

**PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA PARA GERENCIAMENTO E  
EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DAS UNIDADES  
DESTINADAS AO LOTE I, CONFORME ITEM 1 DO ANEXO I.**

**ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE**



**RIBEIRÃO PIRES, DEZEMBRO DE 2017**

## Conteúdo

A EXECUTORA:.....	4
1.PROPOSTA TÉCNICA .....	15
2.APRESENTAÇÃO .....	15
3.INTRODUÇÃO .....	17
4.OBJETIVOS.....	20
4.1.OBJETIVO GERAL .....	20
4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
5.RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA.....	21
6.POPULAÇÃO ALVO.....	26
7.METODOLOGIA .....	27
8.ATIVIDADES REALIZADAS.....	28
9.CUIDADO À FAMÍLIA .....	42
10.PROGRAMA REDUÇÃO DE DANOS.....	44
11.INTEGRAÇÃO COM REDE DE APOIO.....	45
12.EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	46
13.METAS QUANTITATIVAS.....	49
13.1.GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI).....	50
13.2.FLUXOGRAMA DA DIGITAÇÃO DA PRODUÇÃO PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE ..	51
.....	51
14.METAS QUALITATIVAS.....	52
15.1 INDICADORES DE SAÚDE RELACIONADOS AO SISPACTO .....	54
15.COMISSÕES A SEREM IMPLANTADAS .....	55
15.1.COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS .....	56
15.2.COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA .....	60
15.3.COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.....	65
15.4.COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL.....	67
16.PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	70
17.OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE .....	70
17.1.ATENDIMENTO HUMANIZADO E COM QUALIDADE .....	70
18.REGIMENTO INTERNO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL .....	73
19.INSTRUMENTO DE PESQUISA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO .....	73
20.DIMENSIONAMENTO PESSOAL / RECURSOS HUMANOS .....	75
21.RELAÇÃO DE SERVIÇOS A SEREM EXECUTADOS POR PRESTADORES E SERVIÇOS.	78
.....	78

22. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO / CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO .....	78
23. ORGANIZAÇÃO ATIVIDADE DE APOIO / FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO .....	79
23.1. RETAGUARDA À INTERNAÇÃO .....	80
23.2. FLUXO DE PACIENTES EM SURTO PSICÓTICO .....	81
23.4. FLUXO DE ATENDIMENTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	82
23.4. REFERÊNCIAS PARA OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS .....	83
24. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SERVIÇO PRESTADO .....	83
25. PRESTAÇÃO DE CONTAS .....	83
25.1. RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS .....	84
26. TERMOS ADITIVOS .....	84
27. PROPOSTA FINANCEIRA .....	85
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	86
ANEXO I .....	88
ANEXO II .....	167



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

### A EXECUTORA:

#### ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

#### Dados cadastrais da entidade executora:

**Razão Social:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

**CNPJ:** 45.383.106/0001-50

#### Endereço:

Rua Dr. Carlos Carvalho Rosa nº 115 – Bairro: Patrimônio Silves CEP: 16.201-010 – Cidade: Birigui – Estado: São Paulo

E-mail: [administracao3@santacasabirigui.com.br](mailto:administracao3@santacasabirigui.com.br)

Telefone: (18) 3649-3100

#### Diretoria:

Diretor Presidente: CLÁUDIO CASTELÃO LOPES - RG 7.829.487-3 SSP/SP

Diretor Administrativo: ANDRÉ PERUZZO GONÇALVES- RG 22.644.212-3 SSP/SP

Diretor Jurídico: IZAIAS FORTUNATO SARMENTO - RG 24.202.855-X SSP/SP

Diretor Financeiro: VALTER PANCIONI – RG 33.773.722-8 SSP/SP

Superintendente: ANTONIO CARLOS DE OLIVEIRA – [carlos@santacasabirigui.com.br](mailto:carlos@santacasabirigui.com.br)

#### Caracterização da Entidade

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI é uma Entidade Civil sem fins lucrativos que tem por finalidade manter, administrar e desenvolver estabelecimentos destinados a prestação de serviços de saúde dentro dos parâmetros e proporções estabelecidos pela legislação e regulamentos federais, estaduais e municipais e pelos normativos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS, observando aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência para o alcance de suas finalidades sociais.

Em seu campo de atuação constam:

- A prestação de assistência integral à saúde, por intermédio de hospitais, ambulatórios, postos de saúde, prontos socorros, serviços especializados de urgência e emergência ou atenção básica que venha a gerir, mantendo-os e provendo-os, assim como suas dependências, proporcionando à comunidade assistência de alto padrão;
- O desenvolvimento de programas de saúde coletivas e comunitárias, podendo realizar ações de imunização, educação em saúde, prevenção e controle de doenças e de orientação sanitária;
- Proporcionar meios de cooperação no ensino, pesquisa e difusão de conhecimento científico, concernentes à especialização médica hospitalar, farmacêutica, fisioterápica, biomédica, nutricional, odontológica e demais áreas de conhecimento humano relacionadas à saúde.

### **Histórico da entidade**

A entidade foi fundada em 1935, iniciando suas atividades em 08/12/1935, em consequência da benemerência de um grupo de pessoas de expressão sócio econômico e política do município e, a exemplo de outras Santas Casas do país, também evolui com característica religiosa e com finalidade de cuidar, abrigar e amparar doentes pobres e necessitados, sendo que seu registro de filantropia data de 1939.

Sua construção acontece através da doação do terreno por Nicolau da Silva Nunes, por campanhas para a arrecadação de material de construção, mão-de-obra, entre outros fatores; além de quermesses e participação popular via mutirões.

Hoje, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI atua como Organização Social de Saúde – OSS, um modelo de parceria adotado por entes governamentais para a gestão de unidades de saúde, formalizado por lei, que possibilita a celebração de Contratos de Gestão com vistas ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

### **Missão, Visão e Valores**

#### **Missão**

Prestar serviços de saúde à população de Birigui e região, para pacientes que necessitam de cuidados médicos e ambulatoriais, atuando de maneira eficaz, com ética, respeito e profissionais qualificados.

#### **Visão**

Tornar-se um hospital de referência regional, integrado aos sistemas de saúde pública e privada, mantendo a união das equipes de trabalho dos diversos setores, objetivando a continuidade dos serviços com o maior calor humano possível.

#### **Valores**

Ética, compromisso, respeito, humanização e esperança.

#### **Atendimento Médico**

Ressaltamos que a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui, é o único hospital conveniado ao SUS na cidade, prestando também atendimento médico-hospitalar para os demais Municípios da Região. O Município de Birigui é sede da microrregião que abrange os seguintes Municípios: Brejo Alegre, Bilac, Coroados, Lourdes, Turiúba, Buritama, Piacatu, Gabriel Monteiro, Santópolis do Aguapeí e Clementina.

Outrossim, o hospital funciona como retaguarda do Sistema Único de Saúde, com características de um hospital geral de Nível Secundário com 115 leitos, dotado ainda de clínicas básicas: Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral e a Cirurgia Especializada), com Especialidades de Anestesiologia, Cirurgia

Geral, Clínica Médica, Ginecologia, Neurologia clínica, Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria, Pneumologia e Urologia, UTI, e ainda serviços ambulatoriais, além de Unidade de Terapia Intensiva com 07 (sete) leitos e Centro Cirúrgico com 05 (cinco) salas de cirurgia.

Salienta-se, ainda, que a entidade tem como finalidade social à assistência médica e hospitalar, criar, manter e desenvolver seus estabelecimentos hospitalares, onde serão admitidas à consulta, tratamento e internação, pessoas de qualquer condição social.

## **MODELO DE GESTÃO E CERTIFICAÇÃO**

### **Modelo de gestão**

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI considera-se uma instituição de gestão moderna e voltada para o futuro, está "ocupada" e não só "preocupada" em atingir a excelência na prestação de serviços de saúde, em realizar mudanças significativas, em escrever a sua história de forma singular. Considera-se, acima de tudo, uma entidade viva, mutante e compromissada com a sua época e com a perenidade de seus propósitos mais elevados. Pratica a Gestão Participativa, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, com ênfase no controle social, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, instrumentos essenciais na formulação da política estadual e municipal de saúde.

Estão surgindo novas abordagens gerenciais como a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizam, dentre outras ações, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho. Essa abordagem oferece oportunidades de participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho.

A Gestão Financeira é um dos serviços mais sensíveis de um hospital. Os recursos financeiros são extremamente escassos e, por isso, devem ser muito bem geridos, em tempo hábil, com

oportunidade e muita racionalidade. Ela se ocupa da economia e das finanças da entidade hospitalar ou do equipamento de saúde, assim, deve estar ciente do montante das imobilizações (a fim de saber a quantidade de recursos financeiros em caixa), qual o valor dos direitos (recursos financeiros a receber) e qual o montante do passivo de curto, médio e longo prazo (contas apagar).

O objetivo da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI é sempre gerir os recursos financeiros de forma a otimizá-los, buscando a redução das despesas consideradas desnecessárias e definindo de prioridades nos gastos e manutenção dos recursos necessários à operacionalização de todas as funções inerentes ao serviço e saúde gerido.

Para manter este modelo de gestão, os profissionais da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI não reagem de forma fixa e pré-determinada, são flexíveis, levam a instituição a viver o presente com os olhos no futuro.

### **Monitoramento e avaliação**

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise.

A **SANTA CASA DE BIRIGUI**, conforme apresentado na presente Proposta de Técnica, acredita no monitoramento da avaliação como forma de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que esta permita a reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho.

Não bastasse o próprio comprometimento da qualidade do serviço, sabe-se também que a falta de análise e de “percepção” dos resultados do próprio trabalho contribuem em muito para a desmotivação e sofrimento dos trabalhadores. Daí a importância de enfatizar as informações oriundas das avaliações e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que esta possa se colocar como



elemento capaz de provocar o agrupamento de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de “dados” que passem a ser objeto de co-análise eco-decisões.

Portanto, considera que essa avaliação monitorada será capaz de nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado. Nessa direção, informação e movimento avaliativo (monitoramento), provocam as equipes a se capacitarem, levantarem, construírem, inventarem, e pactuarem situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentando análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória, ou seja, alimentadora do protagonismo dos trabalhadores em seu próprio desenrolar. Avaliação que deve contribuir para “encorajar o diálogo e a reflexão” e “estimular o co-aprendizado entre atores”, aprendizagem esta que é “a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais”.

Vale ressaltar, então que, essa perspectiva teórico-política que se deseja para a avaliação no âmbito da atenção e gestão em saúde, parte dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Nessa concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos. Esses são essenciais em todas as fases dos panoramas avaliativos: identificação de situações a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados.

Para se caracterizar como método e dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos.

Em síntese, a avaliação de desempenho (monitoramento), será uma avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos, Portanto, valorização dos trabalhadores.

Nesse sentido, a avaliação proposta possui objetivos bem claros seguindo os parâmetros das avaliações governamentais como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS).

## **Certificações**

### **Certificação Ouro em Esterilização Hospitalar**

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Birigui possui a Certificação Ouro em Esterilização Hospitalar da 3M, única empresa que concede o título às unidades de saúdes brasileiras. A certidão reconhece as boas práticas da instituição no manuseio de materiais cirúrgicos, o que reduz os riscos de infecção hospitalar.



### **Certificação CQH - compromisso com a qualidade hospitalar**

O CQH é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação e a autoavaliação e contém um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. A certificação do CQH do é entregue aos hospitais na terceira fase do Programa CPFL de Revitalização Hospitalar, é dividida em três categorias: Ouro, Prata e Bronze, de acordo com a pontuação obtida pelas instituições. Os critérios de pontuação foram definidos pelo CQH para hospitais com mais de 150 leitos. Outro critério de avaliação, criado pela CPFL em parceria com o CEALAG para hospitais de 50 a 150 leitos, também possui as mesmas três categorias e reconhece os esforços das instituições para melhorar os seus processos internos.

Além da capacitação e transferência de tecnologia de gestão, fomenta a criação de redes, mobilização social, voluntariado e realiza projetos de eficiência energética. São trocadas lâmpadas comuns por econômicas, equipamentos antigos por novos, ações que impactam na redução do consumo de energia. A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI recebeu a certificação na Categoria Prata.



PROGRAMA CPFL  
REVITALIZAÇÃO  
DOS HOSPITAIS  
FILANTRÓPICOS



CENTRO DE ESTUDOS  
**CEALAG**  
AUGUSTO LEOPOLDO  
AYROSA GALVÃO

### **Nossa experiência e área de atuação**

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, ao longo de sua atuação, acumulou experiência nas seguintes atividades:

- Gestão de Prontos Socorros, Hospitais: gestão das unidades de saúde e execução de atividades de saúde inerentes aos serviços específicos de cada uma delas.
- Plantões Médicos: Execução de atividades de plantão por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e outros profissionais envolvidos.
- Serviços não médicos do ESF;
- Mapeamento da área e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONG's, etc.
- Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área atendida.
- Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas.
- Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

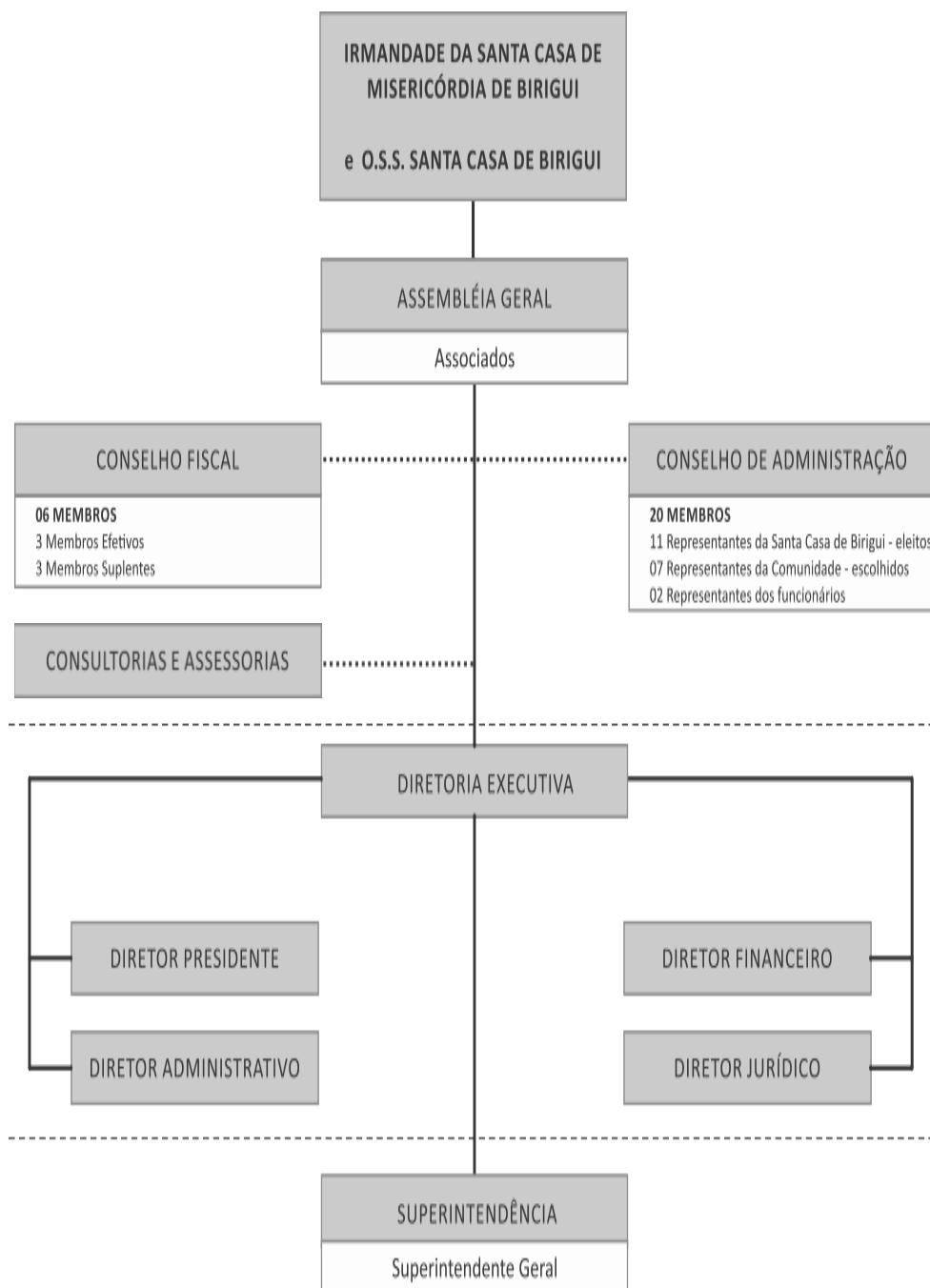
- Consultas de enfermagem.
- Realização de procedimentos de enfermagem: Imunizações; Inalações; Curativos, drenagem de abscessos e suturas; Administração de medicamentos orais e injetáveis; Terapia de reidratação oral, etc.
- Acolhimento em urgências básicas de enfermagem.
- Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.
- A coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos devem ser analisadas sob a perspectiva do custo benefício da centralização ou descentralização dessas ações de acordo com o planejamento municipal.

Graças a sua experiência e pelo seu desempenho de qualidade e eficiência, a IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI passou a celebrar convênios de parceria, apoio e coordenação técnica com instituições públicas e privadas. Nos últimos anos estendeu sua expertise para diversos municípios.

**Estrutura diretiva da OSS - IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** Para demonstrar a capacidade gerencial da IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI na execução do que será apresentado neste Projeto Técnico, apresentaremos a seguir com conceitos e pressupostos utilizados para formular o modelo da estrutura organizacional, com a finalidade de garantir a agilidade da percepção da estrutura da organização.

A estrutura organizacional representa um elo de ligação entre as estratégias traçadas pela IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI e a sua atuação dentro do ambiente ao qual ela está inserida. Buscaremos demonstrar a estrutura geral da instituição, disposta em níveis hierárquicos, onde quanto mais alto estiver um cargo, maior a autoridade e a abrangência da atividade.

## Organograma Macro Institucional



## **Recursos humanos primários da OSS-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI atuará com equipe técnica multiprofissional para a implantação, execução e gerenciamento do Projeto .

## **Recursos de suporte da OSS-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

Os serviços administrativos que garantirão retaguarda ao bom funcionamento, serão realizados por uma equipe, além da determinada em contrato de gestão (CLT), e será indicada pela OSS-IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI deverá ter habilidade, conhecimento e excelência em gestão pública com ênfase nas áreas de :

- Contabilidade Financeira;
- Jurídico;
- Logística de suprimentos;
- Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
- Educação permanente e aperfeiçoamento profissional;
- Gerenciamento das instalações;
- Gerenciamento de Tecnologia da Informação;
- Auditoria, regulação e supervisão técnica;

## 1. PROPOSTA TÉCNICA

A seguir, de acordo com o discriminado no Edital de CHAMADA PÚBLICA EDITAL Nº 001/2017 e em seu ANEXO, serão enumeradas as características e especificidades da Proposta de Técnica.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI, doravante denominada **SANTA CASA DE BIRIGUI** encontra-se plenamente preparada à execução das atividades descritas a seguir. Como já foi demonstrado, nos itens anteriores, a instituição conta com Recursos Humanos constituído de profissionais experientes e especializados nas áreas em que irá atuar, possui ainda plena capacidade de prover os recursos materiais a atender o que é objeto do Chamamento ao qual atende esta Proposta de Técnica.

## 2. APRESENTAÇÃO

A história do surgimento dos hospitais psiquiátricos está intrinsecamente ligada ao nascimento da psiquiatria como ciência no século XIX. Estas instituições emergidas do movimento na área da saúde para oferecer cuidado aos portadores de transtornos mentais cunharam-se em uma natureza totalitária, punitiva e excludente.

Em contraponto, no século XX, em especial a partir da segunda metade, diversos fatores principiaram questionamentos ao hospital psiquiátrico e às políticas de saúde mental centradas nessas grandes instituições.

Como alternativa ao modelo asilar, a Reforma Psiquiátrica propôs um novo modelo de Política Pública de Saúde Mental, ancorado em princípios que se baseiam na lógica do cuidado e na promoção da saúde, em detrimento das práticas institucionalizadas.

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial e preconiza o atendimento a pessoa com sofrimento ou transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na Rede Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Comunidades Terapêuticas, Unidades de Acolhimento, Centro de Convivência, Unidade de Unidade Pronto Atendimento.

A Lei Federal 10.216 vem ser o instrumento legal e normativo para a política de atenção a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, com as demais regulamentações que o Ministério da Saúde define, organizando a assistência em saúde e a estruturação de rede. Com isso há uma necessidade crescente de implementação de políticas públicas e sociais que funcionem de forma efetiva na promoção, prevenção, educação, tratamento e reabilitação psicossocial.

O modelo assistencial que redireciona a política atual está contido nas portarias (GM 336/2002) que norteiam e possibilitam a implantação de equipamentos substitutivos de tratamento extra hospitalar, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que prestam atendimento intermediário entre hospitalização integral e a vida comunitária. Desta forma os CAPS constituem como a principal estratégia do processo da reforma psiquiátrica, dentre eles o CAPS II e CAPS AD, que oferece atendimento diário de usuários com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de substâncias psicoativas.



Do mesmo modo, a saúde mental infanto-juvenil foi alicerçada em modelos asilares/ institucionais correspondentes ao modelo adulto de intervenção. Diante disso, faz-se necessário a implementação de políticas que abarquem a especificidade de cada fase do desenvolvimento em que essas crianças e adolescentes se encontram. O CAPSi emerge como a alternativa de atenção especializada a crianças e adolescentes, que se encontram em situação de sofrimento psíquico, com prejuízos persistentes na qualidade de vida, e suas famílias.

### 3. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), realiza atendimentos a todos os brasileiros, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A construção do SUS passa por diversas formulações políticas e organizacionais, para o redirecionamento dos serviços e ações de saúde. O mais recente foi o **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011** estabelece ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

A partir do decreto, foi definido REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) que são “**conjunto de ações e serviços saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde**”( item VI do art. 2 do decreto 7.508 de 2011). As primeiras RAS estabelecidas foram: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS desenvolve suas ações e serviços de acordo com os princípios doutrinários desse sistema: universalização, equidade e integralidade. A partir desses princípios, temos as seguintes diretrizes de organização das ações nos municípios, estados e Regiões de Saúde:

1. Regionalização e hierarquização;
2. Descentralização e comando único;
3. Participação popular.

A RAPS foi instituída pela **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011** que concretiza a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, com serviços de base territorial e comunitária, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial.

“A finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

#### **São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:**

- I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
- III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

#### **São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:**

- I - Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;

IX - Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. <sup>1</sup>

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GERAL**

Oferecer dispositivos e recursos para a retomada e manutenção dos laços sociais, de modo a minimizar os riscos de exclusão, intensificação e comprometimento pelo sofrimento psíquico e do uso e dependência de substâncias psicoativas através de um processo terapêutico ambulatorial, reinserção familiar e social.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- Possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial de saúde mental no âmbito do município;
- Supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do município;
- Oferecer cuidado e proteção à saúde para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade;
- Possibilitar o tratamento fundamentado no Projeto Terapêutico Singular construído pela equipe interdisciplinar, família e usuário;

<sup>1</sup> BRASIL. lei n. 30.088, de 23 de abr. de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. ed. Brasília, dez. 2011.

