao COREN relatório sobre as atividades desenvolvidas na Instituição onde atua;

i) Atender as convocações do COREN;

j) Manter atualizado o cadastro da equipe de enfermagem que trabalham na Instituição onde atua;

k) Fornecer subsídios à direção da Instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência de enfermagem;

l) Atuar preventivamente, conscientizando a Equipe de Enfermagem da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

m) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

n) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética,

o) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional e

p) Orientar o público usuário da Instituição onde atua sobre questões referentes à Ética de Enfermagem.

Art. 9º - Compete aos membros da CEE

a) Eleger o presidente e secretário;

b) Comparecer a todas as reuniões da CEE, discutindo e votando as matérias em pauta,

c) Desenvolver as atribuições conferidas à CEE prevista nesta resolução e

d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 10º- Compete ao presidente da CEE

a) Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
b) Planejar e controlar as atividades programadas;
c) Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e posterior encaminhamento destes ao Enfermeiro RT- Gestor do Serviço de Enfermagem e ao COREN-BA;
d) Representar a CEE perante as instâncias superiores, inclusive no COREN-BA;
e) Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;
f) Nomear os membros que realizarão o procedimento sindicante.

Art. 11º- Compete ao secretário da CEE

a) Secretariar as atividades da CEE e os registros das reuniões em ata;
b) Verificar o quórum de deliberação nas reuniões estabelecidas;
c) Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas em casos de procedimentos sindicantes;
d) Organizar arquivos referentes aos relatórios dos procedimentos sindicantes;
e) Colaborar com o presidente, no que lhe for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à CEE.

Art. 12º. Compete aos membros da CEE

a) Eleger presidente e secretário;
b) Comparecer às reuniões da comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
c) Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem envolvidos em procedimentos sindicantes;

d) Os membros suplentes serão convocados a comparecer às reuniões na ausência do titular e mediante deliberação do presidente, sendo que quando não convocados, poderão participar das reuniões como ouvintes.

e) Compete, ainda, aos membros da CEE o cumprimento da legislação profissional e dos dispositivos constantes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO IV – DO PROCESSO ELEITORAL E MANDATO

Art. 13º. Dos candidatos

a) Os membros da CEE serão escolhidos preferencialmente por meio de voto facultativo, direto e secreto. Na impossibilidade de eleições, os membros poderão ser indicados pelo Enfermeiro RT- Gestor do Serviço de Enfermagem ou voluntariar-se.

b) Os candidatos serão divididos em dois grupos: Grupo I (composto por enfermeiros) e Grupo II (composto por auxiliares e técnicos de Enfermagem); e os nomes dos candidatos às vagas da CEE deverão ser afixados em local de fácil acesso a todos os profissionais de Enfermagem, pelo prazo de 07 (sete) dias para ciência e eventual impugnação da candidatura.

c) Quanto aos eleitores, cada um deverá votar conforme o grau de habilitação, ou seja, os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I, e os auxiliares e técnicos de Enfermagem votarão nos candidatos do Grupo II.

CAPÍTULO V- DO FUNCIONAMENTO

Art. 14. A CEE deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e reunir-se de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 15. Os atos da CEE relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 16. Todas as deliberações da CEE dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto de decisão em caso de empate.

Art. 17. A sindicância instaurada pela CEE obedecerá aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 18. A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Denúncia, por escrito, ao presidente da CEE

c) Deliberação da própria CEE;

d) Solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;

e) Determinação do COREN.

Art. 19. Aberta a sindicância, a CEE informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes, no prazo de 07 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 20. Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância quando for decidido enviá-la ao COREN.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEE.

Art. 21. O presidente da CEE nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 22. Finda a coleta de informações, a CEE reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único: Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 23. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao COREN, para a competente tramitação.

Art. 24. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a CEE poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas *"ad referendum"* do Plenário do COREN.

§ 1º Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo a conciliação de que trata o *caput* do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao COREN.

Art. 25. Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da CEE, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 26 - Os casos omissos serão decididos pelo COREN da jurisdição.

Art. 27 - Caberá ao COREN divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da Instituição.

a. **Comissão de Humanização:**

O INAPP utilizará como referência o REGIMENTO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO validado pela Secretaria de Saúde de FRANCISCO MORATO:

Capítulo I – Da Definição

ART. 1º - A Comissão de Humanização da Unidade de Pronto Atendimento 24/h de FRANCISCO MORATO, é um espaço coletivo, organizado participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

Capítulo II – Dos Objetivos

ART.2º - Difundir nova cultura de humanização;

ART.3º - Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do Pronto Atendimento;

ART.4º - Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;

ART.5º - Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na UPA/24h;

ART.6º - Estimular a realização de parcerias e intercambio de conhecimentos e experiências nessa área;

Parágrafo único. Esta Comissão terá seu funcionamento estabelecido nos moldes de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH)

Capítulo III – Da Constituição

ART.7º - A Comissão de Humanização, deverá ser constituído de maneira voluntária;

ART.8º - A Comissão de Humanização da UPA/24h será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência: apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo;

Capítulo IV – Das Competências

ART.9º - A Comissão de Humanização terá as seguintes competências

a) Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados.

b) Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização.

c) Examinar propostas e denúncias sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais no estabelecimento.

d) Liderar o processo de humanização.

e) Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores.

f) Promover o fluxo de proposta e deliberações.

g) Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.

h) Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

i) Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços.

j) Promover a participação no prêmio " Humaniza Saúde".

Capítulo V – Da Composição

ART.10º - A Comissão de Humanização terá a seguinte composição

Suelen dos Santos Camargo	Presidente da Comissão de Humanização- Assistente Social
Elaine Rosangela Rodrigues	Vice-Presidente da Comissão de Humanização- Assistente Social
Rosângela de Jesus de Oliveira	Assistente Administrativo-Secretária da Comissão
Daniel Valentin da Silva Ferreira	Diretor Técnico - Médico
Linconl Salgado	Coordenador de Enfermagem- Enfermeiro
Genilson Geraldo dos Santos	Coordenadora de Enfermagem- Enfermeiro
Fernanda Ribeiro	Assistente Administrativo- Serviço Ouvidoria
Leonete Rodrigues de Assis	Coordenadora de Farmácia- Farmacêutica
Milene Cavalari	Serviço Nutrição e Dietética- Nutricionista

Parágrafo único: A Comissão de Humanização contará com membros " ad hoc", membros designados para executar uma tarefa específica, que não participam das reuniões, mas auxiliam os membros titulares na análise e execução de Projetos elaborados para UPA/24h.

Capítulo VI – Da Organização

ART.11º - A Comissão de Humanização será gerenciada por um presidente, um vice-presidente, um secretário e membros da comissão.

Seção I- Do Presidente

ART.12º - CABERÁ AO PRESIDENTE:

a) Coordenar as atividades de promoção de humanização;
b) Convocar as reuniões da Comissão de Humanização dando execução às respectivas deliberações;
c) Representar oficialmente a Comissão de Humanização;
d) Prestar contas das atividades da Comissão de Humanização.

Seção II – Do Vice-Presidente

ART.13º - COMPETE O VICE-PRESIDENTE

Substituir o presidente em seus impedimentos, bem como, nos casos de vacância.

Seção III – Do Secretário

ART.14º - COMPETE AO SECRETÁRIO:

a) Secretariar as reuniões da Comissão de Humanização;
b) Responsável por escrever atas das reuniões;
c) Ter sob sua guarda os livros, relatórios, documentos e demais papéis da Comissão de Humanização;

Seção IV - Dos Membros da Comissão de Humanização

ART.16º CABERÁ AOS MEMBROS DA COMISSÃO:

a) Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da Comissão de Humanização;
b) Comparecer às reuniões;
c) Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas dentro da Comissão de Humanização;
d) Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

Parágrafo único: Os membros titulares, caso não possam comparecer à reunião ordinária ou extraordinária poderão indicar membro suplente de sua confiança.

Capitulo 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;

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

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.

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

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

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

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

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

6. Dos Serviços de Limpeza

§5°. - 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.

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

§2°. 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:

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

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

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

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

§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;

- ✓ 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 analise 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'agua e reservatórios de água e dedetização;
- ✓ Acompanhar e arquivar os resultados das analises 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 a 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 analise 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;

- 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 analise 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 analise 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;

- ✓ 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:

- ✓ 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 2º 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 finas 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 continua 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;

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

 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 - <u>OBJETIVOS GERAIS</u>

- ✓ 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, ambulatórios, etc.;
- ✓ Repetir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe;
- ✓ Compreender os princípios e diretrizes do SUS;
- ✓ Apreender 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.

1.7 - RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO

O Processo de acolhimento com Classificação de Risco será executado por equipe de plantonistas de 12 horas diurno e noturno, composta por: 01 (um) Coordenador de enfermagem; 04 (quatro) enfermeiros no diurno e 03 (três) noturno, 16 (dezesseis) auxiliares e técnicos de enfermagem no plantão diurno e 14 (quatorze) noturno, 05 (cinco) recepcionistas plantão diurno e 04 (quatro) noturno; 03 controladores de acesso por plantão; 04 (quatro) auxiliares administrativos em horário comercial, 02 (duas) assistentes sociais em horário comercial; 06 (seis) médicos (pediatra e clínico) no plantão diurno; 05 (cinco) médicos (pediatra e clínico) no noturno; 01 (um) médico ortopedista em horário comercial. Horário de funcionamento: 24 horas. Havendo 02 (dois) consultórios pediátricos e 03 (três) consultórios clínicos, 01 (uma) sala para o enfermeiro e sala de serviço social, regulação e ouvidoria.

A idéia de acolhimento permite aos profissionais da área da saúde reavaliar atitudes que de forma positiva ou negativa influenciam no resultado do trabalho multidisciplinar dentro das instituições de saúde.

Permitir atentar para as competências que permeiam cada uma das categorias profissionais envolvidas no processo de prevenção, manutenção e reabilitação da saúde do ser humano.

Condiciona o trabalho técnico científico à valorização do ser humano, principalmente em um momento frágil de sua vida.

O acolhimento como estratégia de trabalho pressupõe mudanças que vão atender às necessidades da população assistida, dos profissionais e instituições comprometidas com a saúde do ser humano.

São consideradas habilidades importantes, a capacidade de comunicação, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia e transporte sanitário. Além de paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade.

O cidadão que chegar à UPA será atendido prontamente pela Equipe de Acolhimento. As emergências irão para sala própria ou serão priorizadas. A identificação da gravidade será feita por marca colorida, no espaço destinado para este fim. Pessoas em situação de urgência

serão conduzidas à Sala de Classificação de Risco. As que procurarem especialidades serão encaminhados à Unidade Básica de Saúde, após atendimento médico.

A equipe de Classificação receberá o (a) paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o (a) paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados.

Reavaliação está prevista, já que a classificação é dinâmica.

1.8 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Considerar queixa, início, evolução e duração, aparência física, resposta emocional, escala de dor e Escala de Coma de Glasgow (ECG), medicação atual e alergias. Registrar dados vitais.

Classificar prioridade e realizar todas as anotações em formulário (anexo) 3.

1.9 - FLUXO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Fluxo de acolhimento ao paciente que chega a UPA:

Ao chegar ele é acolhido por um controlador de acesso ao qual escuta seu caso, e a partir do seu relato é retirada uma senha para abertura de ficha de atendimento, havendo qualquer queixa pelo paciente e ou responsável, imediatamente, caso necessário, o paciente é direcionado a sala vermelha adulto ou infantil. Caso o paciente chegue ao setor de Emergência no Térreo trazido por Bombeiro, Transporte Sanitário-192, Família ou SAP - Penitenciária, o técnico de enfermagem direciona e acompanha imediatamente este paciente a Sala Vermelha adulto e ou infantil, onde é acolhido pela equipe plantonista. É necessário destacar que o responsável pelo paciente ou socorrista de plantão realizará a abertura de ficha de atendimento na Recepção.

Após esse acolhimento, o paciente aguarda ser indicado pelo painel de senha seu atendimento para abertura de ficha. Em seguida é direcionado para balcão da recepção, local onde são registrados seus dados pessoais (data do nascimento, endereço, telefone, entre outros) por um recepcionista.

O usuário precisa estar munido dos seguintes documentos, RG, Cartão SUS, CPF, comprovante de endereço para a inserção desse paciente no sistema eletrônico. Caso o paciente não tenha algum dos documentos, este ou acompanhante, deverão ser encaminhados para a assistência social. Destaca-se que todos os pacientes serão atendidos.

Após o registro de seus dados pessoais ele é encaminhado para setor de Classificação de Risco, onde a enfermeira amplia a escuta de suas queixas. Essa profissional faz um exame simplificado, no qual ela avaliará sinais vitais pertinentes a sua queixa. A partir desse exame, a profissional irá classificar o grau de risco do paciente, ou seja, se ele deverá ser atendido imediatamente ou se deverá aguardar pelo tempo necessário para esse atendimento, sem qualquer risco à sua saúde, priorizando-se sempre os casos mais graves. Desta forma, o atendimento é feito por gravidade, e não por ordem de chegada.

Após a classificação do seu grau de risco, ele aguarda na sala de espera para ser chamado pelo médico em um dos consultórios clínicos ou pediátrico. O setor de Recepção organiza e direciona as fichas classificadas nos consultórios para atendimento.

No consultório do médico é dado prosseguimento ao atendimento inicial, e a partir dessa consulta, o paciente poderá fazer exames (laboratoriais e de raios X), medicação (na sala de medicações Adulto e ou infantil); ser encaminhado para a sala de observação (Observação Adulto e ou infantil) e ir para casa com orientação a procurar a UBS próxima ao seu domicílio com encaminhamento em casos crônicos, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Os casos não urgentes e que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas são direcionados para as Unidade Básica de Saúde, considerando as Equipes de Saúde da Família, de acordo com sua área geográfica de residência.

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

1. **Grade Referência Hospitalar:**

- ✓ ***Hospital Estadual de FRANCISCO MORATO*** – Referência para pacientes Adulto com idade superior a 12 anos.
- ✓ ***Hospital Estadual de Francisco Morato***- Referência para pacientes Adultos, Infantil (com idade inferior a 11anos 11 meses e 29 dias) e UPA Francisco Morato de Alto Risco, com berçário externo.
- ✓ ***Hospital e UPA Francisco Morato de Caieiras***- Referência para gestante de baixo risco
- ✓ ***CROSS***- Central de Regulação de Vagas do Estado.

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EMERGÊNCIA	URGÊNCIA MAIOR	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATÓRIO
✓Politraumatismo; TCE ✓Queimaduras grandes; ✓Coma ou alteração de consciência; ✓Lesão da coluna vertebral; ✓Desconforto respiratório grave; ✓Dor no peito + falta de ar + cianose; ✓Vômito + perda da consciência ou dor torácica por + de 30 min; ✓Perfuração no peito , abdome ou cabeça; ✓Crise convulsiva; ✓Intoxicações exógenas ou tentativa de suicídio; ✓Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; ✓Hiper ou hipoglicemias (diagnosticadas); ✓Parada cardiorrespiratória; ✓Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados); ✓Hemorragias não controláveis; ✓Fraturas; ferimentos (cortes).	✓Cefaléia intensa de início súbito; ✓Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; ✓História de convulsão; ✓Dor torácica intensa; ✓Crise asmática ou desconforto respiratório; ✓Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; ✓Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; ✓História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; ✓Epistaxe; ✓Dor forte de qualquer natureza; ✓Sangramento vaginal com dor abdominal; ✓Náuseas, vômitos e diarréia persistente + sinais de desidratação grave; ✓Febre alta (39/40º); ✓Luxações, entorce + dor intensa; ✓Acidentes por animais peçonhentos; ✓Broncoespasmo.	✓Idade superior a 60 anos; ✓Pacientes escoltados; ✓Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; ✓Asma fora de crise; ✓Enxaqueca; ✓Dor de ouvido moderada a grave; ✓Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; ✓Sangramento vaginal sem dor abdominal; ✓Vômito e diarréia sem sinais de desidratação; ✓Abcessos; ✓Distúrbios neurovegetativos; ✓Lombalgia intensa; ✓Intercorrências ortopédicas; ✓Gastroenterite.	✓Queixas sem alterações agudas; ✓Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitações de atestados médicos; ✓Demais situações não enquadradas anteriormente; ✓Uso de benzilpenicilina.
Sala Vermelha Emergência Atendimento Médico Imediato	Sala Amarela Atendimento Médico	Verde Encaminhamento para especialidades	Azul Agendamento em UBS, PSF

A finalidade do uso da escala de cores é fazer com que os pacientes sejam classificados de acordo com a gravidade de seus sinais e sintomas e garantir que os pacientes mais graves sejam atendidos prontamente, nesta Instituição foi preconizado a utilização de 04 (quatro) cores de Classificação de risco, sendo composta pelas cores azul, verde, amarelo e vermelho, compatível com a necessidade deste Pronto Atendimento. Após análise das Classificações de Risco de Manchester e Escala Canadense de triagem foi desenvolvido o protocolo institucional próprio.

A avaliação realizada na classificação deve focalizar a queixa principal do paciente, baseando-se em dados subjetivos (início do problema, descrição da dor, fatores que agravam ou aliviam o problema, história prévia do mesmo problema) e dados objetivos (aparência física, resposta emocional, avaliação física de sinais vitais, quando não houver premência de tempo para o início do tratamento). Existe ainda a grande necessidade de dados complementares como uso de medicações e alergias. Todo o processo deve durar de 2 a 5 minutos (Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affilation. Implementation guidelines for the Canadian Emergency Department Triage & Acuity (CTAS). [Online]. Disponível em: Ca88.caep.ca (18 mar.2001)).

1.10 - ROTEIROS DE AVALIAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1.10.1 Avaliação Neurológica

Situação/Queixa: O paciente queixa-se:

- Cefaléia
- Tontura/fraqueza
- Problemas de coordenação motora
- Trauma cranioencefálico leve/moderado
- Diminuição no nível de consciência/desmaios
- Distúrbios visuais (diplopia, dislalia, escotomas, hianopsia)
- Confusão mental
- Convulsão
- Paraestesias e paralisias de parte do corpo

História passada de:

- Pressão arterial alta
- Acidente vascular cerebral
- Convulsões
- Trauma cranioencefálico
- Trauma raquimedular
- Meningite

- Encefalite
- Alcoolismo
- Drogas

Medicamentos em uso.

O paciente deverá ser avaliado em relação:

- Nível de consciência
  - ✓ Consciente e orientado
  - ✓ Consciente desorientado
  - ✓ Confusão mental
  - ✓ Inquieto
- Discurso
  - ✓ Claro
  - ✓ Incoerente e desconexo
  - ✓ Deturpado
  - ✓ Dificuldade de falar
- Responsivo ao nome, sacudir, estímulos dolorosos apropriados ou desapropriados.
- Pupilas:
  - ✓ Fotorreagentes
  - ✓ Isocórica, miose, medríase, ptose palpebral
  - ✓ Movimento ocular para cima e para baixo/esquerda e direita
- Habilidade em movimentar membros superiores e membros inferiores
- Tônus muscular
- Paraestesias/plegias/paresias
- Dificuldade de engolir desvio de rima
- Tremores

- Convulsões
- Verificação os sinais vitais: pressão arterial, pulso, respiração e temperatura.

1.10.2 Avaliação cardiorrespiratória

Situação/Queixa: pacientes com queixas de:

- Tosse produtiva ou não
- Dificuldades de respirar/cianose
- Resfriado recente
- Dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação)
- Fadiga
- Edema de extremidades
- Taquicardia
- Síncope

História passada de:

- Asma/bronquite
- Alergias
- Enfisema
- Tuberculose
- Trauma de tórax
- Problemas cardíacos
- Antecedentes com problemas cardíacos
- Tabagismo

Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST

- P – O que provocou a dor? O que piora ou melhora?
- Q – Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar, etc.
- R – A dor tem aspecto de radiação? Onde a dor está localizada?
- S – Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10(anexo 1).
- T – Por quanto tempo o paciente está sentindo dor? O que foi tomado para diminuir a dor?

