

Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.526

OBJETO:

Seleção emergencial de instituição sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social na área da saúde (OSS), para celebração de CONTRATO DE GESTÃO visando o gerenciamento institucional de ações e serviços em saúde na Maternidade Dr. Peregrino Filho, doravante MDPF, localizada no Município de Patos, Estado da Paraíba, funcionando em tempo integral (24 horas/dia), segundo as normas do projeto básico, bem como de seus anexos.



ÍNDICE
VOLUME I

1. TÍTULO.....	11
2. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO GERENCIAL.....	11
2.1. O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde - RAS.....	11
2.1.1 Urgência e Emergência e a Rede de Atenção Materna e Infantil.....	20
2.1.1.1 Rede de Atenção Materna Infantil.....	31
2.1.2 O Contexto Atual no Estado da Paraíba.....	36
2.1.3 Município de Patos.....	48
2.1.4 Inserção no Sistema de Saúde da Maternidade de Patos.....	50
2.2 Modelo Gerencial.....	60
2.2.1 Características.....	63
2.2.2 Objetivo Geral.....	64
2.2.3 Objetivos Específicos.....	65
2.2.4 Diretrizes Operacionais.....	66
2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado.....	70
2.2.6 Ações Estratégicas.....	73
2.3 Proposta de Estrutura Organizacional e Organograma.....	78
2.3.1 Descrição do Perfil Técnico para Nomeação dos Membros da Estrutura Organizacional Proposta: ATÉ 3º NÍVEL.....	80
2.4 Descrição das Rotinas Gerenciais da Equipe Gestora.....	85
2.5 Descrição das Ferramentas de Modernização Gerencial.....	88
2.5.1 Área de Qualidade.....	88
2.5.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde: Comitê de Qualidade.....	88
2.5.1.2 Garantia da Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.....	95

2.6 Desenvolvimento de Liderança Institucional: Equipe Gerencial e Grupo de Colaboradores.....	99
2.7 Descrição do Modelo de Gestão de Materiais e Patrimônio.....	118
2.7.1 Renovação e Reposição de Estoque.....	119
2.7.2 Recebimento dos Materiais.....	120
2.7.3 Sistema Eletrônico.....	122
2.7.4 Controle Patrimonial.....	122
2.7.5 Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado.....	123
2.7.6 Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais.....	125
2.7.7 Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais.....	126
2.7.8 Inventários.....	127
2.8 Manutenção Predial.....	128
2.9 Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares.....	163
2.10 Gestão da Informação.....	167
2.10.1 Estruturação.....	167
2.10.1.1 Objetivos e Níveis de Atuação.....	168
2.10.1.2 Os Níveis de Aplicação.....	168
2.10.1.3 Níveis de Desenvolvimento.....	169
2.10.1.4 Organização Interna do CIH.....	170
2.10.2 Projeto: Implementação de Sistemas de Gestão.....	173
2.11 Relacionamento Institucional.....	186
2.11.1 Introdução.....	186
2.11.2 Relação e Parceria Institucional.....	187
2.11.3 Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.....	188
2.12 Apresentação de Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS).....	192

2.13 Proposta de Programa de Gerenciamento de Riscos.....	202
2.14 Processamento de Contas Hospitalares.....	205
2.15 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações.....	210
2.16 Descrição das Rotinas Administrativas de funcionamento e atendimento interno e externo.....	220
2.16.1 Descrição do Sistema de Identificação dos Colaboradores.....	225
2.17 Comissões Técnicas.....	227
2.17.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar – CCIH.....	228
2.17.2 Comissão de Ética Médica.....	247
2.17.3 Comissão de Ética de Enfermagem.....	257
2.17.4 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.....	263
2.17.5 Comissão de Verificação de Óbitos.....	273
2.17.6 Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia.....	280
2.17.7 Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral.....	285
2.17.8 Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos.....	290
2.17.9 Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança.....	294
2.17.10 Comissão de Gerenciamento de Resíduos.....	300
2.17.11 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.....	302
2.17.12 Comissão de Educação Permanente.....	314
2.17.13 Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais.....	329
2.17.14 Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal.....	331
2.17.15 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOTT.....	337
2.17.16 Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	341
2.17.17 Comissão de Epidemiologia Hospitalar.....	350
3. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	353
3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência.....	357

3.1.1 Pontos de Atenção.....	358
3.1.2 Sistema de Apoio.....	379
3.1.3 Sistema Logístico.....	397
3.1.4 Sistema de Governança.....	415
3.2 Protocolos Clínicos de Atendimento.....	415
3.2.1 Manual Técnico de Atenção à Gestante.....	434
3.3 Mecanismos de Informação aos Usuários.....	525
3.3.1 Núcleo de Segurança do Paciente.....	550

1. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços e Ações de Saúde na **MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO, de Patos, conforme** Seleção Emergencial/Processo Administrativo Nº 24.05.19.526.

2. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO GERENCIAL

2.1 O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde - RAS

A **Constituição Federal de 1988** é uma conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária. Reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade, como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A **Constituição de 1988** incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, expressos nos artigos 196 a 200:

- o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- a criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- a integração da Saúde à Seguridade Social.

Apesar dos avanços propostos na nova legislação os interesses corporativos do setor privado e as divergências internas no Poder Executivo retardaram sua regulamentação. Apenas em setembro de 1990, a Lei n.º 8.080 — Lei Orgânica da Saúde - foi promulgada.

A **Lei n.º 8.080**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição.

Reafirma princípios e diretrizes como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, participação da comunidade, a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

Apesar da proposta aprovada pelo Congresso Nacional, o Presidente Collor efetuou um conjunto de vetos em dois eixos essenciais para a implantação do SUS: o da participação popular e controle social (Conselhos e Conferências de Saúde) e o do financiamento do SUS (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Também não foram incluídos dispositivos de regulação do setor privado, inclusive da atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

Esses vetos geraram intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias do Congresso e do Governo, o que resultou na **Lei n.º 8.142**, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tiveram representação garantida no Conselho Nacional de Saúde.

A Lei n.º 8.142 dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, criando os Fundos de Saúde em cada instância de governo e determinando que os repasses de recursos sejam feitos automaticamente, de fundo a fundo.

O Decreto Nº. 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamentou a **Lei 8080/90**.

O preceito constitucional do direito à saúde é um projeto nacional, de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo com justiça social. A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersectorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Esta deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a construção da cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e o conjunto da sociedade. A intersectorialidade alcança a sua máxima potência nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações. O SUS não pode ser analisado de forma isolada do conjunto da política social e econômica. A garantia do direito à saúde exige um volume crescente de recursos para realizar os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, promoção, prevenção, a educação em saúde, entre tantas outras.

Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis. Deve também ser flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos e com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

Ao mesmo tempo, é nítida a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contra referência), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção primária articulada aos demais níveis).

Apesar desses esforços, o ajuste estrutural representado pela necessidade de redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor saúde, contribui pesadamente para a exclusão imposta a segmentos expressivos da população.

O **Brasil** vive uma situação de saúde caracterizada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças em que convivem as doenças infecciosas, as causas externas e as doenças crônicas, mas com um forte domínio relativo das condições crônicas.

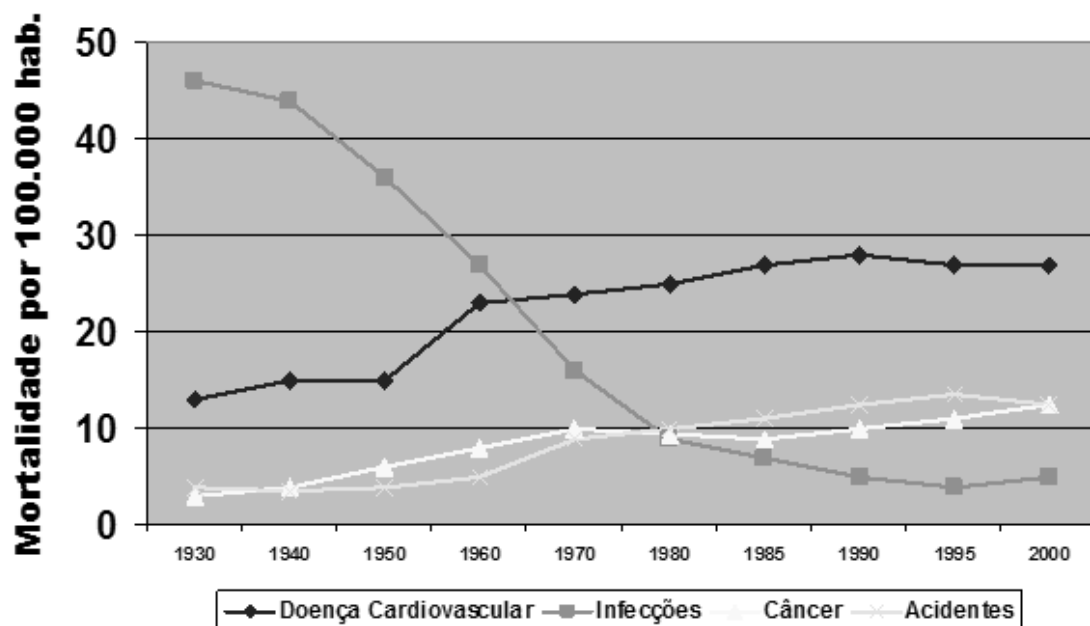
O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha, em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, mais de 50 milhões de pessoas idosas.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo de doenças crônicas. A PNAD 2003, do IBGE, mostra que, em 2003, 77,6% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles de mais de uma doença crônica. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, **Gráfico 01**, indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% e que este valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam em 2000, por quase 30% de todos os óbitos.

Gráfico 01 - Evolução da Mortalidade Proporcional segundo Causas, Brasil, 1930 a 2003 (até 1970 dados só de capitais)



Fonte: BARBOSA SILVA ET AL (2003)

O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha, em 2004, aproximadamente, 9,7% de habitantes com mais de 65 anos, alcançou em 2015, segundo dados da PNAD, 14,3% e passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, mais de 50 milhões de pessoas idosas. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo de doenças crônicas.

A PNAD 2003, do IBGE, mostra que, em 2003, 77,6% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles de mais de uma doença crônica. Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos. A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A figura abaixo compara as principais causas de mortalidade em 1990 e 2015. As taxas por Doença isquêmica do coração mantiveram-se em primeiro lugar no ranking tanto em 1990, quanto em 2015, seguida da doença cerebrovascular, Alzheimer passou de 5º para 6º lugar. Em 2015, as infecções respiratórias de vias aéreas inferiores passaram de 3º lugar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caiu de 3º para 4º lugar, diabetes passou de 7º para 5º lugar, a violência interpessoal cresceu de 9º para 7º lugar. Em 2015 os acidentes de trânsito ocuparam o 8º, as doenças renais crônicas o 9º, seguidas do câncer de pulmão em 10º. Destaca-se a importante queda das diarreias de 8º lugar em 1990 para 36º lugar em 2015, bem com a desnutrição caindo de 19º para 30º, as complicações neonatais do parto prematuro caindo de 10º para 27º lugar.

Figura 01:

1990		2015	
1 - Doença isquêmica do coração	209.4	1 - Doença isquêmica do coração	117.6
2 - Doença cerebrovascular	162.9	2 - Doença cerebrovascular	88.0
3 - DPOC	64.5	3 - Infecções respiratórias inferiores	47.0
4 - Infecções respiratórias inferiores	63.5	4 - DPOC	44.5
5 - Alzheimer	39.4	5 - Diabetes	37.5
6 - Acidente de trânsito	36.9	6 - Alzheimer	37.1
7 - Diabetes	35.9	7 - Violência interpessoal	27.8
8 - Doenças diarreicas	29.6	8 - Acidente de trânsito	24.8
9 - Violência interpessoal	28.3	9 - Doença renal crônica	21.4
10 - Complicações neonatais de parto prematuro	21.3	10 - Câncer de pulmão	18.3
11 - Doença renal crônica	20.6	11 - Doença cardíaca hipertensiva	20.6
12 - Câncer de estômago	19.8	12 - Câncer de próstata	13.4
13 - Câncer de pulmão	18.7	13 - Câncer colorretal	12.4
14 - Doença cardíaca hipertensiva	18.2	14 - Câncer de estômago	12.3
15 - Cardiomiopatia	14.0	15 - Cardiomiopatia	11.3
16 - Outras doenças cardiovasculares	12.7	16 - Outras doenças cardiovasculares	11.1
17 - Câncer de próstata	11.8	17 - HIV/AIDS	9.5
18 - Cirrose hepatite C	11.4	18 - Cirrose hepatite C	9.5
19 - Desnutrição proteico-calórica	11.4	19 - Quedas	9.3
20 - Câncer colorretal	10.3	20 - Câncer de mama	9.2
21 - Quedas	9.8	27 - Complicações neonatais de parto prematuro	5.9
22 - Câncer de mama	9.1	30 - Desnutrição proteico-calórica	5.6
42 - HIV/AIDS	4.5	36 - Doenças diarreicas	3.9

Fonte: Estudo Carga Global de Doenças. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Malta et al - Rev. bras. epidemiol. 2017.

A mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis, quando se redistribui as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres: **Tabela 01**

Tabela 01 - Mortalidade Proporcional por Categorias de Causas de Óbitos com Redistribuição das Causas Mal Definidas, por Região, Brasil, 2004.

REGIÕES	PORCENTAGEM
Norte	65,3
Nordeste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sudoeste	75,6
Sul	78,5

Fonte: MENDES, 2009.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

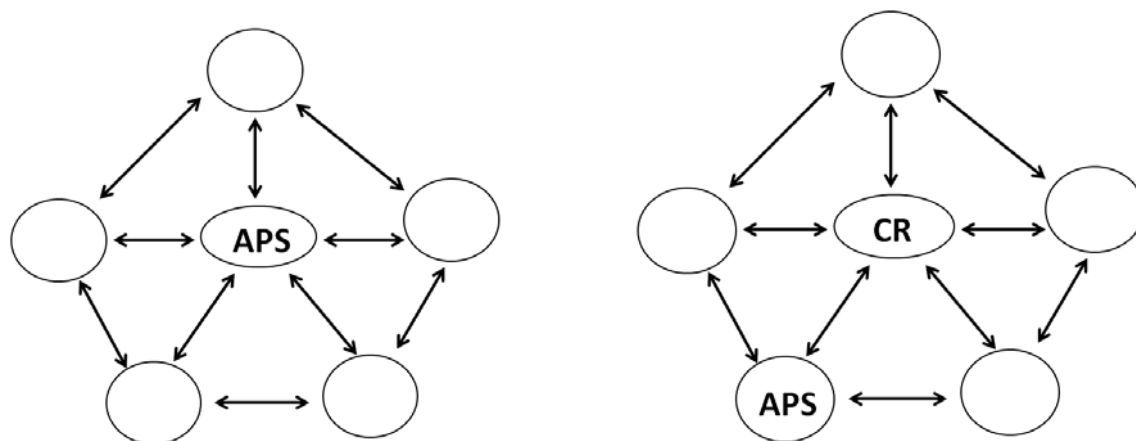
No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

As **Redes de Atenção à Saúde** são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

As diferenças entre as Redes de Atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da **Atenção Primária à Saúde - APS** e na **forma de regulação**, como mostra a **Figura 01**.

Nas **Redes de Atenção às Condições Crônicas** a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o Centro de Comunicação das RAS, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas **Redes de Atenção às Urgências e Emergências**, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema. (MENDES, EUGENIO VILAÇA, 2011).

Figura 02 - As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas



APS: Atenção Primária à Saúde

CR: Complexo Regulador

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

O aprimoramento do **processo de pactuação entre os gestores** e do relacionamento entre estes e os **Conselhos de Saúde** é fundamental para efetivar a **descentralização e a regionalização do SUS**, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **três esferas de governo** e o **Terceiro Setor**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a **qualidade e a integralidade** necessária para a atenção à saúde, são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

As Cirurgias Eletivas

A população brasileira convive, infelizmente, com limitações da saúde pública. Dentre as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se a dificuldade de acesso e resolubilidade, demonstrada tanto nas situações mais urgentes, com falta crônica de vagas, como também nas cirurgias eletivas, cuja realização encontra muitas vezes demora inaceitável em filas de espera.

Conforme recente análise do CFM, estima-se que cerca de 900 mil procedimentos cirúrgicos aguardam a sua realização, já com diagnóstico e indicação médica. São números impressionantes, que representam aproximadamente a metade de todo o volume de cirurgias na rede pública em 2016.

A dificuldade de acesso do cidadão ao sistema público de saúde se inicia na porta de entrada do SUS, com a dificuldade de agendamento; prossegue no acesso às especialidades médicas; e, por fim, após o diagnóstico e sua indicação de tratamento, culmina na lista de espera, que pode persistir por anos.

Como exemplos de referência, Portugal e Reino Unido têm resultados muito diferentes do Brasil. Em Portugal foi adotada, em 2004, a inclusão de pacientes em uma lista única, pública, sendo 270 dias o tempo máximo de espera para cirurgia. No Reino Unido, o prazo máximo é de 18 semanas, respeitado em 90% dos casos.

Cirurgias eletivas – Em 2017, foram feitas mais de 80,6 mil cirurgias eletivas no Brasil. Entre as cirurgias eletivas estão previstos procedimentos de média e alta complexidade, sem caráter de urgência, como cirurgias de pele, tecido subcutâneo, oftalmológicas; cirurgias das glândulas endócrinas; cirurgias do sistema nervoso central e periférico; cirurgias das vias aéreas superiores, da face, cabeça e pescoço; cirurgias e oncológicas; cirurgias do aparelho circulatório e digestivo e cirurgias do aparelho osteomuscular.

O modelo de fila única para cirurgias eletivas foi adotado no ano passado em uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Para receberem os recursos, Estados e Municípios devem estar com a fila única atualizada e cadastrada junto ao Governo Federal.

O Governo da Paraíba, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES) realizou no segundo semestre de 2017 um total de 4.716 cirurgias eletivas, atingindo 119% do recurso pactuado com o Ministério da Saúde. Desta forma, de acordo com a Portaria nº 397, de 21 de fevereiro de 2018, que redefine recursos financeiros apenas para os executantes que excederam seus tetos financeiros pactuados em CIB/2017, o Estado garante para exercício em 2018 o valor de R\$ 2.527.008,09.

Após a análise dos dados pelo Ministério da Saúde (considerando critérios como nome, cartão do SUS, sexo, data de nascimento, município, código de procedimento e a data da solicitação), em julho de 2017, a lista única da Paraíba foi aprovada pelo sistema com 5.496 usuários, pertencentes a 155 municípios do Estado. Ficaram 6.057 pacientes com pendências nos campos obrigatórios por parte do Ministério da Saúde e, sendo assim, com procedimentos não autorizados.

Considerando que na Paraíba os municípios são gestores plenos da saúde e que é necessária infraestrutura hospitalar para os procedimentos, ficou acordado em reunião que, para a realização das cirurgias eletivas, as listas dos municípios de Cajazeiras, Catolé do Rocha, Guarabira, Itabaiana, Monteiro, Mamanguape, Sousa, Patos, Piancó, Picuí, Pombal, Princesa Isabel e Queimadas ficariam sob a responsabilidade do Governo da Paraíba, já que seriam realizados em Hospitais Regionais de gestão estadual.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde: “O cumprimento da demanda foi acompanhado mensalmente pela SES, com cobranças quanto ao cumprimento pactuado junto aos executores e, chegando ao término do prazo estabelecido pela portaria, o cenário se deu, em gestão estadual, o único executante a cumprir o pactuado com o Ministério da Saúde”.

2.1.1 Urgência e Emergência e a Rede de Atenção Materna e Infantil

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, em consequência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O **aumento dos casos de acidentes e violência** tem forte **impacto** sobre o **SUS e o conjunto da sociedade**. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “**porta-de-entrada**” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desarticulados da atenção básica e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

As doenças do aparelho circulatório representam a principal **causa de óbito** no País (32%) e as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita.

Síntese do Panorama:

- **Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:**

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde.

Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos observar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos.

- **Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos:**

Apesar da mudança na Constituição Federal, sendo a saúde considerada direito de todos e dever do estado, ainda temos a predominância do modelo técnico-assistencial implementado, em especial, durante a ditadura militar. Assim, ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo, foi introjetado pela própria população.

- **Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:**

Por outro lado, a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

- **Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade:**

Tendo a rede de atenção se estruturado basicamente sobre os dois modelos extremos já mencionados, com pressão de oferta de alta complexidade por um lado e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade por outro, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências. Assim, observando-se o território nacional, vemos uma rede de unidades de “pronto atendimento” que, funcionando nas 24 horas, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida”.

- **Má utilização das portas de entrada da alta complexidade:**

Por tudo isso, os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos.

- **Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências:**

Enquanto nos grandes hospitais os pacientes se amontoam em macas por falta de leitos hospitalares para sua internação ou, ainda pior, ocupam as salas de “emergência” onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva, nos hospitais de pequeno porte temos taxas de ocupação que, na média do território nacional, não atingem os 50%.

- **Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal:**

As urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS. Os prontos-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes.

Com relação aos recursos humanos, destacam-se a informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências. Assim, nas portas de urgência se alojam ora profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho ora profissionais de idade já avançada que nelas encontram uma das poucas opções de complementação salarial ou, ainda, profissionais superespecializados que utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas.

- **Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores:**

O despreparo profissional mencionado acima está diretamente ligado a insuficiências da formação oferecida pelos aparelhos formadores, que obedecem ainda, majoritariamente, a lógica do mercado, sendo a atenção às urgências, como já mencionado, uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público.

- **Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde:**

Soma-se aos fatos já mencionados a não implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e o baixíssimo investimento em recursos humanos e em projetos de educação permanente, que geram descompromisso e desqualificação profissional progressivo.

- **Dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade da política nas pactuações:**

A estruturação histórica de um sistema marcado pela iniquidade de acesso fez com que a oferta de serviços se amontoasse nos grandes centros urbanos, atraindo a população de outros municípios menos distantes e deixando desassistidas grandes parcelas da população brasileira.

Esse modelo estrutural tem gerado disputa entre os territórios e a formação de barreiras técnicas, operacionais e administrativas no sentido de coibir a migração dos pacientes em busca da atenção à sua saúde.

Assim, faz-se necessário implementar ferramentas que estimulem e viabilizem a construção de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com financiamento e demais responsabilidades compartilhadas pelos governos federal, estaduais e municipais.

- **Incipiência nos mecanismos regionais:**

Os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contra referência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados.

- **Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas:**

As propostas hoje implantadas como a PPI, o PDR e o PDI contemplam, pelo menos em parte, as novas necessidades estruturais, porém, os mecanismos de avaliação e controle da implementação destas normas é ainda incipiente, o que compromete em muito o seu sucesso.

- **Falta de regulação:**

Apesar da fragilidade dos mecanismos de avaliação e controle, ações de repressão de demanda e de ajuste linear a limites financeiros historicamente estabelecidos são bastante frequentes. Neste cenário, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, embora sejam ainda muito timidamente desenvolvidas.

O **Ministério da Saúde**, ciente dos problemas existentes e em parceria com as **Secretarias de Saúde** dos **estados** e dos **municípios**, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população. Em **2003**, implantou a **Política Nacional de Atenção às Urgências** avançando na construção do SUS, tendo como **diretrizes** a **universalidade**, a **integralidade**, a **descentralização** e a **participação social**, ao lado da **humanização**, a que todo cidadão tem direito. Em **2011** lança a **PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011** que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A realidade da Atenção das Urgências no estado da Paraíba não difere da realidade conjuntural nacional. Nos dados que explicitam o Coeficiente de Mortalidade, para algumas causas selecionadas, a transição epidemiológica e a transição demográfica, pode-se constatar a similaridade com a realidade nacional.

Um dos maiores desafios encontrados hoje no Sistema de Saúde refere-se à dificuldade da Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema. É preciso empreender esforços em todos os níveis do sistema, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Neste sentido, mais do que alcançar metas quantitativas numéricas de atendimento, a execução da **Qualificação da Atenção às Urgências** deve ser desenvolvida visando:

Ampliar a compreensão da saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial e dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada.

O Sistema de Saúde precisa garantir atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada e organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das **linhas de cuidados** prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

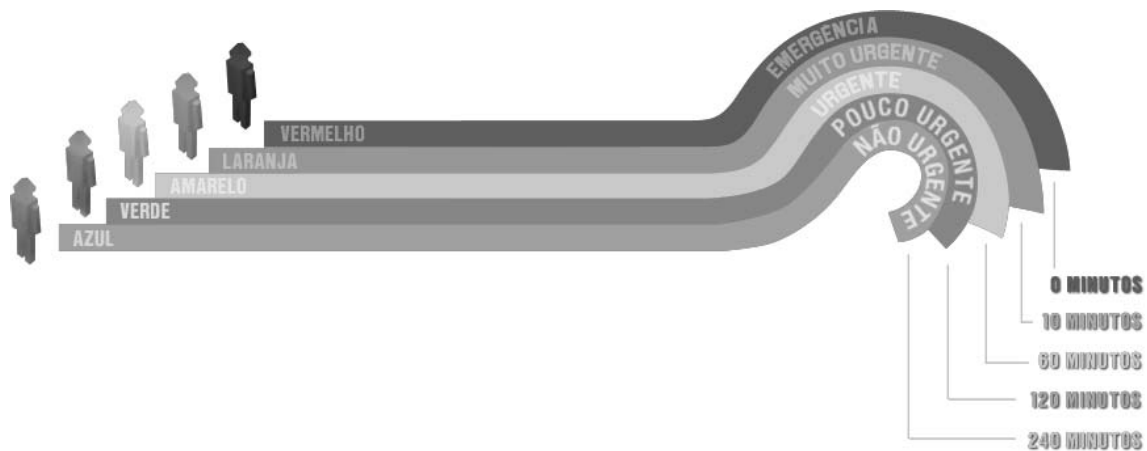
A **organização** das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo os seguintes critérios:

- I - utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- II - fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- III - discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- IV - pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- V - compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
- VI - informatização dos processos.

(CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

Figura 03: A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester



Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

No âmbito dos serviços de atenção à saúde, o **SAMU** se caracteriza como o Componente Pré-Hospitalar Móvel do Sistema de Urgência, sendo igualmente responsável pela regulação dos atendimentos de Urgência Pré-Hospitalares e pela regulação e execução das transferências de pacientes graves inter-hospitalares na sua região de abrangência.

Na **Rede de Atenção às Urgências** o **Complexo Regulador** deve atuar como elemento ordenador e orientador do Sistema de Urgência e Emergência, que tem por função organizar a relação entre os vários serviços, qualificando e garantindo o fluxo dos pacientes no Sistema e a **Central de Regulação do SAMU** atua gerindo uma porta de comunicação aberta aos usuários, através da qual as solicitações de socorro são recebidas, avaliadas, hierarquizadas e encaminhadas.

Dessa forma exige-se, por parte dos profissionais, a construção de um arcabouço teórico-prático com ênfase nos atendimentos de urgência/emergência.

O **Componente Hospitalar** deve ser estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências. Deve ainda priorizar a necessária e premente integração com a Rede de Atenção à Saúde, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar.

A rede de atenção às urgências e às emergências deve ser construída utilizando-se uma matriz, em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde.

Quadro 01:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192	Município
	UBS/PSF	1º atendimento o vermelho, laranja e amarelo. Atendimento verde e azul	Município
	Hospital Local	1º atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento azul, fora do horário da UBS Acolher azul	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento amarelo e verde Atendimento azul fora do horário da UBS Acolher azul	Município >200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Acolher azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme Protocolos Atendimento referenciado segundo protocolo Acolher azul	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Orientar verde e azul	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja Orientar verde e azul	Macrorregião
	Pronto-Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião

2.1.1.1 Rede de Atenção Materna Infantil

Como já referido em 2010 foi publicada a Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A RAS é caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Sua organização exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados.

A Portaria também define as atribuições da RAS:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Básica em saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
5. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
6. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
14. Gestão baseada em resultado.

Os princípios contemplados na estruturação dos pontos de atenção à saúde devem priorizar o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e a qualidade.

O Sistema de Saúde se apresenta fragmentado e sem integralidade nas ações. Além da segmentação, há ainda o problema da atitude dos profissionais, especialmente do médico, cujo trabalho é marcado pelo distanciamento com relação aos interesses dos usuários, bem como pelo isolamento com relação aos outros trabalhadores da saúde e pelo predomínio de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, isto é, por um modelo assistencial voltado para a produção de ações com base em procedimentos.

Os municípios desenvolvem um Modelo de Atenção voltado às condições agudas e a Atenção Básica é desenvolvida de forma fragilizada.

A mulher e a criança sem acesso a um modelo de atenção integral e com qualidade da atenção. Sem provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. **O estado da Paraíba apresenta também este contexto.**

É neste contexto que a proposta da Rede Cegonha foi formulada, considerando a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010, apresentando, porém, diferenças regionais significativas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Chama a atenção que apesar da ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, continua elevada a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica se mantém como a causa mais frequente de morbi-mortalidade materna e perinatal no Brasil, o que pode indicar problemas relacionados à qualidade dos cuidados pré-natais, bem como carência de planejamento reprodutivo.

É fundamental fortalecer a atenção básica em saúde, na perspectiva de uma rede de atenção integrada, em todos os seus princípios, de modo que tenha capacidade cada vez mais ampliada de cuidar da gestante de forma integral.

Nessa perspectiva existem vários aspectos a serem observados para se considerar o pré-natal qualificado. Esses aspectos complementam-se e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito da Rede Cegonha.

São de responsabilidade da atenção primária à saúde na rede cegonha (atenção realizada nas UBS):

- ✓ Confirmação da gravidez, disponibilizando às gestantes acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação;
- ✓ Realização de exames clínicos e laboratoriais de rotina;
- ✓ Classificação de risco gestacional (*acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade*) e encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de alto risco em um serviço especializado (neste caso a equipe de atenção básica deverá continuar acompanhando a gestante, mantendo o vínculo e prestando cuidado integral à gestante e sua família);
- ✓ *Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;*
- ✓ Alimentação do sistema de informação (Sis prenatal WEB).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (Ministério da Saúde, 2006), entre 1996 e 2006, o percentual de partos hospitalares passou de 96% para 98%, com variações regionais (92% na região Norte e 99,5% na região Sudeste). Do total de partos ocorridos no país, 76% foram realizados por meio do SUS, sendo a maioria dos partos assistida por profissionais formalmente qualificados - médico (89%) ou enfermeira (em 8,3% dos casos), além disso, 90% dos nascimentos ocorreram no primeiro serviço procurado o que demonstram que o acesso à atenção no momento do parto tem melhorado.

Porém, observa-se que não é prática corrente em todo país a definição prévia de local para atendimento hospitalar ao parto, ou seja, de encaminhamento e vinculação à maternidade onde a gestante receberá assistência no âmbito do SUS. Muitas mulheres ainda peregrinam para encontrar um serviço de saúde no momento do parto, o que demonstra que a rede de cuidados à mulher é fragmentada e com baixa capacidade de definição de responsabilidades sanitárias entre os distintos serviços de saúde, apesar da existência de Lei e de normas reguladoras da assistência ao pré-natal.

A Rede Cegonha, em seu componente parto e nascimento, priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde, destacando as seguintes ações:

- ✓ Incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- ✓ Fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento.
 - Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
 - Implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
 - Implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização;
 - Ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos, orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
 - Planejamento e programação das ações de saúde orientados pelas necessidades de atenção à saúde da população no âmbito da atenção à saúde materna e infantil, incluindo a garantia da oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru).

A Rede Cegonha foi implantada no Estado da Paraíba no ano de 2012, na ocasião, foram eleitas quatro regiões prioritárias a saber: 1ª região composta por João Pessoa e 14 municípios; 6ª região composta por Patos e 24 municípios; 9ª região composta por Cajazeiras e 14 municípios e 16ª região composta por Campina Grande e 14 municípios.

Em junho de 2014 foi aprovado, pela portaria nº 1.262 a Etapa I do Plano de ação da Rede Cegonha no Estado bem como a alocação de recursos financeiros para sua implementação.

Em 2015 ações voltadas para o incentivo do parto normal humanizado foram implementadas: direito à escolha de um acompanhante na sala de parto e pós-parto, analgesia no parto e acompanhamento fisioterápico das parturientes.

2.1.2 O Contexto Atual no Estado da Paraíba

A **Paraíba** é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situada a leste da região Nordeste e tem como limites o estado do Rio Grande do Norte ao norte, o Oceano Atlântico a leste, Pernambuco ao sul e o Ceará a oeste. Ocupa uma área de 56.469 km². Segundo a estimativa de 2018 enviada ao TCU com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado da Paraíba possui uma população de 3.996.446 habitantes, totalizando uma densidade demográfica de 66,70 habitantes por quilômetro quadrado (figura 4). Apresenta-se uma maior concentração populacional na área urbana (75%) em relação à área rural (25%). Em relação ao sexo, cerca de 48% (1.919.719) da população paraibana é composta de homens e 52% (2.079.696) de mulheres.

Figura 04:



A capital do estado é a cidade de João Pessoa. Outros municípios importantes são Campina Grande, Santa Rita, Patos, Bayeux, Sousa, Cabedelo, Guarabira, Sapé e Cajazeiras.

A Paraíba é berço de vários notáveis poetas e escritores brasileiros como Augusto dos Anjos, José Américo de Almeida, José Lins do Rêgo, Pedro Américo (este mais conhecido por suas pinturas de cenas da História nacional), Assis Chateaubriand (mais conhecido por ter fundado os Diários Associados, a TV Tupi e o MASP), Ariano Suassuna, entre muitos outros. O estado também deu origem a um dos economistas mais influentes da história latino-americana: Celso Furtado.

Na Paraíba encontra-se o "ponto mais oriental das Américas", conhecido como a Ponta do Seixas, em João Pessoa. Devido à sua localização geográfica privilegiada (extremo oriental das Américas), a cidade de João Pessoa é conhecida turisticamente como "a cidade onde o sol nasce primeiro".

Além disso, a Paraíba é palco de uma das maiores festas popular do Brasil: O Maior São João do Mundo na cidade de Campina Grande.

Rios importantes: Paraíba, Piranhas, Mamanguape, Taperoá, Peixes e Sanhauá.

Etnias: brancos (38%), negros (4%), pardos (56%).

Clima: tropical: região litorânea e semi-árido: região interior.

Principais Atividades Econômicas: agricultura, pecuária, serviços e turismo.

As crescentes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico ocorridas no Brasil e o aumento da expectativa de vida têm como consequência entre outros fatores o processo de urbanização populacional, a industrialização, os avanços da ciência e da tecnologia, acrescidos a novos estilos de vida e exposição intensa aos fatores de risco próprios do mundo contemporâneo.

Acompanhada dessas mudanças, as doenças do aparelho circulatório tornam-se de grande relevância dentre os grupos de causas de internação da Classificação Internacional de Doenças (CID10), ocupando 11,9% do total dos atendimentos registrados no Sistema de Informação Hospitalar, no período de 2008 a 2016, conforme tabela 01. Além disso, destaca-se que 94,2% dos usuários acometidos por doenças do aparelho circulatório apresentaram uma idade acima de 30 anos.

**Tabela 02: Proporção de Internações por Grupo de Causas (CID10)
Paraíba, 2008-2016.**

GRUPO DE CAUSAS (CID 10)	%
Doenças do aparelho respiratório	18,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,2
Doenças do aparelho circulatório	11,9
Doenças do aparelho digestivo	10,8
Lesões enven. e alg. out. conseq. causas externas	9,7
Doenças do aparelho geniturinário	8,3
Neoplasias (tumores)	6,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4,5
Transtornos mentais e comportamentais	3,3
Sint. sinais e achad. a norm. ex. clín. Elaborat	2,2
Algumas afec. Originadas no período perinatal	1,8
Doenças sist. osteomuscular e tec. Conjuntivo	1,6
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,6
Doenças sangue órgãos hemat. e transtim. Unitár.	1,2
Doenças do sistema nervosa	1,2
Demais Causas	1,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

DADOS SELECIONADOS SOBRE A REDE SUS – BRASIL, REGIÃO NORDESTE E PARAÍBA

1. Número de Leitos (SUS) segundo Especialidades e Relação Leito/1.000 Habitantes. Brasil, Região e UF Selecionadas, 2018

Abrangência Geográfica	População 2018	Leitos SUS							Leito por 1.000 hab	
		1-Cirúrgico	2-Clinico	3-Complementar*	4-Obstétrico	5-Pediátrico	6-Outras Especialidades	7-Hospital/DIA		
Brasil	209.166.568	74.609	107.633	30.382	39.601	39.394	33.778	5.255	330.652	1,581
R. Nordeste	56.560.081	22.601	32.596	7.196	14.526	14.623	6.626	1.178	99.346	1,756
PB	4.004.367	1.453	2.556	611	1.028	1.136	631	57	7.472	1,866

Fonte: Tabwin/CNES - 2018. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado.

Leito complementar: UNIDADE INTERMEDIÁRIA; UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL; UNIDADE ISOLAMENTO; UTI ADULTO - TIPO I; UTI ADULTO - TIPO II; UTI ADULTO - TIPO III; UTI PEDIÁTRICA - TIPO I; UTI PEDIÁTRICA - TIPO II; UTI PEDIÁTRICA - TIPO III; UTI NEONATAL - TIPO I; UTI NEONATAL - TIPO II; UTI NEONATAL - TIPO III; UTI DE QUEIMADOS.

2. Distribuição Percentual dos Leitos (SUS) segundo Especialidades. Brasil, Região e UF Selecionadas, 2018

Abrangência Geográfica	Leitos SUS							Total Geral**
	1-Cirúrgico	2-Clinico	3-Complementar*	4-Obstétrico	5-Pediátrico	6-Outras Especialidades	7-Hospital/DIA	
Brasil	23%	33%	9%	12%	12%	10%	2%	100%
R. Nordeste	23%	33%	7%	15%	15%	7%	1%	100%
PB	19%	34%	8%	14%	15%	8%	1%	100%

Fonte: Tabwin/CNES - 2018. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado.

Leito complementar: UNIDADE INTERMEDIÁRIA; UNIDADE INTERMEDIÁRIA NEONATAL; UNIDADE ISOLAMENTO; UTI ADULTO - TIPO I; UTI ADULTO - TIPO II; UTI ADULTO - TIPO III; UTI PEDIÁTRICA - TIPO I; UTI PEDIÁTRICA - TIPO II; UTI PEDIÁTRICA - TIPO III; UTI NEONATAL - TIPO I; UTI NEONATAL - TIPO II; UTI NEONATAL - TIPO III; UTI DE QUEIMADOS; UTI coronariana tipo II -UCO tipo II; UTI coronariana tipo III - UCO tipo III; Unidade de cuidados intermed neonatal convencional; Unidade de cuidados intermed neonatal canguru; Unidade de cuidados intermed adulto.

** Incluídos os leitos complementares.

3. Distribuição dos Leitos de UTI (SUS), por Tipo, e Participação Proporcional em Relação ao Total de Leitos SUS - Brasil, Região e UF Selecionadas, 2018

Abrangência Geográfica	Leitos SUS – UTI													Total UTI	Leitos SUS*
	UTI adulto - tipo I	UTI adulto - tipo II	UTI adulto - tipo III	UTI pediátrica - tipo I	UTI pediátrica - tipo II	UTI pediátrica - tipo III	UTI neonatal - tipo I	UTI neonatal - tipo II	UTI neonatal - tipo III	UTI de Queimados	UTI Coronariana tipo II				
Brasil	462	11.530	2.197	82	1.843	576	23	3.956	694	164	231	21.758	300.270		
R. Nordeste	98	2.732	230	20	460	51	4	863	91	12	90	4.651	92.150		
PB	25	226	12	10	46	0	4	59	0	6	15	403	6.861		

4. Número de Hospitais e Número de Leitos – Brasil/2017, segundo Classificação por Faixa de Leitos, 2017

Classificação por faixa de leito existente	Nº de Hospitais com Leitos existentes	%	Nº de Hospitais com leitos SUS	%	Total de Leitos existentes	%	Total de Leitos SUS	%
1 a 49	4.576	60,9%	3.136	57,5%	99.774	20,5%	68.848	20,8%
50 a 100	1.535	20,4%	1.173	21,5%	105.297	21,6%	66.946	20,3%
101 a 250	1.126	15,0%	893	16,4%	172.828	35,5%	111.707	33,8%
251 a 500	233	3,1%	209	3,8%	76.195	15,7%	55.966	16,9%
Acima 501	44	0,6%	44	0,8%	32.759	6,7%	26.901	8,1%
Total Geral	7.514	100,0%	5.455	100,0%	486.853	100,0%	330.368	100,0%

Fonte: RELATÓRIO DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – EXERCÍCIO DE 2017.

5. Equipamentos Selecionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Selecionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Mamógrafo										Total
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas			
Brasil	75	256	403	42	14	3.519	692	29			5.030
R. Nordeste	16	57	104	13	5	813	107	4			1.119
PB	2	1	40	0	2	75	7	0			127

5a. Equipamentos Selecionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Selecionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Raio X										Total
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas			
Brasil	1103	3313	11582	79	146	31.196	6.616	28369			82.404
R. Nordeste	227	902	2894	28	48	5517	757	3489			13.862
PB	16	73	245	0	15	384	37	275			1.045

5b. Equipamentos Selecionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Selecionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Tomógrafo										Total
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas			
Brasil	73	347	184	19	15	3.316	771	10			4.735
R. Nordeste	12	98	30	13	3	601	97	2			856
PB	1	6	6	0	1	64	4	0			82

5c. Equipamentos Selecionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Selecionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Ressonância Magnética										Total
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública – Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas			
Brasil	24	106	32	6	6	2.020	345	5			2.544
R. Nordeste	6	30	8	2	2	349	30	0			427
PB	0	2	2	0	1	32	0	0			37

5d. Equipamentos Seleccionados Disponíveis SUS, por Esfera Administrativa. Brasil, Região e UF Seleccionadas, outubro/ 2018

Abrangência Geográfica	Ultrassom										Total
	Administração Pública Federal	Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	Administração Pública Municipal	Administração Pública - Outros	Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas			
Brasil	494	2024	5739	212	120	25.753	4.106	1972			40.420
R. Nordeste	99	535	1855	65	21	5700	615	258			9.148
PB	4	38	223	3	10	458	21	18			775

Fonte: TabNet Datasus/novembro 2018 - Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

DADOS SELECIONADOS SOBRE PRODUÇÃO HOSPITALAR REGISTRADOS NO SIH/SUS. BRASIL, PARAÍBA E MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO

6. Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor – Brasil - AIH aprovadas por Forma organização e Ano processamento					
Abrangência Geográfica/ano	2014	2015	2016	2017	Total
MDPF	2.993	2.538	3.654	3.184	12.369
Paraíba	196.222	184.248	180.258	187.365	748.093
Brasil	11.612.715	11.638.853	11.527.712	11.673.773	46.453.053

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

7. Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor – Brasil - Valor total por Forma organização e Ano processamento					
Abra ng ência Geográfica/ano	2014	2015	2016	2017	Total
MDPF	R\$ 2.105.880,94	R\$ 1.711.377,58	R\$ 2.550.403,90	R\$ 2.556.857,82	R\$ 8.924.520,24
Paral ba	R\$ 194.470.103,49	R\$ 189.634.905,54	R\$ 192.764.395,74	R\$ 208.737.877,06	R\$ 785.607.281,83
Brasil	R\$ 13.370.407.625,66	R\$ 13.787.982.841,84	R\$ 14.001.103.477,94	R\$ 14.518.027.223,25	R\$ 55.677.521.168,69

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

8. Número de Internações Registradas no SIH/SUS, segundo Forma de Organização. Brasil, UF Selecionadas e Estabelecimento Selecionado, 2014-2017					
Abra ng ência Geográfica	Forma de Organização Tabela SIGTAP				Total
	031001 Parto e nascimento	041101 Parto	041102 Outras cir. Rel. com o estado gestacional	Total	
MPF	5.025	5.284		1.468	11.777
PB	84.179	79.178		14.606	177.963
Brasil	4.564.099	3.251.175		765.609	8.580.883

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

9. Valor das Internações Registradas no SIH/SUS, segundo Forma de Organização. Brasil, UF Selecionadas e Estabelecimento Selecionado, 2014-2017

Abrangência Geográfica	Forma de Organização Tabela SIGTAP				Total
	031001 Parto e nascimento	041101 Parto	041102 Outras cir. Rel. com o estado gestacional	041103 Outras cir. Rel. com o estado	
MPE	R\$3.188.430,05	R\$4.916.553,10	R\$322.278,58		R\$8.427.261,73
PB	R\$50.545.955,24	R\$66.607.922,51	R\$3.241.031,72		R\$120.394.909,47
Brasil	R\$2.614.388.909,14	R\$2.619.771.943,15	R\$179.368.625,19		R\$5.413.529.477,48

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

DADOS SELECIONADOS RELACIONADOS AO PERFIL ASSISTENCIAL DA MATERNIDADE PREREGRINO FILHO

10. Nascimentos por ocorrência: Brasil, Região Nordeste e Paraíba, por ano do nascimento

Período: 2014-2017					
Ano	2.014	2.015	2.016	2.017	Total
BRASIL	2.979.259	3.017.668	2.857.800	2.919.928	11.774.655
Região Nordeste	833.592	847.082	796.766	817.014	3.294.454
Paraíba	57.148	58.828	55.724	57.221	228.921

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC 2017 - Dados preliminares

11. Nascidos vivos - Brasil - Nascimentos por ocorrência: Duração da Gestação e ano de nascimento

Período: 2014-2017

Duração gestação	2014	2015	2016	2017	Total
Menos de 22 semanas	1.506	1.515	1.412	1.444	5.877
De 22 a 27 semanas	14.655	14.377	14.046	14.517	57.595
De 28 a 31 semanas	29.933	30.241	28.928	29.874	118.976
De 32 a 36 semanas	286.898	280.746	273.271	272.571	1.113.486
De 37 a 41 semanas	2.466.267	2.523.929	2.408.811	2.467.689	9.866.696
42 semanas ou mais	96.583	91.252	74.844	78.153	340.832
Ignorado	83.417	75.608	56.488	55.680	271.193
Total	2.979.259	3.017.668	2.857.800	2.919.928	11.774.655

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC 2017 - Dados preliminares

12. Nascimento por ocorrência, por duração gestação, Região Nordeste e Paraíba

Período: 2014-2017			
Duração gestação	Região Nordeste	Paraíba	
Menos de 22 semanas	3.210	69	
De 22 a 27 semanas	26.777	919	
De 28 a 31 semanas	55.337	1.918	
De 32 a 36 semanas	508.101	20.697	
De 37 a 41 semanas	4.453.063	194.003	
42 semanas ou mais	189.000	8.303	
Ignorado	161.880	3.011	
Total	5.397.368	228.921	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

13. Nascidos vivos – Nascimento por ocorrência, por Tipo de parto. Brasil e Região

Período: 2014-2017			
Tipo de parto	Brasil		Região Nordeste
	Vaginal	5.181.086	
Cesário	6.580.432	1.651.195	
Ignorado	13.137	5.592	
Total	11.774.655	3.294.454	

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos SINASC

2017 - Dados preliminares

2.1.3 Município de Patos

Patos é um município brasileiro no estado da Paraíba, localizado a microrregião de Patos, na mesorregião do Sertão Paraibano. Distante 307 km de João Pessoa, sua sede localiza-se no centro do estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2009 sua população era estimada em 100.732 habitantes. É a 3ª cidade polo do estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica.

Patos é sede da 6ª Região Geo-administrativa do Estado da Paraíba, composta por 22 municípios, sendo eles: Areia de Baraúnas, Cacimba de Areia, Cacimbas, Catingueira, Desterro, Emas, Junco do Seridó, Mãe D'Água, Malta, Maturéia, Passagem, **Patos**, Quixaba, Salgadinho, Santa Luzia, Santa Terezinha, São José de Espinharas, São José do Bonfim, São José do Sabugi, São Mamede, Teixeira, Várzea. Além disso, Patos é sede da 14ª Vara Federal, que absorve 48 municípios e totaliza uma população de 462.662 habitantes.

Patos, com potencial de consumo de mais de um R\$ 1 bilhão em 2012, entrou no mapa das 20 cidades do interior do país com as maiores taxas de consumo. Segundo pesquisa realizada pelas empresas McKinsey e da Geomarketing Escopo, ela está inserida entre as cidades de interior que mais crescem em todo o Brasil, conquistando a 16ª colocação no ranking dos 20 municípios que devem apresentar maior consumo entre 2010 e 2020. O levantamento realizado pelo instituto americano teve por objetivo, mapear o consumo e as novas perspectivas de mercado e capital do sertão paraibano, empatou com importantes cidades como Caruaru (PE), Corumbá (MS) e Itaituba (PA).

Patos também foi apontado como 4º maior potencial de consumo da Paraíba, segundo uma pesquisa feita pelo Jornal da Paraíba. Os indicadores econômicos mostram que o Município está bem, possuindo o chamado "potencial de desenvolvimento". Conforme a previsão do Índice de Potencial de Consumo (IPC Maps 2013), além das cinco principais cidades (João Pessoa, Cabedelo, Bayeux, Santa Rita e Campina Grande) a cidade de Patos, no Sertão, já se destaca entre os 223 Municípios.

A sua importância geoeconômica próxima ao centro geográfico da Paraíba e a proximidade com os Estados do Pernambuco e Rio Grande do Norte, que por sua vizinhança com a microrregião do Pajeú (PE), com a microrregião de Caicó e de Currais Novos (RN), lhe concede condições para centralizar as atividades econômicas de produção e de comercialização. Polariza geograficamente cerca de 70 municípios dos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e da própria Paraíba atingindo um raio de 170 km, totalizando uma população superior a 700 mil pessoas.

Patos é a 32ª cidade com maior área territorial do Estado da Paraíba.

Na região de saúde, onde se encontra inserido o município de Patos, a Saúde da Mulher e da Criança sofre ainda com a fragilidade no Sistema de Saúde: falta de maternidades e/ou casas de parto, que possam atender de forma qualificada a população local e dos municípios em torno, tanto para o parto de risco habitual quanto para o de alto-risco.

Um dos problemas a ser enfrentado refere-se à distribuição inadequada da oferta de serviços agravadas com a situação de maior concentração de recursos especializados nos maiores municípios, que por outro lado, não significa garantia efetiva de oferta e acesso à população.

Os municípios possuem um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico: a equipe de atenção básica não acompanha a gestante, mantendo o vínculo e prestando cuidado integral à gestante e sua família. As situações de saúde que se apresentam cotidianamente como urgências e os graves problemas observados na estruturação do sistema de atenção à saúde constituem-se na visão dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, como um grave e importante problema de saúde, sendo prioritário desenvolver ações que efetivamente visem proteger a vida e melhorar as condições de saúde da população.

Neste sentido a Gestão estadual aportou incrementos na região qualificando a Maternidade de Patos e estabelecendo no âmbito de cada território – macrorregional, microrregional e municipal – os pontos de atenção necessários para prestar atendimento e a competência de cada ponto.

Reafirmando, a realidade da Atenção às Urgências e a Atenção Materna e Infantil no estado da Paraíba e na região de Patos não diferem da realidade conjuntural nacional.

A Gestão Estadual reconhecendo a fragilidade no Sistema de Saúde: dificuldade de acesso das gestantes a Atenção Básica; falta de maternidades e/ou casas de parto, que possam atender de forma qualificada a população local e dos municípios em torno, tanto para o parto de risco habitual quanto para o de alto risco agregou valores a Maternidade de Patos.

2.1.4 Inserção no Sistema de Saúde da Maternidade de Patos

A Gestão Estadual de Saúde, com responsabilidade sanitária e institucional entende que o quadro sanitário exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade, em busca de uma Atenção às Urgências e a Atenção Materna e Infantil, que além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo.

A Maternidade Dr. Peregrino Filho, foi inaugurada em 15/11/1971, e foi considerado um marco histórico no que se refere à Atenção à Saúde da Mulher no Estado da Paraíba. O estabelecimento foi construído pela Sociedade de Proteção e Assistência à Infância, sob a Direção do Sr. Sebastião F. Fernandes com verbas adquiridas pelo então Deputado Ernani Sátyro.

O nome da Maternidade Dr. Peregrino Filho, homenageia o médico José Peregrino de Araújo Filho, ex-prefeito de Patos, que administrou o município por 15 anos, destacando-se por importantes benfeitorias que impulsionaram o crescimento da cidade.

Depois de inaugurada, a Maternidade passou por diferentes reformas, e no ano de 2001, recebeu a titulação de Maternidade Amigo da Criança, e foi habilitada como referência no atendimento secundário à gestação de alto risco. No entanto, foi somente na atual gestão, que a Maternidade foi repensada e planejada para ser de fato reposicionada na rede de serviços de atenção perinatal, e assumir efetivamente seu papel de equipamento de referência estadual para a Atenção Perinatal de Alto risco na realização de partos.

A gestão do atual Governador Ricardo Coutinho, reconhecendo a fragilidade no Sistema de Saúde: dificuldade de acesso das gestantes a Atenção Básica; falta de maternidades e/ou casas de parto, que possam atender de forma qualificada a população local e dos municípios em torno, tanto para o parto de risco habitual quanto para o de alto-risco agregou valores a Maternidade de Patos.

A Maternidade foi repensada e planejada para ser de fato reposicionada na rede de serviços de atenção perinatal, e assumir efetivamente seu papel de equipamento de referência estadual para a Atenção Perinatal de Alto. Para tanto foram realizadas importantes modificações na estrutura da unidade, incluindo a reforma e ampliação do bloco cirúrgico, criação das unidades de terapia intensiva adulta e neonatal, sistema de climatização, e adequação e modernização das áreas de apoio. Além disso, todo o hospital foi totalmente reequipado, considerando a sua nova responsabilidade institucional.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** considera um desafio participar dessa profunda transformação introduzida na Gestão Estadual de Saúde e elaborou um diagnóstico preliminar que possibilitou levantar fortalezas e nós críticos da Instituição Hospitalar e nortear as ações e atividades tanto para adequação quanto para direcionamento da gestão hospitalar.

Neste sentido, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, vem apresentar uma Proposta Técnica de cooperação técnica com atuação integrada.

A proposta elaborada visando a Qualificação da Atenção às Urgências e da Atenção Materna e Infantil através da implementação de um modelo gerencial, integrado com as políticas da Gestão Estadual, requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e deve estar orientado pelo Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual e com foco no Componente de Ação: A Maternidade de Patos será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede Cegonha e de Atenção às Urgências.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se propõe ainda, na Qualificação da Atenção às Urgências e da Rede Cegonha implementar um Processo de Trabalho voltado para:

- Apoiar a Gestão Estadual e Municipal na condução do SUS, no âmbito de seu território, de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
- Apoiar a participação e o controle social;
- Apoiar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da Atenção às Urgências;
- Apoiar a Gestão Estadual na implementação das Redes de Atenção à Saúde;

- Integrar o componente hospitalar ao Sistema Estadual de Saúde;
- Otimizar recursos e capacidades;
- Valorizar os trabalhadores e fomentar mudança das práticas;
- Implementar a Política de Humanização;
- Desenvolver ações de monitoramento e avaliação em colaboração com o estado.

A presente Proposta de Trabalho descreverá todos os aspectos sugeridos no Roteiro de Elaboração constante no Edital de Seleção Pública OS Nº 009/2018, porém, visando trabalhar didaticamente e facilitar a compreensão e avaliação da referida proposta, esses aspectos foram distribuídos no corpo desta focando na organização dos conteúdos de forma mais sistematizada.

A instituição hospitalar inserida no Sistema Estadual de Saúde deve garantir acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, segundo programação específica para cada uma de suas áreas de atuação.

A proposta de atuação desta unidade de saúde, segundo o Projeto Básico é de servir como porta de entrada de urgência e emergência e realizar internações hospitalares de média complexidade, com ênfase na inserção da Rede Cegonha, e sua grade de programação:

Ênfase ao atendimento perinatal de alto risco. Dentro do seu perfil assistencial, o hospital deve absorver a demanda em cirurgias eletivas de diversas especialidades cirúrgicas, voltadas a Saúde da Mulher e com incremento as cirurgias de mama; para a população da sua área de abrangência, resultando em otimização de sua capacidade instalada e redução de encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços de maior complexidade. A proposta é que toda a programação cirúrgica eletiva atenda aos mecanismos regulatórios adotados pela SES-PB.

Em relação ao processo de inserção no Sistema de Regulação, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se compromete a desenvolver estratégias para que o referido hospital venha a aderir aos protocolos clínicos para a referência do atendimento às urgências e emergências e a programação da Rede Cegonha, assim como aqueles disponibilizados para a realização de cirurgias eletivas, conforme estabelecido pela SES/PB.

Entende-se por parto vinculado a relação estabelecida entre a Organização social e gestor estadual para garantia de atendimento aos partos, conforme capacidade da maternidade e de acordo com a pactuação da Comissão Intergestores Regional - CIR, ou seja, a maternidade deverá atender as gestantes dos municípios para o qual é referência de acordo com sua capacidade operacional e conforme pactuação da CIR, de acordo com a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde - PGASS para a 3ª macrorregião de saúde.

O modelo gerencial proposto, como forma flexível de Administração de gestão compartilhada, obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da SES/PB e o contido no Contrato.

Organização Social - Maternidade Dr. Peregrino Filho deverá atuar também como polo de apoio, treinamento e capacitação das equipes que operam na atenção básica à saúde, no município de Patos e em outros da 3ª macrorregião, no que concerne ao atendimento ambulatorial de obstetrícia, neonatologia e ginecologia.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** reafirma que o processo assistencial deverá se pautar pelas Políticas Públicas de Saúde adotadas pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SESPB) e Ministério da Saúde (MS), e, portanto, embasada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de julho de 2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS); Política Nacional de Humanização - HUMANIZA/SUS; e das Redes de Atenção à Saúde- RAS, em especial a Rede de Atenção Às Urgências e Emergências - RUE/MS.

Em consonância com a Proposta Gerencial, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai desenvolver junto ao hospital ações de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pelo Programa Estadual de Humanização da Atenção à Saúde, e em consonância com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde.

Um dos aspectos centrais visa à proposição e implementação de ações que ampliem a participação dos familiares no processo assistencial da unidade. Compromete-se também em elaborar e desenvolver, sempre que necessário, protocolos técnicos e de encaminhamento a serem utilizados em nível loco-regional. O nascimento é um momento que ainda levanta questões e polêmicas em relação à autonomia da gestante em escolher o modo – natural ou cesariana – que deseja que o filho venha ao mundo. Com base nas melhores evidências científicas nacionais e internacionais, o Ministério da Saúde lançou em cinco de abril de dois mil e dezesseis o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana, trazendo os parâmetros que devem ser seguidos, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro, indicação e ressarcimento dos procedimentos realizados. O objetivo das diretrizes, elaboradas dentro de rigorosos parâmetros de qualidade, precisão de indicação e evidências científicas nacionais e internacionais, é auxiliar e orientar os profissionais da saúde a diminuir o número de cesarianas desnecessárias, uma vez que o procedimento, quando não indicado corretamente, traz inúmeros riscos, como aumento da probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido e grande risco de morte materna e infantil. A OMS sugere que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Considerando as características do Brasil, a taxa de referência ajustada pelo instrumento desenvolvido pela OMS orienta redução de 10% anual no número de casarias. A melhoria da qualidade na atenção obstétrica passa, essencialmente, pela mudança no atendimento à mulher durante o parto. Com isso, espera-se a diminuição no quantitativo de cesarianas desnecessárias, do adoecimento e mortes evitáveis a partir da adoção de boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Entre os principais destaques do protocolo, além de derrubar o mito de que a cesariana é mais segura e que o parto normal é sempre um procedimento de dor e sofrimento, é auxiliar na busca das melhores práticas em saúde. Além disso, é obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana.

As diretrizes foram amplamente discutidas por especialistas e representantes da sociedade civil brasileira, além de técnicos e consultores do Ministério da Saúde, associações e entidades de classe no plenário da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias SUS (CONITEC). O documento recebeu a contribuição dos melhores especialistas da área e foi feito com critério técnico, baseado em evidências científicas.

A proposta de atuação da **Maternidade Dr. Peregrino Filho /MDPF** é de servir como referência perinatal macrorregional, assistindo às gestantes, inclusive de alto risco, e seus conceptos. Dentro do seu perfil assistencial, a Maternidade se propõe a absorver a demanda de pré-natal de alto risco e acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos de risco, para toda a população macrorregional, buscando otimizar sua capacidade instalada e obter elevado grau de resolutividade na atenção perinatal, evitando os encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços obstétricos e neonatais de referência no estado.

O acesso à atenção hospitalar na **MDPF** será realizado de forma regulada e ou forma equivalente adotada pelo estado, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.

No que se refere ao processo de inserção da **MDPF** no Sistema de Regulação, a instituição tem o compromisso a aderir os protocolos clínicos para a referência do atendimento obstétrico, assim como aqueles disponibilizados para a realização de cirurgias eletivas em gineco-obstetrícia, conforme estabelecido pela SES/PB.

A maternidade tem o compromisso de desenvolver suas ações de forma humanizada, buscando sempre ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas Política Nacionais de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde. Um dos aspectos centrais será a proposição e implementação de ações que ampliem a participação dos familiares e acompanhantes no processo assistencial da unidade.

2.1.4.1 Perfil e Estrutura da Maternidade Dr. Peregrino Filho

A Maternidade Dr. Peregrino Filho é uma maternidade referência estratégica para a 3ª macrorregião que integra o processo de reorganização da atenção, atendendo às Urgências obstétricas e neonatais, para as demandas pactuadas intermunicipais. Oferta atendimentos de média e alta complexidade em Obstetrícia com partos normais e Cesário, cirurgias de urgência ginecológicas e Terapia Intensiva Adulta na neonatologia com suporte de UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – UCINCO, Unidade de Cuidados Canguru - UCINCA, que tem atendimento em regime de internação de forma regular e horizontalizada, contando com plantão físico 24 horas, sete dias por semana, sendo de sua responsabilidade manter os atendimentos de forma ágil durante as 24 horas ainda que em regime de plantão e/ou de sobreaviso nas especialidades e suporte técnico.

Para atender a demanda de urgência, emergência e eletiva referida, das clínicas obstétrica, neonatal e ginecológica, do bloco cirúrgico e do ambulatório de egresso, o Centro de Imagem deverá funcionar 24 horas, contando com recursos diagnósticos e terapêuticos, dentro da estrutura hospitalar, de: laboratório, serviço de imagem com radiologia e ultrassonografia. Importante destacar que a MDPF ofertará, como serviço de retaguarda, as mamografias referendadas do Hospital do Bem (UNACON), localizado no município de Patos.

FICHA CADASTRAL CNES

Quadro 02:

Identificação			
CADASTRADO NO CNES EM: 30/9/2002		ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 19/05/2017	
Nome:	CNES:	CNPJ:	
MATERNIDADE PEREGRINO FILHO	2605414	8778268002295	
Nome Empresarial:	CPF:	Personalidade:	
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	--	JURÍDICA	
Logradouro:	Número:	CEP:	
RUA ELIAS ASFORA	S/N	58701300	
Complemento:	Bairro:	Município:	UF:
	JD. GUANABARA	PATOS	PB
Tipo Unidade:	Subtipo Unidade:	Esf. Administrativa	Gestão
MATERNIDADE ESPECIALIZADO	MATERNIDADE	ESTADUAL	MUNICIPAL
Natureza da Organização:		Dependência:	
ADMINISTRAÇÃO DIRETA DA SAÚDE (MS, SES e SMS)		MANTIDA	

CAPACIDADE INSTALADA

Segundo informações da Secretaria de Estado da Saúde, a capacidade instalada de leitos hospitalares da MDPF, está distribuída assim como apresentada no quadro abaixo:

Quadro 03:

Espec. – Cirúrgico	Leitos Existentes
03 - Cirurgia Geral	8
06 - Ginecologia	6
Total Cirúrgico	14
Complementar	Leitos Existentes
92 - UCIN Neonatal Convencional	5
93 - UCIN Neonatal Canguru	7
75 - UTI Adulto - Tipo II	3
81 - UTI Neonatal - Tipo II	10
Total Complementar	25
Espec. – Obstétrico	Leitos Existentes
10-Obstetrícia Cirúrgica	27
43-Obstetrícia Clínica	29
Total Obstétrico	56
Espec. – Pediátrico	Leitos Existentes
45 - Pediatria Clínica	2
Total Pediatria	2
Total Geral	97
Total Geral Menos Complementar	72

Quadro 04:

Instalações Físicas para Assistência		
Urgência E Emergência	Qtde/Consultório	Leitos/Equipos
Consultórios Médicos	2	0
Sala de Higienização	8	0
Sala Pequena Cirurgia	1	0
Ambulatorial	Qtde/Consultório	Leitos/Equipos
Clínicas Especializadas Gineco e Alto Risco	1	0
Clínicas Indiferenciado	1	0
Outros Consultórios Não Médicos	5	0
Consultório de Psicologia	1	
Consultório de Fonoaudiologia	1	
Consultório de Nutrição	1	
Consultório de Enfermagem	1	
Consultório de Serviço Social	1	
Sala de Cirurgia Ambulatorial	1	0
Sala de Curativo	1	0
Sala de Enfermagem (Serviços)	1	0
Hospitalar	Qtde./Consultório	Leitos/Equipos
Sala de Cirurgia	2	0
Sala de Recuperação	1	1
Sala de Curetagem	2	0
Sala de Parto Normal	2	0
Sala de Pré – Parto	4	9
Leitos de Alojamento Conjunto Superior	24	4
Leitos de Alojamento Conjunto Inferior	29	
Leitos RN Normal	1	7
Leitos RN Patológico	5	5

Fonte: Cnes / Agosto 2018.

Quadro 05:

Serviços De Apoio	Característica
Ambulância	Terceirizado
Banco de Leite	Próprio
Central de Esterilização De Materiais	Próprio
Farmácia	Próprio
Lactário	Próprio
Necrotério	Próprio
Nutrição E Dietética (S.N.D.)	Próprio
S.A.M.E. Ou S.P.P. (Serviço de Prontoário de Paciente)	Próprio
Serviço de Manutenção de Equipamentos	Terceirizado
Serviço Social	Próprio

Fonte: Cnes / Agosto 2018.

HABILITAÇÕES PARA A MATERNIDADE

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI- MDPF** deverá cumprir com todos os critérios e diretrizes solicitados pelo Ministério da Saúde, através de suas portarias ministeriais, para manutenção das habilitações da Maternidade abaixo listadas.

Quadro 06 – HABILITAÇÕES ATIVAS DA MATERNIDADE DR. PEREGRINO FILHO

Código	Habilitação
2803	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCA)
2802	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCO)
2610	Unidade De Terapia Intensiva Neonatal Tipo II - UTIN II
2601	UTI II Adulto
1404	Hospital Amigo da Criança
1401	Referência Hospitalar em Atendimento Secundário à Gestação de Alto Risco

Também será dever da Organização Social - MDPF cumprir com os critérios e diretrizes, propostos pelo Ministério da Saúde, para habilitar os leitos a serem ampliados, bem como quaisquer outras portarias ministeriais de habilitação que venham a ser publicadas.

2.2 Modelo Gerencial

O Modelo Gerencial Proposto: Qualidade e Integralidade do Cuidado.

A **qualidade** tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

No Século XX, várias transformações de ordem econômica, social, cultural e tecnológica foram observadas na sociedade, com reflexos nas organizações, o que provocou mudanças nas filosofias de administração, controle e gestão da produção de bens e serviços. As transformações nas organizações de saúde, principalmente as tecnológicas de custo elevado, nem sempre são acompanhadas de novas formas de gestão, capazes de promover a satisfação dos profissionais e de responder às demandas dos clientes.

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato de os usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas.

Há, portanto, um grande descompasso entre o que prevê as novas formas de gestão contemporânea e as formas de gestão adotadas pelos serviços de saúde.

Para os dirigentes da área de saúde mais comprometidos com a assistência à população, uma questão se coloca: como atender às necessidades dos usuários do serviço de saúde e dos trabalhadores, garantindo ao mesmo tempo, a sobrevivência da organização?

Algumas sinalizações, embora tímidas no campo prático, começam a aparecer, principalmente na área gerencial, e a rigidez dos modelos tradicionais vem sendo gradativamente substituída por novas formas, mais condizentes com o momento atual. Teorias da administração, principalmente nos componentes hospitalares estão sendo abarcadas: Administração Flexível, Integração Horizontal (Alianças Estratégicas ou Fusões) e Integração Vertical.

Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão, mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde.

A velocidade das mudanças experimentadas pela sociedade, com reflexos claramente perceptíveis nas organizações, culminou com a adoção de princípios de Administração Flexível que pode ser compreendida como "o processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como: demanda de clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência" (MÉDICI & SILVA, 1993).

O novo modelo gerencial proposto pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** é introduzido objetivando reverter práticas organizacionais baseadas na teoria clássica e visa uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais.

Para estabelecer este modelo gerencial proposto a prática do princípio da integralidade: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados é fundamental.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas no hospital em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça.

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é resultado dos somatórios de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira pactuada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares (PINHEIRO, 1998), caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Para ilustrar estabelecer os cuidados de um paciente com diabetes internado com um quadro de descompensação:

- Cuidados iniciais do plantonista, que o recebe e interna a partir do pronto-socorro;
- Cuidados da enfermagem,
- Poderá ser visto pelo: cirurgião vascular, cardiologista, endocrinologista, nutricionista, assistente social e psicólogo;
- Realizará exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY & CECILIO, 2002).

Esta dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe “como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados” (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); a outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Nesta medida, o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como uma estratégia para a gestão hospitalar.

2.2.1 Características

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;
- Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica do hospital;
- O hospital apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;
- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital;
- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;
- As estruturas administrativas sofrem mudanças, se tornando mais leves e dotadas de flexibilidade;
- A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas;
- A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;

- O modelo objetiva organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional;
- São projetados com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão;
- Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas tem a sua interdependência garantida através de valores compartilhados e sistema de comunicação intensivo;
- Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário;
- A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica;
- A organização hospitalar prioriza a participação da gestão estadual e municipal, dos funcionários e da comunidade;
- As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada;
- O modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde: Humanização da Atenção;
- O atendimento é priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.

2.2.2 Objetivo Geral

Oferecer ações e serviços de saúde perinatal, em nível ambulatorial e hospitalar, para garantir a vinculação do parto das gestantes usuárias ao Sistema Único de Saúde, em concordância com os fluxos da Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal, incluindo terapia intensiva adulta e neonatal, dentro dos padrões da mais alta qualidade técnica, suportados por uma gestão hospitalar profissionalizada e moderna, que garanta eficiência na busca da eficácia, resultando em maior efetividade e economicidade, de forma a consolidar o papel da instituição como referência estadual na atenção materno-neonatal, tanto em seus aspectos assistenciais, como também gerenciais.

2.2.3 Objetivos Específicos

- Prestar assistência gratuita à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art.º 198, da Constituição Federal; no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Rege-se pelo Decreto no 39.079, de 1º de abril de 2019 o qual regulamenta a Lei Estadual nº 9.454/2011 alterada pela Lei nº 11.233/2018, bem como pelos preceitos de Direito Público;
- Dar relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.
- Reorganizar a modelagem da rede de atenção materno infantil.
- Operacionalizar o atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar dos usuários da maternidade, visando à implementação de processos de humanização.
- Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal.
- Desenvolver linhas de trabalho que permitam avançar na integralidade da assistência e do acesso da população às ações e serviços de saúde;
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população.
- Dispor de recursos humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva.
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores.
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização e acolhimento dos usuários; a organização da atenção programada com base em riscos.
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas.

- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário.
- Assegurar a atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho.
- Administrar a oferta e gestão de leitos e dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da unidade assistencial, hotelaria, manutenção predial e de conforto ambiental, engenharia clínica, tecnologia da informação.
- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos.
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos.
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população.
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde.
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

2.2.4 Diretrizes Operacionais

Uma Política de Atenção à Saúde desintegrada das redes assistenciais e fragmentada compromete o conjunto do Sistema de Saúde.

A definição de uma política de atenção materna e infantil e às urgências, tendo por base o princípio da integralidade, pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios sanitários, estabelecendo-se desse modo, sob o imperativo das necessidades humanas, visando adequar a oferta dos serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessária para a atenção à saúde são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

Na parceria estabelecida com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, uma das principais metas pactuadas será de conseguir avançar com uma prática abrangente e qualificada, visando concretizar acessibilidade universal e resolutividade nas demandas assistenciais.

Um dos maiores desafios encontrados no Sistema de Saúde: A Atenção à Saúde fluir em todos os níveis do Sistema; desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** quer avançar na pactuação e articulação com os outros pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde, com prioridade para a Atenção Primária à Saúde, Centro de Comunicação e ordenadora do Modelo de Atenção à Saúde.

As dificuldades para atingir essa meta são enormes porque o sistema enfrenta habitualmente insuficiência dos mais diferentes recursos na rede assistencial. Faltam profissionais preparados para a devida atenção, a rotatividade dos profissionais é elevada, faltam recursos financeiros para organizar a estrutura física, a assistência farmacêutica, etc.

O Perfil da Situação de Saúde deveria ser determinante na alocação de recursos e priorizar os problemas de saúde da população utilizando critérios de equidade. Os parâmetros da situação de saúde definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco, análise com base no gênero e em outras variáveis relevantes.

Diante das dificuldades deve-se reconhecer que os problemas não serão facilmente superados. Apesar disso é possível enfrentar muitos deles, o que pode permitir avanços na qualificação na qualificação da Atenção Materna Infantil e às Urgências, e para isso algumas diretrizes podem ser utilizadas.

Para que a parceria possa ser efetiva no que se refere à integração e à coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre o Gestor Estadual e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada um, potencialize os recursos financeiros, e integrem as iniciativas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de articulação que possam lidar com os conflitos ainda presentes.

Deve estar orientado pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual**.

O aprimoramento do processo de pactuação entre os parceiros e do relacionamento entre estes, os Gestores Municipais de Saúde e o Conselho de Saúde é fundamental para efetivar as ações propostas, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população.

Em relação aos profissionais de saúde, propor e implementar planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS.

Apoio e a cooperação técnica com a Gestão Estadual para o desenvolvimento da educação permanente.

A intersectorialidade também é fundamental no processo. Como prática de ação, parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes. Na saúde torna-se mais fácil compreender esse conceito, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social.

Apoiar o Plano de Qualificação da Atenção à Saúde Materna Infantil e às Urgências no âmbito do Hospital com algumas diretrizes estabelecidas:

- Articular com a Gestão Estadual e Municipal para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos e do trabalho em equipe;
- Facilitar a participação e o acesso dos trabalhadores de saúde e do controle social na resolução dos problemas de saúde;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários;
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças;
- Desenvolver processos em colaboração com organizações governamentais e não governamentais, setoriais e extra setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis;
- Envolver os trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança;

- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência;
- Garantir que as atividades realizadas reforcem a ação da Gestão Estadual e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual e orientadas pelo **Princípio da Complementaridade**;
- Promover um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo;
- Avaliar a efetividade e a pertinência utilizando o *feedback* recebido da população que participou das atividades realizadas;
- Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para manejo e comunicação da informação a Gestão Estadual e ao Conselho Estadual de Saúde;
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços;
- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados;
- Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto;
- Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto.
- O modelo proposto aborda, questões importantes como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ampliando, dessa forma, a oferta e a qualidade dos serviços prestados. Constitui-se, assim, em importante passo para o enfrentamento dos problemas gerenciais pelos quais passam os hospitais integrantes do SUS;
- Gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção. A consequente eliminação de perdas, com o uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes, gera receita suficiente para que investimentos em humanização, hotelaria e infraestrutura passem a ser uma constante, criando, assim, uma perfeita identificação com a clientela;
- Para alcançar objetivo de mudanças culturais em organizações de saúde deve-se dispor de capacidades e de conhecimentos críticos que são construídos dentro dos processos históricos de cada organização. Nenhuma transformação é obtida sem adoção de estratégias de ação que respeitem a história particular de cada organização.

2.2.5 Operacionalização da Gestão do Cuidado

O desenho de gestão construído sobre o princípio da **integralidade** e da **qualidade** do **cuidado** combina, de forma mais abrangente, as várias lógicas de coordenação do hospital, tornando-as mais explícitas para o coletivo gestor.

Iniciar o processo elegendo com a Gestão Estadual, uma linha de cuidado prioritária para ser implementada no primeiro ano. As linhas de cuidado são coordenadas, sempre, por uma dupla formada por um profissional médico e por um profissional enfermeiro, pelo menos, pois há situações nas quais equipes multiprofissionais fazem parte desta composição, pela lógica horizontalizada do cuidado. Cada **unidade de produção de cuidado**, que pode ser atravessada por mais de uma linha de produção de cuidado, tem uma **coordenação unificada**, isto é, tem um coordenador responsável pela coordenação de todo o trabalho da equipe. Este **coordenador de unidade** pode ser um enfermeiro, um médico ou qualquer outro profissional de nível universitário.

Os coordenadores de linha têm como atribuições principais:

1. Facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Exemplo da importância desta atribuição é pensar o quanto uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação entre os profissionais: fazer a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite. Uma linha contínua e articulada de cuidados que vão sendo realizados em unidades de cuidado diferentes.
2. Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições.
3. Fazer uma interlocução direta com médicos e enfermeiros, em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado. A lógica de coordenação das corporações respeitada, mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado.

Algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares em função da adoção de coordenação por linhas de cuidados.

Uma delas é a criação de uma **Diretoria Colegiada do Hospital** composta pelos: coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa. Com tal composição, pretende-se criar um espaço matricial de direção superior do hospital centrado na lógica da produção do cuidado, mas contemplando sua necessária articulação com as lógicas de coordenação das profissões e de produção de insumos. Ao mesmo tempo, criam-se **Colegiados Técnicos** em cada linha de produção de cuidado, dos quais participam os coordenadores daquela linha, os coordenadores ou gerentes das unidades assistenciais atravessadas pela linha e “convidados” para a discussão de temas ligados ao cuidado.

Por exemplo, das reuniões do Colegiado Técnico da linha de cuidado da atenção à maternidade, participam os coordenadores da linha (um profissional médico e um profissional enfermeiro), os gerentes do ambulatório (onde se faz o pré-natal), o gerente do bloco obstétrico, a gerente do alojamento conjunto, o gerente do CTI neonatal e o gerente do CTI de adultos, mas poderão ser convidados o gerente do laboratório ou do banco de sangue ou da nutrição e dietética para discutir e deliberar sobre todas as questões específicas afetas ao cuidado (rotinas, fluxos, protocolos de atendimento, etc.). Como os dois coordenadores de linha presentes à reunião fazem parte da direção superior do hospital (Diretoria Colegiada), cria-se um arranjo institucional que facilita a “conexão”, de processos decisórios (referentes à micropolítica do hospital) autônomos, descentralizados e agilizados com a direcionalidade mais geral pretendida pelo hospital.

Trabalhando com a concepção do hospital como uma “estação” de uma intrincada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, ajudar na criação e estabilização de linhas que rompam os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços- pontos de atenção visando à integralidade do cuidado.

Uma linha de cuidados cirúrgicos, por exemplo, lida com pessoas que “vêm de algum lugar” e depois “deverão ir para outro lugar”. Todo o processo de acesso à agenda do bloco cirúrgico, o pré-operatório, o ato cirúrgico e o acompanhamento pós-operatório compõem um contínuo de equipes, profissionais e responsáveis que estão dentro, mas também fora do espaço físico restrito do hospital.

Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar uma melhor articulação entre estas várias “estações cuidadoras”. Isto vale para todas as linhas. A assistência ao parto, por exemplo, só pode ser pensada na sua integralidade quando o hospital consegue se articular adequadamente com a rede básica de serviços, na qual a produção do cuidado se inicia (pré-natal), mas continua após o parto (cuidados com a puérpera e com o recém-nascido, anticoncepção, etc.) e assim por diante. A integralidade do cuidado é tarefa de rede. A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das “estações” e ou “pontos de atenção” da rede de cuidados. Nesta medida, reiteramos, que o papel do hospital no “sistema de saúde” não pode se restringir a fazer contra referência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidado, espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as “estações” produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra hospitalares, em particular com a Secretaria Estadual de Saúde; com o conselho que congrega os Secretários Municipais de Saúde, COSEMS-PB; com as Coordenações de Regiões de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. Importante também a negociação com outros atores das políticas públicas no desenvolvimento da intersectorialidade. Este fato agrega novas tarefas para os coordenadores de linhas de produção do cuidado que, com toda a certeza, não são simples e desprovidas de dificuldades, mas possíveis de realização.

Objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria Colegiada do hospital deve criar e implementar um **Conselho Gestor** com participação das instâncias e atores acima citados. Como no primeiro ano será trabalhada apenas uma Linha de Cuidado, priorizada com os profissionais do hospital e definida em articulação com a Gestão Estadual e em consonância com o Perfil do hospital, a Diretoria Colegiada do hospital estará ainda formada nos moldes tradicionais da estrutura hospitalar e o Conselho Gestor será criado por esta diretoria tradicional.

O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a integração com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Estadual de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Será implementado nos primeiros três meses da parceria. Na sua criação, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e a **Gestão Estadual**, trabalharam na elaboração conjunta do Regimento Interno.

Neste modelo de gestão colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, seriam membros efetivos do colegiado gestor: o diretor geral, o coordenador administrativo, assessores técnicos da diretoria, gerentes ou representantes das unidades de produção, e representante da Organização Social de Saúde (OSS) contratada para desenvolver a gestão hospitalar da unidade.

No intuito de aproximar as políticas públicas de saúde com o processo gerencial da unidade hospitalar, além de melhorar a comunicação entre as partes e permitir ajustes na condução das ações e serviços de saúde desenvolvidos, a SES-PB poderá indicar um profissional do seu quadro técnico para ocupar assento nas reuniões do Colegiado Gestor da unidade.

2.2.6 Ações Estratégicas

Ampliar a compreensão da saúde na perspectiva da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial, e em razão do impacto causado pelo crescente número de acidentes e da violência urbana dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

Desenvolver Projetos que promovam a Melhoria da Qualidade da Atenção no **Maternidade Dr. Peregrino Filho/MDPF**.

Os Projetos de Melhoria da Qualidade da Atenção serão desenvolvidos com objetivos voltados a resolução dos nós críticos diagnosticados na instituição. Serão construídos na perspectiva da Melhoria da Qualidade da Assistência; Melhoria da Qualidade da Gestão e Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos.

Fundamental reafirmar que a Organização Social, **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, no processo de **publicização** realiza procedimentos gerenciais que devem estar orientados pelo **Princípio da Complementaridade** e pela **Diretriz do fortalecimento da Gestão Estadual**.

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Ao aportar o conceito das Redes de Atenção à Saúde este pressuposto avança na articulação da instituição hospitalar com o Sistema de Saúde. O Complexo Regulador atua como o Centro de Comunicação da Rede de Atenção às Urgências.

- **Melhoria da Qualidade da Assistência**

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população ao **Maternidade Dr. Peregrino Filho/MDPF** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

Realizar o diagnóstico local da atenção à Saúde Materna Infantil e às urgências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos.

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos.

- **Melhoria da Qualidade da Gestão**

A Melhoria da Qualidade da Gestão desenvolvida na perspectiva de fortalecimento da Governança com instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuação com a Gestão e com o controle social.

Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde.

Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças: do modelo fragmentado para as Redes de Atenção à Saúde.

Trabalhar na construção dos protocolos clínicos e as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção, em articulação com a Gestão Estadual.

Quadro 07:

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO MATERNA				
RESULTADO ESPERADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO	CAPACIDADE INSTALADA	DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADE/ ANO
Captação precoce das gestantes e realização do pré-natal para 100% das gestantes nas UBS/ESF, em todos os municípios.	Inscriver as gestantes no pré-natal das unidades de saúde do município	- População total dos municípios x taxa de fecundidade (são gestantes no período de 1 ano) - 100% das gestantes inscritas no pré-natal das unidades de saúde, preferencialmente, no primeiro trimestre de gestação.		População Macrorregião de nº. de habitantes= hab x taxa de fecundidade = nº. de gestantes/ano=
	Realizar consultas de pré-natal para as gestantes nas unidades de saúde do município	100% das gestantes com no mínimo 6 consultas de pré-natal nas unidades de saúde do município, sendo: - 1 consulta no primeiro trimestre de gestação - 2 consultas no segundo trimestre de gestação - 3 consultas no terceiro trimestre de gestação		X 6 = consultas de pré-natal por ano. no 1º trimestre no 2º trimestre consultas no 3 trimestre.
	Realizar exames laboratoriais para as gestantes, com coleta no município	100% das gestantes com exames laboratoriais solicitados na inscrição do pré-natal: grupo sanguíneo, fator Rh, coombs indireto se necessário; hemograma, glicemia de jejum, VDRL, urina rotina, urocultura, colpocitologia oncótica, teste anti-HIV (após aconselhamento e consentimento), HbsAg. Na 30ª semana, glicemia de jejum, VDRL e urina rotina.		x 2 = Exames de VDRL, glicemia, teste anti HIV, e exames de urina. exames de hemograma, tipagem sanguínea e fator RH.