- Proporcionar condições para o desenvolvimento de responsabilidade e autonomia de forma que o cliente possa se implicar nas escolhas com base na estratégia de Redução de Danos;
- Oferecer ao usuário do serviço recursos na construção da cidadania, em busca de recuperação e reinserção social com base no seu Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Organizar e estruturar a rede de atenção psicossocial (RAPS), funcionando como espaço de articulação intersetorial para efetivação da prevenção, proteção e garantia de direitos da criança e adolescente;
- Oferecer acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial pelo acesso à escola, lazer, cultura, esportes, profissionalização, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários;
- Promover atenção diária, intensiva, efetiva e personalizada, considerando as instâncias pessoais e institucionais que perpassam os sujeitos, em seu território, através do projeto terapêutico singular;
- Proporcionar aos atendidos e suas famílias a ressignificação da experiência de sofrimento através de intervenções terapêuticas qualificadas, que contribuam para o desenvolvimento de suas potencialidades e de sua autonomia.

## 5. RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. (Saúde, RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS, 2004)

Na visita técnica foi observado que o município de Ribeirão Pires possui seis Residências Terapêuticas com moradores, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE BIRIGUI** manterá as residências organizadas com funcionamento de 24 horas por dia durante 7 dias na semana e responsabilizaremos pela medicação dos moradores no quesito dose supervisionada através de prescrição médica, organização e controle do material de enfermagem e garantiremos os

cuidados domésticos, será realizado o acompanhamento dos moradores por equipe de enfermagem e cuidadores responsáveis pelo cuidados domésticos em todas as Residências Terapêuticas através de escala de serviços atribuído pelo coordenador responsável pelas RTs para atender as seguinte atribuições:

- Preparar as refeições, café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, as alimentações dos moradores **das Residências Terapêuticas** serão realizadas na própria Residência com acompanhamento do Nutricionista responsável pelas RTS que elaborará os cardápios e as rotinas alimentares conforme avaliação nutricional, direcionado e orientado ao cuidadores responsáveis por esta rotina.
- Limpar e higienizar a casa;
- Lavar e passar a roupa pessoal das residentes e de cama, cozinha e banho;
- Dar medicação nas horas receitadas ( dose supervisionada), anotar em prontuário individual para o acompanhamento da enfermeira e medico responsável;
- Promover a recreação;
- Manter a harmonia e tranquilidade da residência
- Manter interlocução junto a curadora dos moradores garantindo as necessidades individual de cada um, bem como manter as informações entre ambas as partes sempre atualizadas, para garantir os direitos e o bem estar do morador.

**A IRMANDADE DA SANTA CASA DE BIRIGUI**, irá manter uma equipe devidamente identificados por crachás e uniformes, composta por:

- Médico clínico;
- Médico psiquiatra;
- Agente Financeiro;
- Coordenador Técnico;
- Coordenador de Unidade e ou Projeto;
- Auxiliar Administrativo;
- Assistente Manutenção;

- Assistente Social;
- Técnico de Farmácia;
- Auxiliar Serviços Gerais;
- Coordenador de Enfermagem;
- Farmacêutica;
- Cuidadora;
- Enfermeiro;
- Motorista;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Profissional de Educação Física;
- Recepcionista;
- Técnico de Enfermagem;
- Oficineiro;
- Terapeuta Ocupacional

**Observação:**No caso de falta de algum profissional iremos fazer a substituição dos profissionais para que não haja desistência.

Os profissionais serão responsáveis pelo atendimento e acompanhamento clínico, diagnóstico de problemas emocionais ou perturbação de personalidade, aconselhar na realização de terapias individuais ou de grupo, medicação e avaliação clínicas das moradoras, além de fiscalizar e orientar os pacientes a suas atividades rotineiras, além de garantir a segurança;

Manter a ordem dos prontuários, controle do estoque de medicamentos, materiais de enfermagem, equipamentos e etc;

Ressaltando que manteremos 01 supervisor enfermeiro responsável pelo controle e coordenação e fiscalização dos serviços e equipe de enfermagem em números necessários nas Residências,

principalmente onde tiver residentes acamados e necessitando de cuidados especiais, onde todos os atendimentos serão registrados em prontuários de cada moradora, constando visita médicas e de enfermagem, medicação administradas, intercorrências, lazer, visitas sociais, alimentação e outros atendimentos para que a equipe acompanhe o projeto terapêutico, até mesmo intercorrências que precisam ser ajustadas.

Os residentes serão acompanhados também no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II conforme Projeto Terapêutico de cada paciente onde será estabelecido rotina de atividades em conjunto com CAPS II, responsabilizaremos pelo transporte desses pacientes até o CAPS II, para que possam participar das oficinas e trabalhos realizados pelos profissionais para aumento de vínculos afetivos e a inserção dos mesmos na sociedade.

A Santa Casa de Birigui será responsável por garantir a manutenção das residências, prevendo:

- Produtos básicos de Higiene Pessoal;
- Produtos de Limpeza;
- Utensílios Domésticos;
- Eletrodomésticos básicos;
- Roupas Pessoais;
- Roupa de Cama, mesa e Banho;
- Móveis;
- Gêneros alimentícios

**Observação:** A Santa Casa de Birigui será responsável pela aquisição destes itens desde que os mesmos estejam contemplados na PLANILHA FINANCEIRA, respeitando os valores previstos sendo de responsabilidade conjunta com o município garantir toda a manutenção das RTS e do curador garantir a necessidade pessoal e de lazer de cada morador. (roupas e produtos de higiene pessoal, passeios, cabeleireiros, aquisição de eletrodomésticos e outras atividades e aquisições afins prevista em leis para o uso do valor destinado para o morador, todos o valor deverá ser destinado para o próprio morador )



## **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

### **Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:**

**I - CAPS I:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

**II - CAPS II:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

**III - CAPS III:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

**IV - CAPS AD:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

**V - CAPS AD III:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

**VI - CAPS I:** atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.<sup>2</sup>

## 6. POPULAÇÃO ALVO

O CAPSi, CAPS II e o CAPS AD são serviços de atenção psicossocial, destinado ao atendimento especializado de **crianças, adolescentes e adultos** ambos os sexos, que se encontram em situação de sofrimento psíquico e de pacientes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e portadoras de transtornos mentais em decorrência do uso abusivo de substâncias

---

<sup>2</sup>Saúde, M. d. (23 de 12 de 2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . *Portaria 3.088*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

psicoativas, cada CAPS com seus respectivos pacientes conforme especificado acima, com prejuízos funcionais e persistentes na qualidade de vida, conforme preconizado pela **Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, Portaria GM/MS 336/2002 e Portaria nº 3.088 de 23/12/2011.**

## 7. METODOLOGIA

As atividades realizadas no CAPS II, CAPS AD E CAPS i, serão realizadas em grupo, individualmente, outras destinadas às famílias e outras ainda serão comunitárias.

**Dessa forma, a pessoa tem acesso a vários recursos terapêuticos:**

- **Atendimento individual:** atendimentos médicos e da equipe multidisciplinar, prescrições de medicamentos, psicoterapia e orientação;
- **Atendimento em grupo:** oficinas terapêuticas (expressivas, de trabalhos manuais, etc), grupos socioeducativos, grupos terapêuticos;
- **Atendimento a grupo de familiares:** reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico do usuário;
- **Atendimento individualizado a família:** atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos;
- **Atividades comunitárias:** atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço, do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral.

- **Atividades festivas:** Dia dos Pais, Dia das Mães, Páscoa, Natal entre outras os pacientes terão atividades relacionada ao tema comemorativo, em alguns casos com participação dos familiares

**A frequência dos usuários no CAPS dependerá de seu projeto terapêutico singular.**

## 8. ATIVIDADES REALIZADAS

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

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. É necessário haver uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Isso significa que o paciente que procura o CAPS é acolhido por um profissional de nível superior da equipe técnica, que o faz a escuta clínica e identifica as suas necessidades, e então orienta e/ou encaminha com resolutividade. Será levada em conta as expectativas do indivíduo e avaliados os riscos.

É o primeiro contato com o usuário no momento da sua procura pelo tratamento, os usuários poderão comparecer durante o horário de funcionamento para triagem, e será realizado por profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar. No qual será ofertado ao usuário um

espaço para escuta terapêutica, com objetivo de promover maior conhecimento da história de vida e da doença do indivíduo.

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

E será avaliado sua queixa principal, histórico vital, história do desenvolvimento do transtorno apresentado, condição atual, doenças pré-existentes, tratamentos anteriores, histórico familiar, hábitos de vida, bem como padrão alimentar, padrão de sono e queixas clínicas.

Considerando a possível necessidade de um acompanhamento de maior assistência, o usuário será encaminhado a outro serviço de maior ou menor complexidade: conforme a referência do município.

Esse primeiro contato auxilia na criação de vínculo entre o usuário e o serviço, através dos profissionais e estrutura, o que interfere diretamente na adesão do indivíduo ao tratamento, o paciente é orientado quanto ao funcionamento do serviço.

Considerando que, no acolhimento seja observada a possível necessidade de um acompanhamento que não corresponde ao que é oferecido pelo CAPS, o paciente é encaminhado a outro serviço. Ex: uma paciente que chegue ao CAPS com a queixa de ansiedade e angústia devido a uma separação conjugal recente, relatando perda de interesse nas atividades que desempenha, entre outros, tendo como hipótese diagnóstica o F 32.0, é orientada e encaminhada à Unidade Básica de Saúde para ser acompanhada pelo Clínico Geral (se necessário) e pela psicóloga da rede que oferece atendimentos aos pacientes com sintomas depressivos leves.

Após esse primeiro momento, o paciente passa então pela Avaliação Psicológica.

- **Avaliação Psicológica:** São atendimentos individuais realizados pelo profissional de Psicologia. Possui objetivo de avaliar as diversas áreas da vida do paciente, identificando os aspectos necessários de intervenção e melhor atuação no tratamento de cada sujeito. Havendo a necessidade, o paciente passará no momento por Avaliação Psiquiátrica.

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

A avaliação psiquiátrica é periódica, havendo uma necessidade de intervenção medicamentosa ou não, sendo possível realizar acompanhamento da progressão ou retrocesso do quadro psiquiátrico de cada paciente. Após as devidas entrevistas realizadas, a discussão em equipe serve como amplo espaço de discussão entre os profissionais acerca de cada paciente avaliado.

- **Discussão de equipe:** Realizado o acolhimento, a avaliação psicológica e a avaliação psiquiátrica, a equipe multidisciplinar discute semanalmente caso a caso para em princípio, montar o plano de tratamento individual e, posteriormente, acompanhar a evolução do mesmo. No plano de tratamento há disponíveis os atendimentos individuais, as oficinas e os grupos terapêuticos.
- I. Todos os profissionais envolvidos neste processo serão capacitados para realizar o acolhimento de demanda espontânea ou programada, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços de saúde. A capacitação dos profissionais serão contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que o mesmo é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade, conforme cronograma da educação continuada.

- II. O registro de todas as atividades durante o acolhimento é de extrema importância tanto para resguardar os envolvidos, caso haja alguma eventualidade, quanto para fornecer informações sobre o usuário/família para que a equipe multiprofissional possa discutir e traçar um plano de cuidados e dar continuidade a assistência.
- III. A **Santa Casa de Birigui** tem a proposta de manter uma escala dos profissionais da equipe para que cada dia um profissional ficará de plantão no acolhimento.

a) **Inserção em grupos:** Durante o acolhimento será decidido junto com o usuário à modalidade de tratamento que melhor se adéqua as necessidades do mesmo no período considerado, sendo:

**a1) Tratamento Intensivo:** O usuário comparecerá diariamente ao CAPS II, CAPS AD E CAPS i, é caracterizado quando a pessoa apresenta grave sofrimento psíquico em situação de crise, e / ou dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;

**a2) Tratamento Semi-intensivo:** O usuário comparecerá 3 (três) vezes por semana, é caracterizada quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa apresentam – se de forma moderada, ou quando ocorre uma diminuição sintomática, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar a autonomia;

**a3) Tratamento Não-intensivo:** O usuário comparecerá uma vez por semana, esse tratamento é indicado quando a pessoa necessita de suporte contínuo da equipe para realizar suas atividades na família e / ou no trabalho e vida social, quando apresenta remissão dos sintomas, ou ainda quando não há possibilidades de comparecer no CAPS mais vezes na semana, mesmo havendo indicação da equipe;

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

Após o acolhimento, o usuário participará do Grupo de Acolhimento, realizado pela equipe, no qual serão repassadas informações e orientações da dinâmica do tratamento. Neste espaço, o usuário receberá informações sobre as avaliações específicas de cada área de atuação da equipe multidisciplinar e passará a conhecer as propostas e atividades específicas do serviço.

- b) Projeto terapêutico individual/singular:** Momento em que serão traçadas pelo usuário, juntamente com a equipe multidisciplinar, as propostas e objetivos de tratamento, contemplando as necessidades do mesmo, possibilitando seu auto percepção e nível de esperança e promovendo a manifestação de suas perspectivas e desejos. Será trabalhado com os pacientes a motivação para não ter ou diminuir o absenteísmo no tratamento.
- c) Avaliação terapêutica:** Serão realizadas individualmente, e por todos os profissionais de nível superior (Enfermagem; Psiquiatria; Psicologia; Serviço social; Terapia ocupacional). Estas avaliações terão por objetivo analisar diferentes áreas da vida do usuário, observando diversos aspectos e necessidades, a fim de almejar novas perspectivas de atuação profissional. Desta forma, buscar-se-á adequar ao máximo o tratamento às necessidades de cada indivíduo.
- d) Consultas com o médico psiquiatra:** O atendimento com este profissional será individual e terá como finalidade, tratar doenças e comorbidades psiquiátricas relacionadas com o uso de substâncias psicoativas (SPA). Doenças estas, que podem ter levado a dependência,



doenças concomitantes a dependência e também as que surgiram após o abuso e/ou dependência das substâncias psicoativas.

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

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

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

As atividades objetivarão resgatar individualidades, descobrir potencialidades, desenvolver habilidades específicas e prover suporte de tratamento como atividade grupal que proporcione a socialização do usuário e facilite o vínculo afetivo com profissionais e outros participantes da oficina.

Visam também proporcionar a exteriorização de sentimentos (angústias, medos e inseguranças), incentivar a criatividade, o contato e integração com o grupo, desenvolvimento do autocontrole, auto percepção e melhorar a autoestima.

Esses grupos/oficinas visam possibilitar maior conhecimento e aceitação da doença; incentivar usuários desmotivados, despreparados e desencorajados para mudar de comportamento; promover maior percepção e conhecimento dos sintomas de recaída, técnicas de enfrentamento; auxiliar na reorganização da rotina de atividades de vida diária e produtiva; estimular a descoberta de novas habilidades e interesses; orientar no

desempenho de atividades de higiene e auto cuidado, planejamento e gerenciamento do tempo, no desenvolvimento e organização de planos e estabelecimentos de metas.

- g) Grupos com Assistente Social:** Os grupos terapêuticos com o assistente social terão por objetivo impulsionar um processo educativo junto à clientela usuária, desenvolver trabalhos no sentido de conhecer, divulgar e viabilizar a integração dos equipamentos sociais e de saúde do território. Levantando questões relativas à exclusão social de usuários que não se enquadram no “mercado de trabalho”, possibilitando a reflexão sobre as formas possíveis de reinserção em espaços da sociedade, inclusive o resgate de sua autonomia e inclusão em espaços de convivência, cultura e lazer. Este grupo terá como finalidade reintegrar e reinserir o usuário em seu contexto social, trabalhar com prevenção e gerenciamento dos recursos sociais destinados aos dependentes químicos.
- h) Grupos com a Enfermagem:** Os grupos realizados pela Enfermagem trabalharão questões relacionadas à educação em saúde, em que serão abordados temas relacionados à saúde preventiva em linguagem coloquial através de palestras, filmes educativos e esclarecimentos de dúvidas sobre o tratamento medicamentoso; higiene pessoal e domiciliar; sexualidade; doenças sexualmente transmissíveis; alimentação; autoestima; entre outros.
- i) Grupos com a Psicologia:** Os grupos terapêuticos com a psicologia terão por objetivo criar um espaço para reflexão, em que o usuário possa buscar o sentido de suas próprias vivências, tentando encontrar uma resposta diferente da droga para sua realidade psíquica, marcada pela fragilidade e angústia. A droga protege o usuário do confronto com seu desamparo e abster-se dela é experimentar o vazio, o desespero e a impotência. Desta forma, a partir da reflexão dos aspectos de sua vida e das suas dificuldades, busca-se auxiliar o usuário nesta mudança de comportamento. Promove-se assim a comunicação,

expressão e ampliação da consciência que o usuário tem de si mesmo, possibilitando a identificação e o desbloqueio dos núcleos de conflitos, buscando o equilíbrio emocional.

- j) Grupos com a Terapia Ocupacional:** As oficinas terapêuticas da Terapia Ocupacional (T.O.) terão por objetivo desenvolver atividades criativas e de conscientização do usuário no tratamento. A abordagem da T.O. faz uso de amplos recursos do conhecimento humano, tanto teórico como prático, visando à aplicabilidade da ocupação enquanto recurso terapêutico. O Terapeuta ocupacional trabalhará as questões de atenção e concentração, valorização da autoestima, socialização, aquisição de relações interpessoais, tolerância a frustrações, autocontrole, autonomia e desenvolvimento de novas habilidades e interesses. A fim de recuperar e/ou desenvolver habilidades cognitivas, motoras e emocionais, prejudicadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. As atividades externas (passeios, exposições da T.O., atividades de cinema) visam principalmente o retorno às atividades sociais (reinserção social) e de lazer, incentivando o retorno as atividades de vida diária e promovendo a qualidade de vida.
- k) Oficina de Artesanato:** Esta oficina promoverá a aproximação entre os usuários, levando à aprendizagem de técnicas de artesanato que favorecem o desenvolvimento da criatividade, de habilidades específicas e de domínio de técnicas para criação de produtos com potencial de comercialização, configurando-se assim, num importante espaço de trabalho para os participantes.
- l) Oficina de Horta:** a laborterapia é outro fator que ajudará o usuário a aprender a trabalhar com a terra plantando e conhecendo a natureza, isto estimula a integração entre o grupo, o meio ambiente e a comunidade. A contratante irá trabalhar principalmente no CAPS i na plantação e cultivo de verduras e legumes entre outros.

- m) Oficina de Culinária:** a culinária terapêutica servirá para melhorar a autoestima, incentivar a valorização dos usuários e promover o convívio social. Além da ocupação, os usuários aprenderão a fazer novas receitas culinárias e se deliciarão com as iguarias. A contratante irá utilizar os próprios produtos cultivados da horta, realizando semanalmente comidas, salgados, lanches e doces.
- n) Grupo de Atividade Física:** as atividades serão realizadas com objetivo de melhorar o condicionamento cardiorrespiratório, consciência corporal, flexibilidade, força e coordenação motora geral, através dos conteúdos da Educação Física como: prática integrativa e complementar, socialização, dança aeróbica, treinamento neuromuscular, caminhada orientada com supervisão do Educador Físico
- o) Grupo preparação de Alta:** Terá como objetivo preparar o usuário para continuidade do tratamento, sensibilizando para o desligamento do serviço, e fornecendo encaminhamentos necessários. Toda alta é eminentemente uma medida clínica, que precisa ser negociada e aceita pelo usuário, como parte de um projeto que irá ajudá-lo a viver melhor.

**No CAPS serão realizados três tipos de Alta:**

- 1) Alta melhorada:** Ao perceber o momento de evolução do tratamento para o usuário, e observar que os recursos disponibilizados no CAPS já não são os mais adequados para ele, o paciente será encaminhado para um serviço de menor complexidade de referência do município.

- 2) Alta por Abandono:** O tratamento exige muita responsabilidade e comprometimento do usuário, porém muitas vezes este ainda não perceberá a dependência como uma doença, e alguns iniciam o tratamento obrigado pela família. Desta forma, no decorrer da terapêutica existe o abandono, muitas vezes por motivo da doença.
- 3) Alta a pedido:** Acontece quando a equipe técnica ainda percebe a necessidade de continuidade do tratamento, porém o usuário se sente preparado para restabelecer suas relações e obrigações sociais, ou mesmo quando o usuário se sente preparado para retornar as suas atividades.
- p) Oficina de Relaxamento:** Estimulará o desenvolvimento do ser humano, bem como, a autoestima, autoconfiança e autoconhecimento, através de atividades que enfatizam a percepção corporal e também, utilizando a técnica como um meio preventivo e revigorante sobre a saúde física, mental e emocional do usuário.
- q) Oficina de Jornal:** Esta atividade terá como intuito aprimorar os meios de informação e expressão. Um dos primeiros movimentos é garantir o acesso constante as notícias, a fim de que os usuários criem intimidade com esta linguagem. Promove-se assim a atenção e concentração, socialização do conhecimento, e desenvolvimento de habilidades cognitivas, motoras e emocionais.
- r) Grupo de Tabagismo:** Será destinado a todas as pessoas que desejam diminuir ou cessar o uso do tabaco. Acontecerá semanalmente, e será realizado por equipe multidisciplinar capacitada. Neste grupo, o usuário aprende a criar estratégias que lhe auxiliem na mudança de comportamento e hábitos de vida. Caso o município tenha projeto de Tabagismo no município implantando iremos realizar a parceria com atenção básica para que os pacientes do CAPS II e CAPS AD possam participar do grupo para auxiliar na integração da sociedade.