- Associar história médica passada de: doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais.
- Sinais Vitais: verifique PA e Pulso. Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica, etc.

Procedimentos diagnósticos: monitorização cardíaca e eletrocardiograma, oximetria.

Atenção: encaminhar como nível 1 – vermelho

- Dor torácica ou abdome superior de náuseas, sudorese, palidez;
- Dor torácica com alteração hemodinâmica;
- Dor torácica e PAS superior ou igual a 180, PAD igual ou superior a 120.
- Pulso arrítmico ou FC superior a 120 bpm;
- Taquidispnéia, cianose, carnagem, estridor (ruídos respiratórios);
- FR menor que 10 ou superior a 22.

1.10.3 Avaliação da dor abdominal aguda

A dor abdominal aguda é uma queixa comum, caracterizando-se como sintoma de uma série de doenças e disfunções.

Obter a descrição da dor no que se refere a:

- Localização precisa
- Aparecimento
- Duração
- Qualidade
- Severidade
- Manobras provocativas ou paliativas
- Sintomas associados: febre, vômitos, diarréia, disúria, secreção vaginal, sangramento.

Em mulheres em idade fértil considerar a história menstrual e tipo de anticoncepção.

Relacione a dor com:

- Ingestão de medicamentos (particularmente antiinflamatórios e aspirina)
- Náuseas e vômitos
- Ingestão de alimentos (colecistite aguda)
- Sangramentos

- Disúria/urgência urinária/urina turva/sensibilidade supra púbica

Observe:

- Palidez, cianose, icterícia ou sinais de choque.
- Posição do paciente (ex. cólica renal o paciente se contorce).
- Distensão, movimento da parede abdominal, presença de ascites.
- Apalpe levemente atentando para resistências, massas, flacidez e cicatrizes.

Sinais vitais: Observe hiperventilação ou taquicardia, pressão arterial, temperatura.

Atenção: encaminhar como nível 1 – vermelho

- Dor mais alteração hemodinâmica
- PAS menor que 90 ou maior que 180/FC maior que 120 e menor que 50/PAS > 180
- Dor mais dispnéia intensa
- Dispnéia intensa
- Vômitos incoercíveis, hemetêmese.

1.10.4 Avaliação da Saúde Mental

Uma avaliação rápida da Saúde Mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:

- Aparência
- Comportamento
- Discurso
- Pensamento, conteúdo e fluxo.
- Humor
- Percepção
- Capacidade cognitiva
- História de dependência química

Aparência:

- Arrumada ou suja
- Desleixado, desarrumado

- ❖ Roupas apropriadas ou não
- ❖ Movimentos extraoculares

Comportamento:

- ❖ Estranho
- ❖ Ameaçador ou violento
- ❖ Fazendo caretas ou tremores
- ❖ Dificuldades para deambular
- ❖ Agitação

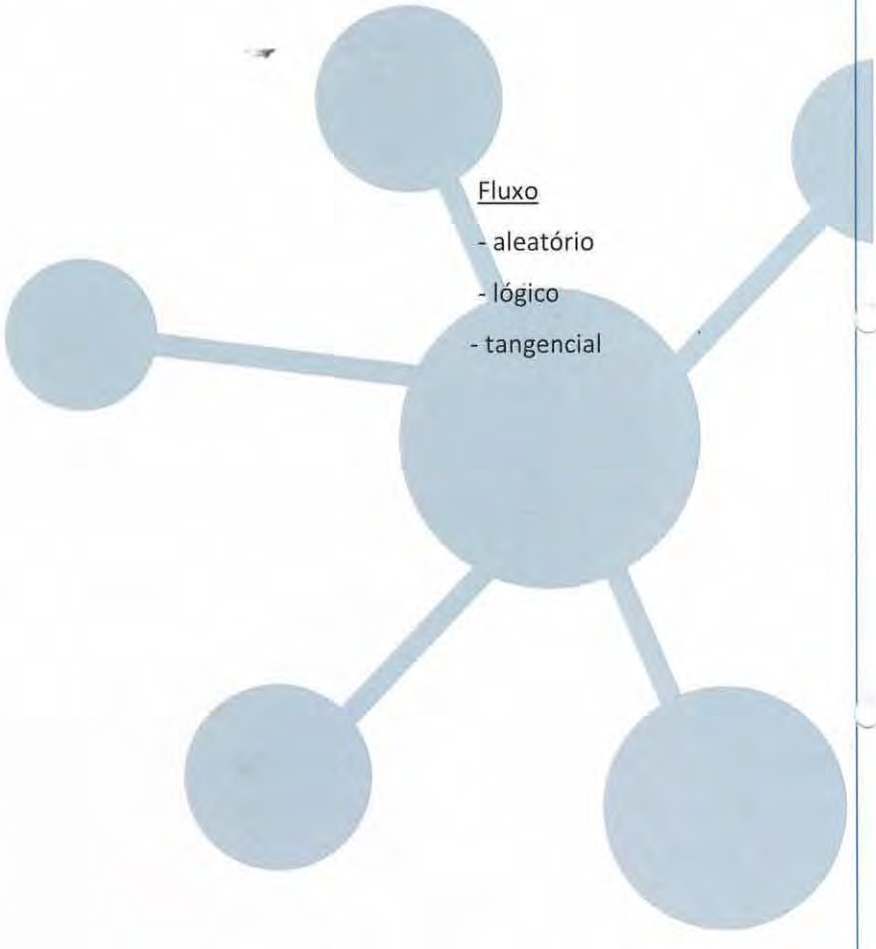
Pensamentos:

➢ Conteúdo

- suicida
- ilusional
- preocupação com o corpo
- preocupação religiosa

Fluxo

- aleatório
- lógico
- tangencial



Discurso:

- ❖ Velocidade
- ❖ Tom
- ❖ Quantidade

Humor:

- ❖ Triste
- ❖ Alto
- ❖ Bravo
- ❖ Com medo
- ❖ Sofrendo

Capacidade cognitiva:

- ❖ Orientado
- ❖ Memória

- Função intelectual
- Insight ou julgamento

Percepção:

- Baseado na realidade
- Ilusões
- Alucinações
  - Agitação Psicomotora
  - Antecedentes Psiquiátricos.

2. - ESCALA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

2.1

NÍVEL 1 – REANIMAÇÃO

Condições que representam ameaçam à vida (ou risco iminente de deterioração) e que requerem intervenções imediatas e agressivas.

Tempo de avaliação médica: Imediato

Apresentações habituais:

1. **Parada:** paciente em parada cardíaca e/ou respiratória (ou aqueles que aparentam estar em iminência de).

2. **Grande trauma:** lesão grave em um ou mais sistemas orgânicos. Trauma crânio-encefálico com Escala de Coma Glasgow < 10; queimaduras graves (> 25% da superfície corpórea total ou problemas nas vias aéreas) anexo 4 e 5;lesão no tórax/abdômen com presença de algum ou todos os sintomas; alteração

no estado mental, hipotensão, taquicardia, dor severa, sinais ou sintomas respiratórios.

3. **Estados de choque:** condições em que há um desequilíbrio, entre oferta de oxigênio (cardiogênico, pulmonar, perda sanguínea ou distúrbios na afinidade do oxigênio) e demanda (estados hiperdinâmicos), ou utilização (síndrome séptica). Hipotensão (PAS < 80 mmHg) e ou taquicardia (> 140 bpm) e, possivelmente, palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural,ventilação ou oxigenação ineficaz,febre, toxemia, bradicardia (< 45 bpm) em situações de pré ou parada cardíaca. Ex: choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos.

4. **Inconsciência:** intoxicações/overdoses, irresponsivo, ou só resposta à dor, distúrbios metabólicos (hipoglicemia), eventos do Sistema Nervoso Central e distúrbios metabólicos podem ocasionar alteração das funções mentais desde desorientação/confusão até completa arresponsividade ou estado convulsivo. A proteção das vias aéreas e o atendimento de suporte, com avaliação imediata para determinar a causa, doença psiquiátrica com rigidez de membros.

5. **Alterações respiratórias graves.** Existem muitas causas para as alterações respiratórias, porém as causas menos graves podem ser diagnosticadas por exclusão. Eventos intracranianos graves, pneumotórax, estado de mal asmático (incapacidade de falar, cianose, letargia/confusão, taqui/bradicardia, saturação de O_2 < 90%), descompensação de DPOC, PA > 180/110 ou PAS < 80 mmHg, FR < 10 mrpm, dispnéia extrema ou fadiga muscular, insuficiência cardíaca congestiva, anafilaxia e distúrbios metabólicos graves (insuficiência renal, cetoacidose diabética). Esses pacientes necessitam de avaliação rápida das vias aéreas, respiração e circulação e intervenção médica. Medicamentos e equipamentos para tratamento da falência respiratória e ventilatória, intubação traqueal-seqüência rápida, broncodilatadores, inotrópicos, vasodilatadores necessitam estar disponíveis. Ex: eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, DPOC exacerbado, edema agudo pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose.

Pacientes típicos:

- Não responsivos
- Sinais vitais ausentes/instáveis
- Desidratação grave
- Insuficiência respiratória grave

Gravidez > 20 semanas

- Apresentando partes fetais ou prolapso de cordão
- Sangramento vaginal

6. **Alteração do estado mental:** infecção, inflamação, isquemia, traumatismo, envenenamento, efeito de drogas, distúrbios metabólicos, desidratação podem afetar o sistema sensorial, desde simples déficits cognitivos até agitação, letargia, confusão, convulsões, paralisia, escala coma glasgow 9 a 13. Mesmas mudanças sutis podem estar associadas a problemas que acarretam risco de vida, embora sejam tratáveis. Todos os pacientes com alteração do estado mental devem ser submetidos à glicemia capilar.

7. **Trauma cranioencefálico:** esse problema aparece em vários níveis de classificação. Os pacientes mais graves ou que apresentam maior risco devem ser examinados rapidamente pelo médico, para determinar a necessidade de proteção de vias aéreas, tomografia e intervenção neurocirúrgica. Esses pacientes, geralmente, apresentam estado mental alterados (Escala de Coma de Glasgow $\leq$ 13). Pode-se esperar cefaléia intensa, perda de consciência, confusão, sintomas cervicais, convulsão e náuseas ou vômitos. Detalhes relativos à hora do impacto, mecanismo da lesão e severidade dos sintomas, além das mudanças ocorridas no decorrer do tempo são informações muito importantes.

Cuidado! Ejeção, passageiro sem cinto de segurança e choque no para-brisa, atropelamento, queda > 5 degraus, agressão com objeto rombo. Avaliar tempo do impacto, mecanismo, início, gravidade da lesão, evolução dos sintomas.

8. **Trauma grave:** esses pacientes podem apresentar mecanismos de lesão de alto risco e sintomas graves em um ou mais sistemas, com sinais e sintomas menos graves em cada um deles. Geralmente a avaliação física desses pacientes revela sinais vitais normais ou quase normais (sinais vitais anormais, nível 1). Esses pacientes podem apresentar dor de moderada a severa e estado mental normal (ou compatível com os critérios estabelecidos para lesões cranianas de nível 2).Ferimento extenso com sangramento ativo, amputação, fratura com deformidade ou sangramento, fratura de bacia.

Cuidado! Impacto> 40 Km/h sem frear, ou > 60 Km/h freando, ejeção, capotamento, motocicleta e carro > 30 Km/h, atropelamento > 10 Km/h, desaceleração (queda > 6 metros, explosão), perda da consciência, fraturas 1ª e 2ª costelas ou 9ª, 10ª, 11ª ou mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, óbitos no local.

9. **Dor ocular:** escala de dor 8-10/10. A exposição química (ácidos ou alcalinos) causa dor severa e visão embaçada, usualmente associada à fotofobia e a secreção nos olhos (blefarréia). Esses pacientes devem receber analgésicos tópicos, e seus olhos devem ser lavados de acordo com diretrizes locais (15 minutos para ácidos e 30 minutos para alcalinos). Sugere-se a avaliação médica com lâmpada de fenda após a lavagem. O prazo para avaliação médica pode ser retardado se o protocolo de tratamento puder ser implementado na ausência de ordens médicas. Outras condições dolorosas como glaucoma e irite, podem estar associadas a deficiências visuais, e exigem avaliação médica imediata. Pacientes que apresentam corpos estranhos, como partículas de solda, localizados na córnea, ou queratite solar seriam beneficiados com a aplicação de analgésico tópico; o prazo de espera para a avaliação médica pode ser retardado se a dor for controlada. Caso a dor não seja controlada, o diagnóstico deve ser reconsiderado.

10. **Queimaduras:** 2º e 3º em SCQ entre 10 e 25% (anexo 4) ou áreas críticas (face, períneo), queimaduras elétricas.

11. **Dor torácica:** é um dos sintomas apresentados que causam maior dificuldade de classificação para as enfermeiras que realizam classificação de risco, e médicos do serviço de emergência. A isquemia cardíaca se manifesta de muitas maneiras, e freqüentemente nos deparamos com avaliações longas e detalhadas

que nem sempre conduzem a uma conclusão definitiva. Pacientes cometidos de dor visceral, não traumática, apresentam grande probabilidade de ter síndromes coronarianas significativas (infarto agudo do miocárdio, angina instável). A documentação cuidadosa da atividade desenvolvida pelo paciente quando do início dos sintomas, a duração de cada episódio, a natureza, o local, a irradiação, sintomas associados, fatores agravantes e de alívio e perfil de risco, influenciam a capacidade de prever a ausência ou presença de doença coronariana significativa.

CUIDADO: Infarto do miocárdio, angina de peito ou embolia pulmonar prévios, diabéticos e idosos.

- **Dor visceral:** é continua (dura mais do que poucos segundos e quase sempre entre 2 a 5 minutos). É descrita como sensação de compressão, dor em aperto, peso, queimação ou apenas desconforto. Caso haja sintomas associados (como sudorese, náuseas e falta de ar), e ou irradiação para o pescoço, mandíbula, ombro (s), costas, braço (s) então a probabilidade de uma etiologia será aumentada bastante. Dor contínua, de 30 segundos a 30 minutos (angina) ou > 30 minutos (infarto).

CUIDADO! Doença coronariana provável.

- **Dores agudas súbitas:** podem estar associadas a problemas na parede torácica, mas também podem ocorrer devido a embolia pulmonar, dissecção da aorta, pneumotórax, pneumonia ou outros problemas graves associados à ruptura vascular ou de vísceras. Esses pacientes normalmente apresentam dor aguda severa, súbita persistente ou associada a outros sintomas (falta de ar, síncope/pré-síncope) ou presença de fatores de risco significativos.

- **Dores agudas não severas** ou aquelas facilmente desencadeadas pela palpação ou agravadas por tosse, respiração profunda ou movimentos, com sinais vitais normais podem aguardar a avaliação médica (nível 3 ou 4).

- **Infarto agudo do miocárdio prévio, angina ou embolia pulmonar:** pacientes com tais antecedentes devem estar no nível 2, não importando a característica da dor.

12. **Dor abdominal:** a intensidade da dor, isoladamente, não é suficiente a predizer condições médicas ou cirúrgicas. Dores viscerais (constantes, com sensação de dor, pressão, queimação e aperto) associadas a sintomas (náuseas, vômitos, sudorese, irradiação ou dor reflexa) e a sinais vitais alterados (hipertensão, hipotensão, taquicardia, febre) são provavelmente características de problemas mais

sérios, e requerem pronta investigação, tratamento e alívio da dor. A avaliação de dores de curta duração (como as câimbras), intermitentes e dores agudas, não acompanhadas de anormalidades nos sinais vitais, podem ser adiadas. Há uma sobreposição significativa entre condições menos graves e extremamente graves, como a ruptura de aneurisma de aorta abdominal (idade superior a 50 anos), gravidez ectópica (mulheres entre 12 a 50 anos), perfuração de vísceras, apendicite, obstrução intestinal, colangite ascendente. Isso significa que a dor abdominal severa (8-10/10) deve levar os profissionais de saúde a agirem com prudência, quando defrontados com dor visceral ou dor súbita, sobretudo quando associadas a outros sintomas.

13. **Overdose:** em casos de overdoses intencionais, não é seguro tentar estabelecer quais agentes foram ingeridos e em que quantidade. Esses pacientes necessitam de avaliação médica precoce ou orientação, em relação à necessidade de dosagem para substâncias tóxicas, monitoramento ou métodos para prevenir a absorção, aumentar a eliminação ou administração de antídotos a serem administrados. Pacientes com qualquer sinal de toxidade (estado mental alterado, sinais vitais anormais) devem ser rapidamente examinados (em menos de 5 minutos).

14. **Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe:** As causas relacionadas ao trato digestivo alto normalmente causam mais instabilidade. Vômitos com sangue vivo, vômito em borra de café e melena são típicos de fontes de sangramento do trato digestivo superior. Fezes (melena) castanho-avermelhadas, com sangue escuro ou vermelho vivo, também podem ter origem no trato digestivo superior, mas são mais prováveis de terem sua origem no trato digestivo inferior. A origem do problema não é tão importante quanto o tratamento do paciente com instabilidade hemodinâmica (PA Sist.< 100 mmHg ou FC > 120 bpm). Uma mensuração normal de sinais vitais não garante a estabilidade hemodinâmica.

15. **Acidente vascular cerebral:** pacientes com graves déficits neurológicos podem necessitar de proteção de vias aéreas ou de tomografia computadorizada de emergência para determinar critérios para trombólise, anticoagulação, intervenção neurocirúrgica ou estabelecimento de prognóstico. Caso

o sintoma tenha começado há menos de 4 horas, o prazo para a tomografia computadorizada é um elemento crítico para as estratégias de tratamento.

16. **Asma:** a asma grave é mais bem definida mediante uma combinação de medidas objetivas (volume expiratório forçado [VEF]; fluxo expiratório forçado máximo [FEF]; saturação de oxigênio) e fatores clínicos relacionados à gravidade dos sintomas, sinais vitais e história prévia de episódios graves. A melhor medida de severidade e parâmetro para a terapêutica é fornecida por algum tipo de teste espirométrico. Se o VEF e FEF forem interiores a 40% do previsto ou do melhor resultado anterior, o paciente é considerado grave, e requer tratamento imediato e observação continua até que apresente sinais de melhora.

17. **Dispnéia:** é um sintoma subjetivo e pode favorecer pouca correlação com a função pulmonar ou deficiência na captação e distribuição do oxigênio. Dependendo a idade, do histórico e da avaliação física, pode ser difícil distinguir entre asma, DPOC, embolia pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva, pneumotórax, pneumonia, difteria, epiglote, anafilaxia ou uma combinação de problemas. O início e a duração dos sintomas, os sinais vitais e a ausculta pulmonar freqüentemente permitem intervenção rápida na maioria dos casos de falta de ar.

18. **Anafilaxia:** Reações alérgicas graves podem piorar rapidamente. Pacientes com histórico de asma são particularmente de alto risco de mortalidade. Deve-se suspeitar de problemas se houver quaisquer sintomas respiratórios ou queixas de aperto na garganta. A verdadeira anafilaxia envolve diversos sistemas: sistema nervoso central (alteração do estado mental, convulsão, coma), cardiovascular (hipotensão/taquicardia, colapso vascular/choque), respiratório (sibilo, cianose, tosse), pele (urticária, coceira com todo tipo de erupção não purpúrica), digestivo (vômitos, dor abdominal, diarréia), renal... O histórico relativo ao tempo de exposição e ao tipo de agente até o início dos sintomas é importante na determinação da causa e norteiam as recomendações feitas durante o acompanhamento e a alta.

19. **Sangramento vaginal/dor pélvica aguda ou dor em baixo ventre:** pacientes com sangramento vaginal ou com dor aguda no baixo ventre, devem ser examinadas quanto à possibilidade de gravidez ectópica ou outros problemas sérios associados à gravidez. Pacientes com sinais vitais anormais (hipotensão) devem ter acesso venoso estabelecido e ser avaliadas rapidamente pelo médico. Mesmo que a dor seja apenas moderada (4-7/10) ainda é possível tratar-se de gravidez ectópica ou descolamento/distúrbios fetais. Pacientes com 20 semanas ou mais de gravidez devem ser examinadas imediatamente e transferidas para Hospital e/ou UPA Francisco Morato de Caieiras.