<p>Acompanhamento de 100% das gestantes de alto risco no centro de referência microrregional</p>	<p>Realizar consultas adicionais de pré-natal para as gestantes de alto risco no centro de referência microrregional</p> <p>Realizar ultrassonografia e cardiotocografia para as gestantes de alto risco no centro de referência microrregional</p>	<p>- 15% das gestantes são de alto risco</p> <p>- 100% das gestantes alto risco com no mínimo 5 consultas de pré-natal no centro de referência microrregional</p> <p>100% das gestantes alto risco com no mínimo 2 ultra-sonografias e cardiotocografia realizadas no centro de referência microrregional</p>		<p>x 15%= gestantes X 5 consultas = consultas no centro de referência à gestante das Microrregiões</p> <p>X 2 = exames de ultrassonografia e cardiotocografia</p>
<p>Atendimento de 100% das gestantes de alto risco que necessitem de monitoramento na casa da gestante na macrorregião</p>	<p>Realizar monitoramento das gestantes de alto risco que necessitem de observação na casa da gestante na macrorregião</p>	<p>- 15% das gestantes são de alto risco e destas (5%) poderão necessitar de atendimento, na casa da gestante, por um período médio de 15 dias</p>		<p>X 5% = gestantes</p>
<p>Garantia do parto para 100% das gestantes de risco habitual na maternidade de referência microrregional</p>	<p>Realizar parto para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência microrregional</p>	<p>- 85% das gestantes são de risco habitual</p> <p>- 100% das gestantes de risco habitual com garantia do parto na maternidade de referência microrregional</p>		<p>x 85% = gestantes com risco habitual</p>
<p>Garantia do parto para 100% das gestantes de alto risco na maternidade de referência para alto risco macrorregional</p>	<p>Realizar parto para as gestantes de alto risco na maternidade de referência para alto risco macrorregional</p>	<p>- 15% das gestantes são de alto risco (macrorregião)</p> <p>- 100% das gestantes de alto risco com garantia do parto na maternidade de referência para alto risco macrorregional</p>		<p>x 15% = Gestantes</p>
<p>Cobertura de 100% das puérperas com consulta puerperal nos municípios</p>	<p>Realizar consultas puerperais nas unidades de saúde do município</p>	<p>100% das puérperas com no mínimo 1 consulta puerperal nas unidades de saúde do município, no período até 40 dias após o parto</p>		<p>consultas puerperais.</p>

- **Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos**

Estabelecer estratégias que reorientem a Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.

A equipe gestora da unidade hospitalar deverá dispor de recursos humanos qualificados, com as requeridas habilitações técnicas e legais, e em quantitativo suficiente para o perfil da unidade e para adequado cumprimento dos serviços pactuados, em acordo com as legislações vigentes normatizadas pelo Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, assim como pelos diferentes Conselhos Profissionais de Saúde.

Apresentar propostas educacionais a serem desenvolvidas na unidade de saúde, visando o desenvolvimento da força de trabalho em saúde para o SUS.

Serão apresentados e trabalhados projetos educacionais no formato de educação permanente e de formação em serviço, de abordagem multiprofissional, preferencialmente transdisciplinar, que busquem a articulação entre ensino-serviço-realidade sanitária loco regional, em articulação com as iniciativas já existentes da SES/PB.

O Plano de Educação Permanente (PEP) deve ser construído de maneira coletiva, propiciando amplo debate e tendo por base o planejamento participativo e ascendente.

O processo de discussão e construção do PEP dar-se-á com a participação efetiva dos trabalhadores, considerando a análise estratégica do contexto do SES/PB e a intencionalidade das políticas públicas em saúde.

As ações de educação do PEP devem incluir todos os trabalhadores atuantes na SES/PB, tendo em perspectiva a diversidade de vínculos existentes e a legislação vigente.

As ações de educação do PEP devem ocorrer, preferencialmente, por meio dos espaços coletivos de trabalho, no âmbito das equipes multiprofissionais. Deve ser priorizada a forma coletiva de aprendizagem orientada para as equipes que atuam em processos de trabalho compartilhados, suprimindo as lacunas de conhecimento identificadas no cotidiano.

2.3 Proposta de Estrutura Organizacional e Organograma

A Proposta para Estrutura Organizacional do Hospital:

- I - Diretoria Geral;
- II - Diretoria Técnica de Saúde;
- III - Diretoria Administrativa;
- IV - Diretoria de Atenção à Saúde;
- V - Gerência de Enfermagem;
- VI - Seções de Unidades, Serviços e Clínicas.

A Diretoria Geral tem em sua linha de subordinação a Diretoria Técnica de Saúde, a Diretoria Administrativa e a Diretoria de Atenção à Saúde.

A Diretoria Geral tem em sua composição a Seção de Apoio Operacional, a Seção de Acompanhamento das Comissões e a Seção de Ensino.

A Diretoria Técnica de Saúde, que tem que ser exercida por um médico. Tem em sua composição as Seções das áreas médicas; das áreas de Assistência Farmacêutica; de Nutrição e Dietética; do SAME e do apoio diagnóstico, incluindo a seção da área da Agência Transfusional.

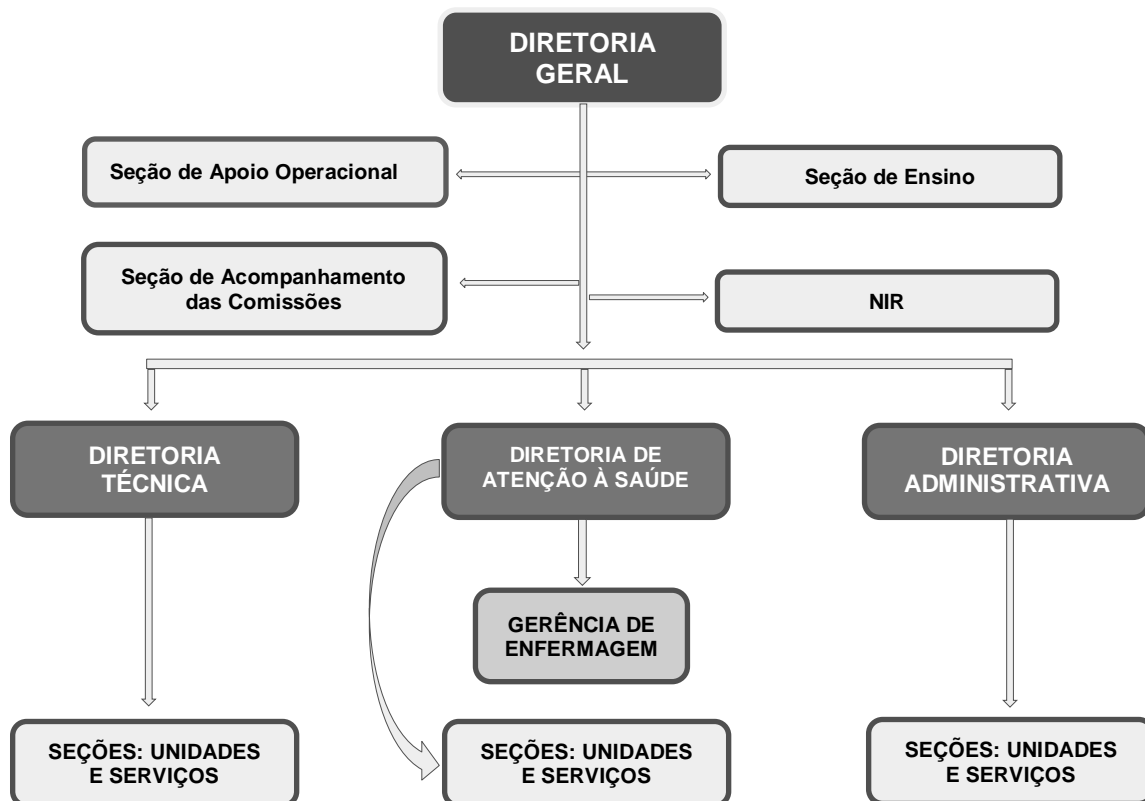
O Diretor Técnico contará com o apoio do Diretor de Atenção à Saúde, o qual terá autonomia para atuar nas áreas internas do Hospital e ainda representar o Diretor Técnico fora do Hospital, quando for o caso e inerente à função.

A Diretoria de Atenção à Saúde tem em sua composição e responsabilidade a Gerência de Enfermagem e os serviços e ações das áreas multiprofissionais. Os serviços das áreas multiprofissionais terão estrutura funcional de Seções.

A Diretoria Administrativa tem em sua composição a estrutura funcional de Seções nas ações e serviços administrativos e financeiros.

No Regulamento Interno do Hospital estarão descritas as atribuições e competências.

Organograma



2.3.1 Descrição do Perfil Técnico para Nomeação dos Membros da Estrutura Organizacional Proposta: ATÉ 3º NÍVEL

Perfil Técnico para Nomeação dos Membros

Diretoria Geral	Cargo: Diretor Geral
<p>Descrição Sumária</p> <p>Responsável por assegurar o cumprimento da missão do hospital, estabelecer estratégias operacionais e supervisionar as atividades em todos os pontos de atenção do hospital.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional com formação acadêmica de nível superior na área da saúde ou na área de Administração de Empresas, com capacitação ou experiência na área de gestão hospitalar ou Gestão na Saúde. • Bons conhecimentos práticos na gestão estratégica de finanças, administração de contratos, terceirizações, gestão de pessoas, planejamento estratégico, qualidade, suprimentos e logística. 	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão sistêmica; • Comprometimento com a missão do hospital; • Capacidade de liderança e comando; • Capacidade para trabalhar em equipe; • Possuir espírito empreendedor e automotivação; • Facilidade de comunicação e de relacionamento; • Possuir e transmitir equilíbrio emocional; • Capacidade em administrar conflitos; • Possuir iniciativa e motivação para desafios. 	

Diretoria Técnica	Cargo: Diretor Técnico
<p>Descrição Sumária</p> <p>Responsável pelo exercício ético da medicina no estabelecimento médico/instituição e por assegurar as condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa prática médica; supervisionar e coordenar todos os serviços técnicos desenvolvidos no estabelecimento de saúde, além de observar o cumprimento das normas em vigor, devendo, ainda, assegurar o funcionamento pleno e autônomo das Comissões de Ética Médica da instituição.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional com formação acadêmica de nível superior em medicina, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata. • Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Administração Pública, Código de Ética Médica, Resoluções do Conselho Regional de Medicina (CRM) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde. 	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança; • Trabalho em equipe; • Mediação de conflitos; • Processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças; • Proatividade; • Empatia. 	

Diretoria de Atenção à Saúde	Cargo: Diretor Assistencial
<p>Descrição Sumária</p> <p>Responsável por assegurar o cumprimento das ações multiprofissionais do hospital, estabelecer estratégias operacionais e supervisionar as atividades referentes as comissões técnicas.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissional com formação acadêmica de nível superior na área da saúde, com capacitação ou experiência na área de gestão hospitalar ou Gestão na Saúde. • Bons conhecimentos práticos na gestão estratégica gerencial técnica, planejamento estratégico e qualidade. 	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão sistêmica; • Comprometimento com a missão do hospital; • Capacidade de liderança e comando; • Capacidade para trabalhar em equipe; • Possuir espírito empreendedor e automotivação; • Facilidade de comunicação e de relacionamento; • Possuir e transmitir equilíbrio emocional; • Capacidade em administrar conflitos; • Possuir iniciativa e motivação para desafios. 	

<p align="center">Diretoria Administrativa e Financeira</p>	<p align="center">Cargo: Diretor Administrativo-Financeiro</p>
<p>Descrição Sumária Responsável direto pelo adequado funcionamento e infraestrutura hospitalar.</p>	
<p>Requisitos Básicos Profissional com graduação em Administração de Empresas ou na Área da Saúde, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata. Conhecimento em Gestão Hospitalar, Administração Pública, Gestão estratégica de finanças, Administração de contratos, terceirizações, Gestão de pessoas, Planejamento estratégico, Qualidade, Suprimentos e Logística Experiência no gerenciamento de contas a pagar e a receber, monitoramento e o faturamento das contas médicas, elaboração de relatórios financeiros.</p>	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança; • Trabalho em equipe; • Mediação de conflitos; • Processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças; • Proatividade; • Empatia. 	

Gerência de Enfermagem	Cargo: Gerente de Enfermagem
<p>Descrição Sumária</p> <p>Profissional com formação acadêmica de nível superior em enfermagem, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata. Responsável Técnico (RT) pela Enfermagem no hospital. Realiza a mediação do processo e conduz as equipes de trabalho, tendo claramente estabelecidos os objetivos, metas e resultados almejados.</p>	
<p>Requisitos Básicos</p> <p>Profissional com formação acadêmica de nível superior em enfermagem, com capacitação ou experiência em Gestão na Saúde ou na área correlata.</p> <p>Conhecimento em Gestão em Saúde, Gestão Hospitalar, Planejamento em Saúde, SUS e Políticas de Saúde, Gestão da Clínica, Gestão por Resultados, Preceitos éticos e legais da Enfermagem e Administração Pública. Experiência em gestão de serviços de saúde e em atenção à saúde.</p>	
<p>Habilidades</p> <ul style="list-style-type: none">• Liderança;• Trabalho em equipe;• Mediação de conflitos;• Processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;• Proatividade;• Empatia.	

2.4 Descrição das Rotinas Gerenciais da Equipe Gestora

A Equipe Gestora, responsável pela Organização, Gerenciamento Institucional e Prestação de Serviços e Ações de Saúde na Unidade hospitalar, Maternidade de Patos, considera os recursos disponíveis para a melhoria da qualidade da assistência. A reestruturação das rotinas gerenciais aporta à cultura organizacional e dos diversos papéis ali desempenhados.

As competências e atribuições da equipe gestora estão descritas no **Regulamento Hospitalar**.

O gerenciamento exercido pela Equipe Gestora está descrito de forma transversal em toda Proposta Técnica e aportado nas diretrizes operacionais:

- Criar e implementar a Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor;
- Dar relevância à área de Urgência e Emergência onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados;
- Implementar as linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual objetivando garantir a atenção hospitalar;
- Incluir propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população;
- Implementar o Comitê de Qualidade e as Comissões Técnicas;
- Dispor de recursos humanos capacitados e da infraestrutura necessária para ter capacidade de resposta oportuna e efetiva;
- Definir um eixo comum de organização do cotidiano dos trabalhadores;
- Organizar os processos de trabalho envolvendo os processos de humanização e acolhimento dos usuários; a organização da atenção programada com base em riscos;
- Alinhar os processos de trabalho para que permitam equilíbrio na promoção, prevenção e atenção, entre o agudo e o crônico no cotidiano das agendas;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado, aos usuários, utilizando as terapêuticas mais apropriadas, e o seu gerenciamento para continuidade de atenção em rede quando necessário;
- Adequar apoio logístico e infraestrutura necessária, visando o aumento da capacidade de organização das estruturas e práticas e a melhoria do desempenho;

- Transferir conhecimento especializado aos profissionais para que os mesmos se capacitem e fiquem mais resolutivos;
- Identificar áreas de intervenção prioritária para o desenvolvimento de projetos;
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação à população;
- Adequar as propostas levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde;
- Avaliar o resultado das ações desenvolvidas, através da aplicação de uma linha de base, da avaliação de processos e resultados e da avaliação das opiniões de profissionais e usuários.

Aportam também atividades nas etapas do processo de trabalho para o desenvolvimento e aprimoramento da gestão da Unidade Hospitalar:

- Responsabilizar-se pelas documentações do hospital necessárias para o adequado funcionamento da unidade hospitalar e prestação dos serviços contratados, segundo a legislação vigente: dados para a atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), alvará sanitário, licenças, habilitações, permissões e autorizações; publicações;
- Reorganizar a equipe gerencial designada para a gestão da unidade segundo os padrões de qualificação definidos para os cargos na presente proposta técnica;
- Disponibilizar a totalidade dos seus leitos segundo as determinações do setor de Controle, Regulação e Avaliação da SES-PB e adotar a Política de VAGA ZERO para pacientes em situação de emergência clínica, pacientes encaminhados via central de leitos;
- Realizar e apurar regularmente o Censo Hospitalar Diário, em todas as unidades de produção assistenciais;
- Informar adequadamente e regular os Sistemas Oficiais de Informação em Saúde (SIA, SIH, SINASC, SIM, etc.);
- Informar mensalmente à SES-PB a produção hospitalar e ambulatorial realizada no mês anterior, até o quinto dia útil do mês subsequente e elaborar Relatórios Gerenciais;
- Dar publicidade aos Relatórios Gerenciais;
- Adotar prontuário único para cada paciente, cuidando para a boa qualidade do seu preenchimento, bem como da sua guarda, segundo a legislação vigente;

- Criar e manter o funcionamento regular das Comissões Hospitalares definidas na presente proposta técnica;
- Aplicar os processos de Gestão Clínica e Gestão de Leitos, em especial aqueles estabelecidos pela SES-PB;
- Implementar as rotinas gerenciais determinadas pela SES-PB nas áreas de: Farmácia; Almoxarifado; Limpeza e Higienização; Elaboração e Encaminhamento dos Processos de Compras; Elaboração, Fechamento e Processamento de Contas Hospitalares;
- Possuir e disponibilizar rotinas administrativas de funcionamento da unidade e atendimento aos usuários;
- Elaborar, implantar e monitorar os POPs (Procedimentos Operacionais Padrão) de acordo com a legislação vigente;
- Implementar sistema de identificação dos colaboradores, caracterizando categoria profissional, permissões e níveis de acesso;
- Elaborar e implantar o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde;
- Efetivar a humanização da atenção à saúde, através da maior participação de familiares e acompanhantes no processo terapêutico, de comum acordo com a equipe de profissionais de saúde;
- Elaboração do Plano Anual de Gerência de Riscos Hospitalares (vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância);
- Elaborar, desenvolver e gerenciar atividades de ensino e ou de educação em serviço que colaborem na formação e qualificação da força de trabalho em saúde, voltada para o SUS;
- Operacionalizar, monitorar, avaliar e realizar a prestação de contas do Plano de Investimentos e Incorporação Tecnológica elaborado para o hospital;
- Realizar reunião quinzenal do Colegiado Gestor e mensal da Diretoria Colegiada;
- Realizar reunião mensal, ou sempre que se fizer necessário, com a equipe de acompanhamento do contrato;
- Participar ativamente do processo de monitoramento e avaliação do Contrato de Gestão, conforme definido pela SES-PB;
- Realizar a prestação de contas das ações e serviços, conforme definido no Contrato de Gestão.

2.5 Descrição das Ferramentas de Modernização Gerencial

2.5.1 Área de Qualidade

A **Qualidade Objetiva** está orientada a obter e garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital.

2.5.1.1 Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde: Comitê de Qualidade

Apresentação

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a **qualidade**. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de desempenho nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários (Dlugacz, Restifo & Greenwood (2004).

O **Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar** vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995. A Portaria GM/MS n.º 538, de 17 de abril de 2001 reconhece a Organização Nacional de Acreditação, ONA, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar.

A organização hospitalar 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.

O processo de acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

Considerando que o estabelecimento prévio de padrões a serem atingidos pelos hospitais é condição indispensável para o desenvolvimento de programas de acreditação o **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial destas instituições de forma sistêmica e global.

Considerando a necessidade de adotar medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada na **MDPF** o presente projeto terá como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar, utilizada como ferramenta gerencial.

A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa.

Os incrementos na eficiência e eficácia nos processos de gestão são necessários para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio.

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante de esforços do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem persistentemente investindo em palestras de sensibilização, na criação e consensos de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético.

Justificativa

Necessidade de garantir a melhoria na assistência, considerando os recursos e a tecnologia existentes no Hospital.

Estas diretrizes e o processo para Acreditação Hospitalar, Certificação de Qualidade, reforçam e justificam a necessidade de implementar no hospital, o Projeto de **Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde**.

Objetivo

Adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pelo hospital, através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar oportunamente pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

Operacionalização

Estabelecer como linhas norteadoras as diretrizes contidas nas normas brasileiras aprovadas pelo Ministério da Saúde para Acreditação Hospitalar.

Implantar o **Comitê de Qualidade** no hospital, conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

O Comitê de Qualidade deverá:

- Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis do hospital;
- Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Política de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
- Sugerir ações de melhoria;
- Elaborar o planejamento anualmente.

O Planejamento do Comitê de Qualidade deve aportar programas de melhoria da capacidade institucional nas seguintes áreas da Unidade:

I – Serviços Profissionais e Modelo Organizacional para as atividades Assistenciais;

II – Serviços de Atenção ao Paciente e apoio às famílias;

III – Serviços de Apoio ao Diagnóstico;

IV – Serviço de Apoio Técnico e Logística;

V – Serviço de Apoio Administrativo e Infraestrutura;

VI – Ensino e Pesquisa;

VII – Liderança e Modelo Organizacional das atividades de Administração;

VIII – Produtividade das áreas assistenciais e administrativas;

IX – Acompanhamento de Custos;

X – Informatização das áreas assistenciais e administrativas;

XI – Novos Produtos e Parcerias;

XII – Qualidade Assistencial e Gerencial.

Regimento Interno

Comitê de Qualidade da Maternidade Dr. Peregrino Filho/MDPF

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Considerando o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria GM/MS n.º 1.107, de 14 de junho de 1995 e a necessidade de Implantar o Comitê de Qualidade para desenvolver estratégias e adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pela Instituição através dos padrões previamente estabelecidos pela Política de Acreditação e buscar em futuro próximo pleitear o Título de Hospital Acreditado pela ONA.

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Artigo 2º - Implantar o Comitê de Qualidade **da MDPF** conduzindo um processo permanente da disseminação da cultura da Qualidade e na promoção de medidas para Acreditação Hospitalar.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Assegurar que a Política da Qualidade seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis da instituição;

1. Avaliar e aprovar as decisões do Comitê da Qualidade;
2. Assegurar que todos os procedimentos e instruções relativas à Política de Acreditação sejam cumpridos dentro dos padrões estabelecidos em todos os setores;
3. Sugerir ações de melhoria;
4. Elaborar o planejamento anualmente.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º

1. O Comitê de Qualidade estará subordinado a Direção Geral da **MDPF** e será composto por representantes das Unidades dos Colegiados Técnicos, Coordenador Administrativo, Coordenadores de Áreas Técnicas, Diretor Clínico e Responsável da qualidade no hospital.
2. O Comitê de qualidade será representado pelo Presidente que terá mandato de dois anos, a partir da data da nomeação, podendo ser reeleito.
3. **Parágrafo 1º:** O perfil para ocupar o cargo: Profissional de nível superior com especialização voltada à gestão da qualidade.
4. **Parágrafo 2º:** Em caso de férias e afastamento do presidente, o cargo será assumido pelo Vice-Presidente. No caso de afastamento do Vice-Presidente será realizada a indicação por parte do Presidente de um dos membros do Comitê.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 5º

Compete ao Presidente:

1. Representar o grupo interna e externamente à Instituição;
2. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
3. Articular o Comitê com as Comissões Técnicas;
4. Prestar contas das atividades do Comitê anualmente.

Compete ao Vice-Presidente:

1. Auxiliar os trabalhos da presidência;
2. Receber, organizar e distribuir as correspondências;
3. Secretariar as reuniões e elaborar as atas.

CAPÍTULO VI

DAS REUNIÕES

Artigo 6º

1. O Comitê de Qualidade se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.
2. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas.
3. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 7º - Considerando que a Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos, e considerando a adoção pelo Ministério da Saúde do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, que estabelecem os itens a serem avaliados, de forma explícita e objetiva, no desenvolvimento do processo de Acreditação, e

Considerando a existência da Organização Nacional de Acreditação – ONA, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, integrado por entidades de caráter nacional, representando entidades prestadoras de serviço de saúde, compradoras de serviços de saúde e privadas que se pautam por princípios que regem o direito público, que tem por objetivo geral a promoção e o desenvolvimento do processo de Acreditação no país.

Parágrafo único: Reconhecer a Organização Nacional de Acreditação – ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar no Brasil.

Artigo 8º

1. Os membros do Comitê têm assegurado o livre trânsito em todas as dependências do hospital, independente de autorização prévia, desde que esta atitude implique em trabalhar ações relacionadas na busca da qualidade hospitalar.
2. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros do Comitê de Qualidade, por metade mais um dos votos.
3. Este regimento deverá ser aprovado por metade mais um dos membros do Comitê de Qualidade e encaminhado à Diretoria do Hospital para homologação.

Artigo 9º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comitê de Qualidade					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Criação do Comitê de Qualidade						
Reuniões mensais do Comitê						
Apresentação de relatórios						
Visitas: orientações para Acreditação Hospitalar						
Certificação da MDPF						

2.5.1.2 Garantia da Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde consolida-se a partir de seus cinco componentes:

- Os Pontos de Atenção à Saúde. Em um hospital existem vários pontos de atenção: Pronto Socorro; Centro Cirúrgico, UTI, Unidades de Internação;
- O Centro de Comunicação localizado na Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção às Condições Crônicas e no Complexo Regulador nas Redes de Atenção às Condições Agudas;
- Os Sistemas de Apoio que aportam a Assistência Farmacêutica, o Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Informação em Saúde;
- Os Sistemas Logísticos que aportam o Cartão de Identificação dos Usuários, Prontuário Eletrônico, Central de Regulação e Sistema de Transporte Sanitário;
- O Sistema de Governança.

Os Pontos de Atenção à Saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde. Apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que caracterizam os diversos pontos de atenção à saúde.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços de saúde objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde;
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência;
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;
- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

A melhoria da saúde das pessoas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focados na promoção e na manutenção da saúde. Isso exige não somente determinar que atenção à saúde é necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada e planejada. Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. As pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a sensibilidade cultural são dois conceitos emergentes centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam de ser discutidas com as pessoas usuárias de forma a que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que estejam em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, alertas e *feedbacks* ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas e a organização dos hospitais como suporte às equipes de Atenção Primária à Saúde, para o cuidado das pessoas portadoras de patologias de maiores riscos ou complexidades, são fundamentais.

A atenção efetiva é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente. Um sistema de informação deve facilitar a atenção à saúde às pessoas usuárias provendo alertas, lembretes e *feedbacks* oportunos para os serviços necessários e sumarizando dados que facilitem a elaboração dos planos de cuidado. No âmbito populacional, o sistema de informação clínica deve identificar grupos de riscos que necessitem de abordagens diferenciadas de atenção à saúde, bem como permitir o monitoramento do desempenho do sistema e dos esforços em busca de uma melhor qualidade dos serviços ofertados.

O efetivo autocuidado é muito mais que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de auto responsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos Sistemas de Atenção à Saúde.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

Os serviços hospitalares, que se beneficiam de economias de escala, devem ser concentrados, pois são recursos mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, na medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde.

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon, 1997).

Outro fator importante para o desenvolvimento da instituição hospitalar é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados.

Portanto, o desenho de redes de atenção à saúde faz-se, sobre os territórios sanitários, combinando, dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos.

Na construção de Redes de Atenção à saúde devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva, e dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior produtividade.

A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor.

No desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde e como consequência nas instituições hospitalares os dois conceitos se aplicam.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles. Por exemplo, quando dois hospitais entram em acordo para que as suas carteiras de serviços não sejam concorrentes, mas complementares, de forma a que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá também, na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

Estas diretrizes e o processo para Acreditação Hospitalar, Certificação de Qualidade, reforçam e justificam a necessidade de implementar no hospital, o Projeto de **Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde.**

2.6 Desenvolvimento de Liderança Institucional: Equipe Gerencial e Grupo de Colaboradores

A Equipe Gestora: Gestão Geral, Administrativa e Financeira proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** serão integradas à estrutura atualmente existente no **hospital** com proposta de reorientações sistemáticas.

A proposta prioriza alcance dos resultados com foco na otimização e redução dos custos, aumento da produtividade, além do desenvolvimento de planejamentos ascendentes e compartilhados que considere o trabalhador do hospital um agente participativo e ativo no processo. Na gestão da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vamos trabalhar também as linhas gerenciais da logística e de Centro de Custos.

Esses aspectos norteadores colocados pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** são voltados para que os clientes externos, para o paciente; o fornecedor; o trabalhador e mesmo os clientes eventuais, os visitantes, tenham a sua passagem qualificada no hospital.

Gestão de Recursos Humanos

A questão dos recursos humanos na área da saúde, de modo geral, tem sido apontada, ao longo dos anos, como uma preocupação crônica e reconhecida como elemento crítico para a implementação do SUS. É importante destacar que o conceito de recursos humanos em saúde diz respeito a um conjunto bastante diversificado de agentes que têm como principal responsabilidade o desenvolvimento de atividades nesse campo. Costuma-se dividir esse conjunto em dois grupos: aquele composto por trabalhadores que prestam cuidados para indivíduos e outro formado por profissionais que prestam serviços “não-pessoais” em saúde, isto é, trabalhadores não vinculados à assistência direta aos indivíduos. Para o último, utiliza-se a expressão “recursos humanos em Saúde Pública”. Esses dois grupos são considerados por diversos autores como componentes centrais de todos os sistemas de saúde, contribuindo de forma significativa para a *performance* do setor (Beaglehole & Dal Poz, 2003).

No Brasil, o reconhecimento da importância desse tema não se traduziu em propostas efetivas de intervenção capazes de produzir as mudanças necessárias para o alcance de uma atenção adequada para o pleno funcionamento do sistema.

Essa situação pode ser atribuída, em parte, à inexistência de um diagnóstico bem delineado que orientasse a formulação das políticas para a área.

O setor saúde é tido como um setor de mão-de-obra intensiva. Mais do que isto, segundo Merhy (1997), o trabalho em saúde é um trabalho vivo, ou seja, cheio de possibilidades de criação, produzido social e culturalmente. Portanto, para a transformação das práticas e dos serviços oferecidos à população é imprescindível que haja envolvimento de seus atores.

Para isso, são necessárias, entre outras condições, bases para a planificação e a gestão de recursos humanos, que devem incluir aspectos relacionados à sua estrutura, ao processo e às relações de trabalho.

A gestão de recursos humanos em saúde (RHS) é um tema central, mas difícil. Central, por causa do papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. Difícil, porque não se trata de uma ciência exata e os resultados são dependentes de um grande número de fatores.

Em qualquer sistema de serviços de saúde, são os profissionais da saúde que, em última instância, definem que serviços serão consumidos, como serão consumidos, onde, em que quantidade e, conseqüentemente, que impacto estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas.

O sucesso das ações de saúde depende, portanto, da organização do trabalho, ou seja, de definições sobre a quantidade, a combinação (o *mix*) de competências, a distribuição, o treinamento e as condições de trabalho dos profissionais da saúde.

Temos um indicador da importância dos trabalhadores em saúde quando observamos que até 75% dos gastos totais em saúde é despendido diretamente com os recursos humanos (formação, pagamento de serviços prestados, benefícios sociais).

No passado, os recursos humanos eram percebidos de forma instrumental, como um fator de produção entre outros e não como os protagonistas do processo de produção de serviços. Acreditava-se que os ajustes eventualmente necessários no pessoal poderiam ser alcançados através de programas de treinamento. A gestão de recursos humanos recebia limitada atenção dos teóricos da administração e dos responsáveis políticos pela organização dos serviços.

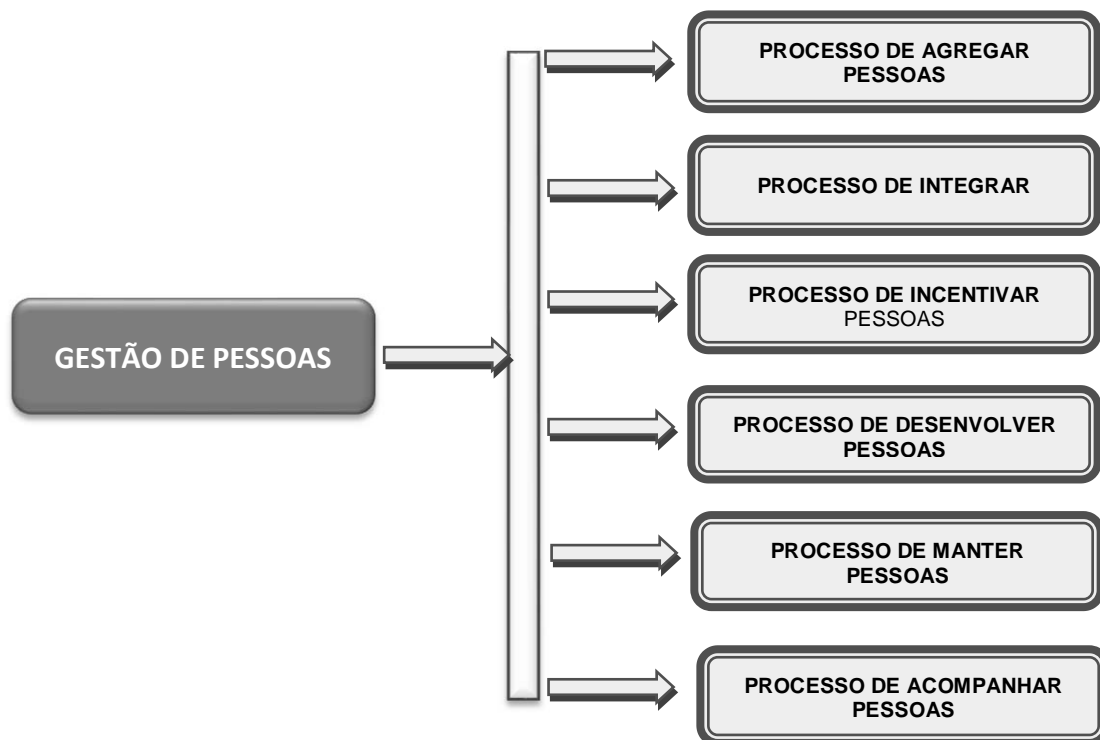
Hoje em dia, a relevância da força de trabalho em saúde é amplamente reconhecida. A elaboração de políticas de recursos humanos ocupa lugar de destaque na agenda da maioria dos formuladores de políticas e dos gestores do setor da saúde.

A ênfase atual nos recursos humanos é mais do que justificada.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe instituir a Gestão de RH, enquanto política e em parceria com a **Gestão Estadual do SUS**.

Esta política estará focada nas ferramentas de Planejamento, Organização, Direção e Monitoramento e Controle, promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, por consequência, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com a atenção ao usuário.

Os conceitos agregados a Gestão de Pessoas:



A Área de Recursos Humanos, através dos setores de Administração de Pessoal e Desenvolvimento de Recursos Humanos, trabalharam integrados desde a admissão funcional ao aprimoramento dos Recursos Humanos às propostas gerenciais do hospital.

Inserem as pessoas no contexto do SUS e promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, como resultado, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com os serviços prestados à população.

Promovem a articulação das ações de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, a serem realizadas por iniciativa e sob a responsabilidade de cada área do hospital.

Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho das pessoas. Desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação, bem como de políticas de assistência social que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos trabalhadores atuantes no hospital. Tal área possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliações, cadastro e arquivo e benefícios e licenças.

Objetivando desenvolver o sistema de liderança institucional entre a equipe gerencial e o grupo de trabalhadores fomentar no modelo gerencial a prática das características:

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- A capacitação e aperfeiçoamento de pessoal passa a ser um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;
- Os salários e condições de trabalho passam a ser negociados, de forma flexível, em função da condição real específica do hospital;
- O hospital apresenta total visibilidade no que diz respeito às informações econômicas, financeiras e contábeis no momento da negociação;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;
- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital;

- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;
- As estruturas administrativas sofrem mudanças, se tornando mais leves e dotadas de flexibilidade;
- A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas;
- A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;
- O modelo objetiva organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional;
- São projetados com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão;
- Os setores descentralizados são autônomos e independentes, mas tem a sua interdependência garantida através de valores compartilhados e sistema de comunicação intensivo;
- Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário;
- A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica;
- A organização hospitalar prioriza a participação da gestão estadual e municipal, dos funcionários e da comunidade.

A Área de Recursos Humanos, através dos setores de Administração de Pessoal e Desenvolvimento de Recursos Humanos, trabalham integrados desde a admissão funcional ao aprimoramento dos Recursos Humanos às propostas gerencias do hospital.

Inserem as pessoas no contexto do SUS e promovendo a responsabilidade das tarefas designadas relacionadas com a valorização pessoal e profissional que, como resultado, garantirão um trabalhador mais motivado e comprometido para com os serviços prestados à população.

Promovem a articulação das ações de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, a serem realizadas por iniciativa e sob a responsabilidade de cada área do hospital.

Tem ainda como objetivo coordenar programas de administração de pessoal e gerenciamento do processo de trabalho, otimizando uma política que vise um melhor nível de qualidade de vida no trabalho das pessoas. Desenvolver e implementar políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação, bem como de políticas de assistência social que possam amenizar as dificuldades no processo de interação social dos trabalhadores atuantes no hospital. Tal área possuirá serviços para o desenvolvimento das atividades inerentes a pessoal, responsável pela vida funcional, no tocante a contratos, salários, gratificações e adicionais, avaliações, cadastro e arquivo e benefícios e licenças.

Integração do Trabalhador no Hospital

Objetivo:

Garantir ao novo trabalhador conhecer: O hospital, seus valores e suas diretrizes; os seus direitos e deveres dentro do contexto hospitalar.

Procedimentos:

Providenciar a recepção e a capacitação inicial dos trabalhadores, quando de seu ingresso no hospital;

- O Setor Administração de Pessoal fará o acolhimento inicial dos novos trabalhadores;
- Apresentação de um breve histórico que inclui a missão, visão e valores institucionais focados no Planejamento estratégico;
- Informados os direitos e deveres, normas de proteção e segurança no trabalho, e realização da ambientação do novo trabalhador nas áreas específicas;
- A Chefia Imediata realizará a ambientação no local de trabalho, descrição das funções e o acompanhamento do novo trabalhador;

- Avaliação Inicial;
- Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo trabalhador incluindo a ambientação e o desenvolvimento das funções;
- A Chefia Imediata fará o acompanhamento do novo trabalhador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
- O acompanhamento do trabalhador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
- Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de Administração de Pessoal informar a decisão ao trabalhador a ser desligado;
- Durante todo o processo de integração, o setor de Administração de Pessoal dará suporte às chefias imediatas.

Segurança do Trabalho

A área Especializada de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho em articulação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA em relação aos trabalhadores da **MDPF** devem:

Procedimentos:

1. Prestar assistência médica, psicológica, social e de enfermagem, em regime ambulatorial;
2. Propor medidas de redução ou eliminação dos riscos existentes à saúde, inclusive a utilização de equipamentos de proteção;
3. Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação, referentes às questões de saúde e segurança do trabalho;
4. Realizar exames médicos ocupacionais, admissionais e demissionais, quando for o caso, observando os prazos previstos na legislação pertinente;
5. Emitir laudos para concessão de licença para tratamento de saúde, obedecendo aos limites legais;
6. Efetuar acompanhamento médico de acidente do trabalho;
7. Implementar medidas de promoção da saúde e de proteção da integridade, de acordo com a legislação vigente.

Remanejamento Interno

Objetivo:

Orientar e normatizar o fluxo de remanejamento interno dos trabalhadores garantindo a transparência e a padronização nos processos internos de remanejamento.

Procedimentos:

- A área de Pessoal será responsável pela comunicação e ampla divulgação da abertura de vagas (considerando inclusive os candidatos já cadastrados no seu banco de dados);
- A Comissão de Seleção será designada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e composta por: Chefia da área de Administração de RH, representante da área técnica envolvida, demais setores a ser definido.

Processo Seletivo e de Admissão

Considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e do **hospital** e a necessidade de imprimir ferramentas e instrumentos que promovam melhor gestão e agilidade aos procedimentos internos desta, empreendendo ações conjuntas mais confiáveis, transparentes, padronizadas e efetivas nos processos de seleção de novos trabalhadores a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** utiliza os seguintes fluxos:

Recebimento de Currículos:

a) Os currículos são entregues em espaço próprio designado para essa finalidade no prédio do hospital. Os currículos, depois de entregues, vão compor um Banco de Dados.

Processo Seletivo e Admissão de novos Trabalhadores:

O processo seletivo será composto pelas seguintes fases:

- I – Análise curricular;
- II – Entrevista;
- III – Treinamento;
- IV – Exame Médico-Admissional;
- IV – Contratação.

Serão considerados:

- Os critérios de seleção serão impessoais e a classificação dos candidatos se dará por competência técnica, perfil e experiência dos mesmos, relacionada ao cargo pretendido;
- Para evitar ocorrências relativas à confirmação do local e reserva do espaço e serviços correlatos, os Treinamentos deverão ser precedidos de agendamento junto aos demais setores da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, com antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis;
- O exame admissional será realizado por empresa especializada em Medicina do Trabalho, contratada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**. Anualmente, ou em período definido pela empresa de Medicina do Trabalho, cada trabalhador realiza o exame periódico;
- As contratações terão prazo de experiência de 60 (sessenta) dias, podendo ser prorrogada por igual período e, após avaliação, o trabalhador será efetivado, na forma da legislação vigente;
- A avaliação, ao final do segundo período do contrato de experiência, é realizada pelo superior imediato através do Formulário de Avaliação de Desempenho para Contrato de Experiência.

Normatizações e Regulamentações de Trabalho

No ato da contratação, cada trabalhador recebe Manual contendo as Regulamentações de Trabalho, Regime CLT que deverão ser seguidas e contendo as diretrizes da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**. Quando há o descumprimento da normatização de trabalho, dos protocolos, do regimento interno, das normas estatutárias, bem como de ordens expressas do superior imediato, os trabalhadores poderão, conforme o caso, ser advertidos, suspensos ou até mesmo demitidos sem ou por justa causa, dependendo da situação.

Controle de Frequência

As normatizações estarão em acordo com a legislação vigente, e considera, sobretudo, a Portaria nº 1.510/2009 de 21 de Agosto de 2009 do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE e Instrução Normativa nº 85/2010 de 26 de Julho de 2010.

Desligamento de Trabalhadores

Visando normatizar o desligamento de trabalhadores do quadro de pessoal do instituto lotados no hospital serão adotados os seguintes procedimentos:

- a) Todo desligamento, motivado por parte do trabalhador ou da instituição, deverá ser precedido de aviso e de processo administrativo para juntada dos documentos, exame demissional, e guias de pagamentos de encargos e verbas rescisórias, podendo ou não haver cumprimento de aviso prévio, na forma da legislação vigente;
- b) O desligamento dos trabalhadores da área administrativa deverá ser precedido de processo administrativo, concluído antes da homologação da rescisão, no qual deverão ser apuradas responsabilidades, pendências, danos e débitos oriundos das atividades e ações.

Pesquisa de Clima Organizacional

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende desenvolver periodicamente na **MDPF** a Pesquisa de Clima Organizacional, uma ferramenta para coleta de dados, fornecendo informações importantes sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho dos mesmos. Além da identificação destes problemas, a pesquisa, enquanto meio de comunicação, possibilitará a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria contínua.

Alguns objetivos da pesquisa de clima e uso das informações:

- Avaliar o grau de satisfação dos colaboradores em relação à organização;
- Criar canal de comunicação direta entre os colaboradores e a direção da organização, onde possam manifestar suas opiniões com garantia do anonimato;
- Permitir melhoria do clima organizacional onde for constatado o maior grau de insatisfação no ambiente de trabalho.

Resultados esperados:

- Melhoria contínua da qualidade no ambiente de trabalho, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional aos colaboradores e ganhos para a organização;
- Oferecer condições de segurança adequadas para o trabalho;
- Melhorar a comunicação na organização;
- Proporcionar um bom relacionamento entre os diferentes níveis hierárquicos;
- Criar um ambiente saudável de trabalho através da manutenção do bom relacionamento interpessoal;
- Aprimoramento das políticas de Responsabilidade Social adotadas pela organização, gerando resultados satisfatórios aos seus grupos de interesses (Clientes Internos e Externos, Colaboradores, Fornecedores, e a Sociedade);
- Possibilitar uma adequada gestão do conhecimento;
- Melhorar o comprometimento e conhecimento dos colaboradores em relação aos objetivos da organização;
- Desenvolver e capacitar as lideranças;
- Possibilitar o desenvolvimento profissional dos colaboradores;
- Identificar os pontos fortes e fracos da organização na visão dos colaboradores, permitindo assim a melhoria do nível de satisfação destes;
- Melhoria das condições de infraestrutura para o trabalho;
- Oferecer condições para o desenvolvimento e a inovação;
- Oferecer condições satisfatórias de trabalho, de acordo com os interesses dos colaboradores.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta modelo de Pesquisa de Clima Organizacional a ser utilizado na elaboração daquele que será implementado na instituição, com os objetivos supramencionados.

Os resultados da referida pesquisa subsidiarão a avaliação do momento institucional e o planejamento de ações, em um processo de melhoria contínua.

MODELOS DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

LISTA SUGESTIVA DE PERGUNTAS

Modelo de Kolb

Utiliza uma escala de 7 fatores/indicadores:

- **Responsabilidade**

Sentimento de autonomia para tomada de decisões relacionadas ao trabalho e a não dependência quando desempenha suas funções.

- **Recompensa**

Sentimento de ser recompensado por um trabalho bem feito; ênfase em incentivos positivos e não em punições; sentimento sobre a justiça da política de promoção e remuneração.

- **Padrões**

É o grau em que a organização enfatiza normas e processos.

- **Conformismo**

Sentimento que os membros sentem que há inúmeras regras, procedimentos, políticas e práticas às quais devem-se amoldar ao invés de serem capazes de fazer seu trabalho como gostariam de fazê-lo.

- **Clareza Organizacional**

Sentimento de que as coisas são bem organizadas e os objetivos claramente definidos, ao invés de serem desordenados, confusos ou caóticos.

- **Calor e Apoio**

Sentimento de que a amizade é uma forma valorizada na organização, onde os membros confiam uns nos outros e oferecem apoio mútuo. O sentimento de que boas relações prevalecem no ambiente de trabalho.

- **Liderança**

Disposição dos colaboradores em aceitar a liderança e a direção de outros qualificados; quando surgem necessidades de liderança, os membros sentem-se livres para assumi-la e são recompensados por uma liderança bem-sucedida; a organização não é dominada por uma ou duas pessoas ou depende delas.

Modelo de Litwin e Stringer

9 fatores/indicadores, entre os quais Responsabilidade, Recompensa, Padrões.

- **Estrutura**

Sentimento dos trabalhadores sobre as restrições em seu trabalho: muitas regras, regulamentos, procedimentos e outras limitações enfrentadas no trabalho.

- **Desafio**

Sentimento de risco na tomada de decisões e no desempenho das suas funções.

- **Relacionamento**

Sentimento de boa camaradagem geral e de ajuda mútua que prevalece na organização.

- **Cooperação**

Percepção de espírito de ajuda e mútuo apoio vindo de gestores e de subordinados.

- **Conflito**

Sentimento de que a administração não teme opiniões discrepantes e a forma mediadora utilizada para solução dos problemas.

- **Identidade**

Sentimento de pertencer à organização, como elemento importante e valioso dentro do grupo de trabalho, em geral, a sensação de compartilhar objetivos pessoais com os objetivos organizacionais.

Modelo de Sbragia

Utiliza um modelo contendo 20 fatores/indicadores.

Alguns já citados: conformidade, estrutura, recompensas, cooperação, padrões, conflitos e identidade.

Demais:

- **Estado de Tensão**

Descreve o quanto às ações das pessoas são dominadas por lógica e racionalidade antes do que por emoções.

- **Ênfase na Participação**

Descreve o quanto as pessoas são consultadas e envolvidas nas decisões; o quanto suas ideias e sugestões são aceitas.

- **Proximidade da Supervisão**

Descreve o quanto a administração deixa de praticar um controle cerrado sobre as pessoas; o quanto as pessoas tem liberdade para fixar seus métodos de trabalho; o quanto as pessoas tem possibilidade de exercitar a iniciativa.

- **Consideração Humana**

Descreve o quanto as pessoas são tratadas como seres humanos; o quanto recebem de atenção em termos humanos.

- **Autonomia Presente**

Descreve o quanto as pessoas se sentem como seus próprios patrões; o quanto não precisam ter suas decisões verificadas.

- **Prestígio Obtido**

Descreve a percepção das pessoas sobre sua imagem no ambiente externo pelo fato de pertencerem à organização.

- **Tolerância Existente**

Descreve o grau com que os erros das pessoas são tratados de forma suportável e construtiva antes do que punitiva.

- **Clareza Percebida**

Descreve o grau de conhecimento das pessoas relativamente aos assuntos que lhes dizem respeito; o quanto a organização informa às pessoas sobre as formas e condições de progresso.

- **Justiça Predominante**

Descreve o grau que predomina nos critérios de decisão; as habilidades e desempenhos antes dos aspectos políticos, pessoais ou credenciais.

- **Condições de Progresso**

Descreve a ênfase com que a organização provê a seus membros oportunidades de crescimento e avanço profissional; o quanto a organização atende suas aspirações e expectativas de progresso.

- **Apoio Logístico Proporcionado**

Descreve o quanto a organização provê às pessoas as condições e os instrumentos de trabalho necessários para um bom desempenho e o quanto a organização facilita seus trabalhos principais.

- **Reconhecimento Proporcional**

Descreve o quanto a organização valoriza um desempenho ou uma atuação acima do padrão por parte de seus membros; o quanto os esforços individuais diferenciados são reconhecidos.

- **Forma de Controle**

Descreve o quanto a organização usa custos, produtividade e outros dados de controle para efeito de auto-orientação e solução de problemas antes do policiamento e do castigo.

Modelo de perguntas: Pesquisa de Clima organizacional

LIDERANÇA E GESTÃO DE PESSOAS

1. Seu superior hierárquico estimula o trabalho em equipe?
2. As orientações que você recebe sobre o seu trabalho são claras e objetivas?
3. Seu superior imediato é receptivo às sugestões de mudança?
4. Você tem uma ideia clara sobre o resultado que o seu superior imediato espera do seu trabalho?
5. Você recebe do seu superior imediato as informações necessárias para a realização do seu trabalho?
6. Você é informado pelo seu superior imediato sobre o que ele acha do seu trabalho?
7. Você confia nas decisões tomadas pelo seu superior imediato?
8. Os gestores da empresa têm interesse no bem-estar dos funcionários?
9. Você considera que seu trabalho é avaliado de forma justa pelos seus superiores?
10. Você se considera respeitado pelo seu superior imediato?
11. Seu superior transmite a você e aos seus colegas as informações que vocês precisam conhecer?
12. Você considera o seu superior hierárquico um bom líder?
13. Você considera o seu superior hierárquico bom profissionalmente?
14. Você se sente à vontade para falar abertamente a respeito de trabalho com o seu superior imediato?
15. O seu superior imediato reconhece os bons resultados alcançados por você no seu trabalho?

16. Você sabe quais são os resultados que o seu superior imediato espera do seu trabalho?
17. Você acha que os superiores são receptivos às críticas dos seus subordinados?
18. As decisões tornadas pelo seu chefe no dia-a-dia são corretas?
19. Seu chefe está sempre disponível quando você precisa dele?
20. Seu superior imediato apoia sua participação em programas de treinamento?
21. No seu setor de trabalho há algum funcionário “protegido” pelo seu chefe?
22. Seu chefe informa sobre os fatos importantes que estão acontecendo na empresa?

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

1. O treinamento que você recebe o capacita a fazer bem o seu trabalho?
2. Os treinamentos que a empresa costuma oferecer atendem às necessidades prioritárias do seu setor?
3. A empresa oferece oportunidades para o seu desenvolvimento e crescimento profissional?
4. Você considera suficiente o treinamento dado pela empresa?
5. A empresa dá condições de treinamento/desenvolvimento para que você tenha um aprendizado contínuo?
6. A frequência de treinamento oferecido pela empresa está adequada?
7. A qualidade dos treinamentos oferecidos pela empresa é boa?

COMUNICAÇÃO

1. A empresa explica adequadamente aos funcionários o motivo das decisões que ela toma?
2. Os funcionários se sentem adequadamente informados sobre as decisões que afetam o trabalho deles?
3. Você se sente informado a respeito dos reajustes/aumentos salariais praticados pela empresa?
4. Você se sente bem informado sobre os planos futuros da empresa?

5. Onde você encontra as informações que deseja saber sobre a empresa?
Assinale a principal alternativa?
- () Conversas nos corredores () Quadros de aviso () Colegas de trabalho
() Jornal interno () Superior imediato () Circulares internas () Na imprensa
() Através de Recursos Humanos
6. Você se sente bem informado sobre os benefícios da empresa?
7. Você se considera bem informado sobre o que se passa na empresa?
8. Você se sente bem informado sobre os planos futuros da empresa?
9. Os meios de comunicação interna na empresa (memorandos, quadro de aviso, e-mails) são claros e úteis e mantém-me informado?
10. A comunicação entre colaboradores de diferentes setores flui adequadamente?
11. As informações que recebo da empresa são confiáveis, a comunicação é transparente?

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

1. Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos departamentos da empresa?
2. O trabalho em equipe é presente na empresa?
3. O clima de trabalho da minha equipe é bom?
4. Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos departamentos da empresa?
5. Como você considera o relacionamento entre os funcionários do seu setor?
6. No meu setor existe elevado grau de abertura e confiança mútua entre o superior imediato e demais membros da equipe?
7. Existe respeito, cooperação e ajuda mútua entre os colegas do meu setor, somos um grupo integrado?
8. O relacionamento entre as pessoas da minha equipe é autêntico?
9. Acredito que há um relacionamento profissional adequado entre pessoas de diferentes setores.

ÉTICA E CIDADANIA

1. A atuação da empresa é guiada por valores éticos?
2. Você acha que a empresa age eticamente nas suas decisões?
3. Você considera a empresa socialmente responsável?
4. Até que ponto a empresa cumpre as promessas oficialmente feitas aos funcionários?
5. A empresa normalmente cumpre as promessas feitas aos seus funcionários?
6. A empresa pratica ações éticas com os trabalhadores?
7. A empresa tem ações éticas voltadas a comunidade?
8. A empresa valoriza ações éticas entre os colaboradores?

SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO

1. Sua remuneração é adequada ao trabalho que você faz?
2. Você considera seu salário adequado em comparação com o salário recebido por outros funcionários do mesmo nível da sua empresa?
3. Como você compara o seu salário ao de outras pessoas que executam tarefas semelhantes às suas em outras empresas?
4. O seu salário satisfaz às suas necessidades básicas de vida?
5. Você se sente satisfeito em relação ao seu salário?

CONDIÇÕES DE TRABALHO

1. As condições físicas de trabalho na empresa são satisfatórias (ruído, temperatura, higiene, mobiliário etc.)?
2. Você se sente satisfeito em relação ao volume de trabalho que realiza?

3. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias?

Temperatura () Sim () Não

Espaço () Sim () Não

Mobiliário () Sim () Não

Higiene () Sim () Não

Instalações sanitárias () Sim () Não

4. Você se sente satisfeito em relação ao volume de trabalho que realiza?

QUALIDADE E PRODUTIVIDADE

1. O compromisso da empresa com a qualidade dos seus produtos, serviços e processos está visível no trabalho diário?
2. A qualidade do trabalho é considerada mais importante do que a sua quantidade?
3. A empresa costuma melhorar os produtos e serviços prestados aos seus clientes?
4. Seus colegas de setor de trabalho procuram formas de melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho?
5. Conheço bem a Política de Qualidade da empresa e compreendo bem seus conceitos e objetivos?
6. Considero que os produtos/serviços gerados pelo meu setor apresentam a qualidade esperada pelos nossos clientes?

IMAGEM E ADESÃO

1. Você indicaria um amigo para trabalhar na sua empresa?
2. A empresa desfruta de boa imagem entre os funcionários?
3. Considera a empresa um bom lugar para trabalhar?
4. O seu trabalho lhe dá um sentimento de realização profissional?
5. Você considera justas as decisões tomadas pela diretoria em relação aos funcionários da empresa?
6. Você está satisfeito por trabalhar na empresa?
7. Você gosta do trabalho que faz?
8. Você acha que os funcionários se orgulham do desempenho da empresa?
9. Você se sente satisfeito trabalhando na empresa levando em consideração tudo o que ela lhe oferece?

PERGUNTAS ABERTAS

Indique os dois principais fatores que geram mais satisfação no seu trabalho?

Que sugestões você daria para tornar a empresa um lugar melhor para se trabalhar?

2.7 Descrição do Modelo de Gestão de Materiais e Patrimônio

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** considerando o cumprimento dos princípios administrativos que regem a missão institucional e a necessidade de medidas que promovam agilidade aos procedimentos do HOSPITAL, promovendo ações confiáveis, padronizadas e efetivas, utiliza normas no controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônio e desenvolveu uma Cadeia de Fornecimento estruturada, com fluxos e rotinas padronizados. Estes instrumentos estratégicos possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma eficaz, a necessidade do hospital na execução de suas ações.

Os resultados proporcionados pelo sistema de controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônios da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**:

- Redução de custos;
- Aumento da eficiência e otimização do desempenho nos relacionamentos com clientes e fornecedores;
- Fiel controle e gestão patrimonial;
- Melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo;
- Manutenção do menor estoque possível, sem, contudo, comprometer o atendimento da demanda, devidamente controlada.

O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo obedecerão ao disposto abaixo:

Considera-se:

1 – Material: equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, veículos, matérias-primas, outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades administrativas e de execução, inclusive bens de consumo;

2 – Material ou bem permanente: aquele que, pela própria natureza, possuir durabilidade superior a 02 (dois) anos.

Todos os materiais de utilização no hospital deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra.

Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** aplicam-se, no que couberem, as disposições da legislação pertinente em vigor, ficando ainda vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

2.7.1 Renovação e Reposição de Estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverá ocorrer em função da aplicação das fórmulas:

1. Os fatores de requerimento são definidos;

1.1. Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;

1.2. Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);

1.3. Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

1.4. Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**. Obtém-se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;

1.5. Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsolescência, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a recompletar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

As fórmulas aplicáveis ao Almoxarifado são:

1. Consumo Médio Mensal. $C = \text{Consumo Anual}/12$;
2. Estoque Mínimo. $Em = C \times f$;
3. Estoque Máximo. $EM = Em + C \times I$;
4. Ponto de Partida. $Pp = Em + C \times T$;
5. Quantidade a Ressuprir. $Q = C \times I$.

Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidos as distorções porventura existentes nos estoques.

2.7.2 Recebimento dos Materiais

O recebimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor à seção de Almoxarifado e Patrimônio;

Todo material para ser recebido deverá vir acompanhando de documento hábil a caracterizar a sua origem e a natureza de sua incorporação ao âmbito patrimonial da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI - MDPF**, cuja cópia será arquivada para os devidos registros.

Consideram-se documento hábil para os fins os seguintes documentos:

- 1– Nota Fiscal ou Nota Fiscal/Fatura;
- 2 – Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- 3 – Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência.

O recebimento de materiais oriundos de compra, cessão, doação, permuta ou transferência e comodato será provisório quando da entrega e definitivo após a aceitação / inserção no patrimônio da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI -MDPF**.

O recebimento provisório não caracteriza sua aceitação, que esta é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais, que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade da Nota Fiscal que, por sua vez, deverá estar em conformidade com o Pedido / Solicitação de Compras;

Nas operações de cessão, doação, permuta ou transferência, a verificação da descrição, qualidade e quantidade deverá ser realizada tomando-se por base as informações constantes dos respectivos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência.

Nas operações de compra a aceitação deverá ser atestada na respectiva Nota Fiscal ou na Nota Fiscal/Fatura e, nos demais casos, nos Termos de Cessão/Doação, Declaração exarada no processo relativo à permuta, Guia de Remessa de Bens ou Nota de Transferência, devendo o atestado ser assinado pela Gerência de Material e Patrimônio, em carimbo próprio. Quando para aceitação for necessário conhecimento técnico específico, a Nota Fiscal/Fatura também deverá ser atestada por setor / pessoa habilitada para esse fim e, também, do responsável pelo setor solicitante.

Os documentos relativos à aquisição, recebimento e atestados de material e patrimônio deverão ser assinados por extenso ou conter o carimbo de identificação do assinante.

Quando das aquisições de material para construção e reforma, os documentos relativos à aquisição deverão ser encaminhados pela Gerência de Material e Patrimônio aos coordenadores/gerentes ou responsáveis pelas obras e serviços conforme o caso, para que possam ter ciência do que está sendo adquirido, sendo que as Notas Fiscais relativas aos materiais para construção ou reforma deverão ser atestadas conjuntamente pelo gerente de material e patrimônio/responsável do acompanhamento da obra.

Quando os materiais adquiridos não estiverem de acordo com o Pedido / Solicitação de Compras, o agente recebedor solicitará ao fornecedor sua regularização, bem como comunicará formalmente o fato ao coordenador administrativo-financeiro.

Nenhum material será liberado para as unidades requisitantes sem o recebimento definitivo e consequente registro nos sistemas competentes/inclusão no patrimônio (etiquetamento, conforme o caso), bem como sem a sua requisição formal.

2.7.3 Sistema Eletrônico

Além do fluxo processual / físico detalhados acima e que culminam na entrega dos itens no almoxarifado, paralelamente também há o controle / registro eletrônico da entrada de todas as mercadorias e serviços no âmbito da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, e aplicável a **MDPF**.

Tal controle se faz por meio de software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo / contratação, saldos e valores contratuais, dentre outros.

2.7.4 Controle Patrimonial

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, irá manter o registro do patrimônio, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- 1 – registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- 2– registrar e informar a localização dos bens;
- 3– registrar os agentes responsáveis;
- 4 – emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- 5 – controlar a movimentação de material;
- 6 – identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- 7 – permitir a obtenção de informações gerenciais.

Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela diretoria de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade. O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- 1 – número de tombamento;
- 2 – descrição do material;
- 3– modelo, número de série de fabricação, se for o caso;

- 4 – valor de aquisição;
- 5 – data de aquisição e número de autos;
- 6 – número do documento fiscal;
- 7 – estado de conservação do material;
- 8 – outras observações consideradas indispensáveis.

Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente à Gerência de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas, sendo que no caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora. Além do controle físico e dos Termos de Responsabilidade assinados, é possível fazer o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e qualquer distância, através da utilização do Sistema Eletrônico.

Conforme disposições legais e princípios da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, observando a Lei, na qual dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais e dá outras providências, após término do Contrato de Gestão, os bens permanentes adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado ao Estado da Paraíba, na forma da legislação vigente.

Os bens que não transitarem na Gerência de Material e Patrimônio será tombado, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

2.7.5 Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado

1. Armazenamento:

- a) os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua Rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
- b) os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;
- c) as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;

- d) os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;
- e) os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
- f) os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
- g) os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
- h) os materiais mais solicitados próximos à área de expedição;
- i) a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

2. Segurança:

- a) existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
- b) portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc);
- c) proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
- d) portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;
- e) existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
- f) instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;
- g) proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
- h) arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;
- i) colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
- j) proteção contra insetos e roedores;
- k) reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

3. Movimentação:

- a) existência de meios de locomoção seguros para os materiais.

2.7.6 Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais

A alienação de bens, subordinada à existência de interesse da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, e da **MDPF**, devidamente justificada e na forma da legislação vigente, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- 1– venda;
- 2– permuta;
- 3 – doação.

A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas, e licitação, dispensada esta nos seguintes casos:

- 1 – permuta permitida exclusivamente entre unidades do hospital;
- 2– doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- 3 – venda de bens produzidos ou comercializados pelas unidades da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, em virtude de suas finalidades, na forma da legislação vigente.

A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins. A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

2.7.7 Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais

Os materiais inservíveis no âmbito da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI/ MDPF** classificam-se em:

- 1 – ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;
- 2 – recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- 3 – antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência, a manutenção for onerosa;
- 4 – irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- 5 – nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais, emitindo relatório, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria das Coordenações da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Toda a inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- 1 – a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- 2 – a sua natureza tóxica ou venenosa;
- 3 - a sua contaminação por radioatividade;
- 4 – o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros.

Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

2.7.8 Inventários

O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque que terão por finalidade:

- 1 – verificar a existência física dos bens e materiais;
- 2 – informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- 3 – confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- 4 – manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- 5 – apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- 6 – subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

O inventário físico, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

I – ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;

II – TRIMESTRAL;

III – EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos coordenadores executivos, administrativo-financeiro ou pela própria Gerência de Material e Patrimônio.

Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o artigo anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros.

O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, realizado pela(s) Comissão (ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo aos mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual.

A Gerência de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

1 – ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

2– POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe.

3 – INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas para identificação e registro de bens.

As pendências decorrentes dos inventários deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Pressupostos:

O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização;

O inventário físico anual será encaminhado a Gerência Financeira, a qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo a Diretoria Administrativa- Financeira e Executiva, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

2.8 Manutenção Predial

Apresentação

O Serviço de Manutenção Predial hospitalar será responsável por toda a estrutura física da unidade hospitalar. A Manutenção Predial vai realizar um conjunto de atividades que conservam ou recuperam a capacidade funcional da edificação e de seus componentes a fim de atender as necessidades e a segurança dos usuários do hospital.

A Manutenção pode ser Corretiva e Preventiva.

Corretiva:

Manutenção que exige intervenção imediata que garanta a continuidade de funcionamento da edificação ou de seus componentes.

Preventiva:

Manutenção planejada que previne a ocorrência de danos potenciais.

Ciclo do Processo:

O Ciclo do Processo da Manutenção Predial compreende as fases:

Solicitação;

Verificação;

Preparação;

Execução;

Avaliação e Melhorias.

Quadro 08:

Fase	Responsável
Solicitação	Funcionário setor
Verificação	Equipe de logística
Execução	Encarregado de Manutenção Predial
Avaliação e Melhorias	Gerente /Encarregado

Sistemática

Serão desenvolvidos check list que abordam grande parte das necessidades de manutenção predial.

Cada check list contém a identificação do componente, a descrição das verificações e sua periodicidade.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** desenvolveu oito check list abordando os aspectos mais relevantes da manutenção predial preventiva, incluindo o item e a periodicidade.

- a) Instalação elétrica
- b) Instalação hidráulica
- c) Instalação telefônica
- d) Ar condicionado
- e) Edifício
- f) Combate ao fogo
- g) Para-raios
- h) Veículos

A aplicação do check list, pelo menos na fase inicial deve ser completa.

Com o uso continuado será possível haver algum outro tipo de verificação ou componente.

Planejamento do Serviço de Manutenção Hospitalar

A Arquitetura Hospitalar abrange em seu bojo vários “Arquiteturas”, como: Arquitetura-Infecção-Preditiva, Arquitetura-Segurança-Preditiva, Arquitetura-Administração-Preditiva, Arquitetura-Humanização - Preditiva, Arquitetura Manutenção-Preditiva. É a manutenção predial por “Antecipação”, Continuidade Operacional.

A Manutenção Orgânica encontra-se vinculada à Arquitetura, à Construção, às Instalações, aos Equipamentos e à Funcionalidade. A Manutenção Operacional é a que sucede e é a que dá continuidade à Manutenção Orgânica, prevenindo, conservando, reparando, preservando e assegurando a operacionalidade do hospital.

Manutenção Orgânica, Arquitetura-Manutenção-Preditiva ou Arquitetura de Manutenção são direcionadas para os requisitos arquitetônicos, construtivos, de instalação e de equipamentos, que a arquitetura deve prever e incorporar ao edifício, para viabilizar, facilitar e tornar econômica e racional a manutenção futura do hospital e, principalmente, para assegurar a imprescindível “Continuidade Operacional” (sem interrupção) de setores vitais e críticos.

Manutenção Orgânica e Operacional

A presente proposta de Serviço de Manutenção Predial cuida de aspectos de Manutenção Operacional, relacionados à Manutenção Preventiva, Condicionada a Manutenção Corretiva. Tem o objetivo de abordagem de recursos e meios a serem incorporados, pela Arquitetura Hospitalar ao hospital visando ir ao encontro e facilitar e tornar possível a correta Manutenção Preventiva, Manutenção Condicionada e Manutenção Corretiva.

A Manutenção Preventiva Condicionada, como o nome sugere, é uma manutenção dependente de tecnologia mais avançada, visando apurar, com mais precisão, as condições e o estado da estrutura. O seu diagnóstico encontra-se condicionado a procedimentos técnicos, a recursos e instrumentos especializados, como: o ultrassom, que detecta fissuras estruturais; a espectrometria, que realiza diagnóstico através de análise da natureza de partículas presentes no lubrificante; a ferrografia, que quantifica o desgaste através de análises minucioso; a Manutenção Preventiva Condicionada recorre, ainda, a outros indicadores e meios de diagnóstico precoce, como: aquecimento, velocidade, ruído, desgaste, folga, desbalanceamento, desalinhamento, desregulagem e outros.

Sistema de Gestão dos Serviços de Manutenção Predial

A durabilidade de uma edificação hospitalar não depende apenas da qualidade dos materiais empregados em sua construção. É necessário garantir o uso adequado dos sistemas prediais, executar as ações de manutenção em conformidade e planejamento e tomar as ações de manutenção corretiva sempre que necessário.

Estas ações devem ser percebidas como investimento no patrimônio público.

Visando fornecer subsídios para o planejamento e execução das ações dos serviços de manutenção, apresentamos a seguir as Fichas de Referência para os sistemas críticos, contendo as seguintes informações:

- Descrição do sistema;
- Cuidados de uso;
- Manutenção preventiva;
- Manutenção corretiva – critérios de inspeção.

Consideram-se os seguintes serviços críticos:

- Instalações Hidrossanitárias;
- Instalações Elétricas;
- Revestimento de Paredes e Tetos;
- Revestimento Cerâmico e Rejunte;
- Revestimento de Pedras Naturais;
- Piso Cimentado e Pisos Acabados em Concreto;
- Pintura Interna e Externa;
- Esquadrias;
- Forros;
- Divisórias;
- Impermeabilização;
- Coberturas;
- Sistemas de Condicionamento de Ar.

É importante ressaltar que as recomendações contidas nas fichas apresentadas a seguir, devem ser avaliadas quanto à sua pertinência para o prédio em questão, devendo-se fazer as adaptações necessárias, principalmente no que se refere à periodicidade das manutenções preventivas.

Instalações Hidrossanitárias

Descrição do Sistema: As Instalações Hidrossanitárias são constituídas pelas seguintes partes:

Água Fria e Água Quente:

- Pontos de água (fria e quente): pontos que alimentam os lavatórios, os vasos sanitários, os chuveiros, as pias, os tanques e as máquinas de lavar
- Tubulação de sucção: entre o ponto de tomada no reservatório inferior e a entrada da bomba. Tubulação de recalque: leva água do reservatório inferior para o reservatório superior;
- Barrilete: conjunto de tubulações de saída do reservatório superior que alimentam as colunas de distribuição (prumadas);
- Prumadas de água (fria): são constituídas por tubulações principais que trazem a água do reservatório superior;
- Ramais e sub-ramais de distribuição de água (fria e quente): alimentadores dos diversos pontos, nos cômodos apropriados;
- Aquecedores: podem ser individuais ou centrais, de passagem ou por acumulação;
- Para estes equipamentos, seguir recomendações específicas dos fabricantes.

Registros:

- Registros de pressão: válvulas de pequeno porte, instaladas em sub-ramais ou em pontos de utilização, destinadas à regulagem da vazão de água ou fechamento;
- Registros de gaveta: válvulas de fecho para a instalação hidráulica predial, destinadas à interrupção eventual de passagem de água para reparos na rede ou ramal.

Esgoto:

- Pontos de esgoto: pontos por onde são liberadas as águas servidas de lavatórios, vasos sanitários, tanques etc, além dos ralos secos e sifonados;
- Tubulação de esgoto: dividida em ramais de descarga, ramais de esgoto, tubos de queda, sub coletores e coletores;
- Tubulação de ventilação: possibilita o escoamento dos gases emanados do coletor público.

Ralos e sifões:

- Ralos: devem possuir grelhas de proteção para evitar que detritos maiores caiam em seu interior, ocasionando entupimento;
- Ralos sifonados e sifões: possuem "fecho hídrico", que consiste numa pequena cortina de água, que evita o retorno do mau cheiro.

Águas pluviais:

- Águas de chuvas ou de lavagem: São normalmente coletadas pelas redes pluviais;
- Sistema de águas pluviais: tem a função de recolher e dispor adequadamente as águas pluviais. Composto por calhas e condutores horizontais e verticais.

Sistemas hidráulicos de combate a incêndio:

- Constituídos por reserva de água específica, tubulação de incêndio, hidrantes, mangotinhos e sprinklers. Os sistemas hidráulicos de combate a incêndios trabalham com pressões e vazões mínimas superiores às de uma instalação predial convencional. Na maioria das vezes deve ser utilizado um sistema de bombas de incêndio para recalcar a água com pressão suficiente para produzir a vazão requerida ou, simplesmente, reforçar a pressão natural existente.

Cuidados de Uso

- Não lançar objetos nos vasos sanitários e ralos que possam causar entupimento, tais como: absorventes higiênicos, folhas de papel, cotonetes, cabelos, fio dental, etc.
- Não jogar gordura ou resíduo sólido nas pias e nos lavatórios. Jogá-los no lixo.
- Não subir ou se apoiar nas louças e bancadas, pois podem se soltar ou quebrar, causando ferimentos graves. Não permitir sobrecarga sobre as bancadas.
- Não utilizar hastes, ácidos ou similares para desobstrução do esgoto.

- Banheiros, cozinhas e áreas de serviço sem utilização por longos períodos podem ocasionar mau cheiro, em função da ausência de água nos ralos e sifões. Para eliminar este problema, basta adicionar uma pequena quantidade de óleo de cozinha para a formação de uma película, evitando-se assim a evaporação.
- Durante longos períodos sem utilização de áreas molhadas, manter os registros de gaveta fechados.
- Não apertar em demasia os registros, torneiras e misturadores.
- Ao instalar filtros e torneiras não os atarraxar com excesso de força, pois pode danificar a saída da tubulação, provocando vazamentos.
- Não retirar elementos de apoio de peças de utilização ou bancadas (mão francesa, coluna do tanque, etc.).
- Manter desobstruído o extravasor (ladrão).
- Manter o ralo e seu entorno livre de detritos ou qualquer material que possa causar entupimento.
- Limpar os metais sanitários, ralos das pias e lavatórios, louças e cubas de aço inox em pias, com água e sabão neutro e pano macio. Nunca com esponja ou palha de aço e produtos abrasivos.
- O sistema de combate a incêndio não pode ser modificado e a água de reserva deve ser mantida.
- Manter instalações de incêndio sinalizadas.
- Nunca utilizar a mangueira do hidrante para qualquer outro uso que não seja combate a incêndio.
- Manter livre o acesso a hidrantes e extintores.
- Não utilizar a caixa de incêndio para depósito de materiais, mesmo que temporariamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Realizar uma verificação visual dos pontos de saída de água, registros, válvulas, pontos de coleta de esgoto, ralos, etc., após a conclusão dos reparos.

- Verificar se os materiais utilizados nos reparos atendem às normas de referência (indicação nas peças) e se são compatíveis com os materiais já instalados.
- Verificar o correto funcionamento de registros e válvulas, após a conclusão da instalação de água fria. Para verificar o registro de gaveta, fechá-lo e abrir uma torneira. Um leve escoamento de água é aceitável nestes casos.
- Em caso de reparos em tubulações de água, solicitar que sejam realizados testes de pressão. Verificar se existem vazamentos, utilizando água sob pressão 50% superior à pressão estática máxima da instalação durante pelo menos 6 horas. Aguardar 1h para cada metro de coluna d'água antes de submeter à tubulação à pressão. Caso se faça teste de pressão, aguardar 12h.
- Verificar inclinações mínimas dos tubos de esgoto: 1% para DN 100 e 2% para DN 75.
- Verificar diâmetro mínimo dos tubos de esgoto:
 - Ramal de descarga de esgoto secundário: DN 40
 - Ramal de descarga que descarregue vaso sanitário: DN 100
 - Tubo de queda que descarregue vaso sanitário: DN 100
 - Coletor Predial: DN 100
- Cortes em tubos devem sempre ser executados perpendicularmente ao eixo da peça.
- Tubos cortados fora de esquadro podem originar vazamentos.
- Verificar inclinação mínima das calhas: 0,5%.

Instalações Elétricas

Descrição do Sistema:

Uma instalação elétrica é constituída por diversos elementos, tais como componentes elétricos, circuitos e quadro elétrico de distribuição, conforme descrito a seguir.

Componentes Elétricos:

- Tomadas de uso geral: para ligação de aparelhos de utilização móveis ou portáteis;

- Tomadas de uso específico: para ligação de equipamentos fixos e estacionários;
- Pontos de iluminação: para ligação de lâmpadas e luminárias;
- Interruptores: para acionamento dos pontos de iluminação;
- Quadro de distribuição (QD): recebe a energia do medidor e distribui para os diversos circuitos. Neles se encontram os dispositivos de proteção (disjuntores).

Condutores Elétricos:

- Tem a função de transportar energia elétrica necessária ao bom funcionamento de todos os equipamentos. São feitos comumente de cobre ou de alumínio, com isolamento de PVC.

Eletroduto:

- Tem função de proteger os condutores contra as ações mecânicas e corrosão. Tem também a função de proteger contra perigos de incêndio, resultante de superaquecimento de condutores. Podem ser tubos de metal ou de PVC, rígidos ou flexíveis.

Circuito:

É um conjunto de tomadas de uso geral e específico, pontos de energia, pontos de iluminação e interruptores, cuja fiação se encontra interligada.

Quadro Elétrico:

- É composto por disjuntor geral com chave seccionadora ou dispositivo diferencial residual (DR), que desliga todos os circuitos, e por diversos disjuntores secundários, que desligam os seus respectivos circuitos. Esse disjuntor diferencial tem ainda a função de segurança de todos os circuitos elétricos contra as correntes de fuga provocadas por aparelhos eletrodomésticos ou instalação elétrica em más condições de conservação.

Sistema de Proteção Contra Descargas Atmosféricas (SPDA):

- É constituído pelos seguintes elementos: captores (para-raios, terminais), condutores de interligação ou descida, sistema de aterramento (hastes, cabos).

Sistema de Aterramento:

- Parte da instalação elétrica que visa proteger as edificações e as pessoas contra descargas atmosféricas e cargas eletrostáticas, por meio de ligação a terra. Constituído por condutor de proteção e eletrodo de aterramento (quando em barras rígidas, é chamado de haste de aterramento).

Cuidados de Uso

- Em caso de sobrecarga momentânea, o disjuntor do circuito atingido se desligará automaticamente. Neste caso, bastará religá-lo e tudo voltará ao normal. Caso ele volte a desligar, é sinal de que há sobrecarga contínua ou que está ocorrendo um curto em algum aparelho ou no próprio circuito. Neste caso, é preciso solicitar os serviços de um profissional habilitado.
- Sempre que for fazer manutenção, limpeza, reaperto nas instalações elétricas ou mesmo uma simples troca de lâmpadas, desligue o disjuntor correspondente ao circuito ou, na dúvida, o disjuntor geral.
- Em caso de necessidade de corte de energia, sobretudo havendo dúvida sobre o disjuntor específico, desligar o disjuntor geral ou disjuntor diferencial residual (DR).
- Ao adquirir aparelhos elétricos, verifique se o local escolhido para a sua colocação é provido de instalação elétrica adequada para o seu funcionamento nas condições especificadas pelos fabricantes.
- Utilizar proteção individual (ex: estabilizadores, filtros de linha e etc.) para equipamentos mais sensíveis (como computadores, central de telefone, etc.).
- As instalações de equipamentos, lustres ou similares deverão ser executadas por técnico habilitado, observando-se em especial o aterramento, tensão (voltagem), bitola e qualidade dos fios, isolamentos, tomadas e plug's a serem empregados;

- Em instalações aparentes, os eletrodutos rígidos devem ser fixados de modo a constituírem um sistema de boa aparência e firmeza.
- Não abrir furos em paredes próximas ao quadro de distribuição.
- Não utilizar “benjamins” ou extensões com várias tomadas, pois eles provocam sobrecargas.
- Nunca ligar aparelhos diretamente nos quadros de luz.
- Não ligar aparelhos com voltagem diferente das tomadas.
- Quaisquer serviços nos sistemas elétricos devem ser realizados por profissionais habilitados.
- Efetuar limpeza nas partes externas das instalações somente com pano seco.
- Em caso de incêndio, desligar o disjuntor geral do quadro distribuição.
- Quando a edificação estiver sem uso, recomenda-se desligar a chave geral (disjuntor geral) no quadro de distribuição.
- Só instalar lâmpadas compatíveis com a tensão do projeto.
- Evitar contato dos componentes dos sistemas com água.
- Identificar a tensão das tomadas diferentes do padrão da edificação. (Ex: identificar tomadas em 220 v quando o padrão geral for 127 v).

Manutenção Preventiva, Periodicidade /Recomendações gerais:

- É de responsabilidade de contratantes e contratados cumprir a NR-10 – Segurança em Instalações e Serviços de Eletricidade;
- A manutenção deve ser executada com os circuitos desenergizados (disjuntores desligados);
- Permitir somente que profissionais habilitados tenham acesso às instalações e equipamentos;
- Sempre que for executada manutenção nas instalações, como troca de lâmpadas, limpeza e reabertos dos componentes, desligar os disjuntores correspondentes.

Revestimentos de Paredes e Tetos

Descrição do Sistema

Revestimento em Argamassa /Gesso

- São revestimentos utilizados para regularizar a superfície dos elementos de vedação e estruturais, servindo de base para receber outros acabamentos ou pintura. Auxiliam na proteção dos elementos de vedação e estruturais contra a ação direta de agentes agressivos.

Cuidados de Uso

- Antes de realizar quaisquer furos em paredes, verificar a posição das instalações hidráulicas, elétricas e impermeabilização.
- Para melhor fixação de objetos nas paredes e tetos, utilizar parafusos com buchas apropriadas ao revestimento. Evitar o uso de pregos para não danificar o acabamento.
- Evitar o choque causado por batida de portas.
- Não lavar as paredes e tetos com água e produtos abrasivos (ex: cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático).

Manutenção Preventiva Periodicidade

- Não há ações específicas para manutenção preventiva dos revestimentos de paredes. Deve-se, no entanto, executar inspeções periódicas e corrigir eventuais patologias (fissuras, trincas, umidade, etc.) que sejam identificadas. Repintar paredes e tetos. A cada três anos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar visualmente o aspecto final do revestimento, incluindo textura adequada à aplicação do acabamento final (pintura, textura ou cerâmica).
- Quando executado grandes reparos em paredes perpendiculares, verificar o esquadro entre as paredes com esquadro de alumínio.
- Verificar a planeza do revestimento utilizando uma régua de alumínio (tolerância: ± 3 mm). Verificar a regularidade dos cantos, também com o apoio de uma régua de alumínio.

Revestimento Cerâmico e Rejuntas

Descrição do Sistema

Azulejo / Cerâmica / Porcelanato

- Utilizados em revestimento de paredes e pisos para dar acabamento em áreas úmidas como cozinhas, banheiros, lavabos e áreas de serviço, protegendo estes ambientes e aumentando o desempenho contra umidade e infiltração de água.
- Facilitam também a limpeza e tornam o ambiente mais higiênico, além de possuírem uma função decorativa. Devem ser assentados com argamassa colante.
- Podem ser classificados por vários critérios, entre eles o desgaste da superfície esmaltada (PEI), dureza e outros.

Argamassa colante

- Produto industrial, no estado seco, composto de cimento Portland, agregados minerais e aditivos químicos, que, quando misturado com água, forma uma massa viscosa, plástica e aderente, empregada no assentamento de placas cerâmicas para revestimento.