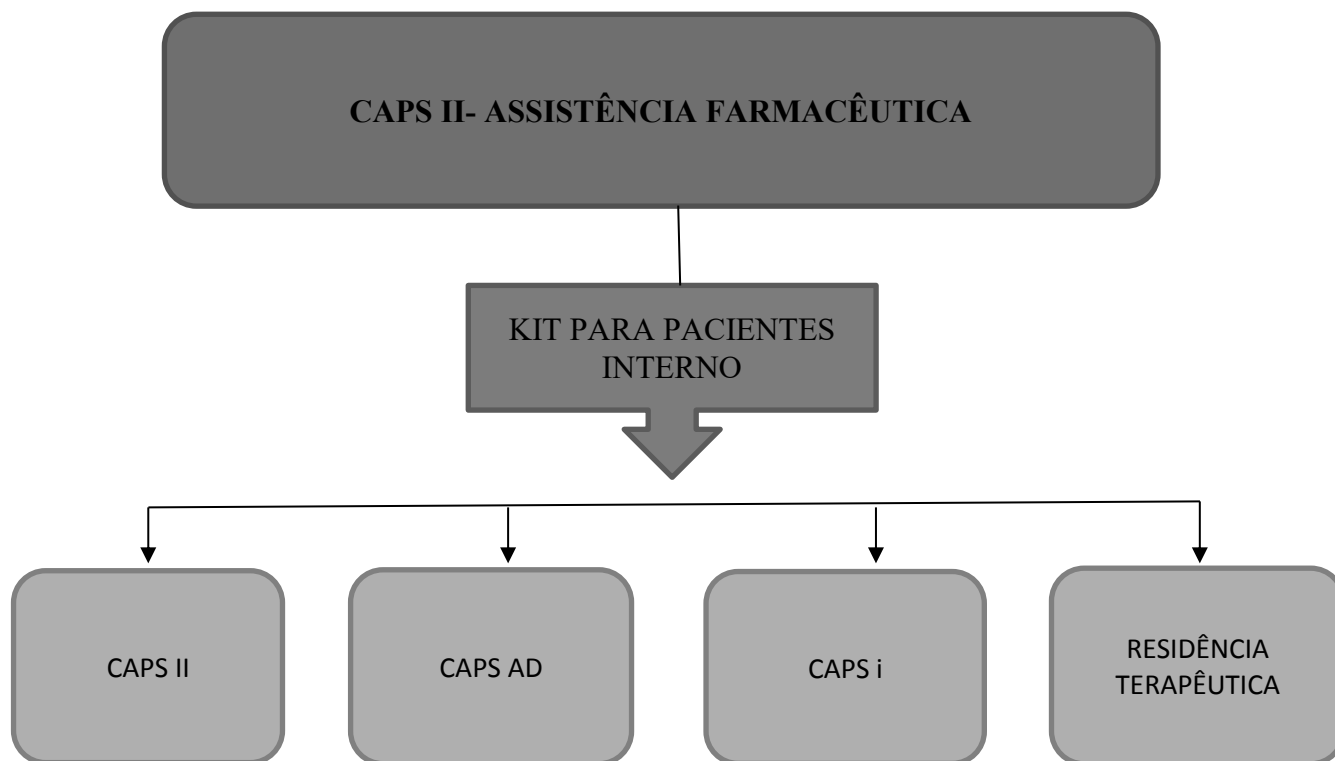
- s) **Busca Ativa:** Quando um usuário deixar de comparecer as atividades do CAPS sem justificativa, a Santa Casa de Birigui tentará sensibilizá-lo a retornar ao tratamento por meio do contato telefônico. Quando este contato não apresentar sucesso será realizado a visita domiciliar, utilizaremos também parceria com a atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família – ESF e do Núcleo de Atenção Saúde Família- NASF (NASF assim que o município implantar), para realizar a busca ativa e retorno do tratamento.
- t) **Visita Domiciliar:** Durante a visita domiciliar será oportunizado a sensibilizar o usuário a respeito da importância deste retornar ao tratamento, bem como de interagir com seus familiares e prestar informações a respeito do tratamento.
- u) **Reuniões e Assembléias:** Acontecerão periodicamente e serão registradas em livro ata.
- u1) **Reunião de Equipe:** Momento em que serão discutidas questões relacionadas às atividades e programação semanal da equipe, bem como a avaliação e discussões do processo de trabalho;
- u2) **Reunião Clínica:** Momento em que os profissionais realizarão a discussão de casos, avaliarão e planejarão ações cotidianas relacionadas ao tratamento e acompanhamento terapêutico dos usuários e agilizarão a tomada de decisões de forma multidisciplinar;
- v) **Evolução de Prontuário:** O prontuário é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do usuário e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. As anotações no prontuário serão realizadas de forma legível e padronizadas permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do usuário. Os prontuários serão arquivados em armários seguindo o cadastro por ordem cronológica do sistema. E para aprimoramento da

organização do prontuário a Santa Casa de Birigui estará criando a Comissão de Prontuário visando à qualidade dos mesmos como, letra legível, carimbo e identificação do profissional e data, a frequência dos registros, bem como:

- Profissional responsável capacitado.
- Arquivamento integrado com numeração única para cada paciente.
- Área física individualizada para guardar os prontuários.
- Arquivo com estrutura física sólida.
- Sistema formalizado de controle de entrada e saída dos prontuários.
- Prontuários montados conforme as exigências legais.
- Cópia do(s) laudo(s) arquivada no prontuário do paciente.
- Preservação da segurança e da integridade das informações.
- Proteção dos prontuários e das informações contra perda, destruição, adulteração e acesso ou uso não autorizado.
- Política relativa ao período de arquivamento

**w) Medicamento:** A Farmácia conforme verificado na visita técnica ela é centralizada no CAPS II, a Santa Casa de Birigui irá realizar todo o gerenciamento da Assistência Farmacêutica da Saúde Mental seguindo o REMUME- Relação Municipal de Medicamento do Município, será realizado um fluxo entre a farmácia e assistência de enfermagem para entrega, administração e supervisão do medicamento. A Farmácia que fica centralizada no CAPS II juntamente a equipe de enfermagem organizará os kits para cada paciente que ficam períodos ou o dia em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial e na Residência Terapêutica contendo todos medicamentos prescritos pelo profissional médico conforme receita. As receitas geradas para os pacientes que não permanecem o dia em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD, CAPS II E CAPS i) também retirarão o seu medicamento na Farmácia do CAPS II.

## Fluxograma de entrega de medicamentos para pacientes que realizam tratamento durante o dia nos CAPSs

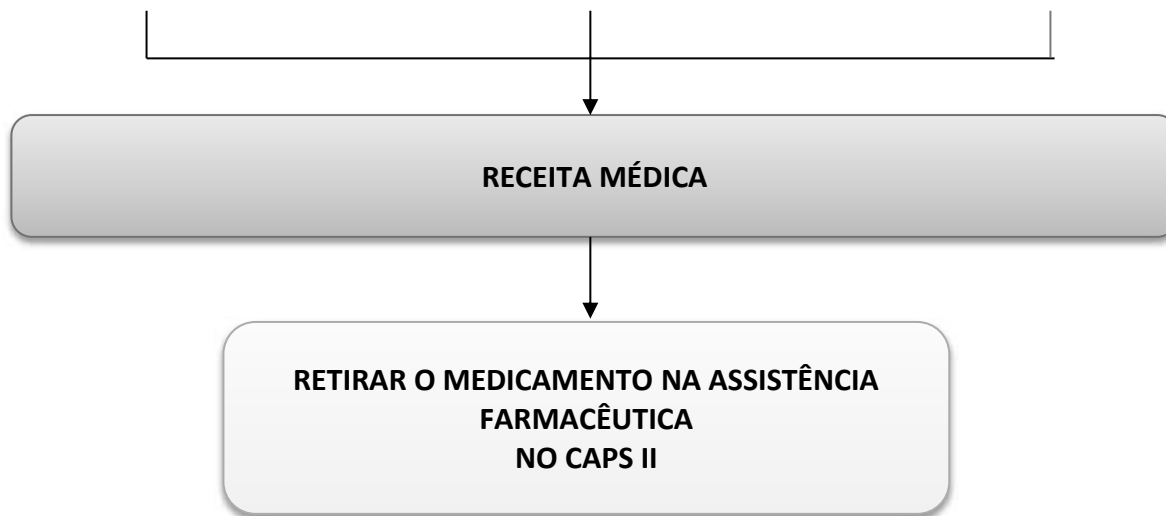


**Observação:** Serão entregues medicamentos para os pacientes que realizam tratamentos durante o dia nos Centros de Atenção Psicossocial para uso noturno e finais de semana quando indicados no domicílio.

## Fluxograma de entrega de medicamentos para pacientes que não realizam tratamento durante o dia nos CAPSs







x) **Alimentação:** A alimentação será fornecida aos usuários acompanhados pelo CAPS AD, CAPS II, CAPS i e nas Residências Terapêuticas.

**No CAPS II e no CAPS AD** a alimentação será distribuída durante a permanência da pessoa de acordo com seu projeto terapêutico singular, ou seja, de acordo com o tempo de permanência na instituição: permanência em meio período com oferta de café da manhã e almoço; permanência em período integral com oferta de café da manhã, almoço e lanche da tarde. As refeições terão cardápio que será definido pelo profissional Nutricionista responsável.

**No CAPS i** - a alimentação será distribuída durante a permanência da criança de acordo com seu projeto terapêutico singular, ou seja, de acordo com o tempo de permanência na instituição: permanência em meio período da manhã com oferta de café da manhã e almoço; permanência em meio período da tarde com oferta de almoço e café da tarde.

**Residências Terapêuticas** as alimentações dos pacientes serão realizadas na própria Residência por CUIDADORES com acompanhamento do Nutricionista, sendo refeições programadas como: café da manhã, almoço, café da tarde, jantar, café noturno;

**Observação:** as refeições serão providenciadas conforme legislação vigente.

Os materiais utilizados nas atividades dentro dos Centros de Atenção Psicossocial será de responsabilidade da OSS providenciar, através dos recursos disponíveis em Plano de trabalho para este tipo de despesas.

Na Assistência Farmacêutica a Santa Casa de Misericórdia de Birigui irá garantir a integralidade, armazenamento e distribuição dos medicamentos fornecidos pela SMS referente à saúde mental, o estoque será informatizado para dar condições de monitorar prazo de validade, quantidade de medicamentos e controle dos psicotrópicos. O armazenamento será conforme legislação vigente.

## **9. CUIDADO À FAMÍLIA**

No CAPS os usuários têm atendimentos, medicações adequadas a cada caso, englobando projetos de tratamentos psicológico, físico e social. Essa modificação, porém, se torna insuficiente quando deixa de lado um aspecto importante na vida de qualquer indivíduo: as suas relações familiares. É no ambiente familiar que suas relações e crenças se estabelecem e que, portanto, são essenciais no desenvolvimento. Como a busca central do atendimento em saúde mental é a reinserção do indivíduo na sociedade, o trabalho com a família torna-se então primordial.

A conscientização da família é importante, tanto como um auxílio no tratamento, pois a partir do momento que a família entende o que acontece com o doente mental, torna-se mais fácil enfrentar medos e preconceitos, percebendo que a pessoa não é responsável pela sua condição, pois faz parte de um processo de adoecimento. Há também que se esclarecer que o mesmo pode levar uma vida normal, não precisa ficar isolado, pelo contrário, necessita de apoio familiar e social para ajustar sua condição.

O indivíduo acometido por transtornos mentais merece e deve continuar fazendo parte da família e da sociedade em geral, e para que isso lhe aconteça precisa dos devidos acompanhamentos e

cuidados, e a família ou cuidadores são o ponto central de todo o processo de melhora. E é com este intuito que a **SANTA CASA DE BIRIGUI**, terá como metodologia trabalhar os grupos de aconselhamento e conscientização com familiares de indivíduos que passam por atendimentos nos CAPSs.

A convivência da família com o dependente químico, em muitos casos, pode ser devastadora, e a maioria dos familiares necessita de ajuda para suportar esta situação. Observa-se, que a própria dinâmica de funcionamento familiar modifica, ocorrendo à inversão de papéis. Dentre os aspectos mais importantes a serem considerados na abordagem da família e do usuário é de que ambos procuram o serviço de saúde mental motivados por pressões e expectativas diferentes. Buscam uma solução rápida para a aflição momentânea causada por complicações físicas, emocionais, sociais ou jurídicas, até o desejo de receber auxílio doença, orientação e/ou tratamento.

Assim, com informações e orientações adequadas sobre a natureza da dependência química e seus efeitos, a família aprende a se relacionar de maneira mais saudável com o usuário, evitando atitudes como rigidez, a alienação e o isolamento.

É de extrema importância incentivar constantemente o dependente de substâncias para que ele evite a ociosidade, incentivando-o às responsabilidades e envolvimento com trabalho, esporte e lazer. A família precisa ser orientada a valorizar os progressos alcançados pelo usuário, para que ele perceba suas competências, habilidades, estimulando-o a autoconfiança. Isto também motiva o familiar adicto a traçar novos objetivos e se empenhar em novas conquistas com seu próprio esforço.

Importante lembrar que o adoecimento de um membro da família por substâncias afeta direta ou indiretamente todos os familiares, e estes passam a ser co-dependentes. Desta forma, faz parte do tratamento cuidar desta família e orientá-la como enfrentar e buscar soluções para este problema. Assim, a Santa Casa de Birigui oferecerá atendimento aos familiares por meio do Grupo de Família, que acontecerá semanalmente nas dependências do serviço.

Este grupo terá o objetivo de acolher e orientar os familiares para que possam compreender melhor a dinâmica do trabalho. Motivar os familiares a buscar em conjunto com o CAPS II, CAPS AD E CAPS I as possíveis soluções dos problemas, tornando-os usuários na discussão das questões pertinentes e dos encaminhamentos necessários. Reestruturação na vida familiar, profissional e social, intervenções na prevenção de recaídas.

## **10. PROGRAMA REDUÇÃO DE DANOS**

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

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

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

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traçar com ele estratégias que estão voltadas para a defesa

de sua vida. A redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminhos) e, portanto, não excludente de outros. Mas, o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. Desta forma a Santa Casa de Birigui também irá implementar em parceria com a Atenção Básica e com Atenção Especializada para trabalhar com temas de DST/AIDS/Hepatites Virais/ Tuberculose, entrega de insumos de prevenção e higiene pessoal.

## **11. INTEGRAÇÃO COM REDE DE APOIO**

Para construir essa rede, todos os recursos devem ser utilizados tais como: as relações pessoais, familiares, amigos; serviços de saúde; Secretaria Social, moradia, trabalho, escola, esporte; culturais; grupos de autoajuda do município, religiosos e de lazer que compõem a rede para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Será articulado entre os diversos setores do governo municipal e organizações não governamentais para a criação de projeto de inserção de trabalho, projetos culturais e formas associativas de organização de usuários e familiares através de uma criação de Cooperativa.

Os CAPSs como dispositivos que devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

A Santa Casa de Birigui irá participar juntamente com os profissionais da Secretaria de Educação para acompanhamento dos pacientes do CAPS i, sobre comportamento escolar, aprendizado entre outros desenvolvimentos de linhas de trabalho, para que a equipe multidisciplinar consiga avaliar o Projeto Terapêutico que está traçado para cada paciente.

A Secretaria Social será um membro muito importante no processo, com a finalidade de construção de um espaço de cidadania, realizar um trabalho em conjunto principalmente com os familiares ou para aqueles pacientes que não possuam famílias.

## **12. EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Como “política de educação na saúde”, a “educação permanente em saúde” envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS e a saúde coletiva têm características profundamente brasileiras, são invenções do Brasil, assim como a integralidade na condição de diretriz do cuidado à saúde e a participação popular com papel de controle social sobre o sistema de saúde são marcadamente brasileiros. Por decorrência dessas particularidades, as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área buscam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania.

A “educação permanente em saúde” não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica. A partir desse desafio político-pedagógico, a “educação permanente em saúde” foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n. 198/2004. A “educação permanente em saúde” tornou-se, dessa forma, a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da “educação permanente em saúde”, a SANTA CASA DE BIRIGUI coloca a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, como informações capazes de contribuir para pôr em evidência os “encontros rizomáticos” que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social

em saúde, carregando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

A educação permanente é alcançada por meios que necessitam ser atendidos concretamente. Para tanto, se faz necessário a constituição de ações palpáveis, tais como:

- Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
- Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
- Criar ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;
- Desenvolver tecnologias educacionais para formação;
- Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;
- Viabilizar a padronização das condutas entre os diversos serviços de Saúde por meio da gestão da **SANTA CASA DE BIRIGUI**, de forma que possibilite o alinhamento entre valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;
- Promover espaço virtual para formação, avaliação e troca de informações profissionais;
- Gerenciar os espaços físicos, equipamentos e agendamentos destinados aos eventos científicos e afins;
- Acompanhar as iniciativas e os projetos científicos realizados no CAPSs;
- Viabilizar atividades de extensão científica na área da saúde;

- Promover estratégias para atualização e aprimoramento dos profissionais da área de saúde por meio da aplicação de recursos tecnológicos interativos;
- Promover e avaliar pesquisas e trabalhos científicos realizados na área de atuação da Unidade e desenvolver mecanismos para divulgar a produção técnico-científica;
- Articular, conjuntamente, com os profissionais da unidade, ações de treinamento e desenvolvimento profissional.

A equipe participará continuamente de eventos promovidos pelos seguimentos Federal, Estadual e Municipal e outros órgãos que promovam assuntos de discussão em saúde mental e dependência química.

A Santa Casa de Birigui estará realizando um cronograma de capacitação e treinamento para os profissionais conforme a necessidade dos profissionais e da gestão.

A Santa Casa de Birigui também estará realizando através da equipe do CAPS matriciamento junto às equipes da Atenção Básica e Unidade Pronto Atendimento para capacitações pontuais, fluxo de atendimento e protocolos referente à Saúde Mental.

Será garantido à participação dos funcionários em cursos seminários, congressos, jornadas. Como outros, **exemplos: treinamento para os profissionais que efetuarem a remoção de pacientes, tratamento com pacientes em surto, acolhimento e tratamento clínico.**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês



Educação Continuada/ Permanente		X		X		X		X		X		X
---------------------------------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

**Observação:** Os temas da educação permanente serão levantados conforme dificuldade dos profissionais conforme decorrer das atividades.

### 13. METAS QUANTITATIVAS

Estas estabelecem padrões de comportamento que possam ser medidos por meio de números. As metas quantitativas para a execução do explanado no Programa de Trabalho estão inseridas na planilha abaixo. A SANTA CASA DE BIRIGUI, digitará a produção no sistema de informatização como também no sistema da RAAS, Secretaria de Saúde ficará responsável pelo envio da produção no Sistema Informatização Ambulatorial- SIA, conforme bases estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

PROCEDIMENTOS ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	MÉDIA MENSAL
TOTAL PROCEDIMENTOS CAPS I	804
TOTAL PROCEDIMENTOS CAPS II	2873
TOTAL PROCEDIMENTOS CAPS AD	665
TOTAL PROCEDIMENTOS R. T	48 á 57 e ou Conforme pactuação
TOTAL	4399

Os procedimentos serão compostos por consulta psiquiátrica, psicológicas, sociais, de enfermagem, grupos terapêuticos de família, de acolhimento, oficinas terapêuticas, Assembléia de usuários(famílias), atividades comunitárias, visitas domiciliares.

Será enviado mensalmente os indicadores de produtividade para Secretaria Municipal de Saúde para contribuir na avaliação, planejamento da SSH.

### **13.1. GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO (TI)**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** possui equipe de TI que será responsável por implantar, manter ou adaptar o sistema de gestão ambulatorial já adotado pelo município ou um novo sistema a ser implementado para a melhor gestão.

Na visão da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** o sistema deverá conter os módulos abaixo relacionados, visando gerenciar e monitorar todas as informações cadastrais, estatísticas, operacionais e econômico-financeira da Unidades de Saúde gerida, quais sejam: Usuário; Controle de Prontuário; Imagem/Métodos Gráficos; Enfermagem; Faturamento SUS BPA – Boletim de Produção Ambulatorial; Farmácia; Almoxarifado; Materiais e suprimentos (Compras por Licitação, Recebimento Físico, Recebimento Fiscal, Controle de Estoques, Inventário); Tributos;

A Santa Casa de Birigui juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, fará um estudo sobre a adoção do “SIS – Sistema Integrado de Saúde”, a implantação de um novo sistema, ou ainda sobre a possibilidade e viabilidade de implementação de alguns dos módulos acima citados, pois, alguns requerem equipamento específico ou ainda a aquisição de um número maior de estações de trabalho do que as já existentes.

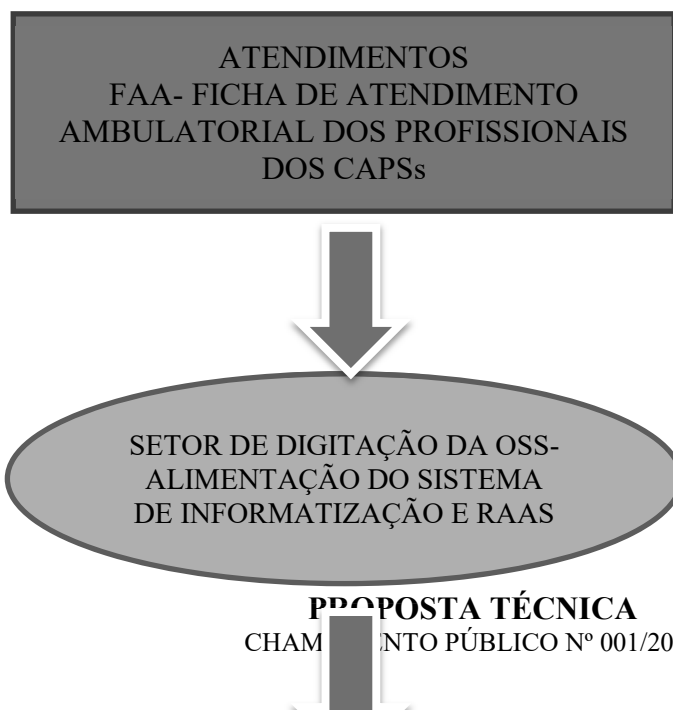
Além da utilização do sistema de informatização a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE BIRIGUI** será responsável pela digitação da produção dos atendimentos no RAAS- Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde. Será informado a Secretaria Municipal de Saúde o Cadastro de todos os profissionais, bem como a atualização para registrar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde – CNES, para que o município tenha uma qualidade na informação e o repasse do recurso federal.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE BIRIGUI** tem proposta conforme autorização do gestor municipal de implantação de infra – estrutura rede informática para que os profissionais possam realizar os atendimentos no sistema informatizado (prontuário eletrônico), como também o controle de estoque principalmente na farmácia para auxiliar no controle do uso dos medicamentos dos pacientes e instalação de câmeras de segurança nos locais estratégicos das unidades com possibilidade de acompanhar via web.

Para melhoria da estrutura a Santa Casa de Birigui tem a proposta de implantar uma rede informática, instalação de câmeras de segurança em recepção, almoxarifado, farmácia e nas demais ambientes necessários, onde será possível a visualização dos ambientes pela internet.

## 13.2. FLUXOGRAMA DA DIGITAÇÃO DA PRODUÇÃO PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE



## 14. METAS QUALITATIVAS

Estão relacionadas à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade saúde gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade.

### **DIRETRIZES DO PROGRAMA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - Ampliação, reorganização e manutenção da Rede de Atenção Psicossocial.**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE BIRIGUI** se compromete a realizar as ações e atividades conforme a meta dos indicadores referente aos atendimentos ambulatoriais descritos no objeto (conforme planilha abaixo), também comprometemos a participar da construção do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e no Relatório Anual de Gestão para traçar os indicadores, objetivos, diretrizes, metas e ações relacionados à Saúde Mental, bem como as justificativas do alcance das metas no Relatório Anual de Gestão para preenchimento do SARGSUS.

Iremos participar da pactuação do SISPACTO, como enviar os dados estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde para Prestação de Contas quadrimestralmente.