20. **Infecções graves, sepse:** pacientes com infecções bacterianas ou síndromes sépticas geralmente tem aparência ruim e apresentam um ou mais sinais físicos alterados, como estado mental, sinais vitais, saturação de oxigênio. História de febre (> 38,5º) ou calafrios, com tremores devem ser elucidados (tremor é um episódio que o paciente não pode controlar: ranger os dentes, cama balança), erupções purpúricas na pele (sem descoloração, como por exemplo, petéquias) podem estar associadas à meningite.

21. **Hipertermia:** com sinais de letargia (qualquer idade) deve resultar em rápida avaliação pelo médico para verificação de doenças bacterianas graves, como por exemplo, meningite.

22. **Vômito e diarréias:** com suspeita ou sinais de desidratação. Os sinais de desidratação não são sempre confiáveis, principalmente mais jovens.

23. **Psicose aguda (doença psiquiátrica ou comportamental) /agitação extrema:** esses pacientes podem estar sofrendo de distúrbios metabólicos, envenenamento ou outros problemas orgânicos, se psicose/agitação aguda fizer parte de um quadro psiquiátrico, o paciente e o departamento serão beneficiados com a administração precoce de antipsicotrópicos, sedativos (contenção química) ou, se necessário, contenção mecânica. O histórico fornecido por outros serviços de saúde (comunidade, enfermeiras, médicos), ou por testemunhas, cuidadores, família, amigos, além da avaliação física e de

sinais, geralmente permitirá a identificação de risco sob uma perspectiva médica (overdose, eventos do Sistema Nervoso Central, hipoglicemia...).

- ✓ Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão;
- ✓ Risco imediato para si ou para outrem;
- ✓ Agitação extrema;
- ✓ Necessidade de contenção;
- ✓ Paciente desmaiado;
- ✓ Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação;
- ✓ Avaliar passado de doença psiquiátrica (para uso rápido de anti-psicóticos).

24. **Diabetes:** identificação do diabético, histórico fornecido por terceiros, avaliação física, sinais vitais e exame de glicemia capilar são úteis na identificação de diabéticos com hiper ou hipoglicemia. Diaforese e ou estado mental alterado são típicos de hipoglicemia. Alteração do estado mental, visão embaçada, febre, vômitos, anormalidades no pulso e respiração (rápida e profunda) são mais típicos de níveis de glicose elevados, com ou sem cetoacidose diabética.

- ✓ Sudorese (hipoglicemia)
- ✓ Alteração mental (hipo-hiperglicemia)
- ✓ Febre
- ✓ Vômito
- ✓ Visão borrada
- ✓ Pulso anormal
- ✓ Dispnéia (rápida e profunda)

CUIDADO! Avaliar a glicemia

25. **Cefaléia:** esta queixa aparece em diversos níveis de triagem. Há preocupação em relação ao atraso no diagnóstico de catástrofe do sistema nervoso central (hemorragia subaracnoidea, epidural, subdural, meningite/encefalite) as quais podem apresentar características comuns como a enxaqueca. Também é considerado importante instituir terapia abortiva, com agentes não-opiáceos em tempo oportuno, objetivando diminuir dor e sofrimento desnecessários em pacientes com enxaqueca, reduzindo o tempo de permanência no departamento de emergência. A chave para o diagnóstico/estratificação de risco baseia-se, principalmente, no histórico do início, evolução, duração do problema, sintomas associados e história de episódios similares. A atividade desenvolvida pelo paciente no início do episódio, se a dor for repentina, sintomas cervicais, náuseas/vômitos, estado mental, são questões fundamentais. É importante estabelecer o que o paciente quer dizer quando se refere a "dor súbita". Todas as dores, na verdade, são súbitas. O que é crítico para o diagnóstico médico é o tempo decorrido para que a dor atinja intensidade máxima. As dores são piores quando começam ("parece que alguém me acertou com um martelo" ou foi como um "ribombar de trovão"), e que atingem o pico depois de alguns segundos são normalmente sérias. Dores que começam rapidamente (5 a 30 minutos) são típicas de enxaqueca. Dores mais graduais nem sempre são benignas, mas raramente estão associadas às "catástrofes" como sangramento intracraniano.

- Intensa, súbita ou rapidamente progressiva;
- Rigidez de nuca;
- Náusea – vômito
- Alteração estado mental;
- Sinais neurológicos focais (paresia, afasia).

26. **Dor intensa:** (escalas de dor): quando um paciente alega ter dor entre 8-10/10, e não aparenta estar em sofrimento, ou parece ter algo que deveria estar associado à dor intensa, é conveniente perguntar qual a experiência mais dolorosa que o paciente já sofreu. A primeira dor que alguém experimenta é por definição 10/10. Se o paciente compara a dor sentida neste momento com outras situações que normalmente se caracterizam como dor severa, como dores do parto, fratura óssea, cólica renal,

enxaqueca ou outras condições, o profissional de saúde tem parâmetro útil para ajudá-lo a decidir qual o nível de triagem apropriado. Pode-se também tentar obter ordem verbal do médico para administração de analgésicos. Idosos com suspeita de dor intensa (mas incapazes de quantificar a dor) devem ser tratados como se apresentassem nível de dor de 8-10/10.

- Aguda, central (cabeça, tórax, abdome);
- Aguda, periférica (em extremidades), com isquemia;
- Luxação (ortopedia);
- Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em MMII.

27. **Abstinência de drogas (grave):** (Delirium tremens ou outro): Esses pacientes podem, algumas vezes, ter seus sintomas confundidos com problemas psiquiátricos agudos. Ocasionalmente, pode-se assumir que os conhecidos usuários de drogas se encontram no departamento de emergência por problemas não médicos, e há risco de que seus problemas sejam subestimados. Convulsões, coma, alucinações, confusão, agitação (tremores), sinais de excesso de catecolaminas (taquicardia, hipertensão, hiperpirexia), dor abdominal/torácica, vômitos, diarréia são parte de um conjunto de sinais e sintomas associados à abstinência de drogas e álcool.

- Convulsão;
- Coma;
- Alucinações;
- Confusão mental;
- Agitação;
- Excesso catecolaminas (taquicardia, hipertensão, febre);
- Dor abdominal/torácica;

- Vômito, diarreia.

28. Dados vitais alterados com sintomas.

- FC < 50 ou > 140;
- PAS < 90 ou > 220 mmHg;
- PAD > 130;
- Temperatura axilar < 35 ou > 40ºC;
- Febre em imunocomprometido ou paciente não parecer estar bem
- FR < 10 ou > 32 ipm.

29. Gravidez > 20 semanas:

- Trabalho de parto (contrações cada 2 minutos);
- Ausência de movimentos fetais, hipertensão com ou sem cefaléia, edema, dor abdominal;
- Pós-parto imediato (mãe e criança).

2.2

NÍVEL 3 - URGÊNCIA

Condições que podem potencialmente evoluir para um problema sério, que necessite de intervenção de emergência. Pode estar associado a desconforto significativo, ou afetar a capacidade de trabalho ou atividades de vida diária. Atendimento médico entre 15 – 30 minutos.

Reavaliação cada 30 minutos

1. **Trauma crânio-encefálico:** esses pacientes podem ter sofrido um mecanismo de alto risco. Pacientes devem estar alerta (Escala de coma de Glasgow = 15 (anexo 2)), com dor moderada (< 8/10) e náuseas ou vômito. Devem ser classificados como nível 2 se piorarem, ou simplesmente parecerem não estar bem.

- Sem perda da consciência
- Alerta (ECG 14 e 15)
- Cefaléia moderada (4-7/10)
- Sem dor cervical
- Náuseas ou vômito

2. **Trauma moderado:** pacientes com fraturas ou luxações, ou entorses com dor severa (8-10/10). Intervenção de enfermagem com talas/analgésico justifica atraso na intervenção/avaliação do médico. As luxações devem ser reduzidas prontamente, de modo que a avaliação, pelo médico, deve ocorrer em menos de 30 minutos. Pacientes são "estáveis" (sinais vitais normais ou próximos ao normal).

- Dados vitais normais;
- Fraturas alinhadas, luxações, distensões, dor moderada (4-7/10);
- Tatuagem traumática;
- Ferimento menor, com sangramento compressível;
- Mordedura extensa;
- Trauma torácico com dor leve – moderada sem dispneia.

3. **Asma, leve/moderada:** Pacientes com falta de ar ao realizar esforços, tosse freqüente, ou despertar noturno (incapacidade de ficar deitado sem apresentar sintoma), e que apresentem VEF > 60% e saturação de oxigênio ≤ 92-94%. Asma moderada é aquela com VEF > 60% e saturação de oxigênio < 95%. Pacientes com asma grave podem apresentar crises moderadas. A existência de documentação contendo procedimentos médicos já realizados e padrão das crises anteriores (intubação, unidade de terapia, internações freqüentes) pode contribuir para identificar pacientes de alto risco. Não é seguro atribuir nível de classificação baixa a um asmático que procurou o serviço devido à piora dos sintomas respiratórios. Esses pacientes devem ser colocados em área do departamento de emergência onde não só possam ser observados, como reavaliados, e também, onde o acompanhamento ou o próprio paciente ser capazes de relatar qualquer piora à equipe de emergência.

4. **Queimaduras**

- Queimaduras de 2º e 3º graus, áreas não críticas, SCQ < 10%;
- 1º grau > 10% SCQ, áreas não críticas;
- 1º grau, face e períneo;
- Mãos e pés.

5. **Dispnéia leve/moderada:** pacientes com pneumonia, DPOC, infecções de vias aéreas superiores, difteria podem queixar-se ou aparentar dispnéia. Como nem sempre é simples quantificar esse sintoma, é possível avaliar os sinais vitais e outros sintomas associados para decidir a necessidade de investigação urgente ou tratamento. Medidas objetivas como VEF ou saturação de oxigênio ajudam, sobretudo se há sibilos ou se DPOC é conhecida.

- Asma com dispneia ao exercício;
- Tosse frequente;
- Incapacidade de dormir;

- Consegue falar frases mais longas;
- Asma e saturação O_2 92-94%.

Diagnóstico diferencial: DPOC, pneumonia, IVAS.

6. **Dor torácica:** dor aguda, localizada, que piora com inspiração profunda, tosse, movimentos ou palpação, não associada à falta de ar, ou outros sinais indicativos de doença cardíaca ou pulmonar. São geralmente devidas a problemas na parede torácica ou irritação de um dos revestimentos internos (pleurisia ou mesmo pericardite). Pacientes idosos ou aqueles que já tiveram infarto ou angina, acometidos por esse tipo de dor, devem ser considerados como nível 2. Nenhuma das características de dor visceral deve estar presente (veja nível 2 – dor torácica).

- Dados vitais normais;
- Localizada, em fincada piora com respiração profunda, tosse, dispnéia, palpação;

Ex: dor parede torácica, pleurite, pericardite.

CUIDADO! Idosos, diabéticos, infarto ou angina prévia.

7. **Dor abdominal:**

- Dados vitais normais;
- Aguda, moderada (4 – 7/10);
- Distensão abdominal;
- Retenção urinária;
- Prostração;
- Febre;
- > 65 anos.

8. **História de Diabete mellitus**

- Desidratação acentuada;
- Glicemia > 320 ou < 50 mg/dL.

9. **Sangramento gastrintestinal/hemorragia digestiva:** sangramento alto ou baixo, sem sangramento ativo, com sinais vitais normais. Há sempre a possibilidade de piora, de modo que se deve repetir a mensuração de sinais vitais durante os 30 minutos de espera ou se houver mudança de estados/sintomas.

- Dados vitais normais;
- Sangramento não atual.

10. **Sangramento vaginal e gravidez:** ausência de dor ou dor leve (≤ 4/10), com sangramento que não seja grave, primeiro trimestre (data da última menstruação ≥ 4 semanas e ou □ HCG prévio positivo) e sinais vitais normais.

11. **Convulsão:** distúrbio convulsivo prévio ou ataque recente, porém breve (< 5 minutos). Alerta, respiração normal, proteção de vias aéreas (mordedura normal), sinais vitais normais.

- Dados vitais normais;
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas;
- Primeiro episódio, mas curto (< 5 minutos);
- Pós comicial, mas alerta;
- Respiração normal.

12. **Doença psiquiátrica – comportamental (psicose aguda e/ou suicidas):** pacientes com problemas psiquiátricos, não agitados, mas não é possível determinar se representam uma ameaça para si e para os outros. Sinais vitais normais. Estado emocional exacerbado, mas não violento razoavelmente disposto a colaborar. Alguns pacientes com distúrbio bipolar (maníaco-depressivo) necessitam de ambiente seguro e avaliação para risco de overdose.

- Dados vitais normais;
- Agitação menos intensa, mas consciente;
- Risco para si ou para outrem;
- Estados de pânico;
- Potencialmente agressivo;
- Alucinação, desorientação.

13. **Dor aguda intensa (8-10/10):** pacientes com pequenos problemas, mas referindo dor intensa (8-10/10), devem ser submetidos à intervenção de enfermagem (gelo, talas, etc), ou devem ser tratados conforme um protocolo que institua analgésicos ou ordem verbal do médico. Pacientes com dor nas costas discogênica geralmente experimentam dor súbita ao erguer-se ou curvar-se. É comum a dor irradiar-se para as pernas, se houver fraqueza muscular, perda de sensação, incapacidade de urinar ou incontinência urinária, deve-se suspeitar de problemas neurológicos mais sérios, fazendo-se necessária a avaliação imediata do médico. Dores/lesões resultantes de fatores mecânicos geralmente aparecem de forma mais gradual, podendo levar de horas até 1 ou 2 dias para aparecer. Dores consideradas intensas (8-10/10) são comuns, e é muitas vezes difícil distinguir a dor aguda nas costas da dor crônica, tornando difícil determinar um nível de classificação para esses pacientes. Freqüentemente, os pacientes ficam frustrados, e os profissionais não sabem se analgésicos potentes podem ser úteis. Assumir uma postura de julgamento sobre a dor de outra pessoa pode acarretar o risco de ignorar outros problemas importantes, além de ocasionar um alto de grau de insatisfação entre o paciente e o atendimento do serviço de emergência. É muito difícil avaliar os pacientes com dores nas costas sem maca e sem despi-los da cintura para baixo, de forma que o paciente deve ser

lavado a uma área onde isso possa ser feito.

14. **Dor aguda moderada (4-7/10):** pacientes com enxaqueca ou cólica renal podem apresentar dor moderada, que pode piorar rapidamente. Esses pacientes provavelmente seriam beneficiados por uma intervenção precoce. Alguns desconfortos nas costas, de origem não traumática, podem ter causas potencialmente sérias. Esses pacientes devem apresentar sinais vitais normais e serem reavaliados pela enfermagem se houver atraso na avaliação do médico.

15. **Diarréia e vômitos com desidratação:**

- Persistentes;
- Letargia;
- Mucosas ressecadas;
- Turgor pastoso.

16. **Articulações, partes moles:**

- Processo inflamatório (dor, calor, edema, eritema) em membros ou articulações;
- Ferida corto – contusa;
- Urticária ou prurido intenso.

17. **Pacientes de diálise ou transplantados:** problemas no equilíbrio hidroeletrolítico são comuns nesses pacientes, aumentando o risco de arritmias e piora rápida.

- Distúrbios hidroeletrolíticos frequentes;

- Risco de arritmias e deteriorização.

18. Dados vitais alterados sem sintomas:

- FC < ou > 140 bpm;
- PA S < 90 ou > 220 mmHg;
- PA D > 130;
- Febre > 38,5ºC;
- FR > 32 ipm.

19. Situações especiais:

- Vítimas de abusos sexuais;
- Pacientes escoltados;
- Acamados;
- Acidente perfuro cortante com material biológico.

2.3

NÍVEL 4 – SEMI - URGÊNCIA

Condições relacionadas à idade do paciente, desconforto ou potencial para complicações/piora. Esses pacientes podem ser beneficiados por intervenções ou reavaliação dentro de 1-2 horas. Atendimento médico inicial até 90 minutos.

Reavaliação cada 1 hora.

1. **Trauma cranioencefálico:** pequenas lesões na cabeça, paciente alerta (Escala de Coma de Glasgow 15), sem vômito e sintomas cervicais e com sinais vitais normais. Pode necessitar de um pequeno período de observação, dependendo do tempo decorrido entre a lesão e a chegada ao serviço de emergência. Caso o intervalo entre o acidente seja maior que 4-6 horas e o paciente esteja sem sintomas, pode ser necessário um exame neurológico. A idade do paciente e as características do serviço de saúde ou das condições para cuidado em casa também podem influenciar sobre a conduta ou período de observação.

- Lesão craniana menor;
- Sem perda da consciência;
- Trauma de baixo impacto;
- Alerta (ECG=15);
- Sem vômito;
- Sem sintomas cervicais dados vitais normais acidente > 6 h.

2. **Pequenos traumas:** pequenas fraturas, entorses, contusões, abrasões, lacerações que necessitam de investigação ou intervenção. Sinais vitais normais, dor moderada (4-7/10).

- Dados vitais normais;
- Trauma torácico sem dor de costela ou dispnéia;
- Distensões, contusões, torções;
- Fratura possível;

- Lacerações que requerem investigação;
- Mordedura não extensa;
- Dor moderada (4-7/10);
- > 6h do evento, < 10 dias.

3. **Dor abdominal:** dor aguda de intensidade moderada (4-7/10). A intensidade da dor em casos de apendicite, colecistite ou outros problemas potencialmente sérios não é um meio confiável para excluí-los. Os sinais vitais devem estar normais, e o paciente não deve aparentar estar com alterações agudas. Constipação pode causar dor severa, ou, algumas vezes, ser confundida com outros problemas mais sérios. A princípio, assuma a ocorrência com a pior possível, e assegure-se de que há dados clínicos suficientes ou investigados que permitiam excluir problemas potencialmente sérios, porém tratáveis.

- Dados vitais normais;
- Aguda, moderada (4-7/10);
- Ausência de prostração, toxemia, gravidade clínica.

4. **Cefaléia:** não repentina, não severa, sem características de enxaqueca, não associada a fatores de risco (veja nível 2 e 3 de dor de cabeça). Problemas infecciosos como sinusite, infecções de vias aéreas superiores (IVAS), ou doenças semelhantes à gripe podem causar esse tipo de cefaléia. A dor deve ser não mais que moderada (4-7/10), e sinais vitais devem ser normais.

- Não súbita;
- Não intensa (7<7/10);
- Não enxaqueca;
- Rinorréia purulenta;

- Sem fator de risco;
- Dados vitais normais.

5. **Dor de ouvido:** otite média externa pode causar dor de moderada (4-7/10) a severa (8-10/10), e esses pacientes devem receber analgésicos por ordem verbal do médico. Caso o paciente tenha dor severa, o nível de triagem deve ser nível 3 ou deve-se obter ordem para analgésicos. O profissional deve utilizar seu julgamento para determinar qual a urgência da avaliação médica. É importante determinar a causa da dor de ouvido e adotar tratamento apropriado ou acompanhamento.

6. **Dor torácica:** esses pacientes não devem apresentar alterações agudas, dor (4-7/10), sem faltar de ar, sem características de dor visceral, sem histórico de problemas cardíacos, com sinais vitais normais. A dor é geralmente pleurítica (aguda, com piora à inspiração profunda, tosse, movimentação e palpação). Esses pacientes podem ter sofrido alguma lesão na parede torácica ou algum estiramento muscular devido à tosse ou atividade física.

- Dados vitais normais;
- Não aguda;
- Moderada (4-7/10);
- Sem dispnéia;
- Sem cardiopatia prévia;
- Tipo pleurítica.