Rejuntas

- Tratamento dado às juntas de assentamento dos materiais cerâmicos e pedras naturais para garantir a estanqueidade e o acabamento final dos revestimentos.
- Os rejuntas também têm a função de absorver pequenas deformações, por isso, existe um tipo específico de rejuntamento para cada local e tipo de revestimento.
- São utilizados no preenchimento das juntas de revestimentos cerâmicos em pisos e paredes, tanto internos (a) quanto externamente. Também são utilizados em pedras naturais, pastilhas de porcelana e pastilhas de vidro.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça, devem-se consultar os projetos de instalações para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Para fixação de móveis ou acessórios, utilizar somente parafusos com buchas especiais, evitando impacto nos revestimentos que possam causar fissuras.
- Utilizar sabão neutro para lavagem. Não utilizar produtos químicos corrosivos tais como cloro líquido, soda cáustica ou ácida muriático. O uso de produtos ácidos e alcalinos pode causar problemas de ataque químico nas placas cerâmicas e nos rejunte.
- Na limpeza, tomar cuidado com o encontro de paredes e tetos em gesso.
- Não utilizar bomba de pressurização de água na lavagem, bem como vassouras de piaçava ou escovas com cerdas duras, pois podem danificar o rejuntamento.
- Evitar bater com peças pontiagudas, que podem causar lascamento nas placas cerâmicas.
- Cuidado no transporte de eletrodomésticos, móveis e materiais pesados. Não arrastá-los sobre o piso, a fim de evitar riscos, desgastes e/ou lascamentos.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não usar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza de cantos difíceis.
- Usar escova apropriada.
- Não raspar com espátulas metálicas. Usar, quando necessário, espátulas de PVC.
- Não utilizar palhas ou esponjas de aço na limpeza.
- Em áreas muito úmidas como banheiros, deixar sempre o ambiente ventilado para evitar fungo ou bolor nos rejunte.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar na embalagem se as características dos produtos (cerâmicas, argamassas colantes, rejuntas) atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não devem haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Revestimento em Pedras Naturais

Descrição do Sistema:

Pedras naturais são mármore, granitos, ardósias, etc. São utilizadas em revestimento de pisos e paredes, internas e externamente. Além de ser elemento decorativo, podem evitar a passagem de água, presença de umidade e diminuir a propagação do som. São utilizadas também em tampos de pia e balcões.

As pedras são extraídas de jazidas naturais e podem ou não receber acabamento. Características como a dureza dependerão do tipo de cada pedra. As diferenças de tonalidade e desenho também são características destes tipos de revestimento.

As peças poderão ser assentadas sobre argamassa, com aplicação de argamassa colante ou utilização de peças metálicas, estas mais usuais em fachadas.

Cuidados de Uso

- Antes de perfurar qualquer peça devem-se consultar os projetos de instalações, para evitar perfurações em tubulações e camadas impermeabilizadas.
- Não usar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Utilizar sabão neutro próprio para lavagem de pedras. Não utilizar produtos corrosivos que contenham em sua composição produtos químicos, tais como, cloro líquido, soda cáustica ou ácido muriático.

- Nos procedimentos diários de limpeza de pedras polidas, sempre procurar remover primeiro o pó ou partículas sólidas com um pano macio ou escova de pelo nos tampos de pias e balcões. Nos pisos e escadarias, remover com vassoura de pelo ou mop pó, sem aplicar pressão excessiva para evitar riscos e desgastes precoces devido ao atrito. Em seguida, aplicar um pano ou mop líquido (sempre bem torcidos, sem excesso de água) com água ou solução diluída de detergente neutro para pedras. Por fim, aplicar um pano macio de algodão para secar a superfície. Evitar a lavagem de pedras para que não surjam manchas e eflorescências e, quando necessário, utilizar detergente específico.
- Nunca tentar remover manchas com produtos genéricos de limpeza ou com soluções caseiras. Sempre que houver algum problema, procurar consultar empresas especializadas, pois muitas vezes a aplicação de produtos inadequados em manchas pode, além de danificar a pedra, tornar as manchas permanentes.
- No caso de pedras naturais utilizadas em ambientes externos, em dias de chuva poderá ocorrer acúmulo localizado de água, em função das características das pedras utilizadas. Se necessário, remover a água com auxílio de rodo.
- Sempre que possível, utilizar capachos ou tapetes nas entradas, para evitar o volume de partículas sólidas sobre o piso.
- Utilizar protetores de feltros e / ou mantas de borracha nos pés dos móveis.
- Evitar bater com peças pontiagudas.
- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso.
- Não colocar vasos de planta diretamente sobre o revestimento, pois podem causar manchas.
- Não deixar cair sobre a superfície graxa, óleo, massa de vidro e tinta. Caso isto ocorra, limpar imediatamente.
- Sempre que produtos causadores de mancha (café, refrigerante, alimentos, etc.) cair sobre a superfície, procurar limpá-la com pano absorvente ou papel toalha.
- Em áreas muito úmidas, manter o ambiente ventilado para evitar o aparecimento de mofo (bolor).

Manutenção Preventiva Periodicidade

Em caso de reforma, cuidado para não danificar a camada impermeabilizante, quando houver.

No caso de fixação das pedras com elementos metálicos, não remover nenhum suporte e no caso de substituição contatar uma empresa especializada.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Para a recolocação de peças, atentar para o uso correto da argamassa colante para cada tipo de pedra e ambiente (interno e externo).
- Verificar na embalagem se as características das argamassas colantes atendem aos requisitos de uso.
- Verificar visualmente o nivelamento entre as peças, a planeza do revestimento, a variação na espessura das juntas e a presença de saliências.
- Verificar visualmente o preenchimento das juntas entre as peças, nas quais não deve haver falhas (falta ou excesso).
- Verificar visualmente a limpeza das peças.

Pisos Cimentados e Acabados em Concreto

Descrição do Sistema:

São argamassas ou concreto, especificamente preparados, destinados a regularizar e dar acabamento final a pisos e lajes ou servir de base para assentamento de revestimentos como cerâmicas, pedras, carpete, pisos laminados e outros.

Cuidados de Uso

- Não utilizar máquina de alta pressão para a limpeza na edificação. Utilizar enceradeira industrial com escova apropriada para a superfície a ser limpa.
- Não deixar cair óleos, graxas, solventes e produtos químicos (ácidos etc.).
- Em caso de danos, principalmente em garagens ou áreas externas, proceder à imediata recuperação do piso cimentado sob risco de aumento gradual da área danificada.
- Quando especificado para receber um determinado tipo de revestimento, este deve ser colocado, o mais rápido possível, para evitar danos.
- Evitar bater com peças pontiagudas.

- Cuidado no transporte de equipamentos, móveis e materiais pesados. Não os arrastar sobre o piso.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos cantos de difícil acesso.
- Na limpeza, não raspar com espátulas metálicas. Utilizar, quando necessário, espátula de PVC.
- Promover o uso adequado e evitar sobrecargas, conforme definido nos projetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contra piso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.
- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Pintura (Interna e Externa)

Descrição do Sistema

- As pinturas proporcionam proteção às edificações como material de acabamento final, possibilitando uniformidade da superfície, proteção de elementos estruturais, tais como, reboco, gesso, madeira, etc., bem como conforto e beleza pela utilização de cores. A pintura é composta de fundos, massas, tintas, textura e, por fim, acabamento, conforme descrição a seguir.
- Tintas de fundo – parede Selador PVA: recomendado para reduzir e uniformizar a absorção de superfícies internas porosas, sem pintura, como reboco, concreto, tijolo, gesso, massas niveladoras.

- Preparador de paredes: recomendado para uniformizar ou reduzir a absorção de superfícies porosas como o gesso, tijolo aparente, telha cerâmica, concreto e pedras; bem como aumentar a coesão de superfícies friáveis e sem resistência mecânica como rebocos de baixa resistência mecânica e superfícies de caiação.
- Massas de regularização da superfície – parede Massa corrida (PVA): indicada para paredes internas, nivelando e corrigindo imperfeições. Aplicada com desempenadeira de aço, em camadas finas e sucessivas.
- Massa acrílica: é um produto indicado para corrigir, alisar e uniformizar superfícies de concreto e argamassa, em ambientes externos e internos, proporcionando um acabamento liso.
- Tintas de acabamento – parede Tinta látex PVA: tinta à base de água, de alta qualidade, torna-se mais econômica, porque contém mais sólidos e menos líquido, possuindo assim, maior poder de cobertura e durabilidade. Aplicáveis em superfícies internas. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.
- Tinta acrílica: tinta à base de resina acrílica e pigmentos de alta qualidade, sendo solúvel em água. Apresenta secagem rápida, odor suave, cores vivas, firmes e resistentes à luz. Recomendada para aplicação em superfície de alvenaria à base de cimento, concreto e gesso.

Tintas de fundo – madeira

- Fundo fosco ou Fundo sintético nivelador (branco): melhora o rendimento e a qualidade dos esmaltes, proporcionando ótimo poder de enchimento e fácil lixamento. Uso interno e externo. Sua diluição é feita com aguarrás. Aplicado com pincel ou rolo de espuma.
- Seladora para madeiras (incolor): melhora o rendimento e a qualidade do acabamento dos vernizes, proporcionando ótimo poder de enchimento e maior maciez no lixamento. Utilizado em local interno.

Massa de regularização – madeira

- Massa a óleo para madeira: indicada para nivelar e corrigir imperfeições de superfícies externas e internas de madeira. Seu alto poder de enchimento esconde os veios da madeira. Para diluir, adicionar a aguarrás. Sua aplicação é feita com espátula e desempenadeira. Não deve ser aplicada diretamente sobre a madeira. É necessária a preparação da superfície usando o fundo preparador para madeira.

Tinta de acabamento – madeira

- Esmalte acetinado: é ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira. Além de fácil aplicação, ele também resiste às agressões do tempo.
- Esmalte brilhante: garante um resultado mais duradouro contra agressões do tempo. É ideal para pintar superfícies internas e externas de metal e madeira.
- Esmalte fosco: ideal para pintura de quadros escolares (lousas) e superfícies internas e externas de madeira e metais.
- Tinta a óleo: usado em superfícies externas e internas de madeira e metais. Sua diluição é com aguarrás.

Tinta de acabamento – madeira

- Verniz Copal: é fácil de aplicar e não altera a cor original da madeira. Serve como acabamento para uso interno e externo da madeira.
- Verniz marítimo: sua fina camada transparente protege o aspecto natural da madeira e proporciona um bom acabamento. Serve para uso interno e externo.
- Verniz tingidor: enverniza e altera a tonalidade de superfícies novas de madeira, recupera as madeiras que sofreram desbotamento pela ação do tempo e protege contra a ação do sol, chuva, maresia e poluição. Tingem a madeira, sem deixar de valorizar os seus veios naturais.

Outros produtos

- Aguarrás: indicado para a diluição de esmalte sintético, tinta a óleo, vernizes e para limpeza de equipamentos de pintura.
- Removedores: são produtos químicos destinados à remoção de tinta seca, para preparação de uma nova superfície a ser pintada.

Cuidados de Uso

- Evitar atrito nas superfícies pintadas, pois a abrasão pode remover a tinta, deixando manchas.
- Evitar pancadas que marquem ou trinquem a superfície.
- Evitar contato de produtos químicos de limpeza, principalmente produtos ácidos.
- Em caso de necessidade de limpeza, jamais utilizar esponjas ásperas, buchas, palha de aço, lixas e máquinas com jato de pressão.
- Evitar o contato com pontas de lápis ou canetas.
- Não utilizar álcool para limpeza de áreas pintadas.
- Nas áreas internas com pintura, evitar a exposição prolongada ao sol, utilizando cortinas nas janelas.
- Para remoção de poeira, manchas ou sujeiras em paredes e tetos, devem-se utilizar espanadores, flanelas secas ou levemente umedecidas com água e sabão neutro. Deve-se tomar o cuidado de não exercer pressão demais na superfície.
- Em caso de manchas de gordura, limpar com água e sabão neutro imediatamente.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- No caso de demolição parcial do piso, atentar para não provocar deformações, destacamentos, depressões, saliências, fissuras ou outras imperfeições, tanto no piso remanescente como no trecho novo.
- Verificar o caimento do contra piso para os locais de escoamento da água. O caimento mínimo deve ser de 0,5% em áreas molhadas ou áreas externas. A verificação final pode ser feita jogando-se água no piso.
- Verificar visualmente o acabamento da superfície.

- Verificar aderência do piso à base através da percussão de martelo de borracha.
- Verificar a execução das juntas em pisos externos. Os quadros não devem ter dimensões maiores do que 2,5m.

Recomendações gerais para execução de pinturas:

- Em caso de necessidade de retoque, deve-se repintar todo o pano da parede (de quina a quina), para evitar diferenças de tonalidade entre a tinta velha e a nova numa mesma parede;
- Rebocos novos devem ter sido executados há, pelo menos, 28 dias;
- Evitar realizar pintura em dias com muita umidade sujeitos a chuva;
- Partes soltas ou mal aderidas devem ser eliminadas, raspando, lixando ou escovando a superfície;
- Imperfeições profundas do reboco/cimentado devem ser corrigidas com argamassa;
- Imperfeições rasas das superfícies devem ser corrigidas com Massa Acrílica (reboco externo e interno) ou Massa Corrida (reboco interno);
- Antes de iniciar a pintura: forrar o chão, retirar os espelhos dos interruptores e proteger rodapés e esquadrias;
- Antes de executar a pintura de paredes e tetos, proteger as esquadrias de alumínio com fitas adesivas de PVC. As fitas tipo crepe costumam manchar as esquadrias quando em contato prolongado;
- Remover a fita adesiva imediatamente após o uso;
- Verificar visualmente se foram removidas as sujeiras, incrustações, partes soltas ou mal aderidas, etc., antes da pintura;
- Verificar se os produtos foram aplicados na sequência correta e com número correto de demãos;
- Verificar se a pintura de acabamento está com brilho, textura e cor uniformes e sem marcas de pincéis, falhas, emendas, escorrimentos e enrugamentos;
- Verificar se as superfícies adjacentes às destinadas à pintura estão limpas, sem sinais de salpicos e escorridos e se a pintura fresca está protegida contra incidência de poeira e água;
- Verificar se as ferramentas foram deixadas limpas.

Esquadrias

Descrição do Sistema:

Elementos de fechamento de vãos das edificações, que fornecem segurança, permitem a passagem de pessoas, iluminação e ventilação.

Uma boa esquadria deve atender requisitos de durabilidade ao ar e a água, além de apresentar facilidade de manuseio, sem exigir esforço do usuário nas operações de abrir e fechar.

As esquadrias também abrangem corrimão, guarda-corpo, batente e outros elementos arquitetônicos.

As esquadrias podem ser confeccionadas dos seguintes materiais:

- Madeira: pintada ou natural;
- Alumínio: anodizado ou pintado;
- Aço: chapa dobrada ou de perfilados;
- Sintéticos: PVC;
- Vidro: autoportantes;
- Outros.

A seguir, seguem classificações das esquadrias, quanto à forma de funcionamento:

- Charneira (“de abrir”): porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical na borda da folha, como a maioria das portas;
- Pivotante: porta ou janela com movimento de rotação sobre o eixo vertical, através de pivôs, passando por um ponto entre as bordas da folha (muito comum nas portas de vidro temperado);
- Basculante: janela com movimento de rotação sobre o eixo horizontal (muito comum em janelas de sanitários). Proporcionam ventilação ao ambiente limitando / impedindo o acesso de água da chuva;
- Guilhotina: janela com movimento de translação na direção vertical. Deve-se ter especial atenção com o dispositivo de fixação da parte móvel;
- De correr: porta ou janela com movimento de translação na direção horizontal. Não interferem nas áreas externas ou internas, permitindo, no caso de janelas, o uso de telas, persianas ou cortinas. Oferecem a possibilidade de regulagem da abertura das folhas, propiciando maior conforto na aeração do ambiente.

Cuidados de Uso

- As janelas devem correr suavemente, não devendo ser forçadas.
- Não arrastar objetos através dos vãos de janelas e portas maiores que o previsto, pois podem danificar seriamente as esquadrias.
- Providenciar batedores de porta a fim de não prejudicar as paredes e maçanetas.
- Manter as portas permanentemente fechadas ou travadas, evitando assim o seu empenamento ou danos devidos às rajadas de vento.
- Em caso de ventos fortes, manter fechados ou travados os basculantes evitando que os mesmos se fechem bruscamente, o que pode quebrar os vidros e danificar os caixilhos.
- Não usar detergentes com saponáceos, esponjas de aço ou qualquer outro material abrasivo.
- Não usar produtos ácidos ou alcalinos. Sua aplicação poderá causar manchas na pintura.
- Não utilizar objetos cortantes ou perfurantes para auxiliar na limpeza dos "cantinhos" de difícil acesso. Essa operação poderá ser feita com o auxílio de pincel.
- Não utilizar vaselina, removedor, thinner ou qualquer outro produto derivado do petróleo, pois além de ressecar plásticos e borrachas, fazendo com que percam sua função de vedação, estes produtos possuem componentes que vão atrair partículas de poeira que agirão como abrasivo, reduzindo em muito a vida útil do acabamento superficial.
- Não remover as massas de vedação.
- As esquadrias de alumínio modernas são fabricadas com acessórios articuláveis (braços, fechos e dobradiças) e deslizantes (roldanas e rolamentos) de nylon, que não exigem nenhum tipo de lubrificação. Suas partes móveis, eixos e pinos são envolvidos por uma camada de material auto lubrificante, de grande resistência ao atrito e às intempéries.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar se as folhas da janela possuem gaxetas – peças de vedação em borracha – ou escovas fixadas ao longo de todo o perímetro das folhas.

- Pressionar a janela fechada, de dentro para fora. A pressão não deve provocar abertura alguma entre as gaxetas. Para que a janela seja totalmente estanque é indispensável que todas as gaxetas permaneçam comprimidas quando as folhas estiverem fechadas. Procedimento de avaliação: colocar uma folha de papel (de preferência celofane) entre as folhas de abrir e a fixa. Depois é só fechar e puxar o papel. Se ele não sair, a vedação está boa.
- Verificar se o trinco está firme e se ele fecha sem sofrer ou causar deformações.
- Verificar a existência de pequenos rasgos ou furos nos trilhos inferiores, que permitam o escoamento da água de chuva.
- Verificar se as peças estão perfeitamente parafusadas.
- Verificar se os parafusos estão íntegros, sem pontos de ferrugem.
- Verificar se os vidros estão bem fixados e em tamanho adequado à folha da esquadria.
- Verificar se a pintura ou anodização está homogênea, sem riscos nem amassamentos.

Forros

Descrição do Sistema:

Revestimento interno aplicado no teto das construções. Contribuem para a estética e para o conforto do usuário. São executados após finalização dos revestimentos verticais e das instalações a serem embutidas.

Os forros são normalmente compostos por um fixador (que o prende ao teto), uma porta painel e um painel. Os painéis podem ser de diversos materiais, como:

- Madeira;
- PVC (em placas removíveis ou lâminas);
- Gesso (em placas e acartonado);
- Fibra mineral;
- Isopor;
- Lã de vidro;
- Metal.

Os forros com painéis removíveis (PVC, fibra, isopor, etc.) têm a vantagem de facilitar o acesso às instalações embutidas para execução de reparos ou modificações.

Cuidados de Uso:

Forros de Madeira

- Fazer a impermeabilização da madeira para evitar possíveis problemas como: rachaduras e presença de fungos.
- Água proveniente de vazamento ou de vapor gerado nos banheiros e cozinhas pode comprometer a durabilidade do forro. Uma ventilação adequada pode evitar problema de menor intensidade.
- A limpeza pode ser feita com o uso de pano seco ou por aspiração mecânica.

Forros de PVC

- É necessário ter cuidado com a instalação de luminárias, pois os forros podem sofrer deformações ou manchas devido ao excesso de calor.
- De preferência, as luminárias devem estar fixadas na estrutura de apoio e não nas placas de PVC.
- As lâminas utilizadas nesta estrutura devem ter tons pastel: branco, bege ou cinza claro. Outras tonalidades estão sujeitas a manchas.
- Para limpeza, utilizar um pano embebido em detergente ou sabão neutro e água.
- Não forçar o forro para evitar danos ao mesmo.

Forros de Gesso

- Não lavar o forro com água e produtos abrasivos.
- Não fixar suportes para pendurar vasos ou quaisquer outros objetos, pois o forro não é dimensionado para suportar pesos.
- Evitar impactos no forro que possam danificá-los.
- Manter os ambientes ventilados, evitando o aparecimento de bolor nos tetos.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a adequada fixação das peças do forro.
- Verificar o nivelamento do forro.
- Verificar visualmente a homogeneidade do forro de gesso, o acabamento do rejunte e se não há presença de marcas das emendas em relevo.

Divisórias

Descrição do Sistema:

Elementos, normalmente de pequena espessura quando comparado com as paredes de alvenaria, que permitem a divisão de ambientes. A rapidez na instalação e a possibilidade de montar e desmontar facilitam modificações de layout.

São normalmente compostas por:

- Perfis metálicos: ficam fixados nas paredes, pisos e tetos, e dão suporte aos painéis;
- Painéis: podem ser encontrados em diversos materiais, sendo mais comuns os painéis de gesso acartonado e chapas de madeira reconstituída (“chapa dura”, tipo Eucatex), revestidas com laminado melamínico. Há ainda painéis em madeira revestida por placas cimentícias que possuem maior resistência a impactos e aos esforços mecânicos;
- Enchimentos: normalmente em fibras de vidro ou lã de rocha, visam melhorar o isolamento termo acústico;
- Vidros e acessórios.

Cuidados de Uso

- Evitar choques e sobrecargas. Não forçar as divisórias.
- Limpar com pano macio seco ou levemente umedecido. Nunca molhar as divisórias.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

A manutenção corretiva das divisórias deve ser realizada sempre com os mesmos materiais das divisórias originais. O sistema de gesso acartonado possui arremates, acessórios e parafusos próprios do sistema. Não improvisar. Atentar para a cor do acabamento das chapas e dos perfis.

- Verificar estabilidade dos painéis e fixação dos vidros, após a instalação das divisórias.
- Verificar prumo das divisórias com auxílio de uma régua de prumo.
- Verificar visualmente o acabamento das chapas e das emendas das divisórias de gesso acartonado.

Impermeabilização

Descrição do Sistema:

É o tratamento dado em partes e/ou componentes da construção para garantir estanqueidade e impedir a infiltração de água e vapor. Existem vários tipos de materiais empregados nas impermeabilizações, tais como mantas pré-fabricadas, membranas asfálticas, argamassas poliméricas, resinas acrílicas termoplásticas, membranas acrílicas, etc.

A seguir, estão conceituados alguns tipos de impermeabilização, classificados em impermeabilização rígida e flexível, conforme NBR 9575 – Seleção e Projeto.

- Sistema Rígido: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas não sujeitas a fissuração, devido a variações térmicas diferenciadas, grandes vibrações, exposição solar, tais como reservatórios de água enterrados e subsolos.
- Argamassa impermeável com aditivo hidrófugo: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de areia, cimento, aditivo hidrófugo e água, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa modificada com polímero: tipo de impermeabilização não industrializada aplicada em substrato de alvenaria ou concreto, constituído de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Argamassa polimérica: tipo de impermeabilização industrializada aplicada em substrato de concreto e alvenaria, constituída de agregados minerais inertes, cimento e polímeros, formando um revestimento com propriedades impermeabilizantes.
- Sistema Flexível: conjunto de materiais ou produtos aplicáveis nas partes construtivas sujeitas à fissuração, devido a variações térmicas, grandes vibrações, exposição solar, tais como, lajes (maciças, mistas ou pré-moldada), espelhos d'água, calhas de grandes dimensões, jardineiras e floreiras, pisos frios (banheiros, cozinhas, áreas de serviço).

- Membrana de asfalto modificado: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo o asfalto modificado um produto sólido de cor entre preta e marrom escura, obtido pela modificação do cimento asfáltico de petróleo com polímeros, que se funde gradualmente pelo calor, de modo a se obter determinadas características físico-químicas.
- Membrana de emulsão asfáltica: produtos impermeabilizantes, moldados no local, com ou sem estruturante, sendo a emulsão asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em água, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Membrana de solução asfáltica: produto impermeabilizante, moldado no local, com ou sem estruturante, sendo a solução asfáltica um produto resultante da dispersão de asfalto em solvente especial, através de agentes emulsificantes. Este produto pode ser aplicado em áreas menores, sem grandes movimentações (jardineiras, floreiras, pequenas lajes, calhas, pisos frios, etc.).
- Manta asfáltica: produto impermeável, pré-fabricado, estruturado, obtido por calandragem, extensão ou outros processos, com características definidas. Este produto pode ser aplicado em áreas maiores, sujeitas a tráfego e grandes movimentações (estacionamentos, coberturas, piscinas, terraços, etc.).

Cuidados de Uso

- Evitar acúmulo de água nos pisos, se necessário lavar, remover excesso de água com rodo.
- Evitar plantas com raízes agressivas que possam danificar a impermeabilização ou obstruir os drenos de escoamento.
- Manter o nível de terra em jardineiras no mínimo 10 cm abaixo da borda, para evitar infiltrações indesejáveis.
- Não permitir a fixação de antenas, postes de iluminação ou outros equipamentos sobre lajes impermeabilizadas através da utilização de buchas, parafusos ou chumbadores. Sugere-se a utilização de base de concreto sobre a camada de proteção da impermeabilização, sem removê-la ou danificá-la.

- Não fixar pregos ou parafusos e buchas, nem chumbadores nos revestimentos das platibandas, rufos, muros e paredes impermeabilizadas.
- Para qualquer tipo de instalação de equipamento sobre superfície impermeabilizada, deve-se solicitar a presença de uma empresa especializada em impermeabilização.
- Lavar os reservatórios com produtos de limpeza e materiais adequados, mantendo a caixa vazia somente o tempo necessário para limpeza. Não utilizar máquinas de alta pressão, produtos que contenham ácidos nem ferramentas como espátula, escova de aço ou qualquer tipo de material pontiagudo. É recomendável que esta lavagem seja feita por empresa especializada.
- Tomar os devidos cuidados com o uso de ferramentas como picaretas, enxadões, etc. nos serviços de plantio e manutenção dos jardins, de modo a evitar danos à camada de proteção mecânica existente.
- Não permitir que se introduzam objetos de nenhuma espécie nas juntas de trabalho.

Manutenção Corretiva – Critérios de Inspeção

- Verificar a inclinação do substrato das áreas horizontais: deve ser de no mínimo de 1% em direção aos coletores de água. Para calhas e áreas internas é permitido o mínimo de 0,5%.
- Verificar a estanqueidade através da colocação de água (piscina rasa) após a conclusão da impermeabilização.
- Verificar a integridade da sobreposição das faixas de manta em relação ao aspecto de colagem (fusão das mantas). Esta sobreposição deve ser de 10 cm.
- Verificar os acabamentos em cantos, tubos emergentes, canaletas, soleiras e ralos.
- Verificar a existência de reforços em cantos e ralos.
- Verificar o aspecto final da impermeabilização.

Descrição do Sistema:

A função das coberturas é proteger o espaço interno do edifício das intempéries do ambiente exterior (como a chuva, o vento, entre outros), também concedendo aos usuários privacidade e conforto (através de proteção acústica, térmica, etc.).

As coberturas podem ser feitas com lajes impermeabilizadas (horizontais ou inclinadas), com telhados ou mistas.

As principais partes componentes dos telhados são definidas a seguir:

- **Telhamento:** constituído por telhas de diversos materiais e dimensões, tendo a função de vedação. Podem-se agrupar as telhas em elementos de pequenas e grandes dimensões. As telhas de pequenas dimensões são normalmente de cerâmica ou de concreto. As telhas de grandes dimensões são fixadas diretamente nas terças, a exemplo das telhas metálicas e de fibrocimento. Quando necessário podem ser utilizadas telhas termo acústicas, que melhoram o isolamento térmico e acústico do ambiente;
- **Trama:** constituída geralmente por terças, caibros e ripas, tendo como função a sustentação das telhas;
- **Estrutura de Apoio:** constituída geralmente por tesouras, oitões, pontaletes ou vigas, tendo a função de receber e distribuir adequadamente as cargas verticais ao restante do edifício;
- **Sistemas de Águas Pluviais:** constituídos geralmente por rufos, calhas, condutores verticais e acessórios, tendo como função a drenagem das águas pluviais.

Cuidados de Uso

- Para lajes impermeabilizadas (seguir recomendações de Impermeabilização).
- Evitar caminhar sobre as telhas já colocadas. Para telhas de grandes dimensões, seguir orientações dos fabricantes quanto ao local e a forma adequada de caminhar sobre as telhas.

Sistema de Condicionamento de Ar

Descrição do Sistema:

Condicionamento de ar é o controle de temperatura, umidade, movimentação, pressão e qualidade do ar, dentro de um determinado ambiente.

O mercado oferece grande número de alternativas capazes de satisfazer às necessidades de um projeto. A seleção e combinação dessas opções devem basear-se nos seguintes critérios: desempenho, capacidade, local ocupado, custo inicial, custo operacional, flexibilidade, manutenção e durabilidade. Os sistemas de condicionamento de ar podem ser divididos em expansão direta e indireta.

No grupo de expansão direta, fazem parte os modelos em que o resfriamento ocorre diretamente em contato com o ar externo, por meio da serpentina de resfriamento.

Neste grupo se destacam:

- Condicionador de Ar de Janela (ACJ);
- Split;
- Self Contained.

No grupo de expansão indireta, o ar é resfriado por um líquido que não seja o gás refrigerante, como por exemplo, água ou etileno glicol. Neste grupo se destacam:

- Fan coils;
- Painel radiante.

As recomendações a seguir, referem-se especificamente para Condicionadores de Ar de Janela e Splits. No PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle de Condicionadores de Ar) em anexo, são apresentadas as recomendações para os demais sistemas.

Cuidados de Uso

- Ao ligar o condicionador de ar, mantenha as portas, as janelas e as cortinas sempre fechadas. Verificar se não existem frestas nas esquadrias ou em outros locais que permitam o escape do ar.
- Evitar ligar e desligar o sistema de condicionamento de ar diretamente no disjuntor ou na tomada.
- Manter limpos o gabinete e as grelhas bem como a área ao redor da unidade.
- Não exagerar na intensidade da temperatura (muito quente ou muito fria).

- Nos períodos que não usar o condicionador de ar, ligá-lo, uma vez ao mês, por alguns minutos. Se o modelo for QUENTE/FRIO, ligar no aquecimento.
- Para a limpeza da frente plástica e do gabinete do ACJ ou da unidade evaporadora do split, usar uma flanela ou um pano macio embebido em água e sabão neutro. Não usar esponja de aço ou produto abrasivo para não riscar o aparelho. Não utilizar detergente ou álcool diretamente na frente plástica.
- Não utilizar o condicionador de ar sem o filtro, pois a poeira e as impurezas irão danificá-lo ou exigir limpeza especializada.

Sistemática de Implantação do Serviço de Manutenção Predial

A Sistemática do Serviço de Manutenção Predial do HOSPITAL consiste na determinação das atividades essenciais de manutenção, sua periodicidade, os responsáveis pela execução e os recursos necessários.

A responsabilidade pela elaboração desta programação será de responsabilidade do gestor predial, profissional especializado para auxiliar na elaboração e no gerenciamento do mesmo.

O funcionário destacado para exercer a função de gestor predial deverá exercer as seguintes atividades:

- Observar o estabelecido nas normas técnicas e no manual de operação, uso e manutenção de sua edificação, se houver;
- Assessorar o gestor do prédio nas decisões sobre manutenção da edificação, inclusive na organização do sistema de manutenção;
- Providenciar e manter atualizados os registros da edificação;
- Realizar as inspeções da edificação, apresentando relatórios periódicos sobre suas condições, identificando e classificando os serviços de manutenção necessários;
- Definir planos de manutenção;
- Realizar ou supervisionar a realização de projetos e programação dos serviços de manutenção;
- Orçar previamente / estimativamente os serviços de manutenção;
- assessorar na contratação de serviços de terceiros para a realização da manutenção da edificação, na forma das regulamentações próprias do HOSPITAL;

- Supervisionar a execução dos serviços de manutenção;
- Orientar os usuários sobre o uso adequado da edificação em conformidade com o estabelecido nas normas técnicas e no Manual de Manutenção Predial.

A sistemática proposta visa auxiliar os gestores prediais na implementação de um processo de gestão da manutenção, que privilegie o planejamento das manutenções preventivas e a previsão de recursos para sua execução. Além disso, esta sistemática visa incorporar à rotina para realização de controles da manutenção e de registros das ações tomadas, de forma prover evidências da conformidade do serviço realizado e manter um histórico das ações executadas.

Vale lembrar a importância da contratação de empresas especializadas, de profissionais qualificados e da realização de treinamento adequado da equipe de manutenção para a execução dos serviços.

Sempre deverá ser utilizados materiais de boa qualidade, preferencialmente, seguindo as especificações de materiais utilizados na construção original da edificação.

No caso de peças de reposição de equipamentos, sugere-se fortemente o uso de peças originais, na forma da legislação vigente.

Esta sistemática envolve a descrição do fluxo do processo de gestão predial, bem como as planilhas para realização das atividades de manutenção preventiva e corretiva, além de controles de registros.

O fluxo de gestão da manutenção predial visa descrever as atividades deste processo, explicitando suas entradas, programação, controles e retroalimentação.

O fluxo da gestão da manutenção predial inicia-se com a elaboração do Cronograma Anual de Manutenção, assim como a Previsão Orçamentária Anual. Com base nestas duas planilhas, é elaborada a Programação de Manutenção Preventiva e a Programação de Manutenção Corretiva.

Tanto para a manutenção preventiva quanto para a manutenção corretiva, são previstos controles através da verificação das ações executadas. Caso uma ação não seja aprovada, o serviço deverá ser refeito, até que a solução dada seja satisfatória.

Por fim, o fluxo do processo dos serviços de manutenção predial hospitalar envolve a retroalimentação das informações, que ocorre a partir da análise de dados tanto das manutenções preventivas quanto corretivas, gerando novas informações para a revisão do cronograma anual de manutenção e previsão orçamentária anual.

Planilhas para Planejamento e Controle da Manutenção Predial Hospitalar

A sistemática para planejamento e controle da gestão predial é composta por planilhas básicas, que podem ser adaptadas à necessidade de cada setor, caso necessário:

- O Cronograma Anual de Manutenção deve ser utilizado para preparação do planejamento de longo prazo. Neste caso, sugere-se a elaboração de um cronograma anual de atividades com ações de manutenção preventiva, seguindo as periodicidades das fichas, e ações de manutenção corretiva planejadas em longo prazo. Devem ser utilizadas quantas planilhas forem necessárias, de modo que sejam planejadas todas as ações ou verificações para os serviços considerados como críticos para o prédio do hospitalar.

Previsão Orçamentária Anual

Esta planilha deve ser utilizada para a programação dos recursos necessários para a realização das manutenções preventivas e corretivas planejadas no Cronograma Anual de Manutenção. Além disso, esta previsão deve incluir a reserva de recursos destinados à realização de manutenção não planejada e reposição de equipamentos ou sistemas após o término da sua vida útil.

Programação da Manutenção Preventiva

Esta planilha deve ser utilizada para a programação de manutenção preventiva, baseada no Cronograma Anual de Manutenção. Devem ser incluídas outras ações ou verificações que não tenham sido planejadas inicialmente, mas que sejam necessárias.

Além disso, esta planilha serve para verificação da manutenção preventiva realizada, assim como para registro de alguma manutenção corretiva identificada durante a realização da manutenção preventiva. Em cada uma das planilhas podem ser planejadas as ações ou verificações que deverão ser realizadas no mês ou na semana seguinte, a critério do gestor predial. Esta programação pode também ser realizada por sistema construtivo.

Programação da Manutenção Corretiva

Esta planilha deve ser utilizada para programação e inspeção das manutenções corretivas realizadas, assim como para a avaliação de fornecedor, caso o serviço de manutenção corretiva seja realizado por empresa terceirizada.

2.9 Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares

O recebimento de um equipamento que chegar a **MDPF** envolve três atividades:

- Avaliação;
- Aceitação;
- Instalação.

No processo de avaliação do equipamento recém-adquirido, a primeira atividade consiste na abertura da embalagem que acondiciona o equipamento, **SEMPRE** na presença do fornecedor, com exceção de casos em que o fornecedor autorize por escrito que a embalagem possa ser aberta sem sua presença. Esse procedimento evita problemas entre fornecedor e comprador por eventuais danos que ocorram no equipamento durante o transporte ou por falta de componentes (peças, dispositivos, acessórios e documentação) que deveriam estar incluídos na embalagem.

Na abertura da embalagem, um membro do grupo de manutenção deve estar sempre presente e ter em mãos a listagem do material adquirido, assim como as exigências técnicas contratuais definidas antes da aquisição. Caso falte algum item, este deverá ser anotado e reconhecido pelo fornecedor.

É recomendável que toda a documentação que acompanha o equipamento seja devidamente arquivada, de modo a facilitar sua futura utilização. Alguns grupos de manutenção cedem uma cópia do manual de operação aos operadores do equipamento e arquivam o original, para que eventuais perdas durante seu manuseio possam ser repostas.

Mas alguns operadores podem exigir o original, tendo em vista a melhor qualidade de impressão e apresentação. Nesses casos, recomenda-se que durante o processo de aquisição sejam exigidos dois manuais de operação.

A aceitação do equipamento depende não só da avaliação, mas de testes que possam ser executados pelo grupo, que podem variar desde a simples demonstração de que o equipamento está em perfeitas condições de funcionamento até a utilização de equipamentos de testes e o uso de fantasmas específicos (materiais que simulam tecidos biológicos, placas que definem resolução de equipamentos de imagem, etc.).

A direção do HOSPITAL deve estar em sintonia com o grupo de manutenção e somente executar o pagamento do equipamento após um parecer positivo do processo de aceitação. Os procedimentos de testes para a aceitação são específicos para cada tipo de equipamento e devem ser elaborados por um grupo de acordo com os recursos materiais disponíveis.

A instalação do equipamento pode envolver atividades bastante complexas que exigem até a contratação de serviços externos ao HOSPITAL. O equipamento a ser instalado poderá exigir os mais diversos tipos de recursos para seu funcionamento (hidráulicos, mecânicos, potências elétricas estáveis e/ou elevadas, esgotos especiais, tratamento de dejetos, blindagem magnética, blindagem para radiações ionizantes, monitoração e controle de temperatura e umidade, iluminação especial, etc.). Assim, antes do processo de aquisição, é importante que o responsável pelo grupo de manutenção tenha se informado de todas as necessidades do equipamento (que certamente implicará custos adicionais) e acompanhado todo o processo de execução da infraestrutura exigida pelo equipamento.

Outro ponto importante é a verificação do reconhecimento, por escrito, por parte do fabricante/empresa fornecedora, de que todas as exigências feitas na pré-instalação para o funcionamento normal do equipamento sejam atendidas. Isso evita que, em caso de problemas com o equipamento, a empresa alegue que o HOSPITAL não obedeceu às exigências ambientais (ar condicionado, umidificação, iluminação, etc.), de energia (potência da rede, nível de tensão, estabilidade da rede elétrica, etc.) ou qualquer outro pré-requisito para a instalação.

Para isso, é sugerido um formulário simples, que lembra o responsável pela manutenção, assim como o técnico que recebe o equipamento, que o instalador deve verificar e emitir um parecer sobre as condições de pré-instalação.

Para facilitar todo o processo de recebimento, será desenvolvido um sistema de par que será composto de formulários para cadastramento, recebimento e instalação dos equipamentos.

O preenchimento do Formulário para Recebimento e Instalação de Equipamento é o primeiro passo para o cadastramento e sua inclusão no inventário do HOSPITAL o qual deverá ser elaborado pelo grupo de manutenção. Esse formulário deverá possuir todas as informações que serão utilizadas no sistema de gerenciamento de equipamentos e uma série de questões que devem ser respondidas pelo técnico durante o processo de recebimento, e que têm o propósito de lembrar aos técnicos itens que serão muito importantes em fase posterior para o gerenciamento do equipamento.

Assim, no recebimento do equipamento, a primeira parte a ser preenchida é a de concordância com a condição da pré-instalação. A segunda parte é a de recebimento, com todas as questões pertinentes ao equipamento respondidas. Para o cadastramento, deve conter todos os dados provenientes do formulário de recebimento, mais nota fiscal, telefones, endereços, etc.

Como o preenchimento dos formulários via sistema não apresenta grandes dificuldades, explicaremos somente os itens que podem ocasionar alguma dúvida ao leitor/processador de dados.

Quadro para cadastramento do equipamento.

- Recursos: deve ser colocado o tipo de contrato feito para a aquisição do equipamento, ou seja, se foi comprado, se é contrato em comodato, ou se foi alguma doação feita ao estabelecimento. No caso de comodato, normalmente o responsável pela prestação da manutenção é a empresa fornecedora, que deve ser chamada para eventuais reparos e consertos.
- Grupo executor: define o grupo responsável pela instalação do equipamento.
- Assistência técnica: colocar o nome e, se possível, o telefone da empresa fornecedora dos serviços de garantia, que será a mesma que dará assistência técnica pós-garantia.
- Manual: anotar o número da pasta onde constam todas as informações relativas ao equipamento (manuais, catálogos, circuitos, etc.), se o cadastro do equipamento, assim como seu histórico, ficarem em outro arquivo.
- Responsável pelo departamento: citar o nome da pessoa que responde pelo departamento onde o equipamento é instalado.
- Código/ "part number": preencher com os códigos de todas as peças ou acessórios que acompanham o equipamento na sua entrega.
- Descrição do material: descrever por extenso o nome da peça, acessório ou material de consumo (tinta, papel, lubrificantes, lâmpadas, etc.) que acompanham o equipamento na sua entrega.

Formulário para recebimento e instalação de equipamento

O quadro de pré-instalação deve ser preenchido e assinado por uma pessoa responsável pela empresa. Ainda nesse formulário existira um local para a anotação do nome da pessoa que o preencheu.

Por outro lado, nem sempre quem o preencheu é a pessoa responsável pela instalação. Existem casos em que a instalação é feita por um estagiário. Dessa maneira, há também um local determinado para que a pessoa que efetuou a instalação do equipamento anote o seu nome e assine, responsabilizando-se pelos dados registrados no formulário.

Controle Periódico

Nesta etapa trataremos da monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e consumidos por ele. Descreveremos também um modo bastante simples de monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade do preenchimento correto dos dados existentes em todos os formulários desenvolvidos, assim como a indisponibilidade de pessoal administrativo para a digitação e processamento desses dados.

Dessa maneira, é fundamental a existência de pelo menos um computador exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos usuários da importância do correto preenchimento das ordens de serviço.

Desta forma é evidente que a monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materiais utilizados e consumidos por devem também ser descritos de um modo bastante simples, para se monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade do preenchimento correto dos dados existentes em todos os formulários desenvolvidos, assim como a indisponibilidade de pessoal administrativo para a digitação e processamento desses dados.

Dessa maneira, é fundamental a existência de pelo menos um computador exclusivo para utilização do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos técnicos da importância do correto preenchimento das demandas de serviço.

Para facilitar o processamento dos dados existentes nas demandas de serviço e, conseqüentemente, auxiliar o gerenciamento do grupo, apresentou abaixo um formulário para o controle mensal de:

- Tempo gasto para atividades de Manutenção e corretiva e Manutenção preventiva e outras;
- Produtividade de cada técnico;
- Gasto total do departamento de manutenção;
- Total de horas que o departamento trabalhou;

- Valor da hora técnica (geral ou por grupo de equipamentos);
- Produtividade média (geral ou por grupo);
- Custo total do material gasto para os serviços executados;
- Valor do estoque que o departamento manteve no mês;
- Tempo médio de resposta para o atendimento das solicitações;
- Tempo médio para o reparo dos equipamentos;
- Número de chamadas.

2.10 Gestão da Informação

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, desenvolveu uma Proposta de Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão.

Neste item serão apresentados também rotinas gerenciais aportadas em conformidade com a SES/PB e órgãos de controle interno e externo.

2.10.1 Estruturação

Introdução

Cada vez mais, é impossível pensar na operação de um hospital sem o uso disseminado da Informática como ferramenta de I3C (Informação, Inteligência, Integração e Controle). O hospital é uma das organizações mais complexas que existem, e o universo das informações que precisam ser gerenciadas é imenso, cobrindo desde as informações sobre os pacientes, até os aspectos administrativos propriamente ditos.

A informatização de um hospital não é uma tarefa fácil, portanto, principalmente quando o seu objetivo principal é integrar, através de computadores, todos os aspectos referentes às suas atividades-meio e às atividades-fim. Um dos aspectos fundamentais para o sucesso dessa operação é o estabelecimento de uma estrutura gerencial e operacional adequada, o Centro de Informática Hospitalar, idealizado de modo a se adequar ao organograma já existente no hospital, mas, ao mesmo tempo, buscando modernizá-lo com o objetivo de integrar a Informática da maneira mais completa e eficiente possível.

2.10.1.1 Objetivos e Níveis de Atuação

O Centro de Informática Hospitalar tem por objetivo principal prover toda a estrutura de recursos humanos, materiais e de serviços para a automação dos recursos de informação do hospital, incluindo-se a análise, desenvolvimento e implantação de novos sistemas, bem como o apoio e treinamento dos usuários.

A missão do CIH é cumprida basicamente em dois níveis de localização:

- **O processamento distribuído**, através de equipamentos descentralizados, de menor porte, colocados junto aos usuários finais (divisões, serviços, setores e seções). A seleção, instalação, análise, desenvolvimento, implantação, treinamento e suporte técnico aos sistemas distribuídos serão realizados por uma estrutura própria do CIH denominada Centro de Informações (CI);
- **O processamento centralizado**, através de um Centro de Processamento de Dados (CPD), com equipamento(s) de grande porte, colocado em uma estrutura central, e que se responsabiliza pela análise, desenvolvimento, implantação e suporte de sistemas globais do Hospital, bem como pela integração com os equipamentos e redes distribuídos.

Os sistemas distribuídos e centralizados podem ser integrados e interconectados de forma variável, progressiva, e em diversos níveis (microcomputadores, redes locais, aparelhos celulares, notebook, etc.). Normalmente, o CIH é o responsável técnico pela execução e acompanhamento desta integração, e toma todas as medidas necessárias para a normatização de hardware e software.

2.10.1.2 Os Níveis de Aplicação

O CIH implementa as suas ações em quatro níveis de aplicação:

- **Apoio à administração**, no que se refere a todos os sistemas puramente administrativos e financeiros do hospital, tais como controle de materiais, controle de pessoal, contabilidade e controles financeiros, faturamento, etc.;
- **Apoio à assistência**, no que se referem a todos os sistemas clínicos, envolvidos nas atividades assistenciais, tais como: arquivo médico, controle de infecções hospitalares, anatomia patológica, laboratório clínico, UTI, centro cirúrgico, exames especializados, radiologia, banco de sangue, banco de órgãos, anestesia, setores de medicina especializada, etc. Através dessas aplicações, a Informática se faz presente nos ambulatórios, enfermarias, setores de procedimentos especializados, etc.;

- **Apoio à pesquisa**, no que se refere aos sistemas de aquisição e processamento de dados para fins de pesquisa pelos integrantes do corpo docente e clínico lotados no hospital, em estreita integração com os sistemas de apoio à assistência e ensino;
- **Apoio ao ensino**, no que se refere aos sistemas especializados de exploração dos recursos de informação disponíveis no CIH para suporte às atividades de ensino e treinamento realizado pelo corpo docente lotado no hospital, residência médica, treinamento de pessoal, etc.

Da mesma forma que nos níveis de localização, os níveis de aplicação podem ser integrados e interconectados de forma variável e progressiva, sob a orientação e responsabilidade do CIH.

2.10.1.3 Níveis de Desenvolvimento

O CIH atua basicamente em seis frentes de atividades de desenvolvimento tecnológico no contexto hospitalar:

- **Planejamento**: o CIH deve contar com um corpo de profissionais responsáveis pelo planejamento a médio e longo prazo das atividades e estruturas de automação do hospital, incluindo: planejamento estratégico, planejamento financeiro, análise de organização e métodos (O&M), metodologia de seleção de hardware e software e integração corporativa. Assim, atua em estreita colaboração e em consonância com as decisões da diretoria geral, conselho deliberativo e conselho de usuários, e é responsável pela elaboração detalhada e revisão periódica do chamado Plano Diretor de Informática (PDI) do hospital. O tamanho desse grupo depende, evidentemente, do tamanho e complexidade do hospital, podendo, em alguns casos, ser contratado como prestação de serviços por firmas especializadas, pelo menos na primeira elaboração do PDI;
- **Administração de dados**: os conceitos mais modernos de gerência de recursos de informação em uma empresa recomendam a criação de uma gerência de administração de dados, que é a responsável pela definição e manutenção de integridade dos bancos de dados, implementação e manutenção de dicionários de dados, integração e transportabilidade de informações;

- **Análise e desenvolvimento**: é a estrutura responsável pela análise de necessidades dos usuários, bem como pela especificação, análise, desenvolvimento, teste, implementação, operação e manutenção de sistemas próprios de processamento, tanto a nível distribuído quanto centralizado;
- **Suporte técnico**: é o grupo responsável em manter funcionando de forma correta e adequada o hardware (equipamentos e sua interconexão) e o software (programas adquiridos ou desenvolvidos); bem como a manutenção da documentação e a prestação de serviços de atendimento ao usuário;
- **Operação**: o grupo responsável pelas atividades de operação de rotina dos diversos aspectos que compõe a atuação do CIH, tais como: operação de equipamentos centralizados, fitoteca, discoteca e biblioteca, monitorização da operação de redes locais e externas, digitação centralizada;
- **Treinamento dos usuários**: atividade responsável pela aculturação da comunidade de usuários dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos pelo CIH, e treinamento quanto à operação do hardware, do software, regras de padronização e de controle da qualidade de informação.

2.10.1.4 Organização Interna do CIH

Devido ao fato de tangenciar praticamente todas as atividades do hospital, o CIH deve ser constituído como uma divisão administrativa, vinculada, portanto, diretamente ao seu Superintendente. Em sua forma mais completa, seu organograma conta com as seguintes subdivisões:

Estrutura Diretiva

A estrutura diretiva conta com dois órgãos colegiados: o Conselho Deliberativo e o Conselho de Usuários, e com um órgão executivo: a Diretoria Geral, assessorada por uma Secretaria Executiva e de Planejamento.

O Conselho Deliberativo é o responsável pela elaboração de políticas gerais do CIH, bem como pelo acompanhamento e fiscalização das ações implementadas, e dos assuntos orçamentários e patrimoniais. Suas ações têm caráter deliberativo e são executadas pela Diretoria Geral. Conta com representantes dos grandes setores do hospital (Superintendência, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Conselho Hospitalar, Faculdades eventualmente ligadas ao hospital, etc., bem como do Conselho de Usuários e da Diretoria do CIH).

O Conselho de Usuários tem caráter apenas consultivo, e é composto por um representante de cada serviço administrativo e clínico do hospital, e que são também responsáveis, individualmente, pelo contato e representação de seus setores junto ao CIH. Este Conselho é muito importante para a missão do CIH e sua continuidade, uma vez que são seus representantes que vão definir as necessidades dos usuários dos sistemas, e direcionar suas prioridades.

A Secretaria Executiva e de Planejamento abrange os recursos humanos e materiais necessários ao assessoramento e execução das atividades da Diretoria e dos dois Conselhos.

Em nível de serviços, o CIH conta com as duas grandes estruturas já referidas acima, ou seja, o Centro de Informações e o Centro de Processamento de Dados, e que são responsáveis, respectivamente, pelas atividades de processamento distribuído e centralizado do hospital.

O Centro de Informações

O CI deve contar com um corpo próprio de profissionais para dar atendimento à distribuição de processamento junto aos usuários, na forma de equipamentos de menor porte, abrangendo os seguintes setores:

- Treinamento ao usuário, e que centraliza todas as atividades do CIH nesta área (cursos gerais, cursos de operação de hardware e software);
- Apoio aos sistemas administrativos descentralizados;
- Apoio aos sistemas assistenciais e clínicos descentralizados;
- Apoio às atividades de pesquisa implementadas em sistemas distribuídos;
- Apoio às atividades de ensino.

As atividades do CI incluem a seleção e aquisição de softwares comerciais, a sua distribuição, manutenção e treinamento para os diversos setores de usuários, bem como a especificação de padrões de hardware, software e operações visando à integração entre os sistemas locais e centrais.

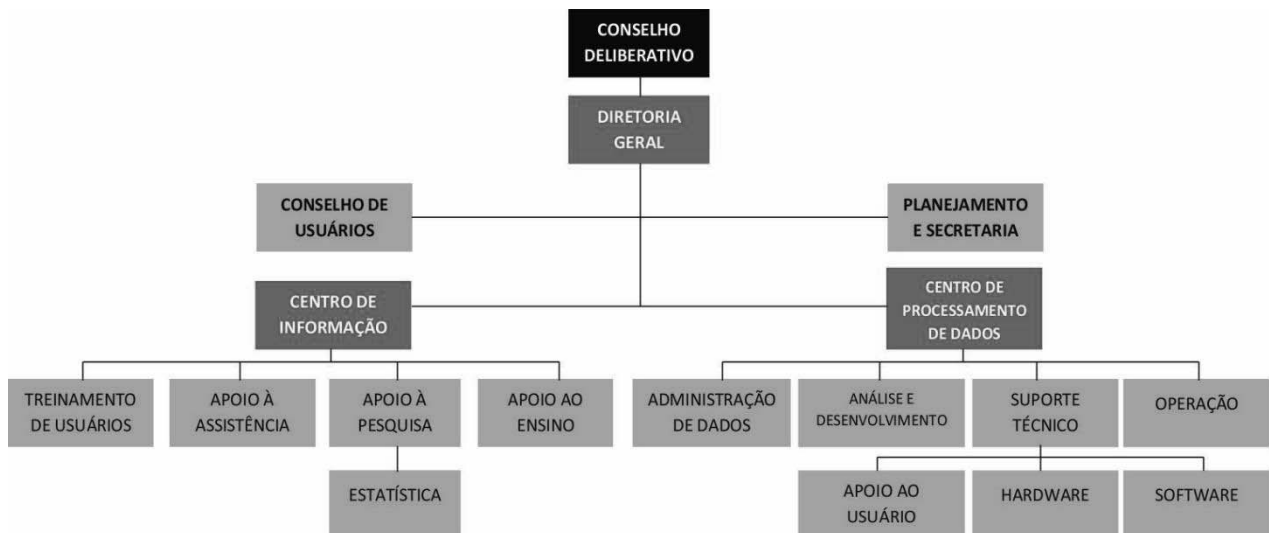
O Centro de Processamento de Dados

Esta estrutura tem as características mais clássicas de um CPD de médio ou grande porte, responsável pelos sistemas globais e integrativos de automação do hospital, tais como: sistemas administrativos de grande porte (pessoal, materiais, finanças, etc.), sistemas clínicos de grande porte (SAME, agendamento, internação, etc.) e sistemas integrados de informação hospitalar.

O CPD conta com os seguintes serviços, cujas atribuições foram detalhadas acima:

- **Administração de dados.** Conta com dois setores: Gerência de Bancos de Dados (divididos em sistemas administrativos e clínicos), e Organização e Métodos (O&M);
- **Análise e desenvolvimento.** Pode ser eventualmente dividida em seções responsáveis por sistemas distintos (administrativos, clínicos, etc.);
- **Suporte Técnico.** Tem setores distintos de: Suporte de Hardware, Suporte de Software (eventualmente dividido em Software Básico e Software Aplicativo), e Assistência ao Usuário de sistemas centralizados;
- **Operação.** Tem setores distintos de Operação Centralizada, Digitação, Gerência de Recursos (fitas, discos, biblioteca de manuais) e Teleprocessamento.

Organograma de um Centro de Informática Hospitalar



2.10.2 Projeto: Implementação de Sistemas de Gestão

Introdução

“A Saúde é uma das áreas onde há maior necessidade de informação para a tomada de decisões”. A Informática Médica é o campo científico que lida com recursos, dispositivos e métodos para otimizar o armazenamento, recuperação e gerenciamento de informações biomédicas. O crescimento da Informática Médica como uma disciplina, deve-se, em grande parte aos avanços nas tecnologias de computação e comunicação, à crescente convicção de que o conhecimento médico e as informações sobre os pacientes são igerenciáveis por métodos tradicionais baseados em papel, e devido à certeza de que os processos de acesso ao conhecimento e tomada de decisão desempenham papel central na Medicina moderna.”.

(<http://www.thenewmedicine.med.br/sobre.htm>).

Um Sistema de Informação deve armazenar, organizar e disponibilizar informações a todos aqueles que possam utilizá-la para melhorar a atividade institucional.

Um Sistema de Gestão Hospitalar deve, em princípio, otimizar a gestão da informação e, por consequência, a gestão organizacional dos processos de administração, atenção e assistência, além de possibilitar a integração com sistemas de informação externos ligados à rede de saúde. Essa integração deve atender as necessidades informacionais e aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, quando aplicada à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuir, de modo consistente e ágil, para o conhecimento da realidade sobre a saúde ou doença da população usuária destes estabelecimentos de alta complexidade.

A utilização de processos manuais, com registros em papel, de forma ostensiva em quase todos os estabelecimentos hospitalares, atingiu o seu esgotamento. Como consequência observa-se a ausência de espaço de armazenamento dos prontuários médicos em papel em quase todos os estabelecimentos de saúde, a desorganização progressiva dos sistemas de informação, e a dificuldade de obtenção das informações de saúde dos indivíduos. Esta sobrecarga elevou sobremaneira o número de extravios dos prontuários e diminuiu consideravelmente a qualidade das informações armazenadas. Dentre as conseqüências graves estão o retrabalho, o desperdício de recursos humanos e materiais na assistência à saúde e os erros induzidos pela ausência da informação.

Assim, a indisponibilidade da informação induz à obtenção repetidas vezes das mesmas informações, incluindo exames complementares de alta complexidade, que são refeitos desnecessariamente, e aumentando o risco ao paciente no estabelecimento de novas terapêuticas.

Continuamente, são geradas informações sobre pacientes e suas condições de saúde, por exemplo, históricos, sintomas, exames, diagnósticos, tratamentos. O acesso a tais informações pelo profissional de saúde implica diretamente na melhoria do atendimento clínico.

Falta de informações resultam em diagnósticos imprecisos e interações medicamentosas.

O co-relacionamento de informações pode fornecer indicadores e tendências que auxiliam o diagnóstico e tratamento. Com a informação sistematizada há redução de custos como eliminação do papel, agilidade nos processos, reutilização da informação e aumento geral da qualidade do atendimento.

Com este cenário estabelecido, as demais mudanças e crescimento dos serviços oferecidos pelo hospital, ficou visível a necessidade de informatização de todos os processos e serviços, agilizando, assim, o acesso às informações e auxiliando nas tomadas de decisões.

Entendem-se como principais fatores de importância e relevância para a implantação deste projeto:

- Utilizar um Sistema de Gestão como ferramenta de apoio a tomadas de decisões e qualidade na gestão de políticas públicas;
- Agilidade e eficiência nos serviços prestados a clientes internos e externos, devido ao fato de se ter a informação centralizada, integrada e sistematizada;
- Utilização de recursos tecnológicos (equipamentos) que auxiliem nos processos, agilizando e influenciando na qualidade do atendimento direto à população.

Assim então, decidiu-se pela implantação no Hospital de um Sistema de Gestão Hospitalar totalmente integrado, pelas razões acima descritas.

O momento que estamos vivenciando é de mudanças e crescimento. Para isso, é de suma importância que a ferramenta de sistematização das informações que auxiliam nas tomadas de decisões seja eficiente e possa acompanhar essa expansão, a fim de racionalizar os recursos e garantir maior eficiência e qualidade na assistência à saúde da população, assim como sua gestão.

- Alcançar a excelência na gestão dos recursos através da implementação do Sistema de Gestão Hospitalar.
- Trazer economia de recursos financeiros significativos para a Gestão, além de melhor prover o gestor de um sistema para planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos necessários ao bom atendimento do cidadão.
- Melhor atender os usuários de sistema SUS, com o foco em resolutividade, economicidade e gestão.
- Automatizar as tarefas rotineiras vinculadas ao uso do Prontuário do Paciente;
- Oferecer ao gestor dos hospitais um sistema de informações integrado de apoio à gestão.
- Iniciar a construção de uma base de dados clínicos dos cidadãos-usuários do SUS, com todas as informações de saúde da população atendida, possibilitando a construção de relatórios, indicadores e outros conjuntos de informações.
- Agilizar e otimizar o processamento do faturamento.
- Controlar de forma mais eficiente a assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos.
- Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, podendo gerar relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos.
- Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

Pré – Requisitos para SGH – Sistema de Gestão Hospitalar:

Cadastros Gerais

O módulo de CADASTROS GERAIS concentra os itens de cadastramento de todos os módulos do ERP que são acessíveis a mais de um módulo. - Editor de textos para desenhar os documentos expedidos na recepção; - Elaboração de etiquetas de código de barras para pacientes; - Permissão de acesso customizado por usuário e perfil.

Agendamento

O módulo de AGENDAMENTO permite o gerenciamento de todos os tipos de agendas. Além disto, permite o trabalho independente, por setor, ou a utilização numa central de agendamento.

- Agendamento de consultas, exames e pequenas cirurgias.
- Geração de agenda para longos períodos.
- Determinação de cotas de agendamento por municípios e especialidades.
- Visualização da agenda do médico completa com possibilidade de bloqueio, remarcação e encaixe.

Atendimento

Destina-se ao atendimento dos pacientes, desde a reserva de leitos, controle de visitas, até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

- Atendimento a pacientes internados, ambulatoriais e pacientes externos.
- Cadastro único de pacientes acessível a outras unidades da rede de saúde.
- Ferramentas para impossibilitar duplicidades de pacientes.
- Configurações de entrada de dados diferentes para o SUS,
- Geração de mapas e discos de CIH106, SAH, CIH, etc.
- Configuração de campos obrigatórios.

SAME

No módulo de controle do SAME (Serviço de análise, métricas e estatísticas) é permitido fazer todo o acompanhamento do prontuário do paciente, registrando-se os empréstimos e saídas de prontuários do setor de arquivo, e também processar todos os relatórios estatísticos e indicadores do hospital. Neste módulo também é possível controlar todas as campanhas de vacinação, definindo as agendas de vacinas de um determinado paciente.

- Controle estatístico dos movimentos de atendimento hospitalar.

Consultório

- Atendimento de pacientes agendados.
- Impressão de fichas nos consultórios.
- Receituário.

CCIH

O módulo de CCIH foi desenvolvido para auxiliar na gestão de aplicações das rotinas de controle de infecção hospitalar. Tem como maior diferencial a forte integração com os outros módulos do sistema hospitalar, reduzindo digitação e erros e, portanto, antecipando a tomada de decisões da comissão de infecção. Integram-se ao módulo de Internações Hospitalares, de onde busca, além dos dados do paciente e da internação, todos os indicadores hospitalares mensais como pacientes-dia, média de permanência e transferências internas de setor e serviços:

- Integra-se aos módulos de Prescrição Eletrônica e Farmácia, de onde importa os consumos de antimicrobianos dessas internações;
- Integra-se ao módulo de Centro Cirúrgico/Obstétrico, de onde importa todos os detalhes sobre as cirurgias realizadas nessas internações;
- Integra-se ao módulo de Laboratório de Análises Clínicas, de onde importa os resultados dos antibiogramas e culturas;
- Permite que o próprio usuário do módulo CCIH, registre essas informações sem importar dos outros módulos ou então corrija e/ou complemente aquilo que foi importado;
- Disponibilizam, em vários relatórios e gráficos, as taxas de infecção e outros indicadores apurados, compatíveis com os padrões NNISS para as topografias cirúrgicas, UTI's e berçários de alto risco.

Prescrição Eletrônica (PEP)

A PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA é uma das funcionalidades do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Colocamos esta em evidência, pois é a partir dela que se dá o início do tratamento, liberando para outros módulos as atividades que necessitam ser realizadas.

- Prescrição eletrônica de Curta e Longa permanência.
- Prescrição de exames, dietas, SADT, Procedimentos e Mat/Med.
- Requisições Eletrônicas de consumo interno e Subestoques.
- Fichas de Anamnese e evoluções.

SADT

Este módulo permite o gerenciamento dos serviços de exames. O gerenciamento ocorre desde o agendamento até a emissão dos resultados e seu faturamento.

- Laboratório.
- Ressonância.
- Mamografia.
- Endoscopia.
- Diagnóstico por Imagem (Raio X).
- Anexa imagens no formato Dicom e Jpg com seus respectivos laudos.

Centro Cirúrgico

Destina-se à gestão do fluxo de atendimento, desde a agenda até atendimento da farmácia, além de compreender todas as informações clínicas do paciente complementando as informações do prontuário eletrônico.

- Agenda e reserva de salas cirúrgicas de acordo com o tipo de cirurgia.

Banco de Sangue

Permite o controle de doadores e beneficiários que utilizarão o serviço de transfusão de sangue.

- Controle de bolsas.
- Triagem de doadores.
- Requisições de bolsas por centro de custo.
- Doadores aptos e inaptos de acordo os critérios de seleção.

Estoque

A gestão de materiais é facilitada por meio das ferramentas de controle e administração de estoques disponíveis no sistema, especialmente o processo de ressuprimento automático que controla os níveis de estoque, minimizando o investimento no mesmo.

- Controle de estoque dos centros de estocagem e dos centros de custo;
- Ferramentas p/ gerenciar as necessidades de compra e emissão automática de pedidos.
- Livro de medicamentos controlados.
- Fracionamento e dose unitária.

- Controle de validade por lote.
- Códigos de barras.
- Interligação com os catálogos de preços eletrônicos Brasíndice, Simpro e Unitex.
- Interligação total com os módulos de Faturamento, Prescrição Eletrônica e Financeiro.

Compras

O processo de compras é beneficiado tanto com a utilização do ressurgimento automático quanto com as regras de aprovação eletrônica que agilizam e garantem segurança ao trabalho, além de permitir ao hospital disponibilizar aos fornecedores a realização das cotações via Internet.

- Solicitações de Compras.
- Cotações com importação de preços via e-mail do fornecedor.
- Exportação de planilhas, cotações e pedidos por e-mail.
- Cálculo automático do menor preço com geração automática de pedidos.
- Integração com sistemas de pregão eletrônico.

Patrimônio

O módulo de PATRIMÔNIO trabalha integrado com o módulo de ESTOQUE. Todas as notas de entrada de bens de patrimônio podem ser incorporadas no sistema patrimonial sem que haja redigitação do item. Nesse módulo podemos visualizar todo o controle dos bens imobilizados do hospital, catalogando-os com etiquetas geradas pelo próprio sistema, definindo sua localização e identificando-os com foto.

- Controle de entrada de bens imobilizados.
- Registros de ocorrências.
- Cálculo de depreciação de acordo com critérios do cliente.

Manutenção

O módulo de MANUTENÇÃO trabalha integrado com o módulo de PATRIMÔNIO e todos os cadastros estarão visíveis à Manutenção. Neste módulo é possível realizar todo o acompanhamento de Ordem de Serviços, Contratos com Terceiros, Equipes de Manutenção, Ferramentas, Programação de Manutenções Preventivas, Ficha técnica dos Equipamentos e etc.

Faturas

Controla todos os produtos e serviços oferecidos pela unidade hospitalar, bem como as regras de faturamento/cobertura, de acordo com o praticado pelo Sistema de Saúde. À medida que ocorre o consumo do paciente nos diversos setores do hospital, e o preço de cada item consumido são automaticamente identificados facilitando a gestão dos custos hospitalares. Para cada fatura emitida, obtém-se um controle das contas a receber por paciente e por área do hospital.

- Faturas por período e etc.
- Layout de espelhos de conta configurados pelo paciente.

Custo Paciente

A competitividade existente entre as empresas ligadas à área de saúde está diretamente relacionada com a capacidade de prover melhores serviços, com maior rentabilidade e menor custo. Sendo assim, o conhecimento dos custos é uma importante ferramenta de apoio à gestão hospitalar. Atentos a este contexto, desenvolvemos dois módulos (CUSTO PACIENTE e CUSTO HOSPITALAR) que fazem a apuração dos custos na instituição.

- Calcula, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da conta do paciente, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados.
- Permite incluir no custo das contas, diárias e taxas que obedecerão a um cadastro de cobrança com condições de acordo com a internação e atendimento do paciente.
- O sistema emite diversos relatórios de custos, tais como o custo por procedimento, setor, clínica, etc, e inclusive um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH para os pacientes do SUS.

Glosas e Repasses

Esse módulo é responsável pela análise e gerenciamento dos pagamentos SUS, permitindo a identificação das glosas e o acompanhamento das negociações destas.

- Controle de glosas por fatura, procedimento e conta.
- Integração das glosas apresentadas com os relatórios.
- Recurso de glosas com justificativas.
- Integração com o sistema Financeiro para efetuar o pagamento.

AIH/SUS

Todos os módulos referentes ao SUS atendem às exigências da Secretaria de Estado da Saúde para o faturamento de pacientes internados, recebem os procedimentos lançados em seus setores de origem e geram integração com o sistema do DATASUS, e permitem o gerenciamento do retorno dos processos e o repasse dos valores faturados.

- Faturamento de AIH integrado com as recepções e SADT em interface amigável e multiusuário.
- Geração de arquivo eletrônico para o sistema do governo.
- Processa e concentra todos os procedimentos lançados em conta de acordo com as permissões avaliadas periodicamente baseado no diário oficial garantindo confiabilidade e segurança na geração de arquivo eletrônico para o governo.
- Gerenciamento de permanência Maior automática na conta.
- Controle da gratuidade, teto financeiro e SADT.

BPA/SUS

- Faturamento Ambulatorial do SUS.
- Transferência automática para o sistema do governo.

APAC/SUS

- Faturamento de procedimentos de alta complexidade.

Financeiro

Nesse módulo as informações são disponibilizadas automaticamente e em tempo real, de acordo com o fluxo de trabalho definido pela Organização. As operações e os processos são definidos pelos usuários e então parametrizados. Todos os processos da empresa são automatizados, gerando maior ganho de produtividade, redução de custos e absoluto controle sobre todas as operações.

- Controle das movimentações bancárias e movimentações do caixa do hospital e seus respectivos saldos.
- Controle de todas as contas a pagar e receber por fornecedor, por período e por grupo financeiro.
- Controle das aplicações financeiras e seus resgates. Tudo integrado ao ESTOQUE (contas a pagar) e ao FATURAMENTO (contas a receber).

- Controle orçamentário por centro de custo e tipos de despesas/receitas.
- Controle de pagamentos feitos com cartão de crédito/débito.
- Controle completo dos cheques emitidos/recebidos
- Cálculo automático dos impostos devidos.
- Emissão de borderô, ordem de pagamentos / recebimentos.
- Controle financeiro por filiais (Multi-empresa).

Custo Hospitalar

- Custo unitário, custo por centro de custo, custo das diárias etc.
- Apuração dos custos pelo Sistema de custeio por absorção, apresentando o relatório final dos custos diretos e indiretos por centros de custos e relatórios comparativos.

Prontuário Eletrônico

Reúne, em apenas um módulo, o máximo de informações sobre a movimentação dos pacientes pelos diversos setores do hospital. Com este programa é possível verificar todas as internações e FAA's vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções: exames de raios-x, laboratório, endoscopia, ultrassonografia e anátomo, agendamento de cirurgias, materiais e medicamentos lançados para a internação ou FAA dos pacientes. Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, internações, consumos e imagens.

Gerador de Relatórios

Fornecendo uma base de mais de 2.000 relatórios, o módulo ainda permite aos clientes a customização e criação de relatórios específicos de acordo com as necessidades da organização.

- Gerar relatórios integrado com todos os módulos.
- Permite acesso ao banco de dados completo.
- Gera indicadores relacionados com outros módulos com possibilidades de formatação, quebras, ordenação e etc.

Exportação

- Exporta informações em layout texto.

Importação

- Importa informações em layout texto.

Ferramentas WEB

Conjunto de ferramentas versáteis para Web reunidas em um único site, com o objetivo de oferecer aos nossos clientes rapidez, segurança e mobilidade. Elas são:

Business Intelligence: Ferramenta gerencial no formato gráfico que combina indicadores hospitalares a estatísticas de desempenho do hospital na web.

Exames via Web: Os resultados e laudos de exames são disponibilizados automaticamente na Web. Basta o paciente acessar o Hospital Online e imprimir seus resultados. Totalmente integrado ao módulo de SADT, este gera uma senha de acesso no atendimento do paciente com as instruções de retirada no período definido por cada Hospital. Essa ferramenta garante comodidade para seus pacientes e uma economia significativa na impressão dos resultados.

Prontuário Eletrônico Web: Toda a história clínica do paciente em um mesmo módulo web, desde atendimentos, Exames, Prescrições, até Internações e Consumos. Esse módulo garante a democratização das informações médicas de determinado paciente com todo o corpo clínico de um Hospital de forma rápida e segura.

Agendamento Web: O módulo de agendamento Web possui as mesmas funcionalidades do módulo de agendamento para desktop, porém com toda a mobilidade oferecida pela a Web. Com essa ferramenta, unidades de saúde passam a poder agendar (com limite imposto por cotas) exames, consultas e pequenas cirurgias em um Hospital Central. Permite também que o médico consulte sua agenda e faça bloqueios de qualquer lugar.

Atendimento Web: Destina-se ao atendimento dos pacientes em postos de saúde isolados e ou UBS por meio da utilização da internet. Possibilita o cadastro do paciente, reserva de leitos, controle de visitas até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

Projeção de Infra- Estrutura:

Para implantação do sistema são necessárias as seguintes configurações de equipamentos:

Quadro 09: Infraestrutura

RECOMENDAÇÕES MÍNIMAS PARA O SERVIDOR DE BANCO DE DADOS
Processador Intel Core 2 Quad Q8400
Hd 250 Gb (Preferência SCSI/SAS 15k)
4 Gb Memória Ram
Placa Mãe OFF-Board (INTEL, MSI, ASUS)
2 Placas de Rede (1000/100 mpbs)
Leitor de DVD
Nobreak
OBS: Preferência de compra de servidores de marca como HP, IBM ou DELL
HARDWARE MÍNIMO PARA ESTAÇÕES DE TRABALHO
Processador: Dual Core 2.7 Ghz
Memória: 1Gb RAM Recomendável
HD: 250Gb
Monitor SVGA
Sistema Operacional: Windows XP / Windows 2000

Para implantação do Sistema de gestão Hospitalar no Hospital serão necessários:

Quadro 10: Recursos Humanos necessários

PARQUE DE MÁQUINAS	RECURSOS DISPONÍVEIS
Até 50 Computadores	1 Técnico de Informática
Entre 51 e 100 Computadores	1 Técnico de Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
Entre 101 e 180 Computadores	2 Técnicos de Informática 1 Analista de Sistemas (Formação Superior)
A partir de 181 Computadores	2 Técnicos de Informática 2 Analistas de Sistemas (Formação Superior)

Conectividade e estrutura de dados necessários

Necessário que o hospital tenha um link dedicado de internet mínimo de 4 Mb de tráfego, com IP Fixo para manutenções e suporte técnico.

Considerações Finais

É importante notar que a estrutura proposta é apenas um alvo a ser atingido em médio prazo, não havendo a necessidade, inicialmente, de se implementar todos os níveis previstos. Isto é feito gradativamente, à medida que o CIH for aumentando suas atribuições. Além disso, o tamanho de cada serviço ou setor do CIH sofre necessariamente uma variação, de acordo com a etapa em que se encontrar a implementação do CIH.

Devem ser previstas as seguintes etapas para implantação completa do CIH:

- **Planejamento:** inicialmente o CIH tem um setor grande de planejamento e de O&M, que é o responsável por uma análise completa e detalhada do funcionamento do hospital, em todos os níveis, e pela elaboração técnica de um PDI (Plano Diretor de Informática), necessário para um horizonte de 5 anos de automação dos recursos de informação;
- **Implantação do CI e do CPD:** com a especificação de máquinas a serem adquiridas para colocação distribuída, uma estrutura mínima de CI pode ser imediatamente implantada, e iniciar as atividades de aculturação e de suporte a sistemas simplificados baseados em micros. Da mesma forma, uma estrutura mínima de CPD, baseada nos equipamentos centrais da entidade mantenedora, se esta existir (por exemplo, a universidade, a fundação, a secretaria de governo, etc.) pode ser implantada, utilizando linhas remotas, e dando seguimento ao desenvolvimento dos sistemas globais de maior urgência;
- **Implantação intermediária:** ocorre com a aquisição de equipamento próprio de grande porte, migração dos sistemas desenvolvidos para o mesmo, e desenvolvimento de novos sistemas globais. Ao mesmo tempo, é reforçada e ampliada a estrutura do CI;
- **Integração global:** ocorre quando houver condições técnicas para conexão dos sistemas distribuídos ao sistema central, e desenvolvimento de um software de integração e interface com o usuário.

Muitos fatores condicionam o sucesso do processo de informatização de um hospital. Evidentemente, o porte do hospital condiciona, e muito, a extensão, duração e custo final de todas as etapas acima referidas.

2.11 Relacionamento Institucional

2.11.1 Introdução

Na Proposta de Técnica foi apresentada a forma de relacionamento interinstitucional contemplando as articulações com a Gestão Estadual, a Gestão Municipal, o COSEMS PB e as instâncias do controle social. Além da integração e articulação propriamente dita foi apresentada a criação do **Conselho Gestor**, com representação de todas estas instâncias.

A relação com os representantes da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** e a **Diretoria da Unidade** tem o processo formal da **Diretoria Colegiada**.

O Conselho Gestor e a Diretoria Colegiada são ferramentas prioritárias de comunicação e informação que serão adotados no relacionamento com a SES/PB e o funcionamento dos mesmos já está descrito no Modelo Gerencial.

Os processos formais também devem estar estabelecidos com a SES/PB e a Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão incluindo a apresentação de documentação e Relatórios de Atividades.

A articulação deve também ser fomentada com as representações estaduais de saúde nas respectivas regiões. A representação estadual na região aporta as articulações com os atores municipais.

Apesar de existirem os processos formais, o gerenciamento de um hospital público exige processos de negociação entre os vários segmentos envolvidos.

É necessário evidenciar que estes segmentos compõem o conjunto de sujeitos sociais (gestores, profissionais de saúde e usuários) nos diversos níveis da política de saúde. O nível local – o município – como espaço onde as práticas concretas acontecem na maioria das vezes ainda baseadas em mecanismos tradicionais e interesses consolidados, é um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças.

Assim, as políticas descentralizadoras representam desafios para a gestão tanto pelas novas responsabilidades, como para instituir mudanças. As mudanças não dependem apenas do gestor, é notório que este exerce um papel decisivo na condução política do sistema em todos os níveis governamentais, mas as práticas de gestão participativa envolvem os segmentos de profissionais, usuários e prestadores.

A atuação técnica do gestor, que não pode ser dissociada da atuação política, se promove através do exercício das funções gestoras na saúde. Estas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários à implementação de políticas e medidas coerentes com os princípios do SUS e da gestão pública.

No contexto da parceria com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** já foi afirmado: o princípio da complementariedade e do fortalecimento da Gestão Estadual. Dessa forma, a parceria deve estar fundamentada em aspectos jurídicos e pactuações, que são componentes fundamentais para garantir o alcance de bons resultados na prestação dos serviços. A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos); supervalorizados cartorialmente em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários.

O acompanhamento da parceria, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições serão avaliadas mensalmente e seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- a) avaliação da organização gerencial da Unidade;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

2.11.2 Relação e Parceria Institucional

Com o objetivo principal de contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da gestão com ênfase no aproveitamento total dos recursos disponíveis no município e no Sistema Estadual de Saúde, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** contribuirá ainda para o gerenciamento eficiente da assistência a saúde na unidade, facilitando o controle pelo gestor estadual e municipal, aumentando, conseqüentemente, a resolutividade dos serviços, além de diminuir as filas e facilitar o acesso do usuário a rede municipal e estadual de saúde. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** se compromete também com a integração da unidade na Rede de Urgência e Emergência.

Necessário se faz salientar que a Organização Social desenvolve o gerenciamento e organização da unidade com a gestão e regulação da Gestão Estadual de Saúde.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** irá desenvolver para a gestão estadual e municipal: instrumentos de planejamento e relatórios gerenciais, estatísticos e de monitoração que deverão contemplar os indicadores capazes de aferir o impacto social que o gerenciamento da organização social, sob as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, representou para a população que utiliza os serviços.

2.11.3 Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde

Este item irá demonstrar os mecanismos que serão implantados para contemplar:

A Relação da Proposta do Modelo Gerencial com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

A Educação Permanente como ferramenta estratégica.

O Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

O **CONASS**, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde iniciou este processo de modelagem e implementação das redes em 2005.

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

Apesar das iniciativas este processo não está ainda incorporado pelo Sistema de Saúde.

Para se organizar o Sistema em Redes é necessário qualificar este sistema. É preciso ter **Diretrizes Clínicas** e **Linhas Guias** e trabalhar com **Linhas de Cuidado**. Onde cada um faz de um jeito não há comunicação deste sistema.

Nesta perspectiva a **Educação Permanente** é parte integrante e tem que estar baseada nas Diretrizes Clínicas e Linhas Guias. Elaborar as Diretrizes Clínicas e implantar as Diretrizes Clínicas validadas pelas incorporações e fóruns em do estado. A Educação Permanente efetiva com base na Andragogia e não na Pedagogia. É realizada de forma permanente e em tempo protegido, e não nas folgas ou à noite; centrada no aprendiz; valorizando a aprendizagem nos problemas, no real e tem que gerar reflexão da prática agregando valores ao aprendiz e a organização que ele está inserido.

A Atenção Primária tem que ser a organizadora deste Sistema. A APS tem que ser o Centro de Comunicação deste sistema.

Este processo pressupõe o estabelecimento objetivo, de apoio ao Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, previamente acordada com o COSEMS PB e definida claramente nos seus níveis internos de discussão e com objetivos e metas pactuados anteriormente.

Neste entendimento, a Proposta de Técnica da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** está consoante com as Diretrizes Políticas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. A referida Proposta Técnica propõe um trabalho inicial com o Modelo Tradicional, inclusive no modelo apresentado de Estrutura Diretiva, mas já apontando para mudança das práticas através da elaboração de um **Plano de Trabalho** que contemple fases e fluxos pactuados e meios bem delineados, pois sabemos que: **Não se atinge este objetivo com modelos tradicionais.**

Toda instituição hospitalar, dada a sua missão, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

O modelo Gerencial proposto: **Qualidade e Integralidade do Cuidado** é voltado na perspectiva destas novas práticas e direcionada na Gestão do Cuidado.

Pra estabelecer fluxos e contra fluxo objetivando integrar e referenciar com a Atenção Primária e os outros pontos de atenção: ambulatório de especialidades, hospitais, é imperativo trabalhar com Diretrizes Clínicas pactuadas e validadas.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai definir com a Gestão Estadual de Saúde, uma linha de cuidado prioritária e implementar orientada pelas diretrizes acima colocadas: Construção compartilhada, Educação Permanente e Conselho Gestor.

O Modelo Gerencial com a Gestão de Caso tem que apresentar e preparar um profissional Gestor de Caso. Este gestor fará a articulação com a Direção Colegiada da Unidade e com os Conselhos Técnicos.

Com estes processos o hospital se integrará na rede de atenção e na rede de serviços e como resultado integrado na Atenção Primária e nos outros pontos de atenção.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato dos usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas. **A comunicação tem que ser estabelecida como uma via de mão dupla, de realimentação.**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** sentiu a necessidade ainda de explicitar que estabelecer as referências e comunicação com as outras unidades de saúde, ou seja, com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Estadual e Municipal. Podemos estabelecer os relacionamentos, pois elaborar formulários cartoriais não vai agregar valores ao sistema. Para as referências é preciso o sistema fluir.

Para exemplificar: O Ambulatório da **MDPF** faz a contra referência de um egresso hospitalar, que inclusive é Hipertenso e portador de diabetes. Como recolocar o usuário que deveria voltar para a Atenção Primária. Neste sentido são necessários os pactos e a inserção nas redes. O hospital não pode também funcionar sem instâncias colegiadas e a educação permanente tem que ser baseada nestas prioridades.