AÇÃO/OBJETIVO	ATIVIDADES	INDICADOR	META
<b>Garantia da retaguarda dos leitos psiquiátricos em Hospitais Regionais.</b>	Articulação com outros Municípios e Estados	Criação de leitos de retaguarda.	<b>100% dos usuários da Saúde mental</b>

<p><b>Melhoria e ampliação da REDE de ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b></p>	<p>Implementação das ações de transporte dos usuários da Saúde Mental</p>	<p>Treinamento para os profissionais que efetuaram a remoção. Aquisição e adaptação do meio de transporte. Melhoria na qualidade e otimização do cuidar.</p>	<p><b>100% dos profissionais da saúde</b></p>
<p><b>Melhoria e ampliação da REDE de ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b></p>	<p>Educação Permanente - Ampliar e fortalecer ações de Saúde Mental na rede de Atenção Básica</p>	<p>Treinamento para profissionais da Rede de Saúde Municipal</p>	<p><b>Ampliar o atendimento em 100%</b></p>
<p><b>Melhoria e ampliação da REDE de ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b></p>	<p>Ampliar em articulação com a rede de saúde o Projeto de Redução de Danos.</p>	<p>Implementação do Projeto de Redução de Danos, envolvendo os Programas da Atenção especializada, da atenção básica, DST/AIDS/Hepatites Virais/Tuberculoses/ PACS e PSF. Capacitação dos profissionais envolvidos. Distribuição de insumos.</p>	<p><b>Alimentar em 100% o sistema, com dados coletados a partir de registros das atividades dos CAPS e Ambulatório</b></p>
<p><b>Melhoria e ampliação da REDE de ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b></p>	<p>Implantar Programa de Informática</p>	<p>Implantar sistema de captação de dados e geração de informação sobre o trabalho desenvolvido no Programa de Saúde mental .</p>	<p><b>Diminuir em 50% os casos de suicídio (Ideação-Tentativa).</b></p>
<p><b>Melhoria e ampliação da REDE de ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b></p>	<p>Capacitar à equipe da Saúde Mental</p>	<p>Implantar a participação no Programa de Atenção a Violência com ações de prevenção, detecção e atenção aos casos de Suicídio. (Ideação e tentativa).</p>	<p><b>Atender 100% dos casos</b></p>

<p><b>Melhoria e ampliação da REDE de ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b></p>	<p>Pactuar estruturação de equipamentos que forneçam suporte social, abrigo e proteção de usuários em situação de risco</p>	<p>Organizar fluxo (protocolo) e capacitar equipe de apoio</p>	<p><b>100% dos usuários e familiares da Saúde Mental</b></p>
--	---	--	--

### 15.1 INDICADORES DE SAÚDE RELACIONADOS AO SISPACTO

Considerando os aspectos relativos ao fortalecimento do planejamento do SUS, o rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores foi pactuado de acordo com as diretrizes nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo resguardada a possibilidade dos demais entes federados incluir outros indicadores, observadas as especificidades locais e as diretrizes aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Desta forma a **Santa Casa de Birigui** em parceria com município irá desempenhar para que os indicadores e meta referente à Atenção Psicossocial do **SISPACTO** conforme **Resolução** vigente.

<p><b>Diretriz</b></p>	<p><b>Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas</b></p>		
<p><b>Objetivo</b></p>	<p><b>Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais</b></p>		
<p><b>Indicador</b></p>	<p><b>Meta</b></p>	<p><b>RESULTADO</b></p>	<p><b>UNIDADE</b></p>
<p>COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) (S. Mental)</p>	<p>2,52</p>		<p>/100.000</p>

Será enviado mensalmente os indicadores de qualidade para Secretaria Municipal de Saúde para contribuir na avaliação, planejamento da SSH.

O referido relatório serão entregues em 3 etapas: Relatório Mensal, Relatório Semestral e Relatório Anual. Os relatórios serão entregues no 15º dia útil de cada mês subsequente, respeitando as 3 etapas de elaboração dos mesmos. Os registros serão mantidos atualizados de todos os atendimentos, e será disponibilizados mediante auditoria do SUS.

## **15. COMISSÕES A SEREM IMPLANTADAS**

As Comissões Técnicas que a **SANTA CASA DE BIRIGUI** implantará nos **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** ( CAPS II, CAPS AD, CAPS i) são:

- Comissão de Revisão de Prontuários
- Comissão de Ética Médica - (não se aplica quando não atender a resolução do conselho federal de Medicina)
- Comissão de Ética de Enfermagem
- Comissão Saúde Mental

As comissões têm a responsabilidade de gerenciar processos específicos relacionados ao atendimento em saúde. Com relação a essas comissões, a **SANTA CASA DE BIRIGUI** neste Plano de trabalho propõe:

Dispender ações na manutenção de todas as comissões assessoras e núcleos obrigatórios já existentes;

Na inexistência de qualquer comissão, instituí-la oferecendo subsídios necessários para sua implantação;

Padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da comissão, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecendo a comissão junto à administração e ao corpo clínico.

As comissões a serem criadas/mantidas para a **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS**

abaixo serão descritas e pormenorizadas. Estas comissões obedecerão a um cronograma de reuniões que poderá eventualmente ser alterado de acordo com as necessidades apresentadas.

### **15.1. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS**

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) é coligada ao Atendimento, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos.

A Comissão de Revisão de Prontuários faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui não só para assegurar a correta assistência ao paciente, mas também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente.

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento. É o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Sendo assim, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

A **SANTA CASA DE BIRIGUI** pretende garantir o funcionamento conforme a resolução **CFM N. 1638/2002**, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto



de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

**A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:**

Presidente (Médico)

Vice Presidente (Médico)

Secretário (Enfermeiro)

Suplente (Enfermeiro)

Suplente (Enfermeiro)

Suplente (Enfermeiro)

A **SANTA CASA DE BIRIGUI** propõe-se garantir o andamento da Comissão de Revisão de Prontuários objetivando: revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

## **Objetivos**

Objetivos serão viabilizados através de atividades como:

Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários;

Análise e revisão do preenchimento e ordenamento das FAAs (Fichas de Atendimentos) e impressos que compõe o prontuário, como relatórios de alta e óbito, evoluções médicas e de enfermagem, prescrições médicas;, diagnóstico e a terapêutica utilizada, e a identificação de novos procedimentos realizados no paciente;

A comissão de Revisão de Prontuários possui um papel fundamental, pois é a responsável pela organização e conservação dos prontuários. Esta ação traz inúmeros benefícios. Seguem alguns

deles:

Facilita o manuseio;

Integridade dos documentos;

Legibilidade nas informações;

Colabora na pesquisa científica, a busca de informações sobre a terapêutica do paciente;

Facilita o processo de faturamento para os faturistas;

Padroniza a metodologia institucional do pronto atendimento;

Favorece o conhecimento de todos os impressos que devem conter no prontuário e identifica a ausência deles;

Colabora no seguimento da terapêutica que os profissionais utilizam a cada dia, ou seja, a organização do prontuário, segmentando-o naquilo que foi destinado ao paciente, como o diagnóstico médico, evolução, prescrição médica e de enfermagem;

Contribui para a permanência e continuidade do prontuário completo até o fim do atendimento.

### **Frequência das Reuniões**

As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;

Elaborar agenda e atividade para as Comissões no período do seu mandato;

Elaborar ata das reuniões;

Cumprir as decisões tomadas nas reuniões;

Convocar reuniões extraordinárias;

### **Cronograma de Reuniões**

Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação	X	X										

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implantação												
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

#### **Compete à Diretoria da Comissão**

As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá ser convocada pelo Presidente da Comissão com antecedência de 10 (dez) dias.

A Presidência deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.

As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.

As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.

As reuniões da comissão 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, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

## 15.2. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A **SANTA CASA DE BIRIGUI** pautará de acordo com a **RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016**), que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. A criação da Comissão de Ética Médica para o **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPSS**. Ética é constituída por princípios da conduta humana que definem diretrizes no exercício de uma profissão, estipulando os deveres no desempenho de uma atividade profissional.

As profissões estão sujeitas à formação controlada pelo Estado, exigindo-se que atuem submetidos a algum controle moral, geralmente baseado em um código de ética profissional e um mecanismo de fiscalização. Os códigos de ética contêm normas e regras de conduta, referindo-se a direitos e deveres, ou seja, o que os profissionais são obrigados a fazer ou as proibições que devem respeitar. O que é vedado ao médico corresponde ao que é direito do paciente. A sua observância é fundamental não só para evitar uma demanda judicial, mas também para situar o seu dever na sociedade contemporânea, já que a convivência cada vez mais complexa precisa ser disciplinada.

Os Conselhos Regionais de Medicina foram criados na década de 50, tendo como função primordial, fiscalizar o exercício da profissão médica.

Os Conselhos Regionais de Medicina, visando um apoio às suas atividades por estarem sobrecarregados com o aumento de profissionais novo no mercado de trabalho, criaram nas Instituições Hospitalares, as Comissões de Ética Médica, como sua extensão.

As Comissões seriam constituídas por profissionais pertencentes ao quadro da instituição, estariam intimamente familiarizados como os problemas que surgissem, igualmente, participariam preventivamente na promoção de melhorias dentro destas Instituições.

Acrescentamos ainda, que a Comissão de Ética Médica, não se limitaria apenas aos problemas éticos verificados ou suspeitos ocorridos na instituição. Ela propiciaria concomitante, com sua atuação, abertura às discussões, não apenas voltadas para os fatos ocorridos, mas sim, em uma

atitude preventiva, detectando as áreas de maior risco dentro do contexto institucional.

Entende-se inerente às funções das Comissões de Ética, as formas educativas, opinativas e fiscalizadoras. No que se refere à função educadora, esta complementa a divulgação e discussão dos princípios éticos que norteiam o exercício da profissão que são desenvolvidos no ensino da Ética no Curso de Graduação em Medicina. Na forma opinativa, traz orientações sobre os questionamentos específicos de determinadas situações, e na forma fiscalizadora, apura as denúncias contra o profissional, através do devido processo legal e, quando é detectada a infração encaminha a apuração ao Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo, que decidirá a penalidade aplicável de acordo com a gravidade de cada caso.

**A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:**

Presidente (Médico)

Secretário (Médico)

Membro Efetivo (Médico)

1º Suplente (Médico)

2º Suplente (Médico)

3º Suplente (Médico)

Embora a **RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016** instrui que instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, a **SANTA CASA DE BIRIGUI** vai introduzir conforme as normas.

As Comissões seriam constituídas por profissionais pertencentes ao quadro da instituição, estariam intimamente familiarizados como os problemas que surgissem, igualmente, participariam preventivamente na promoção de melhorias dentro destas Instituições.

Acrescentamos ainda, que a Comissão de Ética Médica, não se limitaria apenas aos problemas éticos verificados ou suspeitos ocorridos na instituição. Ela propiciaria concomitante, com sua atuação, abertura às discussões, não apenas voltadas para os fatos ocorridos, mas sim, em uma

atitude preventiva, detectando as áreas de maior risco dentro do contexto institucional.

Entende-se inerente às funções das Comissões de Ética, as formas educativas, opinativas e fiscalizadoras. No que se refere à função educadora, esta complementa a divulgação e discussão dos princípios éticos que norteiam o exercício da profissão que são desenvolvidos no ensino da Ética no Curso de Graduação em Medicina. Na forma opinativa, traz orientações sobre os questionamentos específicos de determinadas situações, e na forma fiscalizadora, apura as denúncias contra o profissional, através do devido processo legal e, quando é detectada a infração encaminha a apuração ao Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo, que decidirá a penalidade aplicável de acordo com a gravidade de cada caso.

Supervisionar, orientar e fiscalizar, dentro do Hospital, 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;

Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;

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

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

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

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

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

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

Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;

Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham no Hospital;

Fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

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

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

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

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

Orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

### **Frequência das Reuniões**

As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;

Elaborar agenda e atividade para as Comissões no período do seu mandato;

Elaborar ata das reuniões;

Cumprir as decisões tomadas nas reuniões;

Convocar reuniões extraordinárias;

### **Cronograma de Reuniões**

Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação	X	X										
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Compete à Diretoria da Comissão**

As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá ser convocada pelos Médicos Diretores com antecedência de 10 (dez) dias.

O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.

As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.

As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.

As reuniões da comissão 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, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.



### 15.3. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

As Comissões de Éticas de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

Nesse programa de trabalho, a C.E.E atuará de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação abrangerá a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

**A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:**

Presidente (Enfermeiro)

Secretário (Enfermeiro)

1º Suplente (Enfermeiro)

2º Suplente (Enfermeiro)

3º Suplente (Tec. De Enfermagem)

A missão deste grupo é garantir a conduta ética dos profissionais de enfermagem da organização, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal ou auditoria. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem e colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, orientar e divulgar temas relativos à ética dos profissionais da área.

Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;

Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de enfermagem;

Ter a capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou segurar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;

Promover a integração dos Serviços de Enfermagem a nível multi-inter e transdisciplinar;

Desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia de trabalho, baseada em conhecimentos e práticas, e considerando limites e riscos;

Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais da saúde;

Agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;

Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de Enfermagem e da Instituição;

Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente;

Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;

Primar pela assistência centrada ao usuário;

Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;

Adaptar se as mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;

Compreender a Instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem;

Participar de reuniões sistemáticas com Responsável Técnico de cada Unidade da Instituição;

Planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, táticos e operacionais da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe.

### **Cronograma de Reuniões**

Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação	X	X										
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

#### **Compete à Diretoria da Comissão**

As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá ser convocada pelo Presidente com antecedência de 10 (dez) dias.

A Presidência deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.

As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.

As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.

As reuniões da comissão 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, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

#### **15.4. COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL**

##### **COMPETENCIAS:**

A Comissão de Saúde Mental é de caráter consultivo, destinada a discutir e propor as políticas de Saúde Mental.

Discutir, analisar e propor políticas de saúde mental no município, acompanhando seu processo de implantação e sua execução;

Elaborar pareceres sobre as propostas de políticas municipais relacionadas à saúde mental, inclusive nos aspectos econômico-financeiros e de metas, bem como sobre a operacionalização de ações e programas dessa temática;

Acompanhar as ações fiscalizadoras, em conjunto ou não, com entes que atuam na esfera de fiscalização dos órgãos públicos e naqueles conveniados ou contratados com o SUS, nos termos da legislação vigente;

Acompanhar a Comissão de Fiscalização na área de atuação relacionada à saúde mental;

Estimular, direta ou indiretamente, junto aos setores de controle social, movimentos sociais organizados, visando contribuir com a discussão da saúde mental;

Outras competências definidas e asseguradas em atos complementares pelo Ministério da Saúde, Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, no que se referirem à operacionalidade e gestão das ações vinculadas às políticas para a saúde mental.

**A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:**

Presidente (Médico Psiquiatra)

Secretário (Enfermeiro)

1º Suplente (Assistente Social)

2º Suplente (Psicólogo)

3º Suplente (Terapeuta Ocupacional)

### **Cronograma de Reuniões**

Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação	X	X										
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### Compete à Diretoria da Comissão

As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá ser convocada pelo Presidente com antecedência de 10 (dez) dias.

A Presidência deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.

As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.

As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.

As reuniões da comissão 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, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

## **16.PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS**

Consta no anexo I

## **17.OUTRAS INICIATIVAS E PROGRAMAS DE QUALIDADE**

### **17.1. ATENDIMENTO HUMANIZADO E COM QUALIDADE**

Com a finalidade de priorizar um atendimento humanizado e com qualidade, pautado na eficiência e eficácia de sua execução, a Santa Casa de Birigui promoverá treinamentos e instruções com os colaboradores para padronizar a interação com o usuário dos serviços e seus acompanhantes.

A equipe será orientada a:

- Explicar com clareza aos pacientes sobre assuntos pertinentes ao seu estado clínico;
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- Garantir a confiabilidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosamente e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, de acordo com a Lei Federal nº 9.982, de 14 de Julho de 2000;
- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.

**Serviços de Auditoria e Gestão da Qualidade**

A organização na área de saúde é considerada um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligada, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, neste processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente.

A Santa Casa de Birigui contemplará ações de Serviços de Auditoria e Gestão de Qualidade na área de Saúde, que atuará no CAPS II, CAPS AD e CAPS i.

As organizações têm como missão principal, prestar o melhor atendimento possível a todos os seus pacientes. Exatamente por isso, toda unidade de saúde precisa buscar permanentemente a melhoria da qualidade da sua gestão e assistência. A integração entre as áreas é um caminho a seguir, além do uso das ferramentas corretas e análise de indicadores precisos.

Uma das formas de atingir parâmetros de excelência no atendimento à área de saúde é através da auditoria que se dedicam a regulamentar e avaliar o funcionamento das unidades.

A gestão da qualidade de uma instituição de saúde é uma tarefa complexa, pois é necessário organizar todos os processos de forma interligada. Afinal, todos os setores interferem de alguma maneira nos demais. Por isso, é preciso avaliar o todo, e não somente as áreas de forma isolada.

O foco na segurança traz a capacidade de organização de se antecipar às situações indesejadas. Realizando a identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associadas à assistência em saúde.

O Serviços de Auditoria e Gestão da Qualidade realizará auditoria nos setores administrativos, analisando documentos pertinentes aos contratos firmados com a OS, do departamento de pessoal, da controladoria, do departamento de compras e também os operacionais, que são aqueles utilizados no local onde o projeto é executado, devendo ainda, executar análise dos ambientes de trabalho através de laudos fotográficos, verificando as inconformidades e o fiel cumprimento das funções exercidas pelos colaboradores da OS.

A Auditoria executará testes de auditoria definida, colhendo e analisando evidências disponibilizadas abrangendo regras, rotinas, regulamentos e dispositivos legais pertinentes, produzindo parecer que deverá ser enviado a OS.

## **PLANO DE AUDITORIA E GESTÃO DE QUALIDADE**

Este Plano de Auditoria e Gestão de Qualidade pretende resumir os trabalhos realizados, referente ao primeiro ano. Este plano foi dividido em cinco grupos:

- Levantamento Situacional;
- Análise e verificação de documentos para investigação da qualidade dos dados introduzidos;
- Processos e respectivos fluxos da informação;
- Coleta de registro de evidências;
- Coleta de dados por entrevista;
- Coleta de dados por meio de amostragem;
- Infraestrutura de suporte;

Estes grupos serão reunidos com documentos comprobatórios (fotos e cópias de documentos) com o objetivo de desenvolver internamente um processo completo para avaliar sistematicamente a gestão administrativa e operacional da organização, visando medir a eficácia do cumprimento das missões estabelecidas internamente, pelo contrato de gestão com o ente público e a segurança e qualidade de todos os processos.

Através desta avaliação serão feitas a OS sugestões de processos e fluxos de melhorias, tendo em vista que, os itens que não estiverem em conformidade serão reavaliados na próxima visita para que se haja um acompanhamento e controle das ações propostas sobre os mesmo.



## CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES												
Atividades	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Reunião de Abertura												
Levantamento Situacional												
Análise Contrato OS X Rede de Atenção Psicossocial												
Coleta de registro de evidências												
Coleta de dados por entrevista												
Coleta de dados por meio de amostragem												
Avaliação Geral												
Reunião de Conclusão												
Plano de Ação												

## 18. REGIMENTO INTERNO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Consta no anexo II

## 19. INSTRUMENTO DE PESQUISA E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Entendendo o cliente como a razão de ser de suas atividades, a Irmandade Santa Casa de Birigui implantará nos Centros de Atenção Psicossocial um serviço específico para atendimento ao usuário. A avaliação da satisfação ao usuário será um instrumento de participação dos pacientes e /ou acompanhantes por meio de reclamações, denúncias, sugestões e elogios, com objetivo de aprimorar as ações e os atendimentos de saúde, bem como auxiliar na elaboração de um diagnóstico, contendo a real situação da saúde no território.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** colocará nos CAPSs uma caixa de sugestões na recepção com questionário de avaliação dos serviços, mensalmente será formatado e encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde relatórios gerenciais com as informações. Juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde estaremos providenciando os retornos das demandas aos usuários do SUS.

A seguir iremos apresentar uma Proposta de Entrevista para mensuração da satisfação dos pacientes e acompanhantes, onde cada pergunta servirá como indicador de mensuração.

### **Proposta de modelo de instrumento de avaliação de Satisfação do Usuário:**

## ENTREVISTA COM O USUÁRIO

### FOCO-ATENÇÃO BÁSICA

#### 1-IDENTIFICAÇÃO DA LOCALIDADE

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### 2-QUESTIONÁRIO

**A) Você utiliza o CAPSs com frequência?**

Sim ( ) Não ( )

**B) Você acha que existe dificuldade em marcar atendimentos com os profissionais?**

Sim ( ) Não ( )

Quais \_\_\_\_\_

**C) A última vez que você precisou de um atendimento, em quanto tempo foi atendido?**

No mesmo dia ( ) No dia seguinte ( )

Na mesma semana ( ) Na outra semana ( )

Outros citar \_\_\_\_\_

**D) O seu problema de saúde foi resolvido?**

Sim ( ) Não ( )

**E) Caso negativo foi encaminhado para outra unidade?**

Sim ( ) Não ( )

**F) Você acha que existe dificuldade em marcar atendimento com o médico?**

Sim ( ) Não ( )

**G) A última vez que você precisou de um atendimento com o médico, em quanto tempo foi atendido?**

No mesmo dia ( ) No dia seguinte ( )

Na mesma semana ( ) Na outra semana ( )

**H) Você recebe medicamentos da unidade de saúde quando precisa:**

Sim ( ) Não ( )

Em caso negativo, Por quê: \_\_\_\_\_

**I) Você está satisfeito com o atendimento que recebe?**

Sim ( ) Não ( )

Em caso negativo, o que você sugere para melhorar o atendimento no seu município

\_\_\_\_\_

## **20. DIMENSIONAMENTO PESSOAL / RECURSOS HUMANOS**

### **Caracterização dos Recursos Humanos – Saúde Mental**

Algumas características são essenciais para o profissional de saúde. A Equipe de Recrutamento e Seleção da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** buscará por um perfil muito específico de pessoas.

O profissional deverá demonstrar ser persistente, pois é uma área que exige muita dedicação e estudo. As características diferenciais de um bom profissional da área são trabalho em equipe, visão crítica e atenção com o paciente.

O perfil psicológico para os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde é de pessoas que contem com capacidade de empatia com o paciente e equilíbrio emocional para enfrentar situações muito comoventes, além da capacidade de suportar um ambiente de trabalho de constante pressão.

Os profissionais terão sua avaliação do desempenho de cada profissional, registradas por meio de questionário, que será aplicado semestralmente. Caso o município tenha controle ponto, os profissionais contratados irão utilizar a mesma ferramenta, caso contrário o mesmo será implantado para controle de frequência.

### **RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS**

- Atenção e cuidado com o paciente
- Trabalho em equipe
- Iniciativa
- Visão Crítica
- Persistência e compromisso
- Dedicação ao estudo e constante do profissional
- Compromisso com a instituição
- Rapidez na tomada de decisões

## Dimensionamento dos Recursos Humanos

Abaixo estão enumerados as categorias profissionais que integrarão a equipe para atuação nos Centros de Atenção Psicossocial e nas Residências Terapêuticas do Município de Ribeirão Pires a ser gerida pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, constando a quantidade de funcionários para cada categoria profissional e ainda a Carga Horária e os Plantões a serem realizados.