7. **Pacientes deprimido/suicida/doenças psiquiátrico - comportamental:** pacientes com queixas de pensamentos suicidas ou que cometeram gestos nesse sentido, mas que não parecem agitados. Sinais vitais normais. Devido à dificuldade de definir precisamente o risco de suicídio e à possibilidade de overdose, esses pacientes devem estar acompanhados por um responsável e ser avaliados

periodicamente. Pacientes depressivos devem ser avaliados quanto ao potencial para suicídio. Todos os profissionais devem mostrar-se solidários, e tentar colocar o paciente em um local seguro e tranqüilo.

- Dados vitais normais;
- Pensamentos suicidas;
- Gesticulando, mas não agitado;
- Sem risco imediato para si ou para outrem;
- Com acompanhante.

8. **Corpo estranho na córnea:** se a dor é leve ou moderada (4-7/10) e sem mudança na acuidade visual.

9. **Dor nas costas, crônica:** esses pacientes podem apresentar um grande desafio, e devem ser sempre examinados como se o seu problema fosse visto pela primeira vez. É geralmente fácil confirmar se o padrão apresentado é idêntico aos episódios anteriores e se não há presença de anormalidades neurológicas. Ocasionalmente, os pacientes podem ter problemas com abuso de drogas e podem recorrer à consulta para obtenção de uma receita para narcóticos. Não é correto rotular as pessoas ou julgá-las, a não ser que haja provas concretas de que se trata de abuso de drogas e não de vício e síndromes dolorosas crônicas. A área de classificação não é adequada para estabelecer o que ocorre nesses casos, fazendo-se necessária a avaliação médica.

- Intensa (8-10/10), crônica, periférica;
- Moderada (4-7), aguda, central;
- Cefaléia aguda ou sub-aguda, não súbita;
- Moderada, aguda e periférica;
- Lombalgia mais intensa;

- Artralgia com limitações sem sinais flogísticos.

10. **Sintomas das vias aéreas superiores:** pacientes com queixas de congestão das vias aéreas superiores, tosse, dores, febre, garganta inflamada são freqüentes no serviço de emergência. Infelizmente pacientes com infecção de garganta por estreptococos, abscessos monos ou peritonsilares, epiglotite, pneumonia ou outras doenças sérias nem sempre podem ser identificados em avaliação de rotina ou avaliações rápidas. Doenças semelhantes à gripe, com sintomas generalizados, podem ser sérias para pacientes idosos, muito jovens ou ainda aqueles que tenham problemas de saúde importantes. Como algumas infecções bacterianas podem assemelhar-se, de alguma maneira com gripe, esses pacientes podem requerer classificação como nível 3 em algumas situações. Caso haja sinais e sintomas respiratórios importantes, faça um exame da saturação de oxigênio, e se o resultado for menor que 95% eleve o nível da triagem, classificando o paciente como nível 2 ou 3.

- Dor de garganta intensa;
- Dor de ouvido;
- Tosse produtiva;
- Rinorréia purulenta;
- Febre < 38,5ºC;
- Mialgia.

11. **Vômito e/ou diarréia sem sinais de desidratação:** o risco de desidratação aumenta na presença de vômitos e diarréia. Na maioria das vezes, a gastroenterite viral simples não causa problemas sérios em adultos saudáveis. As perguntas feitas durante a triagem devem tentar definir, claramente, o início e o curso da doença, quantificando os episódios de diarréia e vômitos, tentando descobrir quantas vezes o paciente vomitou, se ocorreu apenas quando comia ou bebia, e quando o último episódio ocorreu (é melhor saber a hora exata e buscar respostas como "às 10 horas" e não "hoje de manhã"). O mesmo vale para diarréia. É pouco provável que haja desidratação ou desequilíbrio eletrolítico se

houver menos de 5 evacuações por dia. Em adultos com mais de 10 evacuações por dia (com ou sem sangue), é preciso considerar causas mais sérias, como doença inflamatória do intestino. Pacientes com mais de 10 episódios de vômitos nas últimas 24 horas e ou mais, devem ser considerados nível 2 ou 3, dependendo da avaliação da hidratação. Também é importante considerar que o vômito pode ser sinal de outros problemas como anormalidades do Sistema Nervoso Central, doença cardíaca, efeito de drogas, insuficiência renal, distúrbios hepáticos, diabetes, problemas relacionados à gravidez. Tais problemas podem ser identificados, se forem, ao menos, considerados.

- Dados vitais;
- Mucosas úmidas;
- Diurese normal;
- Turgor de pele normal;
- < 5-10 evacuações/dia;
- < 5- 10 vômitos/dia.

12. **Dor aguda moderada (escala 4-7/10):** dor moderada com lesões mínimas ou problemas no sistema músculo-esquelético.

13. **Situações especiais:**

- Idade > 65 anos;
- Deficientes físicos;
- Grávidas;
- Impossibilidade de deambulação;
- Retorno em período < 24 h por ausência de melhora;

- Troca de SNE ou SVD.

2.4

NÍVEL 5 – NÃO - URGÊNCIA

Condições agudas, não urgentes, assim como condições que podem fazer parte de um problema crônico, com ou sem evidência de piora. Sugere investigação ou intervenção em algumas dessas. Atendimento médico em até 180 minutos.

Reavaliação médica no mesmo dia ou no dia seguinte.

1. **Trauma pequeno:** contusões, abrasões, lacerações menores (não requerem nenhum tipo de oclusão) síndromes por esforço excessivo (tendinite) e entorses. Intervenções de enfermagem como mobilização, limpeza, verificação do estado de imunização, administração de analgésico, são expectativas dos pacientes nesta categoria.

- Dor leve;
- Contusões;
- Escoriações ferimentos que não requerem fechamento;
- Mialgia;
- Distensões.

2. **Dor de garganta, infecção de vias aéreas superiores:** pacientes com queixas leves, não severas, sem sintomas ou comprometimento respiratório. Doença viral típica, com sinais vitais normais ou febre abaixo de 38,5ºC.

- Coriza;
- Dor de garganta;
- Queixas leves;
- Sem sintomas respiratórios;
- Dados vitais normais.

3. **Sangramento vaginal:** Pode tratar-se de menstruação normal ou sangramento incolor pós-menopausa. Caso gravidez seja excluída e a dor não for intensa (<4/10), sinais vitais normais, esses pacientes podem seguramente aguardar avaliação.

4. **Dor abdominal:** dor leve (<4) crônica ou recorrente, com sinais vitais normais. Algumas pessoas podem se queixar de dor mais intensa, sobretudo os jovens, e pode ser difícil justificar sua colocação em um nível de classificação mais alta.É importante considerar o contexto que leva os pacientes ao serviço, e esforçar-se para não prejulgá-los. Seus sintomas podem representar um grande desafio e frustração não só para o profissional de saúde, como também para o paciente. Período de espera prolongado deve ser acompanhado de reavaliação do paciente ou elevação do nível de classificação, classificando o paciente como nível 3 ou 4.

- Dados vitais normais;
- Dor aguda, leve (<4);
- Constipação intestinal;
- Crônica ou recorrente.

5. **Vômito isolado, diarréia isolada:** sem sinais de desidratação. Esses pacientes devem ter estado mental e sinais vitais normais.

6. **Doenças psiquiátricas:** esses pacientes podem apresentar problemas pequenos ou insignificantes sob o ponto de vista do profissional de saúde, mas podem estar frustrados pela falta de disponibilidade de outros serviços de saúde específicos da comunidade. Também podem não ter noção de quais serviços estão disponíveis. Uma postura aberta e sensível a questões culturais e sócio-econômicas permitirá que o profissional de saúde avalie o nível de atendimento necessário e o risco representado pelo paciente, para si e para outros. Depressão crônica ou recorrente, dificuldade em lidar com pacientes, controle de impulsos, estado mental normal, sem achados vegetativos somático (apetite, peso, alteração no padrão de sono, crises inexplicáveis de choro) e sinais vitais normais. Alguns distúrbios psiquiátricos crônicos sérios ou distúrbios de comportamento, sem evidência de mudança ou piora, não podem ser completamente avaliados na classificação.

- Depressão crônica ou recorrente;
- Problemas com a polícia;
- Crise social;
- Impulsividade;
- Insônia;
- Estado mental normal;
- Dados vitais normais.

7. **Dor leve ou moderada:**

- Crônica, central ou periférica, pior à compressão;
- Lombalgia crônica, não traumática em MMII ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios;
- Algúria, disúria.

3. REFERÊNCIA RÁPIDA – TODOS PACIENTES

3.1 - Categoria de classificação – Vermelho – Emergência – Parada

Respiratório (RESP) – Comprometimento severo das vias aéreas, trauma penetrante ou contuso na região torácica, sinais óbvios de alterações respiratórias. Alterações severas.

Neurológico (SNC) – Trauma crânio-encefálico grave. Inconsciência. Estado convulsivo.

Músculo-esquelético – Amputação traumática-extremidade.

Choque – Lesão por frio intenso, hipotermia.

Gastrintestinal (GI) – Dificuldade em deglutição com problemas respiratórios. Trauma abdominal – penetrante ou não – sinais/sintomas de choque.

Grande trauma

Estados de choque

3.2 - Categoria de classificação – Amarelo – Urgência

SNC – Cefaléia severa (desconforto leve a moderado, escala de dor 8-10/10). Pancada na cabeça sem alteração no nível de consciência ou vômito. Distúrbio convulsivo conhecido, convulsão anterior à chegada ao serviço de emergência; sem convulsão no momento. Disfunção do "shunt", irritabilidade, não apresenta doença aguda.

Músculo esquelético – provável fratura de extremidades. Dores em várias articulações com febre, dor na articulação do quadril, com febre. Aparelho de gesso apertado com comprometimento neurovascular.

Pele – Mordidas por insetos com pequena resposta alérgica sistêmica. Celulite, paciente aparenta estar doente.

Erupção cutânea:

1) Paciente aparenta estar doente; febre, erupção purpúrica ou petéquia.
2) Exposição recente a doença contagiosa.

Lesão localizada causada pelo frio – com descoloração, cianose, dor.
Áreas de queimaduras – parciais ou totais em mais de 5% da superfície corpórea. Áreas de queimaduras no tronco ou em menos de 10% da superfície corpórea.
Laceração que necessita de controle de sangramento.

Gastrintestinal – Dor abdominal. Sangramento retal com dor abdominal, sem sinais/sintomas de choque. Dificuldade para deglutir; possível presença de corpo estranho, sem alterações respiratórias. Trauma abdominal-queixa de desconforto leve. Sinais/sintomas de apendicite, dor abdominal com ou sem febre. Sangramento gastrintestinal com sinais normais.

Geniturinário – Sangramento vaginal sem sinais de choque. Possível vítima de abuso sexual entre 2 e 12 horas. Hérnia inguinal – início súbito – paciente em sofrimento agudo. Edema de testículo sem dor. Incapacidade de urinar por mais de 8 horas. Edema periano; incapacidade de urinar.

Olhos, ouvidos, nariz, garganta – Lesão no nariz com alguma dificuldade respiratória. Epistaxe com trauma e/ou histórico de pressão sangüínea alta. Alergia – febre do feno causando congestão com história de problemas respiratórios. Corpo estranho no nariz causando dor ou possibilidade de aspiração. Secreção sanguinolenta originária do ouvido. Problemas de audição início súbito. Corpo estranho no ouvido. Lesão por frio – lesão parcial do ouvido externo. Dor intensa e súbita no olho, sem trauma associado. Aparecimento súbito de diplopia ou

alterações na visão nas últimas 24 horas. Edema periorbital, com febre. Queimadura na área dos olhos. Amputação da ponta da língua ou de grande parte da língua ou bochecha. Lesão puntiforme no palato mole. Pústula nas tonsilas – dificuldade de deglutição. Sangramento pós-operatório – tonsilectomia e ou adenoidectomia.

Cardiovascular – Paciente com aparecimento gradual de extremidade fria e dolorosa. Paciente com dor de início gradual ou súbito associado a edema e mudança de temperatura. Trauma moderado. Dor torácica, sem sintoma visceral.

3.3 - <u>Categoria de classificação – Verde – Semi – Urgência</u>

Respiratória – Aspiração de corpo estranho – sem tosse – aparenta estar bem. Pequena lesão torácica, sem dor nas costelas, sem dificuldade respiratória e sem falta de ar – pode apresentar hematomas. Dificuldade de deglutição, sem dificuldade respiratória.

SNC – Dor de cabeça crônica ou recorrente (sem alterações agudas). Trauma craniano leve sem perda de consciência/sem vômito.
Músculo esquelético – algia nas costas sente dor leve, descrita com "tem algo puxando", espasmos musculares; dor localizada nas costas (4-7/10). Possível fratura de extremidades. Articulação inchada e quente. Aparelho de gesso apertado sem comprometimento neurovascular.

Pele – Celulite localizada. Lesão por frio sem descoloração dor mínima.

Gastrintestinal – Dor abdominal com vômito ou diarréia (isolados) não aparenta estar doente, sem sinais de desidratação. Sangramento retal em pequena quantidade; febre e ou diarréia. Constipação; inapetência. Espasmos dolorosos.

Geniturinário – possível abuso sexual> 12 horas. Possível infecção do trato urinário, hematúria, polaciúria, ardor.

Olhos, ouvido, nariz, garganta – corpo estranho na córnea. Lesão no nariz sem dificuldades respiratórias. Epistaxe periódica com sinais de infecção. Secreção no ouvido, purulenta, febre. Tinido com febre. Mudança gradual na visão, na acuidade ou no campo visual. Olhos com presença de crostas ou secreção. Dor de ouvido.

Psiquiátrico – Idéias suicidas, depressão.

Cardiovascular – Dor no peito, idade < 30 anos, sem sintomas viscerais.

Miscelânea – Trauma leve. Escala de dor 4-7.

3.4 - <u>Categoria de classificação – Azul – Não urgência</u>

Respiratório – congestão nasal com secreção associada a sintomas de resfriado.

Músculo-esquelético – dor lombar crônica, com leve desconforto (< 4/10).

Pele – Mordidas pequenas ferimentos puntiformes, corpo estranho, arranhões localizados. Erupções cutâneas localizadas. Pequenas lacerações, abrasões, contusões.

Gastrintestinal – vômito/diarréias – sem dor, sem desidratação, estado mental normal.

Geniturinário – Secreção peniana, vaginal, uretral. Menstruação.

Olhos, ouvido, nariz, garganta – Laceração parcial na língua, mordedura de bochecha. Dor de garganta, laringite, pequenas lesões na boca com febre. Alergia – febre do feno causando congestão nasal. Problema nos seios nasais. Perda gradual da audição. Dor inespecífica no olho; dor crônica nos olhos.

Psiquiátrico – Sintomas crônicos, sem mudanças agudas.

Cardiovascular – trauma leve, não necessariamente aguda.

Miscelânea – Sintomas leves. Escala de dor < 4.

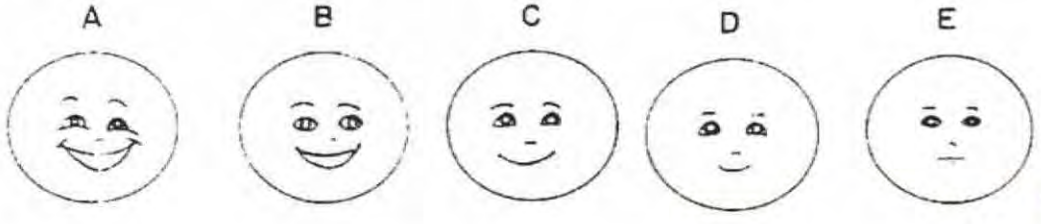
4. ANEXOS

4.1 Anexo 1

MODELO DA ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE FACES (McGRATH,1990)

A literatura demonstra que a avaliação da dor efetuada pela enfermagem, na maioria das vezes não contribui para um efetivo controle do quadro álgico, o conforto da criança e a prescrição analgésica, interferindo assim na qualidade da assistência prestada. Muitas vezes, quando prescrição analgésica é indicada como "se necessário", deparamos com a ausência de parâmetros de avaliação comportamental ou de intensidade da dor, impedindo assim a tomada de decisão eficaz e a possibilidade de desenvolvimento de mais conforto e bem-estar para essas crianças.

Após a descrição dos vários modelos utilizados na avaliação do quadro álgico da criança, propusemo-nos a apresentar o modelo da Escala Analógica Visual de Faces de McGRATH5 como instrumento para orientação da assistência de enfermagem, focalizando neste estudo a avaliação da dor na criança com câncer. De acordo com as informações referidas na literatura, este modelo melhor se adapta para crianças com maior capacidade de cognição e abstração.



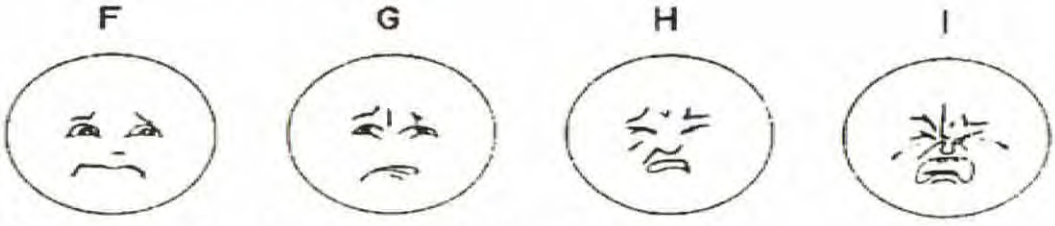


Figura 5 - Escala analógica visual de faces

Fonte: McGRATH (1990)

Neste modelo a representação da Escala de Faces apresenta dois pólos de significados distintos, correspondendo a uma amplitude de variações de efeitos positivos e negativos em relação à dor.

- As Figuras de A a D representam variações de estímulos positivos, caracterizando que a criança não sente dor;

- A Figura E é o ponto neutro da escala;

- As Figuras de F a I vão representar uma amplitude de variação negativa referente a diferentes graus de intensidade da dor;

- A Figura F indica que a dor está presente, mas poderá ser facilmente ignorada pela criança. Neste caso a presença dos familiares, um ambiente favorável, medidas de conforto, segurança e compreensão desempenhadas pelo profissional de enfermagem podem favorecer uma melhor adaptação da criança o seu estado físico e emocional;

- A Figura G indica dor presente, com certa intensidade, que não pode ser ignorada pela criança, mas que ainda não interfere no seu comportamento. A verbalização da criança é um indicador para esta avaliação que deverá ser precedida de medidas para o alívio da dor e conforto da criança;

- A Figura H indica dor presente, não pode ser ignorada pela criança, interferindo no seu comportamento. O resultado da observação das respostas comportamentais da criança

pode indicar necessidades de intervenção além daquelas propiciadas pela enfermagem, como o uso de analgésicos;

- A Figura I indica dor presente, em maior grau de intensidade, requerendo uma maior intervenção da equipe, devendo ser observados os aspectos físicos e psicológicos com intervenções específicas e técnicas analgésicas apropriadas.

O interesse pela utilização deste modelo é na tentativa de facilitar a avaliação do quadro álgico da criança, durante procedimentos terapêuticos invasivos como a cirurgia, a quimioterapia, a punção intratecal e medular.

- Escala de Faces - adaptada por CLARO, que mostrou figuras desenhadas por Maurício de Sousa*, representando os personagens criados por ele, Cebolinha e Mônica com diferentes expressões faciais. A escala é composta por cinco expressões, as quais variam da expressão sem dor até a dor insuportável, sendo 0 = sem dor; 1 = dor leve; 2 = dor moderada; 3 = dor forte; 4 = dor insuportável.