Passos Estratégicos:

1. Realizar no **primeiro mês de parceria** o Planejamento Estratégico para o início da parceria e para apresentar o modelo gerencial à unidade com apresentação, validação e incorporação destes fóruns, aos funcionários do hospital, as corporações profissionais que fazem articulação com o hospital, o controle social e prioritariamente com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde;
2. Incluir no planejamento da **MDPF** as propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população já no Planejamento Estratégico que será realizado;
3. Criar e implementar em dois meses, a Diretoria Colegiada e o **Conselho Gestor** com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social;
4. Reorientar estrutura diretiva do hospital com a criação da Diretoria Colegiada e a criação dos Colegiados Técnicos;
5. Articular a participação da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar o relatório do desenvolvimento do projeto e para também estar recebendo o feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns objetivando à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** trabalhar Ações Corretivas a partir destes retornos. Estas participações serão pactuadas no Conselho Gestor;
6. Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal. Definir uma Linha de Cuidado prioritária com a Gestão Estadual. Este ponto precisa estar baseado na construção de Diretrizes Clínicas e Linhas Guias e aportada na Educação Permanente. O processo deve ser iniciado em dois meses e deve levar de 10 a 12 meses para poder ser validado.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **esferas de governo**, município e estado e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

O princípio para a execução da Proposta Técnica está fundamentado na **Complementaridade** e o **Fortalecimento da Gestão Estadual**.

2.12 Apresentação de Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS)

I. Introdução

O gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – RSS é designado como o processo sistemático que envolve o planejamento, a implementação e a avaliação de medidas sanitárias específicas ao tipo de resíduos gerado. Contempla todas as etapas percorridas desde a sua geração até a disposição final, vigilância e controle, a fim de estabelecer rotinas seguras que garantam a proteção da saúde pública e do meio ambiente. O referido processo abrange o planejamento dos recursos físicos, materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos em todas as etapas relacionadas ao manejo dos RSS.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS se baseia nas características e na respectiva classificação dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS. O PGRSS visa definir diretrizes capazes de sustentar e orientar os serviços de forma sistêmica, integrando diversas ações em prol do aprimoramento e da busca por excelência em gestão de resíduos de saúde.

A utilização do PGRSS sistematiza a implementação das fases de classificação, segregação, manuseio, acondicionamento, coleta e armazenamento dos resíduos sólidos. Ainda, descreve os insumos necessários à operacionalização, estabelece os respectivos fluxos operacionais e designa agentes responsáveis em cada etapa. A presente proposta de PGRSS é compatível com as orientações e regulamentações nacionais, estaduais e municipais, no que diz respeito à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos responsáveis por estas etapas.

A utilização deste plano se justifica na intenção de minimizar os riscos inerentes aos RSS, pois se baseia em uma visão proativa para reduzir a geração de resíduos, principalmente àqueles que oferecem riscos à saúde humana, animal e meio ambiente. Ressalta-se que a padronização, pautada na legislação vigente, nas respectivas normas técnicas e nas atuais evidências científicas disponíveis, garante adequada capacitação de todos os agentes envolvidos e fornece respaldo ético legal às atividades referentes ao gerenciamento de RSS desenvolvidas na instituição.

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI acredita que o estabelecimento de normas e protocolos concorre não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, para adequada padronização das rotinas inerentes aos processos de cuidar em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados na instituição, sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar à legislação vigente.

II. Objetivos:

- Identificar os tipos de resíduos gerados por cada Setor;
- Agrupar as categorias de resíduos, em função dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, conforme propõe a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004;
- Propor estratégias de segregação dos RSS, na fonte de geração, de acordo com a classificação adotada;
- Minimizar a produção de resíduos, proporcionando aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos humanos e do meio ambiente;
- Padronizar as formas de acondicionamento dos RSS de acordo com suas características e as normas técnicas apresentadas pela Resolução nº 306, supracitada;
- Estabelecer critérios de Coleta e Transporte Interno dos Resíduos até o abrigo externo, de forma a garantir a movimentação planejada dos RSS nas áreas de circulação do estabelecimento de saúde;

- Definir o processo de Tratamento Prévio dos resíduos infectantes, de forma a controlar os riscos e facilitar o gerenciamento externo e interno dos RSS;
- Proporcionar adequado Armazenamento dos RSS até a Coleta Externa;
- Determinar normas e rotinas para adequado gerenciamento dos resíduos destinados à reciclagem;
- Estabelecer medidas de prevenção à saúde ocupacional;
- Minimizar os riscos associados às atividades do serviço de saúde;
- Melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho;
- Reduzir a quantidade e gerenciar adequadamente os resíduos perigosos;
- Ampliar a coleta de resíduos recicláveis;
- Cumprir a legislação vigente;
- Proteger a saúde e o meio ambiente;
- Implementar treinamento periódico aos funcionários dos setores geradores e do Serviço de Higienização e Limpeza; e
- Conscientizar o profissional sobre a importância do destino correto dos resíduos.

III. Classificação

De acordo com a Resolução RDC nº. 306, de 07 de dezembro de 2004, os RSS são classificados em cinco grupos principais:

Grupo A (Resíduos Potencialmente Infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção (ex.: culturas, carcaças, órgãos, bolsas de sangue, peças anatômicas, kits de hemodiálise, etc.);

Grupo B (Resíduos Químicos): resíduos contendo substâncias químicas que oferecem riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade (ex.: medicamentos vencidos, produtos hormonais, antimicrobianos, digitálicos, desinfetantes, reagentes de laboratório, reveladores e fixadores, etc.);

Grupo C (Resíduos Radioativos): quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista (ex.: materiais de serviços de medicina nuclear e radioterapia). Estes resíduos não são gerados na instituição;

Grupo D (Resíduos Comuns): resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: lixo de banheiro, papéis, impressos, etc.);

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): são os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (ex.: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, partes ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, lancetas, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, agulhas, etc.).

IV. Minimização de resíduos

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** adotará uma política institucional de minimização da produção de resíduos. Essa iniciativa se dará por meio da estratégia reduzir, reutilizar e reciclar (3R's), que objetiva produzir importantes modificações nas formas de se planejar e prestar o cuidado, pela adoção de práticas que visam proteger a saúde humana e ambiental.

V. Segregação, acondicionamento e identificação

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. O acondicionamento é o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. A identificação consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos mesmos.

Independente do porte dos resíduos, a segregação será realizada no local de geração. Para tanto, em cada uma das salas onde se realize assistência à saúde, estarão disponíveis recipientes identificados, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado e com capacidade volumétrica mínima para acumular o lixo gerado em um período de pelo menos quatro horas. Estes recipientes serão guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA e todas as identificações deverão estar de acordo com a NBR-7500 da ABNT. Para execução dessas etapas serão observadas as seguintes disposições:

Grupo A - Resíduos Potencialmente Infectantes: Todos os resíduos deste Grupo serão acondicionados em recipientes de cor branca, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento, de acordo com as especificidades de cada subgrupo.

Grupo A1: Os resíduos provenientes do laboratório e sala de vacinação serão acondicionados em sacos para autoclave e submetidos a tratamento por autoclavação, conforme protocolo interno, para redução da carga microbiana/descontaminação. Após esse processo, os sacos contendo os resíduos serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Caso haja geração de resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, os mesmos serão submetidos ao mesmo protocolo de tratamento acima citado.

Grupo A2: Não é gerado na unidade.

Grupo A3: As peças anatômicas serão registradas e encaminhadas para o necrotério acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS" guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".

Grupo A4: Os resíduos do Grupo 4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou pelo menos uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

A5: Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição “INFECTANTE”, exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 da ABNT e encaminhados para o sistema de incineração, conforme RDC ANVISA nº 305/2002.

Grupo B - resíduos químicos: Serão acondicionados em recipientes de cor azul, de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Grupo D - Resíduos comuns: Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do município em recipientes resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento guarnecidos internamente por sacos plásticos de cor preta, identificados com a inscrição “COMUM”.

Grupo E – Resíduos Perfurocortantes: Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico acrescido da inscrição “PERFUROCORTANTE”, e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97 da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas juntamente com as seringas, sendo PROIBIDO o reencape ou desconexão manual. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1. Os resíduos contaminados com radionuclídeos serão submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

Fechamento dos Sacos

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com, no máximo, 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por nó, para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo Serviço de Enfermagem, quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo PROIBIDO o esvaziamento para reaproveitamento.

VI. Coleta e transporte interno

O Transporte Interno consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Este transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do serviço, sem oferecer riscos à saúde dos servidores e da população.

A Coleta será realizada por funcionários do Setor de Higienização e Limpeza devidamente treinados. Serão preconizadas visitas e fiscalização contínua nos setores do serviço, principalmente nas enfermarias, para não haver, sob qualquer alegação, acúmulo de lixo nos cestos.

Grupo A: resíduo potencialmente infectante – carro branco com símbolo de identificação para resíduo infectante.

Grupo B: resíduo químico – carro branco com símbolo de identificação para resíduo químico.

Grupo D: resíduo comum – carro marrom.

VII. Tratamento prévio

Consiste na aplicação de métodos, técnicas ou processos que modifiquem as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Apenas os resíduos do Grupo A1 e do Grupo A5 (caso gerados), devem receber tratamento prévio.

VIII. Armazenamento externo

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores.

IX. Coleta e transporte externo

A Coleta e o Transporte Externo consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B e E são realizados por empresa especializada.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos do Grupo D, não recicláveis é realizada pelo serviço de coleta do município.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos.

X. Disposição final

A disposição final consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/97.

XI. Educação continuada, saúde e segurança do trabalhador

Serão desenvolvidos e implantados programas de capacitação abrangendo todos os setores envolvidos na geração e/ou no manuseio de RSS, em consonância com as normas e legislações vigentes.

O pessoal diretamente envolvido com o gerenciamento de resíduos será capacitado na ocasião de admissão e mantido sob educação permanente, abordando as boas práticas, os requisitos regulamentares e a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva adequados, as estratégias de minimização da produção de resíduos, segregação, rotulagem, armazenamento, transporte e eliminação; e primeiros socorros. Os programas de educação e formação serão avaliados e atualizados numa base regular, de forma a assegurar a sua relevância e aceitação junto aos profissionais.

Na admissão de funcionários, e em casos específicos, será exigido comprovação de situação vacinal, por meio do cartão de vacina, e controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta sorológica, o qual será analisado pelo SESMT se em conformidade com o calendário do Programa Nacional de Imunização - PNI - vigente. Caso detectado inconformidade, o trabalhador será encaminhado para que sejam realizados os procedimentos adequados.

Todos os funcionários, mesmo aqueles das empresas contratadas serão submetidos a exames médicos conforme estabelecido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO da Portaria 3214 do MTE. As empresas contratadas serão orientadas a manter cadastro atualizado das condições de saúde dos funcionários, o qual poderá, a qualquer momento, ser solicitado pela instituição.

A responsabilidade de fornecer e supervisionar a adequada utilização dos equipamentos de proteção por parte dos funcionários envolvidos com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento e armazenamento dos resíduos, fica a cargo da empresa contratada.

Os servidores do setor de Higienização e Limpeza utilizarão obrigatoriamente os seguintes Equipamentos de Proteção Individual – EPI's, de acordo com a necessidade:

Luvas: de PVC, impermeáveis, resistentes, antiderrapantes, de cano longo e/ou luvas de borrachas, mais flexíveis, com as demais características anteriores;

Botas: de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 isolado e solado;

Máscaras: respiratórias, tipo semi facial e impermeável;

Óculos: lente panorâmica, incolor, de plástico resistente, com armação flexível, proteção lateral e válvulas para ventilação.

XII. Controle integrado de insetos e roedores

Em parceria com a CCIH, será elaborado e mantido um programa de controle de animais sinantrópicos, que inclua:

Medidas preventivas: Manutenção dos princípios de higiene e limpeza, acondicionamento adequado de alimentos, lixo e materiais inservíveis, vistoria da entrada de gêneros alimentícios, instalação de telas nas janelas e entradas da rede pluvial e/ou esgoto, instalação de ralos com tampas escamoteáveis, remoção de entulhos e adequada manutenção da vegetação. Inspeção, bimestral em áreas críticas e trimestral nas não-críticas, com o intuito de detectar sinais de infestação.

Medidas corretivas: A desinsetização e a desratização, realizadas por serviço terceirizado, só serão realizadas em casos de infestação detectada. Nestes casos será gerado um relatório dos procedimentos adotados e dos produtos químicos (grupo químico, formulação, ingrediente ativo e quantidade) utilizados nos diferentes ambientes.

XIII. Rotinas e processos de higienização e limpeza

As rotinas e processos de higienização e limpeza constituem elementos essenciais para a adequada manutenção dos serviços de saúde, pois visam, além de contribuir para a prevenção e o controle da disseminação de micro-organismos, a saúde e o bem-estar de usuários e profissionais.

Para garantir a qualidade da higienização e limpeza na instituição, esses processos serão realizados por serviço terceirizado, especializado em higienização e limpeza de serviços de saúde, em processo de contratação, e estarão descritas em protocolos específicos. A avaliação dos processos de higienização e limpeza será baseada em literatura específica (BRASIL, 2010).

XIV. Controle de qualidade da água e do ar

A água utilizada na instituição provém da rede pública. Para que seja garantida a qualidade da água distribuída na instituição, a limpeza da caixa d'água será realizada por serviço terceirizado especializado, ainda em processo de contratação, periodicamente, a cada seis meses, momento no qual também se procederá a análise da água, e todo processo será devidamente documentado.

A qualidade do ar será garantida por meio de medidas que previnam a formação e a entrada de poluentes, tais como poeira e fumaça. Além disso, os de refrigeradores de ar, responsáveis pela climatização de vários ambientes, receberão manutenção periódica, com limpeza e troca de filtros, realizadas por serviço terceirizado, em processo de contratação.

XV. Situações de emergência e acidentes

As situações de emergência envolvendo RSS são, majoritariamente, passíveis de prevenção através da observação às normas e adoção de condutas seguras. Embora preveníveis, algumas situações são recorrentes nos serviços de saúde, tais como o derramamento de resíduos, quebra de recipientes e acidentes envolvendo resíduos do Grupo A e/ou B.

Nos casos de derramamento de resíduos e/ou quebra de recipientes sem comprometimento à saúde do trabalhador, os responsáveis pela situação deverão ser tomadas as devidas providências para que o novo acondicionamento seja realizado com agilidade e da maneira mais segura possível, impreterivelmente com o uso equipamentos de proteção e o auxílio de ferramentas que evitem o contato direto do trabalhador com os resíduos. Quando ocorrerem acidentes que possam comprometer a saúde do trabalhador, este deverá seguir o Protocolo de Atendimento a Acidentes com Exposição a Materiais Biológicos do Município.

XVI. Avaliação e acompanhamento do PGRSS

Serão desenvolvidos instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, auto-explicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação será realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante;
- Variação da geração de resíduos;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E.

2.13 Proposta de Programa de Gerenciamento de Riscos

I. Introdução

Nos últimos anos, não só no Brasil, como em vários outros países, o que se vê é uma mobilização das organizações de assistência à saúde para implementação de programas de qualidade, com o objetivo de melhorar seu gerenciamento e aumentar a eficiência e eficácia destes serviços.

O gerenciamento de riscos é uma estratégia que desenvolve as práticas assistenciais seguras e ainda fortalece a proposta do Sistema Único de Saúde, pois essa é uma política pública que visa a garantia do acesso de todos os usuários do sistema de saúde a serviços de qualidade.

O risco, “é a possibilidade de um efeito adverso ou dano, ou seja, a incerteza da ocorrência”, nesse contexto, a situação ou fator de risco são condições ou circunstâncias que se tem um potencial de causar um efeito adverso como morte, lesões e danos à saúde.

Para ser eficaz, um gerenciamento de riscos engloba uma série de ações visando identificar e classificar os riscos relacionados a uma determinada atividade, permitindo assim prevenir a sua ocorrência ou minimizar seus danos quando for impossível evitar tal ocorrência. Essa metodologia surgiu no mercado financeiro, mas engloba a área da saúde há aproximadamente 30 anos.

Essas práticas contribuem para a segurança, que envolve um conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos, relacionados às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, objetivando a saúde do homem. Isso ainda melhora a qualificação dos profissionais na área de segurança do paciente, ampliando a disseminação deste conhecimento tão importante para a segurança e qualidade da assistência prestada aos pacientes nos hospitais.

O **Programa de Gerenciamento de Riscos** é fundamental para todo serviço de assistência à saúde. Visa gerenciar os componentes relacionados aos riscos institucionais, contribuindo para uma melhoria na qualidade dos serviços oferecidos, garantindo segurança tanto aos colaboradores quanto aos usuários da instituição.

II. Objetivos:

- Implantar um processo de gerenciamento integrado de riscos na unidade;
- Planejar, implantar e avaliar ações de gerenciamento de risco, nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância;
- Sistematizar o processo de notificação de queixas técnicas e eventos adversos relacionados a medicamentos; equipamentos de diagnóstico, terapia e apoio; materiais e artigos descartáveis e implantáveis; e saneantes de uso na saúde;
- Coordenar o processo sistematizado de gerenciamento de riscos da unidade.

III. Metodologia de trabalho

Para alcançar os resultados esperados com o gerenciamento de riscos o serviço utilizará como método o planejamento, implementação e avaliação dos processos relacionados a riscos da unidade.

O gerenciamento dos riscos será estruturado a partir da identificação dos perigos inerentes às atividades e suas causas, considerando a gravidade do possível dano, frequência da ocorrência de cada risco, avaliação da necessidade de medidas para o controle do risco e elaboração das mesmas quando necessárias e, finalmente, análise dos resultados obtidos nessa estratégia.

O Programa de Gerenciamento de Riscos preza pelo desenvolvimento e manutenção de ações de gerenciamento de risco e segurança do paciente, prioritariamente nas áreas de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância.

Equipamentos de diagnóstico, terapia e de apoio médico-hospitalar, materiais e artigos descartáveis e implantáveis e saneantes de uso hospitalar, serão considerados produtos de saúde sujeitos à notificação.

Quanto à farmacovigilância, trata-se de um processo que objetiva detectar, avaliar, compreender e prevenir riscos de efeitos adversos dos medicamentos durante o período de comercialização. Relacionam-se a:

- Reação Adversa a Medicamento – qualquer efeito nocivo, não intencional e indesejado de um medicamento, observado em doses terapêuticas habituais, em seres humanos para fins de tratamento, profilaxia ou diagnóstico;
- Queixa Técnica – alterações físico-químicas, adulterações, falsificações, problemas de rotulagem e inefetividade terapêutica (redução ou falta de efeito esperado do medicamento).

A Hemovigilância consiste em um sistema de alerta para notificação e acompanhamento dos incidentes transfusionais, tais como os eventos adversos da transfusão de sangue, ou efeitos inesperados imediatos e/ou tardios.

A tecnovigilância é a detecção de eventos adversos relacionados a equipamentos e materiais. Objetiva a segurança de produtos para a saúde após sua comercialização, fundamentada em estudos, análises e investigações do somatório de informações reunidas a respeito do desempenho de um produto.

Nesse contexto, qualquer suspeita envolvendo algum produto para a saúde em uso na instituição deverá ser notificada.

IV. Resultados esperados

O Programa de Gerenciamento de Riscos se baseará em uma política de redução dos riscos presentes na instituição. Além disso, proporcionará eficácia e eficiência operacional, segurança ao paciente, bem como à proteção do meio ambiente, prevenção de perdas e à gestão de incidentes.

A implementação do referido plano proporcionará uma aprendizagem organizacional, que se reflete na governança e na confiança entre as partes interessadas para a tomada de decisão e o planejamento da instituição. Contudo, transmitirá a essência de um sistema de melhoria contínua da qualidade.

Para monitoramento do programa serão elaborados indicadores pertinentes, a fim de monitorar os processos e os resultados pertinentes, com ênfase na qualidade dos serviços.

A implementação do **Programa de Gerenciamento de Riscos** favorecerá o planejamento de atividades e a busca de melhorias alternativas com maior eficácia e menor custo operacional. Além disso, espera-se que o acompanhamento sistemático e a análise crítica dos resultados permitam a correção rápida de falhas evite gastos desnecessários e o retrabalho, trazendo melhoria ao sistema de gestão através do controle consistente desses processos.

2.14 Processamento de Contas Hospitalares

Unidade de Faturamento

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Nas unidades públicas, a busca pela qualidade em seu faturamento promove a obtenção de resultados de produção, junto ao Ministério da Saúde, que se transformam na possibilidade do aumento de recursos repassados ao estado ou ao município.

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares. É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento.

São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pelo hospital. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento das mesmas.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento hospitalar, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema. JÁ INSERIDO NA GESTÃO DA INFORMAÇÃO.

No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde, considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação (OMS, 1997). O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados.

O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas, por outro lado, “informar” pode ser um processo muito mais dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático. O recurso “informação” pode ser definido como instrumento a serviço de determinada política, estruturado de modo a atender a determinados interesses e práticas institucionais.

O sistema de informação ambulatorial (SIA) foi implantado nacionalmente na década de noventa, visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do boletim de produção ambulatorial (BPA). O SIA vem sendo aprimorado para ser efetivamente um sistema que gere informações referentes ao atendimento ambulatorial e que possa subsidiar os gestores estaduais e municipais no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos serviços de saúde, na área ambulatorial.

Até a implantação de um sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram efetuados nos boletins de serviços produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de guias de autorização de pagamento (GAP). Com o processo da municipalização o Ministério da Saúde (MS), necessitou de dispor de um sistema de informação para o registro dos atendimentos ambulatoriais, padronizado em nível nacional, que possibilitasse a geração de informações facilitando o processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria. Em agosto de 1992, foi concluído o manual de especificação técnica do sistema de informações ambulatoriais, contendo a descrição do projeto lógico do sistema, visando ao desenvolvimento do projeto físico, por parte das secretarias de estado da saúde, através dos órgãos processadores contratados por convênio específico (Brasil, 1992a).

O SIA foi implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país em 1995. O sistema padronizado em âmbito nacional constituiu-se em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal.

Desde sua implantação, tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial seu processamento ocorre de forma descentralizada, ou seja, os gestores de cada estado e município podem cadastrar programar, processar a produção e efetivar o pagamento aos prestadores do SUS, tomando por base os valores aprovados em cada competência, de acordo a programação física orçamentária definida no contrato/convênio efetuado com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

A partir de seu desenvolvimento e implantação, o SIA vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e das regulamentações do SUS (normas operacionais e o pacto da saúde) para se adequar a estas regulamentações, destacamos, primeiramente, à evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, atualmente chamada de autorização de procedimentos ambulatoriais (APAC).

A tabela de procedimentos ambulatoriais, utilizada para o registro dos atendimentos realizados pelos profissionais, passou por uma revisão completa, e foi concluída em 1998 sua implantação foi oficializada por meio das portarias: GM/MS n.º 18/1999 e SAS/MS n.º 35/1999 nessa revisão, a estrutura de codificação passou de 04 dígitos para 08 dígitos, e os procedimentos anteriormente agregados, em um único código, mas que correspondiam a várias ações, denominados de componentes, foram desmembrados possibilitando a identificação individualizada de cada procedimento.

O SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

As informações extraídas do SIA são utilizadas como um importante instrumento de gestão, subsidiando, assim, as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da assistência ambulatorial.

Além disso: subsidia os processos da programação pactuada integrada (PPI); fornece informações que possibilitem o acompanhamento e a análise da evolução dos gastos referentes à assistência ambulatorial; oferece subsídios para avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde.

O Ministério da Saúde implantou o sistema de informação hospitalar (SIH/SUS) por meio da portaria GM/MS n.º 896/1990, desde então, são publicadas, periodicamente, portarias que atualizam as normalizações e versões para operação do sistema.

A autorização de internação hospitalar (AIH) é o instrumento de registro padrão desde a implantação do SIH/SUS, sendo utilizada por todos os gestores e prestadores de serviços, com a descentralização dos serviços de saúde para os estados, municípios e Distrito Federal, foram adequados os instrumentos e conceitos do SIH/ SUS, necessários ao processamento pelos gestores locais, desde o ano 2000, com a publicação da portaria GM/MS n.º 396/2000, a gestão do SIH é responsabilidade da secretaria de atenção à saúde (SAS), bem como a atualização anual deste manual de orientações técnicas e operacionais.

Até abril de 2006, o processamento das AIH era centralizado no Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

A portaria GM/MS nº 821/2004 descentralizou o processamento do SIH/SUS, para estados, distrito federal e municípios plenos, conforme autonomia da gestão local prevista no SUS, com a unificação da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais (OPM) a partir de janeiro de 2008, definida pela portaria SAS/MS n.º 3848/2007, uma nova versão do manual do SIH vem sendo periodicamente disponibilizada para instruir e facilitar a estabilização da tabela unificada e do sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, OPM do (SIGTAP).

São objetivos do SIH/SUS:

Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.

Atualizar os gestores locais e prestadores de serviços no preenchimento dos laudos para emissão de AIH.

Reforçar a importância da integração dos sistemas, especialmente do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), como instrumento relevante para os sistemas de informação e sua compatibilização no processamento do SIH/SUS.

Orientar gestores estaduais e municipais quanto a novas regras, críticas e processamento do SIH à luz da tabela unificada de procedimentos, medicamentos, OPM.

Disponibilizar instrumentos para capacitação do corpo clínico, auditores, supervisores, direção e técnicos de informática dos estabelecimentos de saúde que lidam com o registro da internação hospitalar, a operação do sistema e a utilização dos documentos de suporte.

Disponibilizar subsidiariamente relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.

Possibilitar conhecer aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Atualizar servidores públicos, auxiliando na gestão descentralizada do sistema único de saúde.

Nos procedimentos eletivos o fluxo inicia-se com uma consulta em estabelecimento de saúde ambulatorial onde o profissional assistente emite o laudo nos procedimentos de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento direto no estabelecimento para onde o usuário for levado, ou por um encaminhamento de outra unidade ou ainda pela central de regulação ou SAMU.

A consulta/atendimento que gera a internação deve ocorrer em estabelecimento de saúde integrante do SUS. O profissional: médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra que realizou a consulta/atendimento, solicita a autorização para internação hospitalar (AIH) devendo, obrigatoriamente, preencher o laudo para solicitação de AIH.

2.15 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter inter-setorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial.

O processo de compra ocorre pela Compra de produtos e Contratos de serviços e obras.

As modalidades são:

Convites; Tomada de preço; Concorrência; Registro de preço; BEC (bolsa eletrônica) e pregão.

Nas aquisições efetuadas são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

A ordem de compra é emitida pelo membro responsável por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

A Divisão de Material e Suprimentos abre processo, sendo que os fornecedores recebem as informações sobre abertura do processo de compra. As empresas que participam do processo devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade jurídica e regularidade fiscal da empresa.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores são estabelecidos pelo Grupo Técnico de Análise de Compras.

Quadro 11:

GRUPO DE PRODUTOS	EXIGÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO
Medicamentos, materiais médico hospitalares e órtese e próteses	Certificado de Boas Práticas de Fabricação Alvará da Vigilância Sanitária Inscrição no Conselho Regional de Farmácia Autorização de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária Laudo Analítico de Órtese e Prótese Registro no Ministério da Saúde
Reagentes	Registro no Ministério da Saúde Laudo Técnico do Produto
Alimentos	Registro no Ministério da Saúde Registro Dinal Registro Portaria 326 Serviço de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Registro na Secretaria Estadual da Saúde

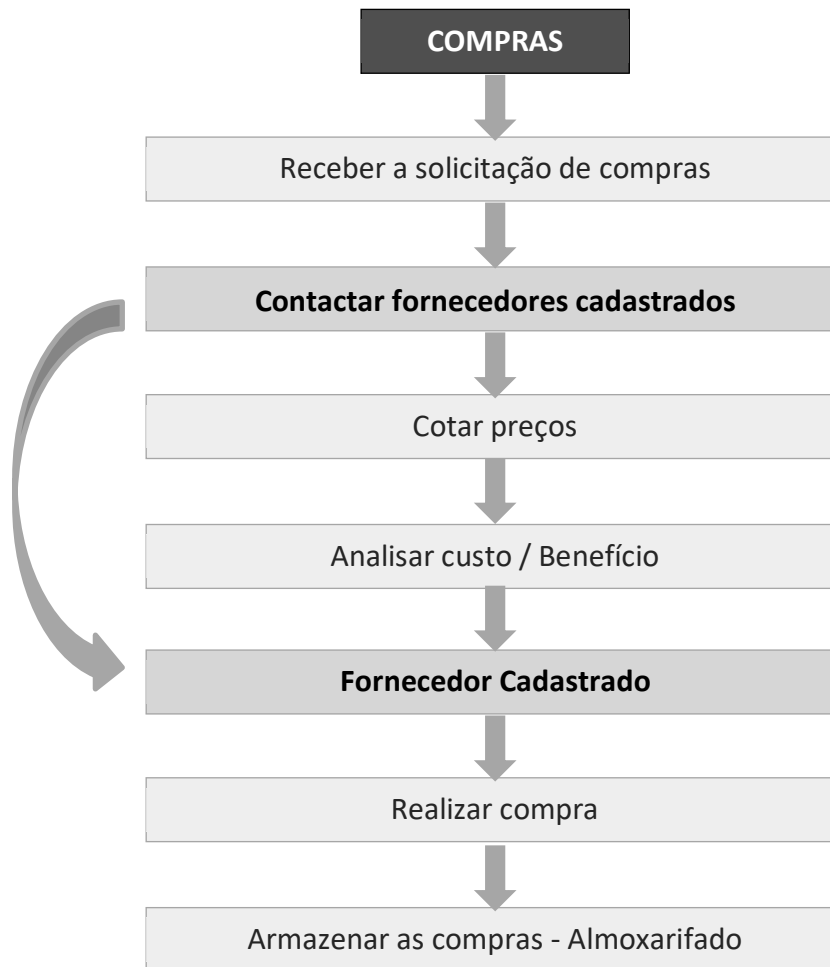
A Divisão de Material e Suprimentos mantém o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Além disso, uma equipe técnica especializada do HOSPITAL participa da avaliação dos produtos no processo de compra, onde ocorre desde a visita técnica no local onde o material é produzido, análise microbiológica, sensorial e, quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade.

Qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa.

O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e, quando necessário, procede-se a troca do produto encaminhando-se o parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada a área através de impresso próprio para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais e medicamentos são notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pela Direção de Suprimentos.

A central de compras e suprimentos deve se organizar com cadastro dos fornecedores, ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e elaboração de indicadores de desempenho, manter parceria com seus fornecedores com objetivo de aprimorar e adequar cada vez mais os seus produtos às necessidades dos clientes e profissionais.

Fluxograma 03:



Atividades de Compras e Suprimentos:

- a) desenvolver atividades relacionadas a cadastro de fornecedores de materiais e de serviços, de acordo com as normas e os procedimentos pertinentes;
- b) examinar as solicitações de compras;
- c) preparar e acompanhar os expedientes relativos à aquisição de materiais e à contratação de serviços;
- d) analisar a composição dos estoques, verificando sua correspondência com as necessidades efetivas;
- e) definir níveis de estoque mínimo e máximo, bem como ponto de pedido de materiais;
- f) solicitar, receber, conferir e armazenar materiais de consumo;
- g) distribuir, mediante requisição, materiais de consumo em estoque;

- h) controlar o cumprimento, pelos fornecedores, das condições propostas e constantes das encomendas efetuadas, comunicando ao Diretor da Gerência eventuais irregularidades cometidas;
- i) manter atualizados registros de entrada e saída e de valores dos materiais em estoque;
- j) realizar balancetes mensais e inventários, físicos e financeiros, do material em estoque;
- k) preparar:
 1. O levantamento estatístico do consumo anual, para orientar a elaboração do orçamento do HOSPITAL;
 2. A relação de materiais considerados excedentes ou em desuso, de acordo com a legislação específica;
- l) zelar pela conservação dos materiais em estoque.

Atividades em relação à Gestão de Contratos

- a) analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;
- b) elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;
- c) auxiliar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;
- d) controlar e acompanhar a prestação de contas;
- e) preparar relatórios para subsidiar a atuação da Diretoria.

Aspecto Legal

Os Procedimentos para contratações e aquisições destinam-se a selecionar a melhor proposta para o HOSPITAL e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação é precedida de Processo Administrativo prévio, devidamente agregado das documentações compatíveis que embasam e justificam as medidas tomadas e a tramitação decorrente de tal contratação não será sigilosa, sendo acessíveis ao público os atos de seu procedimento.

Base Legal de Licitações e Contratos

As contratações de obras, serviços, compras e alienações, quando na gestão de recursos publicizados devem ser necessariamente precedidas de licitação, obedecidas às disposições ali elencadas. Para tanto, considera-se:

- 1 - Obra e Serviço de Engenharia - toda construção, reforma, recuperação, ampliação e demais atividades que envolvam as atribuições privativas dos profissionais das áreas de engenharia e arquitetura;
- 2 - Demais Serviços - aqueles não compreendidos acima;
- 3 - Compra - toda aquisição remunerada de bem para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;
- 4 - Comissão de Licitação - colegiado permanente ou especial, composto de pelo menos 3 (três) integrantes formalmente designados, com a função, dentre outras, de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações;
- 5 - Homologação - o ato pelo qual a autoridade competente, após verificar a regularidade dos atos praticados pela comissão, ratifica o resultado da licitação;
- 6- Adjudicação - o ato pelo qual a autoridade competente atribui ao interessado o direito de executar o objeto a ser contratado.

São modalidades:

- 1- Concorrência - modalidade de licitação na qual será admitida a participação de qualquer interessado que, na fase de habilitação, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no instrumento convocatório para execução de seu objeto, podendo ser utilizada para qualquer valor estimado;
- 2 - Convite - modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três), com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, cujo instrumento convocatório será afixado em local apropriado, com a finalidade de possibilitar a participação de outros interessados;
- 3 - Concurso - modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores;
- 4 - Leilão - modalidade de licitação entre quaisquer interessados, para a venda de bens, a quem oferecer maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação;

- 5 - Pregão Presencial - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas escritas e lances verbais em sessão pública, vedada sua utilização para contratação de obras e serviços de engenharia;
- 6 - Pregão Eletrônico - modalidade de licitação para aquisição de bens e serviços, qualquer que seja o valor estimado da contratação, em que a disputa pelo fornecimento é feita por meio de utilização de recursos de tecnologia da informação;
- 7 - Tomada de Preço - modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação;
- 8 - Sistema de Registro de Preços - conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras.

Premissas

- O tipo de licitação de técnica e preço será utilizado preferencialmente para contratações que envolvam natureza intelectual ou nas quais o fator preço não seja exclusivamente relevante, e, neste caso, desde que justificado tecnicamente.
- Nas licitações de técnica e preço a classificação dos proponentes será feita de acordo com a média ponderada das valorizações das propostas técnica e de preço, de acordo com os pesos estabelecidos no instrumento convocatório, que serão objetivos.
- Nas licitações na modalidade Pregão só será admitido o tipo menor preço.

Contratos

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

A prestação de garantia, quando prevista no instrumento convocatório, será limitada a 10% (dez por cento) do valor do contrato e, à escolha do prestador, constará de:

- 1- Caução em dinheiro;
- 2 - Fiança bancária;
- 3 - Seguro-garantia.

O contratado poderá subcontratar partes do objeto contratual, se admitido no instrumento convocatório e no respectivo contrato e desde que mantida sua responsabilidade perante o contratante, sendo vedada a subcontratação com licitante que tenha participado do procedimento licitatório.

As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação constarão de termos aditivos.

Os contratos poderão ser aditados, nas hipóteses de complementação ou acréscimo que se fizerem nas obras, serviços ou compras, em até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial e, em até 50% (cinquenta por cento), para reforma de edifício ou equipamento, ambos atualizados.

A recusa injustificada em assinar o contrato ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo fixado, caracterizará o descumprimento total da obrigação assumida e poderá acarretar ao licitante as seguintes penalidades, previstas no instrumento convocatório:

- 1 - perda do direito à contratação;
- 2 - perda da caução em dinheiro ou execução das demais garantia de propostas oferecidas, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório;
- 3 - suspensão do direito de licitar ou contratar com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, por prazo não superior a 2 (dois) anos.

O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento convocatório ou no contrato, inclusive a de suspensão do direito de licitar ou contratar com a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Para a implantação de serviços próprios de suas finalidades institucionais, quando houver pluralidade de prestadores interessados, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** poderá proceder às contratações, mediante a utilização do procedimento de cadastramento e credenciamento de pessoas físicas ou jurídicas observadas os princípios da publicidade e da igualdade, bem como o que prescrever o respectivo regulamento.

Estabelecimento do Procedimento de Compras

O procedimento de compras compreende o cumprimento das etapas predefinidas a seguir:

1. Solicitação de Compras devidamente autorizada;
2. Seleção de Fornecedores;
3. Apuração da Melhor Oferta;
4. Autorização da diretoria Administrativa -Financeira;
5. Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

O procedimento de compras terá início com o recebimento da solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

1. Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
2. Especificações técnicas;
3. Quantidade a ser adquirida;
4. Regime de compra: rotina ou urgente.

O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: custos de transporte e seguro até o local da entrega:

1. Custos de transportes e seguro até o local da entrega;
2. Forma de pagamento;
3. Prazo de entrega;
4. Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade;
5. Durabilidade do produto;
6. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;
7. Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido;
8. Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
9. Assistência técnica;
10. Garantia dos produtos.

O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores que deverá ser feita da seguinte forma:

- I. Compras com valor estimado de até R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, obtidas por meio de pesquisa de mercado, por telefone, fax ou e-mail, registrados em mapa de cotações;
- II. Compras com valor estimado acima de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais) – mínimo de 03 (três) cotações de diferentes fornecedores, registradas em mapa de cotações ou “Ata de Realização”, devidamente assinada, da rodada de negócios e lances, se for o caso, necessariamente acompanhado da confirmação escrita dos fornecedores por fax, carta ou e-mail.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

1. Uma via para o fornecedor;
2. Uma via para o Setor requisitante;
3. Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

No recebimento dos serviços, bens e materiais o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, consoante às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa- Financeira.

Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

1. Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
2. Pareceres, perícias e avaliações em geral;
3. Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
4. Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
5. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
6. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
7. Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
8. Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
9. Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

Sistema Eletrônico de Controle das Compras e Contratações

Além do fluxo processual / físico, paralelamente também há o controle / registro eletrônico de todas as compras e contratações da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** aplicáveis para gestão do HOSPITAL. Tal controle se faz por meio de software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo / contratação, saldos e valores contratuais, tipo do contrato.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Hospitalar envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados. Para as contratações de serviços sob a gestão da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção e execução de serviços, comprovação de economicidade e aprovação prévia da SES/PB.

2.16 Descrição das Rotinas Administrativas de funcionamento e atendimento interno e externo

No decorrer da proposta, houve o detalhamento das rotinas administrativas de funcionamento da **MDPF** e o atendimento interno e externo, incluindo os mecanismos de interação com o Sistema Municipal de Saúde, conforme estabelece a contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

Este item irá demonstrar os mecanismos que serão implantados para contemplar:

A Relação da Proposta do Modelo Gerencial com as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

A Educação Permanente como ferramenta estratégica.

O Estabelecimento da contra referência com a Atenção Primária e com outros estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**.

O **CONASS**, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde iniciou este processo de modelagem e implementação das redes em 2005.

O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da **PT 4279/GM/2010** que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

Apesar das iniciativas este processo não está ainda incorporado pelo Sistema de Saúde.

Para se organizar o Sistema em Redes é necessário qualificar este sistema. É preciso ter **Diretrizes Clínicas** e **Linhas Guias** e trabalhar com **Linhas de Cuidado**. Onde cada um faz de um jeito não há comunicação deste sistema.

Nesta perspectiva a **Educação Permanente** é parte integrante e tem que estar baseada nas Diretrizes Clínicas e Linhas Guias. Elaborar as Diretrizes Clínicas e implantar as Diretrizes Clínicas validadas pelas incorporações e fóruns em do estado. A Educação Permanente efetiva com base na Andragogia e não na Pedagogia. É realizada de forma permanente e em tempo protegido, e não nas folgas ou à noite; centrada no aprendiz; valorizando a aprendizagem nos problemas, no real e tem que gerar reflexão da prática agregando valores ao aprendiz e a organização que ele está inserido.

A Atenção Primária tem que ser a organizadora deste Sistema. A APS tem que ser o Centro de Comunicação deste sistema.

Este processo pressupõe o estabelecimento objetivo, de apoio ao Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, previamente acordada com o COSEMS PB e definida claramente nos seus níveis internos de discussão e com objetivos e metas pactuados anteriormente.

Neste entendimento, a Proposta de Técnica da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** está consoante com as Diretrizes Políticas da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. A referida Proposta Técnica propõe um trabalho inicial com o Modelo Tradicional, inclusive no modelo apresentado de Estrutura Diretiva, mas já apontando para mudança das práticas através da elaboração de um **Plano de Trabalho** que contemple fases e fluxos pactuados e meios bem delineados, pois sabemos que: **Não se atinge este objetivo com modelos tradicionais.**

Toda instituição hospitalar, dada a sua missão, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

O modelo Gerencial proposto: **Qualidade e Integralidade do Cuidado** é voltado na perspectiva destas novas práticas e direcionada na Gestão do Cuidado.

Para estabelecer fluxos e contra fluxo objetivando integrar e referenciar com a Atenção Primária e os outros pontos de atenção: ambulatório de especialidades, hospitais, é imperativo trabalhar com Diretrizes Clínicas pactuadas e validadas. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai definir com a Gestão Estadual de Saúde, uma linha de cuidado prioritária e implementar orientada pelas diretrizes acima colocadas: Construção compartilhada, Educação Permanente e Conselho Gestor.

O Modelo Gerencial com a Gestão de Caso tem que apresentar e preparar um profissional Gestor de Caso. Este gestor fará a articulação com a Direção Colegiada da Unidade e com os Conselhos Técnicos.

Com estes processos o hospital se integrará na rede de atenção e na rede de serviços e como resultado integrado na Atenção Primária e nos outros pontos de atenção.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

Da melhoria na atenção proposta pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

As dificuldades internas das organizações, em seus múltiplos aspectos, provocam a queda na qualidade dos serviços oferecidos. É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas.

A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato de os usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas. **A comunicação tem que ser estabelecida como uma via de mão dupla, de realimentação.**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** sentiu a necessidade ainda de explicitar que estabelecer as referências e comunicação com as outras unidades de saúde, ou seja, com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Estadual e Municipal. Podemos estabelecer os relacionamentos, pois elaborar formulários cartoriais não vai agregar valores ao sistema. Para as referências é preciso o sistema fluir.

Para exemplificar: O Ambulatório do **hospital** faz a contra referência de um egresso hospitalar, que inclusive é Hipertenso e portador de diabetes. Como recolocar o usuário que deveria voltar para a Atenção Primária. Neste sentido são necessários os pactos e a inserção nas redes. O hospital não pode também funcionar sem instâncias colegiadas e a educação permanente tem que ser baseada nestas prioridades.

Passos Estratégicos:

1. Realizar no **primeiro mês de parceria** o Planejamento Estratégico para o início da parceria e para apresentar o modelo gerencial à unidade com apresentação, validação e incorporação destes fóruns, aos funcionários do hospital, as corporações profissionais que fazem articulação com o hospital, o controle social e prioritariamente com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde;
2. Incluir no planejamento do **hospital** as propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população já no Planejamento Estratégico que será realizado;
3. Criar e implementar em dois meses, a Diretoria Colegiada e o **Conselho Gestor** com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social;
4. Reorientar estrutura diretiva do hospital com a criação da Diretoria Colegiada e a criação dos Colegiados Técnicos;
5. Articular a participação da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar o relatório do desenvolvimento do projeto e para também estar recebendo o feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns objetivando à **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** trabalhar Ações Corretivas a partir destes retornos. Estas participações serão pactuadas no Conselho Gestor;

6. Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal. Definir uma Linha de Cuidado prioritária com a Gestão Estadual. Este ponto precisa estar baseado na construção de Diretrizes Clínicas e Linhas Guias e aportada na Educação Permanente. O processo deve ser iniciado em dois meses. e deve levar 06 meses para poder ser validado.

Torna-se imperativo promover um **relacionamento** fundado na **cooperação** entre as **esferas de governo**, município e estado e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada ente, potencializem os recursos financeiros, e integrem as iniciativas para o alcance da efetividade no que se refere à integração e à coordenação das ações.

O princípio para a execução da Proposta Técnica está fundamentado na **Complementaridade** e o **Fortalecimento da Gestão Estadual**.

O atendimento ao público interno do Hospital, será operacionalizado pelo departamento específico de cada área, buscando proporcionar de forma humanizada a resolução das questões demandadas, buscando excelência nas práticas operacionais.

O acesso ao Hospital por parte dos pacientes e visitantes, deverá ser feita exclusivamente pela entrada principal de acesso à Rua Epitácio Pessoa.

Já os colaboradores possuem uma entrada específica, onde há vestiários, local específico para registro ponto e rampa de acesso às dependências internas do Hospital.

A Identificação dos colaboradores será a utilização do crachá de identificação, o qual deve ser usado de forma visível, durante a sua permanência no hospital sendo este fornecido pela Unidade.

Admissão do paciente: deverá ser efetuada de forma a respeitar as normas e procedimentos da Unidade Hospitalar, registrando sua admissão, devendo conter os dados necessários para evolução, prescrição, alta e faturamento dos procedimentos e recursos empregados.

2.16.1 Descrição do Sistema de Identificação dos Colaboradores

Considerando a segurança de colaboradores, pacientes e visitantes, bem como a necessidade de se preservar o patrimônio público e de normatizar o sistema de acesso, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** instituirá normas de segurança e acesso ao prédio do **Hospital**.

Do sistema de controle de acesso de pessoas

O sistema de controle de acesso de colaboradores a **MDPF** abrange a identificação, o registro de entrada e saída, o uso de instrumento de identificação por colaboradores e a instalação de barreiras de controle nas portarias.

A Gerência de Recursos Humanos do Hospital, fornecerá os crachás, destinados aos colaboradores do Hospital;

Compete **Gerência de Recursos Humanos** da **MDPF**, cadastrar, entregar e recolher os crachás destinados aos colaboradores.

Os crachás são intransferíveis e de uso obrigatório nas dependências do Hospital, devendo ser utilizados de forma visível, acima da linha da cintura do vestuário.

O uso e a guarda dos crachás são deveres de seus usuários, que serão responsabilizados pelo extravio, dano, descaracterização ou uso indevido.

Em caso de perda ou extravio do crachá o responsável deverá fazer o registro de ocorrência na **Gerência de Recursos Humanos do Hospital**, com a devida justificativa e solicitar confecção de novo crachá. No período em que aguardar a entrega do novo crachá, o acesso se dará pelo controle da portaria principal como Visitante.

Não é permitido o acesso de pessoas pelos portões destinados à entrada de ambulâncias.

É vedado o ingresso no **Hospital** de pessoa que:

I - objetive a prática de comércio ou propaganda em qualquer de suas formas, bem como a solicitação de donativos sem autorização formal da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

II - destine-se à prestação de serviços autônomos que não estejam vinculados a contrato ou a convênio firmado pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**;

III - seja justificadamente identificada como indivíduo passível de representar algum risco real à integridade física e moral das pessoas que trabalham no **Hospital** ou à própria instituição;

IV - esteja em estado de embriaguez visível ou portando qualquer tipo de bebida alcoólica;

V - esteja conduzindo qualquer tipo de animal, salvo nos casos de pessoas com necessidades especiais.

Visando garantir a segurança, a ordem e a integridade patrimonial e física do **Hospital** e das pessoas, serão tomadas as seguintes providências:

I - as pessoas, portando pertences ou não, quando adentrarem as dependências do **Hospital, estarão sujeitas** à inspeção ou outra vistoria necessária, de acordo com as orientações da Gerência aos vigias;

II - volumes, caixas, sacolas, pastas, malas, entre outros objetos, portados por quaisquer pessoas, inclusive servidores, alunos e residentes, deverão ter os conteúdos mostrados voluntariamente aos funcionários da segurança, tanto na entrada quanto na saída;

III – as pessoas que entrarem com equipamentos de qualquer natureza, deverão apresentá-los na recepção, para que seja feito o **Registro de Entrada de Equipamento de Terceiros**, que deverá ser apresentado na saída para cotejamento pela Segurança.

A falta do documento supracitado, na saída, importará na retenção do bem pela segurança até a apresentação dos documentos fiscais que atestem a propriedade àquele que o quer retirar.

O visitante das unidades do **Hospital** deverá ser previamente autorizado a ingressar nas suas dependências e para tanto deverá informar o nome do Servidor que será visitado e seu ramal ou setor e caberá ao recepcionista da Portaria Principal, contatar a unidade de destino para obter autorização de entrada.

O ingresso ou a permanência nas dependências do **Hospital** fora do horário de expediente serão permitidos somente quando a unidade interessada, por meio da chefia imediata, encaminhar comunicação prévia e formal à unidade responsável pela segurança, indicando o nome, a matrícula ou o número da carteira de identidade e o tipo de serviço a ser executado, bem como o local, a data e o tempo previsto de permanência no hospital.

A solicitação deverá ser feita com a devida antecedência, no horário de expediente, com prazo suficiente para que se possa elaborar as listas de autorização e remetê-las às portarias e unidades para efetivo controle dos acessos.

A autorização, quando concedida, é pessoal, não estendida a familiares e amigos e, em nenhuma hipótese, é permitido acompanhar-se de crianças.

O servidor autorizado a permanecer no **Hospital** nos finais de semana e feriados ou após o horário de expediente deverá mostrar espontaneamente à vigilância do órgão os conteúdos dos volumes portados.

A implantação do Sistema de Controle de Acesso se dará de forma gradativa com treinamento das equipes envolvidas, de acordo com planejamento a ser definido pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

2.17 Comissões Técnicas

Apresentação

As Comissões Técnicas representam ferramentas gerenciais importantes no desenvolvimento técnico de uma Unidade Hospitalar e são formadas visando estabelecer políticas e padrões de funcionamento de diversas áreas.

As comissões com focos temáticos podem ser permanentes e devem ter também como **objetivo** estudar, analisar, opinar, assessorar e emitir parecer sobre matéria que lhe for atribuída, obedecendo às diretrizes traçadas pela Diretoria Geral.

A unidade já possui algumas Comissões Técnicas em funcionamento, porém a presente Proposta Técnica pretende estabelecer e ou reorientar o funcionamento das Comissões Técnicas Permanentes na organização do hospital.

A Unidade deverá dispor das seguintes comissões técnicas:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;
- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia;
- Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral;
- Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e equipamentos;
- Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança;
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Educação Permanente;
- Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais;

- Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos, Tecidos e Transplantes;
- Comissão de Epidemiologia Hospitalar.

As Comissões serão constituídas e registradas em Ata de Constituição.

Quadro 12:

Ata de Instalação da Comissão.....

Ata númeroda reunião realizada aos
dias do mês de.....do ano de..... na **MDPF**,
com a presençatendo como pauta a Instalação da
Comissão

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião da
qual eu,, na qualidade de secretário(a),
lavrei a presente ata, que dato e assino, após ser assinada pelos demais
membros.

2.17.1 Comissão de Controle da Infecção Hospitalar – CCIH

Descrição da Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar, está intimamente ligada a todos os setores da estrutura e representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas na assistência.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como finalidade promover as ações necessárias, a serem desenvolvidas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções no Hospital.

A proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do **hospital**, vai se basear em três ações principais: Normativa, Vigilância Epidemiológica e Educativa.

Na Ação Normativa, são fortalecidos os princípios e as regras a serem seguidos por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

Na Vigilância Epidemiológica, os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, os profissionais da CCIH podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares, e qual é a população de maior risco. Com os dados transformados em informações, a CCIH propõe medidas que visam minimizar o problema.

As Ações Educativas constituirão a terceira forma de atuação da CCIH. Os profissionais estarão em constante atualização e ou capacitação, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão verificar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, a difusão e multiplicação dos novos conhecimentos para os outros profissionais do hospital, através de palestras, cursos, seminários, oficinas ou comunicação impressa. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões e o contato diário com os demais profissionais do hospital, quando as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Ainda serão responsabilidades da CCIH a padronização e controle do uso de antimicrobianos, a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o **Programa de Controle de Infecções Hospitalares**, o qual constará dos seguintes itens:

- 1- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção no hospital;
- 2 - Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;
- 3 - Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
- 4 - Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;
- 5 - Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Gestão Estadual de Saúde;
- 6 - Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.

Atribuições Gerais

- Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando no mínimo, ações relativas a:
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Capacitar os recursos humanos da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Fazer uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores de CCIH;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e isolamento;
- Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e o tratamento das infecções hospitalares;
- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

- Cooperar e articular com as Comissões Técnicas do HOSPITAL, com prioridade: Comitê de Qualidade; Comissão de Ética Médica e Enfermagem; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- Notificar a Gestão Estadual do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária da Gestão Estadual do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Constituição Básica

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da **MDPF**- representa o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e são os responsáveis pela execução das ações de controle de infecção no estabelecimento de saúde, devendo atender a lei nº. 9.431 de 06 de Janeiro de 1997, Portaria Nº. 2616 do Ministério da Saúde de 12 de Maio de 1998 e Instrução Normativa nº. 04 de 24 de fevereiro de 2010. Um dos membros, preferencialmente, deve ser o enfermeiro. Devem possuir carga horária diária específica para a execução dessas atividades e Ato de Constituição e Nomeação da CCIH pelo Diretor Geral.

Desta forma a CCIH será composta, no mínimo, dos seguintes membros:

1. Diretor (a) Geral;
2. Diretor (a) Administrativo;
3. Diretor (a) de Enfermagem;
4. Farmacêutico (a);
5. Bioquímico (a);
6. Infectologista.

Perfil do Cargo

A CCIH será presidida por um dos representantes da própria comissão indicado pelo Diretor Geral do Hospital.

Os membros executores constituem o serviço de infecção hospitalar devendo o Chefe possuir as seguintes qualificações:

- Médico com especialização em Moléstias Infecciosas de preferência com especialização em administração hospitalar.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, doravante denominada sob a sigla de CCIH, da **MDPF** é de natureza técnico-científica permanente, nos termos da Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 (Portaria no 2616/GM de 12 de maio de 1998) e instrução normativa nº4, de 24 de fevereiro de 2010.

Artigo 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções hospitalares.

Parágrafo 1º - Considera-se programa de controle de infecções hospitalares o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

Parágrafo 2º - Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização, e não estiver relacionada ao período de incubação de infecção de origem comunitária.

Parágrafo 3º - A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral e de execução das ações de controle de infecção hospitalar, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I

ESTRUTURA

Artigo 3º - A estrutura da CCIH compreende:

I – Grupo Executor;

II – Grupo Consultor.

Artigo 4º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável á eficiência da CCIH, a Direção, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

Artigo 5º - Os membros executores são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção definidas pela Comissão.

SEÇÃO II

COMPOSIÇÃO DO GRUPO EXECUTOR DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 6º - O Grupo Executor terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com 4 (quatro) componentes.

Artigo 7º - O Grupo executor é órgão executivo da CCIH.

Composição do Grupo Executor:

Parágrafo Único - As indicações serão de técnicos e profissionais especializados em controle de infecção hospitalar e, representantes de nível superior dos Serviços e Coordenações envolvidas diretamente no referido programa, com experiências anteriores em controle de infecção hospitalar.

Artigo 8º - As indicações para integrar a CCIH serão apresentadas à coordenação executiva da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Parágrafo 1º - O Presidente e o Vice-Presidente da CCIH serão indicados e designados pela Diretoria da **MDPF**.

Parágrafo 2º - O Presidente e o Vice-Presidente serão membros natos da CCIH.

SEÇÃO III

COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE CONSULTORES DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 9º - Os integrantes do Grupo de Consultores serão escolhidos pela Direção, sendo estes profissionais representantes dos Serviços e Coordenações envolvidos no referido programa.

SEÇÃO IV

FUNCIONAMENTO

Artigo 10º – A CCIH terá como sede uma sala da **MDPF** onde o grupo executor reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por semana e extraordinariamente quando convocada pela Diretoria do Hospital, coordenador ou a requerimento de um de seus membros.

Parágrafo 1º - As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas em forma de documentos de circular interna, quando estiverem relacionados à criação e ou alterações nas normas e rotinas.

Parágrafo 2º - Os treinamentos para as diversas Categorias profissionais e em diversos temas serão agendados previamente e comunicados em forma de documentos de circular interna as chefias de Serviços/Coordenações que deverão ser responsáveis pelo encaminhamento de sua equipe ao mesmo.

Artigo 11º- A CCIH observada à legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 12º - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte;

I - verificação da presença do Presidente;

II - assinatura da Ata da reunião anterior;

III – leitura dos informes com discussão e votação dos temas: normas e padronizações, organização de campanhas, treinamentos e manuais, discussão de problemas que possam intervir na realização dos trabalhos e despacho do expediente;

IV - organização da pauta da próxima reunião;

V - ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI - distribuição de tarefa aos membros;

VIII - comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo 1º Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste Artigo.

Parágrafo 2º Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Parágrafo 3º A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de dois dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 13º - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

Artigo 14º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 15º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 16º - À CCIH compete:

I. Estabelecer diretrizes para o desenvolvimento do programa de controle de infecção hospitalar, na **MDPF**:

- a. Controle de MRSA;
- b. Prevenção de transmissão aérea;
- c. Treinamento em Serviço dos profissionais da **MDPF**.

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções hospitalares;

- III. Elaborar programa de controle das infecções hospitalares com projetos de pesquisa multidisciplinares na linha de infecções hospitalares em pacientes crônicos;
- IV. Realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado;
- V. Elaborar, rever e atualizar normas, que visem à uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares;
- VI. Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;
- VII. Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;
- VIII. Elaborar normas para promover educação do pessoal da **MDPF** na área de infecção hospitalar;
- IX. Elaborar e divulgar relatórios contendo, no mínimo as seguintes informações, por serviço e referente a toda **MDPF**:
 - a. taxa de infecção hospitalar por patologia;
 - b. taxa de infecção hospitalar por paciente;
 - c. estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;
 - d. taxas de infecções hospitalares por procedimentos de risco selecionados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
 - e. Taxa de consumo por antimicrobianos.
- X. Elaborar semestralmente, relatório: coeficiente de sensibilidade /resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções hospitalares, e aos antimicrobianos padronizados;
- XI. Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer na **MDPF** (área de internação e ambulatorial), propondo medidas a serem executadas;
- XII. Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa prevenir a infecção hospitalar;
- XIII. Supervisionar, na Central de Material e Esterilização (CME), as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da mesma;

- XIV. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção hospitalar;
- XV. Estabelecer normas referentes à problemática de infecção hospitalar nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, esgoto, ar condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, desinfecção e esterilização;
- XVI. Examinar, proceder e monitorar a adequação de projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;
- XVII. Propor, em conjunto com o Serviço de Vigilância em Saúde, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito da **MDPF**;
- XVIII. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

Art. 17º - Ao Diretor do Hospital compete:

- I. Constituir formalmente a CCIH;
- II. Nomear os componentes da CCIH por meio de portaria;
- III. Propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
- IV. Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
- V. Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da **MDPF**, e demais comissões envolvidas diretamente ou indiretamente no referido programa;
- VI. Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Regional de Controle de Infecção Hospitalar;
- VII. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;
- VIII. Fomentar a educação permanente e a capacitação dos recursos humanos do hospital.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - Ao Presidente atribui dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

- I - representar a CCIH em suas relações internas e externas;
- II - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- III - promover a convocação das reuniões;
- IV - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- V - indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VIII - promover a interação do Grupo Consultor com o Grupo Executor.

Parágrafo Único - Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 19º - Aos membros da CCIH atribui:

- I - estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;
- II - comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV - desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Artigo 20º - À Secretária da CCIH atribui:

- I - assistir as reuniões;
- II - encaminhar o expediente da CCIH;
- III - preparar o expediente da CCIH;
- IV - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

- V – providenciar a confecção de documentos de circular interna e externa expedidos pela CCIH, e distribuição a Direção e demais serviços, setores e coordenações;
- VI - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- VII – transcrever o relatório trimestral das atividades da Comissão;
- VIII - lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- IX - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;
- X - distribuir aos Membros da CCIH a pauta das reuniões;
- XI – organizar dados e arquivos.

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE CONSULTORES

Artigo 21º- Competências gerais dos Consultores:

- I - Participar das reuniões da CCIH;
- II- Articular-se com o grupo executor observando as diretrizes traçadas por este, para a ação de controle das infecções hospitalares na **MDPF**.
- III - Implementar na **MDPF** o programa de controle das infecções hospitalares adotados pela CCIH;
- IV- Articular-se com o Grupo Executor, no sentido da atualização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle das infecções hospitalares;
- V- Estender todas as decisões tomadas nas reuniões às áreas de atuação e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares á vida funcional da **MDPF**;
- VI- Emitir relatório para a CCIH quando da ocorrência de situações problema dentro da área de sua competência.

Artigo 22º- Competências específicas dos Consultores:

Representante da Direção:

- I. Contribuir para manter o Diretor Geral, no que diz respeito às ações de prevenção e controle das infecções hospitalares;
- II. Colaborar com a CCIH na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares.

Representante do Setor de Biossegurança:

- I. Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em Biossegurança;
- II. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas de Biossegurança visando à prevenção das infecções hospitalares;
- III. Monitorar a qualidade do ar, através de medição microbiológica, nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde e quando indicada pela CCIH.

Representante do Serviço de Farmácia:

- I. Cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos adotadas;
- II. Auxiliar no monitoramento do programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas, em cooperação com o Grupo Executor;
- III. Elaborar levantamento do consumo de antimicrobianos e informar à CCIH;
- IV. Comunicar diariamente à CCIH a falta de antimicrobianos, esterilizantes e germicidas padronizados;
- V. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas;
- VI. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e Artigos hospitalares;
- VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores da Farmácia.

Representante do Serviço de Monitoramento de Custos:

I. Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico administrativas visando o monitoramento de custos na prevenção/tratamento das infecções hospitalares.

Representante do Serviço de Vigilância em Saúde:

I. Contribuir na implantação e manutenção do sistema de vigilância epidemiológica, definido pela CCIH;

II. Avaliar e monitorar, periodicamente e sistematicamente, o sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

III. Contribuir na investigação e controle de surto de infecção hospitalar, emitindo parecer;

IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

Representante do Serviço de Metodologia Epidemiológica:

I. Auxiliar na escolha e orientação quanto à formulação dos desenhos de estudos epidemiológicos realizados pela comissão executora em seus estudos;

II. Organizar arquivos de dados sobre a utilização de antimicrobianos no hospital que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

III. Organizar arquivos de dados sobre os microorganismos e seu perfil de suscetibilidade antimicrobiana que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;

IV. Contribuir na análise dos dados e indicadores produzidos pelo sistema de vigilância epidemiológica desenvolvida pela CCIH, emitindo pareceres.

Representante da Central de Esterilização:

- I. Estabelecer as normas e rotinas da Central de Material e Esterilização;
- II. Estabelecer as rotinas do processo de validação da esterilização, mantendo os registros continuamente atualizados;
- III. Apresentar mensalmente à CCIH dados relativos ao acompanhamento da Monitorização da esterilização;
- IV. Comunicar à CCIH as falhas nos equipamentos de esterilização, verificadas pela manutenção preventiva ou corretiva;
- V. Responsabilizar-se pela manutenção da qualidade e controle do processo de esterilização;
- VI. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas na Central;
- VII. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática do destilador da Central de Material.

Representante do Serviço de Microbiologia:

- I. Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas para coleta de material para exames microbiológicos;
- II. Validar todas as técnicas utilizadas para o isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microorganismos;
- III. Responsabilizar-se pelo funcionamento adequado do sistema automatizado de isolamento, identificação e teste de suscetibilidade dos microrganismos, e validá-lo;
- IV. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para isolamento e identificação dos microrganismos;
- V. Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo da sensibilidade dos antimicrobianos;
- VI. Organizar arquivos de dados microbiológicos que permitam estudos e levantamentos, quando necessários;
- VII. Produzir e emitir diariamente para a CCIH o relatório de todos os microrganismos identificados.
- VIII. Comunicar à CCIH e a supervisora de enfermagem, diariamente, o crescimento de bactérias multirresistentes em material clínico;
- IX. Auxiliar na identificação de possíveis surtos.

Representante do Serviço de Manutenção e Atividades Gerais:

- I. Contribuir para a qualidade e monitoramento do processo de limpeza hospitalar, bem como do controle de vetores;
- II. Contribuir para monitorar e adequar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;
- III. Contribuir para monitorar a qualidade da roupa hospitalar;
- IV. Contribuir para a adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
- V. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a minimizar a dispersão de poeiras durante as atividades de engenharia;
- VI. Monitorar os procedimentos de limpeza de forma a manter a qualidade do ar nos diferentes ambientes do Hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;
- VII. Responsabilizar-se pela limpeza sistemática dos reservatórios e distribuidores de água;
- VIII. Contribuir na coleta mensal de água dos prédios, e semestralmente dos reservatórios para estudo microbiológico;
- IX. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e troca de filtros dos aparelhos condicionadores de ar, conforme recomendações do Ministério da Saúde;
- X. Responsabilizar-se pelo adequado funcionamento das autoclaves e de destiladores através da manutenção preventiva ou corretiva.

Representante do serviço de Engenharia:

- I. Notificar formalmente e antecipadamente à CCIH sobre qualquer procedimento de construção ou manutenção que se prevê a produção de pó ou poeira;
- II. Responsabilizar-se por produzir mecanismos que impeçam a dispersão de poeira durante os procedimentos de engenharia;
- III. Contribuir pela manutenção da qualidade do ar nos diferentes ambientes do hospital, dentro das normas do Ministério da Saúde;
- IV. Solicitar formalmente e antecipadamente à CCIH parecer técnico sobre qualquer procedimento de construção garantindo adequação das medidas de controle de infecção hospitalar;
- V. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

Representantes das Coordenações de Internação, Ambulatório e Laboratório:

- I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
- II. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a respectiva Coordenação.

Representante do Serviço de Enfermagem:

- I. Contribuir na implantação e adequação das medidas de isolamento de pacientes com doenças de transmissão intra-hospitalar;
- II. Emitir parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados na limpeza e desinfecção de superfícies e Artigos hospitalares;
- III. Responsabilizar-se pela qualidade das diluições das soluções desinfetantes e antissépticas utilizadas nas unidades clínicas e central de material;
- IV. Responsabilizar-se pela manutenção, limpeza e desinfecção sistemática dos destiladores do setor;
- V. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a **MDPF**;
- VI. Monitorar, sempre que necessário, a qualidade da água do sistema de tratamento da hemodiálise quanto à presença de microrganismos e endotoxina; bem como o funcionamento das máquinas de diálise.

Representante do Serviço de Orçamentação e Administração de Material:

- I. Definir, em cooperação com o grupo executor, políticas de padronização e compra de materiais médico-hospitalares para a **MDPF**;
- II. Contribuir na modernização hospitalar de forma a garantir adequação nas medidas de controle de infecção hospitalar.

CAPÍTULO V

DAS NORMAS GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Artigo 23º - Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a seis reuniões consecutivas ou intercaladas no período de um ano.

Artigo 24º - As funções dos membros da CCIH poderão ser remuneradas, por verbas de projetos de pesquisa ou outras fontes, por se tratar de um serviço relevante para a **MDPF**, a critério da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 25º - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 26º - A Direção da **MDPF** - poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Artigo 27º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno será dirimido pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pela Direção da **MDPF**.

Artigo 28º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, submetido à Direção da **MDPF**.

Artigo 29º - O Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Ações Estratégicas	Atividades	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar					
		Meses					
		1	2	3	4	5	6
Organização	Reestruturar as competências da CCIH						
	Operacionalizar a CCIH						
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar						
	Propor ações para a informatização dos Laboratórios de microbiologia						
	Permitir o acesso direto da CCIH em cada serviço/ unidade						
Estratégias de Desenvolvimento Individual e Organizacional	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais						
	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar						
	Desenvolver cursos de formação/orientações para o corpo de funcionários						
	Promover investigação sobre infecções hospitalares						
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção hospitalar						
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica						
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfetantes)						
	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos						
Registro e Monitorização	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar						
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica						
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos/usuários						
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções hospitalares						
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controle da infecção do Hospital						

2.17.2 Comissão de Ética Médica

Descrição da Finalidade

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que exercem a medicina. Embora não possuam competência para realizar julgamento e nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis para levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

Organização e Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da comissão é definido pelo número de médicos que atuam na unidade.

A CEM deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim. Pode participar da comissão qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretor Clínico, Diretor Administrativo, Superintendente Médico, etc. No caso de um membro da comissão assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da Comissão enquanto durar o impedimento.

Todos os médicos que atuam na instituição, independente de sua inserção, têm direito a voto, conforme assegurado pela Resolução CFM n.º 1.445/94 – Diretrizes Gerais para o Regimento Interno. Os candidatos a membro de Comissão devem seguir os critérios definidos no regimento interno do corpo clínico e no regimento da Comissão, obedecidas às diretrizes do CRM/CFM.

Dessa forma, cada instituição pode elaborar o Regimento Interno da sua comissão de acordo com as peculiaridades, incorporando necessidades que não estão definidas na proposta de regimento modelo, sem, entretanto, deixar de obedecer às diretrizes do CRM/CFM.

Fica facultado ao estabelecimento onde atuarem médicos plantonistas, a prorrogação da eleição por uma semana, a fim de possibilitar que todos os profissionais possam exercer o direito de voto. Nesse caso, a urna e a lista de presença deverão ser guardadas em local seguro e inviolável, sempre sob a supervisão de um membro da Comissão Eleitoral.

A Comissão Eleitoral será escolhida pela Comissão de Ética que estiver cumprindo o mandato, com no mínimo dois membros, um presidente e um secretário, que se responsabilizará pela apuração e resultados do pleito. Cada chapa concorrente poderá indicar um representante para acompanhar os trabalhos eleitorais. Na instituição que ainda não possuir Comissão de Ética Médica, caberá ao responsável técnico indicar os membros da Comissão Eleitoral.

A convocação das eleições será realizada por meio de edital, concedendo um prazo mínimo de 15 dias para as inscrições das chapas.

Atribuições Gerais

Atribuições da Comissão:

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da **MDPF**;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho Regional de Medicina, às eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;
- Proceder à sindicância, a pedido de interessados, médicos, delegacia do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

Perfil do Cargo

O Presidente da Comissão deverá pertencer ao corpo médico da **MDPF**, eleito por seus pares em eleição direta.

O Regimento Interno desta Comissão irá seguir o MODELO do CRM/CFM, que define com precisão as diretrizes da referida Comissão.

Regimento Interno: MODELO do CRM/CFM

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

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

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

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

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Artigo 3º – As Comissões de Ética serão compostas por 01 (um) presidente, 01 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes.

Artigo 4º – As Comissões de Ética Médica serão instaladas nos termos do Artigo 1º deste Regimento, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:

- a) nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
- b) nas instituições que possuírem de 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
- c) na instituição que possuir de 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) médicos, a Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 4 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes;

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

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

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

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

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

Artigo 6º – O mandato das Comissões de Ética será de 30 (trinta) meses.

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 10º – Compete às Comissões de Ética:

- a) supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;
- b) comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c) comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- d) comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- e) comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- f) instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- g) verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- h) colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- i) elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;
- j) atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- k) manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição em que atua;
- l) fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- m) atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

- n) promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;
- o) encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;
- p) colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- q) orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Artigo 11º – Compete aos membros da Comissão de Ética:

- a) eleger o presidente e secretário;
- b) comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta Resolução;
- d) garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 12º – Compete ao presidente da Comissão de Ética:

- a) representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;
- b) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- c) convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- d) solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- e) encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;
- f) nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Artigo 13º – Compete ao secretário da Comissão de Ética Médica:

- a) substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;
- c) secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- d) lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;
- e) manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV

DAS ELEIÇÕES

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

Artigo 15º – A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Artigo 16º – Os candidatos à comissão de ética médica deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

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

Artigo 18º – O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina.

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

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

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

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

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

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

Artigo 23º – Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

Artigo 25º – Os atos da comissão de ética médica relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

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

Artigo 27º – As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução.

Artigo 28º – A sindicância será instaurada mediante:

- a) denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) denúncia, por escrito, do diretor clínico ou diretor técnico;
- c) deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) solicitação da Delegacia Regional, Seccional ou Representação;
- e) determinação do Conselho Regional de Medicina.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 36º – As determinações deste Regimento terão efeito a partir da publicação da presente resolução.

Parágrafo 1º: As Comissões de Ética Médica já instaladas terão o prazo de 6 (seis) meses para se adequar a presente regulamentação.

Artigo 37º – Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

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

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Ética Médica					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Divulgação de Normas Complementares						
Elaboração de Relatórios						
Desenvolvimento de Atribuições						
Identificação e classificação dos processos						
Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação						

2.17.3 Comissão de Ética de Enfermagem

Descrição da Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem tem finalidades educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético, bem como garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição, zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

Constituição Básica

A Comissão será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-PB e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente.

Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, ficando a presidência ao Enfermeiro.

Atribuições Gerais

Atribui à Comissão de Ética de Enfermagem:

- Divulgar os compromissos da Comissão de Ética de Enfermagem;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais pareceres, instruções e normas disciplinares e éticas do exercício profissional, colaborando assim para com o Conselho Regional;

- Promover e fomentar a participação em congressos, feiras e seminários que objetivam a análise e discussão colegiada sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o exercício profissional;
- Denunciar às instâncias superiores, inclusive ao Conselho regional, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- Assessorar as diretorias da instituição, dentro de sua área de competência;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à ética profissional;
- Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas de Enfermagem na Instituição, sempre que necessário;
- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;
- Averiguar as denúncias ocorridas, notificando ao Conselho Regional todas as infrações éticas detectadas;
- Trabalhar junto à equipe de enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento ético-profissional, bem como sobre as implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- Solicitar assessoria da Câmara de Ética do COREN-PB, sempre que necessário.

Perfil do Cargo

O Presidente da CEE deverá pertencer ao corpo de enfermagem da **MDPF**, eleito por seus pares em eleição direta, não devendo estar exercendo a função de direção ou chefia de enfermagem, estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não apresentar condenação de qualquer natureza, devendo estar em dia com todas as suas obrigações junto ao COREN-PB.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - A Comissão de Ética de Enfermagem (CEEn) do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem do Estado da Paraíba, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 168/93, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de Procedimentos de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

Artigo 3º - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I - fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem da instituição através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria;

II - divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;

III - colaborar com o COREN-PB no combate ao exercício ilegal da profissão.

Artigo 4º - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Artigo 5º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem da Instituição será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem titular e Dois Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem suplentes.

Artigo 6º - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Artigo 7º - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8º - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do **HOSPITAL** tem por competência:

- a) Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do Exercício Profissional da Enfermagem;
- b) Promover e ou participar de eventos que se propõem a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, identificando as questões éticas e disciplinares que envolvem o Exercício Profissional;
- c) Assessorar a Coordenação dos Serviços de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
- d) participar de estudos e projetos visando orientar os clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões Éticas;
- e) Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética;
- f) Analisar e emitir parecer sobre abordagem das questões Éticas de Enfermagem na instituição, sempre que necessário;
- g) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, identificando as condições oferecidas pela mesma, para o desempenho das atividades profissionais e qualidade do atendimento dispensado à clientela pela equipe de enfermagem;
- h) Averiguar as denúncias ocorridas e notificar ao COREN-PB as infrações éticas detectadas;
- i) Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN-PB sempre que necessário;
- j) Elaborar o relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN – PB.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Artigo 9º - Os membros da Comissão de Ética serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Artigo 10º - A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.

Parágrafo 1º - Nas instituições que ainda não possuem a Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Coordenação dos Serviços de Enfermagem na Instituição.

Parágrafo 2º - Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidades de Classe de Enfermagem.

Parágrafo 3º - A Convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas.

Parágrafo 4º - Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Artigo 11º - Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN-PB e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Artigo 12º - A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Artigo 13º - As chapas inscritas poderão indicar no ato da inscrição até 02 (dois) fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização da apuração.

Artigo 14º - Não serão computadas as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Artigo. 15º - Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN-PB.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 16º - A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinados, podendo reunir-se, extraordinariamente, quando houver necessidade.

Parágrafo 1º - As reuniões da Comissão serão registradas em Atas numeradas e assinadas pelos membros presentes ao ato.

Artigo 17º- A ausência não justificada em mais de 03(três) reuniões consecutivas e/ou intercaladas, excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Artigo 18º - A Coordenação dos Serviços de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento da eleição e das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Artigo 19º - A coordenação de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das Atividades da Comissão de Ética.

Artigo 20º - Os casos omissos serão resolvidos pelo COREN - PB.

Artigo 21º O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Ética de Enfermagem					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Revisão, atualização e divulgação do Código de Ética						
Desenvolvimento de Atribuições						
Promoção e Participação de Eventos						
Monitoração de denúncias e situações internas						
Elaboração de Relatórios						

2.17.4 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Descrição da Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

Possibilita que a equipe de saúde possa levar a efeito sua responsabilidade de assegurar qualidade ótima na prestação de cuidados ao paciente.

A Comissão garante ainda, que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos pré-estabelecidos de complementação física (documentação anexa devidamente preenchida) e pertinência clínica (relevância ao caso específico). O Corpo Médico, por meio da Comissão, é responsável pela emissão de documentação adequada dos eventos médicos e dos registros dos demais membros da equipe, bem como conduzir revisão retrospectiva para apurar adequadamente a complementação dos registros de pacientes que já receberam alta, internados ou não.

A Comissão assessora o Diretor Geral no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento dos registros produzidos na assistência integral ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Consideram-se como registro produzido na assistência integral ao paciente, todas as informações a ele pertinentes, tomadas por qualquer membro da equipe de saúde e arquivadas em qualquer meio: papel, meio óptico, meio magnético, associações destes ou outros que venham a ser utilizados para esse fim.

Organização e Constituição Básica

Comissão multiprofissional constituída por profissionais de nível superior que atuem nas unidades afins da **MDPF**, com regimento próprio que defina o número de componentes, funções específicas, periodicidade de reuniões, forma de nomeação.

As reuniões desta devem ser registradas em ata.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários está diretamente subordinada à Diretoria Geral.

Será composta por membros inclusive seu Presidente, designados pelo Diretor Geral, assim distribuído:

- 2 (dois) representantes da enfermagem;
- 2 (dois) representantes do corpo clínico;
- Responsável pelo Corpo Clínico;
- Médico responsável pelo Serviço de Anatomia Patológica;
- Responsável pelo Serviço de Laboratório de Análises Clínicas;
- Médico responsável pelo serviço de Imagem;
- 1 (um) representante do Apoio Diagnóstico;
- 1 (um) representante do Apoio Terapêutico;
- Responsável do Serviço de Arquivo Médico;
- Responsável pela Unidade de Informações Estratégicas;
- Responsável pelo Serviço de Infecção Hospitalar e ou Presidente da CCIH.

Um membro desta Comissão, designado pelo Diretor Geral, será o Presidente, o qual será escolhido, preferencialmente, entre aqueles que já serviram à Comissão, em período não inferior a um ano. É desejável que o mesmo exerça suas funções em mandato de 2 anos consecutivos; prazo esse não prorrogável.

O Presidente poderá utilizar-se de subcomissões ou equipes de trabalho (interinas) onde esteja presente pelo menos um membro da Comissão, um representante do Corpo Clínico e outro do Pessoal do Hospital objetivando desenvolver projetos especiais ou grupos de trabalho. Essas subcomissões poderão ter representação do Serviço de Assistência Social, Farmácia, Nutrição e outros, dependendo dos objetivos a serem atingidos.

Atribuições Gerais

Atribuições Gerais da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários:

- Elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes, destacando-se as referentes à: registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; formas e meios utilizados para o registro dos atos médicos e dos demais profissionais envolvidos na assistência integral ao paciente; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente e arquivamento e conservação das informações relativas aos pacientes;

- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à guarda e à organização das informações relativas à assistência a pacientes;
- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de pessoal em sistemas de informações sobre assistência a pacientes no âmbito hospitalar;
- Estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares;
- Desenvolver novos sistemas de informações sobre pacientes e a modificação dos sistemas já existentes, em quaisquer meios, condicionados à prévia aprovação da Comissão;
- Desenvolver e recomendar por escrito, ao Diretor Geral, as normas, padrões e critérios usados para medir a extensão em que se deve registrar acuradamente, os documentos de relevância clínica, a complementação, fatos médicos e pontualidade de registros no prontuário;
- Desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima;
- Transmitir a informação ao pessoal médico, incluindo-se os residentes e estudantes de medicina após inspeção, revisão e concordância com as práticas acima, as quais também se adaptam aos padrões e planos da Diretoria Geral;
- Inspeccionar os prontuários de pacientes que receberam alta do Hospital no mês antecedente. Este procedimento é feito em base de avaliação, para com todos os prontuários, objetivando classificação dentro dos critérios de complementação e pontualidade;
- Inspeccionar em todos os prontuários de pacientes que receberam altas dentro das seguintes categorias: diagnóstico incerto, discordância profissional quanto ao diagnóstico e falecimento;
- Estudar, registrar e transmitir a informação coletada, ao Diretor Geral, para traçar o trabalho clínico por meio de registros estatísticos sobre o tipo e resultado da dispensa de cuidados, tais como: Frequência de consulta, Porcentagem de necropsias executadas, ocorrência de infecções e outras complicações;

- Rever prontuários julgados inaceitáveis para os padrões e critérios pré-estabelecidos, quer quanto a complementação, quer quanto a impontualidade de registro;
- Registrar em impresso resumo estas revisões com as ações tomadas e recomendações ao Diretor Geral, para ações saneadoras;
- Rever todos os impressos solicitados como parte permanente do prontuário. Esta revisão inclui prevenção de duplicação, uniformidade de apresentação e tamanho;
- Desenvolver uma lista de abreviações e símbolos, que aprovados poderão passar a fazer parte do prontuário;
- Recomendar ao Diretor Geral, ação disciplinar quanto aos prontuários que: Se encontram abaixo do padrão e critério estabelecido; Apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA MISSÃO

Artigo 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

- a) O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência na **MDPF**; para um diagnóstico e tratamento mais seguros. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente;
- b) A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado;
- c) O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde-doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico);
- d) O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde- pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante no HOSPITAL, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros clínicos e técnicos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - À Comissão de Prontuários compete:

- a) Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;
- b) Implementar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
- c) Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;
- d) Analisar os impressos e sugerir modificações;
- e) Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Artigo 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Artigo 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Artigo 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;
- c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;
- d) Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção de competência;
- e) Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;
- d) Tipo de Alta;

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos;

III – Assessorar a Direção do Hospital, em assuntos de sua competência;

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem do Hospital, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu vice-presidente;
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento interno;

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade;

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vice-presidente.

Parágrafo único: As atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço;
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DOS MEMBROS

Artigo 11º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

- a) Presidente (representante médico);
- b) Membros Titulares (02 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de nível universitário);
- c) Membros Suplentes (03 médicos, 03 enfermeiros e 03 profissionais da equipe multiprofissional de Nível Universitário);
- d) Representante do Apoio Administrativo, sendo 01 Titular e 01 Suplente.

Artigo 12º - Ao Presidente compete:

- a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- b) Coordenar as reuniões da Comissão;
- c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- d) Representar a Comissão;
- e) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- f) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Artigo 13º - Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

- a) Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;
- b) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos;
- c) Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

d) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

e) Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Artigo 14º - Ao Membro representante apoio administrativo compete:

a) Redigir ata de reunião de forma clara;

b) Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VII

DAS FUNÇÕES

Artigo 15º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Artigo 16º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á a presença de metade dos membros, prevalecendo à deliberação da maioria.

Artigo 17º - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Artigo 18º - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Artigo 19º - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Artigo 20º - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Artigo 21º - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução nº 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, 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.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22º - O presente Regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros						
Reuniões de Planejamento e definições de metas						
Realizar Análise dos relatórios e dados fornecidos pela comissão						
Levantamento de funções e requisitos de arquivamento						
Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas com base nos requisitos de arquivamento levantados						

2.17.5 Comissão de Verificação de Óbitos

Descrição da Finalidade

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à direção Geral da **MDPF**.

Constituição Básica

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro e com representantes entre os seguintes serviços:

1. Anestesiologista;
2. Unidade de Terapia Intensiva;
3. Patologia;
4. Pronto Atendimento;
5. Serviço de Clínica Médica;
6. Serviço de Cirurgia;
7. Especialidade definida a critério da Diretoria;
8. Serviço de Enfermagem;
9. Serviço de Assistência Social;
10. Serviço de Psicologia;
11. Serviço de Faturamento.