### Profissionais a serem contratados

Segue quadro abaixo com dimensionamento para realizar as atividades previstas neste Plano de Trabalho, segue em anexo a planilha financeira com os respectivos encargos, ressaltando que os funcionários serão devidamente identificados por crachás e uniformes

PROFISSIONAL/ CATEGORIA	QUADRO DE EQUIPE ADMINISTRATIVO/ DE MEIO			
	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE DIARISTA	QUANTIDADE PLANTONISTA DIURNO	QUANTIDADE PLANTONISTA NOTURNO
Auxiliar Administrativo	40hs	3	0	0
Assistente de Manutenção	40hs	1	0	0
Auxiliar de Serviços Gerais	40hs	4	0	0
Motorista	40hs	1	0	0
Recepcionista	40hs	3	0	0
Agente Financeiro	40hs	1	0	0

PROFISSIONAL/ CATEGORIA	QUADRO DE EQUIPE TÉCNICA/ DE FINDAS			
	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QTDE DIARISTA	QUANTIDADE PLANTONISTA DIURNO	QUANTIDADE PLANTONISTA NOTURNO
Assistente Social	30hs	2	0	0
Técnico de Farmácia	40hs	1	0	0
Coordenador de Enfermagem	40hs	1	0	0
Farmacêutico	40hs	1	0	0
Cuidadora	40hs	0	20	6
Enfermeiro	40hs	2	0	0
Nutricionista	40hs	1	0	0
Psicólogo	40hs	3	0	0
Profissional de Educação Física	40hs	1	0	0
Técnico de Enfermagem	40hs	13	0	0
Oficineiro	40hs	2	0	0
Terapeuta Ocupacional	30hs	3	0	0
Médico Clínico	20hs	1	0	0
Médico Psiquiatra	20hs	3	0	0
Coordenador Técnico	40hs	1	0	0
Coordenador de Unidade	40hs	1	0	0

**Observação:** A Santa Casa de Birigui aceitará trabalho voluntário e estagiários sem remuneração.

A planilha com o dimensionamento do pessoal é de acordo para realização das metas previstas neste Plano de Trabalho, caso seja identificado à necessidade de ampliação/ incremento do quadro pessoal, a Santa Casa de Birigui estará comunicando a Secretaria Municipal de Saúde.

## 21. RELAÇÃO DE SERVIÇOS A SEREM EXECUTADOS POR PRESTADORES E SERVIÇOS

1	Serviços para exames de análises clínicas
2	Serviços para combustível
3	Serviços de Nutrição e Dieta
4	Serviços de Educação Permanente
5	Serviços de Consumo Administrativo, de enfermagem e medicamentos
6	Serviços de Informática e equipamentos
7	Serviços Médicos
8	Outros serviços que a OS terá necessidade para garantir o serviço descritos neste Plano de Trabalho

## 22. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO / CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

DESCRIÇÃO DE ETAPAS	MESES												
	0	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Sessão pública para entrega dos envelopes	X												
Recebimento da ordem de início		X											
Captação e seleção de profissionais		X	X										
Procedimentos de Contratação de Pessoal		X	X										
Treinamento da Equipe (geral e específico das atividades)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejamento das Ações Estratégicas		X	X										

DESCRIÇÃO DE ETAPAS	MESES												
	0	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Constituição das Comissões				X									
Elaboração de manuais, planos de trabalho, normas, regras e procedimentos		X											
Apresentação e Treinamento para uso dos itens acima			X										
Acompanhamento das Ações Propostas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Execução das Ações de Saúde			X										
Relatório de mensal de atividades desenvolvidas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de pesquisa de satisfação				X				X				X	
Implementação do sistema de avaliação de satisfação				X									
Acompanhamento da Comissão de Avaliação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento da Auditoria Interna			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento das ações desenvolvidas								X					
Realização da SIPAT			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório Consolidado das atividades desenvolvidas												X	
Divulgação dos resultados de Pesquisas de Satisfação						X				X			X
Divulgação do relatório Conclusivo													X

### 23. ORGANIZAÇÃO ATIVIDADE DE APOIO / FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

Uma importante estratégia da atenção em saúde mental é a articulação de uma rede de apoio comunitário em conjunto com os serviços de saúde.

Nos CAPSs os usuários necessitam de encaminhamento via referência/contra referência para iniciarem o tratamento, pois existem diversos transtornos mentais que necessitam apenas de uma escuta mais cuidadosa que pode ser feita na Unidade Básica de Saúde (os profissionais dos CAPSs irão realizar esse matriciamento com os profissionais da rede), não havendo a necessidade de inserção em tratamento nos Centros de Apoio Psicossocial – CAPSs será mantido o tratamento na Unidade Básica de Saúde.

**EMERGÊNCIA:** Em casos de emergências, a indicação é não procurar o CAPS. O local mais adequado para essas situações é a Unidade de Pronto Atendimento - UPA. A UPA do município quando necessário acionará a central de vagas para internação deste paciente e imediatamente comunica os CAPS.

Após a internação a equipe profissional dos CAPSs inicia o processo de visita domiciliar (o CAPS aciona a unidade básica responsável pelo paciente e através dos agentes comunitários cria-se um vínculo de acompanhamento a fim de evitar uma possível recaída e futura re-internação), e o paciente retorna ou inicia o tratamento no Centro de Atenção Psicossocial.

### **23.1. RETAGUARDA À INTERNAÇÃO**

Das 08h às 17h haverá atenção à demanda, todas as situações de emergência deverão ser atendidas de imediato pela equipe dos CAPSs. Os casos de emergência devem atender os sinais de alerta, pois, sinalizam os casos que apresentam maior gravidade dentro do pressuposto de que a ausência do atendimento possa acarretar o agravamento do quadro clínico e psíquico que demande hospital dia.

Quando as condições clínicas revelarem necessidade de atenção médica hospitalar emergencial se necessária internação em unidade hospitalar devido às condições físicas, o usuário será

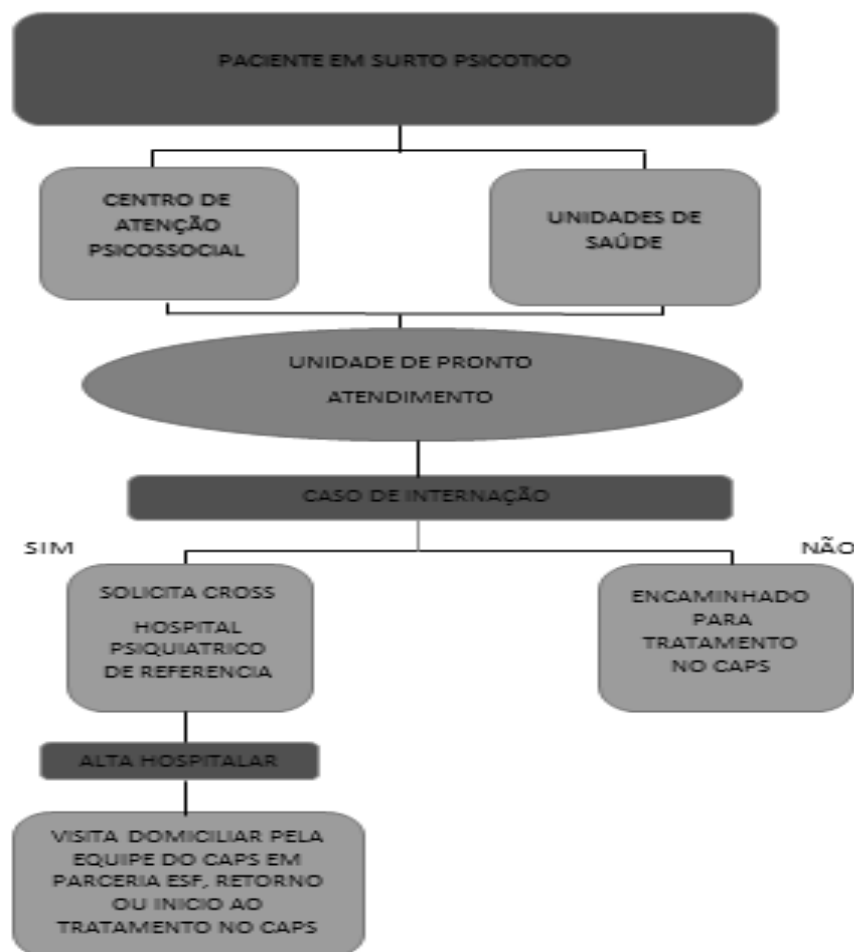


encaminhado para Unidade de Pronto Atendimento e/ou quando as condições psíquicas sobrepõem às físicas será encaminhado para unidade hospitalar psiquiátrica.

As situações que não se caracterizam como emergências serão avaliadas pela equipe, que poderá atendê-lo e agendar uma consulta ou encaminhá-lo para outro ponto de atenção, dependendo da necessidade e disponibilidade do serviço.

Abaixo propomos alguns fluxos, que serão avaliados após dentro das rotinas de cada unidade e suas referências .

### 23.2. FLUXO DE PACIENTES EM SURTO PSICÓTICO





## **23.4. REFERÊNCIAS PARA OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Quando o profissional médico tiver a necessidade de encaminhar algum paciente das Residências Terapêuticas ou dos CAPSs para outras especialidades médicas, será realizado o preenchimento da referência e contra- referência e encaminharemos para o Setor de Agendamento da Secretaria Municipal de Saúde para agendamento.

## **24. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO SERVIÇO PRESTADO**

Monitoramento e avaliação utilizando Indicadores Verificáveis estão relacionadas à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade saúde gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade.

Será feita a avaliação das metas quantitativas e qualitativa pactuadas no Contrato de Gestão, também será avaliada a satisfação do usuário e dos colaboradores. Serão monitoradas as ações e determinações das comissões existentes. Para o acompanhamento e monitoramento do Plano de Trabalho, utilizaremos os seguintes indicadores:

- ✓ Pesquisa de satisfação;
- ✓ Relação usuário/profissional de saúde.
- ✓ Alcance de metas x realizada;
- ✓ Indicadores do SISPACTO relacionado à Saúde Mental e conforme pactuação do gestor municipal

## **25. PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Partindo do princípio de que as entidades que compõem o terceiro setor não possuem natureza nem pública nem privada e que necessitam, muitas vezes, de recursos tanto estatais quanto privados para desenvolverem suas atividades, a prestação de contas acerca da utilização de tais

recursos se faz importante para a continuidade do recebimento de recursos e, conseqüentemente, do funcionamento das entidades.

## **25.1. RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A função do relatório de Prestação de Contas, além de dar ciência às instâncias controladoras, é prover, tanto o Município quanto a Organização Social, de informações acerca do grau de atingimento de metas pactuadas, conforme os indicadores definidos.

**Serão Parciais**, mensalmente que será disponibilizado até 10º dia útil de cada mês subsequente; **Anuais** (relatórios consolidados) e serão apresentados de forma concisa e compreensível ao Município.

As informações contidas no relatório irão ater-se a questões cruciais, como, por exemplo, dados relativos às atividades desenvolvidas pela entidade, ao público atendido, à movimentação financeira e bancária da instituição, à quantidade de colaboradores remunerados e voluntários que atuam na entidade, aos convênios celebrados pela organização e às auditorias independentes (caso houverem), guias de recolhimento de INSS e FGTS dos valores relativos aos funcionários contratados com regime CLT

## **26. TERMOS ADITIVOS**

O termo aditivo é um instrumento utilizado para formalizar a alteração de alguma cláusula do contrato entre a administração pública e o contratado, e tem sua Fundamentação Legal na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Caso haja necessidade de recursos para equipamentos, materiais permanentes, mobiliários, adequações estruturais e congêneres, não previstos na execução das atividades pactuadas no CONTRATO DE GESTÃO, estes serão objeto de Termos Aditivos específicos.

## 27. PROPOSTA FINANCEIRA

REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUADRO DE EQUIPE			SALÁRIO PROPOSTO	ENCARGOS	TOTAL
		QTDE DIARISTA	QUANTIDADE PLANTONISTA DIURNO	QUANTIDADE PLANTONISTA NOTURNO			
Auxiliar Administrativo	40 hs	3	0	0	R\$ 1.445,00	R\$ 1.707,96	R\$ 9.458,88
Assistente de Manutenção	40 hs	1	0	0	R\$ 1.571,00	R\$ 1.780,38	R\$ 3.351,38
Assistente Social	30 hs	2	0	0	R\$ 2.800,00	R\$ 2.486,81	R\$ 10.573,62
Técnico de Farmácia	40 hs	1	0	0	R\$ 1.240,00	R\$ 1.590,12	R\$ 2.830,12
Auxiliar de Serviços Gerais	40 hs	4	0	0	R\$ 1.094,50	R\$ 1.506,49	R\$ 10.403,96
Coordenador de Enfermagem	40 hs	1	0	0	R\$ 3.800,00	R\$ 3.061,61	R\$ 6.861,61
Farmacêutico	40 hs	1	0	0	R\$ 3.467,00	R\$ 2.870,20	R\$ 6.337,20
Cuidadora	40 hs	0	20	6	R\$ 1.094,50	R\$ 1.607,52	R\$ 70.252,52
Enfermeiro	40 hs	2	0	0	R\$ 3.264,00	R\$ 2.753,52	R\$ 12.035,04
Motorista	40 hs	1	0	0	R\$ 1.650,00	R\$ 1.825,79	R\$ 3.475,79
Nutricionista	40 hs	1	0	0	R\$ 2.800,00	R\$ 2.486,81	R\$ 5.286,81
Psicólogo	40 hs	3	0	0	R\$ 3.000,00	R\$ 2.601,77	R\$ 16.805,31
Profissional de Educação Física	40 hs	1	0	0	R\$ 1.900,00	R\$ 1.969,49	R\$ 3.869,49
Recepcionista	40 hs	3	0	0	R\$ 1.500,00	R\$ 1.739,57	R\$ 9.718,71
Tecnico em Enfermagem	40 hs	13	0	0	R\$ 1.920,00	R\$ 1.980,99	R\$ 50.712,87
Oficineiro	40 hs	3	0	0	R\$ 1.200,00	R\$ 1.567,13	R\$ 8.301,39
Terapeuta Ocupacional	30 hs	3	0	0	R\$ 3.000,00	R\$ 2.601,77	R\$ 16.805,31
Médico Clínico	20 hs	1	0	0	R\$ 7.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 8.000,00
Médico Psiquiatra	20 hs	3	0	0	R\$ 7.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 24.000,00
Agente Financeiro	40 hs	1	0	0	R\$ 6.000,00	R\$ 4.326,17	R\$ 10.326,17
Coordenador Técnico	40 hs	1	0	0	R\$ 6.000,00	R\$ 4.326,17	R\$ 10.326,17
Coordenador de Unidade	40 hs	1	0	0	R\$ 6.000,00	R\$ 4.326,17	R\$ 10.326,17
							R\$ 310.058,52

ELEMENTO DA DESPESA	Custo Mensal em Reais
RECURSOS HUMANOS	R\$ 310.058,52
SERVIÇOS (laboratório, veículo para transporte de alimentos, serviço de nutrição e dieta, educação permanente, materias de consumo administrativo, materiais médicos e medicamentos e câmeras de monitoramento e plantões médicos).	R\$ 49.800,00
ENCARGOS TRIBUTÁRIOS E FISCAIS	R\$ 500,00
DEMAIS DESPESA ELENCADAS NO CONTRATO	R\$ 37.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 397.358,52</b>

Esta proposta tem validade de 120 (cento e vinte) dias.

O valor da proposta financeira mensal é de R\$ 397.358,52 (Trezentos e noventa e sete mil e trezentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e dois centavos).

**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**CNPJ: 45.383.106/0001-50**

**CLAÚDIO CASTELÃO LOPES - RG 7.829.487-3 SSP/SP**

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

CAMARGO, A. C. S. P. **A vivência do caos: uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental**, 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) – Campinas: PUC, 2004.

DECRETO Nº 7508, de 28 de Junho de 2011.

LEI nº 10216, de 06 de abril de 2001.

PORTARIA Nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

PORTARIA GM/MS nº131 de 26/01/2012.

PORTARIA Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.

PORTARIA GM/MS 816 de 31 de maio de 2005.

BRASIL, M. d. S. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL (1990). Lei nº 8.142, de 18 de dezembro de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.

BRASIL (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.

BRASIL, M. d. S.(1992). Portaria nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992 – Dispõe sobre as diretrizes e normas para os serviços de saúde mental. Brasília.

BRASIL, M. d. S.(2002). Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 – Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília.

BRASIL, M. d. S. (1999). Portaria nº 189/ MS, de 19 de novembro de 1991. Brasília.

DELGADO, P.; LEAL, E.; VENÂNCIO, A. O campo da atenção psicossocial. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: TeCora, 1997.

ELIA, L. A rede de Atenção na Saúde Mental: articulações entre Caps e Ambulatórios. In: Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 2ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MATEUS, M. Dinis (Org.). Políticas de Saúde Mental – Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

## **ANEXO I**

### **PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS II, CAPS AD, CAPS I E RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.**

- POP - VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAVENOSA
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL
- POP - ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA
- POP - VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR
- POP - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
- POP - TÉCNICA DE LAVAGEM DE MÃOS
- POP - ROTINAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS SALAS DE PROCEDIMENTOS
- POP - CURATIVOS
- POP - TÉCNICA DE CALÇAR E RETIRAR AS LUVAS
- POP – FARMACIA



## POP - VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

**Definição:** Sinais vitais são reflexos ou indícios de mudanças no estado do paciente. Os sinais vitais são as principais manifestações fisiológicas do organismo humano, conferindo o bom funcionamento dos sistemas do corpo. Suas variações poderão indicar enfermidades. Os sinais vitais (SSVV) referem-se a: temperatura (T), o pulso ou batimentos cardíacos (P ou BC), a respiração (R) e a pressão ou tensão arterial (PA ou TA). Eles indicam o estado físico do paciente e ajudam no seu diagnóstico e tratamento.

**Objetivo:** auxiliar na coleta de dados e avaliação das condições de saúde da pessoa, bem como instrumentalizar na tomada de decisão sobre intervenções específicas.

**Finalidade:** Trata-se de dados objetivos que indicam quanto é eficaz ou deficiente está o funcionamento do corpo. Os SSVV são bastante sensíveis a alterações fisiológicas, por essa razão os enfermeiros verificam nos intervalos regulares ou toda vez que considerarem apropriado monitorar o estado de saúde do paciente.

**TEMPERATURA CORPORAL (T):** a temperatura corporal é o equilíbrio entre a produção e a perda de calor do organismo, mediado, pelo centro termorregulador. Pode ser verificada na região axilar, inguinal, bucal ou retal. A axilar é a mais comumente verificada (embora menos fidedigna) e o seu valor normal varia no adulto entre 36 e 37,8oC.

**Fatores que afetam a temperatura do corpo:** Ingesta alimentar; idade; clima; gênero exercício e atividade ritmo circadiana\*; emoções, doenças ou traumas medicamentosos.

Locais de verificação de temperatura:

Oral; Retal; Axilar; Inguinal.

Varição normal:

Oral 37

Retal 37.5

Axilar 36.4

Inguinal 36.5 a37C

Varição abaixo do normal:

35 à 34C levemente hipotérmico;

33.8 à 30C moderadamente hipotérmico;

30C gravemente hipotérmico;

39 a 40C Pirexia;

Acima de 40C Hiperpirexia;

38 a 40C Hipertermia.

#### **Procedimentos Relacionados á Verificação da Temperatura Corporal:**

**Temperatura Axilar:** É a mensuração e o registro da temperatura axilar;

**Objetivo:** Identificar a temperatura basal do cliente, problemas termorreguladores, avaliar a resposta da temperatura às terapias auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

**Finalidade:** obter parâmetros vitais do paciente.

**Procedimento:** Lavar as mãos;

Explicar ao paciente o que vai ser feito;

Fazer desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool 70% e certificar de que a coluna de mercúrio está abaixo de 35C;

Enxugar a axila do paciente (com a roupa do cliente, lençol ou outro, a umidade baixa a temperatura da pele, não fornecendo a temperatura real do corpo);

Colocar o termômetro com reservatório de mercúrio no côncavo da axila, de maneira que o bulbo fique em contato com a pele;

Pedir ao cliente para comprimir o braço ao encontro ao corpo, colocando a mão no ombro oposto;

Após 5 minutos, retirar o termômetro, ler e anotar a temperatura;

Fazer desinfecção do termômetro em algodão embebido em álcool a 70% e sacudi-lo cuidadosamente até que a coluna de mercúrio desça abaixo de 35C, usando movimentos circulares;

Lavar as mãos.

**Temperatura Inguinal:** o método é o mesmo, variando apenas o local: o termômetro é colocado na região da virilha passando uma perna por cima da outra, de maneira que a parte da coluna de mercúrio fique entre a virilha e a perna. Aguarda-se 5 minutos para observação da temperatura do termômetro;

É mais comumente verificada nos recém-nascidos. Neste caso, manter a coxa flexionada sobre o abdome;

Temperatura Bucal:

Lavar as mãos;

Explicar ao cliente o que vai ser feito;

Colocar o termômetro sob a língua do cliente, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada por 7 minutos;

Retirar o termômetro, limpar com algodão, ler a temperatura e anotá-la, escrevendo a letra B para indicar o local onde foi verificada;

Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão antes de guardá-lo.

**Observação:** Não verificar **temperatura bucal** de paciente em delírio, inconsciente, que estejam com lesões na boca, problemas nas vias respiratórias.

**Temperatura Retal:** temperatura retal é a mais próxima da temperatura corporal real, e é precisa.

Lavar as mãos;

Calçar as luvas;

Colocar o paciente em decúbito lateral;

Lubrificar o termômetro com vaselina ou óleo e introduzi-lo 2 cm pelo ânus;

Retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura;

Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;

Fazer o mercúrio descer;

Lavar o termômetro com água e sabão;

Retirar as luvas;

Lavar as mãos;

Anotar a temperatura escrevendo a letra R para indicar o local onde foi verificada.

Material:

Termômetro;

Recipiente com algodão embebido com álcool a 70%;

Saco plástico ou cuba-rim para desprezar resíduos;

Caneta e bloco para anotações;

Acessórios para temperatura retal;

Vaselina ou óleo;

Luva de procedimento.

**PULSO (b/m):** é o nome que se dá à dilatação pequena e sensível das artérias, produzida pela corrente circulatória. Toda vez que o sangue é lançado do ventrículo esquerdo para a

aorta, a pressão e o volume provocam oscilações ritmadas em toda a extensão da parede arterial, evidenciadas quando se comprime moderadamente a artéria contra uma estrutura dura.

**Locais onde pode ser verificado:** normalmente, faz-se a verificação do pulso sobre a artéria radial. Quando o pulso radial se apresenta muito filiforme, artérias mais calibrosas como carótida e femoral poderão facilitar o controle. Outras artérias, como a braquial, poplítea e a do dorso do pé (artéria pediosa) podem ser utilizadas para a verificação.