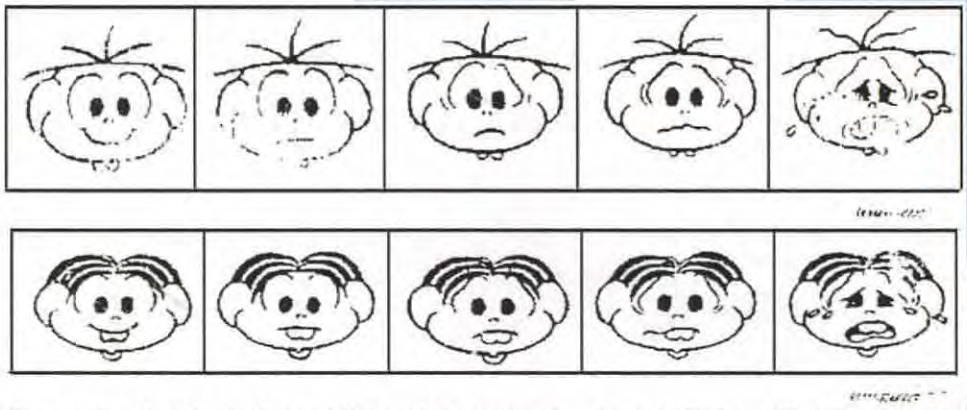


Figura 5 - Escala de faces (diferentes expressões do cebolinha aplicadas para os meninos e da mônica para as meninas)
Fonte: CLARO (1993)

4.2 Anexo 2

Escala de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
	ESPONTÂNEA	4

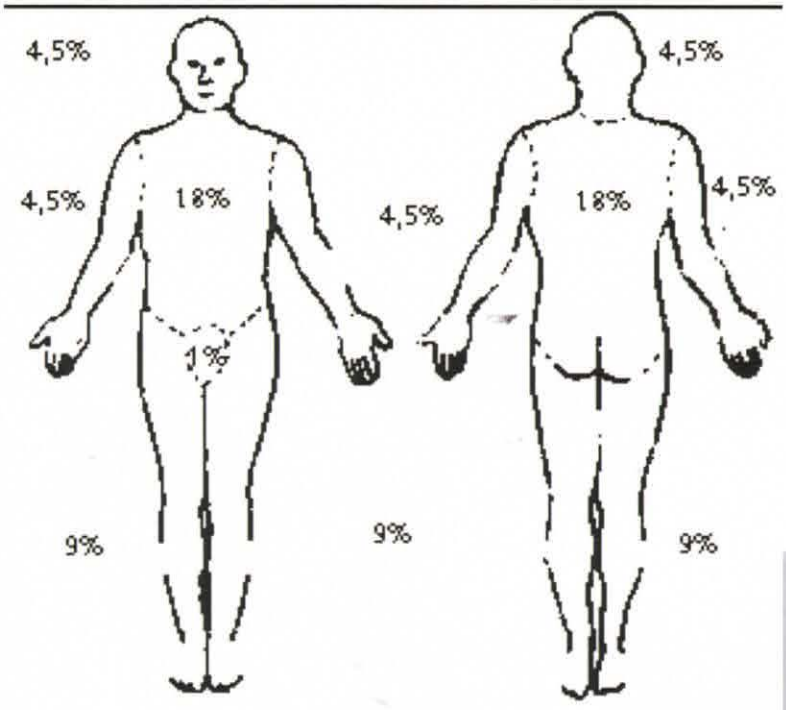
ABERTURA OCULAR	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
MELHOR RESPOSTA MOTORA	OBEDECE A COMANDO	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	SONS INESPECIFÍCOS	2
	AUSENTE	1

TCE – Severo (escore Glasgow 3-8)

TCE - Moderado (escore Glasgow 9-12)

TCE – Leve (escore Glasgow 13 – 15)

4.3- Anexo 3.



Esquema da regra dos nove. Note que cada membro superior tem no total 9% de superfície, cada membro inferior tem 18%, o tronco tem 36%, a cabeça tem 9% e o períneo tem 1%.

4.4 - Anexo 4

Tabela de Lund-Browder para determinação da superfície corpórea queimada.

Idade em anos / Área	0 - 1	1 – 4	5 - 9	10 - 14	15	Adulto
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádega direita	2 ½	2 ½	2 ½	2 1/2	2 ½	2 1/2
Nádega esquerda	2 ½	2 ½	2 ½	2 ½	2 1/2	1/2
Genitália	1	1	1	1	1	1
Braço direito	4	4	4	4	4	4
Braço esquerdo	4	4	4	4	4	4
Antebraço direito	3	3	3	3	3	3
Antebraço esquerdo	3	3	3	3	3	3
Mão direita	2 ½	2 ½	2 1/2	2 ½	2 1/2	2 1/2
Mão esquerda	2 1/2	2 ½	2 1/2	2 ½	2 1/2	2 1/2
Coxa direito	5 ½	6 1/2	8	8 ½	9	9 1/2
Coxa esquerda	5 ½	6 1/2	8	8 ½	9	9 1/2
Perna direita	5	5	5 ½	6	6 ½	7
Perna esquerda	5	5	5 ½	6	6 1/2	7
Pé direito	3 1/2	3 ½	3 1/2	3 ½	3 1/2	3 1/2
Pé esquerdo	3 1/2	3 1/2	3 ½	3 1/2	3 1/2	3 1/2

5. Referências:

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco no pronto socorro de hospital do estado tipo OSS (Organização de Serviços de Saúde)

Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo. Mogi das Cruzes, maio, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/050050_FL.pdf.>. Acesso em: 11 set. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS.2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/docbase.pdf.>.Acesso em 14 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: relatório de atividades 2003. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0148_m.pdf.>. Acesso em: 20 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF, 2006a. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://dtr 2001.saude.gov.br /editora/produtos/impressos/folheto/04_0294_FL.pdf.>. Acesso em: 9 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2006b. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf.>.Acesso em: 13 set. 2007.

CAMELO, S. H. H. et al Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. Rev. Latinoam. Enfermagem., n. 8, p. 30-37,2000.

CECÍLIO, L.C.O.;MERHY,E. A integridade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.

ROGER, Osborn; Pousada. Enfermagem de Emergência. Porto Alegre: editora Artes Médicas.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES Jr., H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). O trabalho em saúde:olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.
Classificação de risco. 2007. Disponível em: <http://gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39.>. Acesso em: 5 out. 2007

GOLDIM, J. R. Triagem. 2001. Disponível em:< http://www.ufrgs.br/ bioetica/triagem.htm>. Acesso em: 02 abr. 2007.

MAIA. D. Diretores de hospitais de Rio Grande do Norte investem em acolhimento. Disponível em:<http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/artigo Noticia.php ?codigo=568>. Acesso em: 22 nov. 2007.

MEDEIROS, J. B. Metodologia científica em ciências sociais. 3. ed. São Paulo:Atlas, 1995.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. Onocko R, (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 74-111.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitexc, 1993.

PORTAL HUMANIZA. 2007. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=72>. Acesso em: 18 nov. 2007.

SCHIMIT, M. D.; LIMA, M. A .D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, n. 20, p. 1487-94, 2004.

SILVA JR.; A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R.,

MATTOS, R. A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 241-257.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 23, v. 2, p. 331-340, fev. 2007,

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 49-61.

Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto Socorro da UPA Francisco Morato Municipal "Dr. Mário Gatti" de Campinas (SP).

The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

Australasian Triage Scale (ATS)

Manchester Triage System (MTS)

Advanced Trauma Life Suport (ATLS)

Advanced Cardiac Life Support (ACLS)

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do Pronto Socorro

Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização / MS

Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte

Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

CLARO, M.T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto, 1993. p. 1-50. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

McGRATH, P.J. et al. Report of the Subcommithes on assement and methodologic issues in the management of pain in childhood cancer. Pediatrics, v.86, n.5, p.814-817, November, 1990.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400007
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Corensp) – Parecer sobre o Programa de Acolhimento e Classificação de Risco do Ministério da Saúde. http://www.coren-sp.gov.br
Wolf, SE; Herndon, DN. Burn Care. Landes Bioscience, Austin, Texas. 1999.

Salisbury, RE; Newman, NM; Dingeldein,Jr, GP. Manual of Burn therapeutics.Little, Brown and Company, Boston. 1983.

McCarthy, JG. Plastic Surgery. W.B.Saunders Company, Philadelphia. 1990 .

Cataneo, AJM; Kobaiasi, S. Clínica Cirúrgica. Revinter, Rio de Janeiro. 2003

23. **Totem para organização do atendimento:**

Será implantado um Totem para gestão da entrada do usuário na unidade, permitindo gestão da fila de espera, fluxo integrado, monitoramento de tempo de espera, e articulação com o Acolhimento com Classificação de Risco, visando à melhoria da gestão do acesso.

24. **Comissão de Ensino e Pesquisa:**

Terá como função a regulação de pesquisas, relação com universidades e gestão participativa do processo de educação permanente. Será a estruturação do processo de trabalho em equipe que dará suporte à gestão do conhecimento na Unidade, fazendo valer os objetivos da Política de Educação Permanente e a lei do COAPES no equipamento. A estruturação desta proposta de comissão acontecerá ao terceiro mês de contrato vigente.

25. **Fórum de redes de Atenção à Saúde:**

Proposta de reuniões na Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com os demais serviços no sentido de refletir sobre o papel de cada serviço, buscando soluções para justaposições de papeis, e para dar encaminhamento a casos com desfecho complexo na na rede. É o momento em que questões de referencia e contra referência podem ser discutidas abertamente, com base na lógica das linhas de cuidado do Ministério da Saúde, pensando na população em primeiro lugar. O corpo gestor da UPA e do INAPP estará disponível para este tipo de atividade sempre que solicitado.

26. Fórum de Participação Popular:

O INAPP pretende dar suporte para o Conselho gestor, sendo atuante e fortalecendo o princípio e diretriz da participação popular no SUS, por meio do fornecimento de dados e a participação pro ativa junto aos Conselheiros. O corpo gestor da UPA e do INAPP estará disponível para este tipo de atividade sempre que solicitado.

As rotinas das ações de incremento à qualidade serão definidas conforme agenda da equipe e solicitação do gestor municipal, respeitando ao período de no máximo 3 meses de intervalo entre um evento e outro.

27. O Modelo de Gestão de Pessoas **do INAPP são PRINCÍPIOS, POLÍTICAS e ESTRUTURA.**

Princípios:

Os princípios fundamentais da gestão de pessoas do INAPP para gestão de serviços de saúde são baseados em duas Políticas que fundamentam o SUS: a Política de Humanização, conhecida como HumanizaSus; e a Política Nacional de Educação Permanente, as quais em conjunto conformam um conjunto de princípios voltados para valorização do trabalhador de saúde, o entendendo como o fundamento da prestação de saúde de qualidade para população.

Tais princípios podem ser resumidos na ideia ampla do "investir em quem faz", considerando o papel estratégico dos que atuam com a população como o momento em que se revela todo modelo de gerenciamento e qualidade previstos no ideário, na missão e nos valores da instituição.

Os princípios de gestão de pessoas do INAPP podem ser sistematizados em:

- ✓ Humanização;
- ✓ Sustentabilidade;
- ✓ Cidadania;
- ✓ Responsabilidade Social; e,
- ✓ Diversidade.

Políticas:

As políticas de gestão de pessoas do INAPP estabelecem diretrizes de atuação de longo e médio prazo para conquistar espaço nas relações organizacionais, visando o alcance de seus princípios na cultura organizacional dos serviços como um todo. São orientadoras e integradoras dos princípios de atuação do Instituto na relação com as pessoas que compõem seu quadro, em todo ciclo de vida do profissional no interior da organização. Dentre estas, cita-se em destaque a politica de processo seletivo, a politica de educação permanente, a politica de gestão por competências, as normas de direitos e deveres dos trabalhadores, a política de ensino e pesquisa, a política de sustentabilidade (já apresentada neste plano de trabalho em ações voltadas para qualidade), a política de segurança do trabalhador, a política responsabilidade social, e a política comunicação. Tais políticas serão adaptadas ao contexto

da UPA desde a fase de implantação deste plano de trabalho, paulatinamente, envolvendo os profissionais na discussão e configuração das mesmas, a partir dos modelos já existentes no coorporativo.

28. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS - CLT

Os profissionais receberão mensalmente insalubridade, adicional noturno, vale transporte dentre outros benefícios previsto em CLT.

NORMAS PARA SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO

a. Do recrutamento

Considerando as necessidades de uma política de desenvolvimento de Recursos Humanos para o INAPP, adotando a "humanização das relações humanas" e a "gestão de pessoas", como pilares fundamentais para o sucesso da Organização. O presente documento tem como objetivo definir o processo seletivo a ser aplicado no Projeto, garantindo um padrão de qualidade apesar das diferenças de recursos humanos e materiais que os caracterizam, onde os requisitos de seleção baseiam-se nas próprias exigências das especificidades dos cargos, inclusive a título de contratação para o PRIMEIRO EMPREGO e inclusão de pessoas com deficiências.

b. Das Etapas de Processo Seletivo

O processo seletivo é realizado pelo setor de recursos humanos e com aprovação da chefia imediata e diretoria seguindo as seguintes etapas:



c. Da elaboração do Edital

O Edital é desenvolvido pelo setor de recursos humanos considerando o perfil necessário para preenchimento da vaga.

d. Do Processo de divulgação da vaga

É imprescindível a divulgação da seleção, para tanto, a Organização utiliza-se do site do INAPP e demais meios pertinentes, tais como: cartazes, e-mails corporativos, jornais, grupos virtuais de divulgação de emprego, e sites de recolocação profissional. O material de divulgação deverá ser afixado em pontos estratégicos podendo ser veiculado em meios de comunicação.

e. Do Recebimento e Análise de Currículos

A seleção será composta por preenchimento dos requisitos básicos, como faixa etária, escolaridade, perfil profissional assim como dados fornecidos pelo candidato e análise de currículos e/ou processo seletivo, realizados pelo setor de recursos humanos.

f. Das Entrevistas Individuais

Após a análise curricular, os candidatos são convocados para entrevista com o setor de recursos humanos para avaliação do perfil profissional.

g. Da Divulgação da Classificação

A divulgação da classificação será realizada através do site do INAPP e junto ao parceiro.

h. Dos Critérios para convocação

Nossa política de Gestão de Pessoas busca contemplar a inclusão e diversidade, propiciando o desenvolvimento de pessoas, capacitação, evolução em carreira, condições e orientações em saúde, segurança e cumprimento da legislação vigente.

i. Da validade do processo seletivo

O processo terá validade pelo período de até 1 ANO a partir da data de sua divulgação, podendo ser prorrogado por até igual período. Os candidatos aprovados poderão ser admitidos para as vagas existentes durante o prazo de validade do processo seletivo.

j. Das Considerações Gerais

Outros modelos de processo seletivo poderão ser desenvolvidos de acordo com as necessidades do Projeto, porém todos serão realizados diretamente pelo INAPP.

k. Da Contratação – Colaborador Aprovado

O colaborador aprovado para a vaga deverá iniciar o trabalho na Unidade designada, após providenciar toda a documentação necessária conforme item abaixo e submeter-se ao exame médico admissional com aprovação do mesmo.

l. Documentos básicos para contratação

- Carteira Profissional (CTPS);

- Cédula de Identidade;
- Certificado de Reservista (homens maiores de 18 anos);
- Título de Eleitor;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Exame Médico – A.S.O. – Atestado de Saúde Ocupacional;
- Cartão de Inscrição no PIS;
- Certidão Casamento, ou quando "amasiados", mas que o casal tiver filho, solicitar também cópia do RG e CPF do companheiro;
- Certidão Nascimento de Filhos menos de 21 anos, ou 24, quando cursarem Ensino Superior;
- Carteira de Vacinação para os filhos menores de 14 anos;
- Comprovante de Escolaridade;
- Comprovante de Endereço;
- 2 fotos (3x4)
- Registro Profissional (COREN, CRA, CREFITO, etc.)
- Abertura de conta salário

m. Da experiência e efetivação:

A admissão do candidato será realizada a título de experiência de 90 dias, dividido em dois períodos de 45 dias e sob o regime da C.L.T:

Durante o período de experiência a avaliação o superior imediato deverá informar quanto a: Efetivação do contrato de trabalho, ou a Rescisão do contrato de trabalho. Durante os primeiros 45 dias, caso o superior imediato avalie que o profissional na atende as necessidades do setor, ou não possui perfil adequado, este deverá informar ao setor de Recursos Humanos do Projeto antes do término do período, para as devidas providências.

29. NORMAS E ROTINAS DO DEPARTAMENTO PESSOAL:

n. **Do Horário de trabalho**

Deverá ser observado o registro em Folha de Frequência e/ou Cartão de Ponto, conforme definido em Contrato de Trabalho. O prazo de entrega da Folha de Frequência e Cartão de Ponto são até o dia 20 do mês, no setor de Recursos Humanos. Não serão aceitas frequências rasuradas e sem assinaturas da Chefia imediata e do Profissional. As ausências a serem justificadas, terão sempre tratamento em conformidade com a C.L.T. As ausências e atrasos serão apontados e assinados pelo superior imediato.

o. Da Identificação e Controle de frequência do colaborador

O cartão de identificação funcional (crachá) será fornecido pela Organização, será de uso obrigatório durante a jornada de trabalho. Deverá ser observado o registro em Folha de Frequência e/ou Cartão de Ponto, biometria ou quaisquer outros instrumentos de registro definido em Contrato de Trabalho.

p. Do Pagamento de salário

Será realizado o pagamento de salário no quinto dia útil de cada mês, através de depósito bancário. O demonstrativo de pagamento deverá ser retirado no setor de Recursos Humanos do Projeto e/ou junto às Coordenações dos serviços, sob responsabilidade da chefia imediata.

q. Das férias

Após 12 meses trabalhados (período aquisitivo), o profissional terá direito a gozar férias, devendo entrar com pedido da mesma.

As escalas de férias são encaminhadas usualmente no mês de novembro de cada ano para indicação de sua escolha para o ano seguinte. Havendo necessidade de quaisquer alterações, as mesmas, poderão ser anotadas na escala mensal e entregue a chefia imediata para providencias pertinentes.

O Recibo de Férias será encaminhado para a Chefia Imediata para providenciar assinatura e devolução do profissional juntamente com a carteira de trabalho para registros pertinentes.

É direito do INAPP, quando não programadas as férias pelo funcionário, concedê-las e pagá-las com 60 dias antes do vencimento do segundo período aquisitivo.

r. AFASTAMENTOS

ATESTADOS MÉDICOS:

O atestado médico deverá conter: Identificação do funcionário, identificação da Instituição que o emitiu, com endereço e telefone da mesma, identificação do médico com carimbo constando o número do CRM, identificação da doença através do CID;

Caso o atestado médico exceda a 15 dias, o funcionário será encaminhado para auxilio doença junto ao INSS.

ACIDENTE DE TRABALHO

Ocorre quando o funcionário está a serviço do Instituto, podendo ocorrer dentro ou fora do local que atua, provocado direta ou indiretamente lesão, perturbação funcional, doença ou

que interfira no andamento normal do trabalho. É considerado também Acidente de Trabalho, o Acidente de Trajeto (casa para o trabalho ou vice-versa).

É necessário que seja encaminhado ao setor de Recursos Humanos do Projeto o Comunidade de acidente de trabalho preenchido pela chefia imediata no prazo máximo de 24 h para elaboração da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), preenchido pelo setor de Recursos Humanos do INAPP, junto ao INSS para as devidas providências. A Política do INAPP segue as Determinações legais da CIPA.

LICENÇA UPA FRANCISCO MORATO

É obrigatório a funcionária ou responsável comparecer ao setor de Recursos Humanos do Projeto para entregar o Atestado Médico de 120 dias de afastamento e a Carteira de Trabalho;

Quando do término da Licença UPA Francisco Morato, a funcionária precisa comparecer ao setor de Recursos Humanos do Projeto para que seja realizado o exame de retorno ao trabalho, retirar a CTPS, antes de retornar ao trabalho.

LICENÇA AMAMENTAÇÃO

A funcionária poderá se ausentar do trabalho 30 minutos no início da jornada de trabalho e 30 minutos ao final da jornada de trabalho, ou converter em 1 hora no início ou final do expediente; até o filho (a) completar seis meses de idade. A opção realizada pela funcionária juntamente com a ciência da chefia imediata.