Atribuições Gerais

Compete à Comissão de Verificação de Óbitos a avaliação de todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como dos laudos de todas as necropsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DAS FINALIDADES

Artigo 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à administração e ao corpo clínico.

Artigo 2º - As finalidades da Comissão: Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A composição mínima desta Comissão deverá ser de dois membros médicos, um médico residente, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo podendo ser superior a isso de acordo com a necessidade, e com preferência para profissionais com dedicação exclusiva.

Artigo 4º - Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil no hospital:

1. Anestesiologista;
2. Unidade de Terapia Intensiva;
3. Patologia;
4. Pronto-Atendimento;
5. Serviço de Clínica Médica;
6. Serviço de Cirurgia;
7. Especialidade definida a critério da Diretoria;
8. Serviço de Enfermagem;
9. Serviço de Assistência Social;
10. Serviço de Psicologia;
11. Serviço de Faturamento.

Artigo 5º - Para realização dos trabalhos da Comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades do Hospital.

Artigo 6º - A critério da Diretoria Geral e da própria Comissão, a carga horária total dos membros poderá ser de uso exclusivo da Comissão, desde que respeitadas às necessidades dos serviços.

Artigo 7º - O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral e Diretoria Técnica.

Artigo 8º - O presidente da Comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Geral. Os cargos de Vice-Presidente e Secretário poderão ser definidos pelos membros da Comissão.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 9º- Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidades, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Artigo 10º- A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Artigo 11º - Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Artigo 12º - As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 13º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Parágrafo único: Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais capacitados para participarem das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Artigo 14º- As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Artigo 15º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 16º- Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, sempre que necessário, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, Diretor Técnico ou Clínico, Presidente ou Vice-Presidente.

Artigo 17º - Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 18º - São atribuições da Comissão de Óbitos:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;
- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações;

- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- l) Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- m) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- n) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes.

Artigo 19º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Indicar seu Vice-Presidente;
- c) Representar a Comissão junto à Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- e) Fazer cumprir o regimento.

Artigo 20º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 21º - São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da Comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO V

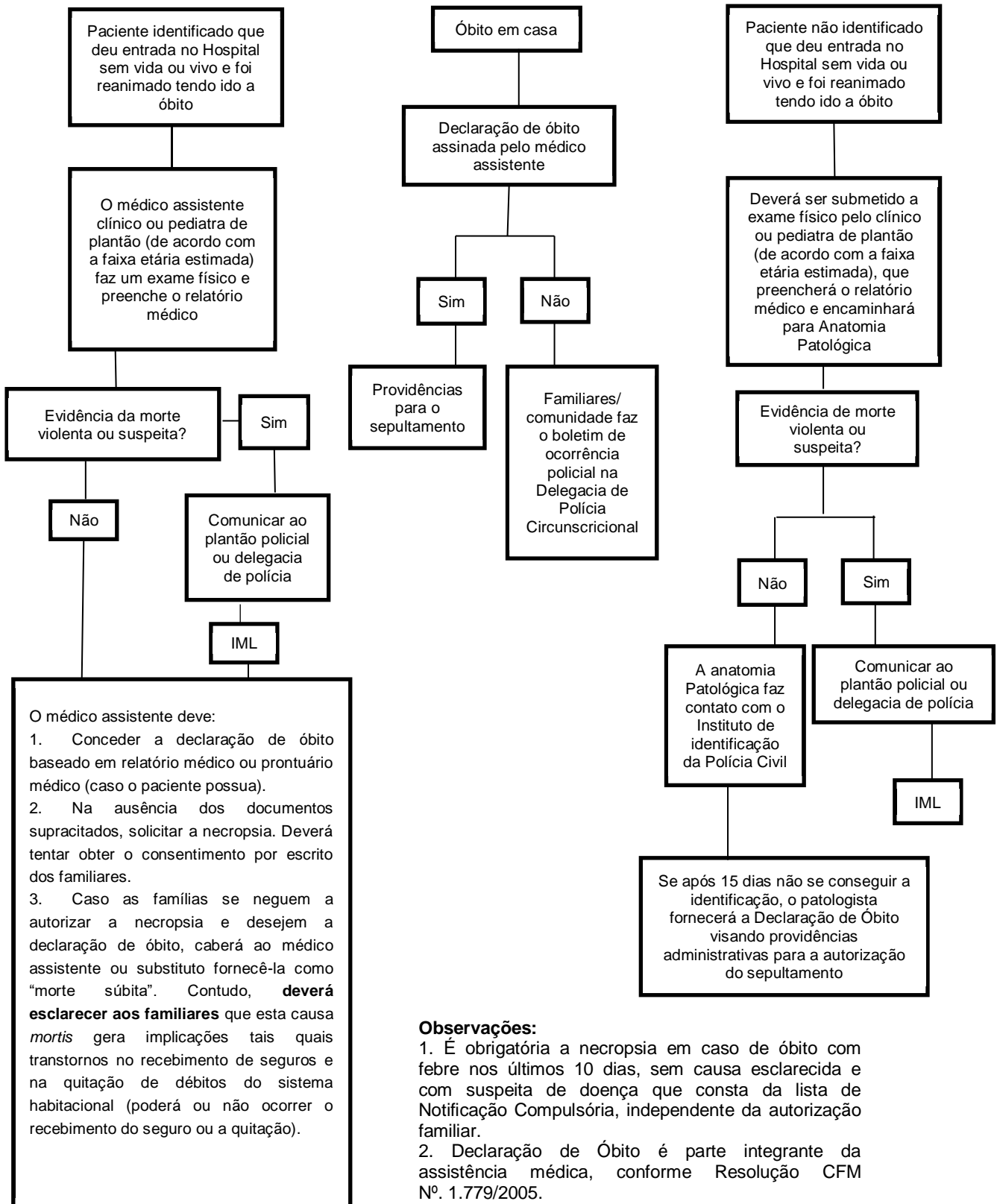
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 22º - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com as diretorias da **MDPF**.

Artigo 23º - Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Artigo 24º O presente regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

Fluxograma 04: Procedimentos Relativos à Declaração de Óbitos:



O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo sistema do Núcleo de Informação Hospitalar.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Verificação de Óbitos					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão						
Reuniões						
Elaboração/Revisão de Normas e Atividades Práticas						
Apreciação de Metas Pré-determinadas						
Assessoramento Diversos						
Elaboração de Relatórios						
Encaminhamento de Relatórios						

2.17.6 Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia

Descrição da Finalidade

Integrar e articular todos os departamentos do hospital no que concerne ao uso e manipulação de sangue e seus derivados e coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue bem como investigação e auditorias pertinentes, com os seguintes objetivos:

1. Monitorar atividades hemoterápicas da **MDPF**, conforme dispositivos legais;
2. Promover integração entre Hemoterapia, demais setores e profissionais;
3. Educar as equipes e profissionais para o bom andamento do serviço;
4. Proporcionar segurança ao paciente e às equipes;
5. Produzir, disponibilizar e distribuir todas as informações necessárias sobre Hemoterapia.

Constituição Básica

A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Clínico Médico Hematologista, Médico Intensivista, Médico da Clínica Cirúrgica e Enfermeiro.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, da **MDPF** é de natureza técnica científica permanente.

Artigo 2º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no hospital, bem como investigação e auditorias pertinentes.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Artigo 3º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Artigo 4º – As indicações para integrar a Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

I. 2 (um) representantes da área de Hematologia e Hemoterapia;

II. 1 (um) representante da Comissão Ética de Enfermagem;

III. 1 (um) representante da Comissão Ética de Médica;

IV. 1 (um) representante da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Artigo 5º - O Presidente será um dos representantes da área de Hematologia e Hemoterapia da **MDPF**.

Artigo 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros da Comissão.

Artigo 7º - O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único – As designações serão referendadas pelo Conselho Deliberativo.

Artigo 8º - O Diretor Clínico, por indicação da Comissão, poderá promover a substituição dos integrantes da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia.

Artigo 9º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 10º - As funções dos membros da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Hospital.

Artigo 11º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 12º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II

FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

Parágrafo 1º - A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o quórum em cada sessão antes de cada votação.

Parágrafo 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

Parágrafo 3º - As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

Parágrafo 4º - As deliberações da Comissão de Hemoterapia serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

Parágrafo 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Parágrafo 6º - A votação será nominal.

Artigo 14º – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Parágrafo Único – A Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia, para execução de suas atividades poderá instalar Subcomissões de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional.

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia ou por membro designado.

Artigo 16º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 17º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão Intra-hospitalar de Hemoterapia					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Implementação de novas rotinas para a coleta e descarte das bolsas transfundidas com segurança						
Elaboração de impresso específico para reserva de Hemo-componentes e compatibilidade sanguínea						
Treinamento continuado para os colaboradores da Agência Transfusional, bem como todos os colaboradores da MDPF						

2.17.7 Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

Descrição da Finalidade e Competências

Atuar como órgão consultivo e deliberativo sobre insumos e condutas em Terapia nutricional.

- Compete a Comissão de Suporte Nutricional Enteral:
- Supervisionar o preparo dos nutrientes dentro da dieta prescrita ao paciente, tais como tipo, volume e horário de administração; - acompanhar os mapas de dieta enteral, bem como as artesanais e ou industrializadas;
- Instituir rotinas para assepsia durante o preparo, manipulação e administração das dietas;
- Acompanhar a aceitação da dieta enteral por parte do paciente;
- Compete Comissão de Suporte Nutricional Parenteral:
- Analisar a prescrição parenteral, devendo acompanhar a administração, fazendo a supervisão;
- Acompanhar o preparo da fórmula prescrita, definindo a ordem de aditivação dos eletrólitos e o número de miliequivalentes dos oligoelementos que compõem a nutrição parenteral;
- Proceder, como rotina, o exame visual em negatoscópio das soluções preparadas;
- Providenciar o armazenamento das soluções em geladeiras próprias para acondicionamento;
- Prover meios para realização de testes metabólicos e de absorção no acompanhamento da evolução nutricional do paciente;
- Supervisionar a desinfecção das áreas de preparo de nutrição parenteral;
- Propor modificações das normas, rotinas e procedimentos pertinentes à nutrição parenteral.

Constituição Básica

A constituição da comissão contemplará no mínimo um profissional das categorias relacionadas: Médico Clínico, Pediatra, Gastrocirurgião, Nutricionista, Farmacêutico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo.

Poderão participar também outros profissionais da direção da **MDPF** e da Coordenação Executiva da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 1º - Deverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

Artigo 2º - O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído.

Artigo 3º - As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Artigo 4º - 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. Deverá ser encaminhada cópia da ata para a Diretoria Clínica.

Parágrafo único: Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Artigo 5º - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos, sempre que necessário, que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

CAPÍTULO II

ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º - São atribuições da Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral:

- a) Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;
- b) Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo STN (Serviço de Terapia Nutricional) ou demais serviços ligados à assistência do paciente em TN (Terapia Nutricional), promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;
- c) Avaliar os insumos de TN (Terapia Nutricional), emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo benefício como mais um critério para sua padronização;
- d) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- e) Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;
- f) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o STN;
- g) Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência.

Artigo 8º - São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar e presidir as reuniões;
- b) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;
- c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;
- d) Fazer cumprir o regimento.

Artigo 9º - Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

Parágrafo único: São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia;
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes;
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão;
- f) Preparar a correspondência;
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 11º Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto entrará em vigor após sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Implantar um sistema de controle uso de dietas						
Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitem de Terapia Nutricional Enteral ou Parenteral (TN)						
Criar programas de educação continuada visando capacitar recursos humanos direta ou indiretamente envolvidas com a aplicação do procedimento						
Estabelecer auditorias periódicas, a serem realizadas por um dos membros da Comissão, visando a verificação do cumprimento e do registro dos controles e avaliação da TN						
Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TN						
Possibilitar treinamento dos profissionais envolvidos; Coletar dados e criar indicadores que facilitem a avaliação do desempenho desse grupo; e atender exigências legais						
Reuniões de Planejamento e Definições de Metas						

2.17.8 Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

Descrição da Finalidade

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos é uma comissão permanente, de assessoramento e de orientação normativa, estando operacionalmente vinculada a Direção Técnica do Hospital.

Tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e Equipamentos utilizados no HOSPITAL, garantindo o que é utilizado no hospital estão de acordo com as regulamentações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Material Médico – Hospitalar: os Artigos de consumo implantáveis, órteses, próteses, Artigos descartáveis, produtos químicos, instrumental médico cirúrgico de pequeno porte, e todo aquele que forem utilizados e seguirem com o paciente ou forem descartados após o uso.

Material Permanente: todo material que tiver como característica a perenidade e que possa em razão de sua estrutura receber no seu corpo placa de número de Patrimônio estando dentro deste conceito como exemplo, móveis, automóveis, computadores, aparelhos médicos, etc.

A comissão de Padronização de Materiais / Medicamentos e Equipamentos visa identificar e simplificar materiais, reduzindo variedades, eliminando excessos e alcançando economicidade. A diversidade em relação aos tipos, qualidade e ao grande número de fornecedores e fabricantes de materiais hospitalares, dificulta a escolha, o controle de qualidade e administração destes, acarretando aumento de custo.

Vários segmentos têm-se preocupado com o estabelecimento de atividades que proporcionem o **uso racional de medicamentos no âmbito hospitalar**. A política do uso racional de medicamentos deve ser implementada acompanhada de elaboração de revisão de uma padronização de medicamentos. O processo de seleção de medicamentos em um hospital deve cumprir o objetivo de assegurar uma terapêutica racional, eficiente e de menor custo.

Constituição Básica

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos será composta por equipe contendo, no mínimo, profissionais indicados pela Direção do Hospital, das seguintes unidades: Diretoria, SCCIH, Farmácia, Enfermagem, Suprimentos, Engenharia Clínica e Unidade de Saúde do Trabalhador e profissional indicado pela Coordenação Geral da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

COMPETÊNCIAS

Artigo 1º. Os membros da Comissão desenvolverão seus trabalhos com o auxílio dos técnicos das unidades relacionadas aos medicamentos, insumos, equipamentos e mobiliários sob avaliação, desenvolvendo, se o caso, ações conjuntas com estes.

Artigo 2º. São competências exclusivas da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários:

2.1. Padronizar os medicamentos pelo princípio ativo, conforme Determinação.

Brasileira e de valor terapêutico comprovado, excluindo-se sempre que possível às associações.

2.2. Padronizar as formas farmacêuticas, apresentações e dosagens, considerando:

- A comodidade para administração a pacientes;
- A facilidade para cálculo de dose a ser administrada;
- A facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses.

2.3. Padronizar materiais de consumo hospitalar sempre pela descrição genérica e detalhada do item;

2.4. Assegurar a qualidade considerando o menor custo diário e total do tratamento, resguardada a qualidade, bem como a facilidade na aquisição, armazenamento, dispensação e controle;

2.5. Elaborar a lista de medicamentos, materiais de consumo hospitalar e equipamentos médico-hospitalares padronizados, divulgá-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

- 2.6. Rever e atualizar periodicamente a lista de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares padronizados;
- 2.7. Analisar a relação custo/benefício nos processos de inclusão e exclusão de medicamentos e produtos afins da padronização;
- 2.8. Divulgar informações relacionadas a estudos clínicos relativos a medicamentos e materiais incluídos ou excluídos da padronização;
- 2.9. Estabelecer critérios para a inclusão e exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares na padronização;
- 2.10. Auxiliar na farmacovigilância dos medicamentos, juntamente com as áreas envolvidas, visando obter dados farmacológicos e clínicos relativos aos novos medicamentos ou agentes terapêuticos propostos para uso no hospital;
- 2.11. Avaliar impacto financeiro da inclusão ou exclusão de medicamentos, materiais e equipamentos nas despesas hospitalares;
- 2.12. Estabelecer o uso de Protocolos de Consenso Clínico para medicamentos e materiais de alto custo, quando necessários.

CAPÍTULO II

COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 3º. Os membros e o coordenador da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários serão indicados pela Diretoria do Hospital, nomeados através de Portaria, da Coordenação Executiva da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para mandatos de 02 (dois) anos, renováveis por mais 01 (um) período.

Parágrafo único: A Coordenação da Comissão caberá ao representante da Diretoria da **MDPF**.

Artigo 4º - A Comissão realizará reuniões fixas bimestrais, ou sempre que necessário através de convocação extraordinária contendo a data da reunião e pauta.

Parágrafo único: Será lavrada Ata de toda reunião realizada, arquivadas em pasta própria.

Artigo 5º. As solicitações de padronização de medicamentos, insumos, equipamentos ou materiais devem ser efetuadas através de impresso próprio.

Artigo 6º. A Coordenação da Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários definirá o prazo para emissão de pareceres, seguindo critérios de prioridade e complexidade.

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 7º. O parecer exarado pela Comissão de Padronização de Medicamentos, Insumos Hospitalares, Equipamentos Médicos e Mobiliários será encaminhado para a Diretoria Técnica ou Administrativa para ratificação.

Artigo 8º. O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Materiais, Medicamentos e Equipamentos					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Verificar a margem de segurança de estoque de materiais e medicamentos, fornecedores contratados, fornecedores e secundários e outros						
Verificar o registro de detecção, avaliação, e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos;						
Verificação da prescrição, forma de acondicionamento e dispensação dos medicamentos na farmácia e nos setores de distribuição						
Inspecionar a quantidade, condições de uso, período de funcionamento e suficiência dos equipamentos, para suprir a demanda do Hospital.						
Verificar a existência de contrato ou convênio legal, registro e cronograma das manutenções preventivas em documento específico.						
Garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.						

2.17.9 Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança

Descrição da Finalidade

Na presente Proposta Técnica foi elaborado o Plano de Gerenciamento de Riscos. Dentre os fatores que afetam a segurança dentro do ambiente hospitalar, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança da **MDPF**.

Estão os riscos a serem evitados:

- Gerenciar riscos de infecções hospitalares;
- Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;
- Gerenciar a utilização de equipamento médico.

A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores.

Áreas de atuação:

FARMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecnovigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós-comercialização.

Compete à Tecnovigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in-vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

É um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e Artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar;
- Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes;
- Saneantes de uso hospitalar.

A Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR do HOSPITAL é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, o HOSPITAL, deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes. Atualmente, a forma de trabalho está direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

As ações vão ao encontro de outras já em andamento e que têm os mesmos objetivos: a busca da qualidade total e o compromisso socioambiental da **MDPF**.

Constituição Básica

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Gerenciamento de Risco, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros:

Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista, Representante do Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo; Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Artigo 1º. É objetivo desta Comissão:

- a) Gerenciar a situações de risco da **MDPF**;
- b) Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento da **MDPF**;
- c) Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
- d) Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

- I - Coordenador;
- II – Farmacêutico;
- III – Nutricionista;
- IV- Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;

- V - Enfermeiro (a);
- VI - Representante do Serviço Administrativo;
- VII - Técnico de Segurança do Trabalho;
- VIII – Engenheiro.

Artigo 3º. A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança da **MDPF** compete:

- a) Informar situações que necessitem de atenção especial;
- b) Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do hospital;
- e) Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do hospital;
- f) Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
- g) Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
- h) Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
- i) Elaborar Relatório Anual de Atividades;
- j) Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;
- l) Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do hospital;
- m) Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;
- n) Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;
- o) Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do hospital;
- p) Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do hospital.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º. A Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Artigo 6º. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Artigo 7º. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Artigo 8º. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º. É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança:

- a) Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;
- b) Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;
- c) Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- d) Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;
- e) Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo hospital;
- f) Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

- g) Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito hospitalar sempre que ocorrerem;
- h) Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;
- i) Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Artigo 11º. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Gerenciamento de Riscos e Biossegurança					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Formar a Comissão de Gerenciamento do Risco						
Planejar a implantação da Gestão do Risco e Elaborar a Política de Gerenciamento do Risco						
Identificar, classificar e mapear os riscos no Hospital						
Replicação da oficina no hospital						
Elaboração da Matriz – Identificação e classificação dos processos						
Elaboração da Matriz – Gerenciamento do processo						
Elaboração da Matriz – Identificação dos níveis de risco						
Elaboração da Matriz – Plano de ação para o gerenciamento de risco						
Consolidação das Ações no Hospital						

2.17.10 Comissão de Gerenciamento de Resíduos

Descrição da Finalidade

Na presente Proposta Técnica foi elaborado o Plano de Gerenciamento de Resíduos.

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde (CGRSSS) é a comissão criada para atuar no Hospital, estruturada e organizada de acordo com a legislação em vigor, a partir de um plano de gerenciamento, com fim precípuo de preservação da saúde pública e do meio ambiente.

Atribuições da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

- Elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduo Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
- Adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico operacionais, visando a prevendo e controle dos resíduos hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza hospitalar e aprovar as medidas de controle propostas pela CGRSSS;
- Elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos hospitalares;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico operacionais, visando à redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde pública e meio ambiente;
- Cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito à prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;
- Elaborar regimento interno para a CGRSSS;
- Cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.

Constituição Básica

Direção Geral, Engenheiro Ambiental, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, assistência farmacêutica e serviços hospitalares.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado para que a **MDPF** possa manejar adequadamente todos os resíduos gerados no estabelecimento, atendendo as legislações em vigor contribuindo assim, com a saúde pública e o meio ambiente.

A identificação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deverá apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características, no âmbito do estabelecimento, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final.

Na implementação do Plano Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde será elaborado o Regimento Interno da CGRSSS.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Definição dos Responsáveis pelo PGRSS						
Criação da Comissão de Resíduos						
Revisão e adequação s/n do abrigo de Resíduos						
Aquisição de equipamentos						
Contratação de empresas terceirizadas s/n						
Treinamento e implantação do PGRSS						
Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS						

2.17.11 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

Descrição da Finalidade

A principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades da **MDPF** e seus funcionários na Diminuição, Neutralização e/ou Eliminação dos Riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação vigente, seguindo as recomendações constantes na Norma Regulamentadora nº 32 e Norma Regulamentadora nº 5.

Finalidades:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT da **MDPF**;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalhos relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, ou a direção da **MDPF**, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Trabalhar dados e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Verificar as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com o hospital das Campanhas de Prevenção;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Promover Campanhas Humanitárias e Educativas.

Constituição Básica

A constituição da CIPA, na **MDPF** deve atender as normas regulamentadoras e manter o regular funcionamento.

As disposições contidas na NR 05 aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observados as disposições estabelecidas em Normas Regulamentadoras de setores econômicos específicos.

A **MDPF** estabeleceria, através dos membros da CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo.

Organização

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 05, sendo:

- I – Presidente;
- II – Vice-Presidente;
- III – Secretário;
- IV – Membros titulares;
- V – Membros suplentes.

Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto na NR 05, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - é uma equipe de profissionais, a serviço do hospital, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos colaboradores.

O SESMT está estabelecido no Artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

O SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho do hospital deverá incluir os seguintes profissionais:

- I - Médico do trabalho;
- II - Enfermeiro do trabalho;
- III - Técnico de enfermagem do trabalho;
- IV - Engenheiro de segurança do trabalho;
- V - Técnico de segurança do trabalho.

Atribuições Gerais

Cabe à CIPA da **MDPF**:

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Regimento Interno

Base legal – LEI FEDERAL nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA nº 3214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Artigo 1º - A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - As CIPAs terão por atribuições:

I - identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);

II - elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III - participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV - realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos colaboradores do hospital;

V - realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;

VI - realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VII - divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII - participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionado à segurança e saúde dos colaboradores;

- IX - participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;
- X - propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;
- XI - verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;
- XII - garantir a emissão e requisitar à Administração do hospital as cópias das CATs emitidas;
- XIII - colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- XIV - promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;
- XV - promover, anualmente, em conjunto com a direção do hospital, Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;
- XVI - acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A CIPA da **MDPF** terá a seguinte composição:

- I – Presidente;
- II – Vice-Presidente;
- III – Secretário;
- IV – Membros titulares;
- V – Membros suplentes.

Artigo 4º - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Artigo 5º – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Artigo 6º – A Diretoria da **MDPF** designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Artigo 7º – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO IV DAS ELEIÇÕES

Artigo 8º – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

- a) Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
- b) Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
- c) Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

Parágrafo 1º - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração do hospital, com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Parágrafo 2º - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administração do hospital, para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

Parágrafo 3º - Poderão se candidatar os colaboradores, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal da **MDPF**.

Parágrafo 4º - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Artigo 9º – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Artigo 10º – Empossados os membros da CIPA, a Administração do hospital, deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Artigo 11º – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Parágrafo 1º - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço na **MDPF**.

Parágrafo 2º - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Artigo 12º – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 13º – Competem aos colaboradores, servidores e funcionários:

- a) Participar da eleição de seus representantes;
- b) Colaborar com a gestão da CIPA;
- c) Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;
- d) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Artigo 14º – Compete ao Presidente da CIPA:

- a) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- b) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
- c) Manter a Administração do hospital, informada sobre os trabalhos da CIPA;
- d) Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
- e) Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Artigo 15º – Compete ao Vice-Presidente:

- a) Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
- b) Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Artigo 16º – Competem ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

- a) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
- b) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- c) Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- d) Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
- e) Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
- f) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Artigo 17º – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

- a) Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- b) Preparar as correspondências;
- c) Outras que lhe forem conferidas.

Artigo 18º – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

- a) Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;
- b) Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento;
- c) Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;
- d) Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Artigo 19º – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Artigo 20º – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal do hospital, em local apropriado.

Artigo 21º – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Artigo 22º – As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Artigo 23º – As atas ficarão na respectiva Diretoria do hospital.

Artigo 24º – As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- a) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- b) Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;
- c) Houver solicitação expressa de uma das representações.

Parágrafo 1º - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

Parágrafo 2º - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Artigo 25º – As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Artigo 26º – Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Artigo 27º – O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Artigo 28º – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego alterações e justificar os motivos.

Parágrafo 1º - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria do hospital, indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Parágrafo 2º - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VII

DO TREINAMENTO

Artigo 29º – A Administração do hospital deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração do hospital, ouvindo os membros da CIPA.

Artigo 30º – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

- a) Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
- b) Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
- c) Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
- d) Noções e medidas de prevenção para DST/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
- e) Noções sobre legislação trabalhista e previdenciárias relativas à segurança e saúde no trabalho;
- f) Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
- g) Organização e funcionamento da CIPA.

Artigo 31º – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do HOSPITAL.

Artigo 32º – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

CAPÍTULO VIII DO REGISTRO

Artigo 33º – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Artigo 34º – A Diretoria do hospital reconhecerá o, através de Portaria, a CIPA eleita e empossada.

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 35º – As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Artigo 36º – Data-se e publiquem-se as informações contidas no respectivo regimento.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	CIPA E SESMT					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Constituição da CIPA						
Reuniões e Convocações						
Elaboração do Plano de Trabalho						
Apresentar Proposições Estatísticas						
Notificações de Registros						
Verificar a Instrução dos Procedimentos Estabelecidos						
Acompanhamento e Monitoração						
Relatórios Mensais e Divulgação aos trabalhadores das ações						
Relatório Semestral						

2.17.12 Comissão de Educação Permanente

Para trabalhar esta Comissão será necessário apresentar uma síntese da Política do Trabalho e da Educação em Saúde. A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** irá apresentar um modelo de Regimento em cumprimento ao Edital, mas se for a Organização escolhida para o Gerenciamento do Hospital irá realizar fóruns de debates e discussão visando implementar uma Política de Educação Permanente em Saúde, com os recursos humanos do hospital, instituições formadoras, Gestão Estadual e Municipal de Saúde, Controle Social e Centos Formadores, antes de definir a Comissão e o Regimento Interno.

Na presente Proposta Técnica está elaborado o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil. Integram esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.

Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde.

O Deges é organizado em três coordenações-gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atua no campo da educação superior nas profissões de saúde; Ações Técnicas em Educação na Saúde, voltada para a educação profissional dos trabalhadores da saúde e Ações Populares de Educação na Saúde, cujo objetivo é promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde. Assim, ao trabalhar as especificidades desses campos, o Departamento promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

Para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, o Deges articula agenda e compromissos de ação com os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e com as Secretarias Estaduais de Saúde, e Conselhos Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e com as Secretarias Municipais de Saúde, e Conselhos Municipais de Saúde, com o Ministério da Educação (MEC), com as entidades de profissionais e de ensino das profissões de saúde, com as entidades estudantis e com os movimentos e práticas de educação popular em saúde, entre outros.

O Deges propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, cujas linhas orientadoras estão definidas neste documento, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 04 de setembro de 2003 e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro de 2003.

Após aprovação e pactuação desta política, o Deges deu início ao processo de constituição dos Polos de Educação Permanente em Saúde e à aprovação de projetos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Ao analisar algumas das iniciativas do SUS, no campo da formação e do desenvolvimento em saúde, observou-se que alguns programas caminharam nessa direção, a saber:

- ◆ Capacitação e Formação em Saúde da Família (Polos de Capacitação em Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família);
- ◆ Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE);
- ◆ Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores);
- ◆ Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS);
- ◆ Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras);
- ◆ Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);
- ◆ Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED);
- ◆ Mestrados Profissionais;
- ◆ Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS.

Esses programas possibilitaram a mobilização de pessoas e de instituições, no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS. Também desenvolveram condições de crítica e de reflexão sistemática e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde.

No entanto, por serem desenvolvidos de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos atores para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe.

Nesta perspectiva, o Deges decidiu-se pela adoção de uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema.

Para avançar na consolidação do SUS, é absolutamente necessário possibilitar que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do

SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde – entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde - e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

No Brasil a saúde é um setor que vem protagonizando significativo processo de reforma de Estado, tendo como autores e atores importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela reforma sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo da formação de profissionais.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras.

Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS.

A Educação Permanente em Saúde como Noção Estratégica na Formação e Desenvolvimento para o SUS

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- ◆ a democratização institucional;
- ◆ o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- ◆ o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- ◆ o trabalho em equipes matriciais;
- ◆ a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- ◆ a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente. Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são:

- ◆ espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras;
- ◆ lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Os Polos deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva: Rodas para a Educação Permanente em Saúde.

Dentre outros, são autores e atores fundamentais dessas instâncias de articulação da Educação Permanente em Saúde:

- ◆ gestores estaduais e municipais;
- ◆ universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde, incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva;
- ◆ Escolas de Saúde Pública (ESP);
- ◆ Centros Formadores (CEFOR);
- ◆ Núcleos de Saúde Coletiva (NESC);
- ◆ Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS-SUS);
- ◆ hospitais de ensino;
- ◆ estudantes da área de saúde;
- ◆ trabalhadores de saúde;
- ◆ Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde;
- ◆ movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.

A esses Polos, cabe-lhes, ainda, trabalhar com os elementos que conferem à *integralidade da atenção à saúde* (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a saúde da população e que são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, quais sejam: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde.

A integralidade da atenção à saúde envolve:

- ◆ o conceito ampliado de saúde;
- ◆ a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- ◆ o conhecimento sobre a realidade;
- ◆ o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar;
- ◆ a ação intersetorial;
- ◆ o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na saúde da família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços.

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como *cadeia do cuidado progressivo à saúde*, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento.

Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatorios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

A educação permanente é a proposta mais apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação.

O processo de educação permanente, implementado no SUS, deve priorizar:

- ◆ as equipes que atuam na atenção básica, num trabalho de qualificação que envolverá a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da saúde coletiva e da gestão em saúde;
- ◆ as equipes de urgência e emergência;
- ◆ as equipes de atenção e internação domiciliar;
- ◆ as equipes de reabilitação psicossocial;
- ◆ o pessoal necessário para prestar atenção humanizada ao parto e ao pré-natal;
- ◆ os Hospitais Universitários e de Ensino em ações que objetivam sua integração à rede do SUS na cadeia de cuidados progressivos à saúde, a revisão de seu papel no ensino e seu apoio docente e tecnológico ao desenvolvimento do sistema de saúde;
- ◆ o desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde;
- ◆ ações educativas específicas resultantes de deliberação nacional, estadual intergestores, municipal ou do respectivo Conselho de Saúde.

As capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas ocorrem na dimensão das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Precisa-se, assim, propiciar em sua implementação a discussão sobre os *programas* e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização.

Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho – as chamadas capacitações tradicionais –, sem, contudo, prescindir da educação que pensa o trabalho e da educação que pensa a produção de mundo. Para interagir no mundo da vida e no mundo do trabalho, há de se inserir processos de reflexão crítica, que são a base para uma educação que considera o desenvolvimento da autonomia e da criatividade no ato de pensar, de sentir e de querer dos atores sociais.

A educação permanente em saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Portanto, a negociação entre serviços de saúde e instituições formadoras, nesta perspectiva, não admite a organização de um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sim, possibilita, aos gestores, o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde. O que se pretende é introduzir o sentido de roda em cada território locorregional, para que se possa debater e implementar a melhor e mais adequada ação, definindo conteúdo, forma, metodologias e responsáveis, garantindo maior impacto de atuação.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde, por sua característica de encontro e integração interinstitucional entre educação e trabalho e de formação e intervenção na realidade, são responsáveis, também, pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, e atuam para fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores aqui mencionados.

As articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde se constituirão em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializem de forma agregadora e direcionada, em sintonia com as peculiaridades locorregionais. O conjunto de atores envolvidos se constitui como interlocutor permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória.

A estreita sintonia entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e os Conselhos Nacionais de ambos os setores é condição importante à aliança com os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde.

Os **Polos de Educação Permanente em Saúde** têm a função de:

- ◆ Promover a formulação e a integração de ações de formação dos distintos atores locais tais como usuários; dirigentes dos serviços; gestores públicos; dirigentes institucionais; docentes; estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros;
- ◆ Induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação na saúde;
- ◆ Formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas;
- ◆ Estabelecer relações cooperativas com os demais Polos de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (Rede de Polos de Educação Permanente em Saúde, Estaduais e Nacional).

O Polo é um dispositivo de agregação e de direcionalidade das diferentes instituições e deve ser responsável por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado –, áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; deve levar em conta as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros).

Não é lugar executivo, é espaço de pactuação, é uma articulação interinstitucional.

- ◆ Reúne gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e serviços e representação estudantil. Esses autores/atores constituem-se em uma **plenária**, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e demais atores sociais da saúde.
- ◆ Caminha na mesma cultura construtora do SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, ruptura com a *lógica de relação de balcão ou de banco*, com o governo federal ou estadual e dos projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais em rodas interinstitucionais.
- ◆ Produz políticas e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde.

- ◆ Deve efetuar o registro das práticas implementadas e suas características, bem como apresentar a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos.
- ◆ Cada parceiro institucional deve reorientar as iniciativas de formação e de desenvolvimento em saúde, atualmente em curso, de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e segundo as prioridades e as orientações produzidas pelo Polo de Educação Permanente em Saúde. Em suma, todas as iniciativas de formação e de desenvolvimento devem ser planejadas ou repactuadas como integrantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
- ◆ É o fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento, na base territorial de sua abrangência.
- ◆ É referência para um certo território, que se vincula ao polo para apresentar necessidades de formação e de desenvolvimento.
- ◆ É o recurso para territórios ampliados no que pode ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Polos de Educação Permanente em Saúde ou estruturas de formação, participantes da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.
- ◆ Em cada base territorial abrangida, o Polo de Educação Permanente em Saúde é o principal dispositivo para mobilizar recursos financeiros do Ministério da Saúde para a formação e para o desenvolvimento.
- ◆ Referencia-se aos municípios abrigados em seu território, às diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde, ao conjunto de articulações interinstitucionais regionais para a Educação Permanente em Saúde, de cada estado e, de forma articulada, referencia-se à Secretaria Estadual de Saúde (SES).
- ◆ O Polo de Educação Permanente em Saúde estabelece-se como um colegiado de gestão, com todos os participantes da plenária citada acima. Pode contar com um conselho gestor executivo constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do polo, das instituições formadoras e dos estudantes e formalizada mediante resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES). A gestão será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas no colegiado de gestão por consenso. Quando isso não for possível, a decisão será encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - Proposta política do MS/SGTES/DEGES

Quadro 13:

	Educação Continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside / define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores relações de poder, organização do trabalho etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias. Contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Regimento Interno

Comissão de Educação Permanente da MDPF

CAPÍTULO I DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Considerando a Política do Trabalho e da Educação em Saúde que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil.

Considerando a existência e a importância dos Polos de Educação Permanente no estado da Paraíba;

Considerando a necessidade de Implantar a Comissão de Educação Permanente da **MDPF** para desenvolver estratégias e adotar medidas que apontem para melhoria contínua da assistência prestada pela Instituição;

A Comissão enfoca a adoção de uma política de educação permanente capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento das Ações de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da **MDPF**.

CAPÍTULO II DO OBJETIVO

Artigo 2º - Implantar a Comissão de Educação Permanente na **MDPF** conduzindo um processo permanente, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, promovendo a negociação do hospital e as instituições formadoras, possibilitando a melhoria no desenvolvimento dos trabalhadores. O que se pretende é introduzir debates e implementar a melhor e mais adequada ação e induzir processos de transformação das práticas de saúde, garantindo maior impacto de atuação.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º -

1. Estabelecer diretrizes para desenvolvimento da Política de Educação Permanente na **MDPF**;
2. Assegurar que a Política de Educação Permanente em Saúde seja compreendida, implementada e mantida em todos os níveis da instituição;
3. Contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde na organização do serviço hospitalar;
4. Articular-se com o Polo de Educação Permanente;
5. Elaborar o planejamento anualmente.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º -

1. A Comissão de Educação Permanente será composta por representantes da Unidade de Ensino Serviço, representantes das Unidades dos Colegiados Técnicos, Diretor Técnico, Diretor Clínico, Coordenador de Enfermagem e representantes das áreas Multiprofissionais;
2. A Comissão de Educação Permanente será representada pelo Coordenador que terá mandato de dois anos, a partir da data da nomeação, podendo ser reeleito.

Parágrafo único: Em caso de férias e afastamento do Coordenador, o cargo será assumido pelo Vice Coordenador. No caso de afastamento do Vice Coordenador será realizada a indicação por parte do Coordenador de um dos membros da Comissão.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 5º -

Compete ao Coordenador:

1. Representar o grupo interna e externamente à Instituição;
2. Convocar e coordenar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
3. Prestar contas das atividades da Comissão anualmente;
4. Articular a Comissão com o Polo de Educação Permanente.

Compete ao Vice Coordenador:

1. Auxiliar os trabalhos do Coordenador;
2. Receber, organizar e distribuir as correspondências;
3. Secretariar as reuniões e elaborar as atas.

CAPÍTULO VI DAS REUNIÕES

Artigo 6º -

1. A Comissão de Educação Permanente se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.
2. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas.
3. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 7º - Considerando que a Educação Permanente aborda metodologias de consenso, racionalização e de ordenamento e estabelece negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS a Comissão deve estabelecer relações cooperativas com Polos de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais.

Artigo 8º - Este regimento entrará em vigor na data de aprovação e sua publicação.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Educação Permanente					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões com as Equipes/setores						
Instituir Comissão de Educação Permanente						
Diagnóstico Organizacional						
Elaboração do Plano de Educação Permanente						
Pactuar Cronograma de educação aplicada ao trabalho						
Instituir Método de Avaliação do Desempenho						
Avaliação						

2.17.13 Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais

Apresentação

A Criação da Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais será articulada pela **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** juntamente com as áreas afins da **MDPF** após a realização do Planejamento estratégico já referido na presente Proposta de Trabalho.

Neste sentido, não será apresentado nesta Proposta o Regimento Interno da Comissão.

Finalidade

A Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais – CPPA tem por finalidade estabelecer normas necessárias para os atos assistenciais médicos praticados na Instituição Hospitalar. Cabe-lhe a coordenação da elaboração, atualização e divulgação de protocolos de diagnósticos e de tratamento a serem aplicados na **MDPF**.

Organização e Composição

A CPPA será composta por um grupo de médicos, enfermeiras, farmacêuticos e outros profissionais, conforme necessidade. Os atores chave da CPPA serão formados por representantes das especialidades médicas praticadas na **MDPF** devendo ser indicado um Presidente pelo Diretor Geral, que será responsável pela condução dos trabalhos.

Atribuições Gerais

Cabe à CPPA:

- Padronizar os procedimentos médicos e de enfermagem realizados no Hospital, incluindo a conduta terapêutica e rotina diagnóstica e evolutiva;
- Divulgar o protocolo assistencial para todo o corpo técnico da **MDPF**;
- Programar treinamento para o corpo clínico, tendo em vista fazer cumprir as rotinas descritas nos protocolos.

Das Reuniões

A Comissão se reunirá mensalmente e em caráter extraordinário, quando convocada pelo seu Presidente.

As decisões tomadas pela Comissão deverão ser lavradas em ATAS. Todas as resoluções da Comissão serão submetidas à apreciação da Direção Geral que autorizará sua aplicação.

A agenda de cada reunião (data e itens a serem discutidos) será desenvolvida e distribuída aos participantes, pela Secretaria Executiva, com pelo menos uma semana de antecedência, sendo a mesma baseada em tópicos de reuniões anteriores e submetida para análise ao Presidente da Comissão. Solicitações para discussão em pauta proveem dos membros, do Diretor Geral, do Pessoal Médico e dos outros profissionais.

A Comissão poderá convidar para participar de suas reuniões pessoas da equipe técnica da **MDPF** ou de outras Instituições, as quais possam apresentar informações úteis e/ou especializadas, podendo também, estas reuniões serem abertas a todo pessoal técnico do Hospital.

Perfil do Cargo

O Presidente será um médico escolhido entre os membros do Corpo Clínico da **MDPF**.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Padronização de Procedimentos Assistenciais					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Criação da Comissão e Regimento Interno						
Reuniões mensais da Comissão						
Apresentação de relatórios						

2.17.14 Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal

Descrição da finalidade

A Comissão de Morbimortalidade Materna e Neonatal tem como objetivo principal a elucidação das circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis e fetais, identificar e propor melhorias na qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade perinatal e infantil.

Atribuições:

- Realizar o diagnóstico da mortalidade infantil, seus componentes, os principais problemas relacionados e distribuição na população no nível local;
- Divulgar a magnitude e a importância da mortalidade infantil, além de subsidiar o conhecimento sobre o seu conceito, seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, pós-natal) e o cálculo das taxas;
- Sensibilizar e envolver os profissionais de saúde e a sociedade sobre a importância e a gravidade da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade com um todo;
- Identificar os óbitos infantis como evento-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com o adequado funcionamento dos meios da saúde;
- Estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;
- Identificar os problemas e as circunstâncias de ocorrência dos óbitos infantis e fetais, para melhorar o conhecimento sobre a mortalidade infantil e perinatal e as possibilidades de intervenção;
- Avaliar os serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada à gestante e à criança;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, neste caso a Declaração de Nascido Vivo e a Declaração de Óbito, além do registro dos atendimentos (prontuários de atendimento ambulatorial e hospitalar, cartão de gestante e cartão da criança);
- Identificar e recomendar as estratégias e as medidas de saúde necessárias para a redução da mortalidade infantil e perinatal, com destaque para as mortes por causas evitáveis.

Regimento Interno

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - A Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal é uma instância interinstitucional, multiprofissional, com objetivo de analisar os óbitos maternos, neonatais e infantis ocorridos no Estado, para propor ações nas diversas instituições, a fim de prevenir novas mortes evitáveis. Sua atuação é técnico-científica e consultiva, sigilosa, com função eminentemente educativa.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º - São finalidades da comissão de mortalidade materna e neonatal:

- I. Monitorar e avaliar dados da cadeia de eventos responsáveis pela mortalidade materna, neonatal e infantil de forma sistematizada;
- II. Participar na correção das estatísticas oficiais, facilitando o fortalecimento dos sistemas de informações;
- III. Discutir as causas de mortes maternas, neonatais e infantis (evitabilidade), nos aspectos sociais, econômicos, políticos, jurídicos e outros que ofereçam escolhas para as soluções (medidas de intervenção) e promover análise científica;
- IV. Propor medidas e estratégias para a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, através de atividades que contribuam para a melhoria técnica e acadêmica dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica e pediátrica, e comunicar aos órgãos competentes quando da identificação de eventos que possam caracterizar atos que justifiquem intervenção;
- V. Promover ações de divulgação e de sensibilização sobre mortalidade materna e infantil, em articulação com a sociedade civil organizada e instituições de saúde;
- VI. Divulgar relatórios semestrais para instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas e infantis.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A comissão de mortalidade materna e neonatal é composto por membros titulares, designados pela Diretoria Geral da Instituição:

- Representante Médico;
- Representante Enfermeiro;
- Representante da CCIH;
- Representante do Serviço Social;
- Representante Psicólogo;
- Outros.

Artigo 4º - A Diretoria da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal será constituída pelo (a) Presidente, Vice-Presidente e Secretário (a) Executivo (a), que serão eleitos pela maioria simples de seus membros.

Parágrafo Único: O mandato para os cargos descritos no artigo anterior será de 02 (dois) anos, sendo permitida 01 (uma) recondução.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º - A comissão de mortalidade materna e neonatal receberá apoio administrativo da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, com garantia de infraestrutura para o seu bom e perfeito funcionamento.

Artigo 6º - A comissão de mortalidade materna e neonatal realizará reuniões ordinárias mensais, com cronograma de reuniões pré-estabelecidas.

Parágrafo primeiro – A comissão de mortalidade materna e neonatal reunir-se-á extraordinariamente conforme necessidade para tratar de matérias especiais ou de urgência.

Artigo 7º - A cada 03 (três) ausências consecutivas do membro, o serviço a que o membro representa, será notificada pela Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal. Não havendo justificativa plausível, deverá indicar outro representante.

Artigo 8° - A quebra do sigilo por membro da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal, a qualquer tempo ou motivo que torne público, direta ou indiretamente, informações pertinentes a investigações, implicará no desligamento automático do mesmo, independente das demais medidas legais que se fizerem necessárias.

Artigo 9° - A atuação da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal será de forma sistematizada, de acordo com o fluxo de atividades abaixo relacionadas:

- a) Todos os formulários utilizados no processo de investigação epidemiológica do óbito (ficha hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbito-SVO e/ou laudo do Instituto Médico Legal-IML) devem ser encaminhados à Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- b) Em reunião da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal identificar-se-ão os óbitos maternos, infantis e natimortos declarados e presumíveis para discussão dos casos;
- c) A comissão de mortalidade materna e neonatal quando receber casos não esclarecidos ou inconclusivos deverá notificar à vigilância do óbito da Secretaria Estadual de Saúde para encaminhamento de investigações complementares, novas investigações e/ou análises complementares para elucidar os casos;
- d) Fazer análise final dos óbitos maternos, infantis e natimortos, e apresentar sugestões pertinentes às instituições de saúde, bem como autoridades afins, visando à melhoria da qualidade da assistência obstétrica e pediátrica.

Artigo 10° - A comissão de mortalidade materna e neonatal terá representação em nível regional nos Comitês Regionais de Mortalidade Materna e Infantil.

CAPÍTULO V

DA COMPETÊNCIA

Artigo 11° - Ao Presidente da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal compete:

- I. Coordenar as atividades do grupo, mantendo a integração dos membros;
- II. Homologar, assinar e encaminhar processos;
- III. Articular com as diversas instâncias, recursos de infraestrutura e/ou materiais necessários para o desempenho das atividades;

- IV. Designar, entre os membros da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal, Secretário Executivo “*ad hoc*” em casos de ausência, afastamento ou impedimento do titular;
- V. Encaminhar as proposições da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal ao Diretor Geral da Unidade, conforme deliberação em Assembleia.

Artigo 12° - Ao Vice-Presidente compete substituir o Presidente em suas atribuições.

Artigo 13° - Ao Secretário Executivo da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal compete:

- I. Elaborar a ata das reuniões;
- II. Acompanhar as atividades do serviço administrativo quanto a convocação e agenda dos membros para as reuniões;
- III. Agendar as reuniões;
- IV. Acompanhar a execução das resoluções emanadas da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal.

Artigo 14° - Aos membros da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal compete:

- I. Compor grupos especiais de trabalho;
- II. Difundir junto aos serviços de origem os assuntos de relevância debatidos na Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- III. Eleger o (a) Presidente, o (a) Vice-Presidente e o (a) Secretário (a) Executivo entre os membros da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- IV. Elaborar análise e relatório situacional dos óbitos;
- V. Propor atividades educativas e ações para prevenir mortes evitáveis;
- VI. Promover debates sobre a problemática da mortalidade materna, infantil e neonatal, mediante realização de eventos de prevenção e educação permanente e contínua, e produção de material educativo;
- VII. Outras atividades correlatas deliberadas em Assembleia.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 15° - Nenhuma notícia para divulgação na imprensa, rádio ou televisão poderá ser fornecida sem autorização do Diretor Geral da Instituição.

Artigo 16° - Nenhum membro da Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal poderá receber pagamento, em reconhecimento pelos trabalhos prestados, que serão considerados relevantes serviços públicos.

Artigo 17° - Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos em assembleia pela Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal.

Artigo 18° - Data-se e publiquem-se as informações contidas no respectivo regimento.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão						
Reuniões						
Elaboração / Revisão de Normas e atividades Práticas						
Apreciação de Metas Pré-determinadas						
Assessoramentos Diversos						
Elaboração de Relatórios						
Encaminhamento de Relatórios						

2.17.15 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOTT A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do MDPF (CIHDOTT- MDPF)

A CIHDOTT- MDPF será instituída por ato formal da Direção e estará vinculada diretamente à diretoria médica da instituição, sendo composta por no mínimo três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um deverá ser médico ou enfermeiro e será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

A Direção do Hospital disponibilizará área física constituída e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT- MDPF, bem como definirá o regime de trabalho dos seus membros quanto à atuação na Comissão.

A CIHDOTT- MDPF tem como atribuição à organização da instituição hospitalar para que seja possível:

- I - organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;
- II - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;
- III - articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- IV - articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;
- V - viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;
- VI - notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

- VII - manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;
- VIII - promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;
- IX - articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;
- X - articular-se com as respectivas CNCDOs, OPOs e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- XI - arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº. 9.434, de 1997;
- XII - orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº. 9.434, de 1997;
- XIII - responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;
- XIV - manter os registros de suas intervenções e atividades diárias, atualizados conforme os Formulários I e II do Anexo V da Portaria GM/MS 2600/09;
- XV - apresentar mensalmente os relatórios à CNCDO, conforme o Formulário III do Anexo V da Portaria GM/MS 2600/09;

XVI - nos casos em que se aplique, articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CNCDO das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII - acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, nos casos em que se aplique, inclusive os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII - implantar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIX - registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante, do Formulário I do Anexo IV da Portaria GM/MS 2600/2009.

Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades da CIHDOTT- MDPF serão os estabelecidos no Anexo V da Portaria GM/MS 2600/2009.

- a) número de leitos;
- b) número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e existência de ventiladores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
- c) número total de óbitos por unidades assistenciais;
- d) número de óbitos em UTI, Emergências e outras unidades com ventiladores, com diagnósticos da causa base (levantamento de possíveis doadores em morte encefálica);
- e) número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas à CNCDO (potenciais doadores em morte encefálica);
- f) número de doadores elegíveis em morte encefálica;
- g) número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos (doadores efetivos ou reais de tecidos);

- h) tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias no caso de doação de órgãos;
- i) taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de órgãos;
- j) taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;
- k) taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;
- l) taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em doadores elegíveis em morte encefálica e em que fase do processo;
- m) número de doações efetivas ou reais em morte encefálica (cirurgia de retirada);
- n) número de doações efetivas ou reais de tecidos (cirurgia de retirada);
- o) causas de não-remoção especificadas;
- p) doador de órgãos implantados.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos – CIHDOTT					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões com a equipe do MDPF para instituição da CIHDOTT						
Definição e indicação dos membros da CIHDOTT						
Definição de infraestrutura básica necessária						
Palestras de sensibilização						
Avaliação						

2.17.16 Comissão de Farmácia e Terapêutica

FINALIDADE

Compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, objetivando a todo momento sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O farmacêutico tem, portanto, uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

O Serviço de farmácia é o componente sistêmico da organização Hospitalar onde é desenvolvida a assistência farmacêutica, que possui dois componentes básicos: o administrativo e o clínico.

Composição e Constituição - Membros

A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros executores, designados pelo Diretor Geral e assim distribuídos:

- a) 1 (um) representante da Farmácia;
- b) 1 (um) responsável pelo Corpo Clínico;
- c) 1 (um) representante da Infectologia;
- d) 1 (um) representante da Clínica Cirúrgica;
- e) 1 (um) representante da UTI;
- f) 1 (um) representante da Enfermagem.

Para se desenvolver projetos especiais ou grupos de trabalho poderão ser criadas subcomissões com representação do Serviço de Assistência Social, Nutrição, e outros, dependendo dos objetivos a serem atingidos.

Atribuições Gerais

São atribuições gerais da Comissão:

- a) Assessorar a Direção Geral na formulação da política de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos;
- b) Organizar e manter atualizada a grade de medicamentos padronizados e correlatos a serem utilizados pela **MDPF**, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- c) Fomentar mudanças e reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária**;
- d) Adotar medidas visando evitar a duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nome comercial diferente;

- e) Acompanhar estudos e pesquisas de medicamentos e correlatos, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico, emitindo parecer técnico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- f) Examinar e emitir parecer com referência a medicamentos e correlatos, no que diz respeito a propostas de: substituição ou eliminação da grade de medicamentos padronizados e novas aquisições;
- g) Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo: grade de medicamentos padronizados; dados farmacológicos e clínicos; reações adversas; ocorrências no emprego;
- h) Trabalhar métodos de controle sobre fármacos controlados e/ou de Alto Custo;
- i) Estruturar a implantação e a utilização de prescrição eletrônica;
- j) Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre medicamentos e correlatos e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- k) Emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão;
- l) Implantar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos medicamentos e correlatos;
- m) Recomendar e auxiliar na adoção e formulação de critérios para escolha, seleção, aquisição, uso e práticas corretas relativas aos medicamentos;
- n) Promover junto ao Corpo Clínico, ou por seu intermédio, a adoção de medidas relacionadas com a execução de normas indispensáveis para uso de medicamentos;
- o) Registrar e examinar as reações adversas causadas por medicamentos e propor medidas necessárias ao esclarecimento do pessoal auxiliar, bem como dos assuntos relacionados com o uso de medicamentos e outras substâncias;
- p) Emitir parecer de caráter técnico-científico em assuntos relacionados aos produtos farmacêuticos;
- q) Revisar frequentemente a grade de medicamentos padronizados a fim de manter sua atualização, propondo adição ou exclusão de medicamentos e/ou produtos;
- r) Estudar as solicitações de inclusão de novos medicamentos sugeridas pelo corpo clínico da **MDPF**;
- s) Formular programas de esclarecimentos ao Corpo Técnico, para conhecimento do uso de novos produtos da **MDPF**.

Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I – DAS FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem por finalidade elaborar uma listagem de medicações disponíveis, identificados por sua nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), acrescida das formas de apresentações e concentrações, e suas respectivas indicações. Bem como definir estratégias que possibilitem a inclusão e exclusão de medicações nesta listagem.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO E DEFINIÇÕES

Artigo 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica será composta por membros executores (profissionais da área da saúde, de nível superior, nomeados pela Direção do Hospital) e por membros consultores (Diretor Técnico, Diretor Clínico e profissionais de nível superior que façam parte do quadro funcional - médico da CCIH, um membro da administração, dois farmacêuticos e uma enfermeira da CCIH) da **MDPF**.

Parágrafo 1º - Os membros executores, indicados pela Direção da **MDPF**, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Parágrafo 2º - O mandato dos membros executores será de dois anos, podendo ser reeleitos.

Parágrafo 3º - O presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicado pela Direção da **MDPF**.

Parágrafo 4º - A secretária da Comissão de Farmácia e Terapêutica será um dos membros da mesma e indicada pela Direção da **MDPF**.

Artigo 3º - A Comissão funciona como um órgão assessor da administração, tendo assegurada a sua autonomia funcional.

Parágrafo 1º - A autonomia funcional se caracteriza pela independência em estabelecer normas de gerência sobre todas as atividades relacionadas a padronização de medicações.

Parágrafo 2º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica utilizará deste regimento, do compromisso, das normas dos Conselhos Regionais dos membros da equipe e da legislação vigente para o exercício de suas atividades disciplinares.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS EXECUTORES

Artigo 4º - São atribuições específicas dos membros executores:

- I. Redigir o formulário de padronização e mantê-lo atualizado;
- II. Selecionar os medicamentos para uso da **MDPF**;
- III. Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficaz ou eficácia duvidosa;
- IV. Avaliar a exclusão de medicações da padronização;
- V. Divulgar informações sobre o uso de medicamentos;
- VI. Sugerir aos órgãos competentes a compra de literatura especializada sobre medicamentos;
- VII. Estabelecer normas para a utilização de medicamentos R (uso restrito) e não padronizados;
- VIII. Avaliar e analisar as solicitações de medicamentos não padronizados, tendo um prazo de até 48 horas para emitir seu parecer. Em caso de anti-infecciosos o parecer será dado pela CCIH.

Caberá ao presidente:

- I. Convocar e presidir reuniões;
- II. Coordenar a equipe;
- III. Assinar documentos em nome da Comissão.

Caberá a secretária:

- I. Registrar as atas e as resoluções da Comissão;
- II. Encaminhar documentos redigidos pela Comissão.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS CONSULTORES

Artigo 5º - São atribuições dos membros Consultores:

- I. Auxiliar os membros executores na inclusão e exclusão de um medicamento.

CAPÍTULO V - DAS REUNIÕES

Artigo 6º - Os assuntos submetidos a apreciação da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão relatados por um dos membros executores nas reuniões, de acordo com a ordem do dia para discussão e votação.

Parágrafo 1º - Das reuniões serão feitas atas, relatando os temas, proposições, planejamentos e conclusões.

Artigo 7º - As reuniões da Comissão de Farmácia e Terapêutica serão semestrais, sendo os membros convocados com um mínimo de 48 horas de antecedência. Em caso de caráter de urgência, os membros serão convocados a qualquer tempo.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 8º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica tem autonomia de ação, devendo suas determinações serem observadas por todos os profissionais que exerçam atividades na **MDPF**.

Artigo 9º - As infrações decorrentes do não cumprimento do artigo anterior serão encaminhadas à Comissão de Ética e dado ciência ao Conselho Técnico, solicitando-se uma manifestação dessas entidades em um prazo de dez dias.

Artigo 10º - Cabe a direção da **MDPF**, aprovar e fazer respeitar o regimento interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Artigo 11º - O presente regimento entrará em vigor a partir da data de sua aprovação, revogando-se as disposições em contrário.

Artigo 12º - Este regimento foi elaborado com base nas leis vigentes.

Artigo 13º - Renovação do manual de padronização a cada 2 anos.

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A Padronização de Medicamentos é uma listagem dos fármacos disponíveis identificados por sua nomenclatura genérica (nome farmacológico), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) e acrescida pelas formas de apresentação, concentrações, e suas respectivas indicações. A padronização objetiva facilitar a prescrição médica, otimizar recursos e qualificar a assistência através de orientação e informações ao corpo técnico.

I. Medicamentos padronizados

Estes medicamentos são classificados em:

Uso Sem Restrições – medicamentos constantes na seleção de medicamentos e dispensados pela farmácia mediante a prescrição médica.

Uso Restrito (R) – possuem uma ou mais das seguintes características: indicação muito específica, pressão para indução de resistência bacteriana, maior potencial para produção de efeitos adversos ou interações medicamentosas, uso inadequado ou abusivo, comercialização muito recente, dificuldade de obtenção no mercado nacional e alto custo. Além da prescrição, estes fármacos exigem, para dispensação, o preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito, com validade de 7 dias, podendo ser renovado se necessário. No caso de antimicrobianos deve ser preenchido Formulário de Controle do uso de antimicrobianos com validade de 3, 7 a 21 dias, dependendo da infecção e tratamento prescrito. Para a albumina e aminoácidos deve ser preenchido no Formulário do Sistema Único de Saúde - Laudo p/Solicitação/Autorização de Mudança de Procedimento Especial.

OBSERVAÇÃO: os medicamentos de alto custo poderão não estar disponíveis momentaneamente na farmácia, por dificuldades econômicas circunstanciais ou pela não disponibilidade no mercado. Ocorrendo este fato, o médico responsável deverá ser imediatamente comunicado pela farmácia.

II. Medicamentos não padronizados

São medicamentos de uso eventual em casos justificados, e que não fazem parte do conjunto de fármacos que atende, nas necessidades usuais de pacientes internados. Como tal, não são mantidos em estoque, exigindo um prazo de até 72 horas úteis para a sua aquisição. A solicitação para compra é gerada pela prescrição e pelo preenchimento adequado do Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizado após avaliação e autorização pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A solicitação da medicação tem validade por 7 dias, podendo ser renovada.

OBSERVAÇÃO: Nas internações eletivas de pacientes já em uso crônico de medicamentos não padronizados, solicitamos aos médicos orientarem os mesmos para que já tragam de casa estes remédios (exemplos: pacientes hipertensos admitidos para tratamento clínico ou cirúrgicos ou tratamento de outra doença). Com isto, queremos evitar que o mesmo fique sem tratamento até que haja tempo para a farmácia adquirir a medicação.

III. Medicamentos controlados

São os medicamentos listados pela ANVISA, através da Portaria SVS/MS Nº. 344/1998, necessitando o preenchimento de receita específica. Na padronização são identificados pela letra “C”.

Rotina para a prescrição de medicamentos padronizados de uso restrito:

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de Formulário de Solicitação de Medicação de Uso Restrito devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT. No caso de antimicrobianos esta avaliação será realizada pela CCIH. A farmácia dispensa os padronizados de uso restrito até a sua avaliação. Não havendo autorização para o uso, a justificativa é encaminhada à unidade, para que o médico solicitante tenha conhecimento que a medicação prescrita não será fornecida ao paciente. O médico responsável pelo paciente poderá entrar em contato com um dos membros da CFT para discussão do caso ou poderá refazer a justificativa.

Todas as prescrições de medicamentos de uso restrito devem ser acompanhadas de Formulário de Solicitação de Medicação Não Padronizada devidamente preenchido para ser avaliado pelos membros executivos da CFT. A solicitação de compra é gerada após a avaliação e autorização pela CFT e ou Diretor Técnico, e prazo para a aquisição é de 72 horas.

Critérios para inclusão de medicamentos na padronização:

A CFT adota critérios rígidos para a padronização de medicamentos. Estes critérios, baseados nos conceitos da farmacologia clínica e no uso racional dos fármacos, são citados abaixo:

- I. Incluir fármacos de comprovada eficácia, isto é, aqueles em que se quantificou, através de ensaios clínicos padronizados, definido efeito benéfico na espécie humana; na inexistência desses estudos, privilegiar os medicamentos com extensa experiência de emprego clínico;
- II. Entre medicamentos de igual eficácia, selecionar aqueles com menor toxicidade relativa e maior comodidade de administração;
- III. Entre medicamentos de uma mesma classe farmacológica, definir um representante que atenda aos critérios prévios; em alguns casos, incluir mais de um representante com propriedades equivalentes, com o intuito de propiciar a competitividade entre diferentes fornecedores;
- IV. Limitar o número de apresentações, selecionar aquelas que contemplam maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos;
- V. Padronizar, preferentemente, apresentações com um único medicamento e as associações de comprovada utilidade;
- VI. Categorizar alguns fármacos como de uso restrito, quando envolverem indicações muito precisas, riscos bem definidos ou custo importante; os medicamentos de uso restrito somente serão liberados para as indicações especificadas;
- VII. Incluir novos fármacos somente quando as evidências de eficácia superior tiverem sido bem demonstradas (no mínimo 2 anos), pois alguns efeitos indesejáveis só são detectados com o uso continuado;
- VIII. Evitar como critério de inclusão a chamada “experiência pessoal”, pois ela tem reduzido poder em quantificar os benefícios dos medicamentos.

a) A solicitação de inclusão de medicamento na padronização deverá ser feita em formulário próprio (Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização) que será avaliado pela CFT.

Os critérios adotados pela CFT para a exclusão de algum medicamento da padronização são:

- I. Fármaco não prescrito nos últimos 6 (seis) meses a pacientes internados;
- II. Evidências de efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos significativos, havendo alternativas mais seguras;
- III. Indisponibilidade do produto no mercado, inviabilizando a compra;
- IV. A solicitação de exclusão de medicamentos da padronização deverá ser feita em formulário próprio (Solicitação de Revisão de Medicamentos na padronização).

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Farmácia e Terapêutica					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Implantação da Comissão						
Padronização e Outros						
Apresentação de Relatórios						
Avaliação						

2.17.17 Comissão de Epidemiologia Hospitalar

Descrição da Finalidade

A Comissão de Epidemiologia Hospitalar tem por finalidade detectar, recomendar e adotar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos de notificação compulsória.

Organização e Composição

A Comissão de Epidemiologia Hospitalar será responsável pelas ações de vigilância epidemiológica de Doenças de Notificação Compulsória – DNC no ambiente hospitalar, podendo desenvolver ações de vigilância epidemiológica relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

A organização e composição da Comissão de Epidemiologia Hospitalar da MDPF se dará conforme Regimento Interno a seguir:

Regimento Interno da Comissão de Epidemiologia Hospitalar

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A Comissão de Epidemiologia Hospitalar tem como principal objetivo a realização de ações de vigilância epidemiológica de Doenças de Notificação Compulsória – DNC na Maternidade.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Artigo 2º - A Comissão de Epidemiologia Hospitalar terá como competências e atribuições:

- I - elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;
- II - notificar e investigar, no âmbito hospitalar, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- III - realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SVS;

- IV - digitar as Fichas de Investigação Epidemiológica no SINAN, consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores da Maternidade;
- V - participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito da Maternidade;
- VI - monitorar e avaliar agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde;
- VII - promover um trabalho integrado com o laboratório da Maternidade e com outros laboratórios de referência, bem como, serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- VIII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico em caso de óbito por causa mal definida;
- IX - estabelecer um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;
- X - promover a integração com o serviço de arquivo médico e a comissão de revisão de prontuário da Maternidade para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;
- XI - trabalhar em parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Análise de Óbito;
- XII - realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC na Maternidade;
- XIII - elaborar e divulgar periodicamente, relatórios das doenças notificadas na Maternidade e realizar sistematicamente reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;
- XIV - monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade da Maternidade;
- XV - monitorar e avaliar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;
- XVI - participar do monitoramento e da avaliação dos óbitos na Maternidade;
- XVII - participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, capacitando-os para a realização de Vigilância Epidemiológica - VE na Maternidade;

XVIII - avaliar as ações de VE na Maternidade por meio de indicadores;

XIX - participar das atividades de imunização de profissionais e de usuários na Maternidade.

Artigo 3º - De acordo com a realidade do serviço, a Comissão de Epidemiologia Hospitalar deverá incorporar progressivamente outras atribuições da epidemiologia na Maternidade, tais como:

I - participar da elaboração e avaliação de protocolos clínicos assistenciais das DNC na Maternidade;

II - participar das atividades de treinamento em biossegurança com os profissionais de saúde;

III - assessorar tecnicamente, na unidade, os projetos de pesquisa desenvolvidos que utilizem o método epidemiológico; e

IV - monitorar e avaliar agravos relacionados ao uso de produtos e tecnologias em saúde.

CAPÍTULO III - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 4º - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 5º - O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção da MDPF.

Cronograma Semestral de Atividades

Atividades	Comissão de Epidemiologia Hospitalar					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Reuniões de Planejamento						
Implantação da Comissão						
Padronização e Outros						
Apresentação de Relatórios						
Avaliação Epidemiológica						

3. MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Apresentação

Procedimentos especiais que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da **Maternidade Dr. Peregrino Filho/ MDPF**. Objetivando a coerência no modelo gerencial proposto, não serão trabalhadas atividades fragmentadas e sim o hospital como uma estação produtora de cuidados, inserido no Sistema Estadual de Saúde e com os **componentes estruturantes de uma rede, articulando a Rede de Urgência e Emergência e a Rede Cegonha.**

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais e a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**: Horários e distribuição semanal dos locais de atendimento; readequação de espaços que não se encontram em funcionamento; incrementos e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

Em relação à Proposta do Programa de Humanização, a presente proposta técnica elaborou o modelo de gestão a ser implantado com as estratégias da Política Nacional de Humanização. Encontra-se ainda elaborada a proposta de implementação do Programa de Humanização da Atenção, na área do Edital, que compreende a Qualidade, Eficácia, Eficiência, Efetividade e Economicidade.

As características do modelo assistencial e as ferramentas para gestão da clínica, também estão contempladas de modo transversal na presente proposta.

Classificação de Risco de Manchester

O Grupo de classificação de risco de Manchester foi criado em novembro de 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros para a padronização da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. Um estudo realizado mostrou variações importantes nas nomenclaturas e definições existentes. Verificou-se então, a necessidade de desenvolver:

- Nomenclatura comum;
- Definições comuns;
- Sólida metodologia;
- Programa de capacitação;
- Guia de auditoria.

Apesar da variabilidade encontrada verificou-se a existência de tempos-resposta comuns e chegou-se a uma conclusão quanto a um novo sistema de nomenclatura e definição. Para cada prioridade foi atribuído um número, um nome, uma cor e um tempo alvo para a primeira avaliação médica. Através de reuniões de âmbito nacional no Reino Unido entre representantes enfermeiros e médicos dos serviços de urgência foi criada uma escala nacional de triagem.

O objetivo da classificação de risco é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico, facilitando a gestão da clínica de cada paciente e a gestão do serviço como um todo. O método consiste em identificar a queixa principal do paciente (motivo que o levou a procurar o serviço), definir a condição apresentada (fluxograma de apresentação) e procurar sinais e sintomas (discriminadores) em cada nível de prioridade clínica.

Nos projetos de implantação das Redes de Urgência e Emergência, um dos pilares é a adoção de um sistema de triagem em todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a terciária, para que os pacientes passem por um processo de classificação de risco clínico que oriente o atendimento ou encaminhamento do paciente para o ponto de atenção à saúde mais adequada ao seu quadro clínico.

A Classificação de Risco de Manchester é uma metodologia científica que confere classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento em uma unidade de pronto atendimento. O Sistema de Classificação de Risco (SCR) dispõe de 52 entradas, que se entende por fluxos ou algoritmos para a classificação da gravidade, avaliação está codificada em cores. Os fluxogramas estão agrupados de forma a identificar sinais, sintomas ou síndromes que habitualmente motivam a ida do paciente a um Pronto Atendimento.

Cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente, de forma a não comprometer a sua saúde. Quanto ao significado das cores, Pancieri informa que o paciente classificado como vermelho deve ser atendido de imediato, ou seja, tempo zero. As demais cores laranja, amarelo, verde e azul devem ser atendidas em tempo máximo de 10 minutos, 60 minutos, 120 minutos e 240 minutos respectivamente, conforme figura abaixo.

Figura 05:



Classificação de Risco de Manchester

A **Maternidade Dr. Peregrino Filho**, como organização hospitalar, abriga distintos **pontos de atenção à saúde**: pronto atendimento, ambulatório, clínicas de internação, UTI's Adulto e Neonatal, UCIN, centro cirúrgico.

A proposta de atuação da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para a maternidade, em coerência com o Projeto Básico é de servir como referência perinatal de nível regional, assistindo às gestantes, inclusive de alto risco, e seus conceitos. Dentro do seu perfil assistencial, a Maternidade deve absorver a demanda de pré-natal de alto risco e acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos de risco, para toda a população da sua área de abrangência, buscando otimizar sua capacidade instalada e obter elevado grau de resolutividade na atenção perinatal, evitando os encaminhamentos desnecessários e a sobrecarga de outros serviços obstétricos e neonatais de referência no estado.

A Maternidade através da equipe gerencial, da Diretoria Colegiada e do Conselho Gestor vai desenvolver estratégias de inserção no Sistema de Regulação, com o compromisso institucional de aderir aos protocolos clínicos para a referência do atendimento obstétrico, assim como aqueles disponibilizados para a realização de cirurgias eletivas em gineco-obstetrícia, conforme estabelecido pela SES/PB.

Como já referido desenvolver das ações de forma humanizada, buscando sempre ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde. Um dos aspectos centrais será a proposição e implementação de ações que ampliem a participação dos familiares e acompanhantes no processo assistencial da unidade.

Com a articulação de duas Redes de Atenção: Rede de Urgências e Emergências e Rede Cegonha: Centro de Comunicação e ordenador é o Complexo Regulador e a Atenção Básica.

Os **Sistemas de Apoio** são os lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção: campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica, nutrição e dietética, hemoterapia, Banco de Sangue, Banco de Leite e dos sistemas de informação em saúde.

Os **Sistemas Logísticos** são soluções tecnológicas, ancoradas em tecnologias da informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e usuários nas redes: cartões de identificação de usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários, serviço de esterilização, higiene e limpeza e hotelaria e lavanderia hospitalar.

A internação do paciente dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento. Na inexistência eventual de leito vago, regular os pacientes através da Central de Regulação, para os demais serviços de saúde SUS. Evitar Vaga Zero.

Todas as atividades assistenciais desenvolvidas devem sofrer regulação, de acordo com os mecanismos existentes, ou que venham a ser criados, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário, considerando o sistema de saúde com inserção nas Redes de Atenção à Saúde.

Ações Estratégicas

Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a **MDPF** e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

Identificar as barreiras de acesso ao serviço hospitalar.

Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.

Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.

Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.

Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual de Saúde e setores envolvidos.

Implementar as ações definidas.

3.1 Melhoria da Qualidade da Assistência

A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do hospital que serão apresentados e descritos; no Sistema de Apoio e Diagnóstico Terapêutico, no Sistema Logístico e no Sistema de Governança.

3.1.1 Pontos de Atenção

As principais etapas de trabalho e ações aqui relacionadas sob a responsabilidade da Unidade de Pronto-Atendimento, Ambulatório e de internação propriamente dita da **MDPF** são:

- Acolhimento da Paciente com classificação de risco e atendimento médico para as usuárias que buscarem os serviços da Maternidade quer gerem ou não internação, obedecendo o fluxo segundo o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (MS);
- A equipe de saúde será integralmente responsável pela usuária a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais;
- Acolhimento e Orientação de Familiares/Acompanhante;
- Desenvolvimento de Abordagem Interdisciplinar;
- Assistência por equipe médica especializada equipe de enfermagem e pessoal auxiliar;
- Avaliação regular da paciente mantida em observação;
- Assistência Psicossocial;
- Avaliação e Suporte Nutricional;
- Desenvolvimento, Adoção e/ou Implementação de Protocolos e Rotinas em Urgência e Emergência Obstétrica e Ginecológica;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Manutenção, Atualização e Guarda do prontuário do Paciente;
- Transporte Sanitário para pacientes transferidos a outras unidades hospitalares e ou para a realização de exames complementares;
- Elaborar os procedimentos operacionais padrão de todas as atividades pertinentes a este setor;
- Alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede municipal e/ou regional;
- Dispor de médico obstetra, pediatra, anestesista e enfermeira 24 horas do dia com nome e carga horária cadastrados no CNES;

- Realizar pelo menos 4.200 partos/ano. Este número poderá ser menor desde que atenda a necessidade de parto da 3ª macrorregião de saúde, mediante aprovação análise e de deliberação da Comissão Intergestores Regional - CIR, considerando como fator de análise dos últimos quatro anos quanto à taxa de mortalidade materna, mortalidade infantil, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes atendidas, condições físicas, técnica (equipe atuante), condições sanitárias;
- Adotar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações públicas pelo Ministério da Saúde e as recomendações emitidas pela SES/PB;
- Assegurar que o Quarto PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto) receba atividades como assistir parturientes em trabalho de parto, assegurar condições para que acompanhantes assistam ao pré-parto, parto e pós-parto, prestar assistência de enfermagem ao RN envolvendo avaliação de vitalidade, identificação e higienização e realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar bem-estar e segurança à parturiente, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação de acompanhante em todo o processo;
- Garantir acompanhante, de escolha da gestante, no pré-parto, parto e pós-parto;
- Possuir plano de ação para qualificação de atenção à gestante, tendo como objetivo a redução da taxa de cesárea para 10% anual do total de partos ocorridos no estabelecimento; exceto em casos de urgências, garantir que as cesáreas não sejam realizadas antes da 39ª Semana;
- Apresentar em prontuário acompanhamento por partograma em 100% das gestantes;
- Apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” do Ministério da Saúde;
- Desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais;
- Fornecer ações, orientações de planejamento reprodutivo pós-parto e pós abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento consulta de puerpério e puericultura após alta;

- Garantir o correto preenchimento das Declarações de nascimento e atestado de óbitos;
- Atender às exigências de infraestrutura, processo e procedimentos preconizados pela legislação dos órgãos de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde;
- Realizar teste rápido de HIV e Sífilis em 100% das parturientes e situações de abortamentos;
- Possuir Comissão interna de prevenção mortalidade materna e infantil;
- Alimentar e atualizar todos os sistemas de informações: SIA, SIH, SINASC, APURASUS e Portal da Transparência; Implantar e manter as ações do protocolo do parto seguro, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
- Receber todas as gestantes vinculadas pela articulação com os municípios por meio da CIR com a Atenção Primária/Ambulatório de alto risco para atender as intercorrências durante a gestação e a realização do parto;
- Outras Atividades previstas em Normas Vigentes, suas atualizações e futuras Publicações do Ministério da Saúde e ANVISA.

A Diretoria Colegiada em articulação com o Conselho Gestor vai desenvolver estratégias, junto aos Secretários Municipais de Saúde objetivando ampliar o acesso da população feminina em situações de urgência e emergência ginecológicas e ou obstétricas, no sistema loco-regional de saúde.

A Equipe Gestora trabalhará rotinas gerenciais junto a Equipe Multidisciplinar, objetivando o primeiro atendimento à mulher vítima de violência. Serão trabalhadas ações com atores Setoriais e Intersetoriais.

• **Unidade de Pronto Atendimento Obstétrico e Ginecológico**

Funcionando como porta de entrada, o pronto-atendimento busca ampliar o acesso da população feminina em situações de urgência e emergência ginecológicas e ou obstétricas, no sistema locoregional de saúde.

A Porta Hospitalar deverá ser reorientada, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização e através do Acolhimento com Classificação de Risco, Classificação de Manchester, já colocada na presente proposta.

O modelo de gestão, qualidade e integralidade, objetiva garantir a qualificação e continuidade do cuidado.

As gestantes e as mulheres com quadros nas especialidades de obstetrícia e ginecologia, acolhidos e classificados como quadros de urgência e ou emergência, são atendidos na própria unidade, sendo que quando for necessário, poderão ser mantidos em observação, ou ter internação hospitalar solicitada. Está incluído no perfil assistencial desta unidade o primeiro atendimento à mulher vítima de violência. Se, em consequência do atendimento de urgência, a paciente for mantida em regime de observação por período menor que 24 horas, somente será registrado o atendimento ambulatorial em caráter de urgência. Ultrapassadas 24 horas de observação, a instituição deverá fazer a solicitação de autorização de internação hospitalar (AIH).

As pacientes acolhidas, e classificadas como atendimentos não urgentes, deverão aguardar o atendimento ou ser referenciados às unidades de atenção à saúde da mulher, segundo seu local de residência.

Estrategicamente trabalhar um Manual:

Pontos do Manual:

Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde do Brasil (MS) foi criada em 2003 e busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde produzindo mudanças nos modos de agir, gerir e cuidar, e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, caracterizando-se como uma política transversal e com indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde, pela Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS.

Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde considera o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários no momento de procura pelo serviço e na prestação de cuidados com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.

O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, pois entende-se que acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde assim se constituindo em uma postura ética, política e estética.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado um dispositivo potente com resultados de maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e um disparador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das RAS e a valorização do trabalho em saúde.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, corresponde a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução, está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (Brasil, 2004).

Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que:

“No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”. Além disso a Resolução prevê que o Enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. Esse procedimento deverá ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as disposições da Resolução COFEN 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aos princípios da PNH (BRASIL, 2004).

A Portaria GM/MS nº 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. Conforme essa Portaria, o processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002).

A Portaria GM/MS nº 4279/2010 da Rede de Atenção à Saúde (RAS) define todos os pontos de atenção como igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Os pontos de atenção são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular. (BRASIL, 2010). A Resolução CFM nº 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados a outras unidades por profissional não- médico.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Vale ressaltar que não se trata de fazer diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, mas a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda a ferramenta do Acolhimento com Classificação de Risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004). A implantação sistemática do ACCR possibilita a abertura de processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a ressignificar os modos de fazer e construir novos modelos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, ampliando a resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de risco que consideram a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo oportuno diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho, definiu-se Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco na Porta de Urgência e Emergência/**MDPF** –que contribuirá diretamente para a efetivação da Diretriz da PNH Acolhimento, no âmbito do SUS.

Justificativa

A elaboração desse manual visa nortear os profissionais de saúde da **MDPF** no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços de urgência/emergência, mediante a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica. A classificação de risco requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais.

Deste modo, como parte de sua aptidão profissional é preciso que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar. O protocolo é uma ferramenta de apoio à tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências clínicas, traumáticas e, tem por finalidade a pronta identificação dos usuários mais graves, permitindo um atendimento rápido, seguro e oportuno, de acordo com o potencial de risco.

Nesse sentido, este protocolo justifica-se pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas aos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência na **MDPF**, a fim de diminuir a peregrinação dos usuários nos serviços de saúde evitando as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, de viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso.

Orientações Gerais para o Fluxo de Pacientes na Classificação de Risco

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta utilizada para organização dos fluxos, baseada em critérios visando priorizar os atendimentos aos usuários conforme o grau de prioridade, atentando para a criticidade do quadro de saúde / doença. O acolhimento tem início com chegada do usuário à unidade de saúde com a identificação do quadro, situação, queixa ou episódio apresentado. Os protocolos que compõem este manual foram construídos por equipe multiprofissional, baseados em evidências da literatura, que estratifica a classificação de risco por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), de acordo com a complexidade; Recomenda-se a revisão e atualização dos referidos protocolos a cada dois anos, ou em menor período, caso necessário.

A permanência do usuário em leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência, por período até 24 horas, não deverá caracterizar internação hospitalar; entretanto, se a atenção prestada em regime de urgência der origem à internação do paciente, não será registrado como um atendimento de urgência e sim como um atendimento hospitalar. Se em consequência do atendimento por urgência o cliente for colocado em regime de “observação” (leitos de observação) por um período menor que 24 (vinte e quatro) horas sem que ocorra a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

- **Atenção Ambulatorial**

A atenção ambulatorial se refere ao conjunto das ações ofertadas e executadas em nível ambulatorial, de forma programada e ou referenciada, atendendo tanto pacientes externos, como pacientes egressos de internação hospitalar. Inicialmente, a proposta é realizar consultas eletivas de pré e pós-operatório das especialidades cirúrgicas gineco-obstetra.

Em resposta ao perfil hospitalar de referência para o atendimento pré-natal de alto risco da região de saúde sob sua abrangência, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe reorganizar o ambulatório e realizar consultas eletivas de pré-natal de alto risco para gestantes referenciadas.

A maternidade será referência exclusiva para o atendimento pré-natal e parto de alto risco da 3ª macrorregião de saúde.

Neste sentido, a proposta é realizar consultas eletivas de pré-natal de alto risco para gestantes vinculadas à Maternidade advindas dos municípios pactuados, por meio da articulação com as CIR e interlocução permanente com as Gerências Regionais de Saúde da sua abrangência, assim como consultas de pré e pós-operatório em ginecologia. Na área pediátrica, o ambulatório será organizado para dar acompanhamento à recém-nascidos de alto risco, especialmente aqueles egressos da UCIN e ou UTI Neonatal.

Na área pediátrica, o ambulatório será organizado para dar acompanhamento à recém-nascidos de alto risco, especialmente aqueles egressos da UCIN e ou UTI Neonatal. A Diretoria Colegiada vai desenvolver junto aos profissionais uma Ficha de Avaliação de Risco, que além de classificar o risco clínico do RN aborda as questões sócio econômicas familiares objetivando melhoria da qualidade no acompanhamento.

No ambulatório a Atenção à Saúde será desenvolvida de forma humanizada e com ações multidisciplinares.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhantes;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Manter articulação e garantir a referência com as demais unidades de saúde relacionadas ao atendimento ambulatorial prestado.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** fomentará um processo de discussão para reorganizar a assistência ambulatorial, e serão disponibilizados procedimentos de enfermagem e ações do serviço social, fisioterapia e psicologia, orientações da área de nutrição e dietética e assistência farmacêutica. Ainda, pretende avançar na ampliação do atendimento para a área clínica e especialidades a serem definidas no planejamento estratégico.

Além das consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orientam pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumprem as atribuições sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem-estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcioná-los assistência imediata.