Terminologia:

Nomocardia: Freqüência normal

Bradycardia: Abaixo do normal

Bradisfigmia: Pulso fino e Bradicárdico

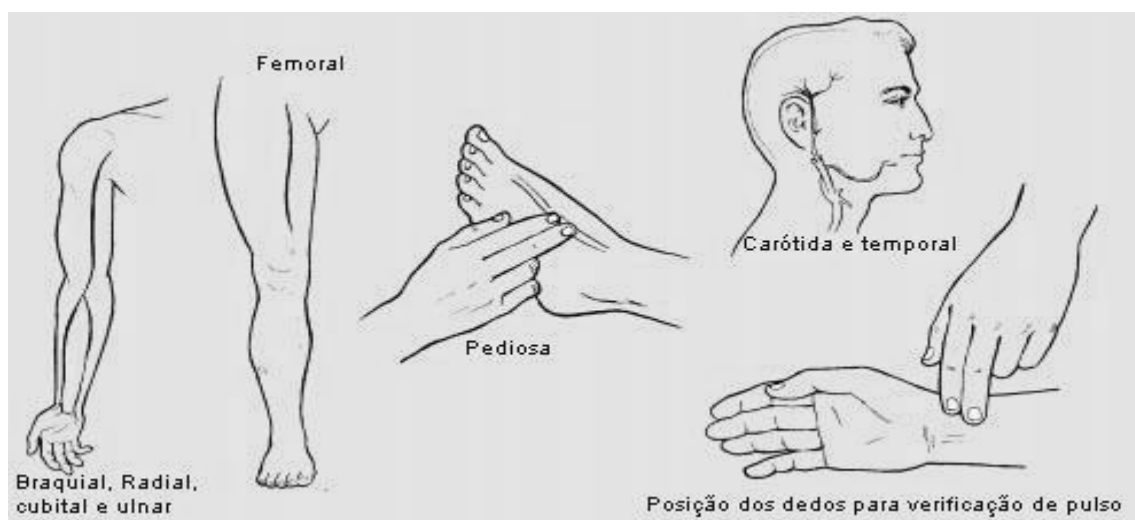
Taquicardia: Acima do normal

Taquisfigmia: Pulso fino e Taquicárdico.

**As artérias mais usuais para verificação de pulso são:**

Temporal; Carótida; Braquial; Radial; Ulnar; Femoral; Poplítea;

Dorso do pé.



## FREQÜÊNCIA CARDÍACA NORMAL:

IDADE	PULSAÇÃO	MÉDIA NORMAL
RECÉM- NATO	70-170	120
11 MESES	80-160	120

2 ANOS	80-130	110
4 ANOS	80-120	100
6 ANOS	75-115	100
8 ANOS	70-110	90
10 ANOS	70-110	90
ADOLESCENTES	60-110	+70-65

### Material para verificação do pulso:

Relógio com ponteiro de segundos; impresso próprio e caneta.

Procedimentos Relacionados á mensuração do pulso:

1. Levar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Colocá-lo em posição confortável, de preferência deitado ou sentado com o braço apoiado e a palma da mão voltada para baixo;
4. Colocar as polpas dos três dedos médios sobre o local escolhido para a verificação;
5. Pressionar suavemente até localizar os batimentos;

6. Procurar sentir bem o pulso, pressionar suavemente a artéria e iniciar a contagem dos batimentos;

7. Contar as pulsações durante um minuto (avaliar frequência, tensão, volume e ritmo);

8. Levar as mãos;

9. Registrar, anotar as anormalidades e assinar.

Pulso apical:

\*Verifica-se o pulso apical no ápice do coração à altura do quinto espaço intercostal

Observações importantes:

Evitar verificar o pulso em membros afetados de pacientes com lesões neurológicas ou vasculares;

Não verificar o pulso em membro com fístula arteriovenosa;

Nunca usar o dedo polegar na verificação, pois pode confundir a sua pulsação com a do paciente;

Nunca verificar os pulsos com as mãos frias;

Em caso de dúvida, repetir a contagem;

Não fazer pressão forte sobre a artéria, pois isso pode impedir de sentir o batimento do pulso.

**RESPIRAÇÃO (RPM):**

É a troca de oxigênio e de dióxido de carbono. Quando entre as membranas alveolares e capilares é chamado de respiração externa. O processo de troca de O<sub>2</sub> e dióxido de

carbono entre o sangue e as células do corpo são chamados, respiração interna ou tissular.

Frequência:

Número de ventilação por minuto varia em pessoas saudáveis, de 16 a 20 inspirações por minuto.

\*A frequência de pulso afeta também a frequência respiratória

Frequência rápida:

Taquipnéia: pode acontecer com temperatura alta ou doenças que afetam os sistemas cardíacos e respiratórios, acima de 20 ipm.

Frequência lenta:

Bradpnéia: drogas, doenças neurológicas, hipotermias, abaixo de 16 bpm

**FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA:**

IDADE	VALORES
PREMATUROS	50 irp/m
LACTENTES	30-40irp/m
1ANO	25-30irp/m
PRÉ- ESCOLAR	20-25irp/m
10 ANOS	+20irp/m

**Procedimentos Relacionados á Mensuração da Respiração:**

1-Levar as mãos;



2-Explicar o procedimento ao cliente;

3-Deitar o cliente ou fazer com que se sente confortavelmente;

4-Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam movimentos respiratórios;

5-Colocar a mão no pulso do cliente a fim de disfarçar a observação;

6-Contar durante 1minuto;

7-Levar;

8- Proceder à anotação;

Observação:

-Não permitir que o paciente fale;

-Não contar a respiração logo após esforço do paciente;

-Como a respiração, em certo grau, está sujeita ao controle involuntário, deve ser contada sem que o paciente perceba, observar a respiração procedendo como se estivesse verificando pulso.

Material:

-caneta e bloco de anotação.

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg):

**Definição:** É a força exercida pelo sangue no interior das artérias, mantendo o sangue circulando no organismo. Uma série de variáveis gera a pressão sanguínea. É medida por

meio do aparelho de pressão (almofada inflável, com manômetro, em volta do braço), em unidades de milímetros de mercúrio. A pressão arterial é dada por 2 números: 12 por 8 é a normal (ou 120 mmHg para a alta, máxima ou sistólica e 80 mmHg para a baixa, mínima ou diastólica. Problemas muito sérios podem acontecer se a pressão atinge os valores da tabela abaixo:

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL (mmHg)	
MÁXIMA	MÍNIMA
> 180	> 104
< 90	< 60

Uma forma expedita de calcular o que deveria ser a pressão máxima normal de adultos até 40 anos de idade é mostrada abaixo:

HOMENS = idade + 100. Exemplo: 36 anos + 100 = 136 mmHg = pressão 14, aproximadamente.

MULHERES = idade + 90. Exemplo: 36 anos + 90 = 126 mmHg = pressão 13, aproximadamente.

Termologia básica:

**Hipertensão:** acima de 150/90 mmHg;

**Hipotensão:** inferior a 100/60 mmHg;

**PA convergente:** sistólica e a diastólica se aproximam. (Ex: 120/100 mmHg);

**PA divergente:** sistólica e a diastólica se distanciam. (Ex: 120/40mmHg);

Volume de sangue circulando no organismo:

Homens: 5 a 6 litros

Mulheres: 4,5 a 5,5 litros

Volumes inferiores diminuem a pressão e volumes maiores aumentam a pressão.

\*Pressão sistólica: Pressão no sistema arterial quando o coração contrai.

\*Pressão diastólica: Pressão no sistema arterial quando o coração relaxa.

A medida é dada em mmHg- parâmetro normal:

Material:

-Esfigmomanômetro; estetoscópio; álcool 70% para desinfecção das pernas;

MÉDIA DOS VALORES DA PRESSÃO ARTERIAL:

IDADE	MÉDIA,VALORES- SÍSTOLE/DIÁSTOLE
0-3 MESES	75/50mmhg
3 MESES-6 MESES	85/65 mmhg
6 MESES-9 MESES	85/65 mmhg
9 MESES-12 MESES	90/70 mmhg
1 ANOS-3 ANOS	90/65 mmhg
3 ANOS-5 ANOS	95/60 mmhg

IDADE	MÉDIA, VALORES- SÍSTOLE/DIÁSTOLE
5 ANOS-7 ANOS	95/60 mmhg
7 ANOS- 9 ANOS	95/60 mmhg
9 ANOS- 11 ANOS	100/60 mmhg
11 ANOS- 13 ANOS	105/65 mmhg
13 ANOS- 14 ANOS	110/70 mmhg

**Procedimentos relacionados à aferição da pressão arterial:**

- 1-Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- 2-Certificar-se o cliente não está com a bexiga cheia, não praticaram exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou 30 minutos antes da medida;
- 3-Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo e com temperatura agradável;
- 4-Levar;
- 5-Posicionar o cliente deitado ou sentado;
- 6-Estender o braço do cliente, mantendo-o na altura do coração e deixando-o livre;
- 7-Localizar a artéria braquial por palpação;
- 8-Colocar o manguito de tamanho adequado ao braço do paciente firmemente, cerca de 2 dedos acima da fossa ante-cubital (aproximadamente 2 dedos acima da prega do cotovelo).
- 9-Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;
- 10-Palpar o pulso radial, inflar o manguito até desaparecimento do pulso para estimar o nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes de inflar novamente;

- 11- Colocar o estetoscópio no ouvido com curvatura voltada para frente (as olivas devem ter sofrido desinfecção com álcool 70%);
  - 12- Posicionar a campânula (diafragma) do estetoscópio sobre a artéria, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
  - 13- Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento;
  - 14- Fechar a válvula de ar de pera de modo que possa abri-la sem esforço;
  - 15- Inflar rapidamente, 10 em 10 mmHg, até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;
  - 16- Abrir a válvula de ar da pera vagarosamente na velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a determinação da pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto ao paciente;
  - 17- Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
  - 18- Retirar todo o ar do manguito e remover o aparelho do braço do cliente;
  - 19- Deixar a unidade em ordem;
  - 20- Levar;
  - 21- Registrar os valores da pressão sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, tamanho do manguito usado e braço em que foi feita a medida. Registrar o valor obtido na escala evitando arredondamentos para valores terminados em zero ou cinco;
- \*Esperar 1 a 2 minutos para realizar novas medidas.

**Observação:** Pode-se considerar que a pressão máxima aumenta em 10 mmHg a cada 10 anos e a mínima em 5 mmHg a cada 20 anos.

**Cuidados indispensáveis:** Braço ao nível do coração; repouso do cliente – 5 / 10min. (antes da aferição);

Mãos e equipamentos excessivamente frios; interação medicamentosa: indagar sobre ingestão de drogas que possam vir a interferir com os mecanismos de regulação da PA.

**EVITAR:** Fumo, alimentação, álcool, café, conversar, presença de dor, tensão, ansiedade durante o procedimento, bexiga cheia.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem

Referências:

<http://pt.scribd.com/doc/11970110/Sinais-Vitais-Aula-Completa>

<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABBZAAJ/tecnica-verificacao-dos-sinais-vitais>

[A importância dos Sinais Vitais - Guia Enfermagem - Enfermagem e Saúde](#)

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAVENOSA

### Definição:

Refere-se à administração de medicações, soluções contendo eletrólitos, nutrientes e hemoderivados diretamente na veia.

### Objetivos:

Administrar medicamentos, especialmente substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se inoculados por outras vias.

Administrar medicamento ou droga quando se quer ação imediata.

Administrar medicamento ou droga quando se deseja ação lenta e contínua do medicamento e controle rigoroso da dose e/ou volume infundido.

Administrar nutrição parental, sangue ou derivados.

Infundir grandes quantidades de líquido

**Finalidade:** Restaurar ou manter o equilíbrio hidroeletrólítico.

### Material:

Seringa (5 ml, 10ml, 20ml);

Agulhas 40x 12;

Equipo de soro S/N;

Algodão com álcool a 70%;

Scalp ou cateter periférico (Jelco /Abocath);  
Polifix; Torneirinha;  
02 vias;  
Espiradrapo para fixar ou fixador estéril;  
Ampola de diluente, frasco, ou bolsa com solução prescrita.

Procedimento:

**Preparo e administração: utilize técnica asséptica rigorosa**

Lavar as mãos antes e após o preparo das medicações;  
Conferir a prescrição médica mais uma vez;  
Remova o plástico protetor da bolsa ou frasco de solução;

Faça a inspeção do frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor rachaduras ou vazamentos, e data da validade da solução;

Prepare a etiqueta de identificação conforme prescrição. Anote a data, a hora e o nome de quem preparou. Ao colocar a etiqueta de identificação no frasco, lembre-se que ao pendurá-lo, este será invertido;

Realize a desinfecção da ampola/frasco com álcool a 70%, abra a ampola ou frasco de medicamentos ou eletrólitos, aspire com seringa. Realize a desinfecção do injetor lateral, torneira ou frasco de soro com álcool a 70% e introduza a medicação aspirada no frasco da solução;

Adapte o frasco ao equipo e instale no paciente, controlando o fluxo da infusão;

Observe o paciente para sinais/sintomas de reações adversas ao medicamento ou solução; Cheque a medicação administrada no prontuário do paciente.



## Recomendação:

Não administre medicações incompatíveis entre si, ou em soluções;

Quando necessária administração simultânea de dois medicamentos injetáveis verifique se compatível. Caso contrário prepare cada um separadamente; Entre a administração do primeiro medicamento e do segundo, administre 10 a 20 ml de água destilada e somente em seguida administre o outro medicamento;

Antes de administrar qualquer medicamento certifique-se que o mesmo se encontra em temperatura ambiente a fim de evitar hipotermia;

Durante a reconstituição, diluição e administração do medicamento observe mudança de coloração e a formação de precipitados ou cristais. Caso ocorra um desses eventos, interrompa o processo e procure informação e notifique ao enfermeiro;

Não realize a mistura de medicamentos na mesma seringa, a não ser se indicado na prescrição;

Reconstitua e dilua o medicamento de preferência, imediatamente antes do uso. Caso necessite armazenar o medicamento após reconstituição e/ou diluição etiqueta de identificação com as seguintes informações: nome do medicamento, responsável pela manipulação (nome do profissional e registro no COREN), data hora e diluente);

Antes de iniciar o preparo do medicamento leia atentamente a prescrição médica e confira o rótulo do fármaco com os da prescrição. Em caso de dúvida consulte o enfermeiro;

Verifique na prescrição o tipo de diluente recomendado e a via de administração;

Nunca colocar sobre a bancada de diluição mais de um produto de cada vez, evitando assim que ocorram erros e trocas de medicamentos;

Não administre um medicamento previamente diluído sem ter certeza do prazo de validade e das informações referentes à sua diluição na etiqueta;

Frascos sem rótulo ou rótulo ilegível devem ser devolvidos à farmácia;

Sempre questione ordens ambíguas ou que julgue insegura para o paciente;

Administre somente medicações que estejam prescritas pelo médico;

Avalie o acesso venoso do paciente e o entendimento do paciente quanto à terapia prescrita (caso paciente orientado);

Quando se está preparando uma solução e o paciente já está recebendo a mesma solução, o equipo só será trocado se o prazo de validade (48 horas) estiver vencendo ou se estiver sem identificação; Se um novo equipo for utilizado este deve ser rotulado com.

data, hora de instalação e nome do profissional que instalou.

#### Observações:

Verificar diariamente se há presença de flebite;

Trocar diariamente o esparadrapo após o banho.

#### Responsabilidade:

Equipe de enfermagem

#### Referência:

NERI, E.D.R. e tal. **Protocolos de preparo e administração de medicamentos:** pulso terapia e hospital dia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Hospital Water Cantídio, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de Enfermagem:** 2. Ed. Florianópolis Cidade Futura, 2002.

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR

**Definição:** A administração via intramuscular permite que você injete o medicamento diretamente no músculo em graus de profundidade variados. É usado para administrar suspensões e soluções oleosas, garantindo sua absorção em longo prazo.

**Objetivos:** Proporcionar uma absorção mais rápida de medicamentos, devido à maior vascularização do músculo. Melhor administração de medicamentos irritantes e viscosos. Esta via de administração fornece uma ação sistêmica rápida e absorção de doses relativamente grandes.

**Finalidade:** as injeções I.M. são recomendadas para os pacientes não cooperativos ou aqueles que não podem tomar a terapêutica por via oral, e para as medicações que podem ser alteradas pelo suco digestivo.

### Material:

Bandeja ou cuba rim;

Seringa, conforme volume a ser injetado;

Agulha (25x7 ou 30x8), comprimento /calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado;

Algodão; álcool 70%;  
Luvas de procedimento;  
Medicação prescrita.

A escolha do músculo utilizado vai depender do volume a ser aplicado:

- 1ª escolha: vasto lateral da coxa - máximo de 5 ml;
- 2ª escolha: glúteo (ventro glútea e dorso glútea) – máximo 5 ml;
- 3ª escolha: deltóide (exceto em vacinas) – máximo 3 ml.

Procedimento:

Ler a prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;

Lavar as mãos;

Separar a medicação prescrita;

Preparar o medicamento conforme técnica;

Levar a medicação preparada na bandeja ou cuba rim para perto do paciente colocando a bandeja sobre a mesinha de cabeceira;

Orientar o paciente e seu acompanhante sobre o procedimento;

Checar condições do músculo escolhido, para volume maior ou igual a 3 ml; solução com veículo oleoso ou se for observada hipotrofia do deltóide, o músculo indicado é o glúteo.

Medicações anti-inflamatórias aplicam na região glútea;

Calçar luvas de procedimentos;

Retirar o ar da seringa e agulha antes da aplicação;

Fazer antisepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;

Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa. Na região deltóide quatro dedos abaixo da região escapular e na região glútea no quadrante externo superior;

Introduzir a agulha em ângulo adequado à escolha do músculo;

Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);

Injetar o líquido sem pressa;

Retirar a seringa/agulha, comprimindo o local com algodão, observando presença de edema, hematoma ou sangramento no local;

Deixar a unidade organizada;

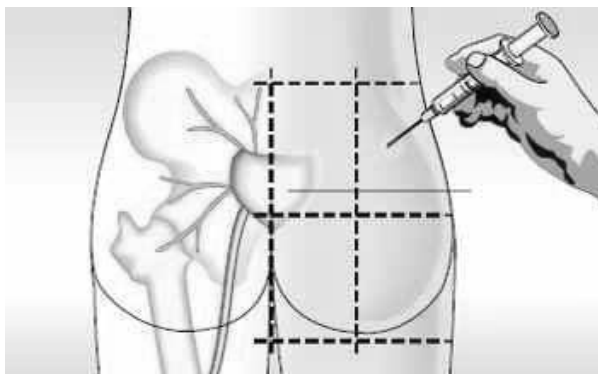
Assegurar-se que o paciente esteja confortável e seguro no leito (grades elevadas no caso de crianças);

Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante);

Retirar a luva de procedimento;

Lavar as mãos;

Checar o procedimento na prescrição médica.



### Recomendações:

Para aplicar com a agulha ideal, deve-se levar em consideração: o grupo etário, a condição

física do cliente, solubilidade da droga a ser injetada e a patologia em questão (pacientes hematológicos e hepatopatas);

Em crianças o músculo escolhido dependerá do peso da criança e do tipo de medicação, a saber;

Para crianças menores de 3 anos a região indicada é a região vasto lateral da coxa por ter maior massa muscular e possuir poucos nervos e vasos sanguíneos;

Crianças maiores de 3 anos a região indicada é a região glútea;

Adolescente é indicada a região deltoideana, exceto para os adolescentes com pequeno desenvolvimento muscular.

Agulha de tamanhos apropriados:

Adultos: calibre 25 x 7, 25 x 8 e 30 x 7;

Crianças: calibre 25 x 7 e 13 x 4,5;

Seringa de tamanho apropriado:

Volumes:

Adultos: 03 ml;

Crianças, idosos e indivíduos magros: 1 a 2 ml;

Posições de aplicação: o paciente deve estar em decúbito dorsal, lateral, ou sentado;

Proteger o paciente com biombo S/N;

Fazer rodízio dos locais de aplicação.

## ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO:

### **Dorso glúteo:**

Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;

Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha íliaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur;

Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;

Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

### Ventroglútea:

Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal;

Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;

Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero–superior direita;

Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca; spalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo;

Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

#### Face Vasto Lateral da Coxa:

Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;

Traçar um retângulo delimitado pela linha mediana anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, num a faixa de 7-10 cm de largura.

Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

#### Deltóide:

Paciente poderá ficar sentado ou em decúbito lateral;

Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

#### Responsabilidade:





## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

Equipe de enfermagem.

Referência:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática.

6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA

**Definição:** É a administração do medicamento no tecido conjuntivo da pessoa, ou seja, por baixo da derme. O volume não deve ultrapassar 1 ml. Os locais mais indicados para este tipo de aplicação são as regiões abdominais, a face Antero lateral da coxa e face externa do braço.

**Objetivos:** Promover absorção contínua e lenta de determinada medicação provocando o mínimo de traumatismo tecidual.

**Finalidade:** Usada para administração de vacinas, anticoagulantes e hipoglicemiantes (insulina).

### Material:

01 par de luvas de procedimento;

01 seringa de 01 ml;

01 agulha 13x4, 5;

Álcool a 70%;

Algodão;

01 bandeja.

### Procedimento:

Observar a prescrição médica: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação;

Preparar o material;

Lavar as mãos;

Identificar-se;

Checar o nome e o leito do cliente;

Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

Colocar o cliente em posição adequada para aplicação;

Proceder à antissepsia da área escolhida;

Fazer a prega de tecido segurando entre os dedos polegar e o indicador, com a mão não dominante;

Introduzir agulha, com ângulo de 90º(**com agulha 13x4, 5 puncionar a 90º**);

Observar se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local desprezar todo o material e reiniciar o procedimento). Exceto na administração de heparina e clexane;

Administrar medicação lentamente;

Retirar agulha com um movimento rápido, fazendo ligeira pressão no local;

Realizar rodízio de local de punção;

Desprezar o material utilizado no expurgo na caixa de perfuro- cortante;

Lavar as mãos;

Checar a prescrição médica.

Recomendações:

Na aplicação de heparina subcutânea, para evitar traumatismo do tecido, não é recomendado aspirar antes de injetar a medicação e para evitar absorção rápida da medicação, não se deve massagear o local após aplicação;

No uso de Clexane® não se deve retirar a bolha que vem dentro da seringa ao administrar a medicação;

Na aplicação de insulina utilizar a técnica do revezamento, um sistema padronizado de rodízio dos locais de aplicação das injeções para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área da injeção Sempre que possível envolver o paciente no processo de escolha do local de administração do medicamento.

#### Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.

#### Referência:

NERI, E.D.R. et al. **Protocolos de prepare e administração de medicamentos:** pulsoterapia e hospital dia. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Hospital Water Cantidio, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. **Fundamentos de Enfermagem:** 2. Ed. Florianópolis Cidade Futura, 2002.

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

**Definição:** É a administração do medicamento na pele, entre a derme e a epiderme. O volume injetado é sempre muito pequeno, na ordem de 0,06 a 0,18 ml, sendo geralmente escolhida a região do antebraço.

**Objetivo:** Manter níveis séricos de medicação para rápida atuação no organismo, introduzindo-o abaixo da epiderme para a identificação de processos alérgicos,

**Finalidade:** administração de soluções com absorção lenta e, fins diagnósticos.

### Material:

Bandeja,

Luvas de procedimento,

Agulha para aspiração 10x5

Agulha 13 X 4,5,

Seringa de 1 mL,

Bolas de algodão,

Medicamento prescrito.

### Procedimento:

Preparo do medicamento:

Conferir as prescrições médica e de enfermagem.