Penalidades

A transgressão de qualquer disposição prevista na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT importa aplicação criteriosa e justa das penalidades cabíveis, entre elas: Relatório de ocorrência; Advertência Verbal (registrada, documentada e assinada pelas partes envolvidas); Advertência Escrita; Suspensão disciplinar; Demissão.

Desligamento

Quando o profissional passa a não mais atender as necessidades do serviço. Neste momento a chefia imediata e o responsável pelo projeto, solicita o desligamento do funcionário ao setor de Recursos Humanos do INAPP, informando se a demissão será com ou sem cumprimento do Aviso Prévio, juntamente com a solicitação da reposição da vaga em aberto;

Quando do recebimento do ofício pelo setor de Recursos Humanos, o funcionário será convocado a comparecer para realização do exame demissional e assinatura do Aviso Prévio.

A rescisão do contrato de trabalho poderá resultar de:

☐ Livre e espontânea vontade do profissional (Pedido de demissão);

☐ Vontade unilateral do empregador (rescisão sem justa causa);

☐ Rescisão com justa causa após processo interno de apuração de ocorrência.

ENTREVISTA DEMISSIONAL:

Antes de deixar a instituição o colaborador passa por entrevista com o setor de RH para avaliar sua permanência na Instituição, momento propício, no qual o mesmo se encontra livre para falar de modo transparente, e que poderá gerar conhecimento para alinhamentos e melhoria das áreas.

30. INCLUSÃO SOCIAL NO TRABALHO

Em observância aos seus princípios, INAPP segue as delimitações de priorização e cotas para populações vulneráveis e em risco, que sofrem exclusão social no mercado de trabalho:

- ✓ Neste contexto vale destacar o alinhamento do Instituto ao **PROGRAMA PRIMEIRO EMPREGO – PNPE** (Lei 10.743/2003 institui o Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego para os Jovens - PNPE, sendo posteriormente alterada pela Lei 10.940/2004 e regulamentada pelo Decreto 5.199/2004), reservando vagas em caráter de prioridade para o publico jovem que atende ao perfil do programa conforme legislação vigente.

- ✓ Há ainda a preocupação do INAPP em formular estratégias de retenção às **PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**, visando a inclusão das mesmas no mercado de trabalho, considerando-se a grande dificuldade desta população com relação a porta de entrada nas organizações. Neste sentido, faz-se uso de campanhas de divulgação, e a avaliação compartilhada com o SESMT em relação às diferentes situações decorrentes da análise de condições em comparação às **CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE** possíveis para cada candidato singular. Serão priorizadas pessoas com deficiência sempre que houver condições dignas de acesso para execução das tarefas relacionadas ao cargo. Tal estratégia do INAPP compõe forças com as diretrizes estabelecidas na **LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991**, que dispõe sobre a contratação de Deficientes nas Empresas. Esta lei dispõe sobre a necessidade das empresas em reter pessoas com deficiência em escala de proporcionalidade variável por número de funcionários.

- ✓ O INAPP, em observância aos princípios que regem as políticas de gestão de pessoas, encontra-se disponível para dialogar com a SECRETARIA e outros órgãos, visando adequações a programas e políticas prioritárias de inclusão social por meio de seus processos de seleção de RH.

31. PROGRAMA DE ACOLHIMENTO HUMANIZADO DE NOVOS PROFISSIONAIS

- ✓ A partir do seu **ingresso na instituição**, o profissional contará com:
  - **O**rientações claras sobre Direitos e Deveres e o funcionamento do INAPP como um todo, na **Integração Institucional**;
  - A partir desta, a área na qual o mesmo vai trabalhar o recebe:
    - O acolhimento do novo integrante da equipe se dará pelo seu gestor imediato ou alguém designado por ele, com ações de orientação claras sobre suas atribuições, rotinas e procedimentos, necessários para inserção do mesmo no processo de trabalho e na equipe.
    - No processo de adaptação do mesmo ao processo de trabalho a equipe é parte fundamental, sendo orientada e desenvolvida pelos seus líderes e gestores para abertura de espaços para o novo integrante, visando abrir oportunidade para que o mesmo se sinta parte, e não se sinta segregado em nenhum momento;
    - Ações voltadas para adaptação e aprendizado necessários à adaptação do novo integrante no trabalho deverá ser realizada e/ou supervisionada pelo gestor da mesma. Tais ações devem garantir que o mesmo tenha todas as oportunidades para aprender o funcionamento da função e da área como um todo, tirando-se as dúvidas, sempre que necessário, e garantindo referência permanente na equipe para o acompanhamento inicial do mesmo, especialmente durante o primeiro mês de trabalho.
    - É importante destacar que a participação do mesmo em reuniões de equipe e outros espaços coletivos precisa ocorrer após a apresentação do mesmo para os demais integrantes. Neste momento, serão

apresentadas também suas responsabilidades, de modo que todos o conheçam e saibam sua função. Em contrapartida, estes deverão também se apresentar e explicar as interfaces do seu próprio trabalho com ele, visando tornar claras as responsabilidades de trabalho compartilhado desde o início.

32. POLITICA DE SEGURANÇA NO TRABALHO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES

O INAPP se preocupa com a saúde e segurança de seus colaboradores e para tanto desenvolve algumas ações como:

- Treinamento adequado dos líderes e supervisores para que os mesmos consigam treinar seus subordinados na utilização correta dos Equipamentos de Segurança;
- Atualização dos funcionários sobre a forma correta de utilizar os EPIs;
- Elaborar e acompanhar atualização de manuais de instrução para atividade de risco;
- Definir políticas claras de saúde do trabalho visando liquidar acidentes de trabalho ou minimiza-los;
- Investimento em controle e prevenção de acidentes;
- Respeitar as particularidades e culturas de acordo com a região onde o INAPP atua, pois, a comunicação deve ser direcionada conforme a cultura de cada um. A metodologia de comunicação dever ser adaptada a públicos diferentes, facilitando assim a interpretação e entendimento dos treinamentos e capacitações.
- Revisar os equipamentos e EPIs periodicamente;
- Programar palestras de prevenção de acidentes a todos os colaboradores;
- Incentivo a práticas de qualidade de vida;
- Elaboração e manutenção de agenda de exames periódicos;
- Criar a cultura de segurança no trabalho.

33. COMISSÃO - CIPA

A CIPA deverá desenvolver atividades de relevância, visando informações, orientações, esclarecimentos e prevenção de acidentes aos funcionários / colaboradores e, além do trabalho junto à Direção, também desenvolver atividades com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), tais como: Palestras sobre Doenças Infectocontagiosas; Orientações

sobre o uso correto da Caixa de Perfurocortante; Orientações de uso do EPI (Equipamento de Proteção Individual), dentre outros.

Das atribuições CIPA:

1. Sugerir medidas de prevenção de acidentes julgadas necessárias, por iniciativa própria ou sugestões de outros empregados, encaminhando-os ao empregador;
2. Promover a divulgação e zelar pela observância das normas de segurança e medicina do trabalho ou de regulamentos e instrumentos de serviço emitidos pelo empregador;
3. Promover, anualmente, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT;
4. Registrar, em livro próprio (previamente autenticado pelo órgão regional do Ministério de Trabalho), as atas das reuniões da CIPA e enviar, mensalmente ao empregador, cópias destas;
5. Preencher o impresso de Controle de Acidentes de Trabalho Trimestral, mantê-lo arquivado, de maneira a permitir acesso a qualquer momento, sendo de livre escolha o método de arquivamento;
6. Enviar trimestralmente cópia do impresso de Controle de Acidente de Trabalho Trimestral ao empregador.

34. PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente do Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas atua com consonância com os princípios e diretrizes do SUS, buscando a consolidação das ações de saúde, de acordo com os preceitos presentes nas Políticas Nacionais de Saúde.

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, Pactos pela Saúde, 2006, v.9), a educação emerge como uma estratégia integrada à gestão dos serviços, consistindo em ações provenientes da preocupação dos gestores em conduzir mudanças nos processos de trabalho de forma participativa, gerando autonomia técnica nos profissionais e a manutenção da qualidade na assistência, como uma meta permanente a todos da equipe. Segundo BRASIL (2006):

> "Em consonância com os avanços teóricos de investigação e de experiências já analisados, uma estratégia integrada se enquadra nos seguintes critérios de educação:
>
> - Inserida no próprio contexto social, sanitário e do serviço, a partir dos problemas da prática na vida cotidiana das organizações;

- Reflexiva e participativa, voltada à construção conjunta de soluções dos problemas, uma vez que eles não existem sem sujeitos ativos que os criam;
- Perene, na qual os diversos momentos e modalidades específicas se combinem em um projeto global de desenvolvimento ao longo do tempo
- Orientada para o desenvolvimento e a mudança institucional das equipes e dos grupos sociais, o que supõe orientar para a transformação das práticas coletivas;
- Estratégica que atinja uma diversidade de atores, como os trabalhadores dos serviços, os grupos comunitários e os tomadores de decisão político-técnicos do sistema."[1]

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Série B. Textos Básicos de Saúde – Série Pactos pela Saúde, 2006 v.9.

Neste contexto, a educação permanente tem como desafio estimular o desenvolvimento de competências nos profissionais pertencentes à rede de saúde, com o objetivo de torná-los eficazes no desenvolvimento de suas atribuições e assunção de responsabilidades, visando atingir excelência e eficiência nas ações assistenciais prestadas à população.

Tomando por base tal perspectiva, a educação permanente constitui-se como um instrumento essencial de gestão do conhecimento, talentos e processos, impactando na gestão global do serviço. São utilizadas metodologias ativas de aprendizagem, perpassadas pela metodologia *problematizadora*. Tais vertentes metodológicas são as mais recomendadas para os trabalhos educativos voltados ao publico adulto (*Andragogia*[2]).

A perspectiva educativa adotada pela educação permanente do Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas incentivam a revisão crítica das premissas da educação tradicional, segundo as quais: há clara hierarquia entre o professor e o aluno, esse é investido de autoridade sobre determinado conhecimento, responsável apenas por repassá-lo aos alunos. No chamado modelo de educação tradicional, os participantes são tomados por alunos, e a

---

1

[2] Andragogia é o nome correspondente a ciência que estuda a educação de adultos.

fase de desenvolvimento e os contextos de pertencimento dos mesmos não são levados em consideração nos processos de aprendizagem; além disso, há tendência em trabalhar com modelos teóricos e universais, os quais não necessariamente conversam com particularidades de aplicação prática.

A metodologia *problematizadora*, fundamentada por Paulo Freire, transforma o processo de aprendizagem numa ferramenta de transformação da realidade. Esta toma o processo de aprendizagem como um acontecimento que deve ser capaz de ampliar a compreensão crítica dos sujeitos sobre as limitações que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano, dando subsídios para o entendimento, o engajamento e a criação de soluções adequadas às necessidades da prática, a impactando de modo ascendente as ações de saúde realizadas pelos profissionais das equipes.

No contexto dos serviços de saúde, tal processo ascendente de desenvolvimento de competências se reflete também numa maior apropriação por parte da equipe de seu contexto de trabalho, e uma maior responsabilização e engajamento nas construções de melhorias.

Portanto, os processos educativos tendem à melhoria no atendimento das necessidades de saúde da população, elaboração de contribuições para organização dos serviços, complementação na formação dos profissionais, e também a sistematização de documentos, protocolos, guias clínicas, e conhecimentos técnico científicos fundamentadores das práticas profissionais.

Historicamente, a percepção da necessidade dos espaços de educação permanentemente junto às equipes é reforçada em virtude das pressões por mudanças e transformações dos serviços de saúde, que emergem no bojo das reformas sanitárias estruturadoras do SUS no país, bem como das atualizações técnicas e clínicas próprias da ciência médica. Atualmente as equipes são impulsionadas à realização de práticas que buscam romper com as formas mais tradicionais de atenção, baseadas historicamente na intervenção por meio de ações centradas somente na resolução das doenças.

Nesse sentido, torna-se relevante a instrumentalização dos profissionais envolvidos, e o devido apoio na complementação curricular para as necessidades do serviço, facilitando a reorganização da saúde através da atitude transformada dos sujeitos que compõe o cotidiano de trabalho, os engajando: na organização da atenção em níveis de complexidade, na estruturação de linhas de cuidado e na modelagem das redes de atenção (VILAÇA, 2007).

Em resumo, podemos deduzir que o processo de aprendizagem da educação permanente em saúde acontece à partir da reflexão crítica sobre o contexto sócio-político e sanitário de cada sujeito e coletividade. Portanto, a educação tem o desafio de estimular o compartilhamento de olhares nestes espaços, favorecendo o aprendizado de referências técnicas de excelência e transformações necessárias à qualificação do serviço, do trabalho, do cuidado, da educação e da qualidade da assistência.

Considerando a necessária adequação dos perfis dos profissionais do mercado de trabalho ao contexto do SUS, a promoção de ações de educação que incidam diretamente no processo de trabalho das equipes é essencial. Trata-se da criação de espaços que favoreçam o exercício da ampliação do olhar sobre o processo *saúde-doença-cuidado*, visando o reconhecimento das diversas possibilidades de ação que surgem neste cenário, e o fortalecimento dos processos de tomada de decisão autônomos e amparados nos aspectos técnicos e legais da assistência.

A equipe de Educação Permanente em Saúde do Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas constitui-se em um núcleo (NEP – Núcleo de Educação Permanente) visa à contínua oferta de espaços propícios ao ensino-aprendizagem dos profissionais no ambiente de trabalho, tendo como norte o fortalecimento das equipes e processos adequados à realização de práticas de excelência em saúde. Desta forma, os processos de ensino-aprendizagem visam estimular o desenvolvimento de competências estratégicas à gestão dos processos de trabalho, sendo transversais às práticas de saúde de excelência esperadas.

No curso das atividades propostas neste plano de trabalho, pretende-se adotar estratégias de suporte que consideram as vivências profissionais acumuladas no cotidiano, com seus avanços e dificuldades, a partir das diretrizes que subsidiam a atuação das equipes de saúde em evidencias técnico-científicas, e nas práticas adotadas pelos protocolos, manuais e cadernos adotados no país, no estado e no município.

Seguindo as diretrizes do SUS, tomamos a educação permanente como estratégia de "investir em quem faz", e propomos que o planejamento da educação permanente seja progressivamente integrado às características locais da UPA Francisco Morato, às necessidades e a valorização dos potenciais das equipes que nele atuarão.

Objetivo Geral

Desenvolver competências estratégicas nos profissionais das equipes de saúde circunscritas como objeto deste contrato, visando implementar e desenvolver as diretrizes da Política Nacional Educação, respondendo com qualidade às necessidades de educação permanente e desenvolvimento identificadas junto às equipes, à gestão local, institucional, regional, municipal, estadual e federal, conforme priorização definida junto à gestão local.

Objetivos específicos

- Contribuir para o acompanhamento e desenvolvimento dos profissionais visando qualificá-los progressivamente;
- Valorizar talentos, apoiando a transformação dos mesmos em multiplicadores de saberes dentro das equipes e unidades;
- Colaborar com o desenvolvimento técnico-científico de profissionais da rede, fornecendo suporte para a produção de trabalhos técnico-científicos;
- Colaborar com a definição de regimentos e normas para a constituição de campos de estágios e pesquisas em parceria com a Secretaria de Saúde e Instituições formadoras;
- Cuidar para que as ações de Educação Permanente sejam estratégicas, visando envolver equipes e gestores nos diagnósticos de necessidades, avaliação e monitoramento do desenvolvimento de ações;
- Elaborar, planejar, executar, avaliar e apresentar resultados dos cursos, treinamentos e capacitações, simpósios e eventos vinculados às necessidades da rede de profissionais;
- Elaborar e apresentar Plano Anual de Educação Permanente, definindo prioridades e cronogramas de execução das ações planejadas;
- Elaborar e apresentar resultados das ações desenvolvidas;
- Definir e acompanhar indicadores de educação permanente dos projetos desenvolvidos;

- Desenvolver permanentemente as equipes e profissionais a partir de ações de educação em serviço sensíveis à saúde do trabalhador e do usuário.
- Estimular o trabalho em equipe e em rede.
- Estimular conhecimento e desenvolvimento técnico nas práticas das equipes.
- Refletir sobre as competências dos profissionais, incorporando a importância do trabalho em equipe e da vigilância à saúde.
- Facilitar ações que promovam o aprendizado e a troca de experiências, sob a lógica da educação permanente em saúde, visando o fortalecimento do SUS.
- Colaborar e apoiar as parcerias com Instituições de Ensino e Pesquisa, favorecendo organicidade e qualidade nos processos de estágios, residências, pesquisas e apresentações de trabalhos científicos em Congressos.

a. Descrição dos processos para implantação, acompanhamento e monitoramento do plano de educação permanente:

1) **Levantamento Sistemático de Necessidades e Potenciais de Educação:** Visa co-responsabilizar equipes e gestores no processo de identificação de necessidades e potenciais de educação permanente, promovendo a elaboração de mapa estratégico para o desenvolvimento do *PLANEP* (Plano de Educação Permanente). Fomenta-se ações de compartilhamento sobre o cotidiano das equipes, visando identificar nós críticos e construir projetos de educação permanente fundamentados nas realidades vividas pelas equipes, diferenciando ações por categorias e realidades, mediante uso de instrumentos com critérios previamente definidos e consolidação dos resultados. Este levantamento é realizado de acordo com solicitação dos gestores, à partir da leitura crítica de indicadores de saúde e de processo de trabalho, e da percepção da necessidade da equipe de educação permanente. No mesmo processo, sugestões e perfis de potenciais multiplicadores de conhecimentos são reconhecidos e mapeados.

2) **Multiplicação de Ações de Educação Permanente:** A equipe de educação permanente, em conjunto com os gestores de processos, identifica talentos na rede

dos serviços, para multiplicação de conhecimentos específicos, visando à composição de ações de educação de modo descentralizado, em âmbito da unidade, valorizando os saberes dos profissionais que atuam na rede e se destacam, e incentivando o engajamento das equipes nos conhecimentos trabalhados. Para tanto, capacitam-se pessoas estratégicas na multiplicação do conhecimento, em módulos pré-definidos e gerenciados pela educação permanente em parceria com as equipes. O processo de multiplicação é gerenciado pelo representante da equipe de Educação Permanente em parceria com a gestão local.

3) **Plano de Educação Permanente (PLANEP):** Documento emitido de acordo com prazos estipulados pela gestão, que reflete o planejamento de ações de educação permanente. Congrega ações estratégicas de Educação Permanente de acordo com as necessidades apresentadas pelo serviço, para as equipes e diferentes categorias profissionais, distribuídas anualmente.

4) **Matriz de Certificação Funcional:** Documento que integra a visão prévia da gestão sobre as necessidades de educação permanente para cada categoria profissional, correlacionando as prioridades e complementando *curricularmente* as habilidades que os profissionais não trazem de sua formação, do mercado de trabalho, e nem da sua prática no serviço. À partir da análise de tais necessidades, preconizam-se capacitações e ações de educação por categoria profissional, antecipando o planejamento e execução das mesmas, num dado momento da vida do profissional no interior da organização.

5) **Atividades Estratégicas de Educação Permanente**: Correspondem às demandas encontradas em nível sistêmico para as diversas categorias profissionais, uma vez que no mercado de trabalho, há déficit de profissionais academicamente bem formados, e com perfil para trabalhar no SUS. Vincula os conteúdos básicos a serem conhecidos e utilizados no contexto de trabalho. Prepara os profissionais para assunção de suas atribuições em processo de trabalho, visando maximização de sua eficiência e minimização de riscos e erros: podem se dar em nível geral ou local (dento da relação gestor – equipe), de acordo com o objetivo da ação.

6) **Ações de Educação Permanente Contextuais** – Rotativas, podem ser pontuais ou gerais, dependendo da prioridade específica da gestão e das equipes identificadas no processo de trabalho. Incluem treinamentos, oficinas, cursos e ações vinculadas à singularidade do serviço e cada equipe profissional. Podem ser vinculadas a processo de trabalho ou situações clínicas. São planejadas ao longo do ano com a presença do representante de educação permanente nas reuniões decisórias com os gestores e nas Unidades.