O ambulatório deve se articular com o Sistema Estadual de Saúde para estabelecimento da contra referência dos usuários. Os usuários devem retornar para os pontos de atenção da Atenção Primária à Saúde, respeitando os seus territórios sanitários. Este fluxo estará sendo estabelecido a partir do **Conselho Gestor**.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionamento das 07h00 às 17h00, no mínimo, em dois turnos.

Deverão ser organizadas durante o Planejamento Estratégico, reuniões com a Diretoria Técnica objetivando definir funcionamento do ambulatório, com horários de funcionamento e estabelecer a ocupação dos consultórios e especialidades segundo as demandas e necessidades.

O atendimento ambulatorial médico compreende:

- I - Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- II - Interconsulta;
- III - Consultas subsequentes (retornos).

Primeira Consulta, compreende a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação à Unidade, para atendimento a uma determinada especialidade.

Primeira Consulta de Egresso compreende a visita do paciente encaminhada pela própria **MDPF** que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Interconsulta compreende a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela **MDPF**.

Consulta Subsequente compreende todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

- **Atenção em Regime de Internação Hospitalar**

A **MDPF** funcionará com capacidade operacional para leitos distribuídos nas enfermarias, UTI e UCI, mediando à demanda por esta atenção e respeitando a capacidade operacional, evitando a utilização de macas para internação.

Deve estabelecer leitos de retaguarda específicos para a Porta de Entrada. Providenciar oportunamente o cadastramento no CNES e Credenciamento no SUS de leitos hospitalares já em funcionamento sem estar devidamente cadastrados, mas já utilizados.

Reafirmando trabalhar uma Linha de Cuidado priorizada e definida com a Gestão Estadual.

A Maternidade Dr. Peregrino Filho se constitui em referência de internação em média e alta complexidade nas especialidades de Obstetrícia (Risco Habitual e Alto Risco); Neonatologia; Cirurgia Ginecológica; Terapia Intensiva Adulto e Terapia Intensiva Neonatal, retaguarda.

As especialidades de obstetrícia, cirurgia ginecológica e neonatologia terão atendimento em regime de internação de forma regular e horizontalizada, contando com plantão físico 24 horas, sete dias por semana.

É de responsabilidade da equipe gestora da maternidade manter acessível equipe de profissionais médicos de outras especialidades para suporte técnico à clínica obstétrica, UTI Adulto, UTI Neonatal, UCIN e UCINCA tais como: pediatras neonatologistas, cirurgião e cirurgião pediátrico, cardiologista, endocrinologista, nefrologista incluindo hemodiálise, vascular, hematologista, infectologista, clínico geral. E demais especialidades que se fizerem necessárias, conforme legislação vigente deverá ser acessível de forma ágil durante as 24 horas, ainda que em regime de plantão de sobreaviso. As portas de entrada para internação devem ser sempre ser acompanhadas e reguladas pelos mecanismos regulatórios existentes ou que venham a ser criados e adotados pela SES/PB.

A atenção hospitalar de que trata este documento diz respeito ao conjunto de ações e serviços ofertados as paciente e seus familiares em regime de internação desde seu acolhimento inicial na maternidade até sua liberação ou alta hospitalar, incluindo-se aí o período puerperal, acompanhamento do desenvolvimento do bebe (Followup) todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade da Maternidade Dr. Peregrino Filho são:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhante;
- Assistência neonatal desde o nascimento até a alta hospitalar;
- Procedimentos cirúrgicos necessários ao adequado tratamento de usuários dentro do perfil da unidade;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial. Pacientes com necessidade de tratamento fora do perfil desta Unidade deverão ser referenciados através da Central de Regulação para outras unidades de serviços especializados;
- Estabelecimento de Plano Terapêutico Individual;
- Desenvolvimento de Abordagem Interdisciplinar;
- Cuidado Médico e de Enfermagem, preferencialmente de forma horizontalizada;
- Tratamento de morbidades associadas, diferentes daquelas que levaram à internação do paciente;

- Realização de interconsultas, exames complementares, internos ou externos, quando necessário;
- Encaminhamento e transferência para outras unidades e ou serviços de saúde, quando necessário;
- Elaborar relatório de transferência: documento que deve acompanhar o paciente em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente dados de identificação, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes;
- Assistência Psicossocial;
- Avaliação e Acompanhamento Fisioterápico;
- Fornecimento de Produtos para Saúde, Insumos, acessórios e materiais de uso diário somente de fornecedores com Licença Sanitária e com Registro na ANVISA, necessários aos cuidados assistenciais, tratamentos e cirurgias;
- Garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Manter enfermarias com o máximo de 3 leitos, separados por cortinas de teto, e banheiro no próprio quarto;
- Manutenção, Atualização e Guarda do prontuário do Paciente;
- Incorporação Regular de Registros do Paciente/Acompanhante ao Prontuário;
- Oferta de Suporte Nutricional, inclusive Enteral e Parenteral, quando necessário;
- Captação de Órgãos de forma ética;
- Transporte Sanitário (elaborar POP) para pacientes transferidos à outras unidades hospitalares, para a realização de interconsultas e ou para a realização de exames complementares;
- Serviço de ambulância adequada para transporte de usuários (UTI móvel, se necessário), identificada conforme programação visual determinada pela SES, disponível para uso imediato e ininterruptamente;
- Alta com referência estabelecida e registrada aos serviços de saúde da rede municipal e/ou regional.
- Fornecimento ao usuário de Sumário de Internação e Alta;
- Outras Atividades previstas em Normas Vigentes, suas atualizações e futuras Publicações do Ministério da Saúde e ANVISA.

Ressaltamos que na Maternidade não serão realizados procedimentos cirúrgicos pediátricos. Nas demais especialidades cirúrgicas, saúde da mulher, os serviços serão oferecidos segundo escalas específicas e reorganização do centro cirúrgico, priorizando as intervenções em gestantes de alto risco.

A Diretoria Colegiada articulada ao Conselho Gestor estabelecerá estratégias de abordagem aos secretários municipais de saúde para realizar cirurgias, em regime de mutirão, respeitando demanda loco regional. Dar-se-á preferência para o funcionamento em regime de hospital-dia, de forma a otimizar a capacidade instalada do equipamento hospitalar.

As portas de entrada para internação serão acompanhadas e reguladas pelos mecanismos regulatórios existentes.

O trabalho realizado nas unidades de internação será pautado na abordagem multidisciplinar, com a organização de grupos de discussão para estudos de casos e a tomada de decisão baseada em evidências clínicas. A Área de Nutrição e Dietética estabelecerá procedimentos articulados à área assistencial.

Objetivando garantir a realização de interconsultas e procedimentos de outras especialidades, principalmente em regime de urgência: pactuar com as regionais de saúde do entorno; estabelecer, por meio das regionais de saúde, a articulação com os hospitais de maior complexidade; e, caso seja observada necessidade, devido à demanda por estes serviços, disponibilizar plantões dessas especialidades.

- **Humanização na Gestão de Leitos**

Um dos maiores desafios para os sistemas de saúde é adequar a sua capacidade de oferta em face às necessidades em saúde das populações e dos indivíduos.

Em geral, os serviços de saúde no Brasil são bastante precarizados, onde boa parte sofre dificuldades estruturais, tanto em relação aos espaços físicos como em seu parque tecnológico e também na alocação e capacitação de seus profissionais. Além disso, há pouco processo de planejamento das ações e políticas de avaliação de resultado. Esta situação dificulta muito os processos de trabalho tanto assistenciais como de gestão.

Nos serviços de atenção às emergências, especialmente nos grandes hospitais brasileiros, esta situação tem como reflexo imediato a superlotação de suas portas de entrada.

Apesar da realidade local não apresentar deficiências no quantitativo e uso de leitos, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** preza pela garantia do uso com eficiência e efetividade dos leitos hospitalares. Para esta finalidade, será adotado o emprego de um sistema rotativo com modelagem de leitos de retaguarda parcial das especialidades e também leitos de retaguarda para a Porta de Entrada do Pronto Atendimento.

As salas cirúrgicas com prioridade as gestantes de alto risco, compartilharão o uso do espaço de maneira a evitar os períodos de ociosidade. Como já descrevemos na proposta, o Centro Cirúrgico vai trabalhar com mecanismos de Modelagem e Simulação e reorientar o Mapa Cirúrgico.

Estas medidas vão promover mudanças visando minimizar consideravelmente os atrasos, cancelamentos e mudanças não previstas no âmbito da internação hospitalar, resultando em otimização na utilização dos recursos e melhorias no atendimento da demanda para cirurgias eletivas na especialidade gineco-obstetrícia. Com os recursos disponibilizados pela tecnologia de informação, compartilhadas com o uso racional dos leitos e salas cirúrgicas, será possível desenvolver e aperfeiçoar um sistema de gestão hospitalar que não só atende às necessidades do paciente, mas também aumenta de forma significativa a eficiência do hospital.

Para realizar a Gestão de Leitos as diretrizes da humanização e acolhimento precisam ser aportadas: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

Objetivando melhorar o fluxo dos pacientes e reduzir o seu tempo de permanência, se faz necessário o uso de ferramentas para a redução do tempo de permanência, observando a relação tempo e risco e as necessidades dos pacientes com a intenção de melhorar o cuidado prestado. Nesse sentido de buscar ferramentas que possam auxiliar a minorar a superlotação com olhar para o risco, os serviços de urgências e emergências tiveram avanços ao implantar a tecnologia do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). A ACCR ainda não é suficiente para monitorar o tempo de permanência e o gerenciamento de fluxo não é garantido apenas pela classificação inicial dos pacientes. Nesse ponto devemos trabalhar a estratégia do uso da ferramenta KAN BAN.

O sistema KAN BAN nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais. Dessa forma, através dessa ferramenta podemos identificar o paciente, identificar a equipe responsável, localizar o paciente na emergência, indicar o tempo de permanência, entre outros.

O principal ganho reside no fato de que ao diagnosticarmos o tempo de permanência que o paciente encontra-se em uma determinada unidade, tem o potencial, através da visualização, de disparar a necessidade de identificar a(s) causa(s) que determinam a demora e intervir sobre a(s) mesma(s). E consequentemente isso impactará na melhor assistência prestada.

É muito importante entendermos que a ferramenta KAN BAN tem o potencial de instigar essas intervenções, mas não por si só fará com que aconteçam. Com isso queremos marcar que o seu uso somente será eficaz quando manejado por uma equipe de referência do cuidado e para a qual o emprego do KAN BAN faça sentido. Caso contrário será simplesmente uma sinalização visual, cuja essência seria meramente burocrática e sem consistência para disparar todos os processos. Neste sentido a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai realizar a capacitação da equipe para o uso da ferramenta.

- **Centro Cirúrgico**

Utilização das Salas de Cirurgia e utilização da sala de Recuperação Pós-Anestésica –RPA.

Atualmente, há ociosidade das salas cirúrgicas, com realização eventual, apenas de cirurgias eletivas de pequeno e médio porte.

As salas deverão estar preparadas para atender qualquer tipo de procedimento cirúrgico, saúde da mulher, com funcionamento ininterrupto em todos os dias da semana.

Como descrito no ambulatório serão desenvolvidos estudos e debates objetivando organizar o Centro Cirúrgico contemplando as demandas assistenciais do Sistema Estadual de Saúde da Paraíba.

Neste sentido durante o Planejamento Estratégico serão definidos os Horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia por especialidades: priorizando as cirurgias de mama; estabelecendo a partir da demanda cirurgias em regime de mutirão; priorizando as intervenções em gestantes de alto risco.

Em síntese serão definidos em conjunto com os profissionais: Horários e distribuição semanal das salas de cirurgia e trabalhar padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, inclusive definindo uma Linha de Cuidado prioritária para ser trabalhada.

A Proposta de Trabalho da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** para o centro cirúrgico da **MDPF** tem como principal ação, incrementar a capacidade de produção cirúrgica, trabalhando ações do modelo gerencial e ampliando o horário de funcionamento. O centro cirúrgico é um ponto de atenção de organização complexa, formado por várias partes que se relacionam para além de um layout arquitetônico e densidade tecnológica.

Nesta perspectiva, trabalhar com ações estratégicas articuladas ao Modelo Gerencial.

Em linhas Gerais a descrição de algumas Ações Estratégicas:

Ações Estratégicas:

Modelagem e Simulação do Ambiente Cirúrgico:

No Modelo Gerencial proposta trabalhamos com conceitos de Integração Vertical e Horizontal e Economia de Escala. Atualmente, pesquisadores e analistas de negócios estão começando a descobrir o potencial do uso da simulação dentro do ambiente hospitalar.

Através do estudo das interações entre pacientes, médicos, enfermeiros e equipe técnica e de suporte, a simulação pode se tornar uma ferramenta muito útil na eliminação de ineficiências e a alocação de recursos para determinados setores otimizados.

A simulação é utilizada no estudo da comparação entre diferentes sistemas para definição dos recursos ou requisitos a serem utilizados, o tempo de processamento dos sistemas, a quantidade de pacientes atendidas e o tempo de atendimento.

Dentro do ambiente hospitalar, está localizado o complexo sistema centro cirúrgico. O centro cirúrgico é uma unidade assistencial, onde são realizadas operações cirúrgicas, visando atender intercorrências clínicas, com suporte da ação de uma equipe de profissionais.

Requer suporte adequado de modo que os aspectos técnico-administrativos referentes à planta física e localização, aos equipamentos, ao regimento, às normas, às rotinas e aos recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético-legal da equipe e da instituição.

Algumas situações a que os pacientes são submetidos nos ambientes cirúrgicos, tornam necessária a aplicação de novas técnicas e procedimentos que facilitem a execução de tarefas nesses ambientes. Um exemplo de situação que poderia ser evitada é o atraso ou o cancelamento de cirurgias que muitas vezes acabam fazendo com que os preparos pré-cirúrgicos dos pacientes sejam perdidos, além dos custos adicionais à instituição, o desconforto causado tanto aos pacientes bem como para os demais profissionais envolvidos, e que nem sempre são os responsáveis diretos pelos atrasos ou cancelamentos. Estes são fatores que devem ser minimizados, objetivando assim a qualidade da prestação de serviço e a satisfação do quadro funcional.

Através da implantação de uma solução que permita confeccionar e adequar o mapa cirúrgico, teremos os seguintes benefícios:

- diminuir o tempo de ociosidade das salas cirúrgicas;
- melhorar a administração dos intervalos de utilização das salas, acarretando na diminuição dos atrasos;
- possibilitar uma maior flexibilidade na agenda dos cirurgiões;
- diminuir o tempo médio de dias de internamento, tendo em vista a facilidade em realizar o remanejamento das cirurgias quando for necessário;
- melhorar a previsão dos instrumentos, equipamentos e materiais necessários para realização de cirurgias;
- diminuir as situações de risco a que os pacientes são submetidos desnecessariamente, pois muitos preparos pré-operatórios e transferências entre a unidade de internação e o centro cirúrgico poderiam ser evitados.

Além disto, um modelo implementado através de uma ferramenta de simulação, poderá fornecer muitas informações essenciais na melhoria do processo de agendamento do mapa cirúrgico e desta forma possibilitar uma diminuição na ociosidade das salas cirúrgicas.

Metodologia

Para o desenvolvimento apropriado das tarefas dentro do centro cirúrgico, os pacientes devem ser escalados para os procedimentos cirúrgicos através do mapa cirúrgico, encaminhados para o ambiente cirúrgico, sendo neste anestesiados, o procedimento cirúrgico é realizado pela equipe utilizando os materiais, instrumentos e equipamentos adequados a manutenção da vida do paciente.

Para facilitar a criação do mapa, existe uma divisão das salas, criando assim uma agenda prévia dos dias semana e turnos disponíveis para cada especialidade clínica, incluindo-se nesta as salas destinadas às cirurgias de emergência.

A partir do mapa ocorre a verificação da disponibilidade de leitos de internamento e suas respectivas reservas, preparo dos pacientes, adequação do ambiente cirúrgico, reserva de equipamentos e instrumentos necessários para o procedimento e também aquisição ou transporte dos materiais a serem utilizados nas cirurgias.

Para a confecção do mapa, são utilizados os avisos de cirurgias, que nada mais são que informativos de execução dos procedimentos elaborados pelos médicos. O preenchimento destes avisos pode ser efetuado em dois momentos: quando o paciente já está internado na instituição ou quando o médico verifica a necessidade da intervenção cirúrgica.

Nestes avisos as principais informações encontradas são a data e horário preferencial para a cirurgia, a especialidade cirúrgica, o procedimento a ser realizado, os equipamentos, instrumentos e materiais necessários para a execução do mesmo.

Através da visualização dos avisos e da disponibilidade das salas cirúrgicas, equipamentos, instrumentos e demais materiais necessários, é realizada uma análise do número de cirurgias já programadas para cada dia, turno e especialidade, lembrando das cirurgias de emergência, permitindo assim confirmar o agendamento solicitado através deste, ou sugerir novas datas e horários para os mesmos.

A simulação consiste em descrever um modelo através de processos ou sistemas, a qual possui parâmetros que permitem a configuração do modelo, permitindo a tomada de decisão a respeito da execução prática do mesmo.

Através da criação de software é possível solucionar questões relacionadas a:

- análise de capacidades;
- planejamento de recursos e dos equipamentos;
- projeto das instalações;
- análise logística;
- planejamento da gestão do atendimento;
- projetos de novas instalações ou expansões das já existentes;
- otimização de setores de emergência, centros cirúrgicos, central de exames, entre outros;
- reengenharia.

Proposta para Uso Racional de Antimicrobianos:

Com a CCIH, estabelecer um projeto objetivando promover o uso racional de antimicrobianos por meio da duração adequada da profilaxia antimicrobiana cirúrgica.

Metodologia

Intervenção: avaliação do farmacêutico dos antimicrobianos prescritos na profilaxia cirúrgica, solicitando a interrupção do tratamento, nos pacientes elegíveis, em 48h no pós-operatório. Serão considerados pacientes elegíveis aqueles que preencherem os critérios de inclusão.

Quadro 14:

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Pacientes em pós-operatório, em uso de antimicrobianos destinados à profilaxia cirúrgica.	Pacientes no pós-operatório de: - Cirurgias contaminadas e infectadas; - Cirurgias urológicas.

A profilaxia está indicada na maioria das cirurgias limpas e limpas-contaminadas (definições em anexo).

Indicador

Número de pacientes em que houve adesão ao protocolo / Número de pacientes elegíveis avaliados x 100.

Definições: Classificação do potencial de contaminação

Quadro 15:

<p>Limpa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgias eletivas, feridas não infectadas - Sítios cirúrgicos onde não é encontrada inflamação - Não há abordagem de vísceras ocas (tratos respiratório, genitourinário, digestivo ou orofaringe) - Primariamente fechadas - Drenagem fechada, se necessária - Não há quebra de técnica - Trauma não penetrante <p>Exemplos: mamoplastia, herniorrafia inguinal, próteses de quadril</p>
<p>Limpa contaminada ou potencialmente contaminada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Há abordagem dos tratos digestivo, respiratório, genitourinário ou orofaringe - Situações controladas e sem contaminação não usual. - Cirurgia genitourinária: quando não há cultura de urina positiva colhida no pré-operatório - Em cirurgia do trato biliar: não há infecção de vias biliares - Nas cirurgias de apêndice, vagina e orofaringe quando não há evidência de infecção ou quebra de técnica. <p>Exemplos: colecistectomia eletiva, histerectomia por via vaginal ou abdominal</p>

Contaminada	<ul style="list-style-type: none">- Feridas traumáticas recentes, abertas- Contaminação grosseira durante cirurgia de trato digestivo, manipulação de via biliar ou genitourinária na presença de bile ou urina infectadas- Quebras maiores de técnica- É encontrada inflamação aguda não purulenta. <p>Exemplo: colecistectomia por colecistite aguda, fratura exposta (<8h)</p>
Infectada	<ul style="list-style-type: none">- Feridas traumáticas antigas com tecido devitalizado, corpos estranhos ou contaminação fecal- Vísceras perfuradas ou secreção purulenta encontradas durante a cirurgia. <p>Exemplo: laparotomia exploradora por perfuração de cólon, drenagem de abscessos</p>

3.1.2 Sistema de Apoio

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico: SADT**

No **Hospital** serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos em regime de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatorial.

Envolve os exames de patologia clínica, os exames de imagem e outros exames de apoio terapêutico.

Reafirmando, o hospital oferta sua estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico, Laboratório de Análises Clínicas, Eletrocardiografia e Serviços de Radiologia Convencional, Ultrassom e Mamografia: às atividades ambulatoriais, hospitalares e na área de urgência e emergência, em período integral e de forma ininterrupta. Com exceção da mamografia, os demais SADT devem ofertados em período integral e de forma ininterrupta.

Os exames de mamografia são realizados em regime eletivo, regulados pelos mecanismos vigentes acordados com a SES-PB e articulados com o Conselho Gestor. O Conselho Gestor com articulação da Gerência Regional de Saúde vai estabelecer os fluxos da mamografia.

Os exames complementares de maior complexidade e ou aqueles não disponíveis na unidade, porventura necessários, são integralmente de responsabilidade de encaminhamentos da equipe gestora do hospital, passível de pactuações com as gerências regionais de saúde.

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade da unidade neste nível são:

- Acolhimento do Paciente e Familiares/Acompanhantes;
- Fornecimento de Material Médico-Hospitalar e Medicamentos;
- Manutenção e Atualização do prontuário do Paciente;
- Transporte Sanitário para a realização de exames complementares não disponíveis na unidade;
- Entrega de Resultados, em formulário impresso e ou rede informatizada (*web based*).

Ações Estratégicas:

Fortalecer e aperfeiçoar o Apoio Diagnóstico e Terapêutico próprio, renegociar os terceirizados e definir os horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos.

Serão disponibilizados exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a todos os pacientes atendidos, mas estabelecer a Classificação da Prioridade nos pontos de atenção, Pronto Atendimento, Internação e Ambulatório.

Abrangem a atividade de urgência: solicitações e entregas de exames de pacientes provenientes do pronto atendimento e clínicas de internação.

Abrangem a atividade programada: solicitações e entregas de exames de pacientes provenientes de ambulatório e triagem cirúrgica.

Os exames de mamografia serão realizados em regime programado.

• Serviço de Hemoterapia

Caracterizado como Agência Transfusional; a Diretoria Colegiada vai trabalhar as estratégias de reorganização da Agência Transfusional objetivando o cumprimento de funcionalidades aportadas em Unidade Hemoterápica:

- Armazenar sangue e seus derivados;
- Realizar exames imuno-hematológicos pré transfusionais;
- Liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões nos setores da Maternidade de Patos;
- Participar do controle de qualidade externo promovido pela ANVISA;
- Promover ações para captação de doadores de sangue.

Ações Estratégicas:

O conselho gestor irá discutir a reestruturação da Agência Transfusional, e estabelecerá um cronograma para a implantação do mesmo, com o objetivo de garantir o adequado suprimento de hemoderivados, conforme as necessidades dos usuários e o estabelecer da criação do Comitê Transfusional Multidisciplinar.

- **Banco de Leite Humano**

É de responsabilidade do Banco de Leite Humano (BLH) da Maternidade Dr. Peregrino Filho o desenvolvimento e implementação das ações necessárias para a promoção e apoio ao aleitamento materno, bem como pela execução de atividades de coleta, seleção, processamento, e distribuição do leite materno.

As atividades do Banco de Leite abrangem não somente as ações em âmbito da unidade hospitalar, mas também aquelas relacionadas ao aleitamento materno em espaços extra hospitalares (unidades básicas de saúde, domicílios, comunidade), através da promoção, capacitação de profissionais de saúde, educação em saúde, captação de doadoras, coleta, entre outras.

É expressamente proibida a comercialização dos produtos por ele coletados, processados e distribuídos.

O Banco de Leite Humano deve possuir licença de funcionamento/Licença sanitária/Alvará sanitário em vigor emitida pelo órgão de vigilância sanitária competente.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai elaborar o Manual de Boas Práticas de Manipulação do leite humano ordenhado com procedimentos necessários para garantir a qualidade do leite humano ordenhado desde sua coleta até a distribuição.

O BLH deve seguir as orientações do Programa de Controle de Prevenção de Infecção e de Eventos Adversos (PCPIEA) da Maternidade Dr. Peregrino Filho. Fica vedado ao profissional, durante a realização do processamento do Leite Humano Ordenhado (LHO), a atuação simultânea em outros setores.

O BLH deve promover educação permanente aos seus profissionais mantendo disponíveis os registros da mesma. O BLH deve manter disponível o registro de formação e qualificação de seus profissionais.

Deve implantar os indicadores de Índice de positividade para microrganismos do Grupo Coliforme e Índice de não conformidade para acidez Dornic, usando a metodologia na RDC nº 171, de 04 de setembro de 2006 (Versão Republicada - 26.09.2008).

- **Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade.

Aporta, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento de medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, à atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação dos medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

Programar para o primeiro trimestre: Prescrição Eletrônica e Programa de Dose Única.

Importante considerar que a estrutura física da instituição não contempla a necessidade de implantação do serviço de Farmácia Satélite.

Proposta de Estruturação do Serviço de Farmácia

Apresentação

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada por um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma determinada comunidade. Nesta a Farmácia Hospitalar é uma unidade de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa.

A principal razão de ser da Farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas.

Aporta, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento de medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, à atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação dos medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

O fornecimento de medicamentos inclui:

- Conhecimento da dinâmica da demanda;
- Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos;
- Sequência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;
- Controle de qualidade;
- Sistema racional de distribuição de fármacos.

Ações Estratégicas:

- Implantação da **Comissão de Farmácia e Terapêutica**.
- Visando coordenar a formulação de diretrizes da **Assistência Farmacêutica** na **MDPF** será implementada em um prazo de 60 dias, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, com aprovação do Regimento Interno.
- A Comissão deverá estudar, reorientar e regulamentar a prescrição e a utilização dos medicamentos no Hospital.
- Reorientar a prática com a implantação do **Sistema de Dose Unitária**, com previsão de implantação em **03 meses**.
- Trabalhar ferramentas para a utilização de prescrição eletrônica objetivando sua implementação no primeiro semestre da parceria.
- Desenvolver o Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia.

Implantação do Sistema de Dose Unitária

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende implantar, 03 (três) meses após o início da parceria, o Sistema de **Dose Unitária**, que consiste no atendimento individualizado das prescrições, no qual a medicação é fornecida por um período, em geral, de 24 horas.

Neste sistema, o médico faz as prescrições; a enfermagem as encaminha à farmácia, que separa os medicamentos por paciente, para cada período (em geral de 24 horas) e os envia à unidade solicitante.

Distribuição de Medicamentos por dose unitária:

- Dispensar, a partir da interpretação da ordem médica por parte do farmacêutico, as doses de medicamentos necessárias para cada paciente, previamente preparada para que cubram um período determinado.

Estratégia de implantação:

- Organização do serviço de farmácia (compra de material, mobiliário, treinamento de pessoal);
- Elaboração de normas de funcionamento (cronograma de atendimentos, reenvase);
- Verificar as situações especiais: Quanto ao tipo de medicação, Medicamentos de urgência, Medicamentos de uso tópico, grandes volumes, Nutrição parenteral, citostáticos e outros medicamentos injetáveis, Entorpecentes e psicotrópicos;
- Aspectos funcionais: Prescrições "fora do horário", Acréscimos ou alterações;
- Reenvase de medicamentos: Cada embalagem deve conter uma quantidade de medicamento para ser tomada de uma só vez; Proporcionar uma adequada proteção do conteúdo junto aos agentes ambientais; Permitir uma fácil e completa identificação; Permitir administração diretamente do envase, sem necessidade de nenhuma manipulação.

Implantação da Prescrição Eletrônica

Na prescrição eletrônica, o profissional médico realiza as prescrições de medicamentos num sistema informatizado. Estes sistemas permitem acesso completo aos dados dos medicamentos, seja por nome comercial ou por princípio ativo, com objetivo de evitar erros na transcrição dos nomes de medicamentos e de interação medicamentosa. Cada prescrição efetuada dispara, automaticamente, os processos necessários para os setores relacionados, como, por exemplo, a farmácia, a enfermagem e o faturamento.

O sistema de prescrição eletrônica permita ao médico, enfermeiro e setor de farmácia acessar a prescrição de qualquer local do hospital, quando necessário. O sistema também permite recuperar e alterar a última prescrição digitada, assim como imprimi-las sempre que necessário.

No método eletrônico a enfermagem poderá visualizar a prescrição realizada, adicionar os horários e liberar o pedido de medicamento para a farmácia. A farmácia, ao receber o pedido, dispensaria os medicamentos às unidades de enfermagem. O serviço de nutrição também receberia o pedido de dieta, tão logo encerrada a prescrição.

Os benefícios dos sistemas de prescrição eletrônica são reconhecidamente superiores àqueles associados ao método tradicional de prescrição.

A prescrição eletrônica oferece melhor e mais ágil canal de comunicação entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros, reduz os erros de medicação e transcrição, reduz os custos relacionados ao manuseio e arquivamento de papel e facilita a repetição das prescrições.

➤ **Desenvolvimento do Sistema Eletrônico de Controle de Estoque em Farmácia**

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai desenvolver um *Software* para controle do fluxo do estoque com equipamentos de informática compatíveis.

Melhorias alcançadas com o **Sistema Eletrônico**:

- Maior facilidade de gerenciamento;
- Maior agilidade no processamento das compras;
- Maior confiabilidade nos resultados;
- Possibilidade de interpolação de dados;
- Diminuição do tempo gasto nos processos;
- Diminuição dos custos de aquisição/estocagem;
- Possibilidade de monitoramento da utilização dos produtos;
- Melhoria dos serviços prestados ao paciente;
- Farmacovigilância;
- Capacitação da equipe.

➤ **Descrição de Finalidade e Atribuições do Serviço de Farmácia**

O núcleo de farmácia funciona 24 horas e será responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à seleção, aquisição, avaliação, recepção, armazenamento, conservação e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares. É o serviço responsável pelo planejamento, organização, execução e controle das atividades ligadas à aquisição, seleção, avaliação, recepção, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle de medicamentos.

Tem por objetivo garantir o abastecimento de medicamentos e materiais correlatos, oferecendo atendimento com eficiência, qualidade e rapidez, atendendo as necessidades da terapêutica e contribuindo para o processo de recuperação da saúde dos pacientes.

Atribuições Gerais da Farmácia Hospitalar

1. Administrar o estoque dos medicamentos de acordo com as necessidades do hospital, realizando aquisição / seleção de medicamentos a partir do consumo médio, do estoque mínimo e do ponto de ressuprimento;
2. Garantir que os medicamentos sejam distribuídos dentro da data de validade e que o local de armazenamento possua condições ideais de temperatura e umidade, de acordo com as Boas Práticas de Produção e Distribuição, visando a manutenção das naturezas físicas e bioquímicas de suas composições;
3. Realizar seleção e padronização de medicamentos;
4. Promover distribuição dos medicamentos de forma racional, adequada à estrutura do hospital;
5. Orientar as especialidades médicas quanto ao uso correto dos medicamentos e sua conservação;
6. Integrar a área com a **Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;**
7. Promover o ensino e capacitação dos funcionários para o trabalho em Farmácia Hospitalar;

Esses requisitos mínimos são indispensáveis para promover meios de pronto estabelecimento dos pacientes no hospital e para atender às exigências da legislação pertinente e do Código de Defesa do Consumidor, em seus artigos 6º e 8º:

Artigo 6º:

“Todo consumidor tem direito a: Proteção à vida, saúde e segurança contra riscos provocados por práticas de fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos. A educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, assegurada a liberdade de escolha e igualdade nas contratações a informação adequada e clara sobre os diversos produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, característica, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem.”

Artigo 8º:

(Capítulo IV, seção I – da proteção à saúde e segurança) *“Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde e segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis de sua natureza e função, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito.”*

Composição e Atribuições dos Recursos Humanos

As funções e atribuições dos serviços e dos profissionais do setor também podem ser divididas em administrativas, técnicas e operacionais. Para o melhor desempenho do serviço, todos os funcionários, de acordo com o cargo que ocupam, devem estar orientados de suas atribuições. O estabelecimento destas atribuições permite ao gestor farmacêutico a definição dos cargos, a determinação do perfil e a seleção do funcionário mais adequado para o trabalho.

A) Atribuições: Chefe/ Serviço de Farmácia Hospitalar:

A.1) Administrativas:

- Organizar e controlar as atividades técnico-administrativas do serviço;
- Manter atualização das informações, da documentação e seu arquivamento;
- Confeccionar e manter atualização do memento terapêutico, do manual de normas e procedimentos operacionais e do manual de interações medicamentosas;

- Coordenar escala de férias, licenças e plantões dos funcionários em exercício no Serviço, bem como recomendar medidas disciplinares;
- Cumprir e fazer cumprir as ordens de acordo com a escala hierárquica, assim como as normas e diretrizes técnicas e administrativas;
- Avaliar o desempenho funcional de seus subordinados.

A.2) Operacionais:

- Controlar o estoque e fazer reposição dos medicamentos de acordo com consumo médio, o estoque de segurança e o ponto de ressuprimento, assim como fiscalizar a entrada / saída dos medicamentos e opinar quanto ao preço, qualidade e quantidade que deva permanecer em estoque;
- Assegurar atendimento adequado aos pacientes em relação à distribuição dos medicamentos;
- Promover reuniões de instrução, avaliação e coordenação de atividades;
- Orientar o responsável da guarda de medicamentos quanto à interdição de lotes e aos planos de recolhimento.

A.3) Técnicas:

- Responder pela aquisição, distribuição, qualidade e registro das substâncias controladas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Medicamentos, Insumos, dietéticos e Correlatos;
- Estabelecer participação na Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
- Estabelecer participação na Comissão de Farmácia e Terapêutica a ser implementada;
- Atualizar e padronizar os medicamentos, bem como sugerir novos medicamentos, de acordo com as características do hospital, com vantagens técnicas e econômicas,
- Sugerir e promover medidas para redução do custo operacional;
- Cooperar com as especialidades no planejamento e execução de programas econômicos, técnicos e científicos.

B) Atribuições do Profissional Farmacêutico

B.1) Administrativas:

- Conhecer, interpretar e cumprir as exigências da legislação pertinente;
- Supervisionar processos de aquisição de produtos;
- Manter atualizada escrituração de manuais, formulários, bancos de dados e boletins de informação;
- Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e os procedimentos relativos aos aspectos operacionais da manipulação de formulações magistrais e oficinais.

B.2) Operacionais:

- Especificar, selecionar, inspecionar e armazenar criteriosamente as matérias primas e materiais de embalagens necessários ao preparo das formulações;
- Participar de estudos de farmacovigilância, tendo por base a análise de reações adversas e interações medicamentosas.
- Organizar e operacionalizar áreas de funcionamento da farmácia.

B.3) Técnicas:

- Qualificar fornecedores pela exigência de certificados de Boas Práticas de Produção e assegurar recebimento dos certificados de análise emitidos pelos fornecedores;
- Avaliar prescrição médica quanto à adequação, concentração e compatibilidade físico-química dos componentes, dose e via de administração;
- Assegurar condições adequadas de manipulação, conservação, transporte, dispensação e avaliação final da formulação, visando evitar riscos;
- Determinar os prazos de validade de cada produto manipulado;
- Promover e registrar treinamento operacional, educação continuada, e participar dos processos de Educação Permanente para atualização dos profissionais envolvidos na manipulação. O conceito de garantia da qualidade e todas as medidas capazes de melhorar a compreensão e sua implementação devem ser amplamente discutidos durante as capacitações;
- Informar aos pacientes o modo de usar de cada medicamento, os riscos possíveis, os efeitos colaterais, as incompatibilidades física e química, as interações com medicamentos e alimentos e outras informações pertinentes à utilização correta dos produtos.

C) Atribuições dos Trabalhadores em Exercício no Serviço

C.1) Administrativas:

- Atender às solicitações de medicamentos (formulários próprios ou prescrições médicas) o mais rápido possível;
- Manter a chefia do serviço informada sobre qualquer irregularidade ocorrida no setor.

C.2) Operacionais:

- Manter organização e limpeza do setor de trabalho (organização física e atividades);
- Cumprir as diretrizes do manual de normas e procedimentos e as estabelecidas institucionalmente;
- Despachar os pacotes de medicamentos destinados a cada paciente, quando prontos e etiquetados.

C.3) Técnicas:

- Manipular e fracionar os medicamentos, após paramentação e limpeza adequada, observando com rigor as boas práticas de manipulação e as normas estabelecidas nos manuais de bancada, onde devem estar descritos os protocolos de manipulação.

➤ Metodologia e Mecanismos de Controle

- **Aspecto Logístico**

Gerenciar a compra, armazenamento e distribuição fornecendo mecanismos de controle sobre esta demanda.

- **Aspecto Técnico**

Gerenciar e caracterizar o uso e análise deste consumo junto à equipe multiprofissional.

- **Aspecto Contábil**

Controlar financeiramente o estoque promovendo a sua valoração e sua apropriação nas contas dos pacientes.

➤ **Levantamento dos Processos e Fluxos**

PROCESSOS

Processo 1: Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de Apoio do Hospital.

Objetivo: Abastecer os setores disponibilizando os medicamentos e materiais a serem utilizados nos diversos procedimentos.

Subprocessos: Não tem.

Clientes

Pontos de Atenção, Apoio e Diagnóstico e Sistema Logístico.

Quadro 16:

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	PROCESSOS E SUB-PROCESSOS	SAÍDAS
Requisição pelo Sistema Eletrônico Requisição de materiais; Requisição de transferência; Relatórios de consumo do setor; Notificação de Receita.	Distribuição de insumos farmacêuticos aos serviços de apoio a MDPF .	Construção de Indicadores; Requisições de atendimento (Documento de movimentação do item); Requisição de materiais atendidas; Livro de registro de medicamento da Portaria 344/98.

Controles

Registros:

- Documento de movimentação do item;
- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98;
- Registro no Sistema Eletrônico.

Base Legal

- Lei Federal nº 5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº 6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº 6437 de 20/08/77
- RDC nº 306 de 07/12/2004
- RDC nº 50 de 21/02/02
- RDC nº 67 de 08/10/07

Processo 2: Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado.

Objetivo: Planejar e elaborar os pedidos mensais de medicamentos e correlatos para o abastecimento. Recebimento, guarda e conservação dos insumos.

Clientes

Setor de Farmácia, Abastecimento e Distribuição, Área Administrativa e Financeira.

Quadro 17:

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	PROCESSOS E SUB-PROCESSOS	SAÍDAS
Padronização/Seleção Programação de Inventário do Almoxarifado de Farmácia Solicitações dos setores do hospital; Requisições de Transferência de unidades da rede	Suprimento de insumos farmacêuticos do Almoxarifado Suprimento de insumos farmacêuticos pela MDPF;	Requisições de Atendimento da GAD-SES (Documento de movimentação do item); Notas Fiscais; Requisições de Transferência; Construção de Indicadores; Relatórios de Controle e Estoque

Controles

Registros:

- Relatório de Pedido Mensal, Inventário;
- Notas Fiscais;
- Relatórios de Controle de Estoque;
- Requisições de Transferência
- Comunicações Internas de Compra;
- Registros do Sistema Eletrônico;
- Relatórios de Controle de CI.

Base Legal

- Lei Federal nº 5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº 6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº 6437 de 20/08/77
- RDC nº 306 de 07/12/2004
- RDC nº 50 de 21/02/02
- RDC nº 67 de 08/10/07
- Portaria nº 344 de 12/05/08

Processo 3: Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo.

Objetivo: Fornecer a medicação para os pacientes internados para 24 horas, juntamente com todos os materiais aos postos de enfermagem.

Subprocessos: Não tem

Clientes

Pontos de Atenção.

Quadro 18:

ENTRADAS E SAÍDAS		
ENTRADAS	PROCESSOS E SUB-PROCESSOS	SAÍDAS
Prescrições médicas Acréscimos de prescrições. Requisições de materiais;	Atendimento das prescrições médicas e requisições de material/medicamento de uso coletivo; Registro de medicamentos da Portaria 344/98	Construção de Indicadores; Kits de medicamentos e materiais individualizados; Prescrições médicas, acréscimos, requisições de materiais, atendidos. Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98.

Controles

Registros:

- Requisições de materiais atendidas;
- Livro de registro de medicamentos da Portaria 344/98;
- Prescrição médica;
- Acréscimo de prescrição.

Base Legal

- Lei Federal nº 5991 de 17/12/73
- Lei Federal nº 6360 de 23/09/76
- Lei Federal nº 6437 de 20/08/77
- RDC nº 306 de 07/12/2004
- RDC nº 50 de 21/02/02
- RDC nº 67 de 08/10/07
- Portaria nº 344 de 12/05/08

- **Nutrição e Dietética:**

A **MDPF** possui estrutura de cozinha hospitalar, bem como refeitório, sendo de responsabilidade primeira da unidade de produção a oferta de refeições, dietas e fórmulas para pacientes, acompanhantes, colaboradores, observando-se as normas e exigências legais para a sua execução.

O serviço deve ofertar, no mínimo, as seguintes refeições aos colaboradores, pacientes em observação e seus acompanhantes:

I – Desjejum;

II – Lanche da manhã;

III – Almoço;

IV – Lanche da tarde;

V – Jantar;

VI – Ceia.

Ofertar ainda as dietas especiais, incluindo o suporte nutricional enteral e parenteral, quando se fizer necessário.

O serviço de nutrição deve atuar de forma integrada ao atendimento clínico, colaborando desde a avaliação nutricional, até buscando atender as preferências e restrições pessoais, sempre que possível, e em acordo com o processo terapêutico estabelecido.

Proposta de Integração do Serviço de Nutrição e Dietética ao Atendimento Clínico

O Serviço de Nutrição e Dietética (SND):

A Responsabilidade do serviço: produção de bens e serviços destinados a prevenir, melhorar e/ou recuperar a saúde de sua clientela, por meio do fornecimento de refeições, alimentos e orientações técnicas, embasando-se em aspectos técnicos, administrativos e científicos atualizados, efetuando o controle qualitativo e quantitativo em todas as etapas de produção da alimentação.

Realizar atividades de ensino, participando e/ou desenvolvendo trabalhos de pesquisa nas diversas áreas de atuação dos profissionais.

São duas atuações:

Nutrição: responsável por todas as etapas do planejamento, preparação e distribuição das refeições normais, englobando os atendimentos relacionados às diversas clientelas:

- ▶ Pacientes e acompanhantes das Unidades de Internação e ambulatórios;
- ▶ Servidores.

Quadro 19:

Refeição
Café da manhã
Almoço
Jantar
Refeições Complementares
Ceia Noturna
Dietas Enterais
Fórmulas Pediátricas

Dietética: responsável por todas as etapas do planejamento, preparo, e distribuição das refeições modificadas, dietas enterais e fórmulas pediátricas, bem como a Assistência Nutricional aos pacientes, tendo como atividades:

- ▶ Promover a assistência nutricional aos pacientes, compreendendo desde a avaliação, diagnóstico, intervenção e orientação nutricional, até a coleta da prescrição médica, produção das dietas, dispensação e distribuição nas unidades de internação.
- ▶ Todas as atividades desenvolvidas visam proporcionar a satisfação das necessidades expressas ou implícitas da clientela, buscando a garantia da qualidade dos produtos finais, com segurança alimentar baseado em normas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Incrementos

Evolução / Melhorias

Com o início do Sistema de Prescrição Eletrônica

Trabalhar a Padronização de Dietas de Rotina e Especializadas, Fórmulas Pediátricas e Nutrição Enteral, existentes na **MDPF**, permitindo uma linguagem unificada entre a unidade e todas as equipes envolvidas na assistência ao paciente para integrar o Sistema de Prescrição Eletrônica.

O sistema será flexível quanto á expansão das dietas padronizadas, permitindo a multiplicidade de tipos de terapia nutricional para um mesmo paciente, pois sua estrutura possibilita os seguintes níveis de escolha: Via de administração, Forma de Apresentação da Dieta, Quantificação de Nutrientes e Fracionamento.

Assistência nutricional aos pacientes internados:

Inclui a elaboração e informatização da triagem, avaliação e intervenção nutricional efetuada de forma personalizada, sistemática e padronizada.

Acolhimento e Humanização:

Aplicar um questionário objetivando avaliar a qualidade das refeições, preferência de cardápio e preferência de horário.

Banco de Leite:

A área de Nutrição e Dietética, responsável técnico do Banco de Leite, estabelecerá procedimentos organizacionais para a melhoria das ações desenvolvidas no Banco de Leite. Fomentará campanhas de conscientização da importância do Aleitamento Materno.

Sistemas de Informação:

Aprimorar os Sistemas de Informação: Trabalho voltado ao faturamento e ao registro dos procedimentos hospitalares. Retroalimentação do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar.

Utilizar os Sistemas de Informações estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Traduzir os dados em informação clara e útil ao Conselho Estadual de Saúde.

Pactuar com a Gestão Estadual os procedimentos para disseminar informação aos meios de comunicação e ao público em geral.

Utilizar as informações geradas para fins de mudanças e corrigir distorções.

A presente proposta técnica apresenta um projeto que contempla a gestão da informação em todos os aspectos que a abrangem.

3.1.3 Sistema Logístico

- **Cartão de Identificação dos Usuários:** No SUS está representado pelo Cartão SUS.
- **Prontuário Eletrônico:** Documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo. As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

Proposta de Reorganização do SAME

Apresentação

O Serviço de Arquivo de Prontuários Médicos, denominado também como Serviço de Arquivo Médico e Estatística - **SAME** tem por finalidade a guarda e a preservação do prontuário médico (dados pessoais, história, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e a elaboração de relatórios e boletins referentes ao movimento hospitalar.

É ainda responsabilidade do SAME arquivar o prontuário do paciente de forma ética, dentro das normas arquivísticas com observância do sigilo de informações, visando disponibilizá-lo de forma rápida quando solicitado, pelo próprio paciente, judicialmente ou aos profissionais de saúde para o desenvolvimento da assistência médica, ensino e pesquisa.

Este serviço funciona com duas unidades: Unidade de Arquivo de Prontuários Médicos e Unidade de Estatística.

➤ **Descrição de Finalidade e horários de atendimento do SAME**

O SAME presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 08 horas às 19 horas. Para desempenhar as funções necessárias ao atendimento com qualidade na **MDPF**, que tem demanda de urgência e emergência, o SAME deverá se preparar para trabalhar todos os dias da semana nas 24 horas.

➤ **Atribuições Gerais do SAME**

- Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;
- Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes que saírem de altas;
- Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores do hospital;
- Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes e ou encaminhando para atendimento das informações solicitadas;
- Arquivar e custodiar os prontuários de internações e ambulatoriais;
- Manter o registro numérico nos prontuários médicos (sistema informatizado);
- Receber, conferir e manter o censo diário atualizado;
- Receber, controlar e resumir, diária ou mensalmente, as informações estatísticas de consultas externas (ambulatoriais) e dos serviços auxiliares de diagnóstico, tratamento e hospitalização;
- Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, de interesse do hospital;
- Calcular os indicadores de saúde requeridos pela **MDPF**;
- Encaminhar ao setor de contas médicas os dados estatísticos, para efeito de apuração dos custos hospitalares;
- Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela diretoria da **MDPF**.

➤ **Unidade de Arquivo de Prontuários Médico**

A) Atividades

- Retirada (e arquivamento) de prontuário para atendimento de ambulatório e/ou internação;
- Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
- Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado;
- Garantir a revisão quantitativa do prontuário, após o atendimento do paciente;
- Elaborar demonstrativos estatísticos de atendimentos, codificação dos diagnósticos constantes nos prontuários médicos segundo CID-10 e fornecer levantamentos estatísticos e nosológicos aos Profissionais.

➤ **Unidade de Estatística**

Apresentação

É função da Unidade de Estatística elaborar a Estatística Administrativa e Nosológica do hospital, ressaltando que um Sistema Integrado de Gestão Hospitalar reúne as estatísticas referentes às atividades diárias preservando também a privacidade dos prontuários médicos.

Sistemática e Metodologia de Trabalho

Destina-se a organizar o funcionamento da unidade de estatística, utilizando para tanto métodos estatísticos próprios para a área hospitalar e tem como principal objetivo cooperar no entendimento do funcionamento e características dos serviços prestados pelo hospital e as suas consequências.

- **Estatística Administrativa:** Elabora os Indicadores hospitalares e outras estabelecidas pela Administração do Hospital.

- **Estatística Nosológica:** Refere-se às causas de morbidade e mortalidade das investigações classificadas de acordo com a Codificação Internacional de Doenças (CID- 10), contidos em nosso Sistema Integrado de Gestão Hospitalar.

Será criado um manual de normas, serviços e rotinas, que visa o melhor aproveitamento dos recursos e dados existentes, bem como a implantação, coleta e gerência de novos dados.

Finalidade

Fornecer dados para a avaliação da instituição e eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo, com qualidade e confiabilidade, atuando e auxiliando todas as áreas do hospital.

Objetivo

Investir na busca de parâmetros fidedignos que facilitem a tomada de decisão, o planejamento e a pesquisa científica sem esquecer seu papel de agente em saúde pública, com a Gestão do SUS e elemento de ligação ao sistema de informação em saúde.

Atribuições

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do ambulatório, urgência e central de internações, também são obtidas informações de outros setores: radiologia, laboratório, enfermagem e serviço social;
- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

A Unidade funcionará nos turnos matutino (07h00min às 13h00min) e vespertino (13h00min às 19h00). A Equipe de Enfermagem é responsável pela coleta dos mapas no período entre os expedientes para entrega ao setor no início das atividades diurnas.

Modernização do Serviço

Após levantamento inicial mais substancial a modernização do serviço se dará através da implantação de sistemas gerenciais em saúde, inclusive através do Prontuário Eletrônico (PEP), conforme descrito em Ferramentas de Gestão da Organização, Organização de Serviços Assistenciais, Módulo: Prontuário Eletrônico. A modernização do serviço passará também pelos itens descritos em Modelo de Gerenciamento Eletrônico de Prontuários.

Ações Estratégicas:

1. Elaborar normas para tratamento de não conformidades contendo:

- formulários de registros de não conformidade;
- fluxo das informações de não conformidades;
- formulário para análise das causas e registro de ações corretivas;
- níveis de competência para tomada de ação corretiva e/ou preventiva.

2. Conscientizar os trabalhadores da importância dos registros.

3. Adotar a Ação Preventiva:

É um processo proativo para identificação de oportunidades de melhoria e não uma reação à identificação de não-conformidades, problemas ou reclamações.

A **MDPF** deve identificar melhorias necessárias e potenciais causas de não conformidades.

Sendo requeridas ações preventivas, elaborar plano de ação para implementá-las e monitorá-las, visando reduzir a probabilidade de ocorrência de não conformidades e aproveitar oportunidades de melhorias.

4. O Comitê de Qualidade exerce papel importante na análise, encaminhamento, acompanhamento e avaliação da eficácia das ações corretivas e preventivas.

- **Regulação:** O Complexo Regulador é o centro de comunicação e ordenador da Rede de Urgência: Regulação Assistencial e estabelecimento de fluxos assistenciais, no entanto, na Maternidade, a Atenção Básica também exerce a comunicação e ordenação dos processos

- **Serviços de Esterilização:** O Hospital possui estrutura própria de Central de Material de Esterilização (CME), sendo de sua responsabilidade efetivar os meios para o seu bom funcionamento, cuidando sempre que haja material preparado em quantidade suficiente para a realização ininterrupta das atividades desenvolvidas na unidade hospitalar.

Proposta de Reorganização da Central de Material e Esterilização

Apresentação

A Central de Material e Esterilização – CME, sob Responsabilidade Técnica da Coordenação de Enfermagem, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos. Neste sentido, deverá funcionar em período de 24 horas.

A proposta econômica apresentará incremento de recursos financeiros para adequar materiais e insumos necessários, em quantidade e qualidade.

Portanto, todos os instrumentais cirúrgicos a serem utilizados nos procedimentos realizados na instituição, deverão ser esterilizados por este setor.

1. Dinâmica e Fluxo na Central de Material e Esterilização:

A dinâmica de trabalho na CME deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de Artigos, evitando o cruzamento de Artigos sujos, com os limpos e esterilizados, como também impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril, conforme fluxogramas 01 e 02:

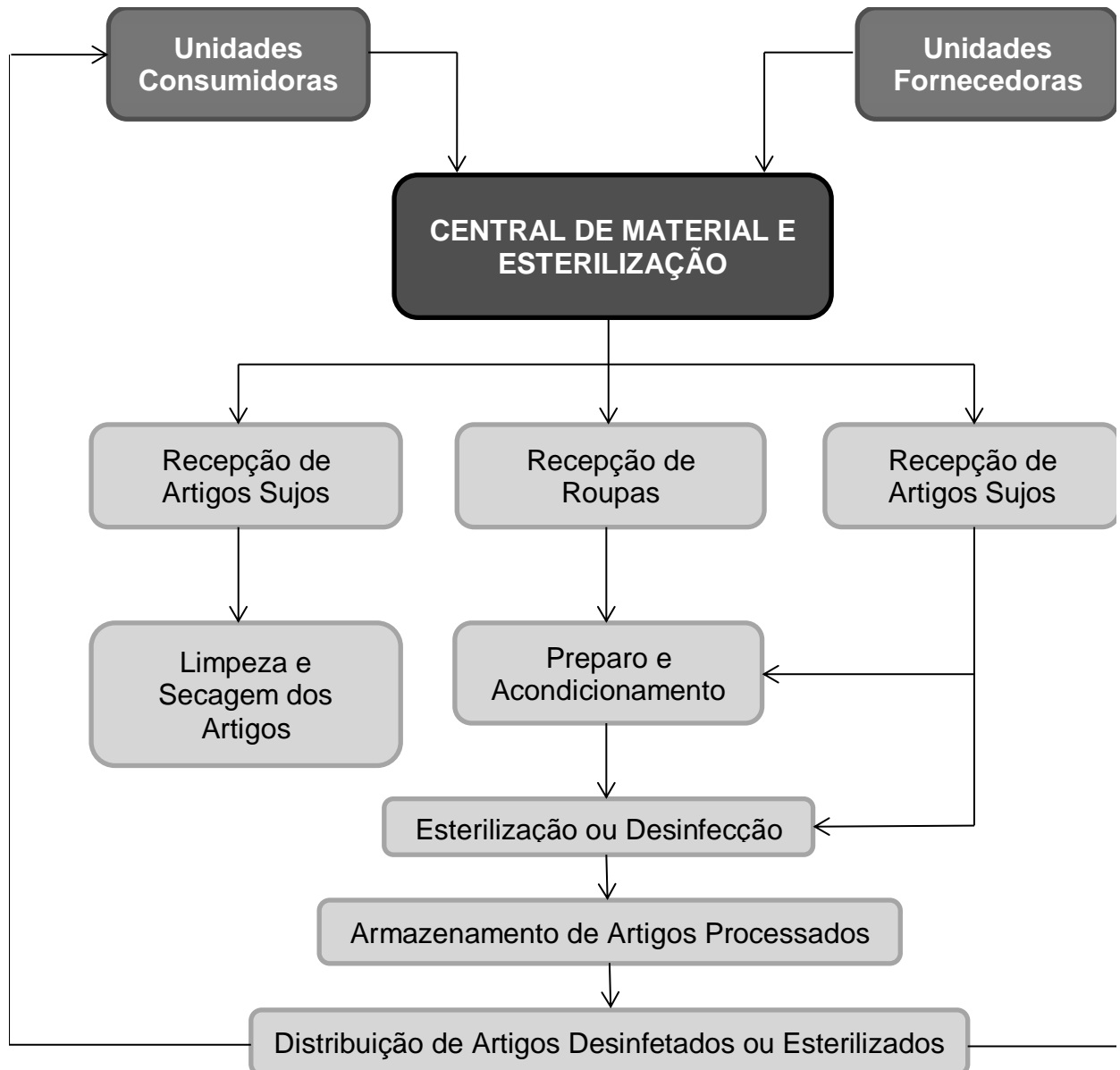
Fluxograma 05: Fluxo unidirecional da CME

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

Fluxo unidirecional com barreira física entre as áreas



Fluxograma 06: Fluxo unidirecional dos artigos na CME



2. Processo de Limpeza: O processo de remoção de sujeiras e/ou matéria orgânica de Artigos e/ou superfícies, deve ser realizado imediatamente antes da desinfecção ou esterilização.

Produtos:

- Sabão Neutro: facilita a retirada da sujeira seca, sendo necessária ação mecânica para remover a sujeira incrustada; utilizado na primeira etapa do processo de limpeza.

- Sabão Enzimático: remoção de sujidade sem ação mecânica; etapa obrigatória na limpeza de instrumentais cirúrgicos.
- Desincrustante: proporciona rápida e eficiente limpeza por oxidação (usado 01 vez por mês, na manutenção dos instrumentais); usado também para limpeza das autoclaves.

3. Desinfecção:

É o processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos patogênicos ou não, na forma vegetativa, presente nos Artigos (exceto os micro-organismos esporulados).

3.1. Tipo de Desinfecção:

- Baixo Nível: é capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, mas não tem ação contra esporos, vírus não lipídico nem contra o bacilo da tuberculose (não inativa micro-organismos resistentes). Tem ação apenas relativa sobre os fungos;
 - * Álcool 70%: desinfecção por fricção manual por 30 segundos – *Baixo Nível*.
- Médio Nível (Intermediário): tem ação virucida, bactericida para forma vegetativa, inclusive contra o bacilo da tuberculose, não tendo ação contra os esporos;
 - * Hipoclorito de sódio a 1%: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Médio Nível*;
- Alto Nível: destroem todas as bactérias vegetativas, microbactérias, fungos, vírus e parte dos esporos.
 - * Glutaraldeído: desinfecção em 30 minutos de imersão – *Alto Nível*;
 - * Ácido Peracético: desinfecção em 10 minutos de imersão – *Alto Nível*;

3.2. Critérios de indicação para Desinfecção de Artigos: baseada na classificação de Artigos, segundo Spaulding, 1968:

- Artigos críticos: penetram tecidos estéreis ou sistema vascular, devem ser esterilizados;
- Artigos semicríticos: destinados ao contato com a pele não intacta ou com mucosas íntegras. Requerem desinfecção de alto nível ou esterilização (ex: endoscópios, equipamentos respiratórios e de anestesia);
- Artigos não críticos: Artigos destinados ao contato com a pele íntegra do paciente. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível (ex: comadres, compadres, cubas, aparelhos de pressão, etc.).

4. Esterilização:

É o processo que promove completa eliminação ou destruição de todas as formas de microrganismos presentes.

4.1 Reprocessamento: É o método aplicado em Artigos médico-hospitalares com a finalidade de permitir a sua reutilização, o que inclui limpeza, desinfecção, esterilização.

Caso se decida pelo reprocessamento devem ser observados os seguintes itens: manutenção das propriedades físico-químicas do Artigo em questão; compatibilidade entre o processo e o Artigo; identificação do Artigo que foi reprocessado; adoção de um sistema de registro quanto ao número de reprocessamentos.

4.2 Reesterilização: É o processo de Artigos já esterilizados, mas não utilizados em razão de vencimento do prazo de validade da esterilização ou de outra situação na qual a segurança quanto ao processo ou aos resultados da esterilização inicial esteja comprometida;

4.3. Tipos de Esterilização:

- Esterilização Física / Autoclave: Processo de esterilização que utiliza altas temperaturas de vapor úmido. É o processo que oferece maior segurança e economia.

Devem ser esterilizados por este processo todos os Artigos que suportam altas temperaturas, em calor úmido (ex: Artigos de borracha, tecidos, metais e vidros);

- Esterilização Química: É o processo de esterilização por meio de imersão dos Artigos em germicida químico. É usada para equipamentos termo sensíveis.

Produtos: Ácido Peracético (1 hora);

- Esterilização Físico-Química / Óxido e Etileno: é um processo físico químico de esterilização, onde o agente utilizado é o gás óxido de etileno, sendo realizado em autoclave à temperatura entre 50 a 60°C (ex: materiais termos sensíveis que não podem passar por esterilização química).

5. Reprocessamento de Artigos de Uso Único:

Artigo médico-hospitalar de uso único é o produto que, após ser usado, perde suas características originais ou que, em função de outros riscos reais e/ou potenciais à saúde do usuário, não deve ser reutilizado (são normalmente fabricados a partir de materiais plásticos ou elastoméricos).

Os Artigos de uso único não são passíveis de reesterilização e, portanto sua reutilização é proibida (Resolução RDC nº 156/2006 e Resolução RE nº 2605/2006 ANVISA/MS).

5.1. Problemas Decorrentes ou Associados ao Reuso:

- As matérias-primas originais podem não apresentar a resistência necessária para mais de uma utilização, segura e eficaz;
- O processo de limpeza e esterilização subsequente não foi previsto quando da confecção do Artigo;
- Risco de infecção por probabilidades de falha no processo de reesterilização;
- Risco de Toxicidade por remoção incompleta de agentes germicidas, detergentes, e outras soluções ou gases com toxicidade potencial.

6. Responsabilidades da Equipe de Enfermagem no Processamento de Artigos:

- Verificar o adequado armazenamento dos materiais estéreis, evitando misturá-los com outros objetos ou produtos, não danificar as embalagens, não os armazenar em baixo da pia e/ou locais úmidos;
- Evitar estocar material que não tem uso de rotina (ex: bandeja de cateterismo), exceto material de emergência;
- Verificar o prazo de validade dos materiais antes do uso, priorizando o uso dos que irão vencer primeiro;
- Verificar rotineiramente o prazo de validade dos materiais estéreis do carrinho de emergência;
- Verificar a integridade da embalagem do material estéril antes do uso (observar presença de sujidade, umidade, aberturas, etc.);
- Não utilizar material estéril que foi aberto, ou caírem no chão, considerar como contaminados, encaminhá-los para reesterilização (materiais descartáveis não são reesterilizados);
- Gazes estéreis que foram abertas não poderão ser reesterilizadas, podendo ser reaproveitadas para desinfecção de ambiente;
- Materiais de uso ambulatorial, submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 24 horas (ex: kit de aerossol, kit de aspiração, umidificadores, máscara de O₂);
- Materiais críticos submetidos à esterilização química deverão ser utilizados em no máximo 1 hora;
- Todo e qualquer material estéril é de uso único e deverá ser encaminhado ao expurgo imediatamente após o uso (ex: Kit de aerossol);
- Evitar contaminação dos materiais estéreis durante a abertura das embalagens; Se contaminados deverão ser desprezados;

- Os materiais estéreis envoltos em campos cirúrgicos deverão ser abertos seguindo as seguintes recomendações:
 - Abrir o 1º campo momentos antes da realização dos procedimentos (técnico de enfermagem);
 - Abrir o 2º campo no momento da realização do procedimento com luva estéril (enfermeiro ou médico);
- Evitar cruzamento do material estéril com material contaminado;
- Armazenar adequadamente o material estéril antes de deixar o contaminado no expurgo; evitar trânsito de material estéril pelo hospital, quando buscá-los na CME;
- Encaminhar material usado, contaminado para reprocessamento na CME o mais precocemente possível (o endurecimento das secreções dificulta a limpeza; evitar falta de material pronto para uso).

- **Hotelaria e Lavanderia Hospitalar:** A equipe gestora deve viabilizar seu adequado funcionamento, que inclui todas as etapas de cuidado com o enxoval: recebimento, separação e pesagem da roupa suja, desinfecção, lavagem, secagem, separação e estocagem, identificação (“silkagem”) de peças, distribuição do enxoval limpo, realização de reparos, e reposição de peças quando necessário.

O processo de separação e pesagem da roupa suja deve ser realizado na própria unidade hospitalar, por equipe própria ou, em caso de processo terceirizado, acompanhado e validado por responsável da unidade de saúde.

Ações Estratégicas:

Fortalecer e humanizar a área implantando o Serviço de Camareiras, a substituição e ou reposição do enxoval, com ênfase para a execução das seguintes atividades:

- Fornecimento, reposição, desinfecção e higienização de roupas (enxoval completo da hotelaria hospitalar e cirúrgica), conforme normas do Ministério da Saúde de acordo com as necessidades e demandas do hospital, respeitando os fluxogramas e seguindo a engenharia clínica;

- Substituição do enxoval quando vencer a periodicidade do mesmo e ser constituído de tecido de poliéster ou algodão na cor branca de acordo com a padronização da ABNT e fornecimento de cobertores de tecidos laváveis tipo algodão;
- Apresentação de enxoval identificado e constituído das seguintes peças:
 - a) Lençol para cama com elástico adulto e infantil;
 - b) Sobre lençol adulto e infantil;
 - c) Lençol para repouso funcional;
 - d) Roupa para paciente adulto e infantil;
 - e) Roupa de acompanhante de pacientes adulto e infantil;
 - f) Camisolas cirúrgicas;
 - g) Capotes cirúrgicos;
 - h) Roupa privativa para os setores fechados;
 - i) Toalha de banho para pacientes, acompanhantes e funcionários dos setores fechados;
 - j) Lençol para divã com elástico;
 - k) Fronhas;
 - l) Saco de hampers identificados por setores hospitalares;
 - m) Capa para biombos;
 - n) Propé;
 - o) Campos cirúrgicos e suas especificações;
 - p) Cobertores.
- Gerenciamento e Operacionalização de todo o Serviço de HOSPITALIDADE de Camareiras, contemplando a distribuição e reposição de todo o enxoval hospitalar e cirúrgico; distribuição e reposição das roupas hospitalares de leitos e cirúrgicas, desenvolvendo ações integradas de pesquisa, educação, prevenção e promoção da saúde dos usuários;
- Realização de Capacitação e Treinamentos Periódicos necessários;
- Desenvolvimento de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas.

- **Sistema de Transporte Sanitário:** envolve o transporte de urgência e emergência, para procedimentos eletivos, o transporte para exames e o transporte de resíduos sólidos.

O transporte sanitário de pacientes internados, seja para transferência entre unidades de saúde referenciadas, seja para execução de interconsultas especializadas e ou exames, será realizado pelo SAMU, quando o caso, e ambulância de Unidade Hospitalar a ser pactuada.

Serviços de Transporte Institucional, Transporte Sanitário e Ambulância

A Organização Social – **MDPF** é integralmente responsável por todas as etapas exigidas para o adequado transporte de pacientes acolhidos e ou internados, seja para a transferência entre unidades de saúde referenciadas, seja para a execução de interconsultas especializadas e ou exames propedêuticos em outros serviços de saúde; devendo dispor de 1 (uma) unidade móvel de suporte avançado e 1 (uma) unidades móveis de suporte básico.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** vai elaborar Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre o uso do Transporte Sanitário, contendo no mínimo: Objetivos; Finalidades; Exclusões; Requisitos; Condições e Regras Gerais de Uso; Fluxo de Atendimento; Horários de Funcionamento; Início de Atendimento; Alta Hospitalar; Atribuições profissionais no atendimento aos usuários; Deveres e Infrações, **nos primeiros 30 dias de parceria.**

As principais atividades e etapas do processo de trabalho sob a responsabilidade da **MDPF** neste nível são:

- Possuir licença Sanitária do transporte, conforme Normas da ANVISA, caso o serviço seja terceirizado, apresentar licença sanitária da empresa instalada na **MDPF**;
- Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação;
- Atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso;
- Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado;
- Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico da unidade de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s);

- Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem;
- Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor;
- Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável (is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário;
- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor:
 - a. A responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico;
 - b. As providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.
- Elaborar POP de remoção, higienização e limpeza, biossegurança, segurança do paciente, manutenção preventiva e corretiva do transporte, checklist de materiais médicos, equipamentos e Insumos, entre outros;
- Monitorar os seguintes indicadores específicos, calculados durante o transporte: taxa de mortalidade, taxas de complicações ou intercorrências;
- No cumprimento da obrigação referida acima, a Contratada poderá se valer de terceiros para gerenciar e executar o serviço de higienização e limpeza hospitalar, desde que devidamente formalizada, devendo ocorrer mediante supervisão e análises SES, estando sujeito às penalidades previstas no CONTRATO DE GESTÃO, em caso do descumprimento;
- As empresas terceirizadas deverão assumir os serviços no total ou em parte, ficando expressamente proibido a subcontratação de outras empresas por parte das mesmas.

A Organização Social -**MDPF** também deverá dispor para a maternidade um carro administrativo.

A Organização Social -Maternidade Dr. Peregrino Filho deve elaborar relatório de transferência: documento que deve acompanhar o paciente em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente dados de identificação, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes.

- **Higiene e Limpeza:** Constitui um dos principais elementos relacionados à segurança do ambiente, contribuindo para a prevenção e controle de infecções e melhorando a qualidade do ambiente.

Classificação de superfícies segundo o risco potencial de transmissão de infecções:

- **Áreas críticas:** são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área: Centro Cirúrgico (CC), Laboratório de Análises Clínicas, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia;
- **Áreas semicríticas:** são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores;
- **Áreas não-críticas:** são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

Apesar de questionada, essa classificação pode nortear o líder, supervisor ou encarregado do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na divisão de atividades, dimensionamento de equipamentos, profissionais e materiais.

Procedimento de limpeza

A limpeza é feita apenas com água e sabão usando-se, inicialmente, o pano úmido (varredura úmida), para recolhimento de resíduos, seguindo de limpeza com água e sabão, retirando toda a sujidade, e enxágue. Utilizar sempre dois baldes, de cores diferentes.

Regras Básicas:

- Paredes: de cima para baixo;
- Tetos: utilizar uma direção única, iniciando do fundo da sala para a saída;
- Piso: limpar em sentido único, evitando o vaivém, iniciando do fundo para a porta de saída;
- Piso de corredores, escadas e hall: sinalizar a área, dividindo-a em 2 faixas, possibilitando o trânsito em uma delas;
- Usar sempre dois baldes: um com água, outro com água e sabão líquido;
- Ao proceder a limpeza evitar derramar água no chão;
- Usar sempre panos limpos;
- Usar sempre panos diferenciados para móveis, paredes, chão, pias e vasos sanitários;
- Manter os equipamentos de limpeza limpos e secos;
- Comunicar a chefia imediata sempre que houver estragos nos móveis e equipamentos;
- Zelar pela manutenção dos móveis e equipamentos;
- Usar Equipamentos de Proteção Individual: luvas de borracha grossas e longas, botas de borracha, avental impermeável, quando necessário;
- Nunca varrer superfícies a seco, evitando assim, a dispersão de micro-organismos e partículas de pó;
- Utilizar luvas de borracha de cores diferenciadas para a limpeza, por exemplo, de pisos e banheiros / camas, berços e bancadas;
- Usar panos de limpeza diferenciados para banheiros;
- Não colocar panos e ou tapetes nas portas dos ambientes do hospital.

Limpeza Diária:

- Fazer a limpeza das salas olhando parede, piso e teto;
- Limpar os ventiladores sempre que necessário;
- Recolher os lixos a cada três horas;
- Sempre fazer o uso de desinfetante no laboratório;
- Sempre que terminar a transfusão o funcionário terá que fazer uma boa limpeza na sala;
- Não deixar acumular lixo na entrada do laboratório.

Limpeza Pesada:

- Lavar as paredes;
- Piso e teto;
- Pias e vasos;
- Lavar o roda pé todos os finais de semana;
- Lavar o piso com máquina;
- Não jogar água de uma sala para outra evitando assim a contaminação.

Processamento de equipamentos e superfícies

Desinfecção em local com respingos ou deposição de matéria orgânica (sangue e/ou hemoderivados):

- Utilizar luvas de autoproteção (látex);
- Retirar o excesso da matéria orgânica em papel absorvente;
- Desprezar o papel em saco de lixo;
- Aplicar o desinfetante e deixar o tempo necessário – 10 min;
- Remover o desinfetante com pano molhado;
- Proceder à limpeza com água e sabão;
- Enxaguar e secar o local.

- Descontaminação:

- Utilizar luvas de autoproteção (látex);
- Aplicar o produto *PADRONIZADO* sobre a matéria orgânica;
- *Aguardar o tempo de ação – 10 min;*
- *Remover* o conteúdo descontaminado com papel absorvente;
- Desprezar o lixo;
- Proceder à limpeza usual com água e sabão.

Observação: No final de cada processo, lavar luvas, avental plástico, pano de chão, escovas e baldes.

Desinfetantes:

Desinfetante de Alto Nível:

- Ácido Peracético: indicado para limpeza e desinfecção de artigos críticos, semicríticos e não críticos. Pode ser usados em mascarar de inalação, respiradores, cânulas, cateteres, desinfecção de artigos termossensíveis e de moldagens, bem como superfícies fixas.

Efetivo contra fungos, esporos, vírus e bactérias, inclusive micobactérias.

Desinfetante de nível intermediário:

- Álcool etílico a 70%: 03 aplicações consecutivas com fricção rigorosa e secagem natural. Indicado para desinfecção em metais, vidros e mármore;
- Hipoclorito de Sódio a 1%: imersão por 30 min em vasilhame opaco, com tampa e posterior enxágue em água potável ou corrente (troca da solução a cada 12hs). Indicado para desinfecção em plásticos, borrachas e acrílicos.

Solução descontaminante:

- Detergente enzimático: ação sobre matéria orgânica, especialmente sobre as grandes; estruturas, decompondo-as;
- Ação instantânea: 2 a 3 minutos para desprender a matéria orgânica;
- Alta penetração;
- Atóxico, não corrosivo, pH neutro, não iônico;
- Remoção com enxágue rigoroso. Desinfetante de nível intermediário:

Cronograma de limpeza e desinfecção

Limpeza e desinfecção de equipamentos e superfícies

Quadro 20:

Material/Equipamento	Produto	Método	Frequência
Almotolias	Detergente Enzimático Hipoclorito 1% ou ácido peracético	Realizar limpeza com solução de detergente enzimático (5 a 15 min) e desinfecção com hipoclorito 1 % (imersão 30 minutos), após enxague e secagem.	A cada 7 dias
Balcões/ Bancadas	Álcool 70%	Fricção 3 x a operação	2 x ao dia. A cada turno
Telefone	Álcool 70 %	Fricção 3x	Diário

3.1.4 Sistema de Governança

Arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes da rede. Gera um excedente cooperativo entre os atores sociais. É diferente das gerencias dos pontos de atenção.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** pretende trabalhar com este foco na articulação com os gestores de saúde, articulando os relacionamentos institucionais e os fluxos com o Conselho Gestor.

3.2 Protocolos Clínicos de Atendimento

Apresentação

A diversidade de procedimentos cirúrgicos hoje disponíveis no arsenal médico, assim como, a premente necessidade de comunicação transparente e racional com os pagadores de serviços médicos exigem, dos gestores hospitalares e membros do corpo clínico, a elaboração e adoção de ferramentas que sejam simples e capazes de aperfeiçoar a oferta desses serviços. Entre elas, se valoriza sempre mais a confecção de protocolos clínicos, baseados em evidências.

Mas, o que isso significa? Protocolos clínicos baseados em evidências nada mais são que diretrizes terapêuticas fundamentadas em evidências científicas e práticas de consenso, racionalizadas quanto ao uso e organizadas de modo a tornar prática sua aplicação. Entre as muitas vantagens observadas após a implantação desse modelo de assistência está o incremento significativo na segurança e qualidade da assistência, uma vez que atenua a variabilidade da conduta clínica; fato que seguramente aumenta os riscos da assistência, colocando assim, paciente, médicos e instituição em confronto direto com o perigo.

Diferencial de mercado. Esta é outra vantagem muito valorizada pelos diversos agentes que integram o sistema de saúde moderno. O uso dos protocolos como base para confecção de produtos hospitalares oferecidos confere clareza e transmite confiança aos compradores de serviços de saúde; visto que ressalta a preocupação com o custo-efetividade dos procedimentos. Também torna mais fácil e objetivo o fluxo de informações, solicitações, elaboração e auditoria de contas.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** explicita, porém que além da garantia no que tange à segurança e qualidade da assistência é preciso preservar, o respeito à autonomia dos médicos e demais membros da equipe de saúde; aliás, o único fórum de onde tais protocolos devem se originar.

Neste sentido, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta em cumprimento ao roteiro da Proposta de Trabalho, alguns Protocolos Clínicos selecionados para exemplificar como serão elaborados os referidos Protocolos Clínicos no HOSPITAL. Os protocolos selecionados para serem apresentados são utilizados pelo Corpo Técnico da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

Os protocolos apresentados foram elaborados: pelas Sociedades Médicas Brasileiras; Ministério da Saúde e Corpo Técnico da **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI**.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** reafirma que pretende no primeiro semestre da parceria, construir coletivamente: o Projeto Protocolos Clínicos Embasados em Evidências e o **Programa de Monitoramento de Partos Cirúrgicos e Incentivo ao Parto Normal**.

Entre as diretrizes que nortearão esta construção: respeitar as particularidades de cada serviço, assim como, a defesa técnica oriunda dos membros da equipe de saúde; considerar o perfil epidemiológico da instituição; considerar a necessidade de custo-efetividade e buscar a validação da instituição.

Estas definições remetem:

A coerência com a Proposta do Modelo Gerencial proposto;

As estratégias desta proposta de trabalho na implementação da Política de Humanização no SUS, que estabelece compartilhamento e participação dos trabalhadores: A participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional.

Ainda reafirmando estas definições se encontra a premissa que as pessoas só incorporam e se sentem responsáveis pelo que ajudam a construir.

A implantação inteligente e racional do Projeto representará para o hospital um significativo avanço naquilo que é o seu maior compromisso: oferecer serviços e saúde com qualidade, segurança e responsabilidade.

1. Abordagem da Gestante com Descolamento Prematuro de Placenta

É a separação abrupta da placenta antes do parto em gestação de 22 semanas ou mais. Está frequentemente associada à hipertensão arterial, anemia, desnutrição, traumatismo, brevidade do cordão, torção uterina, fatores placentários (placenta circunvalada, infartos, etc.), uso de drogas ilícitas, tabagismo, multiparidade com idade materna > 35 anos, polidramnia, gemelidade (após nascimento do primeiro gemelar).

1. Diagnóstico:

I. Clínico: anamnese e exame físico

- Palidez cutâneo-mucosa, hipotensão, sinais de choque.
- Dor abdominal súbita, de intensidade variável.
- Perda sanguínea de cor vermelho-escura, em pouca quantidade, incompatível com o quadro materno de hipotensão ou choque. Em alguns casos o sangramento é oculto.
- FC fetal alterada ou ausente

II. Avaliação complementar:

- Hemograma
- Coagulograma
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Uréia/creatinina

2. Conduta: cesárea imediata é mandatória

I. Medidas gerais

- Acesso venoso calibroso
- Monitorização dos sinais vitais materno e fetal
- Cateterismo vesical: medir fluxo urinário. Manter > 30 ml/h
- Infusão de volume (cristalóides) com o objetivo de manter volume circulante em níveis aceitáveis. Iniciar com SF 0,9% ou Sol de Ringer simples ou Sol. Ringer Lactato em infusão rápida, podendo chegar a 2000 ml, conforme a gravidade do caso (repor 3 ml de cristalóide para cada ml de sangue perdido)

II. Medidas de recuperação e estabilização:

- Transfusão sanguínea: usar concentrado de hemácia - aquecer antes da hemotransfusão (baixa temperatura causa coagulopatia)

IMPORTANTE:

- Para cada unidade de concentrado de hemácias, fazer 1 unidade de plasma fresco congelado.
 - Sangue total raramente deve ser usado, somente em pacientes em choque hipovolêmico, onde não é disponível terapia com cristalóides e os componentes do sangue não estão disponíveis.
 - Não administrar Dextrans
 - Administrar outros componentes, se clinicamente indicado
- a. Manter fibrinogênio acima de 100mg/dl
- Cada unidade de plasma fresco congelado aumenta o fibrinogênio em cerca de 10mg/dl, e deve ser usado quando INR > 1,6
 - Dose de ataque: 10 ml/kg– Manutenção: 10 – 30 ml/dl/dia dividido em 4 doses
 - Se fibrinogênio < 50 m/dl ou se TT não se corrigir com o uso do plasma fresco congelado, administrar crioprecipitado 1U/10 kg/dia (cada unidade de crioprecipitado aumenta 250mg de fibrinogênio).
- b. Manter contagem de plaquetas acima de 50.000/ml. Cada frasco de plaquetas aumenta 5.000/ml. Posologia: 1U/10 kg 1 a 2 vezes ao dia.
- c. Manter hematócrito em torno de 25 – 30% com concentrado de hemácias. Cada unidade de concentrado de hemácias aumenta hemoglobina 1,5g e hematócrito 3%.
- III. Monitorar dados vitais e laboratório / Avaliar condições maternas:
- Avaliar hematócrito e hemoglobina
 - Avaliar coagulação
 - Monitorar continuamente pulso e PA
 - Oximetria / ECG
 - Cateter de Foley para débito urinário
 - Cateter central para monitorar PVC (nos casos mais graves)
 - Avaliar transferência para UTI
3. Conduta no puerpério:
- Vigilância clínica constante e rigorosa por 24 a 48 horas
 - Reavaliar laboratorialmente de 6/6 h hemograma e coagulograma
 - Manter ocitocina em altas doses, por no mínimo 24 h: Ocitocina (Sinticinon®) 4. ampolas (20UI) diluídas em 500 ml de SG% ou SF 0,9% – 30gtas/min. 8/8h
 - Continuar reposição de hemocomponentes conforme resultados dos exames.

2. Protocolos para Síndromes Hipertensivas na Gravidez Hipertensão Arterial Aguda

É a presença de PAD > 110 mmHg. Pode-se caracterizar como urgência (na ausência de sintomas clínicos) ou emergência (presença de sintomas clínicos), sendo a última mais grave e danosa (pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia). A crise hipertensiva pode iniciar sem sintomas clínicos e posteriormente tornar-se sintomática.

IMPORTANTE: a PA deve ser aferida com a paciente sentada ou em DLE, com o manguito do tensiômetro no braço direito a altura do coração, após o mínimo de 5 min. de repouso.

1. Conduta:

- Internação
- Monitorização dos sinais vitais materno e fetal contínuo até os níveis de PAD atingirem 90 a 100 mmHg; a cada 4 horas, por 24h após a estabilização dos níveis pressóricos.
- Acesso venoso de grosso calibre
- Solicitar: coagulograma, uréia/creatinina, ALT/AST (TGP/TGO), BTF, DHL, proteinúria de 24h, USG obstétrica com ILA e Doppler, CTG fetal (caso não seja possível realizar Doppler)
- Terapia anti-hipertensiva: 1ª escolha: Hidralazina (Apresolina®, Nepresol®) 1 amp. (1 ml = 20mg) diluída em 9 ml de AD ou SF 0,9%. Dose inicial 2,5 ml (5mg) EV, podendo ser repetido a intervalos de 30 min., até uma dose cumulativa de 20mg/24h (4 doses no máximo em 24h)

IMINÊNCIA DE ECLÂMPسيا / ECLÂMPسيا (corresponde ao quadro de pré-eclâmpsia grave associado a sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia, escotomas, visão turva ou borrada, amaurose), dor epigátrica ou em hipocôndrio D.

- Eclâmpsia corresponde ao aparecimento de convulsões, seguidas ou não de coma em pacientes portadoras de pré-eclâmpsia.

A presença de torpor, cianose, hipertermia (> 39,0 C) = hemorragia do SNC

I. Medidas gerais:

- Manter decúbito elevado (em torno de 30°), vias aéreas livres, com cabeça lateralizada
- Ambiente tranquilo e o mais silencioso possível
- Oxigenação (cateter nasal ou máscara) com O₂ úmido – 3 a 5L/min.

- Cânula de Gedel (evitar trauma na língua), porém não forçar para não desencadear estímulo, reflexo ou vômito
- Acesso venoso calibroso
- Cateterismo vesical (monitorar diurese)
- Monitorização da FC e PA materna (cardioscópio) e fetal (cardiotocografia silenciosa). Se estiver em trabalho de parto, observar tônus uterino, contrações e sangramento (DPP, hiper ou taquissístolia)
- Infusão venosa: Sol. Ringer simples ou lactato – 20 a 30gts/min. contínuo, para garantir débito urinário de 30 a 40 ml/hora
- Solicitar: hemograma, coagulograma, aminotransferases (ALT/AST ou TGP/TGO) /DHL/BTF, uréia/creatinina, proteinúria de 24h.