Fazer a etiqueta de identificação do medicamento (nome, dose, horário e via de administração) e paciente (nome e leito)

Reunir todo o material numa bandeja.

Realizar a higienização das mãos.

Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 mL.

Trocar a agulha (usar a de tamanho 13 x 4,5 mm).

Colar a etiqueta de identificação do medicamento.

Levar a bandeja ao quarto do paciente, colocando-a na mesa auxiliar.

Administração do medicamento:

Explicar o procedimento ao paciente.

Realizar a higienização das mãos.

Colocar o paciente na posição mais adequada ao procedimento.

Calçar as luvas de procedimento.

Fazer a antissepsia do local com água e sabão com movimentos circulares, do centro para as extremidades. O álcool a 70% não é indicado, pois interfere na reação da droga.

Distender a pele do local de aplicação.

Introduzir a agulha (somente o bisel), fazendo um ângulo de 15 graus, quase paralelamente à superfície da pele, com um movimento delicado, mas firme.

Injetar lentamente, empurrando o bisel com a mão oposta à que segura a seringa, e observar a formação de pápula. Retirar a agulha com um único movimento, rápida e firme.

Não atritar o local da pápula com algodão etc.

Orientar o paciente para não coçar ou atritar o local.

Recolher o material e encaminhar os resíduos ao expurgo (sem reencapar agulhas).

Descartar o material perfuro-cortante em recipiente adequado (sem desconectar a agulha da seringa).

Retirar as luvas de procedimento.

Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e higienizá-la com álcool a 70%.

Realizar a higienização das mãos.

Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica.

Fazer anotação de enfermagem, indicando o local onde foi realizada a aplicação, ou qualquer intercorrência.

#### Recomendações Gerais:

Ler atentamente a prescrição médica, observando nome do paciente, medicamento, dosagem, via e horário de administração.

Fazer o rótulo de identificação.

Orientar o paciente sobre cada medicamento a ser administrado.

Respeitar seu direito de recusa.

Todo medicamento deve ser checado após sua administração e, se não foi dado, deve-se circular o horário e anotar o motivo, no espaço reservado para anotações de enfermagem. Se o medicamento for dado fora do horário determinado, deve-se colocar o horário administrado e checar.

O medicamento deve ser mantido com a sua identificação e em local adequado (protegido da luz, calor, umidade e sujidade).

Deve-se respeitar a validade da medicação.

Anotar qualquer tipo de reação que o paciente possa apresentar após receber determinada medicação.

Os horários de administração devem ser realizados pela enfermeira, considerando a interação medicamentosa.

Específicas:

Administrar um volume máximo de 0,5 ML. Os locais indicados para aplicação são: a face anterior do antebraço e a região subescapular.

As seringas de aplicação têm capacidade para 1 ML, graduações em decimais e centesimais.

Não se deve fazer massagem no local, e a antisepsia não é obrigatória, para não interferir no tempo de absorção do medicamento e/ou na reação local.

Em caso de PPD, é necessário demarcar a área de aplicação com caneta, a fim de medir-se a reação local posteriormente.

**RESPONSABILIDADES:** Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem.



## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA ORAL

**Definição:** Consiste na administração de medicamento por via oral (pela boca) para serem absorvidas no trato gastrointestinal (estômago e intestino) sob a forma de comprimidos, drágeas, cápsulas e líquidos. A administração de medicamentos por via oral é segura e não requer técnica estéril na sua preparação, e são absorvidos principalmente, no estômago e intestino.

**Objetivo:** Obter efeitos locais no trato gastrointestinal. Produzir efeitos sistêmicos após a absorção na circulação sanguínea.

**Finalidade:** Administração medicamentos cuja absorção ocorre na mucosa gástrica.

Material:

Bandeja;

Copinho descartável;

Medicação prescrita;

Rótulo de identificação;

Triturador de comprimido (pilão)S/N;

Papel toalha;

Luvas de procedimento S/N.

Procedimento:

Conferir a prescrição médica: nome do paciente, leito, dosagem, nome da droga, via, horário e data;

Lavar as mãos;

Identificar o copinho com o rótulo;

Colocar o medicamento no copinho sem tocá-lo, usar seringa ou medidor para os líquidos;

Diluir o medicamento com água quando necessário;

Levar a bandeja até o paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;

Informar o procedimento ao paciente;

Conferir o rótulo com os dados do paciente;

Entregar o copinho com o medicamento e o copo com água;

Esperar o paciente deglutir o medicamento;

Lavar as mãos;

Checar após administração.

#### **OBSERVAÇÕES:**

Caso o paciente esteja impossibilitado colocar a medicação diretamente na sua boca;

Verificar se o paciente engoliu o comprimido, nunca deixá-lo sobre a mesa de cabeceira;

Agitar o frasco que contenha suspensões para homogeneizar a solução;

Todo medicamento deve ser checado após a administração;

Esta via está contraindicada em pacientes comatosos ou com dificuldades de deglutição.

Neste caso utilizar SNG, para veiculação da medicação;

Apresentações em forma de pó devem ser preparadas antes de serem ingeridas. O pó não deve ser colocado diretamente na boca, atentar para identificação dos frascos com a data, após a diluição dos medicamentos;

Verificar necessidade de refrigeração e prazo de validade depois de diluído, conforme a recomendação do fabricante;

Os comprimidos, cápsulas e drágeas são geralmente deglutidos com auxílio de água. As drágeas não devem ser cortadas e nem as cápsulas serem abertas salvo quando para veiculação via SNG. Os comprimidos podem ser triturados e diluídos quando os pacientes apresentarem dificuldade na deglutição;

A medicação via oral não é indicada em clientes apresentando náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição ou estejam em jejum para cirurgia;

Os medicamentos sublinguais seguem os mesmos procedimentos empregados para os de via oral. Nesse período, o cliente não deve conversar nem ingerir líquido ou alimentos. As medicações administradas por via sublingual promovem um à rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca. Essa via é utilizada para aplicar medicações em algumas urgências, como, por exemplo: medicações para precordialgia e para hipertensão.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.

Referência:

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem:** conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR

**Definição:** São aplicações de medicamentos líquidos na forma de gotas ou pomadas oculares.

**Objetivo:** Corrigir disfunções dos músculos do olho. Aplicar anestésicos, antibióticos, anti-inflamatórios, antifúngicos ou lubrificantes.

**Finalidade:** dilatar ou contrair as pupilas, acelerar a cicatrização, combater infecção, lubrificar os olhos. Diminuir a congestão ocular.

### Material:

Prontuário do paciente;

Cuba rim;

Gases ou lenço de papel;

Frasco do medicamento ou pomada.

### Procedimento:

Lavar as mãos;

Verificar prescrição médica e checar o nome do paciente, nome do medicamento, dosagem e horário e em que qual globo ocular deve ser administrado;

Utilizar técnica asséptica rigorosa quando se instilam medicamentos;

Colocar o paciente sentado ou deitado, mas com o pescoço em ligeira hiper-extensão;

Antes de se iniciar a colocação das gotas ou pomada, devem limpar-se os olhos de qualquer secreção com a ajuda de uma compressa estéril, limpar sempre do canto interno para o externo;

Pedir ao paciente para olhar para cima (diminui o reflexo corneano) e colocar no saco conjuntival a medicação prescrita;

Nunca colocar o medicamento diretamente na córnea;

Orientar o paciente a fechar as pálpebras suavemente;

Aconselhar-se o paciente a girar o globo ocular com as pálpebras fechadas, pois o movimento vai distribuir o medicamento por toda a superfície.

Se tiver que ser aplicada uma pomada, esta deverá ser aplicada ao longo de toda a extensão do fundo do saco ocular depositando uma tira fina da mesma, do canto interno para o externo;

Após aplicação checar a medicação no prontuário.

OBS: Nunca utilizar a medicação de um paciente para outro;

**Observação:** puxar a pele periorbitária com o dedo indicador, expondo o saco conjuntival, pingando a medicação. Solicitar que o cliente feche os olhos e faça movimentos giratórios do globo ocular após aplicação da medicação.



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**FUNDADA EM 1935**

**Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422**

**Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71**

**Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66**

**Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016**

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.

Referência:

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. (Coord.) **Tratado Prático de Enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

Site Visitado:

[www.profcarlagomes.com.br/fund\\_aula\\_2.ppt](http://www.profcarlagomes.com.br/fund_aula_2.ppt).

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA NASAL

**Definição:** Consiste em levar à mucosa nasal o medicamento, para aliviar congestão nasal, tratar infecções e facilitar a respiração.

**Objetivo:** É a introdução de medicamentos sob a forma líquida e introduzido gota a gota no orifício nasal e estende-se desde a mucosa nasal até aos alvéolos. Estes podem ser usados para obtenção de efeitos locais ou sistêmicos.

**Finalidade:** administrar medicamento através das narinas para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias e infecciosas das vias respiratórias superiores ou para serem absorvidos sistematicamente.

### Material:

Medicamento com conta-gotas limpo ou frasco com spray;

Lenço de papel;

Almofada pequena ou travesseiro (opcional).

### Procedimento:

Verificar prescrição médica e conferir horário de aplicação do medicamento, nome do paciente, dosagem e qual das narinas devem ser aplicados;

Para administrar as gotas nasais deve-se determinar qual o seio nasal que está afetado, consultando o prontuário do paciente;

Inspecionar as condições do nariz e dos seios nasais, apalpando os seios nasais para verificar a sua sensibilidade.

Lavar as mãos;

Explicar o procedimento ao paciente quanto à posição e às sensações que devem ser esperadas, como ardor ou sensação de picada da mucosa, ou ainda, sensação de choque quando o medicamento escorrer pela garganta;

Instruir o paciente para assuar o nariz, a menos que seja contraindicado (por exemplo: risco de aumento da pressão intracraniana ou sangramentos nasais);

Administrar as gotas nasais;

Instruir o doente a respirar pela boca;

Segurar o conta-gotas a 1 cm acima das narinas e instilar o número de gotas prescritas na direção do osso etmoide;

Orientar a paciente a permanecer na mesma posição entre 2 a 3 minutos;

Oferecer uma compressa para paciente colocar debaixo do nariz, m as avisá-lo para não assuar por alguns minutos;

Ajudar o paciente a retornar a uma posição confortável após o medicamento ter sido absorvido;

Desprezar materiais usados em recipientes apropriados e lavar as mãos;

Após aplicação checar medicação no prontuário do paciente.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.





**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**FUNDADA EM 1935**

**Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422**

**Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71**

**Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66**

**Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016**

Referência

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. (Coord.) **Tratado Prático de Enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL

**Definição:** Consiste na aplicação de medicamento no reto, que permitem a absorção pela mucosa intestinal de muitos fármacos solúveis, que podem gerar efeitos sistêmicos através de supositório\* ou clister\*\*.

\*Supositórios são formas farmacêuticas destinadas à inserção em orifícios corporais

(ânus ou vagina) nos quais amolecem, se dissolvem e exercem efeitos sistêmicos ou localizados.

\*\*A introdução de pequena quantidade de líquidos via retal chama-se Clister (até 150 ml). Acima desta quantidade é chamada Enteroclisma ou Lavagem intestinal.

**Objetivo:** Administrar fármacos a pacientes incapazes ou que não querem engolir a medicação;

Evitar a destruição ou desativação dos fármacos pelo pH ou atividade enzimática do estômago e dos intestinos;

**Finalidade:** Evitar a irritação estomacal quando o fármaco apresenta esse efeito;

Evitar a metabolização hepática quando o fármaco é rapidamente metabolizado no fígado.

Material:

Bandeja;

Aplicador descartável;

Lubrificante;

Medicamento prescrito;

Papel toalha;

Comadre;

Luvas de procedimento.

Procedimento:

Conferir a prescrição médica: nome do paciente, leito, dosagem, nome da droga, via, horário e data;

Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas;

Colocar o paciente em posição de Sims para facilitar a aplicação;

Lubrificar a cânula do aplicador com anestésico em gel;

Introduzir a cânula do aplicador no reto;

Aplicar o conteúdo conforme prescrição;

Retirar a cânula do reto;

Oferecer a comadre ou encaminhar o paciente ao banheiro;

Checar a prescrição médica.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.

Referência:

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W.C.A. (Coord.) **Tratado Prático de Enfermagem**. 2 ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

## POP - ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

**Definição:** A insulina é um hormônio fabricado naturalmente por algumas células localizadas no pâncreas. Pessoas portadoras de Diabetes que necessitam utilizar insulina, o fazem porque seu organismo não a produz ou produz em quantidade insuficiente, necessitando de complementação diária.

**Objetivos:** Normalizar dos níveis glicêmicos e todos os aspectos do metabolismo.

Controlar níveis glicêmicos de pacientes no Peri operatório com DM tipo I ou DM tipo II.

**Finalidade:** A insulina é um hormônio que controla o armazenamento e metabolismo de carboidratos, proteínas e gordura; diminui a glicose sanguínea.

### Material:

Bandeja (cuba rim);

Frasco de Insulina U-100 tipo NPH (N), Regular (R) ou ultrarrápida (Lispro);

Álcool 70%;

Seringa 1 ml de 100 unidades;

Agulha 13X 4,5.

### Procedimento:

Ler a prescrição médica e verificar: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e o horário da medicação (aplicação);

Lavar as mãos;

Preparar medicamento conforme técnica (aspirar o conteúdo da medicação do frasco e retirar todo o ar da seringa);

Levar a bandeja (cuba rim) para perto do paciente;

Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;

Checar as condições da região escolhida;

Fazer antisepsia da pele com algodão/álcool a 70%, mantendo o algodão entre o dedo mínimo e a mesma mão;

Com a mão não dominante fazer uma prega na pele utilizando o dedo indicador e polegar, com a mão dominante segurar o corpo da seringa;

Introduzir a agulha em ângulo de 90º (perpendicular à pele) para que a absorção se faça de forma eficaz através dos capilares existentes na camada profunda do tecido;

Para o paciente obeso, pince a pele do local e insira a agulha em um ângulo de 90º; Injetar o líquido lentamente;

Retirar a seringa/agulha rapidamente, não massagear o local e não aspirar (fazer rodízio na próxima aplicação);

Deixar o posto de enfermagem organizado;

Checar o procedimento no prontuário e anotar no prontuário o local que foi administrado à insulina.

#### Observações:

Na aplicação da insulina utilizar a técnica de revezamento, um sistema padronizado de rodízio de locais, para evitar abscessos, hipotrofias e endurecimento dos tecidos na área de injeção;

**Os locais indicados são:** face posterior externa do braço, no espaço entre três dedos abaixo do ombro e três dedos acima do cotovelo: região lateral esquerda e direita do abdômen, região frontal e lateral superior da coxa e região lateral externa do glúteo, tendo como referência a prega interglútea. Em cada aplicação é importante dar uma distância de aproximadamente 1 a 2cm;

O frasco de insulina deve ser conservado na geladeira (de preferência na gaveta da geladeira).

## ATENÇÃO:

**Ponto de decisão crítico:** Furar um vaso sanguíneo durante uma injeção subcutânea é muito raro, por isso a aspiração não é necessária.

## APLICAÇÃO DE INSULINA COMO FAZER:

### Aplicação de Insulina

#### Técnicas:

1. Guardar a insulina dentro da geladeira, de preferência na porta ou na gaveta de verduras e legumes. Sempre longe do congelador.



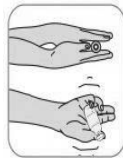
2. Lavar as mãos.



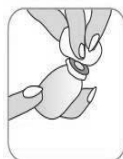
3. Juntar o material (algodão, álcool, seringa, agulha e insulina).



4. Agitar suavemente ou rolar o frasco de insulina entre as mãos.



5. Limpar a tampa de borracha do frasco com algodão embebido em álcool.



6. Introduzir ar na seringa de acordo com a dosagem prescrita e injetar no frasco de insulina. Cuidado para não contaminar a seringa e a agulha.



7. Virar o frasco e aspirar a insulina desejada. Bater suavemente com os dedos na seringa para retirar as bolhas de ar e acertar a dosagem.



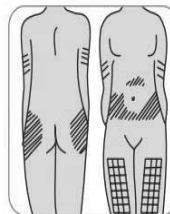
8. Limpar o local onde será aplicada a insulina com algodão embebido em álcool. Fazer uma prega na pele e introduzir a agulha em ângulo de 90°.



9. Injetar a insulina, pressionar o local com algodão e retirar a agulha, fazendo uma suave pressão no local sem fazer massagem.



10. Locais de aplicação:



É muito importante o rodízio do local de aplicação da insulina.

O bom desempenho do sistema de medicação deve refletir a articulação das ações da equipe multidisciplinar, bem como o compartilhar do conhecimento de cada ciência como todos os seus componentes, objetivando o restabelecimento da saúde do paciente com máxima segurança.

#### Transporte da Insulina:

- Ao viajar, transporte seu frasco de insulina em bagagem de mão.
- Durante o transporte de longa duração, retirar sua insulina da geladeira e conservá-la em recipiente de isopor sem gelo. Recolar o frasco de insulina na geladeira logo que chegar ao destino desejado.
- Não expor o frasco de insulina ao calor excessivo e/ou aerosol.

#### Lembretes Importantes:

- Não congelar a insulina;
- Não expor a insulina ao sol;
- Não agitar violentamente o frasco de insulina;
- Não usar insulina com data de validade vencida;
- Não usar insulina e observar alteração na cor ou na consistência do líquido;

- Fazer rodízio dos locais de aplicação da insulina;
- Tenha cuidado para não contaminar o material a ser utilizado na aplicação.

Responsabilidade:

Equipe de enfermagem.

Referência:

KALINOWSKI, C. Elizabeth. **Programas de Atualização em Enfermagem**. Artmed editora Ciclo2 Módulo4. Porto Alegre, 2007.

MICELE Tânia. **Enfermagem Médica e Hospitalar**. Editora Rideel. 1ed- São Paulo, 2005.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

Site Visitado:

[http://143.107.64.15/arquivos/sua\\_doenca/tecnicas%20de%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20de%20insulina.pdf](http://143.107.64.15/arquivos/sua_doenca/tecnicas%20de%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20de%20insulina.pdf).



## POP - VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

**Definição:** Glicemia capilar, coleta de sangue de capilares sanguíneo geralmente do dedo, através da perfuração cutânea por uma lanceta e a dosagem de glicose é verificada em aparelhos próprios para esse fim.

**Objetivo:** Medir valores aproximados da glicose sanguínea circulante no sangue do paciente.

**Finalidade:** Verificar os níveis de glicose no sangue por meio de fita reagente.

### Materiais:

Algodão com antisséptico padronizado;

Algodão seco;

Agulha 13 x 4g descartável;

Aparelho para medição de glicemia ou fita de Haemo-glukotest® com escala de valores, contida na própria embalagem do Haemo-glukotest®;

Luvas de procedimentos.

### Procedimentos:

Preparar o material necessário para o procedimento numa bandeja;

Realizar a higienização das mãos;

Levar o material no quarto do paciente;

Explicar o procedimento ao paciente, solicitando que ele lave as mãos caso seja necessário;

Ligar o aparelho e verificar calibração, observar se o código das fitas é compatível com o do aparelho bem como a data de validade das mesmas;

Retirar a fita e tampar o frasco;

Carregar a lanceta na caneta (se houver) ou separar uma agulha (preferencialmente de insulina);

Calçar as luvas de procedimento;

Ligar o aparelho e introduzir a fita, conforme orientação do fabricante; Fazer assepsia do dedo com algodão embebido em álcool 70% e deixar secar.

Pressionar a ponta de um dos dedos mantendo abaixo do nível do coração para melhorar a circulação;

Picar a lateral do dedo, fazendo pressão até formar uma boa gota de sangue;

Pingar a gota de sangue no local indicado na fita, sem encostar o dedo;

Colocar o algodão seco sobre o local puncionado e solicitar que o paciente faça compressão, caso esteja consciente e orientado;

Proceder conforme orientação do fabricante, aguardar o resultado e anotar o valor.

Retirar a lanceta (ou agulha) e a fita e desprezar no recipiente de material perfuro-cortante;

Retirar as luvas de procedimento;

Deixar o paciente confortável;

Recolher o material, mantendo a unidade organizada;

Encaminhar o material permanente e o resíduo para o expurgo;

Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar álcool 70%.

Realizar higienização das mãos;

Checar e anotar o procedimento realizado registrando o valor obtido.

#### Recomendações:

Verificar o prazo de validade das fitas.

Rodiziar os locais de punção, perguntando ao paciente onde foi o local da última punção, ou por observação direta dos dedos.

Inclinar a mão do paciente para baixo favorece o enchimento capilar mais rápido.

Nunca esfregar a fita reagente no sangue que ficou aderido a pele.

Não é recomendado utilizar sangue de artérias ou veias, o exame é destinado especificamente para obtenção dos padrões da glicemia nos vasos capilares.

Resultados Normais: Glicemia de Jejum = menor que 110mg/dl

Antes do almoço ou jantar = 70 a 110mg/dl

Uma hora após refeições = menor 160mg/dl

Duas horas após refeições = menor 120mg/dl.

#### Referencia:

1. Carman, Maria Isabel Sampaio e tal, Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem, São Paulo, Inter livros,1997
2. Nettina, Sandra M., Práticas de Enfermagem, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, Sexta Edição, 1998
3. Mayor, Eliana R. Carlessi ; Mendes, Edoília M. Teixeira; Oliveira, Katia Regina, Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem, São Paulo, Editora Atheneu,1999.
4. Alexandre, Neusa M. Costa; Brito, Edineia, Procedimentos Básicos de Enfermagem do



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**FUNDADA EM 1935**

**Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422**

**Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71**

**Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66**

**Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016**

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, São Paulo, Editora Atheneu, 2000.

5. Brunner e Suddarth, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 8ª edição, 2000

6. Posso, Maria Belém Salazar, Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem, São Paulo, Editora Atheneu, 2002.

7. Silva, Lolita Dopico da; Pereira, Sandra Regina Maciqueira; Mesquita, Ayla Maria Farias de, Rio de Janeiro, MEDSI Editora Médica e Científica, 2004

## POP - ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**Definição de Anotação de Enfermagem:** descrição do problema apresentado pelo paciente, a qual inclui: dados observados pelo enfermeiro, informações prestadas pelo paciente, julgamentos realizados pelo enfermeiro, decisão tomada e avaliação.

São dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados/ prescrição; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados, respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem;

**Objetivo:** Fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade da assistência de enfermagem e das informações dos atendimentos.

**Finalidade:** Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência; As anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com nome completo do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

### Material:

Prontuário ou Impresso de prescrição de enfermagem próprio da unidade;

Caneta azul ou preta se diurno e caneta vermelha se for noturno;

### Procedimento:

**Durante a admissão devem ser anotados:**

Nome completo do paciente, data e hora da admissão;

Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas);

Presença e acompanhante ou responsável;

Condições de higiene;

Queixas relacionadas ao motivo da internação;

Procedimentos/cuidados realizados, tais como: sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames e orientações prestadas.

Para administração de medicamentos devem ser anotados os seguintes itens:

Somente anotar os itens administrados;

Caso medicamento injetável registrar o local administrado e não se esquecer de fazer referência ao lado (esquerdo ou direito) do corpo;

No caso de não administrar medicamento deve-se apontar o motivo.

Responsabilidade;

Técnico e auxiliar de enfermagem.