7) **Ações de Educação Permanente "In loco"** – Preveem a ida a campo, o "fazer junto", visando à maximização da fixação de conhecimentos, habilidades e atitudes, trabalhando com foco em competências globais necessárias ao alcance de resultados no processo de trabalho. São ações planejadas conjuntamente com a gestão local da equipe de atuação específica do(s) profissional(is) em questão, e se conformam como um conjunto de encontros pré-definidos entre o profissional da educação permanente e a equipe, com avaliação ao final do processo, e metas voltadas às singularidades do serviço em questão.

8) **Cursos, Treinamentos e Capacitações** - Os cursos, capacitações e palestras serão realizados de forma transversal aos processos de trabalho, visando sensibilizar os profissionais do serviço de saúde em questões diversas relacionadas ao cotidiano: processo de trabalho, habilidades técnicas, questões ambientais, de qualidade, segurança etc.

9) **Palestras "in loco"** - Os temas são pontuais, e definidos de acordo com as particularidades e estágios de desenvolvimento em cada equipamento de saúde, com carga horária de 1 a 2 horas aproximadamente, realizados por especialista na gestão do processo ao qual se pretende qualificar. Poderão ser voltadas para profissionais pertencentes ao Hospital e mesmo em geral, incluindo internos e terceirizados e profissionais da rede na qual se insere o mesmo Hospital. Podem ser realizadas por profissionais da equipe de serviço, orientadas pela equipe de Educação Permanente.

10) **Elaboração de Relatório de Educação Permanente** - Apresenta as ações e os resultados das ações de educação permanente, e o estudo de eficácia do PLANEP, refletindo sobre os altos e baixos do processo desenvolvido e o que precisa ser feito para melhorar as práticas.

11) **Visitas Técnicas de Educação Permanente** – O representante de uma dada ação de educação permanente visita o serviço para avaliar a aplicabilidade de um dado curso e/ou capacitação à realidade vivida pelos profissionais ou para levantar necessidades de educação relacionadas ao serviço ou categoria profissional, conforme solicitação, ou ainda para pesquisar a eficácia do mesmo após a aplicação em serviço.

12) **Reuniões de articulação de Educação Permanente** – O representante da educação permanente agenda reuniões envolvendo gestores, equipes e interlocutores a fim de alinhar a oferta e promoção de ações de educação, bem como discutir a natureza, os métodos e conteúdos a serem trabalhados nestas.

13) **Reporte à Secretaria de Francisco Morato:** o Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas disponibiliza representantes para realização do reporte técnico e administrativo das ações de educação permanente da UPA Francisco Morato, de acordo com solicitação do gestor publico, visando alinhamento de metodologias e fomento da atuação das equipes técnicas de apoio na UPA Francisco Morato.

14) **Avaliação das ações de Educação Permanente:** A avaliação compreende quatro perspectivas, a serem desenhadas em cada ação educativa, conforme necessidade:

- **Avaliação de reação:** Compreende um formulário preenchido ao final da atividade pelos participantes, no qual eles podem expressar seu grau de satisfação quanto à estrutura física, administrativa e técnica da atividade, bem como dissertar livremente com comentários, sugestões e críticas. Estas são

tabuladas e anexadas aos processos referentes à aplicação. Servem como dispositivo de contínua melhoria e avaliação crítica das nossas atividades.

- **Avaliação de processo:** Compreende a *avaliação de desempenho dos participantes,* obtida pela análise comparativa entre o pré e o pós-teste, e complementada pela avaliação de seu comportamento e participação nas atividades propostas (observadas pelo facilitador e mediante monitoramento de entrega de tarefas).

- **Avaliação de resultados:** Compreende o parecer sobre os impactos gerados pela atividade nas ações dos sujeitos no ambiente de trabalho após a ação de educação permanente. É preciso desenvolver indicadores específicos para análise deste tipo de reflexo em cada tipo de ação de educação executada. O gestor do serviço e os colegas de equipe podem participar desta avaliação, assim como dados de saúde e atendimento, dependendo do foco prioritário definido pela ação.

- **Avaliação de impacto**: Compreende a avaliação sobre a mudança organizacional ou de atendimento em serviço refletida pela formação dos profissionais em uma dada rotina, protocolo ou metodologia inovadora de atendimento.

- **Avaliação de Eficácia:** Compreende a análise comparativa entre o que foi planejado e o que foi de fato realizado e atingido. É realizada anualmente na semana de planejamento da equipe, tomando como base os dados de avaliação dos processos.

- **Divulgação das ações de educação permanente**: O cronograma das ações de educação permanente é divulgado via e-mail, para gestores das equipes componentes do público-alvo de cada ação, e mediante validação e anuência do mesmo, e por informativos gráficos.

15) **Matrículas:** São realizadas junto à equipe administrativa da educação permanente do Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas mediante envio de nome, CPF, unidade e matrícula e e-mail para o setor de Educação Permanente.

16) **Certificação:** Cada ação de Educação Permanente segue lógica e requisitos diferenciados para Certificação. Estes são pactuados previamente com os integrantes da organização da atividade, e normalmente envolve frequência mínima, entrega de tarefas e notas mínimas nos testes aplicados.

b. Apresentação das linhas estratégicas de educação permanente:

1) **Ações de Educação Permanente institucionais:** incluem a organização e execução de atividades integradas aos setores e diretorias administrativos e técnicas da INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS , tais como Gestão de Pessoas, SESMT, Qualidade, Tecnologia da Informação, Desenvolvimento, CIPA (São exemplos de ações nesse sentido: Direitos e Deveres do Funcionário, Integração Institucional, Qualidade, Saúde do Trabalhador, NR-32, Sustentabilidade, Gestão de Saúde e Ambiente, Segurança do profissional e do usuário). A logística e priorização destas atividades dependem fundamentalmente da disponibilidade dos profissionais em participar e dos responsáveis pelas áreas corporativas em dar suporte para implantação e execução das mesmas. Nestas atividades, o profissional da educação permanente apoia o membro da equipe para elaboração de materiais e elaboração metodológica do contexto de ensino e aprendizagem.

2) **Ações de Educação Permanente em parceria com as referências técnico assistenciais**: Incluem parcerias internos com os especialistas e chefias de cada setor de referência. A logística e priorização destas atividades dependem fundamentalmente da disponibilidade dos profissionais em participar e dos responsáveis pelas áreas corporativas em dar suporte para implantação e

execução das mesmas. Nestas atividades, o profissional da educação permanente apoia o membro da equipe para elaboração de materiais e elaboração metodológica do contexto de ensino e aprendizagem. Incluem-se neste segmento desde parcerias com as Comissões da UPA Francisco Morato, até a organização de eventos para que profissionais com formação técnica diferenciada formem os demais da equipe.

3) **Ações de Educação Permanente em parceria com fornecedores e/ou terceiros:** Quando existem ocorrências de mal uso de determinado equipamento ou recurso, ou então barreiras de comunicação entre terceiros e a equipe do Instituto Núcleo de Apoio às Políticas Públicas que influem no mesmo processo, a educação permanente poderá solicitar reunião com responsáveis para organizar ações educativas visando minimizar os erros e ou dificuldades. Por exemplo: A empresa de limpeza poderá não estar familiarizada com o Programa de Gerenciamento de Resíduos da UPA Francisco Morato, neste caso, caberá capacitá-los para melhor entendimento sobre o mesmo. Outro exemplo seria a via contrária, quando profissionais utilizam equipamentos de modo irregular e a empresa responsável pela locação e ou manutenção oferta capacitações para minimização de erros e intercorrências.

4) **Ações de Educação permanente em parceria com Instituições de Ensino, Sociedades Medicas, Conselhos de Categoria Profissional:** A execução de parcerias no sentido de alinhar o corpo assistencial ao preconizado pelas áreas técnico cientificas e acadêmicas das áreas assistenciais. A composição de parcerias de campo de práticas voltadas à formação de pessoas no SUS propicia que as Instituições de Ensino atuem alinhadas às necessidades da UPA Francisco Morato em Simposios, Capacitações e outros eventos a serem acordados no modelo de contrapartida dos acordos de cooperação.

c. EXEMPLIFICAÇÃO DE MODELOS DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE:

As ações descritas à seguir são propostas em cronograma de acordo com a viabilidade de processo de trabalho das equipes e de condições de economicidade do desenvolvimento do Plano de Trabalho.

i. Redução de óbitos por eventos cardiovasculares como Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e acidente vascular encefálico (AVE):

Ações de qualificação da equipe para classificação de risco e manejo clínico adequado dos pacientes que procuram o pronto atendimento por eventos cardiovasculares, com ênfase para os casos de Dor Torácica, especialmente os relacionados à SCA e eventos vasculares envolvendo o Sistema Nervoso Central, como o AVE. Neste caso será importante que os profissionais sejam qualificados sobre: 1) avaliação clínica, laboratorial e de imagem desses casos; 2) manejo clínico dos casos em que está indicada a Trombólise; 3) indicações, contra-indicações, cuidados durante o preparo e administração dos agentes trombolíticos; 4) monitoramento do paciente antes, durante e após a administração de agentes trombolíticos; 5) suporte básico e avançado de vida em cardiologia; 6) manejo de situação em que seja necessário a utilização de ventilação não invasiva com pressão positiva (VNI); 7) manejo avançado de via área, com treinamento sobre intubação orotraqueal, ventilação mecânica invasiva, interpretação de gasometria venosa e arterial; transporte de pacientes graves para realização de exames e transferência para unidades de maior complexidade; etc.

ii. Redução dos óbitos por dengue e demais agravos com identificação e manejo adequado dos casos:

Ações de qualificação da equipe técnica para reconhecimento e manejo adequado dos casos, de acordo com os protocolos do MS e da Vigilância em Saúde de Francisco Morato.

iii. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA (ACLS)

JUSTIFICATIVA: Profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência necessitam estar preparados para usar protocolos clínicos e atender com agilidade situações de pacientes

que evoluem com Parada Cardiorrespiratória (PCR) na chegada ou durante a permanência em seus serviços. O Suporte Avançado de Vida em Cardiologia possibilita que a equipe incorpore os protocolos de ressuscitação preconizados internacionalmente. O atendimento sistematizado e organizado das situações de PCR é importante para diminuir a morbimortalidade dos pacientes atendidos em serviços de urgência em emergência.

OBJETIVOS: capacitar os profissionais médicos e enfermeiros para o atendimento de situações de PCR utilizando protocolos clínicos validados internacionalmente e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

PÚBLICO-ALVO: profissionais médicos e enfermeiros

CARGA-HORÁRIA: 16 horas

CRONOGRAMA: anual /a definir com a gestão e em consonância com o termo aditivo vigente.

iv. SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM CARDIOLOGIA (BLS)

JUSTIFICATIVA: Profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência necessitam estar preparados para usar protocolos clínicos e atender com agilidade situações de pacientes que evoluem com Parada Cardiorrespiratória (PCR) na chegada ou durante a permanência em seus serviços. O Suporte Avançado de Vida em Cardiologia possibilita que a equipe incorpore os protocolos de ressuscitação preconizados internacionalmente. O atendimento sistematizado e organizado das situações de PCR é importante para diminuir a morbimortalidade dos pacientes atendidos em serviços de urgência em emergência.

OBJETIVOS: capacitar os profissionais de nível médio para o atendimento de situações de PCR utilizando protocolos clínicos validados internacionalmente e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

PÚBLICO-ALVO: profissionais nível médio (técnicos de enfermagem)

CARGA-HORÁRIA: 8 horas

CRONOGRAMA: anual /a definir com a gestão e em consonância com o termo aditivo vigente.

v. SUPORTE AVANÇANCADO DE VIDA NO TRAUMA

JUSTIFICATIVA: Tem por objetivo identificar graves lesões e instituir medidas terapêuticas e emergenciais que controlem e restabeleçam a vida. Profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência necessitam estar preparados para usar protocolos clínicos e atender com agilidade situações de pacientes que sofreram trauma, até estabilização e transferência para unidade de maior complexidade. O Suporte Avançado de Vida no Trauma possibilita que a equipe incorpore os protocolos de ressuscitação preconizados internacionalmente. O atendimento sistematizado e organizado das situações de pacientes traumatizados é importante para diminuir a morbimortalidade dos pacientes atendidos em serviços de urgência em emergência.

OBJETIVOS: capacitar os profissionais médicos e enfermeiros para o atendimento de situações de trauma utilizando protocolos clínicos validados internacionalmente e pelas Sociedades Brasileira de Traumato-Ortopedia.

PÚBLICO-ALVO: profissionais médicos e enfermeiros

CARGA-HORÁRIA: 16 horas

CRONOGRAMA: anual /a definir com a gestão e em consonância com o termo aditivo vigente.

vi. SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA (PALS)

JUSTIFICATIVA: Profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência necessitam estar preparados para usar protocolos clínicos e atender com agilidade situações de pacientes pediátricos que evoluem com Parada Cardiorrespiratória (PCR) na chegada ou durante a permanência em seus serviços. O Suporte Avançado de Vida em Pediatria possibilita que a equipe incorpore os protocolos de ressuscitação preconizados internacionalmente. O atendimento sistematizado e organizado das situações de PCR é importante para diminuir a morbimortalidade dos pacientes atendidos em serviços de urgência em emergência.

OBJETIVOS: capacitar os profissionais médicos e enfermeiros para o atendimento de situações de PCR em crianças utilizando protocolos clínicos validados internacionalmente e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

PÚBLICO-ALVO: profissionais médicos e enfermeiros

CARGA-HORÁRIA: 16 horas

CRONOGRAMA: anual /a definir com a gestão e em consonância com o termo aditivo vigente.

vii. Curso de qualidade no atendimento no sus

JUSTIFICATIVA: Uma das metas do Ministério da Saúde é a implantação de um mecanismo para garantir atendimento com qualidade e em curto tempo do Sistema Único de Saúde. O atendimento em recepção de instituições de saúde envolve a função de intermediar as necessidades dos usuários e a estrutura organizacional, além de lidar com o sofrimento pela debilitação da saúde. O Curso Qualidade no Atendimento reforça o acolhimento como uma postura profissional que não pode ser realizado de maneira meramente técnica e despersonalizado. O atendimento deve ser orientado segundo a Política Nacional de Humanização que preconiza a atenção, o esclarecimento de dúvidas quanto ao estado de saúde, a agilidade no atendimento, com a conseqüente organização de redução de filas, adequando-se às necessidades de cada população.

OBJETIVOS: Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Humanização e alinhar sobre os conceitos de Acolhimento, Escuta Humanizada e Qualidade de Atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento, visando à melhoria da qualidade no atendimento.

PÚBLICO-ALVO: profissionais que atuam na UPA Francisco Morato.

CARGA HORÁRIA: 4 horas

CRONOGRAMA: Mensal /anual /a definir com a gestão e em consonância com o termo aditivo vigente.

8. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

JUSTIFICATIVA: O trabalho de qualidade em saúde é interdependente da Sistematização do Atendimento em Enfermagem, para redefinição dos processos componentes do mesmo, faz-se

necessário capacitar os profissionais para atuação em conformidade com tais prerrogativas técnicas.

OBJETIVO: Capacitar enfermeiros prática clínica pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem em Serviços de Urgência e Emergência.

PÚBLICO-ALVO: Enfermeiros.

CARGA HORÁRIA: 6 horas.

CRONOGRAMA: anual /a definir com a gestão e em consonância com o termo aditivo vigente.

AVALIAÇÃO: Ao final da atividade serão avaliados os pré e pós-testes, a avaliação de reação e os pareceres dos gestores acerca da implantação.

d. AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE "IN LOCO"

JUSTIFICATIVA: As ações de Educação Permanente "in loco" têm como foco todos os profissionais que atuam na UPA FRANCISCO MORATO, possibilitando discussões que visam avaliar coletivamente a organização do processo de trabalho na Unidade e identificar temas para capacitações dos profissionais.

OBJETIVOS: Provocar reflexões sobre a necessidade de se organizar os processos de trabalho relacionados às ofertas de serviços à população com vistas à melhoria da qualidade da assistência e da satisfação dos próprios profissionais e usuários; identificar necessidades de temas para capacitação técnica dos profissionais.

MÉTODOS: Através de rodas de conversa (participação em reuniões de equipe e técnicas), utilizando metodologia ativa de participação coletiva; construção coletiva de fluxos dos serviços (multiprofissional).

AVALIAÇÃO: Capacitações técnicas: Avaliação de reação e de conhecimento, podendo ser as duas ou apenas uma delas, de acordo com o tema abordado.

Organização do processo de trabalho: através da aplicabilidade do que foi planejado pelas equipes; análise do funcionamento dos fluxos.

CARGA HORÁRIA E PUBLICO ALVO: De acordo com a necessidade apresentada.

EXEMPLO DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IN LOCO:

1) Atualização protocolo de dor torácica;

2) atualização no cuidado a pacientes com tuberculose para profissionais da UPA Francisco Morato, com discussão de exames de imagem, manejo terapêutico e de efeitos colaterais, precaução por aerossóis; etc.

e. Atualização em situações de urgência e emergência psiquiátrica para profissionais que atuam na UPA Francisco Morato

JUSTIFICATIVA: A proposta de apoio de educação permanente para qualificação do cuidado em situações de urgência e emergência psiquiátrica visa instrumentalizar todos os profissionais das unidades de pronto atendimento para acolhimento e manejo adequado das situações dos usuários que procuram os serviços motivados pelos problemas relacionados à presença de transtornos mentais. Em geral, observam-se dificuldades técnicas em relação à abordagem dos pacientes com transtornos mentais e suas famílias nos serviços de urgência e emergência, que não possuem em seu quadro profissionais de saúde mental.

O cuidado ao portador de sofrimento mental deve ser integral, por isso a organização da Rede de Atenção Psicossocial potencializa todos os equipamentos de saúde como sendo componentes fundamentais da integralidade do cuidado ao usuário, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

OBJETIVO: Instrumentalizar os profissionais dos serviços de urgência e emergência para o manejo de situações relacionadas aos transtornos mentais que procuram atendimento na unidade.

PÚBLICO ALVO: profissionais dos serviços de urgência e emergência.

CRONOGRAMA: A definir com a gestão;

f. CAPACITAÇÃO NO PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

JUSTIFICATIVAS: A Segurança do Paciente é um problema de saúde antigo e de abrangência mundial, a Organização Mundial da Saúde(OMS) demonstrando preocupação com a situação apresentada por alguns estudos criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou processos que poderiam contribuir de forma estratégica para reduzir a ocorrência de eventos adversos.

OBJETIVO: O objetivo desse curso é apresentar medidas para reduzir os riscos e evitar danos ao paciente e, dessa forma, diminuir as consequências negativas de um atendimento realizado de forma insegura. Alinhando o conhecimento entre os profissionais de saúde sobre rotinas e procedimentos do Protocolo de Segurança do Paciente, conforme a portaria GM/MS nº 529/2013 e integrá-lo na sua atribuição e no contexto institucional, favorecendo o cumprimento das metas e melhoria da assistência.

PÚBLICO ALVO: Equipe Multiprofissional e Corpo Assistencial;

CARGA HORÁRIA: 04 horas.

AVALIAÇÃO: Para avaliação são aplicados dois instrumentos: (1) reação; a avaliação de reação é compreendida como o nível de satisfação dos participantes com a programação, o apoio ao desenvolvimento do curso, a aplicabilidade, a utilidade e os resultados do treinamento.

CRONOGRAMA: A definir com a gestão;

g. Capacitação de Humanização no Atendimento

JUSTIFICATIVAS: O Curso permite a possibilidade de acolher e capacitar os profissionais da Instituição para o Atendimento Humanizado e Qualificado ao usuário.

OBJETIVO: O objetivo é instrumentalizar os profissionais sobre os princípios e diretrizes do SUS e a Política Nacional de Humanização, para prestarem um atendimento humanizado e acolhedor à população de acesso dos equipamentos de saúde, ampliando a qualidade do atendimento dos mesmos.