II. Terapia anti-hipertensiva: idem Crise Hipertensiva Aguda

III. Terapia anticonvulsivante:

A. Sulfato de magnésio:

Esquema de Zuspar:

- Ataque: (4g/20 min.) MgSO₄ 50% – 8 ml diluídos em 12 ml de SG5% EV correr em 20 min.: 12gts/min. ou 36mcgts/min. ou 1 ml/min.
- Manutenção: (2g/h) MgSO₄ 50% – 2 amp. diluídas em 480 ml de SG5% ou MgSO₄ 10% – 10 amp. diluídas em 400 ml de SG 5%EV 20gts/min. ou 60mcgts/min. ou 60 ml/h.

Esquema de Pritchard:

- Ataque: MgSO₄50% – 8 ml diluídos em 12 ml de SG5% EV correr em 20 min.: 12gts/min. ou 36mcgts/min. ou 1 ml/h, associado a MgSO₄ 50% – 10 ml (1 amp.) IM em cada glúteo profundamente, em leque.
- Manutenção: MgSO₄ 50% – 10 ml (1 amp.) IM em cada glúteo 4/4h (aplicar profundamente, em leque)

IMPORTANTE:

Manter esquema por 24 horas após a última crise, ou 24 horas após início de sua administração, na iminência de eclâmpsia.

Monitorar rigorosamente: Diurese: > 30 ml/h

Frequência respiratória:> 16mrpm

Reflexo patelar presente

Manter níveis de Mg sérico entre 4 a 8mg/dl 2

*Se algum dos parâmetros acima estiver alterado:

Suspender sulfato de magnésio

Administrar Gluconato de Cálcio 10% EV lento (em 3 min.)

Oxigenioterapia: O₂ 5 L/min.(máscara)

B. Fenitoína: utilizado se após 30 min. da dose de ataque de sulfato de magnésio, ocorrer nova crise convulsiva, ou crises subtrantes ou nos casos de hemorragia intracraniana.

– Ataque: Fenitoína (Hidantal®, Epelin®, Unifelintoin®) 250mg/5 ml ou comp. 100Mg

– 250mg (1 amp) diluída em 250 ml de SG5% EV correr em 20 min.

– Manutenção: Fenitoína 250mg (1 amp) diluída em 250 ml de SG5% EV correr em 4 horas – 20gts/min.

Repetir 2ª dose após 12 horas, e manter 100mg VO 8/8h, até a alta.

– Efeitos colaterais: arritmia cardíaca se infusão rápida.

IV. Conduta obstétrica:

Interrupção da gravidez vai depender do estado materno/fetal e da IG.

a. Se ocorrer agravamento clínico materno, sofrimento fetal, CIUR, trabalho de parto ou > 34 sem.: parto deve ocorrer em no máximo 24 horas, logo após a estabilização do quadro clínico, com a recuperação do sensório da gestante e controle da hipertensão.

b. Se ausência dos fatores acima, entre 33 e 34 sem.: usar corticoide para amadurecimento pulmonar do feto, e parto em 48h.

c. Se ausência dos fatores citados, e entre 28 e 32 sem.: usar corticoide, drogas anti-hipertensivas de manutenção, avaliação das condições materno/fetais e interromper entre 33 e 34 sem.

Via de parto

a. Parto vaginal: se mãe e feto sem comprometimento, apresentação cefálica, colo favorável (apagado/dilatado), sem cicatrizes uterinas, múltipara ou em trabalho de parto, podendo-se infundir ocitocina, mantendo-se rigorosa monitorização das condições materna e fetal.

b. Cesárea: método de eleição para os demais casos.

V. Conduta no puerpério:

– Manter observação por 48h

– Monitorização rigorosa dos sinais vitais

– Controle laboratorial diário, até a normalização dos parâmetros laboratoriais

– Manter anti-hipertensivo ajustado

– Ausculta pulmonar e cardíaca diária

– Controle da diurese (volume) por 24h

– Correção dos distúrbios hemodinâmicos e hidroeletrólíticos.

SÍNDROME HELLP

É uma complicação da paciente com pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise(H), elevação das enzimas hepáticas (EL = “elevated liver function test”) e plaquetopenia (LP= “low platelet count”), e está frequentemente associada a insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmão, coagulação intravascular disseminada, rotura hepática e morte materna.

1. Diagnóstico:

I. Clínico:

- Geralmente quadro de pré-eclâmpsia grave (quadro inicial)
- Nos quadros mais avançados, surge alteração de comportamento, hematúria, gengivorragia, icterícia
- Dor a palpação abdominal em QSD e em epigástrio

II. Laboratorial:

- TGP/TGO acima de 70
- LDH acima de 600
- Coagulograma com plaquetas abaixo de 100.000
- Ureia /creatinina alteradas
- USG obstétrica e abdominal (para avaliação hepática)
- Proteinúria de 24h

***Teste de Wiener:** tem como finalidade avaliar o fibrinogênio para iniciar tratamento adequado, enquanto coagulograma não chega. Consiste em colocar 10 ml de sangue em tubo de ensaio limpo e seco, e faz-se aquecimento manual, deixando-se a seguir 10 min. em repouso. Se coágulo firme: fibrinogênio acima de 100mg/dl. Se coágulo débil ou se dissolver, iniciar tratamento (reposição de hemoderivados) de imediato.

III. Fundo de olho

2. Conduta

I. Medidas gerais

- Manter vias aéreas livres
- Acesso venoso calibroso
- Instalação de PVC
- Cateterismo vesical de demora (Foley)
- Monitorização dos sinais vitais continuamente
- Monitorização fetal
- Avaliar necessidade de UTI

II. Terapia anti-hipertensiva: de preferência Hidralazina

III. Terapia anticonvulsivante: de preferência EV pelo risco de hematoma em glúteo

IV. Dexametasona (Duo-Decadron®) 10mg/2 ml – 10mg EV 12/12 h. Manter enquanto dosagem

de plaquetas $< 100.000/mm^3$ (Melhora as alterações laboratoriais e a maturidade pulmonar fetal).

V. Hidratação venosa de volume: Sol. Ringer Lactato 2000 ml EV 40gts/min.

VI. Plasma fresco congelado: para manter fibrinogênio acima de 100mg/dl. Cada unidade de PFC aumenta 10mg/dl

Dose de ataque: 10 ml/kg

Manutenção: 10 a 30 ml/kg

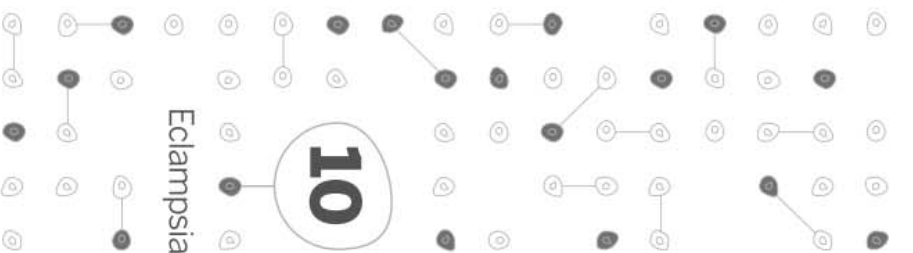
VII. Crioprecipitado: se fibrinogênio abaixo de 50mg/dl ou se TP ou TTPA não corrigir após a infusão de PFC. – 1U/7 a 10 kg/dia

VIII. Transfusão de plaquetas: se contagem de plaquetas < 20.000 ; ou < 50.000 com sangramento; ou for submetida a procedimento cirúrgico ou parto vaginal urgente – 1U/10kg/1 a 2 xx/dia. Cada unidade aumenta 5.000 plaquetas.

IX. Hemotransfusão: manutenção do hematócrito em torno de 30%. A cada unidade de concentrado de hemácias, eleva-se 3% no hematócrito e 1,5 de hemoglobina. Para cada 5 unidades de concentrado de hemácias, deve-se transfundir 1 unidade de plasma fresco congelado.

X. Conduta obstétrica: e a antecipação do parto. Deve-se interromper a gravidez tão logo a paciente esteja estabilizada, com plaquetas acima de $75.000/mm^3$ e coagulograma normal. A incisão indicada para cesárea e infra-umbilical mediana.

3. Eclampsia



Descrição

Definição
É o aparecimento de convulsões e/ou coma em gestantes com pré-eclampsia, excluindo-se outras doenças convulsivas.

Observação
O tratamento da hipertensão de eclampsia é igual ao da eclampsia.

Diagnóstico

Exames laboratoriais

- Hemograma completo com contagem de plaquetas
- Proteinúria de 24 horas
- Ureia e creatinina
- Ácido urico
- Perfil hemolítico (DLU)
- Teste de função da tireoide (TGO, TGP)
- Bilirrubinas totais (TGO)
- Coagulograma completo
- Gasometria arterial
- Sódio e potássio

Tratamento

Cuidados gerais na crise convulsiva

- Permeabilidade das vias aéreas
- Proteção da língua
- Administração de O₂
- Posição semi-sentada
- Assaduras ventiladoras

Sulfato de Magnésio (MgSO₄ – 7H₂O)

Esquema de Zuppan

- Dose de ataque
4 g por via endovenosa lento (8 ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada em 4 minutos)

- Dose de manutenção
8 g (a 2 g/h) por via endovenosa (10 ml de sulfato a 50% + 500 ml de 50 5% para correr a cada 3 h)

Em caso de recorrência de convulsão, repetir uma dose por via endovenosa de 2 g (4 ml de sulfato a 50%). Este esquema deve ser mantido por 24 horas após o parto.

Esquema de Pritchard

- Dose de ataque
– 4 g por via endovenosa lento (8 ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada em 4 minutos)
- Dose de manutenção
– 8 g (a 2 g/h) por via endovenosa (10 ml de sulfato a 50% em cada 3 horas, com água de 10 cm e salitre 20)

- Dose de manutenção
5 g (10 ml a 50%) por via intramuscular a cada 4 horas, alternando os glúteos.

Em caso de recorrência de convulsão repetir uma dose por via endovenosa de 2 g (4 ml de sulfato a 50%). Este esquema deve ser mantido por 24 horas após o parto.

Toxicidade materna

- Nível terapêutico – 4 mEq/L a 7 mEq/L
- Parada de reflexo patelar – 10 mEq/L
- Depressão respiratória – 15 mEq/L
- Parada cardíaca – 30 mEq/L

Tratamento

Indicação pelo sulfato de magnésio

Sinais de hipotensão

- Abolção do reflexo patelar
- Frequência respiratória ≤ 14 lpm
- Diurese < 25 ml/h

Condição anti-hipertensiva

Suspender-se a dose subsequente até que se restabeleçam os critérios.

Se necessário, usar o anti-dô:

Gluconato de cálcio 10% – 10 ml por via endovenosa lento.

Na persistência de convulsões

Considerar o esquema eficaz; suspender de hemorragia intracraniana e monitor o tratamento com anti-epileptícos. Se não houver resposta, considerar a possibilidade de etiologia do neurologista.

Esquema de hidralazina

- Dose de ataque
– 25 mg (1 ampola 250 mg)
- Dose de manutenção
– 25 mg por via intravenosa a cada 30 minutos, até completar 750 mg

- Dose de manutenção
– 100 mg por via endovenosa a cada 8 horas enquanto se monitor a toxicidade
- 25 mg por via oral a cada 8 horas até a alta hospitalar

Terapêuticas anti-hipertensivas

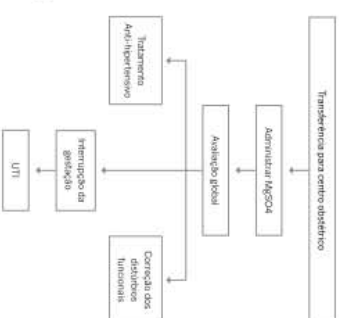
Pressão arterial excessivamente elevada (crise hipertensiva)

- 1ª opção
– Hidralazina – 5 mg por via endovenosa a cada 15 minutos, até controle da hiper-tensão
- 2ª opção
– Nifedipina (Adajant[®]) – 10 mg por via oral (contra indicação relativa quando associada ao sulfato de magnésio)
- Nitroglicerina de sódio – 0,2 mg/kg/min a 5 mg/kg/min por via endovenosa (contra indicação relativa pela formação de cianeto)

Tratamento

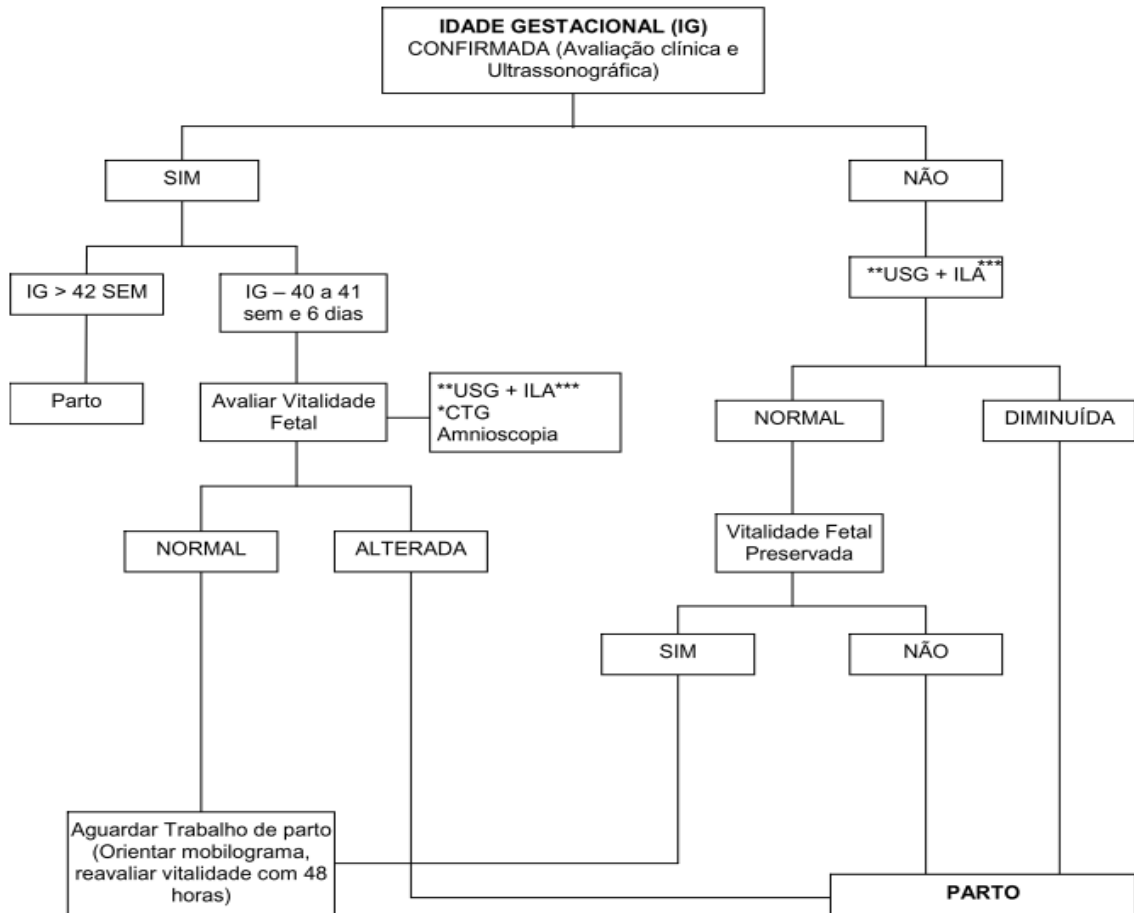
Tratamento obstétrico

Interrupção da gestação após estabilização do quadro clínico.

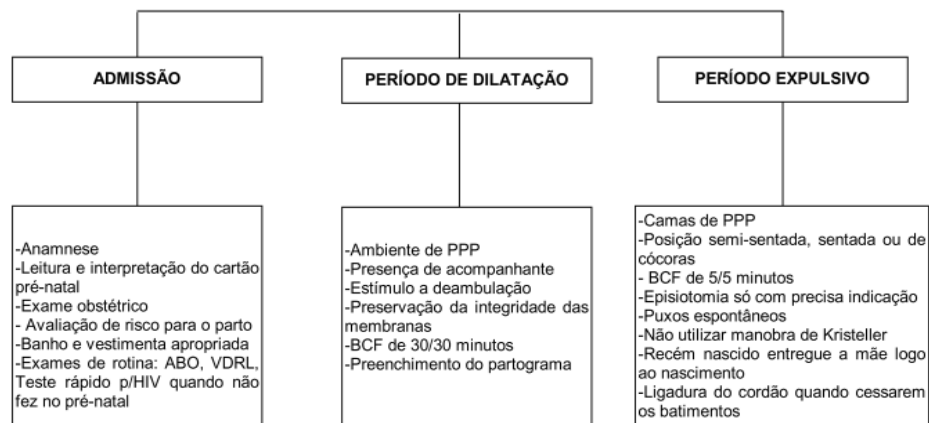


4. Parto/ Nascimento

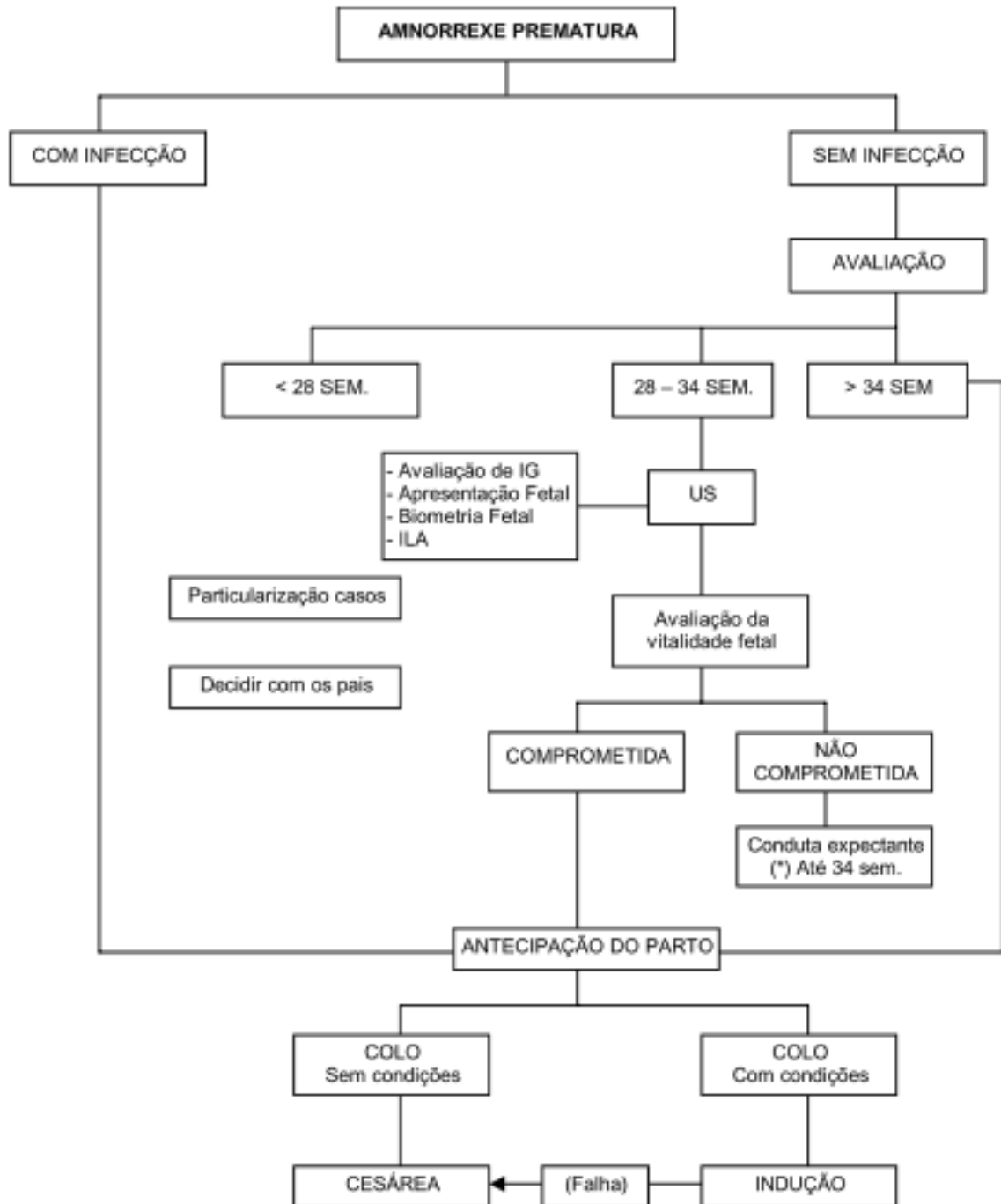
GESTAÇÃO PROLONGADA



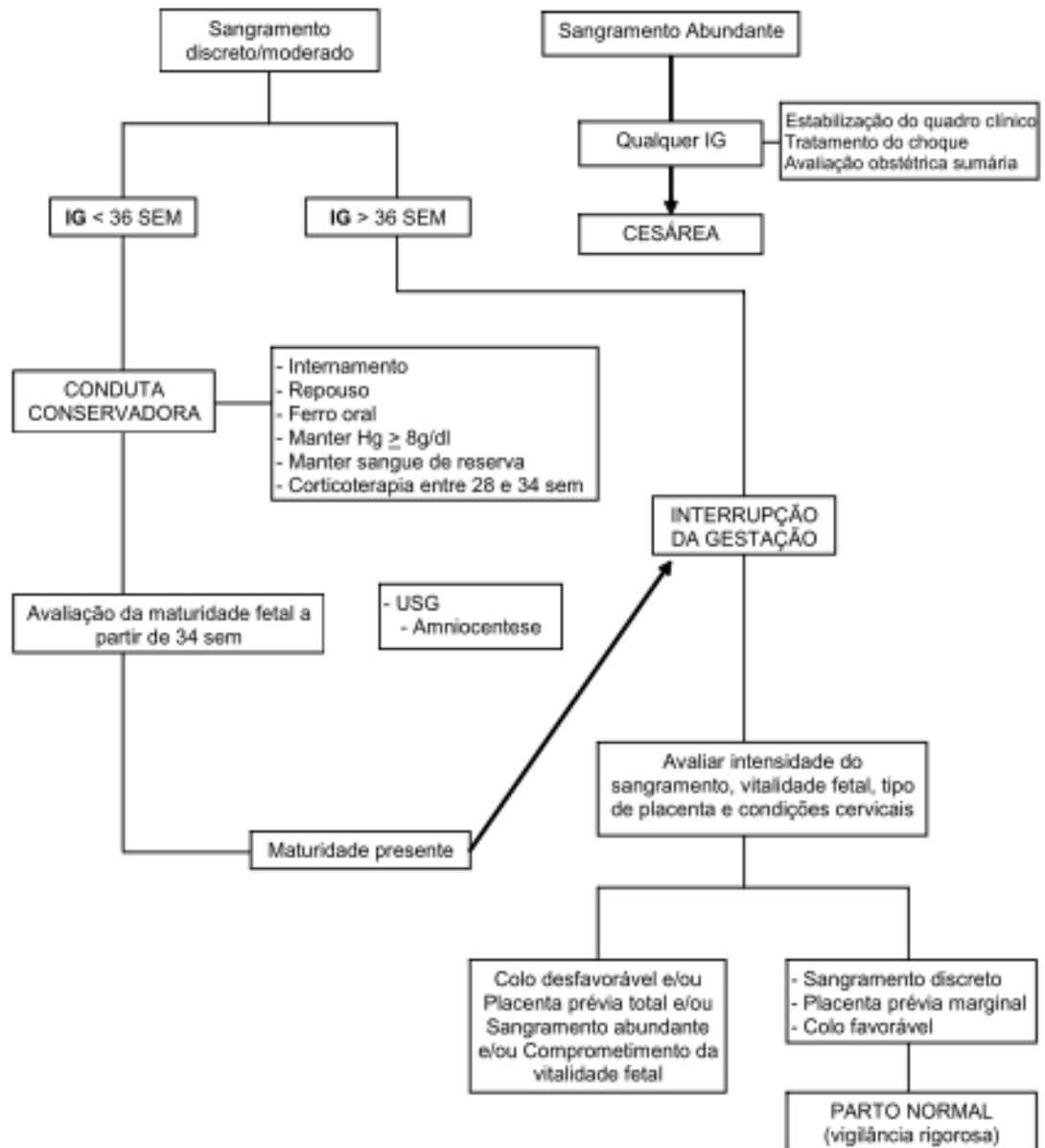
TRABALHO DE PARTO



CONDUTA NA AMNORREXE PREMATURA

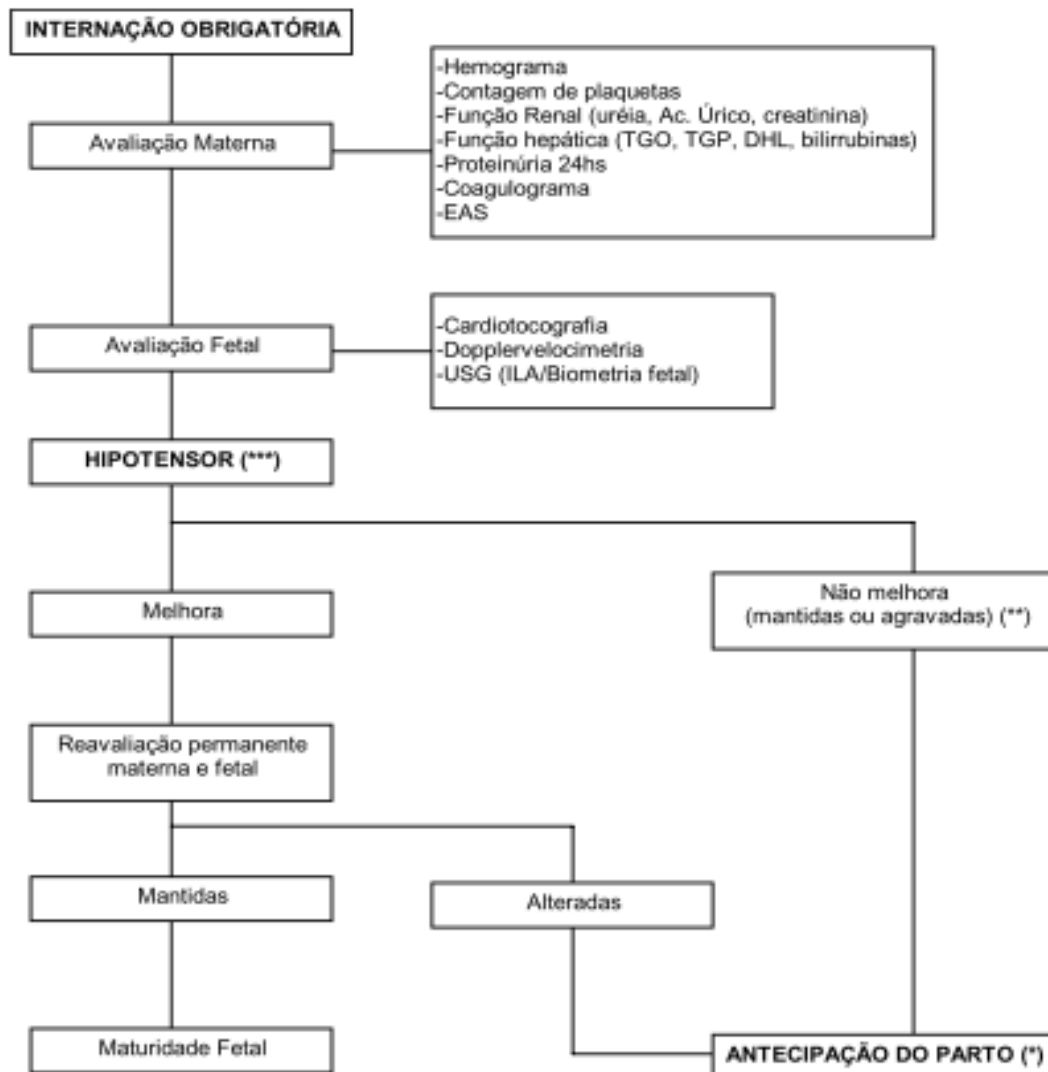


PLACENTA PRÉVIA



IG – Idade Gestacional

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE



PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE / PRÉ TERMO E TERMO

(*) Via de Parto: Indicação Obstétrica

(**) Corticóides: Usar entre 28 e 34 semanas.

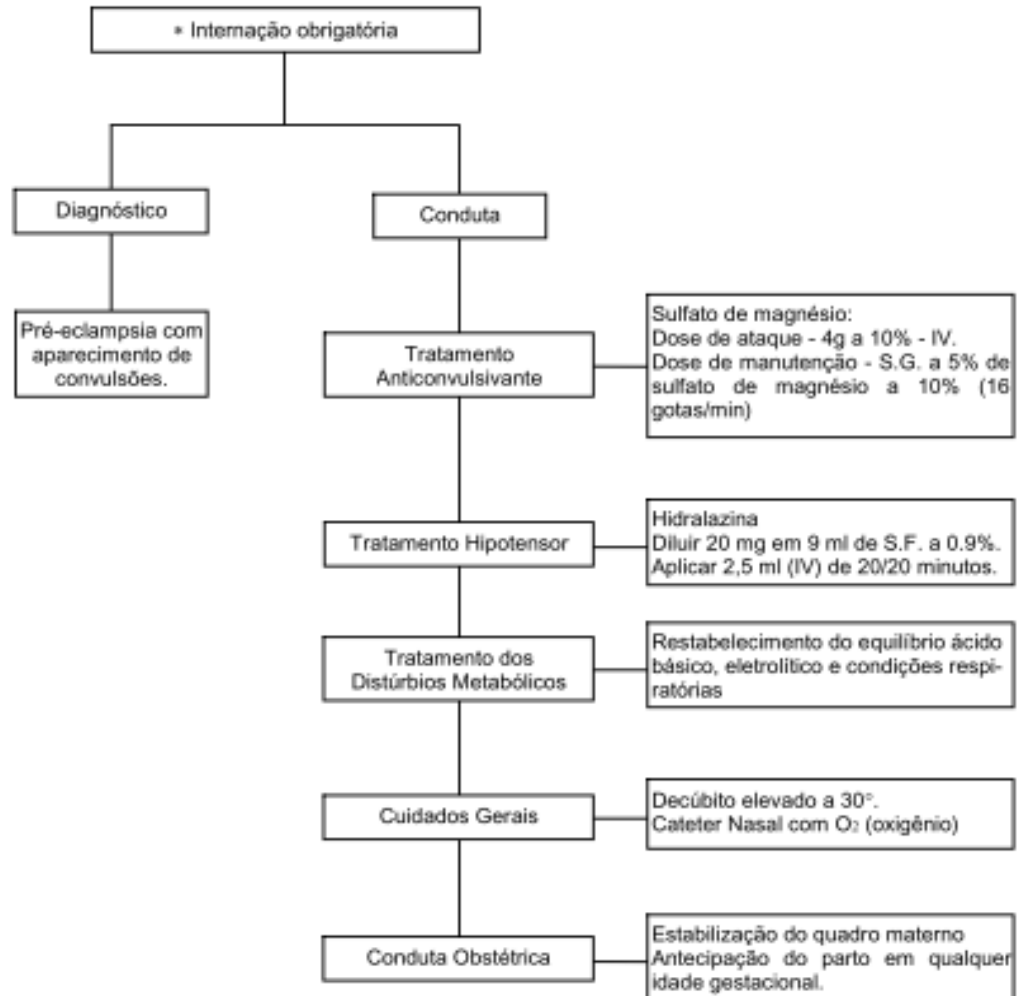
(***) Hipotensores:

1 – Sulfato de Magnésio (vide ECLÂMPSIA)

2 – Hidralazina – 50 a 200mg/dia

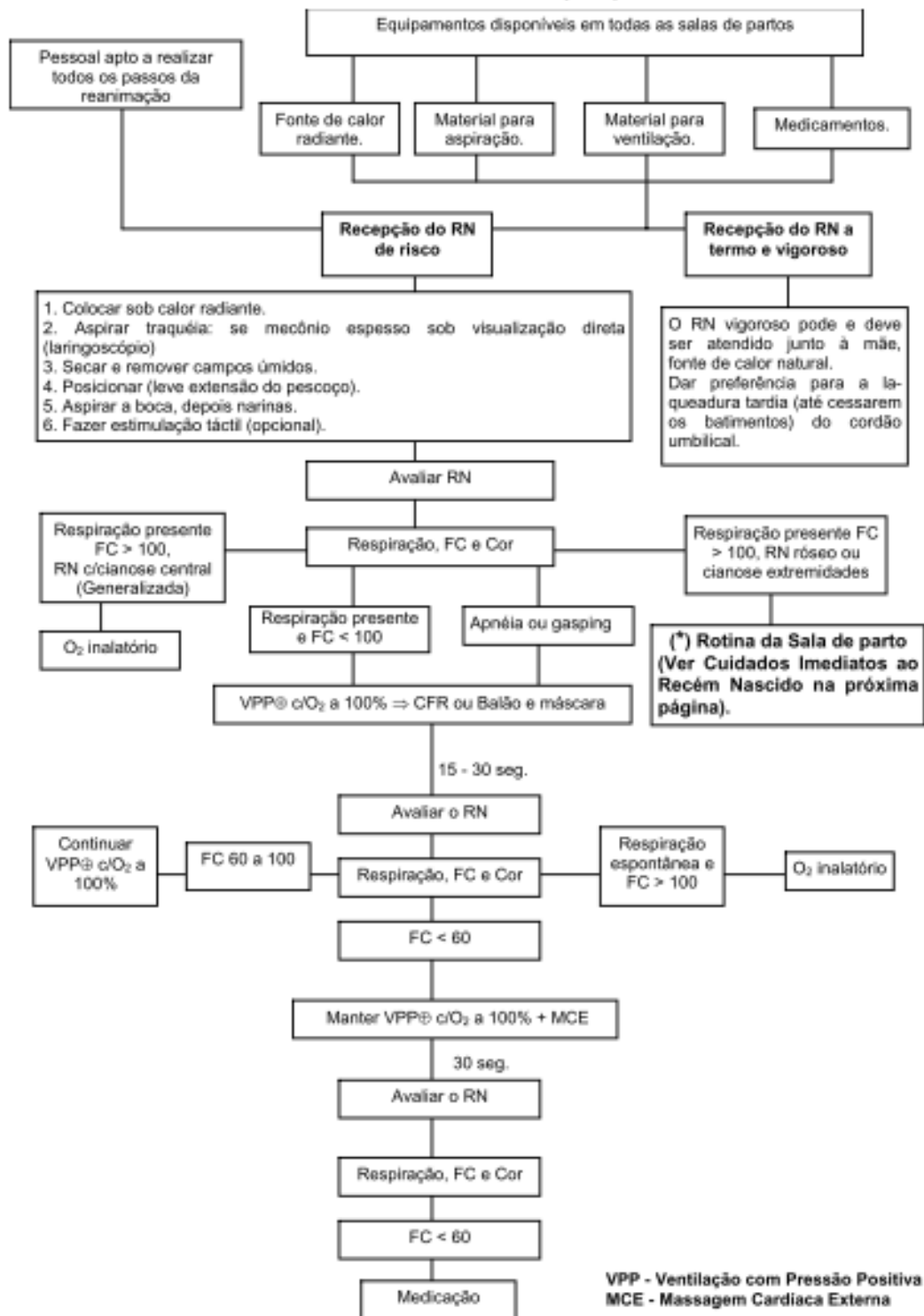
3 – Nifedipina – 20 a 60mg/dia

ECLAMPSIA



Obs: Paciente deve ser assistida em hospital com UTI

ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO (RN) NA SALA DE PARTO



(*) CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO

Este protocolo tem sua base teórica inspirada nas seguintes ações:

1. Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC;
2. Curso de Reanimação Neonatal;
3. Ações da Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar;
4. Bases do desenvolvimento neuro-psico-motor do recém-nascido.

Dessa forma:

A recepção do bebê normal deverá ser feita preferencialmente junto à mãe;

Enxugar o bebê e trocar os panos úmidos;

Manter o bebê junto à mãe, desde o nascimento, sempre que ambos tiverem condições e assim desejarem;

Estimular a sucção ao seio e reforçar benefícios do aleitamento materno para ambos;

A credenzagem, a vacina anti-hepatite b e o Kanakion deverão ser feitos no colo da mãe entre 30 e 60 minutos de vida do bebê e preferencialmente durante sucção do bebê ao seio, pois neste momento há minimização significativa da dor;

A higienização deverá ser feita em torno de duas horas de vida, em berço de acrílico, com água morna, sabonete neutro e gaze não estéril;

A limpeza do berço deverá ser feita com água e sabão e posteriormente aplicação de álcool 70%;

Utilizar o berço aquecido para um bebê de cada vez, trocando-se o lençol após o uso;

É mais saudável que o bebê espere pelo banho junto à mãe;

Evitar "filas de espera" para o banho onde, em geral, o mesmo berço é compartilhado por vários bebês com contato e troca de secreções e aumento do risco de infecção cruzada.

EXCEÇÕES

A higiene do bebê deverá ser feita o mais rápido possível nas seguintes condições e/ou quando houver indicação do médico: Mãe HIV positivo; contaminação do RN com fezes maternas; sinais de amnionite e ou infecção materna

DROGAS NO ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO (RN)

Medicação	Concentração	Volume	Dose/Via	Velocidade/Precauções
Adrenalina	1:10.000	1 ml	0,1 - 0,3 ml/Kg EV/ET*	- Infundir rápido - Qdo ET* pode-se diluir em SF 0,9% (volume final: 1 a 2ml).
Expansor de volume	Sangue total albumina 5% Sol. Fisiol. 0,9% Ringer Laciato	40 ml	10 ml/Kg EV	- Infundir em 5 - 10 min, em seringa.
Bicarbonato de Sódio 8,4% 1 mEq/ml	1 mEq/ml = 8,4%	20 ml	1-2 mEq/Kg EV	- Infundir lentamente, em no mínimo 2 minutos. - Recomendado nos casos de reanimação prolongada e com ventilação eficiente.
Naloxone	0,4 mg/ml	1 ml	0,1 mg/Kg (0,025 ml/Kg) EV/ET ou IM/SC	- Infundir rápido. - EV/ET*: preferências. - IM/SC: aceitáveis. - IND: Depressão resp. no RN devido uso de opiáceos até 4 hs antes do parto.

* ET - Endotraqueal

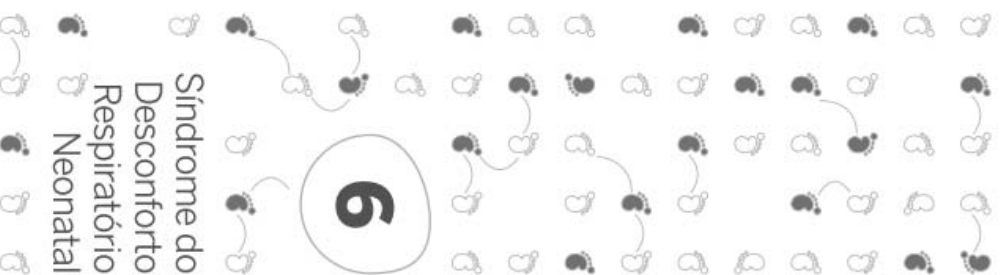
INTUBAÇÃO TRAQUEAL: INDICAÇÕES.

- Necessidade de aspiração traqueal (meconio).
- Ventilação com balão e máscara ineficaz.
- Ventilação com balão e máscara prolongada (> 5 min).
- Suspeita ou presença de hérnia diafragmática.
- Considerar intubação traqueal se:
 - há indicação de massagem cardíaca.
 - há indicação de administração de adrenalina.
 - há indicação de surfactante profilático.
 - RN prematuro extremo

CÂNULA TRAQUEAL: QUAL TAMANHO?

Cânula (DI - mm)	Peso (Kg)	IG (semanas)
2,5	< 1	< 28
3,0	1 e 2	28 e 34
3,5	2 e 3	34 e 38
4,0	> 3	> 38

6. Abordagem de RN com Desconforto Respiratório



Descrição

Definição
A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), ou Doença Pulmonar da Membrana Hialina (DPMH), caracteriza-se como deficiência qualitativa e quantitativa do surfactante endógeno.

Incidência
Relata-se frequência entre 0,5% a 1% dos nascidos vivos e em 50% dos recém-nascidos prematuros com muito baixo peso (RNPT MBP) ou RN com peso ao nascimento ≤ 1500 g.

Observação
A gravidade da doença está relacionada com o grau de prematuridade. A maturidade pulmonar é o principal fator para o desenvolvimento da SDR.

Diagnóstico

Identificação
A SDR clássica tem evolução física e característica. Há sinais de desconforto respiratório, caracterizado como taquipnéia, dispnéia, gemido expiratório, batimentos de asa do nariz e retracção e frêgem intercostal e subdiaphragmática. O início é precoce e logo após o nascimento, com piora progressiva entre 24h e 48h e melhora gradual após 72h. Essa evolução clássica foi modificada após melhoria e aumento das medidas de terapia, incluindo suporte ventilatório precoce e terapia de reposição de surfactante exógeno. Nos prematuros mais extremos predominam os sinais de cianose e apnéia.

Aspecto radiológico
Esse aspecto está presente nas primeiras horas de vida pós-natal.

- infiltração reticulogranular difusa e homogênea
- broncograma aéreo
- Edema pulmonar

Terapia

Terapêutica da SDR

Medidas de suporte
Estabilização da temperatura (T°), oxigênio, evitando-se a hipotermia ($T^{\circ} \leq 36^{\circ}\text{C}$) e hipertermia ($T^{\circ} \geq 37^{\circ}\text{C}$, na superfície abdominal).

Oxeta hídrica
De 60 a 70 mL/kg/dia entre 1^o e 2^o dia, com ajuste para 90 a 100 mL/kg/dia entre 3^o e 7^o dia até 150 mL/kg/dia. Se não houver melhora, considerar a possibilidade de síndrome da membrana hialina (SMH) ou síndrome da dificuldade respiratória neonatal (SDR).
30% e 40% e Na⁺ sérico entre 135 mg/dL e 145 mg/dL.

Administração de antibiótico
Conforme o capítulo de infecções neonatais.

Aspectos nutricionais

De início, jejum oral com velocidade de infusão de glicose (10) e soro fisiológico (10) para estabilizar o estado hídrico e glicêmico. Quando o RN apresentar condições clínicas e hemodinâmicas para iniciar a nutrição enteral precoce, se possível, na forma de nutrição enteral mínima com leite materno (capítulo de dieta enteral e parenteral).

Oxigenioterapia e Ventilação

Indicada para manter parâmetros gasométricos estáveis, incluindo pH 7,25 a 7,35, PaO_2 45 a 70 mmHg (pre-duto), PaCO_2 45 a 60 mmHg (evitar $\text{PCO}_2 < 30$ e > 60 mmHg) e SaO_2 entre 89% a 93% (pre-duto).

Observação

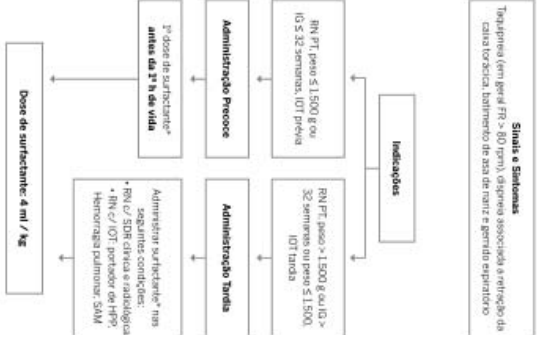
A oxigenoterapia é administrada no alito da SDR e de acordo com a gravidade da doença na forma de CPAP nasal (evitar o colapso alveolar e conservar a função do surfactante alveolar) e ventilação mecânica. Em síntese, o tipo de suporte ventilatório (SIMV, CPAP nasal simples ou cíclica, halo de O_2 , inalatório) e de administração de oxigênio é indicado de acordo com a fase e gravidade da SDR e dos parâmetros gasométricos.

Terapia de reposição do surfactante exógeno

Terapêutica de resgate na redução da mortalidade neonatal em RN com SDR. A administração de surfactante exógeno é indicada em RN com SDR e em casos de insuficiência respiratória, entre o nascimento e 1 dia de vida pós-natal, na dose de 100 mg/kg (seguir algoritmo de terapia de reposição do surfactante).

Terapia

Algoritmo da terapia de reposição do surfactante



Administração das doses subsequentes
2^o dose: 100 mg/kg em 1 hora após a primeira dose independente do tempo de duração da ventilação.
3^o dose: entre 6 h e 12 h (6 h) após a 2^o dose nos RN com $\text{PaO}_2 > 40\%$ para manter a $\text{pO}_2 > 50$ mmHg.

Observações

- Avalie os parâmetros da VM, se aplicável. $\text{FR} = 60$, $\text{TI} = 0,5$, dotar FIO_2 , manter $\text{PIP} \leq \text{PEEP}$.
- Não é necessário a separação da câmbula ET antes e após a administração do surfactante.
- Não separar por período de 2 h após a administração do surfactante.
- Não x da taxa correntes após 2 h.
- Cuidar de gessivina antes.

3.2.1 Manual Técnico de Atenção à Gestante

Será apresentado um Manual Técnico de Atenção à Gestante para ser debatido, adaptado à realidade local, pactuado e validado para efetiva implantação visando a melhoria assistencial à gestante.

1. Introdução

A qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve almejar uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o feto/recém-nascido e possibilitar uma experiência de vida gratificante no período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial entendam a importância de sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado deste resultado para cada mulher.

Como a consulta pré-natal se constitui na melhor oportunidade para cuidar de seu estado de saúde, para muitas mulheres, deve ser considerada uma oportunidade para que o sistema atue integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde. Embora nas últimas décadas a cobertura de atenção pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como desafio a ser enfrentado. Isso exige a conscientização dos profissionais de saúde envolvidos sobre sua responsabilidade na qualificação técnica e humanística do cuidado. Não menos importante é o papel exercido pela organização dos serviços ofertados, do pré-natal ao puerpério, passando pelo parto. Todos estes aspectos também são impactados pelo desenvolvimento econômico, social e humano de cada região. É preciso uma visão holística durante a gravidez, parto e puerpério para garantir o melhor cuidado e os melhores resultados.

No entanto, a mortalidade materna mantém-se estável e até elevada, de forma incompatível com a oferta de serviços e seu desenvolvimento socioeconômico. Embora tenha sofrido queda, a mortalidade neonatal também tem componentes que uma assistência obstétrica qualificada poderia contribuir para reduzir. Grande parte da morbimortalidade da mãe, do feto e do recém-nascido pode ser reduzida por um cuidado adequado pré-natal, identificando precocemente as complicações (prevenção secundária) ou evitando que as complicações evoluam para situações graves, com risco de vida ou morte (prevenção terciária).

É preciso dar a devida atenção às condições que causam morbidade materna, àquelas que são potencialmente ameaçadoras da vida e, especialmente à morbidade materna grave, near miss (que pode evoluir para morte se não for oferecido um cuidado adequado e oportuno).

É necessário potencializar o uso dos recursos humanos e materiais existentes para um melhor enfrentamento da morbimortalidade materna e perinatal.

Isso significa aprimorar o cuidado em rede, numa abordagem de qualidade da assistência que valoriza e coloca foco na Linha de Cuidado (LC) da Gestante, articulando, de forma eficiente, os vários níveis de atenção. Além da assistência às gestações de baixo risco, a LC deve responder ao atendimento de gestações e partos com maior risco. A percepção e classificação de risco no pré-natal, a integração entre serviços para baixo e alto risco, a eficiência da referência e transporte nos casos de urgência e emergência obstétricas, com boa articulação entre os serviços e do sistema de referência para maternidades que provêm atenção obstétrica em situações de alto risco e a assistência qualificada ao parto são componentes essenciais para redução da morbimortalidade e uma experiência prazerosa de gestação e parto.

Definem-se as seguintes diretrizes para nortear a atenção ao pré-natal, ao parto e puerpério:

1. Respeito à autonomia da mulher na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação a sua saúde, a sua sexualidade e a reprodução;
2. Garantia de acesso a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral, visando à promoção da saúde, o início precoce do acompanhamento das gestantes, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer nesse período;
3. Oferta de cuidado referendada pelas melhores evidências científicas disponíveis;
4. Garantia de adequada infraestrutura física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento da gestante e da puérpera.
5. Garantia de aprimoramento permanente dos processos de trabalho envolvidos, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas e valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar;
6. Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde;
7. Incentivo ao parto e ao aleitamento materno qualificados, seguros, adequados à situação e respeitosos às e confortáveis percepções das mulheres.

2. Organização do Processo Assistencial

2.1 Nas redes regionais de atenção à saúde

É necessário planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir acesso e o acolhimento de todas as mulheres, durante as diversas fases da gestação, parto e puerpério. A LC deve abordar atividades de promoção à saúde e prevenção, cura e reabilitação dos agravos e doenças eventualmente apresentados no período gestacional, fundamentada no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, incluindo a estrutura dos serviços de saúde existentes. Para isso, faz-se necessária a integração das diversas unidades de atenção à saúde, iniciando na atenção básica, passando pela retaguarda ambulatorial especializada, para gestações de maior risco e finalizando na rede hospitalar com suas maternidades de referência. Exige a normatização do fluxo na rede regional, bem como o estabelecimento de rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe. Além da adequada articulação dos serviços na Linha de Cuidado é preciso ter mecanismos adequados de regulação da assistência, garantia de acesso a exames complementares e do fornecimento de medicações essenciais e segurança no transporte eventual de pacientes.

2.2 Na atenção básica

Para garantir qualidade, não se pode prescindir da adequada infraestrutura, de profissionais capacitados (médicos, enfermeiros, enfermeiros obstétricos) e da organização dos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades de saúde. Esses processos devem ser fundamentados em um modelo de gestão participativa que identifique os obstáculos para um eficiente clima organizacional e apure as dificuldades estruturais para possibilitar melhorias.

Há que se respeitar as normas legais e os parâmetros estabelecidos para adequação do espaço físico, recursos humanos e materiais. A satisfação das usuárias é uma das metas fundamentais a serem alcançadas, com a garantia de autonomia, privacidade e decisões sobre condutas, compartilhando o cuidado com a mulher e seu acompanhante, se for seu desejo.

2.2.1 Organização da assistência

As rotinas estabelecidas devem respeitar as características locais, com máximo aproveitamento do tempo e das instalações. Isso inclui normatizações sobre:

- Procedimento de busca ativa;
- Visitas domiciliares;
- Educação em saúde;
- Acolhimento da gestante e seus familiares;
- Recepção e registro;
- Convocação de pacientes;
- Dispensação de medicamentos;
- Fornecimento de laudos e atestados médicos;
- Verificação de dados físicos;
- Rotina das consultas e da solicitação de exames.

A atualização nos aspectos técnicos da atenção pré-natal é essencial e o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos essenciais é obrigatório. A implantação de um roteiro de atividades deve ser flexível e melhorada continuamente a partir de realidades locais e de indicadores que demonstrem o rendimento do serviço, aliado a sugestões de todos os envolvidos no processo (trabalhadores, usuários e gestores). É importante valorizar os diferentes papéis dos profissionais e facilitar a educação permanente e interdisciplinar. O registro das atividades desenvolvidas permite análise linear e dinâmica dos cuidados ofertados e de seus resultados. É imprescindível a informação documentada de dados da gestante e do cuidado ofertado na unidade, no domicílio e nos setores referenciados.

Desafios sociais afetam diretamente o sucesso da atenção pré-natal, quer seja pela aderência ao programa ou ao tratamento. Mais frequentemente a resolução desta situação envolve uma ação complexa, exigindo esforços multiprofissionais e governamentais. É relevante identificar se há obstáculos ou dificuldades de transporte para a consulta pré-natal, insuficiente informação e compreensão sobre os cuidados, arranjo estabelecido para a guarda dos outros filhos durante o período de ausência, para licença no trabalho, problemas com violência na família ou no local de trabalho e dificuldades financeiras diversas.

Uma atividade que deve ser implantada é o monitoramento do absenteísmo das gestantes no pré-natal, tratado como indicador de qualidade. É importante que a equipe profissional esteja atenta para monitorar as faltas, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a superação das dificuldades percebidas, podendo utilizar a busca ativa com visita domiciliar para esse fim. No processo de gestão do cuidado em saúde, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- Ficha de acompanhamento pré-natal: para registro dos dados relevantes da gestação, parto e puerpério e dados do conceito.
- Cartão da gestante: para ser preenchido com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando-se os riscos quando existirem. Deve ser utilizado como um instrumento dinâmico, atualizado a cada consulta, servindo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores e em outros serviços. Deve-se orientar a gestante para portá-lo continuamente.
- Relatório de encaminhamento: para orientar os casos que necessitem de encaminhamento, contendo todos os dados relevantes, incluindo um resumo da história clínica, com hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e outras orientações, além do motivo que gerou o encaminhamento. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminha, o seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e o nome da pessoa que foi contatada quando for o caso. Um exemplo de formulário de encaminhamento padrão, podendo ser utilizado pelas unidades que ainda não dispõem de um modelo.
 - Lista de medicamentos essenciais do RENAME.
 - Lista sobre uso de drogas na amamentação.
 - Mapa de atendimento diário: resumo da atividade do dia na unidade, contendo as informações essenciais de cada consulta prestada, como número do registro na unidade, nome da gestante, idade gestacional; eventuais intercorrências e principais condutas adotadas.

O encaminhamento para serviço de maior complexidade deve ser realizado quando há vantagens claras da transferência de unidade para a mulher. A avaliação especializada pode ser na forma de uma interconsulta, com retorno da gestante à unidade de origem ou pode ser aceita como transferência se os cuidados assim exigirem. Em ambas as situações permanece a responsabilidade de acompanhamento do caso pela unidade de saúde de origem, que deve manter vínculo com a usuária e sua família. A unidade de saúde deve se entender como responsável pelo cuidado qualificado à gestante, acompanhando sua trajetória e facilitando os atendimentos e acompanhamento.

Quando ocorrer consulta especializada na referência, o retorno à unidade original deve ser agendado. Algumas estratégias podem ajudar a prevenir dificuldades potenciais decorrentes das diferentes propostas de conduta entre profissionais da atenção básica e especializada:

- Documentação clínica minuciosa através de cartão pré-natal;
- Relatórios de transferência, referência e contra referência;
- Comunicação clara entre os profissionais envolvidos;
- Uso de um protocolo unificado de condutas;
- Participação ativa e informada da mulher e seus familiares.

Deve ser reorganizada a atuação das unidades básicas em casos de urgência e como acionar o serviço de remoção, por exemplo, numa emergência hipertensiva ou convulsão em gestantes. É imprescindível que as unidades preparem um plano de atendimento para a urgência e emergência, e para o encaminhamento e/ou transferência, tendo uma rotina por escrito para buscar a máxima qualidade dos procedimentos. Também, é importante destacar que o atendimento da urgência e emergência deve ter prioridade sobre a atividade de consulta agendada.

A gestante e os familiares devem conhecer os motivos da remoção. Os papéis de cada profissional precisam ser definidos, estabelecendo quem fará o contato com a referência, com o setor de transporte, o local onde a mulher deverá esperar e até mesmo onde ocorrerá o estacionamento de viaturas, criando-se um fluxo claro. As iniciativas de transferência devem contar com o apoio de central reguladora ou outro órgão facilitador. As condutas devem ser registradas e a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações.

2.2.2 Recursos humanos

O acompanhamento da gestante e da puérpera na atenção básica deve ser multiprofissional e compartilhado pela equipe. É imprescindível que os profissionais associem competência, dedicação e sensibilidade neste momento peculiar da vida da mulher, com disposição para fornecer apoio, e que saibam valorizar a dinâmica social dessa família. Devem estar atentos a grupos suscetíveis de agravos à saúde (incluindo adolescentes, usuárias portadoras de dificuldade de comunicação, de necessidades especiais, imigrantes, com dificuldade socioeconômica e/ou da estrutura familiar, entre outros, particularizando cuidados assistenciais específicos se necessário. Os atendimentos clínicos durante o pré-natal de baixo risco podem ser realizados pelo médico, enfermeiro, enfermeiros obstétricos, de maneira intercalada, complementar.

2.3 Avaliação permanente de qualidade

A avaliação da qualidade e eficiência do atendimento pré-natal e puerperal é necessária para a gestão do cuidado da gestante e seu resultado deve ser conhecido por todos os profissionais envolvidos. Deve-se, também, oferecer e acompanhar a regularidade de atividades de educação permanente para os profissionais das UBS.

É importante que os profissionais da unidade organizem a discussão regular e rotineira de êxitos e dos insucessos da assistência obstétrica, como os casos de insucessos maternos graves (morte materna, morbidade materna grave relatada - histerectomia, internação na UTI, transfusão de sangue, eclâmpsia, hipertensão grave), além dos óbitos fetais e neonatais, nascimentos prematuros e casos de sífilis congênita. Recomenda-se que a equipe discuta regularmente aspectos da evolução dos cuidados, especialmente nestes casos-sentinelas e medidas de remediação para prevenir situações similares futuras.

Essa avaliação ampla do processo contribui para a busca de soluções e sensibiliza o grupo para os problemas a serem enfrentados. Para realizar esta avaliação, as informações relativas ao acompanhamento individual de cada gestante e os resultados perinatais devem ser registradas de forma a construir indicadores do desempenho da assistência.

A recente recomendação da OMS sugere oito consultas pré-natais, e este número está sendo incorporado como recomendação. Embora, o SIS-Pré-Natal permaneça utilizando o número mínimo de 6 consultas no pré-natal e uma consulta de puerpério. Outros indicadores podem ser agregados para análise da atenção obstétrica.

3. Planejamento da gravidez

O planejamento da gravidez depende de uma decisão informada da mulher sobre o momento mais oportuno para engravidar, considerando suas condições físicas, psíquicas e sociais. Poder planejar a gravidez e ser devidamente orientada para esta fase é um direito das mulheres. No entanto, esta prática ainda não é adotada pela maioria da população e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde.

A unidade de saúde deve estar preparada e estimular as mulheres a buscarem esse recurso. Esse é um aspecto especialmente importante para quem atende grupos mais vulneráveis, incluindo as adolescentes e mulheres que tiveram complicações em gestações anteriores ou tem alguma complicação clínica. A orientação pré-concepcional deve ser bem utilizada para apoiar o casal a definir o melhor momento de gravidez, considerando suas condições de vida e aspectos clínicos relevantes. Deve-se sugerir um intervalo interpartal mínimo de dois anos, associado à decisão informada sobre métodos de contracepção para planejamento familiar. Essa abordagem contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil por diminuir o número de gestações não desejadas e abortamentos provocados; o número de ligaduras tubárias por falta de acesso aos métodos anticoncepcionais e o número de cesáreas indicadas para facilitar a realização de contracepção definitiva.

O aumento do intervalo entre as gestações contribui para diminuir a frequência de recém nascidos de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados. A consulta após o parto é essencial para dar oportunidade e qualidade a qualquer estratégia de planejamento reprodutivo. É preciso identificar fatores de risco, incluindo os comportamentais e hábitos e criar oportunidade para discussão sobre como a gravidez e a maternidade poderiam influenciar o curso de vida da mulher, nas perspectivas afetiva, educacional e social.

Recomenda-se planejar o melhor momento, incluindo adequação de medicações que por ventura estejam sendo utilizadas e/ou desencorajando a gravidez em mulheres com doenças crônicas até que estas estejam compensadas (como diabetes, cardiopatias, hipertensão arterial grave, infecção pelo HIV, hepatite, entre outras). Sempre que possível, deve-se incluir o parceiro neste planejamento.

A consulta de planejamento da gravidez deve incluir anamnese detalhada, valorizando o interrogatório das queixas, antecedentes e hábitos, seguido de exame físico geral e ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. Alguns aspectos da história clínica e do exame físico merecem ser citados, como indicadores de especial atenção para o período pré-concepcional, a saber:

3.1 Antecedentes e história clínica

Grupo etário: Adolescentes, por apresentarem potencialmente riscos aos estudos e formação profissional e possíveis dificuldades psicossociais, devem ser desencorajadas a engravidar, mas devem ser fortemente apoiadas se a gravidez ocorrer. Por outro lado, tem ocorrido postergação da gravidez para depois dos 35 anos, idade a partir da qual aumenta o risco de cromossomopatias fetais, principalmente a trissomia do cromossomo 21, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, neoplasias malignas e óbito fetal, o que exige aconselhamento específico pré-concepcional sempre que possível.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos: É necessário orientar sobre a importância do registro sistemático das datas das menstruações e estimular para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos. Além disso, é importante identificar história de infertilidade prévia, abortos e as condições de sua ocorrência (provocado, habitual), gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, distúrbio do crescimento fetal, parto prematuro, pré-eclâmpsia e morbimortalidade perinatal, discutindo os riscos de recorrência e possíveis intervenções.

O conjunto de informações sobre antecedentes obstétricos deve incluir:

- História ginecológica, incluindo avaliação de possíveis distúrbios endócrinos e anomalias uterinas.
 - Partos (via, data, idade gestacional, local, peso do recém-nascido).
 - Resultados desfavoráveis detalhados, buscando descobrir eventuais causas, com dados sobre complicações maternas, fetais e neonatais.

História familiar: A identificação de antecedente familiar positivo para tromboembolismo incrementa o risco dessa complicação na gravidez. A ocorrência de doenças genéticas deve orientar aconselhamento genético para o casal. A história de fibrose cística e hemofilia na família merece ser investigada, como também anemia falciforme entre os negros e talassemias nas mulheres com origem mediterrânea. Outras doenças dependerão de sua recorrência familiar.

Antecedentes mórbidos pessoais: Morbididades ou complicações clínicas maternas prévias devem ser identificadas e controladas o mais adequadamente possível, antes da decisão de engravidar. Abaixo, as situações específicas mais frequentes:

- Diabetes Mellitus (DM); Hipertensão arterial crônica (HAC); Doenças da tireoide; Cardiopatias; Doenças autoimunes; Asma Brônquica; Epilepsia; Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); Nefropatias; Depressão.

Outras doenças: hemopatias, distúrbios musculoesqueléticos e câncer devem ser consideradas individualmente quanto ao risco que apresentam no caso de uma gestação planejada, com a ajuda do especialista; Alterações genéticas; Obesidade.

Deve-se desestimular o tabagismo pelo risco de prejuízo do crescimento fetal, associação com abortamento, prematuridade, descolamento prematuro de placenta e amniorrexe prematura, com aumento das chances de sucesso para aquelas que abandonarem o hábito ou reduzirem o consumo diário. Não está ainda estabelecida dose segura de ingestão de álcool durante a gestação para se evitar danos fetais (discreta restrição do crescimento fetal à grave síndrome alcoólica fetal), devendo ser orientada abstinência. As drogas ilícitas produzem danos diversos sobre a gestação, provocados pela própria substância ou por prejuízo de sociabilidade.

3.2 Exame físico

O exame físico deve ser completo, observando-se alterações no estado geral, peso, pressão arterial, palpação da tireoide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação abdominal, pele e sistema musculoesquelético. Não se deve prescindir do exame das mamas, do exame pélvico do exame preventivo do câncer do colo do útero, se esse não tiver sido realizado conforme normas técnicas vigentes (uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos). É importante ressaltar que, para muitas mulheres, este pode ser seu primeiro contato com o sistema de saúde e a oportunidade deve ser aproveitada para investigação de sua condição médica geral.

3.3 Avaliação nutricional

O diagnóstico de desvios nutricionais e a ação conjunta de um nutricionista - indicando, se necessário, dieta especial - são recursos essenciais para adequação do peso antes de engravidar.

4. Diagnóstico da gravidez

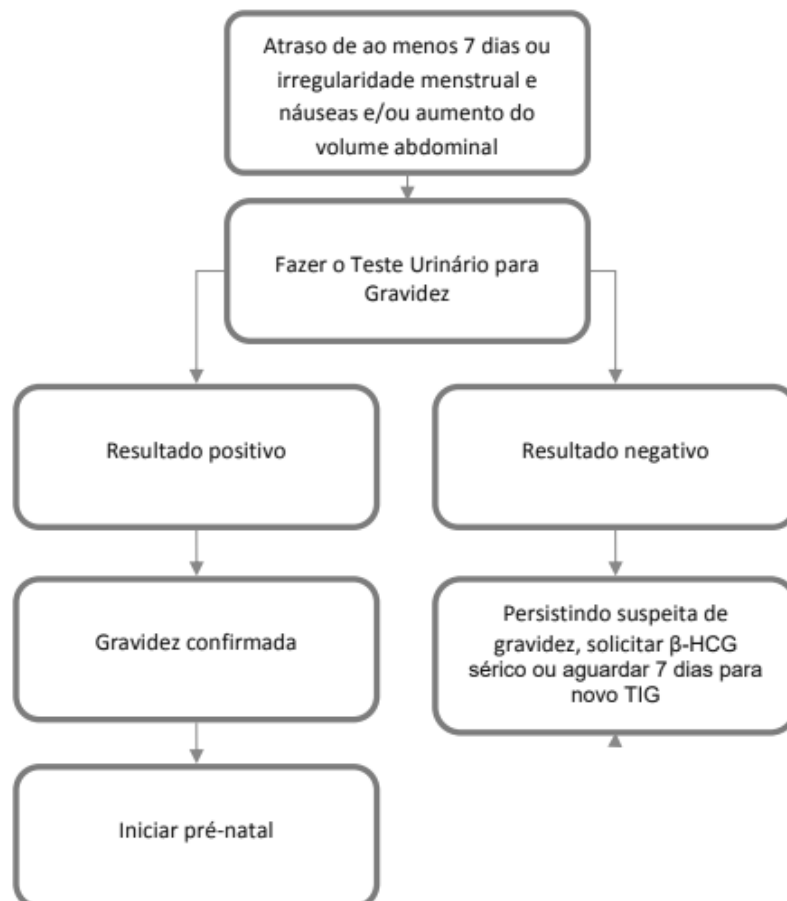
4.1 Acolhimento da mulher com atraso menstrual

A mulher que procura a unidade de saúde deve ser recebida com privacidade e de maneira acolhedora. Deve ser dirigida ao atendimento por profissional capaz de oferecer escuta ativa e não julgadora sobre suas possíveis expectativas e necessidades. A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil, buscando não postergar o diagnóstico e oferecendo acolhimento precoce para orientação e atenção pré-natal.

Realizar os testes confirmatórios para gravidez.

Fluxograma 07:

-Fluxograma do diagnóstico da gravidez



Nessa oportunidade devem ser fornecidos ainda:

- O cartão da gestante, devidamente identificado e preenchido, incluindo o nome da unidade hospitalar de referência para ela e o número do telefone;
- As solicitações dos exames complementares, segundo o protocolo;
- Recomendação de vacinas e ácido fólico;
- Recomendação sobre atividades profissionais e físicas na gravidez;
- Orientações sobre atividades educativas, visitas domiciliares, visita à maternidade de referência e demais programas. Feito esse contato inicial, a Primeira Consulta Médica de pré-natal deve ser agendada idealmente em 2 a 3 semanas, período suficiente para receber os resultados das provas laboratoriais solicitadas. Assim, é possível estabelecer as condutas recomendadas o mais rápido possível.

5. Rotinas da atenção pré-natal

5.1 Aspectos gerais

O acompanhamento pré-natal exige acolhimento das necessidades da gestante, acompanhante e familiares em relação à gravidez, parto e puerpério. Deve haver disponibilidade para que sejam esclarecidas queixas, dúvidas, angústias, ansiedades, criando um ambiente empático e receptivo, que estimule a adesão ao programa de consultas e ações educativas. Sugere-se que a atenção pré-natal de baixo risco possa ser realizada pelo médico e pela enfermeira, de forma compartilhada, intercalando e/ou dividindo as ações, complementado por atuação de agente de saúde e outros profissionais conforme o caso exigir.

A Primeira Consulta Médica representa uma oportunidade privilegiada de classificar riscos e orientar condutas efetivas que qualificam o cuidado. Esta consulta deve prover um atendimento clínico completo, com anamnese e exame físico geral e específico.

5.2 Risco gestacional

A identificação de riscos para a gestante e/ou feto durante a evolução da gravidez deve ser privilegiada na primeira consulta. É uma estratégia para estabelecer o plano de ação terapêutica no pré-natal, incluindo a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade, que devem ser revistos a qualquer tempo. O profissional deve ter suficiente preparo e experiência para efetuar interrogatório e avaliação clínica detalhados, valorizando sinais clínicos de alerta e/ou interpretando resultados de exames complementares que possam identificar riscos.

Esta avaliação de risco deve ser contínua, a cada consulta, valorizando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal, apoiada em novas informações, queixas ou achados clínicos, por profissionais atentos e bem treinados. Há necessidade de adequação da lista de condições potenciais de risco à situação epidemiológica local, estabelecendo-se uma Linha de Cuidado regional que dependerá da distribuição e localização dos serviços de referência.

Para algumas gestantes, as situações de risco se associam apenas ao parto (como gestantes com antecedente de atonia uterina pós-parto). Nesses casos, o planejamento do local de parto (maternidade de referência), que possa oferecer as condições adequadas de cuidado em situação de emergência, é responsabilidade da atenção pré-natal. Esta conduta deve ser orientada durante as consultas e isso deve estar registrado no cartão pré-natal. Também é responsabilidade da UBS organizar uma visita para reconhecimento do local de parto para todas as suas gestantes.

A identificação de risco deve ser um marcador de alerta para um cuidado qualificado e busca de complicações associadas àquela situação específica, mas não deve ser sinônimo de transferência de cuidados.

As situações de risco que podem ser acompanhadas na atenção básica incluem características pessoais e demográficas e antecedentes obstétricos, listadas abaixo. Às demais, quando há diagnóstico de complicações clínicas concomitantes à gravidez e complicações da gestação diagnosticadas, recomenda-se encaminhamento para pré-natal com especialista. Nestes casos, após avaliação na unidade de referência, a gestante pode ser reencaminhada para a unidade de atenção básica original ou a grávida continuará os seus cuidados de pré-natal no serviço de maior complexidade.

A avaliação dos fatores de risco e o nível de complexidade sugerido inclui:

**1. Características pessoais e sociodemográficas
(acompanhamento na atenção básica):**

Quadro 21:

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Menos que cinco anos de estudo regular	Atenção para nível de compreensão das orientações, especialmente recomendações escritas. Buscar formas alternativas de comunicação e solicitar acompanhante quando percebida limitação de entendimento.
Ocupação com esforço físico excessivo, trabalho noturno, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e níveis altos de estresse.	Avaliação de adequação de atividade, função, carga horária e solicitação médica formal ao empregador de mudança de função ou área de trabalho. Orientar pausas periódicas para descanso, especialmente após as refeições
Suporte familiar ou social inadequado	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e do serviço social
Situação afetiva conflituosa	Oferecer/Solicitar acompanhamento psicológico e social, atentar para risco de violência doméstica (investigação periódica).
Transtorno mental	Encaminhamento para avaliação psicológica/CAPS, monitoramento e vigilância de piora de sintomas, especialmente piora depressiva, ideação suicida. Valorização de queixas subjetivas. Investigar o abuso de substâncias psicoativas e fumo.
Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social	Oferecer/Solicitar avaliação do serviço social
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas	Encaminhamento para CAPS AD, oferecer/solicitar acompanhamento psicológico, rever periodicidade de consultas. Pesquisar situação de rua e comportamentos sexuais de risco.
Violência doméstica, abuso, assédio moral	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica e serviço social. Oferecer apoio e abordar importância e possibilidade de denúncia em caso de violência.

Altura menor que 1,45 m	Atenção para crescimento uterino e valorização de queixas de contrações ou perdas vaginais.
Idade menor que 15 e maior que 35 anos	No caso de adolescentes, buscar adequação da atenção obstétrica respeitando as particularidades sociais e psicológicas da faixa etária, maior risco de complicações (como prematuridade). É recomendada a realização de grupos de orientações e consultas dirigidas para essa população
Índice de massa corpórea (IMC) inicial que evidencie baixo peso (< 20kg/mm ²) ou sobre peso (25-29/99kg)m ² ou obesidade (< 30kg/mm ²)	Oferecer/Solicitar avaliação e acompanhamento nutricional, grupos de orientações e consultas dirigidas para essa população.
	Oferecer/Solicitar avaliação e acompanhamento nutricional, orientações quanto atividade física

2. Antecedentes obstétricos (acompanhamento na atenção básica)

Quadro 22:

Condição	Orientações para seguimento na Atenção Básica
Abortamento habitual 1º trimestre (mais do que 2 abortos)	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias), de miomatose, malformações uterinas, consanguinidade, de alterações genéticas familiares, de exposição a substâncias tóxicas, de trombose.
Cirurgia uterina anterior (que não sejam cesáreas)	Recomendado agendamento de cesárea, fora do início de trabalho de parto, em torno de 39 semanas.
Esterilidade/infertilidade	Oferecer/Solicitar avaliação psicológica, pesquisar história de manipulação/cirurgia uterina prévia, malformações uterinas, miomatose, de alterações endocrinológicas (diabetes, tireoidopatias).
Intervalo interpartal menor que dois anos	Atenção para sinais de trabalho de parto prematuro. Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado dos filhos, avaliar afastamento laboral de companheiro/familiar/acompanhante na eventualidade de cuidado especial durante a gestação. Oferecer planejamento familiar.

Macrossomia fetal	Atenção para o desenvolvimento fetal, pesquisa de diabetes mellitus
Nuliparidade e grande multiparidade (> 4 gestações)	Pesquisar rede de apoio para auxílio ao cuidado do(s) filho(s), oferecer planejamento familiar.
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	Seguir orientações.
Recém-nascido com restrição de crescimento ou malformado	Pesquisar história de infecções prévias (toxoplasmose, sífilis, CMV), complicações clínicas (hipertensão, lúpus), malformação familiar. Solicitar USG morfológico de 1º. E 2º. trimestres, ecocardiografia fetal, se disponíveis. Acompanhamento da curva de crescimento fetal e altura uterina.
Síndromes hemorrágicas em partos anteriores	Afastar diagnóstico atual de placenta prévia, orientações sobre possibilidade de recorrência no parto atual, parto preferencialmente em hospital com suporte para urgências e emergências obstétricas.
Duas ou mais cesarianas prévias	Afastar diagnóstico atual de acretismo placentário com ultrassonografia no final do 3º trimestre. Recomendação de parto cesárea em torno de 39 semanas.
Ascetismo placentário	Afastar diagnóstico na gestação atual.
Perdas gestacionais de 2º ou 3º trimestre	
Prematuridade prévia	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal.
Morte perinatal explicada ou inexplicada;	Podem ser acompanhadas na Atenção Básica após avaliação com especialista para definição da conduta na atenção pré-natal

5.3 Frequência das consultas

O calendário de consultas no pré-natal é programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. A Organização Mundial da Saúde recentemente atualizou sua recomendação para um mínimo de oito consultas, assim distribuídas: uma no primeiro trimestre (até a 12ª semana), seguida por retornos com 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 semanas.

Idealmente, a gestante deve ter um atendimento inicial de acolhimento na unidade de saúde quando será realizada a primeira consulta de enfermagem serão solicitados os exames de rotina pré-natal, agendando-se posteriormente a primeira consulta médica. Também se recomenda ao menos uma consulta de revisão puerperal. As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares, em situações especiais. Devem ser iniciadas precocemente (1º trimestre).

O acompanhamento deve ser regular e completo, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas, preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de acompanhamento pré-natal. Deve-se estar constantemente atento ao risco associado à gravidez, pela história clínica e resultado dos exames laboratoriais de rotina. A maior frequência de visitas no final da gestação visa a avaliação das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.

A necessidade de outras consultas além do preconizado dependerá de complicações obstétricas ou clínicas ou outras demandas da gestante. A unidade de saúde deve tratar o atendimento à gestante como prioridade, atendendo-a toda vez que houver necessidade, seja para orientação nutricional, atendimento odontológico, monitoramento de pressão arterial ou presença de sintomatologia da doença para aquelas com maior risco de pré-eclâmpsia, vacinação, ou avaliação clínica por queixa.

A equipe deve estar atenta para monitorar o absenteísmo das gestantes, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a solução da dificuldade, com visita domiciliar pelo (a) agente comunitário(a) ou outro membro da equipe de saúde. Mais importante que a quantidade de consultas é a sua qualidade. O profissional deve estar atento às avaliações mínimas nos retornos (queixas, PA, ganho de peso, edema, relação idade gestacional/altura uterina, movimento fetal) e ao surgimento de riscos para a mulher e o feto, considerando o caráter dinâmico da gestação.

A identificação de problemas é diretamente afetada por dar oportunidade de fala para a mulher, uma anamnese adequada, exame físico obstétrico, exame clínico se necessário e, por vezes, pelo auxílio de propedêutica complementar dirigida por sintomas e sinais.

Pressupostos:

- Para as gestantes com algum risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e depende diretamente do agravo em questão;
 - A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência ou um sinal de alerta, independente do calendário estabelecido. Da mesma forma, retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina;
 - Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no terceiro trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até o parto.
 - Recomenda-se visita domiciliar para gestantes faltosas, com intercorrências e para todas as puérperas, na 1ª semana pós-parto;
 - O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade das equipes da UBS; para isso deve ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas;
 - Recomenda-se o oferecimento de pelo menos uma consulta, durante a assistência do pré-natal, para orientação dos parceiros sexuais, facilitando o seu envolvimento no cuidado à gestante e posteriormente à criança.
- A avaliação da mulher no puerpério deve ser iniciada com a visita domiciliar na 1ª semana e retorno ao serviço entre o 7º e o 10º dia. Além disso, é necessário realizar consulta médica ao redor dos 42 dias após o parto, em no máximo 60 dias para mulheres que estão amamentando e entre 30 e 42 dias para mulheres que não estiverem amamentando. Verificar Imunização.

Quadro 23: Esquemas Básicos de Vacinação contra Tétano para a Gestante

História de imunização contra o tétano	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	A primeira dose de vacina (dTpa) administrada a partir de 20 semanas de gestação. A segunda dose (dT) com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto. A 3ª dose poderá ser aplicada após o nascimento, 30-60 dias após a segunda dose.
Dois doses	Completar a dose faltante com vacina dTpa, a partir de 20, idealmente 27 semanas, e 36 semanas.
Uma dose	A primeira dose (dTpa) a partir de 20 semanas de gestação. A segunda dose (dT) com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias da data provável do parto.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Uma dose de reforço (dTpa) entre 20 (idealmente após 27 semanas) e 36 semanas, caso esquema realizado previamente não tenha contemplado nenhuma dose de dTpa
Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos	Uma dose de reforço (dTpa) entre 20 (idealmente 27 semanas) e 36 semanas.

5.4 Atividades educativas na gestação e preparo para o parto

A gestação traz inúmeras expectativas, medos e fantasias mesmo cursando sem complicações. É necessário que a equipe profissional ofereça apoio à mulher e esteja disponível para esclarecer suas dúvidas, de seus parceiros e outros acompanhantes. O principal objetivo das ações educativas ao longo do pré-natal é ampliar o conhecimento da mulher sobre gravidez, parto e pós-parto e sobre cuidados que favorecem seu bem-estar, sua saúde e a do feto. Para que isto ocorra, é preciso reconhecer necessidades, ofertar informações e possibilitar troca de experiências.

Ações educativas podem permear os diferentes tipos de contato entre profissionais e a gestante, desde a recepção até a consulta médica. Também se deve programar atividades específicas com esta finalidade, preferentemente em grupo.

Estas ações educativas podem ser desenvolvidas na forma de discussões, rodas de conversa, dramatizações, trabalhos artísticos coletivos, ou outros mecanismos que, de uma maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências e promover a aprendizagem significativa.

É importante que os temas sejam de interesse do grupo, que responda dúvidas e inquietações, com participação ativa das gestantes e seus companheiros, se ela assim desejar. São temas importantes:

- Desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais;
- Sintomas comuns e orientações para as queixas mais frequentes;
- Procedimentos e a rotina pré-natal, chamando atenção para seus benefícios;
- Importância do cartão da gestante com resultados dos exames complementares e conduta clínica, que deve sempre estar com a gestante;
- Orientações sobre: - Alimentação saudável com foco na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição, como baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes, associada a suplementação de ferro e ácido fólico. - Realização de atividade física, incluindo exercícios perineais. - Atividade sexual, prevenção das DST/AIDS com uso de preservativo, aconselhamento para o teste anti-HIV, pesquisa da sífilis e de hepatite;
- Impacto das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Alterações emocionais na gestação;
- Situações de violência doméstica e sexual;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Discussão sobre as expectativas e sobre as rotinas na assistência ao parto;
- Participação do pai no pré-natal e parto para incentivar vínculo com o filho;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção em saúde (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

O acompanhamento pré-natal deve oferecer oportunidade para que a gestante e seus familiares compreendam os aspectos fisiológicos e necessidades de cuidados no parto demandados pela situação clínica específica. Devem-se criar as oportunidades para que esclareçam dúvidas e explicitem seus temores e expectativas.

O parto é um momento especial de mobilização emocional para todos, a ser vivenciado como um momento de celebração, com a expectativa dos melhores resultados. Aos serviços de saúde e seus profissionais cabe apoiar e buscar atender, no limite da sua capacidade técnica e estrutural, a essa expectativa.

Os aspectos humanísticos do nascimento precisam ser integrados com o cuidado focado na segurança para ambos, a mãe e o recém-nascido. Com os avanços tecnológicos do cuidado em saúde, muitas intervenções e condutas tornaram-se rotineiras na assistência ao parto.

Mas as evidências científicas das últimas duas décadas têm demonstrado que algumas delas não devem mais ser utilizadas, enquanto outras precisam ser estudadas mais adequadamente para que se justifiquem na rotina da assistência ao parto (detalhes sobre as evidências científicas estão disponíveis nas Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, publicadas em 2016).

No entanto, dadas as condições sociais, especialmente das gestantes atendidas no sistema público, a necessidade de diversos retornos para avaliação na busca do momento ideal da internação pode ser um problema. As distâncias são grandes, talvez o percurso seja feito em transporte coletivo, por vezes durante a noite. Quando são orientadas a voltar para casa, ressentem-se do esforço. Essa tensão se intensifica quando profissionais da maternidade e da atenção básica dão orientações divergentes, por exemplo, os primeiros informam a gestante que ainda não precisaria ter sido encaminhada pela atenção básica, ou quando os profissionais da atenção básica afirmam, no seu retorno, que deveria ter sido internada.

A prevenção deste tipo de conflito de conduta exige a intervenção dos gestores das redes local e regional da linha de cuidado da gestante, estabelecendo-se critérios claros, de forma compartilhada por profissionais da atenção básica e da rede hospitalar de referência. Assim, sugere-se acordar entre gestores e profissionais e orientar a gestante que:

- O acompanhamento pré-natal só se encerra com o término da gestação e não existe alta do pré-natal.
- A partir da 40^a semana ou em situações de risco, deve-se intensificar o controle da vitalidade fetal com avaliação cardiotocográfica em serviços de referência e o registro diário dos movimentos fetais pela gestante.
- Se o trabalho de parto não se iniciar até 41^a semanas, a gestante deve ser encaminhada à maternidade de referência para os procedimentos de parto.

5.5 Atenção puerperal

5.5.1 Cuidados imediatos

Após o parto, ainda na maternidade, espera-se que a mulher seja esclarecida sobre a evolução e as condições da atenção no momento do seu parto e o nascimento da criança, incluindo os procedimentos adotados para analgesia e eventuais intercorrências, com as informações adequadamente registradas em documento, que deve ser entregue a ela. Deve-se perguntar sobre a existência de alguma queixa perineal (dor, desconforto) que pode ser decorrente de lesões espontâneas ou de episiotomia, e sobre a presença de conteúdo vaginal de odor fétido.

A avaliação do períneo por um (a) profissional deve ser realizada sempre que a mulher referir algum desconforto. Sinais de infecção (vermelhidão, dor, edema, reparo inadequado, deiscência de sutura e lesões não suturadas) devem ser avaliados. Pode-se orientar gelo ou compressas frias no local para aliviar a dor perineal nos primeiros dias pós-parto. Eventualmente, o uso de paracetamol (500mg via oral, a cada 6 hs) pode ser necessário nos primeiros 3-5 dias.

Outras opções incluem anti-inflamatórios não-hormonais por 24-48hs. As mulheres devem ser orientadas para a importância da higiene perineal, incluindo troca frequente de absorvente higiênico, lavagem das mãos antes e depois de qualquer manipulação vaginal e banho com higiene local diariamente. Todas as mulheres devem receber apoio no estabelecimento da amamentação e esclarecimentos sobre aleitamento materno e sobre como proceder frente a dificuldades que possam surgir nos primeiros dias. Imunoglobulina Anti-D deve ser oferecida para todas as mulheres Rh negativas não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) em até 72 horas após o parto, se o recém-nascido for Rh positivo.