Referências:

CONSELHOREGIONALDEENFERMAGEM-SP. COREN. **Anotações de Enfermagem**. São Paulo, 2008.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 6ed. Rio de Janeiro. Guanabara, Koogan, 2006.

## POP - TÉCNICA DE LAVAGEM DE MÃOS

**DEFINIÇÃO:** A lavagem das mãos é, sem dúvida, a rotina mais simples, mais eficaz, e de maior importância na prevenção e controle da disseminação de infecções, devendo ser praticada por toda equipe. As mãos devem ser lavadas antes e após todo e qualquer procedimento.

**OBJETIVO:** É a lavagem das mãos e o cuidado que evita infecção cruzada, a veiculação de microorganismos:

Um paciente para o outro;

De um paciente para o profissional;

De utensílios permanentes para o profissional ou para o paciente (camas, telefone, etc.);

Podemos citar que a lavagem das mãos tem por finalidade:

Diminuir o número de microorganismos;

Sujidades, substâncias tóxicas e medicamentosas;

Evitar disseminação de doenças;

Proteger a saúde do profissional.

Material:

- sabão de preferência líquido, toalha de papel.

Técnica:

- 1- Retirar relógios, jóias e anéis das mãos e braços (pois acumulam bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos);
- 2- abrir a torneira;
- 3- molhar as mãos;
- 4- passar o sabão;
- 5- friccionar bem;
- 6- passar as mãos ensaboadas na torneira;
- 7- conservá-la aberta;
- 8- proceder assim:
- 9- palma com palma;
- 10- palmas no dorso (incluso entre os dedos);
- 11- dorsos na palma (incluso entre os dedos);
- 12- ponta dos dedos em concha e vice-versa; unhas
- 13- polegares;
- 14- costas das mãos;
- 15- enxaguar;
- 16- com as mãos em concha, jogar água na torneira;
- 17- pegar o papel toalha;
- 18- secar as mãos;
- 19- com o papel, secar a torneira e fechá-la.

Proteja-se:

Lave corretamente as mãos;

Utilize corretamente os equipamentos de proteção individual - EPI.



#### Lembretes técnicos:

O uso de luvas não exclui a lavagem das mãos.

Manter líquidos antissépticos para uso, caso não exista lavatório no local.

Tem-se comprovado que a contagem de microrganismos sob as unhas e quando se está usando anéis, relógio, pulseiras é mais alta.

Mantenha as unhas tão curtas quanto possível, e remova todas as joias antes da lavagem das mãos.

Realize o mesmo procedimento a cada paciente ou ensaio.

A lavagem das mãos deve ser feita em uma pia distinta daquela usada para a lavagem do instrumental, vidrarias ou materiais de laboratório.

Deve-se evitar lesionar as mãos. Caso as luvas sejam rasgadas ou puncionadas durante quaisquer procedimentos, elas devem ser removidas imediatamente, e as mãos devem ser lavadas cuidadosamente.

Profissionais com lesões nas mãos ou dermatites devem abster-se, até o desaparecimento dessas lesões, de cuidar de pacientes e de manipular instrumentos, aparelhos ou quaisquer materiais potencialmente contaminados.

No caso de dúvida "LAVE SUAS MÃOS"



Site Visitado:

<http://enfermagematual.blogspot.com.br/2008/02/tecnica-de-lavagem-das-mos.htm>

## **POP - ROTINAS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS SALAS DE PROCEDIMENTOS**

**EXECUTANTE:** Técnicos de Enfermagem

**OBJETIVO:** Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de procedimentos.

**PASSOS:**

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

## POP - CURATIVOS

**DEFINIÇÃO:** O curativo compreende todo o processo de limpeza, desbridamento, seleção da cobertura e/ou tratamento tópico do local. É também considerado como um meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura sobre uma ferida limpa.

**OBJETIVO:** Estabelecer rotinas de execução de procedimentos de enfermagem. É um procedimento técnico realizado pela equipe de enfermagem e/ou médica.

### FINALIDADE:

A proteção e a cicatrização das feridas:

Impedir a perda excessiva de líquidos;

Proteger da ação de agentes externos;

Manter a temperatura corpórea;

Sintetizar vitamina D com a exposição aos raios solares;

Agir como órgão do sentido;

Participar de termorregulação.

As lesões teciduais diminuem as defesas normais do organismo contra infecções, além disso, o fluido que sai da lesão oferece um meio favorável ao crescimento de microrganismos. A avaliação primária de uma lesão deve considerar todos os critérios de classificação de feridas causa etiologia, agente causador, conteúdo microbiano, características do exsudato e dos tecidos e todos os fatores locais e sistêmicos que possam influenciar prejudicialmente processo cicatricial.

### FINALIDADES DO CURATIVO:

Limpar a ferida;

Proteger a ferida de lesões mecânica;

Prevenir contaminação exógena;

Absorver secreções;

Minimizar o acúmulo de fluídos por compressão;

Inibir ou destruir microrganismos com curativos com propriedades antissépticas ou antimicrobianas;

Proporcionar meio fisiológico que conduza á cicatrização;

Imobilizar a ferida;

Proporcionar conforto mental e físico ao paciente.

A realização de um curativo deve obedecer aos princípios básicos de assepsia onde preconiza:

1-Lavar as mãos antes e após o curativo;

2-Obedecer aos princípios de assepsia;

3-Remover assepticamente tecidos desvitalizados ou necrosados;

4-Obedecer ao princípio de realização do procedimento do local menos para mais contaminado;

5-Utilizar luvas não estéreis na possibilidade do contato com sangue ou demais fluidos corporais;

6-Utilizar luvas estéreis em substituição ao material de curativo estéril ou em procedimento cirúrgico (debrimento).

## **NORMAS TÉCNICAS PARA REALIZAÇÃO DO CURATIVO: TÉCNICA ASSÉPTICA OU ESTÉRIL:**

As mãos devem ser lavadas com solução antisséptica antes e após o curativo;

Deve ser utilizado material ou luvas estéreis para manipulação da lesão;

A limpeza deve ser feita com solução estéril e utilizar cobertura estéril;

Recomenda-se a utilização exclusiva da técnica estéril para o tratamento hospitalar de ferida, devido aos riscos aumentados de colonização das lesões.

## **TÉCNICA LIMPA:**

As mãos devem ser lavadas com solução antissépticas ou água e sabão antes e após o curativo;

Pode ser utilizado material limpo para manipulação da lesão;

A limpeza da lesão poderá ser feita com SF 0,9 %, porém a cobertura da lesão deve ser preferencialmente estéril;

Esta técnica pode ser utilizada no tratamento domiciliar e criteriosamente nos tratamentos ambulatoriais;

Curativos removidos para inspeção da lesão devem ser trocados imediatamente.

## **PROCEDIMENTO E MATERIAL UTILIZADO PARA CURATIVO:**

Lavar as mãos com solução antisséptica;

Reunir o material necessário e levá-lo próximo ao local a ser realizado o curativo; Explicar ao paciente o que será feito;

Fechar a porta para privacidade do paciente;

Proteger o paciente com biombo se necessário;

Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;

Abrir pacote do curativo com técnicas assépticas;

Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;

Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;

Utilizar jatos suaves de SF 0,9% para auxiliar a remoção das gazes aderidas à lesão;

Remover com jatos suaves de SF 0,9% o excesso de exsudato e tecidos desvitalizados;

Calçar as luvas;

Remover o curativo anterior com pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo;

Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica. Com movimentos suaves, a proceder à limpeza da lesão, obedecendo às normas básicas de assepsia (do menos contaminado para o mais contaminado).

Antissepsia da pele ao redor da ferida com solução de clorexidina aquosa 0,2% (prevenção de colonização);

Lavar o leito da ferida com grande quantidade de SF 0,9%. Colocar gazes ou compressas próximas à ferida para reter a solução drenada;

Se necessário, remover os resíduos de fibrina; ou tecido desvitalizado utilizando debridamento cirúrgico;

Cobrir todo o leito da ferida (cobertura primaria) em quantidade suficiente para manter o leito da ferida úmida, utilizando um curativo;

Ocluir a ferida com gaze estéril (cobertura secundaria), e fixar com esparadrapo ou atadura de crepe quando necessário;

Deixar o paciente confortável;

Lavar as mãos;

Anotar na ficha de enfermagem, as características da ferida, coletando todas as informações disponíveis e assinar como responsável pelo preenchimento.

#### **OBSERVAÇÃO 1:**

-Cobertura primaria é a que permanece em contato direto com a ferida;

-Cobertura secundaria é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primaria.

#### **MATERIAL PARA FERIDAS ABERTAS:**

Bandeja contendo; 1 pacote de curativo estéril;

Gazes estéreis;

Esparadrapo ou micropore;

1 lâmina de bisturi n 23 com cabo, estéril;

Pia ou 1 bacia;

Ataduras de crepe;

Chumaço de algodão estéril, ou compressa estéril;





## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

Luvas estéreis.

**Debridamento Mecânico com Instrumentos de Corte:** Bandeja contendo: 1

pacote de curativo estéril;

Gaze estéril;

Lâmina de bisturi com cabo;

Luva estéril;

Cuba redonda;

Campo fenestrado;

Soro fisiológico 0,9%.

### **Observação2:**

Não usar solução degermante (clorexidina 2/%) Para curativos;

Em mucosas.

Não usar solução alcoólica (clorexidina 5%)

Em mucosas;

Para degermação /antissepsia das mãos dos profissionais de saúde;

Não usar para curativos de ferida cirúrgica, ulcera de decúbito e outras lesões na pele,  
etc.

**A UTILIZAÇÃO DA SULFADIAZINA DE PRATA EM CURATIVOS:**

**SULFADIAZINA DE PRATA**— sulfadiazina de Prata 1,00% -



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422  
Isento do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71  
Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66  
Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

**Função** — Antimicrobiano tópico de quarta geração

**Indicação** — queimadura, tecido desvitalizado: fibrinoso, fibrose, necrose, tem poder bactericida.

**Contra-Indicação** — sensibilidade aos componentes

Frequência de Troca — diária

### TÉCNICA DO CURATIVO:

Remover curativo anterior, umedecendo bem a cobertura com S.F. 0,9 % até soltar as compressas de gaze, cuidado para não promover trauma.

-Remover tecidos desvitalizados e resíduos da pomada.

-Realizar a limpeza com S.F. 0,9%%.

-Passar uma fina camada de sulfadiazina de prata sobre a lesão, em tecido perilesional é necessário passar uma solução de AGE (ácidos graxos essenciais) para proteção do tecido.

-Neste tipo de cobertura deverá ser usado compressas de gaze, chumaço ou bandagem para finalizar.

Referências:

Site Visitado: [http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/ODA\\_ROSELI/PDF/manual\\_rotinas%20.pdf](http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/ODA_ROSELI/PDF/manual_rotinas%20.pdf)



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

## POP - TÉCNICA DE CALÇAR E RETIRAR AS LUVAS

### CALÇAR E RETIRAR LUVAS:

**DEFINIÇÃO:** O uso de luvas nos serviços de assistência à saúde se deve à necessidade de proteger os profissionais e pacientes do risco de infecção cruzada

**OBJETIVO:** Reduzir o índice de infecção; - Evitar contaminação durante e após o procedimento (autoproteção e proteção do cliente).

**FINALIDADE:** Recomenda que luvas devam ser usadas devido a duas principais razões:

1. Para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais.
2. Para reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro.

### COMPETÊNCIA:

- Compete ao Enfermeiro treinar e supervisionar a execução da rotina;
- Compete ao profissional de Enfermagem a execução da rotina.

### Material:

- Água; - Sabão líquido;
- Álcool 70% glicerinado;



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

- Papel toalha;

- Pacote com luva esterilizada.

Procedimento: - Lavar as mãos até o antebraço com água e sabão;

- Enxugar as mãos com papel toalha; - Friccionar álcool 70% glicerinado;

- Abrir o envelope de luvas;

- Retirar uma luva pela parte dobrada e calçar, depois de retirar a outra com a mão enluvada segurando por dentro da parte dobrada. Ou pegar as duas luvas pela parte dobrada e calçá-las individualmente;

- Ajustar ambas as luvas;

- Ter cuidado para não haver contaminação.

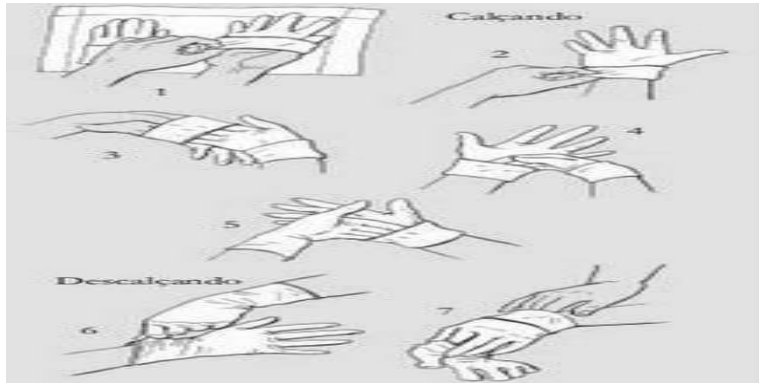
- Retirar luvas:

- Pegar a luva por cima sem tocar na pele;

- Retirar a outra luva com a mão que se encontrar sem luva, segurando por dentro, sem tocar na parte externa da mesma; - Colocar o ambiente em ordem;

- Levar.

Calçando e descalçando luvas estéreis



Abra o pacote de luvas posicionando a abertura do envelope para cima e o punho em sua direção (figura 1). Toque somente a parte externa do pacote, mantendo estéreis a luva e a área interna do pacote, Segure a luva do punho, pois é a parte que irá se aderir á pele ao calçá-la, única face que pode ser tocada com a mão enluvada (figura1)-desta forma, sua parte externa se mantém estéril (figura 2). Para pegar a outra luva introduza os dedos da mão enluvada sob a dobra do punho (figura3) e calce-a ajustando-a pela face externa (figura 4 e 5). Calçando a luva, mantenha distância dos mobiliários e as mãos em nível mais elevado, evitando a contaminação externa da mesma. Após o uso, as luvas estão contaminadas. durante sua retirada a face externa não deve tocar a pele. Para que isso não ocorra, puxe a primeira luva em direção aos dedos, segurando-a na altura do punho com a mão enluvada (figura 6); em seguida, remova a segunda luva segurando-a pela parte interna do punho e puxando-a em direção aos dedos (figura7). Esta face deve ser mantida voltada para dentro para evitar auto- contaminação e infecção hospitalar.

Referência:

Site visitado:

<http://auxiliardasaude.blogspot.com.br/2012/06/luvas-esterilizadas-e-de-procedimento.html>

## POP- DE ANÁLISE DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. Definição: Análise da prescrição médica para verificar as possíveis interações medicamentosas existentes e os possíveis erros na prescrição de medicamentos.
2. Objetivo: Visa promover o uso racional e seguro dos medicamentos.
3. Responsável:Farmacêuticos
4. Frequência:Diária.
5. Procedimento:
  - ✓ Ao receber a prescrição médica na farmácia, analisá-la quanto possíveis interações medicamentosas, incompatibilidade físico-química, posologia, via de administração (cuidado com paciente em uso de sonda nasoenteral –SNE);
  - ✓ Observação: Qualquer dúvida consultar as bulas; artigos científicos; sites de confiança, como por exemplo, [https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug\\_list=1489-0,1612-0,1991-0,672-332](https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=1489-0,1612-0,1991-0,672-332);
  - ✓ Na presença de alguma inconsistência, ligar para o médico prescritor e relatar o ocorrido;
  - ✓ Avisar e orientar a supervisora da enfermagem sobre a mudança, assim como os colaboradores da farmácia;
  - ✓ Anotar as alterações necessárias na segunda via(farmácia);
  - ✓ Carimbar (prescrição liberada) e assinar.
6. Itens de controle: Prescrição do paciente, prontuário e a ficha de reconciliação medicamentosa, se o paciente estiver fazendo uso de medicamento domiciliar.

## POP - ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

1. **Definição:** Armazenamento de medicamentos e materiais de acordo com as normas de temperatura, umidade e condições de armazenamento.
2. **Objetivo:** Visa garantir a segurança e conservação dos medicamentos imateriais.



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

**3. Responsável:** Farmacêuticos e Auxiliares administrativos.

**4. Frequência:** Sempre que chegar mercadoria.

Procedimento:

- ✓ Receber os medicamentos e materiais e verificar quanto ao armazenamento indicado pelo fabricante;
- ✓ Os medicamentos e os materiais permanecem em suas embalagens originais e são armazenados em prateleiras, não ficando em contato direto com a parede e com o chão e em locais que não recebam luz direta do sol. A sala de estocagem deverá ser refrigerada e manter a temperatura entre 15°C e 30°C;
- ✓ Os medicamentos e materiais devem ser ordenados por data de validade;
- ✓ Os medicamentos termo lábeis são rapidamente armazenados em geladeiras com temperatura entre 2°C e 8°C e estocados de acordo com o prazo de validade;
- ✓ Os medicamentos sob controle especial são estocados em armário com chave e com acesso somente ao farmacêutico responsável pelo plantão;
- ✓ Os medicamentos e materiais que serão dispensados ficam estocados em prateleiras e podem ser retirados de suas embalagens secundárias, longe da exposição solar e mantidos em temperatura entre 15°C e 30°C.



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**FUNDADA EM 1935**

**Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422**

**Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71**

**Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66**

**Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016**

Itens de controle:

- ✓ Temperatura;
  
- ✓ Umidade;
  
- ✓ Prazo de validade.

Referências:

Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. Disponível em <  
<http://www.sbrafh.org.br>>. Acessado em 01 de setembro de 2016.



## PROTOCOLO DE CONFERÊNCIA DE NOTAS FISCAIS

- 1. Definição:** Conferência de notas fiscais(NF).
- 2. Objetivo:** Visa garantir que os produtos recebidos são os que realmente constam na nota fiscal.
- 3. Responsável:** Farmacêutico e/ou auxiliares administrativos.
- 4. Frequência:** Dias alternados ou sempre que necessário.

### Procedimento:

- Conferir as receitas com as notas de dispensação;
- Receber a NF observando o destinatário, a razão social, o endereço e a data para pagamento;
- Conferir detalhadamente na NF as especificações dos produtos solicitados: quantidade, apresentação, embalagem, forma farmacêutica requerida;
- Conferir a natureza da operação, valor unitário e total da NF;
- Conferir a NF emitida pelo fornecedor com a solicitação de compra, observando se há fidedignidade entre as quantidades, marca, preço e os itens solicitados;
- Verificar por amostragem o cumprimento das especificações técnicas sobre o estado das embalagens, rótulos, data de vencimento, número do lote, concentração, forma farmacêutica e transporte de acordo com as condições de conservação exigidas;
- Carimbar na NF que recebeu os produtos constantes da NF integralmente, e que está de acordo com o empenho, datando e identificando o receptor com carimbo e



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**FUNDADA EM 1935**

**Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422**

**Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71**

**Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66**

**Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016**

assinatura;

- Remeter a 1ª via da NF ao setor financeiro, escâner uma cópia e arquivar a solicitação de compra.

Itens de controle:

- Verificar se todos os itens da nota fiscal estão de acordo com a mercadoria recebida.

## POP - PARA CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE

**1. Definição:** Controle da temperatura ambiente, refrigeradores e da umidade.

**2. Objetivo:** Garantir a estabilidade dos medicamentos e correlatos durante todo o prazo de validade, por meio do acondicionamento em temperatura e umidade adequada. Além de orientar e esclarecer dúvidas, referentes aos registros.

**3. Responsável:** Auxiliares administrativos.

**4. Frequência:** Diária (manhã hectare)

Procedimento:

- Manter um termômetro em cada geladeira que armazenar medicamentos e correlatos;
- Manter um termômetro de temperatura ambiente, fixado em local de fácil visualização;
- Verificar diariamente a temperatura ambiente, das geladeiras e a umidade, duas vezes ao dia, registrando em planilha específica, a marcação máxima e mínima;
- Descongelar as geladeiras mensalmente;
- Solicitar ao grupo de apoio a limpeza dos aparelhos de ar condicionado semanalmente;
- Comunicar o farmacêutico no caso de registro de temperatura fora dos limites aceitáveis para armazenamento de medicamentos e correlatos.



**IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**FUNDADA EM 1935**

**Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422**

**Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71**

**Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66**

**Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016**

*Observação: Temperaturas ideais: Ambiente de 15–30°C; interna do refrigerador de 2–8°C e a umidade de 40 –70%.*

**5. Itens de Controle:** Evitar o armazenamento de produtos em contato com as paredes que ficam as geladeiras.

**Referências:**

Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar, 2012. Disponível em <[www.crf-pr.org.br](http://www.crf-pr.org.br)>

Cartilha Farmácia Hospitalar, 2013. Disponível em <[www.portal.crfsp.org.br](http://www.portal.crfsp.org.br)>

## POP - PARA FRACIONAMENTO DE COMPRIMIDOS

**1. Definição:** Fracionamento de comprimidos.

**2. Objetivo:** Controlar o estoque com ênfase em validade, rastreabilidade de lotes e controle de qualidade; Controlar o prazo de entrega e validação de compra; Orientar e esclarecer dúvidas referentes ao recebimento de medicamentos e materiais.

**3. Responsável:** Auxiliares administrativos.

**4. Frequência:** Semanal ou quando for necessário.

Procedimento:

- ✓ Separar os medicamentos a serem fracionadas de acordo com a demanda;
- ✓ Realizar a limpeza da máquina seladora, da tesoura e da bancada com álcool a 70%;
- ✓ Separar os sacos e as etiquetas (retirar no sistema após entrada);
- ✓ Fazer higienização das mãos;
- ✓ Realizar o fracionamento, conferência dos itens e quantidades dos medicamentos fracionados;
- ✓ Guardar os medicamentos fracionados nas suas respectivas embalagens



## IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI

FUNDADA EM 1935

Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422

Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71

Registrada no Conselho Nacional de Serviço Social nº 6.393/66

Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016

secundárias.

Itens de Controle:

- ✓ Fracionar sempre um item de cada vez, evitando troca de etiquetas durante o processo;
- ✓ Verificar validades ao separar para fracionamento e ao guardar os medicamentos fracionados, priorizando sempre aqueles com vencimento mais próximo.
- ✓ Atenção ao identificar as embalagens.

Referências:

Guia de Orientação do Exercício Profissional em Farmácia Hospitalar, 2012. Disponível em <[www.crf-pr.org.br](http://www.crf-pr.org.br)>. Acessado em 04 de novembro de 2016.

Cartilha Farmácia Hospitalar, 2013. Disponível em <[www.portal.crfsp.org.br](http://www.portal.crfsp.org.br)>. Acessado em 04 de novembro de 2016.



## **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**

**FUNDADA EM 1935**

**Declarada de Utilidade Pública pelos Decretos: Federal nº 59.502/66 – Estadual nº 9.745 e Municipal nº 422**

**Isto do Imposto de Renda – Ato Declaratório – Isenção nº 81000/13/71**

**CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – Portaria nº 1.034 de 25/08/2016**

**Organização Social de Saúde – Portaria nº 54/2016 de 27/10/2016**

# **ANEXO II**

## **REGIMENTO INTERNO DA OS**