PÚBLICO ALVO: Equipe multiprofissional, recepção e corpo assistencial.

- Conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para o atendimento humanizado: autoanálise comportamental com reconhecimento das atribuições para melhor atender o cliente;
- A importância da empatia e da flexibilização no atendimento aos clientes;
- Ferramentas que auxiliam no atendimento aos clientes e na administração de conflitos: comunicação verbal (o que comunicar) e não verbal (como passar a mensagem), apresentação pessoal e postura.

CARGA HORÁRIA: 3 horas.

AVALIAÇÃO: Para avaliação são aplicados dois instrumentos: (1) reação ; a avaliação de reação é compreendida como o nível de satisfação dos participantes com a programação, o apoio ao desenvolvimento do curso, a aplicabilidade, a utilidade e os resultados do treinamento.

CRONOGRAMA: A definir com a gestão;

h. CURSO BÁSICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

JUSTIFICATIVAS: O curso destina-se tanto aos profissionais de saúde e aos leigos, envolvendo técnicos e não técnicos, e até mesmo pessoas da comunidade, com orientações específicas para o reconhecimento e o atendimento imediato na parada cardiorrespiratória.

OBJETIVO: Capacitar o profissional de saúde para o atendimento primário das emergências. A abordagem deste curso é destinada ao atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar das emergências acima descritas.

PÚBLICO ALVO: Equipe Multiprofissional, Administrativa e Corpo Assistencial.

MÉTODO: O curso compreende estratégias vivenciadas, participativas e interativas; aulas presenciais por meio de exposição dialogada da teoria e conceitos atuais (projeção de PowerPoint); discussão e participação do grupo (por meio do ouvir, observar e feedback); reflexão dos conceitos para aplicação cotidiana e pratica em reanimação cardiopulmonar.

CARGA HORÁRIA: 04 horas.

AVALIAÇÃO: Para avaliação são aplicados dois instrumentos: (1) reação e de (2) conhecimento; a avaliação de reação é compreendida como o nível de satisfação dos participantes com a programação, o apoio ao desenvolvimento do curso, a aplicabilidade, a utilidade e os resultados do treinamento. Para avaliação do conhecimento é utilizado à avaliação pré e pós-aprendizagem, ambas um conjunto de perguntas feitas aos participantes antes e após o início do treinamento com a finalidade de determinar o nível de conhecimento sobre o conteúdo que é ensinado.

CRONOGRAMA: A definir com a gestão;

35. **A avaliação de desempenho da Unidade se dará na seguinte forma (em consonância com o solicitado em edital):**

A avaliação da unidade quanto ao alcance de metas será feita com base nos seguintes Indicadores de Desempenho, a partir do início da operação da Unidade, conforme discriminado abaixo:

a) **Indicadores Quantitativos:** Os indicadores quantitativos estão relacionados ao número de consultas, número de procedimentos e exames do total de atendimentos.

b) **Indicadores Qualitativos:** Os indicadores de qualidade estão relacionados à qualidade da

assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

c. **Os indicadores de Desempenho Quantitativos e Qualitativos**, bem como os pesos a eles atribuídos, poderão ser revistos a qualquer tempo, durante a vigência do Contrato de Gestão, em comum acordo entre as partes.

36. RELAÇÃO DE INDICADORES.

a. INDICADORES DE ESTRUTURA

b. Indicador: percentual de número de leitos

Descrição: o indicador assegura que todos os leitos da UPA II estarão disponíveis e em plenas condições de uso, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários, para manter pacientes em observação por período de até 24 horas, conforme Portaria 1601/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da Comissão de Fiscalização do SAME/FM.

Método de cálculo:

média mensal de nº de leitos disponíveis em funcionamento) x 100

Nº de leitos definidos pelo edital de chamamento

Meta: 100%

Periodicidade: mensal

c. INDICADORES DEDESEMPENHO/PRODUÇÃO E SISTEMA DE REPASSE

i. Indicador: percentual de pacientes encaminhados pelas Unidades de ESF/USF

Descrição: o indicador assegura que todos os pacientes encaminhados pelas Unidades de ESF/USF sejam atendidos pela UPA II, que estará disponível para atendimento, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários.

Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da Comissão de Fiscalização do SAME/FM.

Método de cálculo:

Nº de pacientes atendidos referenciados pelas ESF/USF x 100

Nº de solicitações de atendimentos provenientes das ESF/USF

Periodicidade: mensal

Meta: 100%

ii. Indicador: percentual de pacientes encaminhados pela Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/EQUIVALENTE) ou equivalente através de suas unidades móveis.

Descrição: o indicador assegura que todos os pacientes encaminhados pela Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/ EQUIVALENTE) ou equivalente através de suas unidades móveis de suporte Básico e Avançado sejam atendidos pela UPA II, que funcionará como local de estabilização destes pacientes, estando disponível para atendimento, em regime de prontidão, com apoio diagnóstico terapêutico ininterrupto, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana, com equipe completa e equipamentos necessários.

Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento do SAMU ou equivalente

Método de cálculo:

Nº de pacientes atendidos por meio da Regulação Médica do SAMU ou equivalente x 100

Nº de pacientes conduzidos através da Regulação Médica do SAMU ou equivalente

Periodicidade: mensal

Meta: 100%

iii. Indicador: equipe mínima de profissionais

Descrição: o indicador assegura que será mantida equipe mínima necessária para garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de acordo com edital. Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento da Superintendência da Saúde.

Método de cálculo:

Nº de Plantão com Equipe Assistencial Completa definida no edital por x 100

Nº de Plantões no mês

Periodicidade: mensal

Meta: 100%

iv. Indicador: proporção de notificações de agravos de Notificação Compulsória

Descrição: o indicador assegura que todas as doenças e agravos de Notificação Compulsória sejam devidamente lançadas no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) para controle epidemiológico junto à Vigilância Epidemiológica.Fonte de comprovação: relatório de acompanhamento VISA

Método de cálculo:

Nº de casos notificados) x 100

Nº de casos atendidos cuja suspeita ou confirmação diagnóstica são definidos como notificáveis pelo SINAN

Periodicidade: mensal

Meta: 100%

A complexidade dos indicadores de qualidade é crescente e gradual considerando o tempo de funcionamento da unidade. Com o passar do tempo, novos indicadores poderão ser introduzidos, sendo que os indicadores aqui pactuados tornar-se-ão pré- requisitos para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados. Desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados.

v. Desempenho Assistencial

1. Percentual de pacientes atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida Meta: 90%

Fórmula:

Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco x100

Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e classificação de risco

Numerador: Número de pacientes que foram atendidos pelo médico conforme o tempo definido na classificação de risco

Denominador: Total de pacientes classificados conforme protocolo de acolhimento e

classificação de risco.

2. Tempo médio de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes.

Formula:

Σ Número de pacientes / dia

Número de saídas

Meta: Máximo de 24 horas

Numerador: Nº de Pacientes/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.

Denominador: Número de saídas – total de pacientes que tiveram alta (seja médica, a revelia ou por óbito) no período analisado.

A UPA não é unidade hospitalar e, portanto não interna, possui leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas conforme estabelecido pelas portarias GM/MS 1020 de 13/05/09 e 1601 GM/MS de 07/07/11. A permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação tanto adulta quanto pediátrica e para a unidade como um todo.

3. Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) 24h.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos em unidade pré-hospitalar fixa. Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado à gravidade do caso.

Fórmula:

Número de óbitos com pacientes em observação < 24h (vermelha) x 100

Total de pacientes em observação (todas as salas)

Meta < 4%

Numerador: Número de óbitos com pacientes em observação 24 hs (vermelha).

Denominador: Total de pacientes em observação (todas as salas)

Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos). Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório.

d. Gestão

5.4.1. Treinamento hora funcionário

Objetivo: Reciclar ou capacitar os funcionários para torná-los aptos a atender os níveis crescentes de qualidade nas atividades que desempenham padronizando a assistência.

Fórmula:

Total de horas funcionário treinados no mês

Número funcionários ativos no período

Meta: > 1,5

Numerador: Total de horas funcionários que foram capacitados no período

Denominador: Total de funcionários ativos no período

e. Indicador Satisfação usuário

Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação

Objetivo: Avaliar a percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação. A pesquisa será formulada através da aplicação de questionários com emissão de relatórios mensais.

Fórmula:

Nº de questionários preenchidos x100

Total de pacientes em observação

Meta: >85%

Numerador: somatório dos questionários preenchidos.

Denominador: Total de pacientes em observação na unidade no período

5.4.3 Indicador Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos

Objetivo: Medir o nível de satisfação dos clientes, através da pesquisa de satisfação.

Fórmula:

Nº de conceitos satisfeito e muito satisfeito x 100

Total de Respostas efetivas

Meta:>75%

Numerador: Nº de conceitos ótimos – somatório das respostas com conceito.

Denominador: Total de respostas efetivas - número de questionários respondidos no período

avaliado, com os critérios muito satisfeito, satisfeito, medianamente satisfeito, pouco satisfeito e insatisfeito.

37. SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO PROPOSTO PELO EDITAL:

AREA 1.	FAIXA DE DESEMPENHO METAS QUANTITATIVAS/QUALITATIVAS E INDICADORES DE DESEMPENHO	PERCENTUAL DO TOTAL DE RECURSOS DESTINADOS AO DESEMPENHO
I – ATENÇÃO À SAUDE II- GESTÃO	100% a 90%	100%
	89% a 70%	90%
	69% a 60%	80%
	59% a 50%	70%

38. **METAS DE PRODUÇÃO E INDICADORES DE DESEMPENHO (anexo 2b):**

a. **INDICADORES DE DESEMPENHO (%) MÊS 1º. / 12º.**

Produção Assistencial - indicador	Meta Mensal
Cumprimento da meta do indicador "percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo definido pela classificação de risco"	7,0%
Cumprimento da meta do indicador "tempo de permanência na emergência"	7,0%
Cumprimento da meta indicador taxa de mortalidade em unidade de emergência	7,0%
TOTAL PARCIAL 21%	

INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

i. **METAS ATENDIMENTO PRODUÇÃO:**

Atendimento de Urgência	Meta Mensal	%
Consulta de Clínica Médica	9850	10
Consulta Pediatria	3850	10
Acolhimento com classificação de Risco	9850	7
Acolhimento com classificação de risco em pediatria	3850	7
Atendimento/ Procedimentos de enfermagem	29143	7
Suturas, drenagens, curativos	210	2
Eletrocardiograma	300	2
Exames Laboratoriais	2933	3
Exames Radiológicos	2174	2

ii. **DESEMPENHO:**

Indicador de Desempenho	Meta Mensal
Percentual de pacientes encaminhados pelas unidades básicas	2%
Percentual de pacientes encaminhados pela Regulação médica SAMU-Equivalente	2%
Proporção de Notificações de agravos de Notificação compulsória	2%
Total parcial II	56%

iii. **GESTÃO:**

Indicador de gestão	Meta Mensal
Treinamento hora funcionário	6%
Total Parcial III	6%

iv. **Satisfação do Usuário:**

Indicador de Satisfação do Usuário	METAS
Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação	8,5%
Porcentual de Usuários Satisfeitos / Muito satisfeitos	8,5%
Total parcial 4	17%

v. **INDICADORES/ METAS TOTAL**

1 + 2 + 3 + 4 = 100%

b. Instrumentos de acompanhamento:

O acompanhamento se dá por meio do sistema de informações, auditorias, emissão de relatórios e Supervisão Técnica, formalizando inconformidades e atrelando a responsabilidade ao Diretor do Serviço e categorias competentes conforme regulamento do serviço.

c. Indicador de Assistência à Urgência e Emergência:

Urgência/Emergência - manter o serviço em funcionamento nas 24 horas por dia, todos os dias da semana.

11. DIMENSIONAMENTO/ ESTIMATIVA DE CUSTEIO MENSAL:

a. EQUIPE TÉCNICA:

CARGO	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA	SALÁRIO
DIRETOR GERAL	1	200,00	8.000,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	1	200,00	4.000,00
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1	200,00	3.235,77
ENFERMEIRO CCHI	1	200,00	3.235,77
ASSISTENTE SOCIAL	2	150,00	1.462,00
RECEPCIONISTA - DIURNO	3	180,00	1.180,93
RECEPCIONISTA - NOTURNO	2	180,00	1.180,93
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	200,00	1.180,93
AUXILIAR DE FARMACIA - DIURNO	3	180,00	1.180,93

AUXILIAR DE FARMACIA - NOTURNO	2	180,00	1.180,93
FARMACEUTICO	3	180,00	2.355,00
ASSISTENTE DE FATURAMENTO	1	200,00	2.500,00
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - DIURNO	2	180,00	1.180,93
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - NOTURNO	2	180,00	1.180,93
ENFERMEIROS -DIURNO	6	180,00	3.235,77
ENFERMEIROS -NOTURNO	6	180,00	3.235,77
TECNICO E AUXILIARES EM ENFERMAGEM - DIURNO	24	180,00	1.770,89
TECNICO E AUXILIARES EM ENFERMAGEM - NOTURNO	20	180,00	1.770,89
TECNICO RADIOLOGIA - DIURNO	4	120,00	2.196,06
TECNICO RADIOLOGIA - NOTURNO	3	120,00	2.196,06
TOTAL DE FUNCIONARIOS A CONTRATAR	89		

b. **EQUIPE MÉDICA:**

CATEGORIA PROFISSIONAL	PLANTÃO DIURNO 24 HORAS	PLANTÃO NOTURNO 24 HORAS
CLINICO GERAL	03	02
PEDIATRA	02	02

c. **EQUIPE DE LIMPEZA E ACESSO**

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA DIA/NOITE	QUANTIDADE
CONTROLADOR DE ACESSO	24	5
AUXILIAR DE HIGIÊNE/SERV. GERAIS	24	5

INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

11. Precificação, rubricas e custeio:

O valor da Plano de Custeio Orçamentário mensal é de **R$ 1.199.958,00** (Hum milhão, cento e noventa e nove mil, novecentos e cinquenta e oito reais).

PLANO ORÇAMENTÁRIO DE CUSTEIO				
Edital de Processo Seletivo de Projetos Nº 1144/2019 - Chamamento Público Nº 01/2019				
Unidade de Pronto Atendimento UPA 24H Porte II - Prefeitura de Francisco Morato - SP				
Mão de Obra Direta	**Quantidade Profissionais**	**Quantidade Horas Mês**	**Valor Hora**	**Valor Total Mês**
DIRETOR GERAL	1	200,00	40,00	8.000,00
COORDENADOR DE ENFERMAGEM	1	200,00	20,00	4.000,00
ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA	1	200,00	16,18	3.235,77
ENFERMEIRO CCHI	1	200,00	16,18	3.235,77
ASSISTENTE SOCIAL	2	150,00	9,75	1.462,00
RECEPCIONISTA - DIURNO	3	540,00	6,56	3.542,79
RECEPCIONISTA - NOTURNO	2	360,00	6,56	2.361,86
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	400,00	5,90	2.361,86
AUXILIAR DE FARMACIA - DIURNO	3	540,00	6,56	3.542,79
AUXILIAR DE FARMACIA - NOTURNO	2	360,00	6,56	2.361,86
FARMACEUTICO	3	540,00	13,08	7.065,00
ASSISTENTE DE FATURAMENTO	1	200,00	12,50	2.500,00
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - DIURNO	2	360,00	6,56	2.361,86
AUXILIAR DE MANUTENÇÃO - NOTURNO	2	360,00	6,56	2.361,86
ENFERMEIROS -DIURNO	6	1.080,00	17,98	19.414,62
ENFERMEIROS -NOTURNO	6	1.080,00	17,98	19.414,62
TECNICO E AUXILIARES EM ENFERMAGEM - DIURNO	24	4.320,00	9,84	42.501,36
TECNICO E AUXILIARES EM ENFERMAGEM - NOTURNO	20	3.600,00	9,84	35.417,80
TECNICO RADIOLOGIA - DIURNO	4	480,00	18,30	8.784,24
TECNICO RADIOLOGIA - NOTURNO	3	360,00	18,30	6.588,18
Insalubridade 20%	82			16.367,20
Insalubridade 40%	7			6.148,97
Adicional Noturno 20%	35			19.146,74
Remuneração Total				**222.177,15**

GRUPO 2 - ENCARGOS SOCIAIS E TRABALHISTAS		Percentual		Valor Total
GRUPO A – Encargos Previdenciários e FGTS				
INSS		20,00		44.435,43
FGTS		8,00		17.774,17
SESC ou SESI		1,50		3.332,66
SENAC ou SENAI		1,00		2.221,77
SEBRAE		0,60		1.333,06
INCRA		0,20		444,35
Sal.Educação		2,50		5.554,43
Seg. Acid. Trabalho		3,00		6.665,31
Pis / PASEP		1,00		2.221,77
GRUPO B – 13º Salário e Adicional Férias				-
Adicional Férias		2,78		6.176,52
13º Salário		8,33		18.507,36
GRUPO C – Afastamento Maternidade				-
Afastamento Maternidade		0,07		155,52
GRUPO D – Provisão para Rescisão				-
Aviso Prévio Indenizado		3,03		6.731,97
Aviso Prévio		2,94		6.532,01
Multa FGTS sobre Aviso Prévio Indenizado		3,20		7.109,67
Indenização Adicional		0,08		177,74
GRUPO E – Custo Reposição Ausência				-
Férias		8,33		18.507,36
Ausência Doença		1,39		3.088,26
Licença Paternidade		0,02		44,44
Ausências Legais		0,28		622,10
Ausência por Acidente de Trabalho		0,03		66,65
Incidência do Grupo A sobre ao Grupo E		7,79		17.307,60
Encargos Total		0,7607		**169.010,16**
GRUPO 3 – BENEFÍCIOS	**Quant.**	**Valor Unit.**	**Valor Mensal**	**Valor Total**
Alimentação	89	20,00	600,00	40.940,00
Vale Transporte	89	5,40	324,00	28.836,00
Cesta Básica	89	128,30	-	11.418,70
Kit Uniformes Jalecos (3 por ano) e Enxoval	89	6.000,00		6.000,00
Benefícios Total				**87.194,70**
GRUPO 4 – MATERIAIS E INSUMOS	**Quant.**	**Valor Unit.**		**Valor Total**
Materiais de Escritório				500,00
Nutrição E dietética				35.900,00
Materiais e Medicamentos				78.000,00
Gases Medicinais				6.000,00
Total do Grupo 4				**120.400,00**

INAPP
INSTITUTO NÚCLEO DE APOIO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS

GRUPO 5 – SERVIÇOS	Quant. Kg	Valor Unit.		Valor Total
Serviços de Lavanderia	300	10,00		9.000,00
Exames Laboratoriais/Laudos RX				36.000,00
Esterilização				4.000,00
Telefonia/Internet				1.500,00
Serviços Bombas de Infusão				4.000,00
Serviços de Limpeza				45.842,00
Serviços de Acesso / Portaria				28.334,00
Locação de Veículos e Equipamentos				3.000,00
Veículos (Manutenção/Combustível/Pedágio)				1.500,00
Assesoria Administrativa e de Imprensa				5.000,00
Manutenção Preventiva e Corretiva				4.000,00
Serviços Médicos Pessoa Jurídica				405.000,00
Assessoria Jurídica				10.000,00
Assessoria Contábil/RH/Auditoria				20.000,00
Sistemas de Informação				7.000,00
Consultoria de Gestão e Assistência em Saúde				10.000,00
Outras Gastos Gerais Administrativos				7.000,00
Total do Grupo 5				**601.176,00**
SUB TOTAL				**1.199.958,00**
VALOR TOTAL PARA 12 MESES				**14.399.496,03**
VALOR TOTAL POR MÊS				**1.199.958,00**

FRANCISCO MORATO, 10 de Outubro de 2019.

Pedro Dinarte Faleiro
Presidente INAPP

Alexandre Marques de Fraga
Advogado
OAB/SP 373.915
OAB/RS 73.222