Além disso, é importante que a puérpera seja informada, ainda na internação após o parto, sobre os sinais a serem monitorados nas primeiras semanas. Na presença destes deverá acionar os profissionais que a assistem e receber atendimento imediato.

As principais morbidades que constituem alerta e os respectivos sinais e sintomas a elas associados são:

- Hemorragia após o parto: Sangramento vaginal intenso, tontura, taquicardia.
- Infecção: Febre, calafrios, dor abdominal e/ou perda vaginal com odor fétido.
- Pré-eclâmpsia: Cefaleia acompanhada de pelo menos um dos seguintes: distúrbios visuais, náusea e/ou vômitos nas primeiras 72 horas pós-parto.
- Trombose: dor ou eritema/edema na panturrilha unilateral.
- Sintomas respiratórios: tosse, dispneia acompanhada ou não de dor torácica.

Uma avaliação precoce após a alta da maternidade é fundamental para avaliar a presença dessas e outras possíveis intercorrências, dificuldades da mulher no cuidado do recém-nascido, para avaliar cicatriz cirúrgica (episiotomia ou cesariana) quando houver e, inclusive, para a retirada de pontos nos casos de cesárea (pontos não absorvíveis na pele). Esta avaliação pode ser feita em atendimento domiciliar ou em consulta na unidade básica de saúde e previamente combinada ao longo do pré-natal.

5.5.2 Algumas queixas, condutas e situações especiais

Quadro 24:

	Condutas	Situações especiais
Cefaleia	As mulheres devem ser questionadas sobre cefaleia mesmo após o parto e avaliada hipertensão concomitante em cada visita pós-natal.	Hipertensão severa PA $\geq 160/110$ mmHg - deve-se levantar a hipótese de pré-eclâmpsia ou emergência hipertensiva e exige tratamento hospitalar.
Cansaço	Mulheres com cansaço persistente devem ser questionadas sobre seu estado geral de bem-estar. Na ausência de anemia, fazer diagnóstico diferencial com hipotireoidismo, miocardiopatia periparto e mesmo com depressão pós-parto.	Se houve perda sanguínea importante no parto, ou se o nível de hemoglobina prévio mostrou-se baixo, solicitar dosagem de hemoglobina. Resultando hemoglobina abaixo de 11mg/dL, tratamento medicamentoso deverá ser instituído (sulfato ferroso, 200mg, dois comprimidos de 12/12hs).

Constipação	Mulheres que se sentem desconfortáveis porque estão constipadas (sem evacuação há mais de 3 dias), devem ser aconselhadas a deambulação e sobre dieta com aumento da ingestão de líquidos. Laxativos só são indicados após essas medidas gerais falharem.	
Hemorroidas	Mulheres com hemorroidas devem ser orientadas sobre medidas dietéticas para evitar constipação e deve ser oferecido tratamento tópico.	Mulheres com dor severa, hemorroidas prolapsadas ou edemaciadas ou com sangramento retal devem fazer banhos de assento com água morna e procurar avaliação especializada
Incontinência fecal	As mulheres com queixa de incontinência fecal devem ser avaliadas quanto a severidade, duração e frequência dos sintomas.	Se sintomas são persistentes, avaliar com proctologista.
Incontinência urinária	Mulheres com incontinência urinária devem ser orientadas para exercícios perineais.	Se os sintomas aumentarem, ou persistirem, será necessária avaliação especializada.

5.5.3 Cuidados tardios

Na avaliação tardia, entre 6-8 semanas após o parto, deve-se perguntar sobre reinício das atividades sexuais e sobre desconforto associado. Caso haja, deve-se recomendar lubrificante de base aquosa. Se houve trauma perineal espontâneo ou cirúrgico no parto, uma avaliação deve ser realizada. Mulheres que apresentaram alguma comorbidade na gravidez e/ou no puerpério devem ser reavaliadas para cada condição específica. O planejamento reprodutivo é uma ação essencial das consultas de puerpério.

A discussão sobre as possibilidades de uso de métodos contraceptivos pode ser iniciada já na visita domiciliar na primeira semana e deve ser continuada em visitas clínicas mais completas. O acesso a anticoncepção adequada para o período de amamentação deve ser garantido (condom, minipílula, injeção trimestral de progestágeno, DIU) e sua indicação deve se apoiar nas recomendações sobre critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS). Como a amamentação a livre demanda é um método anticoncepcional eficaz nas fases mais precoces de puerpério, as equipes devem prover acesso a métodos adequados e aceitos pela mulher entre 42-60 dias, se a mãe amamenta, e 15-30 dias se não amamenta. 6 - Procedimentos técnicos nas consultas de pré-natal.

Os procedimentos devem ser seguidos por todos os profissionais da equipe com uniformidade dos cuidados prestados. Para que isso seja possível, é importante haver treinamento rotineiro dos profissionais assistentes, em especial daqueles que estão iniciando suas atividades.

6. Controles

6.1 Controle da pressão arterial (PA): Os guias clínicos recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal para detectar precocemente estados hipertensivos, particularmente pré-eclâmpsia. Conceito de estado hipertensivo na gestação:

- Níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em duas ocasiões, aferidos com intervalo de quatro horas. Hipertensão arterial grave é definida pela PAS ≥ 160 mmHg e PAD ≥ 110 mmHg, aferidas em intervalo curto ou uma única ocasião.

- O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou até a 16ª semana de gestação apresenta alto índice de falsos positivos, devendo ser utilizado apenas como sinal de alerta para agendamento de controles mais próximos. O achado de estado hipertensivo durante a gravidez deve ser classificado e as intervenções indicadas, se necessário, o mais precoce possível.

Técnica de aferição da pressão arterial:

- Higienizar as mãos;
- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) está calibrado;
- Explicar o procedimento à mulher, orientando-a para não falar durante o exame;
- Buscar criar um clima de relaxamento;
- Certificar-se de que a gestante: - Não está com a bexiga cheia; - Não praticou exercícios físicos; - Não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou até 30 minutos antes;
- Com a gestante sentada, em um ambiente calmo, após um período de 5 minutos de repouso, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando o braço, com o cotovelo ligeiramente fletido. A aferição na posição sentada é aconselhada por ser a posição mais comum no dia-a-dia da mulher, mas a PAS é mais elevada. Também se pode aferir em decúbito lateral esquerdo, braço superior. Nunca em decúbito dorsal horizontal mantendo a padronização da posição durante todo o pré-natal;
- A aferição deve ser realizada com barômetro de pressão, coluna de mercúrio ou aparelho aneroide calibrado, desaconselhando-se o uso de aparelhos digitais;
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- É importante observar a adequação entre o manguito do aparelho e a circunferência do braço (CB) da mulher. O manguito padrão de 12cm pode ser utilizado com CB de até 32 cm. Acima desta medida, seria necessário o manguito de 15 cm. A utilização de manguito inadequado pode superestimar a PA em mulheres obesas. Sua largura deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento envolver pelo menos 80%;
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo, 2-3 centímetros acima da fossa anticubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;

Os olhos do examinador devem ficar posicionados no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;

- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento para a estimativa do nível da pressão arterial sistólica (PAS), desinsuflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;

- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar a campânula do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-la sob o manguito;

- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos;

- Inflar o manguito rapidamente, até 30 mmHg acima do nível estimado da PAS;

- Desinflar lentamente o manguito;

- Proceder à leitura:

- O ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (PAS; máxima); após essa leitura, aumentar a velocidade de desinsuflação, buscando-se evitar congestão venosa e desconforto para a paciente.

A pressão diastólica (PAD; mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde se perceba marcado abafamento. Não arredondar os valores da PA para dígitos terminados em 5 ou 0.

- Realizar a desinfecção da oliva e campânula do estetoscópio com álcool 70%;

- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas;

- Anotar o resultado no prontuário e no cartão da gestante. Nos casos em que a pressão arterial tiver sido aferida inicialmente pelos profissionais de enfermagem, o(a) médico(a) deverá ser avisado(a) imediatamente se a PAS \geq 160mmHg e PAD \geq 110mmHg.

O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho súbito de peso, presença de edema e/ou sintomatologia (cefaleia, epigastralgia, hiperreflexia, principalmente a partir da 24ª semana). Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, semanal ou mais frequente, pelo maior risco de pré-eclâmpsia.

6.2 Palpação obstétrica e medida de altura uterina (AU)

Objetivos:

- Identificar a situação e a apresentação fetal.
- Avaliar o crescimento fetal.
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional.

Palpação obstétrica

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina, iniciando-se pela delimitação do fundo uterino, seguido do contorno da superfície uterina. Permite a identificação da situação e da apresentação fetal, procurando-se reconhecer os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, o que ocorre com relativa facilidade a partir do terceiro trimestre. Pode-se estimar a quantidade de líquido amniótico. Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos:

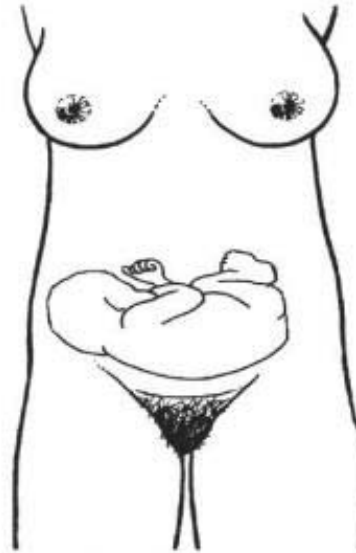
- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa.
- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto.
- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico.
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional.

Figura 06:

Situação:



Longitudinal



Transversa

Apresentação:



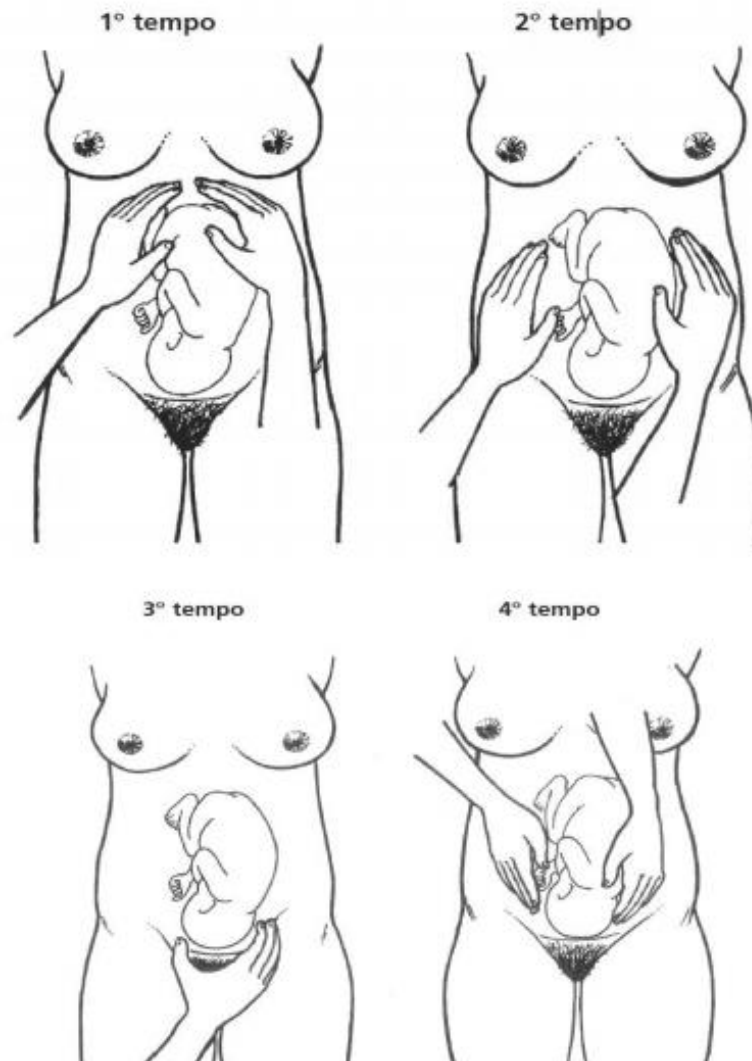
Cefálica



Pélvica

Figura 07:

Manobras de palpação:



Conduas:

- Registrar a medida da altura uterina no gráfico de AU/semanas de gestação e interpretar o traçado.
- A situação transversa e a apresentação pélvica no termo da gestação podem significar risco no momento do parto. Nas transversas, afastar placenta prévia com realização de ultrassonografia.

6.2.1 Medida da altura uterina

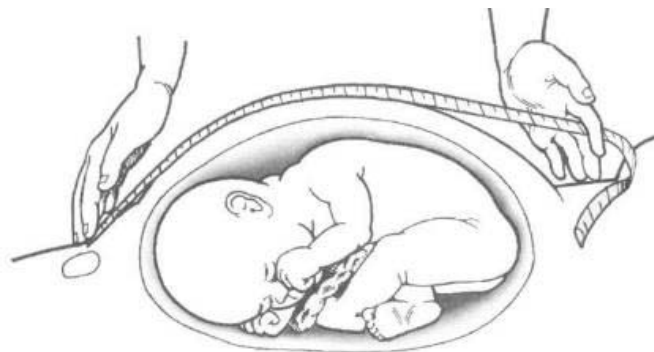
Quando os dados da amenorreia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite suspeitar de restrição do crescimento fetal (sensibilidade de 56% e especificidade de 91%). A sensibilidade da altura uterina para o diagnóstico de macrossomia fetal é de 92% e sua especificidade 72%, uma vez que tenham sido excluídos a gravidez gemelar, os polidrâmnios e a miomatose uterina.

Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10 (para o limite inferior) e o percentil 90 (para o limite superior).

Técnica de medida da altura uterina:

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto, idealmente com a bexiga vazia.
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- Por meio da palpação, procurar corrigir a comum dextroversão uterina.
- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.
- Anotar a medida, em centímetros, no prontuário e no cartão da gestante, e marcar o ponto na curva da altura uterina.

Figura 08:



Na figura acima, é mostrada a técnica de medida, na qual a extremidade da fita métrica é fixada na margem superior do púbis com uma das mãos, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão, até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão.

6.3 Ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF)

Indicada para verificar a vitalidade fetal, atentando para a presença, ritmo e frequência do BCF. Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação (com estetoscópio de Pinard só audível após 20 semanas). Embora o sonar Doppler já tenha se tornado o padrão ouro para a ausculta dos BCF durante a gestação, permitindo participação da gestante na ausculta, as unidades de saúde ainda devem estar equipadas com estetoscópio de Pinard e os profissionais treinados para seu uso, o que pode ser necessário em algumas situações.

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- A gestante deverá estar em decúbito lateral ou decúbito a 45° (semissentada).
 - Após palpação do abdômen materno, determinar a apresentação e a posição do dorso fetal, a região de melhor ausculta dos BCF que corresponderá ao nível do coração do concepto.
 - Colocar gel transdutor do Sonar Doppler e apoiá-lo na região correspondente ao dorso.
 - Contar os batimentos obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; registrar em instrumentos próprios: prontuário médico, ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante, etc.
 - Nos casos de gemelaridade, identificar os locais de ausculta de cada feto. Caso haja dúvida de que o batimento auscultado seja cardíaco fetal, palpar o pulso da gestante para verificar se a frequência é diferente, ou se trata de ausculta de atividade do coração materno. Pode ser utilizado como procedimento de rotina.
 - Aumento da frequência cardíaca fetal após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, é sinal de boa vitalidade.

Avaliar resultados dos BCF.

Quadro 25: Avaliação dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audível quando a IG for ≥ 14 semanas	<p>Alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar erro de estimativa de idade gestacional pela DUM e por toque vaginal bigital. • Afastar condições que prejudiquem boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. • Solicitar ultrassonografia ou referir para serviço de maior complexidade.
Bradycardia (FCF <110 bpm) e taquicardia (FCF >160 bpm)	<p>Sinal de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afastar febre e/ou uso de medicamentos pela mãe. • Deve-se suspeitar de hipóxia fetal. <p>O(a) médico(a) da unidade deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência, encaminhar de urgência para serviço de referência.</p>

6.3.1 Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF)

Para favorecer a cooperação materna em realizar o registro diário dos movimentos fetais, é importante que a gestante receba orientações adequadas quanto à importância da atividade do feto no controle de seu bem-estar. Outro fator que interfere na qualidade do registro é o estímulo constante dado a cada consulta de pré-natal pelo profissional de saúde.

Além dos batimentos cardiofetais, pode-se utilizar o registro diário da movimentação fetal realizado pela gestante (RDMF ou mobilograma) para o acompanhamento do bem-estar fetal. A gestante receberá as seguintes orientações:

- Escolher um período do dia para estar mais atenta aos movimentos fetais.
- Alimentar-se previamente ao início do registro.
- Sentar-se com a mão sobre o abdome.
- Registrar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.

A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora.

Caso a gestante consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa. Entretanto, se após uma hora ela não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde.

Assim, considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

Tabela 03: Formulário para Registro Diário de Movimentos Fetais (RDMF)

Dia	Horário de início	Movimentos fetais						Horário de término
		1	2	3	4	5	6	

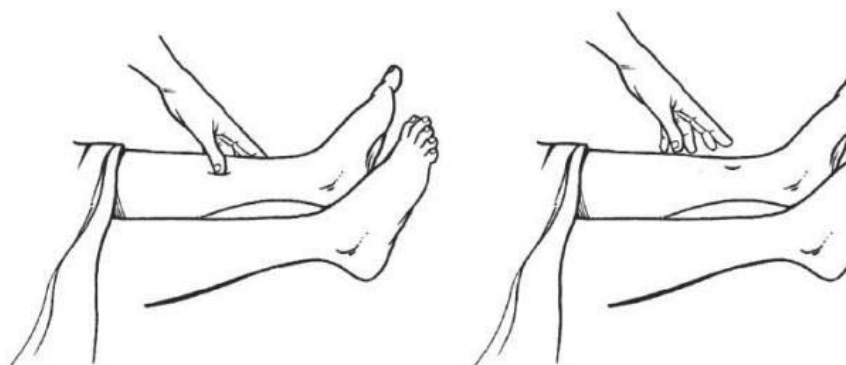
Fonte: (BRASIL, 2005e).

6.4 Verificação da presença de edema

Nos membros inferiores:

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias.
- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).
- Após a investigação, dependendo do achado, recomenda-se conduta específica.

Figura 09:

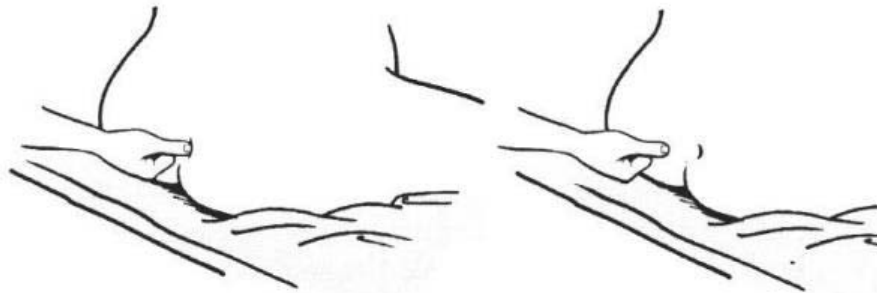


Na região sacra:

- Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada.
- Pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar.

O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

Figura 10:



Na face e em membros superiores:

- Identificar a presença de edema pela inspeção.
- O edema nas mãos que impede o uso de anéis utilizados anteriormente sinaliza edema generalizado.

Quadro 26: Avaliação da Presença de Edema

Achado	Anote	Conduta
Edema ausente	-	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar a gestante seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso	+	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar se o edema está relacionado: <ul style="list-style-type: none"> – à postura; – ao aumento da temperatura; – ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso aumentado e/ou de proteinúria +	++	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo de até duas horas no meio do dia. • Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia e interrogar sobre os movimentos fetais. • Marcar retorno em sete dias, na ausência de sintomas. • Deve ser avaliada e acompanhada pelo(a) médico(a) da unidade. • Encaminhar para o serviço de alto-risco e/ou referir para avaliação hospitalar.
Edema generalizado (face, tronco, membros), ou que já se manifesta ao acordar acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	+++	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante com suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. • Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para o serviço de alto-risco e/ou referida para avaliação hospitalar.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais fisiológicos		<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de processos tromboembólicos (tromboflebitis, TVP). Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para serviço hospitalar.

6.5 Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução. Achados anormais requerem encaminhamento da gestante ao Centro de Referência pertinente. O pré-natal também é uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre:

- o câncer de mama, seus sintomas, fatores de risco e detecção precoce.
- a composição e a variabilidade da mama normal.
- a importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à saúde. Para exame clínico das mamas (ECM), procede-se:

- A inspeção estática e dinâmica: identificar achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão de circulação venosa.

- A palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele etc.

6.5.1 O preparo das mamas para o aleitamento

O acompanhamento pré-natal permite fornecer orientação à mulher e familiares sobre o preparo das mamas e a técnica do aleitamento materno, favorecendo a adesão e prevenindo obstáculos para a amamentação. Durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação.

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental para colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito. É importante, no caso de gestante adolescente, que a abordagem seja sistemática e diferenciada, por estar em etapa evolutiva de grandes modificações corporais, que são acrescidas daqueles referentes à gravidez e que podem dificultar a aceitação da amamentação.

Vantagens da amamentação

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo.
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia.
- Contribui para o retorno ao peso normal.
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança:

- É um alimento completo, que não necessita de nenhum acréscimo até os seis meses de idade.
- Facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia.
- Protege contra infecções.
- Aumenta o vínculo afetivo.
- Diminui as chances de desenvolvimento de alergias.

Para a família e a sociedade:

- É limpo, pronto e na temperatura adequada.
- Diminui as internações e seus custos.
- É gratuito.

6.5.1.1 Manejo da Amamentação

O sucesso do aleitamento materno está relacionado ao adequado conhecimento quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar.

Posição: É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. Desse modo, a amamentação pode acontecer nas posições sentada, deitada ou em pé. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe, facilitando a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

Pega: A pega correta acontece quando o posicionamento permite que a criança abra a boca de forma a conseguir abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar. Assim, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, o que proporciona conforto para a mulher e adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Preparo das mamas para o aleitamento:

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal, observando as características dos mamilos e orientar exercícios na presença de mamilos umbilicados ou invertido.
- Orientar o uso de sutiã durante a gestação.
- Recomendar, se possível, banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância.
- O uso de sabões, cremes, pomadas, buchas esfoliante no mamilo deve ser evitado.
- É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação e experiências que já vivenciou.
- Oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo, das vantagens e manejo da amamentação.
- OBS: A expressão das mamas (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro está contraindicada. A amamentação é contraindicada para gestantes infectadas pelo HIV e pelo HTLV, pelo risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê.

7. Orientações Gerais

7.1 Náuseas, vômitos e tonturas

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação.
- Não há evidências suficientes para orientar as recomendações para reduzir náuseas e vômitos.
- Algumas mulheres podem obter alívio com: alimentação fracionada (seis refeições leves/dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos ao levantar-se pela manhã, como pão ou biscoitos tipo “água e sal”. Ingerir alimentos gelados. Revisão recente parece dar suporte ao uso de gengibre e a OMS está recomendando camomila, gengibre, vitamina B6 e acupuntura.
- Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes após levantar-se pela manhã, também pode ajudar.

- Se for necessário, prescrever antieméticos. Medicamentos: metoclopramida, dimenidrato, bromoprida, normoprida, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, associados ou não à vitamina B6;
- Agendar consulta médica ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem cursar com distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio.

7.2 Pirose (azia)

- Ingestão de alimentos fracionada (pequenas quantidades e com maior frequência).
- Ao deitar, manter tronco elevado em relação ao restante do corpo (ex: elevar a cabeceira com tijolos).
- Evitar frituras, alimentos gordurosos e picantes, café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.
- Após as refeições, aguardar uma ou duas horas para se deitar.
- Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode se beneficiar com a prescrição de antiácidos.

7.3 Eructação / plenitude gástrica

- Fracionar as refeições.
- Mastigar bem os alimentos.
- Considerar as medidas descritas para pirose.

7.4 Sialorréia (salivação excessiva)

- Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação.
- Orientar alimentação semelhante à indicada para náuseas e vômitos.
- Orientar a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

7.5 Fraquezas e desmaios

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade.

- Indicar alimentação fracionada, evitando jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições.

- Evitar vestuário desconfortável e que produza calor demasiado.

- Evitar ambientes quentes e pouco ventilados.

- Explicar à gestante para sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e de desmaio.

- Caso apresente episódios de desmaio deverá ser avaliada em consulta médica e encaminhada para serviço de saúde de referência.

7.6 Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.

- Nos casos de epigastria ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, estar alerta para sintomas associados a eclâmpsia iminente.

- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal: orientar alimentação rica em fibras, com o consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras, de preferência cruas (bem lavadas), e cereais integrais.

- Recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação como feijão, repolho, batata, milho, ovo e frituras, recomendar caminhadas e movimentação; solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário; incentivar que a paciente aproveite o reflexo gastrocólico (desejo de evacuar após a refeição); com a persistência do quadro, pode ser necessária a prescrição de formadores de bolo fecal como farelo de trigo (Observação: não se devem prescrever óleos minerais porque eles reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis).

- Eventualmente, prescreva:

- 1) Dimeticona (para flatulência);

- 2) Supositório de glicerina (para a obstipação);

- 3) Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas).

7.7 Doença hemorroidária

Recomendar à gestante:

- Alimentação rica em fibras a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina.
- Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação.
- Fazer banhos de assento ou compressas mornas.
- Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente, encaminhando ao proctologista, se presentes complicações como trombose.

7.8 Corrimento vaginal

- Explicar que aumento de fluxo vaginal é comum na gestação.
- Não prescrever cremes vaginais se não há diagnóstico de infecção vaginal.
- A presença de fluxo vaginal pode estar relacionada a complicações como rotura prematura de membranas, parto prematuro.
- O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são: o Prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal – candidíase.

Nestes casos, o pH vaginal será menor que 4,5 e o teste das aminas (Whiff), se realizado, deve ser negativo. Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por sete dias (derivados imidazólicos: miconazol, terconazol, clotrimazol) em qualquer idade gestacional.

Não usar tratamento sistêmico; Secreção vaginal abundante, cinza-esverdeada, com odor fétido – vaginose bacteriana e/ou tricomoníase. Para avaliação durante a consulta, utilizar critérios clínicos de Amsel (três sinais dos seguintes: corrimento branco-acinzentado, pH > 4,7, teste das aminas ou KOH positivo e presença de clue cells).

Tratar com metronidazol sistêmico (metronidazol 250 mg, via oral, de 8/8 horas por 07 dias).

- Particularmente nas recidivas, realizar ou solicitar bacterioscopia do conteúdo vaginal a fresco e corada pelo método de Gram. Os seguintes achados sugerem os diagnósticos: o clue-cells (células-alvo) e flora vaginal com escassez ou ausência de bacilos de Doderlein: vaginose bacteriana; o microrganismos flagelados móveis: tricomoníase; Tratar também o parceiro sexual da gestante; o hifas ou esporos de leveduras: candidíase.

7.9 Queixas urinárias

- Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga).
- Orientar a essas gestantes para que mantenham a ingestão de líquido, mesmo que estejam com maior frequência miccional.
- Em caso de hematúria (sangue na urina) ou disúria (dor ao urinar), realizar fita urinária e, na presença de nitrito e leucocitúria e/ou piúria e/ou bacteriúria, solicitar urocultura com antibiograma e já iniciar tratamento empírico.
- Solicitar exame de urocultura e antibiograma, revendo ou orientando a terapia segundo o resultado.
- Explicar que a incontinência urinária, mesmo na ausência de prolapsos, pode estar associada à gravidez. Indica-se, de forma profilática ou terapêutica, diante de incontinência, a realização de exercícios perineais na gravidez.

7.10 Falta de ar e dificuldade para respirar

Esses sintomas são frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero, elevação do diafragma e ansiedade da gestante.

- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo.
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso.
- Estar atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar. Embora seja pouco frequente, pode se tratar de doença cardíaca ou respiratória.
- Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico, podendo ser necessária investigação complementar e/ou consulta com especialista.

7.11 Mastalgia (dor nas mamas) /descarga papilar

• Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário por desenvolvimento de suas glândulas.

• Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.

• Orientar para o preparo das mamas para a amamentação.

• O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado. A presença de sangue exige realização de citologia oncológica em esfregaço da descarga papilar, fixado com álcool 70%.

7.12 Dor lombar (dores nas costas)

• Uso de sapatos com saltos baixos (3cm) e confortáveis, de base larga.

• Correção de postura ao sentar-se.

• Aplicação de calor local.

• Eventualmente, por orientação médica, usar analgésico por tempo limitado.

• Não utilizar anti-inflamatórios não hormonais

• Pode ser necessário encaminhar para fisioterapia e investigação complementar, segundo a intensidade do processo.

• Quando associada a queixas urinárias e/ou febre, atentar para o diagnóstico de pielonefrite e encaminhar imediatamente a gestante para pronto atendimento.

7.13 Cefaleia (dor de cabeça)

• Avaliar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.

• Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.

• Se não houver hipertensão, prescrever analgésico por tempo limitado.

• Referir à consulta médica, se o sintoma persistir.

7.14 Sangramento gengival

• Recomendar o uso de escova de dente macia e orientar a prática de massagem na gengiva, bochechos e uso de fio dental.

• Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.

7.15 Varizes e tromboembolismo

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada; evitar inatividade.
- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas.
 - Pode ser útil elevar os pés da cama.
 - Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; pode-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido pela circunferência da panturrilha.
- As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos.
 - Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas se houver aparecimento agudo de dor.

7.16 Câimbras

- Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1.
- Evitar excesso de exercícios.
- Realizar alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.
 - Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local.

7.17 Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

- Explicar que é comum e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto.
 - Recomendar a não-exposição do rosto diretamente ao sol.
 - Recomendar o uso de filtro solar tópico.

7.18 Estrias

- Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, inicialmente de cor arroxeadas, tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele.

7.19 Palpitação

- Atentar para a necessidade de investigação de cardiopatia (arritmia).
- Esclarecer sobre a frequência dessa queixa como resultado de alterações fisiológicas da gestação.

7.20 Edema

- Se fisiológico, restrito aos membros inferiores, explicar seu desaparecimento após o parto. Não recomendar dieta hipossódica e/ou diuréticos.
- Atentar para a extensão e, principalmente, se atinge coxas e mãos (pensar em pré-eclâmpsia).
- Valorizar a possibilidade de fenômenos trombóticos.

7.21 Epistaxe/obstrução nasal

- A frequência, a intensidade e a história prévia devem alertar para necessidade de avaliação por parte de especialistas, para pesquisas de causas não relacionadas às modificações gravídicas.
- Estar atento para possibilidade de crises hipertensivas nos casos de epistaxe. Obstrução nasal pode causar prejuízo ao sono e desconforto, por vezes limitantes. Pode-se indicar lavagem nasal com soro fisiológico. Não utilizar descongestionante nasal com vasoconstritor.

7.22 Parestesias

- É comum na gestação.
- Pode ser necessária, a administração de analgésicos.
- Diferenciar da síndrome do túnel do carpo, na qual a gravidade do acometimento e limitação dos movimentos é maior.

7.23 Insônia / Hipersônia

- Esclarecer e dar apoio, no sentido de facilitar a acomodação da paciente em sua nova condição.
- Embora a administração de medicamentos possa ser utilizada em casos de difícil resolução, deve ter o seu benefício avaliado criteriosamente.

8. Intercorrências clínicas mais frequentes

A gestante classificada como de baixo risco pode ser acometida por intercorrências relativamente frequentes que modificam o curso da evolução. Com isso, os desfechos também podem se alterar e pode indicar encaminhamentos para a referência, por vezes emergencial:

Hiperêmese; Síndromes hemorrágicas; Ameaça de aborto; Gravidez ectópica; Mola hidatiforme; Placenta prévia; Descolamento prematuro da placenta; Anemia; Acompanhamento Pré-Natal.

8.1 Eclampsia

A eclampsia é uma emergência obstétrica e clínica. Deve mobilizar toda a equipe da unidade para um pronto e adequado manejo inicial com vistas ao melhor prognóstico materno e perinatal. Em 20% dos casos, a gestante é assintomática previamente, tendo como manifestação inicial a convulsão e/ou coma. Nas demais, a convulsão pode ser precedida por sinais e sintomas de eclâmpsia iminente:

- cefaleia persistente, occipital / frontal / difusa, tipo pulsátil, em pressão, latejante e/ou em agulhada e resistente a analgésico (66%)
- distúrbios visuais - escotomas, borramento visual, diplopia, fotofobia, cegueira cortical (27%)
- dor em quadrante superior direito – (25%)
- hipertensão grave (32%), leve/moderada (20%), normotensa (25%)
- hiperreflexia - clônus Na ocorrência de convulsões e/ou coma da paciente com pré-eclâmpsia, a mesma deve receber imediatamente o primeiro tratamento para estabilização do quadro (incluindo o sulfato de magnésio – dose de ataque ao menos) e ser removida emergencialmente para o hospital de referência terciária, particularmente se a idade gestacional for pré-termo, após contato prévio. Mais importante do que interromper uma convulsão já iniciada, que é autolimitada em princípio, é a prevenção de nova crise durante a fase aguda.

Plano de ação:

Medidas gerais: devem ser adotadas para minimizar riscos de outras complicações, sendo realizadas simultaneamente as demais providências. É importante que sejam padronizadas, na seguinte ordem:

1. Posicionamento da gestante em decúbito lateral esquerdo e elevado para manutenção das vias aéreas livres (evitar risco de aspiração, se necessário, aspirar secreções).

2. Oxigênio nasal 8 a 10L sob máscara ou cateter para melhorar a oxigenação cerebral.

3. Proteger a mulher para a prevenção de traumas, sem contenção ativa. Medicação anticonvulsivante: Sulfato de magnésio: É a droga anticonvulsivante de escolha, devido a sua efetividade em comparação a outros anticonvulsivantes, reduzindo risco de convulsão em até 70%.

Apresenta baixo risco de complicações maternas graves como ausência de reflexo patelar (1,6%), depressão respiratória (1,3%) e necessidade de usar o antídoto (gluconato de cálcio) por parada respiratória (0,2%). A administração da droga na dose de ataque em situação de emergência, na UBS, pronto atendimento ou no transporte, antes da chegada ao hospital de referência, é necessária e segura se forem obedecidas as doses e a forma de administração recomendadas.

No uso continuado (dose de manutenção) do sulfato de magnésio, devem ser observadas as medidas de controle clínico de hora em hora, de maneira sistemática por profissional habilitado, e tem por finalidade permitir o diagnóstico precoce de eventuais sinais de hipermagnesemia.

São indicadas para seu uso nas doses de manutenção, incluindo monitorização clínica de: o volume de diurese/hora (>25ml/h), o reflexo patelar (presente), a frequência respiratória (FR) (>16rpm), o esquemas de uso do sulfato de magnésio, o esquema de Pritchard – misto endovenoso e intramuscular, a dose de ataque: (indicada principalmente para transferência da gestante com longa distância até a referência).

- Sulfato de magnésio 4g (quatro ampolas a 10%), EV, lentamente, em 20 minutos.

- Acompanhado por mais 10 g de sulfato de magnésio a 50% (duas ampolas) divididas em duas aplicações, IM, uma ampola (5g) em cada glúteo, profundamente, pode ser acrescida de 2ml de lidocaína a 2%.

➤ Dose de manutenção: 137.

- Iniciada 4 horas após a dose de ataque e deve-se realizar 5g de sulfato de magnésio ou 1 ampola a 50% IM profundo na região glútea repetidas a cada 4 horas, pode ser acrescida de 2ml de lidocaína a 2% por até 24 horas.

- Manter por 24 horas após a última crise ou parto.

- Realizar controle clínico de diurese por sondagem vesical de demora (>25ml/h), reflexo patelar (presentes ou ausentes), PA, FR (> 16 irpm) a cada hora e imediatamente antes da próxima dose de sulfato de magnésio que deverá ser suspensa se controle clínico inadequado, até que os critérios sejam reestabelecidos.

Esquema de Zuspan: totalmente endovenoso (EV), Dose de ataque:

- Sulfato de magnésio 4 g (quatro ampolas a 10%), EV, lentamente, em 20 minutos. Dose de manutenção:

- 10 ampolas a 10% em 400 mL de s. glicosada a 5% 1 -2g/h (50 a 100ml/h) por até 24 horas após a última crise ou parto, preferencialmente em bomba de infusão.

- Realizar controle clínica de diurese por sondagem vesical de demora (>25ml/h), reflexo patelar (presente), PA, FR (> 16rpm) Atenção: Para evitar uso de doses inadequadas, deve-se estar atento para diferentes concentrações nos produtos comerciais:

- MgSO₄.7H₂O a 50%: uma amp = 10 ml = 5 g

- MgSO₄.7H₂O a 10%: uma amp = 10 ml = 1 g, Convulsão recorrente: repetir 2g EV (máximo 4g). Na falha, considerar diagnósticos diferenciais. Drogas alternativas não são a primeira linha para o manejo da eclâmpsia:

- Fenitoina: eficaz para controle e prevenção de convulsões epiléticas. O esquema terapêutico: dose de ataque – 500 mg diluídos em 200 ml de solução salina para aplicação intravenosa durante 20 minutos; o efeito colateral: arritmia cardíaca se a infusão for rápida.

Manejo clínico fetal

• Imediatamente após o manejo materno, deve-se avaliar a vitalidade fetal. Pode ocorrer bradicardia fetal durante ou imediatamente após convulsão e, portanto, deve-se repetir a avaliação da frequência cardíaca fetal após estabilização materna.

• A presença de sangramento pode sugerir descolamento prematuro de placenta, que denota risco elevado de comprometimento do bem-estar fetal. Transferência e transporte da mulher com eclâmpsia. O transporte adequado da mulher eclâmpica até hospital de nível secundário ou terciário é de importância capital para o prognóstico da gestante e do feto. Nessa situação, a gestante deve estar com:

- Vaga confirmada em centro de referência;
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiper-hidratação);
- A unidade de transporte deve ser equipada para este fim;
- Sonda vesical, com coletor de urina instalado;
- Pressão arterial controlada;
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada (4 g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos mais 10 g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5 g IM em cada nádega). Esse esquema produz cobertura terapêutica por quatro horas e evita os riscos de infusão descontrolada ou iatrogênica de sulfato de magnésio endovenoso durante o transporte. Apenas em condições ideais de transporte, pode-se optar pelo esquema de manutenção endovenoso (descrito acima)
- O médico deve, obrigatoriamente, acompanhar a mulher durante a remoção;
- Dispor de gluconato de cálcio a 10%;
- Deve ser preenchido relatório de encaminhamento o mais detalhado possível, indicando comorbidades e os cuidados prestados.

8.2 Hipertensão arterial crônica (HAC)

Mulheres com HAC devem receber medidas de prevenção para redução do risco de pré-eclâmpsia como já citado previamente. Os desfechos e a necessidade de medicação podem ser avaliados durante a primeira consulta de pré-natal, a partir de classificação de HAC segundo os níveis da pressão arterial, o tempo de doença, a utilização regular de medicação anti-hipertensiva e, inclusive, os antecedentes obstétricos de descolamento prematuro de placenta, óbito fetal, restrição de crescimento fetal ou oligoâmnio. Considera-se: o HAC Leve – PAS \geq 140mmHg e $<$ 150mmHg E PAD $>$ 90mmHg e $<$ 100mmHg; o HAC Moderada – PAS \geq 150mmHg e 100mmHg e $<$ 110mmHg; o HAC Grave – PAS \geq 160mmHg E PAD $>$ 110mmHg. Mulheres com hipertensão arterial crônica leve têm baixo risco de complicações durante a gestação e são candidatas a receber medidas preventivas (AAS e carbonato de cálcio, como descrito anteriormente) e a modificarem o seu estilo de vida (recomendar atividade física e controle do ganho de peso durante a gestação, preferencialmente sob orientação de nutricionista).

Não existe evidência científica de que a administração de medicamentos anti-hipertensivos para essas pacientes reduza riscos perinatais. Potencialmente, o controle rígido da pressão arterial poderia causar prejuízo para a perfusão placentária. Além disso, normalmente a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão mesmo sem medicamentos ou exigindo suspensão dos medicamentos em uso.

Aquelas com hipertensão moderada persistente podem se beneficiar do uso de medicação anti-hipertensiva. As gestantes com HAC grave (PA \geq 160/110mmHg) devem ser medicadas com anti-hipertensivos parenterais (como apresentada para crise hipertensiva) com a finalidade de reduzir os riscos de complicações cardiovasculares e do sistema nervoso central e devem ser imediatamente transferidas para o serviço de referência. Os cuidados para a paciente portadora de HAC devem incluir a avaliação clínica e considerar exames complementares para avaliação dos danos sistêmicos, classicamente: sistema nervoso central, cardiovascular, renal, vasculatura periférica e perfusão placentária.

É importante valorizar também a concomitância com casos de hipertensão arterial crônica secundária, que deve ser suspeitada quando o acometimento ocorre em pacientes jovens e principalmente se a hipertensão arterial for resistente à terapia padrão, houver anormalidades da função renal ou endócrina, ou condições sugestivas de doença do colágeno. Em tais situações clínicas, as mulheres deverão ser transferidas para acompanhamento na referência.

Avaliação de vitalidade fetal: Além da avaliação clínica de palpação e altura uterina, recomenda-se a ultrassonografia precoce para estabelecer idade gestacional de certeza (1º trimestre) e o acompanhamento de crescimento fetal e de dopplervelocimetria a partir das 26 semanas. O registro materno diário dos movimentos fetais deve ser orientado e revisado em cada consulta pré-natal a partir da viabilidade fetal ou 26 semanas, salientando para a importância da mudança de padrão na movimentação fetal. **Tratamento anti-hipertensivo:** Para o tratamento medicamentoso, no Brasil a maior experiência clínica é com o uso da alfametildopa que pode ser utilizada nas doses de 750mg a 2,0g / dia.

Os bloqueadores de canal cálcio (nifedipina retard, intervalo de 6, 8, 12 ou 24 horas) podem ser utilizados em associação a alfametildopa, particularmente quando se atinge a dose máxima da primeira (dose total de 20 a 80mg/dia). Os betabloqueadores, potencialmente associados à restrição de crescimento fetal, têm indicação controversa, mas alguns utilizam pindolol nas doses de 05 a 30mg /dia. Existe uma tendência na literatura internacional para o uso do labetalol, não disponível no Brasil. A hidralazina, por via oral, tem baixa efetividade na hipertensão arterial crônica.

O controle da Pressão Arterial deve ser monitorado pela mulher (registro de PA) e os níveis pressóricos devem ser mantidos entre PA120/80mmHg. Os inibidores da enzima de conversão de angiotensina (ECA), os bloqueadores dos receptores de angiotensina e os antagonistas de mineralocorticoide devem ser descontinuados, preferencialmente na pré-concepção e estão proscritos durante a gestação. Diuréticos não devem ser utilizados em gestantes hipertensas com pré-eclâmpsia porque estas gestantes geralmente têm hemoconcentração. A furosemida tem indicação precisa em quadros graves necessitando de redução rápida e acentuada do volume plasmático, como no edema agudo de pulmão.

Em qualquer circunstância, a equipe assistencial não deve resumir a sua atuação apenas ao controle dos níveis pressóricos. Deve classificar o dano endotelial, através da avaliação de lesão de órgãos alvo (sintomas e exames subsidiários) e estar atenta para a sobreposição de pré-eclâmpsia sobre a hipertensão arterial crônica (que piora o prognóstico). Mesmo quando for possível a suspensão dos hipotensores, ou na sua substituição, deve-se manter monitorização dos níveis pressóricos e orientação de sinais e sintomas de gravidade à gestante. O controle de casos graves exige internação hospitalar.

8.3 Hipertensão arterial durante a lactação e prognóstico

A paciente necessitará de atenção especial no puerpério, avaliando-se possíveis danos em órgãos-alvos, além de adequação ou otimização do uso de anti-hipertensivos. Mulheres que tiveram pré-eclâmpsia têm maior tendência para desenvolver hipertensão arterial do que as que tiveram gestação como normotensas. A hipertensão ocorre em larga proporção (20% a 50%) nas gestações subsequentes.

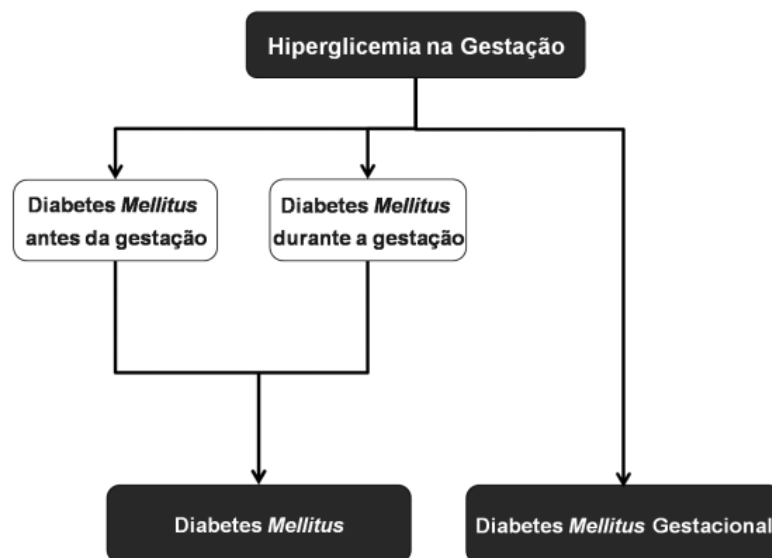
Os fatores de risco são:

- Aparecimento de hipertensão arterial logo na primeira gestação;
- História de hipertensão arterial crônica;
- Hipertensão persistente cinco semanas pós-parto;
- Elevação precoce da pressão na gravidez.

As drogas anti-hipertensivas estudadas são excretadas pelo leite humano. Mulheres com hipertensão arterial leve a moderada e que desejem amamentar podem suspender a medicação anti-hipertensiva com cuidadoso monitoramento da pressão arterial se os níveis de pressão arterial forem aceitáveis, restituindo a medicação assim que se encerra o período de amamentação, se necessário. No entanto, nenhum efeito adverso de curto prazo foi descrito quanto à exposição a metildopa, hidralazina, propranolol e labetalol. Os inibidores de enzima conversora da angiotensina podem ser utilizados no puerpério (captopril 25 a 150mg/dia, por via oral). Diuréticos podem reduzir o volume de leite ou até suprimir a lactação.

8.4 Hiperglicemia na gestação

A gestação representa a grande oportunidade para detecção de alterações da tolerância à glicose na vida de uma mulher. Seu ambiente hormonal é considerado diabetogênico, propiciando o aparecimento de hiperglicemia. O Brasil é considerado um dos países prioritários para o diagnóstico de hiperglicemia na gestação devido à alta prevalência de diabetes mellitus e de obesidade. A gestação é uma janela de oportunidade para reduzir a presença destas doenças. A hiperglicemia na gestação inclui casos de Diabetes Mellitus (DM), condição permanente que persistirá após o parto e casos de diabetes mellitus gestacional (DMG) que usualmente regredem após o parto.



8.4.1 Principais fatores de risco para a hiperglicemia na gestação

Alguns fatores de risco se relacionam a maior prevalência de hipoglicemia na gestação mas não devem mais ser utilizados para rastreamento.

- Idade (aumento progressivo do risco com o aumento da idade);
- Sobrepeso/obesidade (IMC $\geq 25\text{Kg/m}^2$);
- Antecedentes familiares de DM (primeiro grau);
- Antecedentes pessoais de alterações metabólicas: HbA1c $\geq 5,7\%$ (método HPLC), Síndrome dos ovários policísticos, Hipertrigliceridemia, Hipertensão arterial sistêmica, Acantose nigricans, Doença cardiovascular aterosclerótica, Uso de medicamentos hiperglicemiantes
- Antecedentes Obstétricos: Duas ou mais perdas gestacionais prévias, Diabetes Mellitus gestacional, Polidrâmnio, Macrossomia (recém-nascido anterior com peso $\geq 4000\text{g}$), Óbito fetal/neonatal sem causa determinada.

8.4.2 Consequências na gravidez

A associação Diabetes e Gravidez deve ser enfrentada como um relevante desafio de Saúde Pública. Exige, de todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal, a capacitação adequada para atuar de forma sistematizada, reconhecendo precocemente e não adiando intervenções necessárias. As consequências em longo prazo do DM (tipo 1 e tipo 2) decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Em pacientes com diabetes tipo 1, a HAC geralmente é decorrente de nefropatia prévia. Em diabéticas tipo 2, a hipertensão associada integra, com obesidade e hiperlipidemia, a síndrome plurimetabólica. Para pacientes portadoras de DM (tipo 1 ou tipo 2), a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e a nefropatia é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetoacidose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna. As gestantes com DM ou DMG apresentarão maior prevalência de pré-eclâmpsia, maior ganho ponderal, infecções do trato urinário, vulvovaginites, infecção puerperal e óbito.

A associação frequente entre DM do tipo 2 e DMG e obesidade deve alertar a equipe para valorizar a avaliação do estado nutricional, visto que a obesidade vem aumentando de incidência na nossa população, com diversos danos relacionados. Para o feto e recém-nascidos, os problemas descritos incluem:

1) Relacionados ao controle glicêmico inadequado no período pré-concepcional ou no início da gestação:

- Abortamento;
- Anomalias congênitas cardíacas (defeitos do septo ventricular, transposição dos grandes vasos e persistência do canal arterial), do sistema nervoso central, gastrointestinal, geniturinário e musculoesquelético;
- Restrição do crescimento fetal, complicação de gestações em mulheres diabéticas com vasculopatia;
- Óbito fetal, relacionado frequentemente à ausência de triagem pré-natal para o diabetes, demora no diagnóstico ou adoção tardia de cuidados.

O aconselhamento pré-concepcional tem um papel marcante na prevenção de complicações, especialmente na redução do risco de malformações fetais, pois, nesse momento, orienta-se a mulher, priorizando-se que engravide quando for alcançado um controle metabólico satisfatório.

2) Relacionados ao controle glicêmico inadequado no período pré-concepcional ou no início da gestação (DMG, DM tipo 1 e tipo 2):

- Complicações neonatais como hipoglicemia, policitemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia;
- Prematuridade espontânea, relacionada com o mau controle glicêmico, com maior incidência de polidrâmnio, macrossomia e infecções, principalmente do trato urinário e prematuridade eletiva, relacionada à resolução precoce da gestação em algumas situações específicas com o objetivo de melhorar o prognóstico materno e/ou fetal;
- Síndrome do desconforto respiratório, mais frequente em recém-nascido de gestantes com controle irregular de sua glicemia;
- Mortalidade perinatal.

8.4.3 Orientação puerperal

No puerpério, especialmente se a mulher estiver amamentando, há redução significativa das necessidades de insulina. Pacientes diabéticas do tipo 1 devem ter a dose de insulina reduzida para os valores prévios a gestação ou para 50% da dose ao final da gestação e orientadas quanto ao risco de hipoglicemia durante a amamentação. Pacientes com diabetes do tipo 2 podem retornar ao uso de hipoglicemiantes que utilizavam previamente pois são seguros durante a amamentação (inclusive a metformina). Mulheres que apresentaram DMG deverão ter toda a medicação suspensa e devem retornar à dieta geral, porém necessitam realizar reavaliação de seu estado glicêmico seis semanas após o parto. Pelo menos a metade do grupo de mulheres que tiveram diabetes mellitus gestacional tornam-se diabéticas em um período de cinco anos após o parto. Para todas as gestantes com diagnóstico de DMG, recomenda-se reavaliação com teste de sobrecarga de 75 gramas, seis semanas após o parto, época na qual o metabolismo apresenta a condição prévia da gestação.

A orientação nutricional e adoção de estilo de vida saudável, incluindo a prática de exercícios e o controle de peso corporal são medidas essenciais para as pacientes que apresentaram DMG e para aquelas que foram reclassificadas como intolerantes a glicose, portadoras de glicemia alterada quando estiver em jejum ou diabetes mellitus. As mulheres que apresentarem resultados normais ou intolerantes ao teste de sobrecarga, devem ser aconselhadas a repetirem anualmente esta pesquisa, pelo risco considerável de se tornarem diabéticas. Também é importante rastrear no pós-parto as mulheres que tiveram fetos macrossômicos ou polidrâmnio, não diagnosticadas durante o pré-natal, além daquelas com óbito fetal inexplicado.

8.5 Sífilis

Doença infecciosa de caráter sistêmico e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência, causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal (vertical). A doença na mulher, na fase primária (cancro duro) passa, com frequência, despercebida, o que difere da apresentação no homem. Seguem-se períodos de latência e reativações cíclicas na fase secundária, com variadas manifestações (lesões cutaneomucosas não ulceradas, condiloma plano), no primeiro ano pós-infecção, compatível com a doença recente.

Após, torna-se assintomática para retornar, anos depois, na forma terciária (tubérculos ou gomas, tabes dorsalis, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot) ou permanece na forma latente. Diferente de outras infecções, não se desenvolve imunidade ao treponema e, portanto, múltiplas infecções podem ocorrer na mulher. Quanto mais recente a infecção materna, maior a carga de treponemas circulantes e, mais grave e frequente será o comprometimento fetal, que pode ocorrer em 70% a 100% na doença recente (menos de um ano de duração).

As manifestações clínicas podem incluir abortamento precoce, recém-nascidos sintomáticos e natimorto. Entretanto, o nascimento de crianças assintomáticas é o quadro mais comum. A sífilis congênita recente ou tardia é um agravo de notificação compulsória e é considerado um evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução da transmissão transplacentária com o tratamento, acessibilidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico. A sífilis na gestante também é doença de notificação compulsória durante o pré-natal. Idealmente deve ser diagnosticada no 1º trimestre para que o tratamento seja realizado nas primeiras 16-20 semanas, para que se reduza o risco de lesões da doença congênita provocadas pela resposta imunológica do feto ao treponema. Importante tratar o parceiro sexual para evitar a reinfecção da gestante, que pode ocorrer, muitas vezes, no final da gestação.

Quadro 27: Classificação da Sífilis

SÍFILIS	TEMPO DE EVOLUÇÃO	FASE
Adquirida recente	< 1 ano	primária, secundária e latente recente
Adquirida tardia	> 1 ano	latente tardia e terciária
Congênita recente	diagnóstico até o 2º ano de vida	
Congênita tardia	diagnóstico após o 2º ano de vida	

Observação: É preconizada a realização de dois testes para a sífilis durante o pré-natal, no entanto, pode ser benéfico à realização de três testes: 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre, devido: 1. o tratamento da gestante e do parceiro sexual que deve, preferencialmente, ser iniciado até a 20ª semana de gestação; 2. a gestante que se infectar durante a gravidez, após a realização do primeiro teste para sífilis no 1º trimestre, poderá apresentar elevada treponemia e a criança será mais gravemente afetada (parto prematuro, natimorto, óbito neonatal); 3. a gestante que realizar o teste para sífilis no final do 3º trimestre pode não ter tempo suficiente para realizar o tratamento de forma adequada.

8.6 Infecção do trato urinário (ITU)

Infecção comum em mulheres jovens, representa a complicação clínica mais frequente na gestação. De 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, com 25% a 35% desenvolvendo pielonefrite aguda. A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios, que favorecem as ITU: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções. Os microrganismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos, como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*, respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B. Embora a bacteriúria assintomática seja a mais frequente, infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) e superior (pielonefrite).

Assim, a ingestão de grande quantidade de líquidos deve ser recomendada, assim como não postergar a micção. A infecção urinária por EGB deve ser considerada marcador de risco de infecção neonatal por EGB e toda gestante deve ser tratada da infecção urinária e também receber antibiótico profilático para infecção neonatal durante o trabalho de parto.

Bacteriúria Assintomática

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100.000 colônias/ml. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP) e anemia. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, na maior parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Diferentemente de outras situações clínicas, a bacteriúria assintomática durante a gravidez deve ser tratada. O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término do tratamento. O tratamento pode ser realizado, preferencialmente guiado pela suscetibilidade no antibiograma, com um dos seguintes esquemas terapêuticos:

Quadro 28: Tratamento de Infecção do Trato Urinário Inferior

ANTIBIÓTICO	DOSE/DIA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO POR DRÁGEA/COMPRIMIDO	POSOLOGIA/TEMPO DE TRATAMENTO
Cefalosporina de 1ª geração (cefalexina)	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea de 6/6 h, por 7 a 10 dias
Nitrofurantoina	400 mg/dia	Via oral	100 mg	Um comprimido de 6/6 h, por 7 a 10 dias
Amoxicilina	1,5 g/dia	Via oral	500 mg	Um comprimido de 8/8 h, por 7 a 10 dias
Ampicilina	2 g/dia	Via oral	500 mg	Uma drágea de 6/6 h, por 7 a 10 dias

Cistite

É caracterizada pela presença de sintomas clínicos como disúria, polaciúria e urgência urinária. A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematúria, além do grande número de bactérias e presença de nitrito em fita de diagnóstico. O tratamento pode ser realizado com as mesmas opções da bacteriúria, sendo iniciado mesmo antes do resultado da urocultura, já que as pacientes são sintomáticas.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término do tratamento. Na presença de duas infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas.

Pielonefrite Aguda

É uma das complicações mais comuns e mais sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. A pielonefrite aguda durante a gravidez é uma complicação séria que não pode ser subestimada. Atualmente é responsável por uma parcela importante de morbidade grave e até mesmo mortalidade materna. Clinicamente, a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal (Sinal de Giordano), além da referência pregressa de sintomas de infecção urinária baixa.

A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispneia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser hospitalar. Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência. O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura sete dias após o término da antibioticoterapia. Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína 100mg/dia até o final da gestação.

8.7 Infecção por HIV

O diagnóstico durante a gestação, ou mesmo no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho). O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal, repetido entre 28-30 semanas e no parto. Independentemente de ter sido realizada a sorologia para o HIV durante o pré-natal, na admissão à maternidade, sempre deve ser ofertado o teste rápido para o HIV. Condutas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

- Prestar suporte psicológico necessário, informar sobre a redução importante da transmissão vertical com uso de terapia antirretroviral múltipla (TARV), com necessidade de acompanhamento médico especializado em serviço de referência durante toda a gestação;
- Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais;

- Encaminhar a gestante para Unidade de Referência;
- Continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições. Obs.: para informações detalhadas, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites, do Ministério da Saúde (2015).

8.8 Outras DST

As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para serviço especializado, sempre que houver indicação. Podemos agrupar as DST em síndromes:

1. Síndrome de úlcera genital: presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. Além da sífilis primária, pode se tratar de cancro mole e herpes genital principalmente. A causa mais comum é o herpes genital, com lesões ulceradas rasas e dolorosas, precedidas de vesículas. Sua manifestação clínica no momento do parto contraindica parto vaginal.

- **Herpes:** o tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, deve ser feito nos casos de primoinfecção ou em recorrências, para reduzir duração do episódio. - aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, durante sete a dez dias. Também se indica supressão viral para reduzir a transmissão do vírus no momento do parto, prescrevendo-se aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, a partir das 36 semanas até o parto. Indica-se cesariana apenas se houver lesões ativas no momento do parto ou se tiver tido lesão ativa há menos de 7 dias;
- **Sífilis primária:** Sífilis primária: penicilina benzatina, duas aplicações de 2.400.000UI IM, com intervalo de uma semana (dose total de 4.800.000 UI).
- **Cancro mole:** produz úlceras em espelho, dolorosas, diferentemente das úlceras da sífilis. Trata-se com azitromicina 500mg, 2cp em dose única ou ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única - orientação do PCDT de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Donovanose: Se úlcera de mais de 4 semanas, tratar donovanose e realizar biópsia – azitromicina 500mg, 2cp DU por semana, por 3 semanas.

2. Síndrome de corrimento vaginal: corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual.

- **Síndrome de corrimento cervical:** difícil diagnóstico clínico na gestante. Caracteriza-se pela presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por clamídia e gonococo.

- **Condiloma acuminado:** caracterizado por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são mais fortemente associados a neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, pelo aumento da vascularização ou pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Não há evidência de benefícios da operação cesariana pelo risco, muito baixo, de transmissão do HPV para o recém-nascido.

Quando o tamanho e a localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana está indicada. Gestantes com condilomatose deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto. Para a doença subclínica (neoplasias intraepiteliais), aplicam-se protocolos de seguimento pelo risco neoplásico e não por risco de transmissão congênita visto que os tipos virais da lesão subclínica e da infecção de laringe do recém-nascido são diferentes. Repetir citologia oncológica em três meses se houver alteração na amostra inicial e indicar colposcopia e biópsia a depender da gravidade da lesão na citologia de acompanhamento.

8.9 Ruptura prematura de membranas (RPM)

Conceitua-se RPM quando a rotura da bolsa se dá antes de instalado o trabalho de parto, independente da idade gestacional. Quando ocorre antes de 37 semanas de gestação é denominada RPM pré-termo e constitui causa importante de partos prematuros (cerca de 1/3 dos casos), com grande impacto na morbimortalidade perinatal. A morbidade materna também é agravada pelos riscos de infecção. Alguns fatores de risco podem ser identificados, porém a maioria das gestantes não apresenta fator de risco identificável:

Antecedente de RPM pré-termo em gestação prévia, infecção do trato genital, tabagismo, presença de sangramento durante o pré-natal. O diagnóstico é basicamente clínico. A anamnese informa sobre perda líquida, em grande quantidade (molha roupas), súbita e habitualmente indolor. O exame físico está dentro dos padrões de normalidade e o exame obstétrico mostra volume uterino adequado para a idade gestacional referida, útero normotônico, partes fetais mais facilmente palpáveis e batimentos cardíacos fetais presentes.

A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica. Essas informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo.

Os casos suspeitos ou confirmados de amniorrexe prematura não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, porque isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais. Como, entretanto, nem sempre esses dados são obtidos, utilizam-se também outros métodos para diagnóstico, como, por exemplo:

- Prova de cristalização: consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal se ocorrer cristalização na forma de folhas de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falso-negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame.

- Verificação de pH do conteúdo vaginal: a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados falso-positivos e negativos.

- Exame de ultrassonografia com a medida do índice de líquido amniótico (ILA): a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil para corroborar o diagnóstico.

- Prova do forro: colocar um forro vaginal e solicitar que a paciente caminhe por cerca de 30-60 minutos e então verificar se o forro encontra-se úmido, confirmando o diagnóstico.

Conduta

O elemento fundamental para a conduta nos casos de ruptura prematura de membranas é a idade gestacional. Nas gestações a termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade designado para o atendimento ao parto. Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas para a maternidade de referência para gestações de risco, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão providenciados.

8.10 Trabalho de parto prematuro (TPP)

Conceitua-se trabalho de parto prematuro como aquele que ocorre antes de 37 semanas de idade gestacional. Para diagnóstico de trabalho de parto prematuro devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações uterinas durante a gestação, denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade.

O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares, acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%. Recentemente, foi proposta uma redefinição de gestação à termo:

- Gestação a termo inicial - 37 semanas até 38 semanas e 6 dias.
- Gestação a termo - 39 semanas até 40 semanas e 6 dias.
- Gestação a termo tardio - 41 semanas até 41 semanas e 6 dias.
- Gestação pós-termo - 42 semanas ou mais.

Há menor risco de morte fetal assim como menor morbimortalidade infantil nos nascimentos compreendidos entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias nesse período.

Assim, deve-se evitar o nascimento antes de 39 semanas sempre que possível, ressaltando que, se houver início de parto espontâneo, ruptura das membranas amnióticas ou indicação médica de interrupção da gestação antes do período especificado acima, os nascimentos não devem ser postergados. Condutas:

- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, com idade gestacional < 37 semanas, sem modificação cervical em avaliação seriada, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Esses casos necessitam apenas de repouso e orientações. Se as contrações persistirem, deverá ser encaminhada para hospital de referência.

- Na presença de contrações uterinas acompanhadas de modificação colo, esvaecimento ou dilatação, encaminhar para hospital de referência.

- O antecedente de prematuridade é o principal fator de risco para recorrência. O TPP com frequência é relacionado a infecções vaginais (principalmente a vaginose bacteriana) e urinárias. Em situações de parto prematuro anterior, recomenda-se o rastreamento dessas afecções.

A bacterioscopia da secreção vaginal é uma avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent (Nugent > 7 = vaginose bacteriana). Quando realizada, idealmente antes das 20 semanas de gestação, pode apresentar benefícios para a prevenção da prematuridade. Se a bacterioscopia for indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos 3 dos 4 critérios de Amsel:

- 1) corrimento branco-acinzentado;
- 2) medida do pH > 4.5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do intróito vaginal, na parede lateral da vagina;
- 3) Liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% 173 adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal;
- 4) Visualização de clue cells (células alvo) à microscopia.

- Na suspeita de infecção urinária, solicitar Urina tipo I e urocultura. O tratamento destas condições diminui o risco de prematuridade.

- Recomenda-se realização de exame ultrassonográfico, idealmente entre 18 a 24 semanas, quando realizará o exame morfológico, para avaliação da medida do comprimento do colo uterino. Nos casos em que essa medida for menor ou igual a 2,5cm, deverá ser iniciada progesterona via vaginal (200mg, uma vez à noite) a partir do diagnóstico e mantida até 34 semanas e a mulher deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.

- Ainda, caso a gestante possua antecedente positivo para parto prematuro e presente, na atual gravidez, colo encurtado, deverá ser encaminhada ao alto risco para avaliação de cerclagem.

8.11 Gestação prolongada

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 semanas e 1 dia e 41 semanas e 6 dias. Gravidez pós-termo é aquela que atinge ou ultrapassa 42 semanas. A função placentária atinge sua plenitude em torno da 36ª semana, declinando a partir de então.

A placenta senil apresenta calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com aumento da morbimortalidade perinatal. A incidência de pós-datismo é em torno de 5%. O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falseado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, etc. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz para estabelecimento da idade gestacional.

Conduta: O controle da gestante nessa situação visa a identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Dessa forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal. Ela pode ser avaliada na unidade básica de saúde pelo registro materno da movimentação fetal (mobilograma) e pela normalidade na evolução do pré-natal.

Por volta da 40ª semana de idade gestacional, ou antes disso, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhar a gestante para centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. Nesses casos, os profissionais do centro de referência devem orientar adequadamente a gestante e a unidade básica de saúde responsável pelo pré-natal, segundo recomendações do manual técnico Gestação de Alto Risco.

A paciente deverá ser encaminhada com 41 semanas de gestação para indução do parto ou parto, segundo as características do caso. É importante enfatizar que, embora seguida pelo centro de referência para avaliação de vitalidade, nenhuma gestante deve receber alta do pré-natal da unidade básica antes de internação para o parto.

8.12 Gestação múltipla

É a gravidez que ocorre com presença de dois ou mais fetos. Apresenta como fatores de risco:

- Maior idade materna;
- Raça negra;
- Multiparidade;
- História familiar (pelo lado materno);
- Técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

O diagnóstico de certeza é ecográfico, porém a suspeição é feita por meio de dados clínicos como presença de hiperemese gravídica, níveis muito elevados de Beta-HCG, pela medida da altura uterina maior que a esperada para a idade gestacional, a palpação de dois polos cefálicos, a sobredistensão uterina, e a presença de dois focos, separados por mais que 10 cm e com frequências diferentes. A morbimortalidade perinatal é maior que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos.

É devida, principalmente, à prematuridade e à restrição de crescimento fetal, por vezes seletiva, além de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão umbilical. A morbidade materna também está aumentada pela maior incidência de hiperemese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc.

O principal fator prognóstico é a corionicidade, ou seja, a separação ou o compartilhamento da mesma placenta. Esse diagnóstico é ecográfico e a sua acurácia é maior quando o exame é realizado antes de 14 semanas de gravidez, preferencialmente entre 6 e 9 semanas. Gêmeos monozigóticos, porém dicoriônicos (duas placentas), tem mortalidade semelhante à constatada para os dizigóticos. Já os monócoriônicos (uma placenta) têm mortalidade 3 a 4 vezes maior.

Conduta:

As gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas não complicadas por outras comorbidades podem ser acompanhadas em pré-natal de baixo risco, nas unidades básicas de saúde, desde que o profissional esteja ciente dos riscos potenciais e tenha facilidade de encaminhamento para unidade ou hospital que preste assistência à gestação de alto risco.

Os casos diagnosticados como monocoriônicos devem ser seguidos em um centro de atenção à gestação de alto risco pela maior frequência de complicações e pela maior necessidade de interrupção mais precoce da gestação. As gestações trigemelares ou com maior número de fetos, devem sempre ser seguidas em centros de atenção ao alto risco.

Cabe ao profissional de saúde estar alerta para todas as condições de risco e realizar consultas mais frequentes. Esse acompanhamento consiste na preocupação com alimentação, controle de anemia materna (mais comum, se comparada com a gestante com feto único), orientação de diminuição de esforços físicos em demasia e repouso relativo devido à distensão uterina, bem como na monitorização dos fetos por meio de ultrassonografia no 1º, 2º e mensal no 3º trimestre e cardiotocografia semanal a partir das 28-30 semanas.

Nas situações de trabalho de parto prematuro ou alterações cervicais que levem a suspeitar de um risco maior de prematuridade, a utilização profilática de corticóide para acelerar a maturidade pulmonar dos fetos está recomendada. A ultrassonografia de rotina para medida de colo uterino em gestações gemelares, o uso rotineiro de progesterona, circlagem, pessário cervical, repouso ou tocolíticos (em gestantes assintomáticas) não demonstraram prevenir nascimentos prematuros. Via de parto: O parto de gemelares deve ser sempre hospitalar e com acesso a analgesia e atendimento de urgência. Não há evidências suficientes que suportem a indicação de cesárea eletiva para todas as gestações gemelares.

A via de parto depende da apresentação fetal, da idade gestacional, da amniocidade e da presença ou ausência de outras indicações formais de cesárea. Se ambos os fetos forem cefálicos ou se o primeiro feto for cefálico, poderá ser realizado o parto vaginal. No caso de trigemelares, a recomendação é realizar parto cesárea.

9. Gravidez na adolescência

A adolescência é importante etapa do desenvolvimento, caracterizada pela transição da infância para a vida adulta. A maneira como os adolescentes vão lidar com sua sexualidade depende de vários fatores incluindo características individuais, valores, normas e crenças da família e da sociedade onde estão inseridos. Com o decréscimo da idade da primeira menstruação que se observa ao longo das décadas, vem se instalando, cada vez mais cedo, a capacidade reprodutiva. Entre os homens, a iniciação sexual ocorre mais cedo do que entre as mulheres. A maternidade é valorizada socialmente e vista como elemento formador da identidade, por meio da constituição de nova família. No entanto, a maturação sexual dissocia-se da competência social e econômica, e muitas vezes da emocional, mais tardias, o que traz consequências muito importantes para mães e pais adolescentes.

Os agravos mais significativos desencadeados pela gravidez na adolescência recaem na esfera social pela dificuldade de inserção destas jovens no sistema educacional, o que as impede de desenvolver projeto de vida que antes haviam planejado. Isso colabora para a continuidade do ciclo de pobreza, com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes também carregam o ônus de uma gravidez precoce uma vez que assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, o que deve ser contemplado na atenção à saúde reprodutiva.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Título dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, art. 7º, dispõe o seguinte: "a criança e o adolescente tem direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência". O art. 8º assegura no SUS o atendimento pré e perinatal, determinando: acompanhamento para a gestante, vinculação entre serviços e profissionais que fazem o pré-natal e os que realizarão o parto das adolescentes.

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir esses agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa. Principalmente, é importante que a adolescente seja informada de seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (ECA e Lei nº11.108).

As ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva devem ser iniciadas antes da gravidez, influenciando no processo de decisão sobre anticoncepção e gravidez, com a valorização do desenvolvimento da autoestima, da autonomia, do acesso à informação e a serviços de qualidade que ofereçam promoção e assistência geral nesse campo e acesso contínuo à atenção em planejamento familiar, com escolha livre e informada. Para isso, é necessária a implementação de políticas intersetoriais que enfoquem e garantam o acesso a atividades produtivas, educativas e recreativas, visando a ocupação do tempo livre, contemplando os diferentes estilos de vida, a diversidade cultural e a abordagem das relações de gênero, etnia e classe social, eixos norteadores do processo de trabalho com adolescentes.

As políticas de promoção e atenção à saúde dos adolescentes devem incluir estratégias diferenciadas que privilegiem os grupos mais vulneráveis e promovam o bem-estar e desenvolvimento saudável para todos. A atenção básica pode conduzir a assistência pré-natal da adolescente que não for caracterizada de alto risco. No entanto, os profissionais envolvidos no processo devem aprimorar um perfil de atendimento que englobe uma visão ampla de atenção, na qual aspectos nutricionais, psicológicos e sociais sejam valorizados.

O diálogo é um instrumento relevante. Para que a adolescente comunique os eventuais questionamentos e angústias, é preciso que a consulta proporcione tempo para que ela fale, exigindo do(a) assistente uma postura de ouvinte ativo(a) e interessado(a). As ações educativas podem ser específicas e podem começar na consulta, incluindo temas importantes como pré-concepção, planejamento familiar e amamentação. As recomendações para o atendimento podem ser resumidas:

- A individualidade do adolescente deve ser preservada no acolhimento oferecido para essa jovem;
- O adolescente deve ser reconhecido como indivíduo em evolução e necessita de atendimento diferenciado que a identifique como de avaliar seu problema e ter o direito de fazer opções;
- A participação da família deve ser encorajada, com limites claros para esse envolvimento.

PRINCÍPIOS ÉTICOS

Uma das estratégias para que adolescentes e jovens procurem os serviços é torná-los reservados e confiáveis, assim como caracterizá-los por atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor. É importante que os profissionais de saúde assegurem serviços que ofereçam:

- Privacidade: para que adolescentes e jovens tenham a oportunidade de ser entrevistados e examinados, sem a presença de outras pessoas no ambiente da consulta, se não for estritamente necessário ou caso assim o desejem;

- Confidencialidade: para que adolescentes e jovens tenham a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a concordância explícita.

A viabilização desses princípios no atendimento de adolescentes colabora para melhor relação entre paciente e profissional, ampliam a capacidade de encaminhamento das ações necessárias e favorecem a possibilidade de retorno de adolescentes e jovens aos serviços. Também asseguram o direito de serem reconhecidos como sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável.

O direito à saúde constitui direito humano fundamental; é um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu art. 3º, claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo.

Art. 3º – A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90

Dessa forma, qualquer exigência - como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde - que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara sobre a necessidade de que um responsável o assista e auxilie no acompanhamento.

A resistência do adolescente em informar determinadas circunstâncias de sua vida à família por si só demonstra desarmonia, que pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o seu direito à saúde. Dessa forma, havendo resistência fundada e receio de que a comunicação ao responsável legal implique afastamento da usuária ou dano à sua saúde, recomenda-se que se aceite pessoa maior e capaz, indicada pelo adolescente para acompanhar e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se o princípio do art. 17 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Art. 17 – O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90

Diante das implicações legais que possam surgir nos casos de maior complexidade, recomenda-se que o serviço de saúde busque articulação e integração com o Conselho Tutelar da região – órgão responsável na sociedade por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente – e com a Promotoria da Infância e Juventude, de forma a possibilitar a participação de seus integrantes na condução das questões excepcionais, de modo harmônico com os princípios éticos que regem esse atendimento.

SIGILO PROFISSIONAL E ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE

Considerando que a revelação de determinados fatos aos responsáveis legais podem acarretar consequências danosas para a saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário, mas o do desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente, bem como a manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo. Códigos de ética profissional e o próprio Código Penal seguem o mesmo entendimento e determinam de forma expressa o sigilo profissional independentemente da idade do(a) paciente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para a própria pessoa ou para terceiros, como distúrbios psíquicos do(a) paciente que o(a) façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio.

É vedado ao médico:

Art. 103 – Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Código de Ética Médica

Art. 154 – Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano.

Código Penal

É vedado ao médico:

Art. 107 – Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados.

Código de Ética Médica

Adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. Entretanto, devem ser informados das situações que requeiram a quebra de sigilo, ou seja, quando houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o(a) paciente quanto para terceiros, a exemplo de situações de abuso sexual, ideação suicida, informação de homicídios e outros.

Recomenda-se, portanto:

- Que a equipe médica busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis tem a obrigação legal de proteger e orientar seus filhos ou tutelados;
- Que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com o adolescente e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida, e não como uma forma de “livrar-se do problema”.

10. Violência contra a mulher durante a gravidez

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da qual o Brasil é signatário, define como violência contra a mulher todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada. Nos EUA e no Canadá, cerca de 25% das mulheres experimentaram algum tipo de contato sexual não consentido. O agressor, frequentemente, é próximo e conhecido da mulher.

No entanto, a maior parte dos casos de violência contra a mulher ainda não é notificada ou registrada. Diversas propostas de intervenção vêm sendo implantadas com a finalidade de reconhecer e manejar a questão. Uma delas é perguntar diretamente a todas as usuárias dos serviços de saúde se enfrentam ou sofreram algum tipo de violência. A violência exerce grande impacto para a saúde da gestante, com consequências que podem também comprometer a gestação e o recém-nascido e pode ser mais comum do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia.

O ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher; a maioria das mulheres que sofre violência antes de engravidar continua a sofrê-la durante a gravidez e boa parte delas, após o parto. Portanto, a assistência pré-natal é um momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo. O atendimento apropriado para grávidas que sofrem violência física, sexual ou psicológica representa uma de muitas medidas a serem adotadas para enfrentar o fenômeno da violência.

A presença de lesões, sua distribuição e características morfológicas devem servir como suspeita para o ato violento; deve-se suspeitar também de espancamento quando houver equimoses múltiplas na cabeça e/ou pescoço e em diversas partes do corpo.

O agressor pode apresentar diversas atitudes, inclusive participar do atendimento à vítima e agir com proteção acentuada. Grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início e apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de baixo peso ao nascer e de infecção do trato urinário. Além disso, a grávida que sofre violência desenvolve quadro de estresse emocional constante que se associa com baixa autoestima, isolamento, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas e suicídio. Para a verificação de situações de abuso ou violência, devem ser ativamente observados os seguintes indicadores-sentinelas:

- Discrepância da idade do parceiro sexual com relação à idade da paciente;
- Situações de poder, dependência ou parentesco entre paciente e seu parceiro sexual;
- Sinais de constrangimento e coerção da paciente ou familiares e/ou recusa de diálogo com familiares ou de participação de responsáveis no atendimento.

O atendimento inicial na unidade básica de saúde da grávida que sofreu violência deve contemplar anamnese que permita a avaliação da situação do contexto no qual ocorreu, avaliar se seria violência aguda ou crônica, se a mulher foi vítima de violência doméstica, sexual ou psicológica, bem como se há risco de revitimização, para que se possa oferecer orientações e proceder ao encaminhamento mais adequado.

Além disso, deve-se realizar exame físico minucioso e, se necessário, encaminhá-la ao serviço de urgência, para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos. Nos casos de violência sexual, sempre que for possível, deve-se proceder à obtenção de material seminal do agressor, utilizando-se da recomendação técnica detalhada mais adiante.

Após a avaliação preliminar, a paciente deverá ser encaminhada imediatamente para o centro de referência para esses agravos, bem como ser orientada sobre as ações jurídicas do caso, a profilaxia de DST e sobre o acompanhamento multiprofissional: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outras especialidades que forem necessárias. Todas as ações devem ser cuidadosamente registradas. Entre as principais medidas a serem adotadas no atendimento a mulheres que apresentam gravidez decorrente de violência sexual ou que sofreram violência sexual durante a gravidez incluem-se o cuidado com as IST. Parte importante das IST decorrentes da violência sexual pode ser evitada.

Gonorreia, sífilis, clamidíase, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidos com o uso de medicamentos eficazes. Embora não seja possível estabelecer com exatidão o tempo limite para a introdução da profilaxia das IST não virais, é certo que melhores resultados são obtidos quanto mais precocemente se inicia a medida, principalmente dentro das primeiras 72 horas após a violência sexual.

A profilaxia das infecções de transmissão sexual não virais em grávidas que sofrem violência visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição possível a estes agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões e idade da mulher. Algumas premissas:

- A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a profilaxia para as IST não virais.
- O uso metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) é facultativo ou pode ser postergado em casos em que houver prescrição de profilaxia antirretroviral (interação medicamentosa) e em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Além disso, deve ser evitado no primeiro trimestre gestacional.
- O tianfenicol e as quinolonas (como a ofloxacina) são contraindicados na gestação.

10.1 Traumatismos físicos

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Gestantes que sofrem abuso sexual são menos atingidas por danos físicos quando comparadas com as demais mulheres. No entanto, os danos físicos influem negativamente nos resultados perinatais, com maior risco de prematuridade e de baixo peso ao nascer. Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer uma diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvo perineais superficiais e sem sangramento, deve-se proceder apenas com antissepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas, sendo recomendável a profilaxia para o tétano.

Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Coleta de material para identificação do agressor. A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância na violência sexual, tanto para a comprovação do crime como para a identificação do agressor.

A maioria dos agressores não são condenados por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela Justiça. Material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de swab ou similar, sendo acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado e identificado, preferencialmente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, tal medida poderá ser adotada.

O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos que, por manterem umidade, facilitam a proliferação bacteriana, que destrói células e DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, pela possibilidade de desnaturar o DNA. O material deverá ficar arquivado, em condições adequadas, à disposição da Justiça. Interrupção legal da gravidez decorrente da violência sexual. Entre as consequências da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina.

Geralmente, é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. De acordo com o art. 128, inciso II do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro. No entanto, a maioria das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que concordem em realizar o abortamento. Na identificação desses casos durante a assistência pré-natal, é necessário que a mulher seja esclarecida sobre seus direitos e suas opções.

Deve ser informada das possibilidades de interromper a gestação até 20 semana de idade gestacional, de manter a gestação ou da doação da criança após o nascimento. Para cada opção, os serviços de saúde devem estar capacitados para atender a mulher dentro de suas necessidades ou referenciá-la a serviços especializados. Para mais informações, recomenda-se consultar a norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Recomendações finais A violência contra a mulher é condição intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais.

Embora não seja possível neste capítulo abranger todos os aspectos envolvidos, algumas informações são críticas para os profissionais de saúde que atendem a gestante em situação de violência física e sexual:

- A Lei nº 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos em serviços de saúde. O cumprimento dessa medida é fundamental para o dimensionamento do problema e de suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema.

- Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de maus-tratos ou abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e 186 da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes, incluindo-se as gestantes com idade inferior a 18 anos.

- A palavra da gestante que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, e não se deve confundir seus procedimentos com aqueles reservados à polícia ou à Justiça.

- O boletim de ocorrência (BO) registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação desses documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal. Embora sejam de indiscutível importância, a assistência à saúde da gestante é prioritária. Não há impedimento legal ou ético para que o profissional de saúde preste a assistência que avaliar como necessária.

- Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o BO, prestar depoimento ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se por alguma razão não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, podem acessar o prontuário ou solicitar os achados de valor médico legal coletados no serviço.

Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário. A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde encontra-se, geralmente, fragilizada e vulnerável. É comum que manifeste muitos sentimentos, como humilhação, vergonha, culpa, medo ou depressão.

É fundamental que o profissional de saúde trate a mulher com respeito e dignidade. Não se deve, em nenhum momento, colocar a veracidade da sua história em questão ou as circunstâncias em que tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer. Deve-se manter postura o mais neutra possível, evitando julgamentos e manifestações de valores pessoais. Além disso, é necessário respeitar as características emocionais e a situação de fragilidade, especialmente no momento do exame clínico.

Os profissionais de saúde devem estar preparados para o manejo clínico e psicológico das gestantes em situação de violência. Negligenciar esses aspectos, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.

11. Orientações gerais às gestantes

Algumas questões são frequentes como dúvidas entre as gestantes:

11.1 Orientação nutricional

O Índice de Massa Corporal (IMC) normal nas primeiras oito semanas de gravidez está entre 20- 25kg/m² e o valor superior do IMC normal ao final da gestação é de 29kg/m². De maneira geral, o ganho ponderal esperado é de 1,2 a 2,0 kg em um mês. Valores menores ou maiores que esses limites exigem avaliação e possível mudança nos hábitos alimentares.

O ganho de peso excessivo pode ser decorrente da retenção hídrica na pré-eclâmpsia e preceder o aumento da pressão arterial, devendo ser identificado como “sinal de alerta”. É importante que a unidade de saúde esteja articulada com um serviço de nutrição e dietética que possa acompanhar gestantes que apresentem anormalidades no seu estado nutricional.

É necessário avaliar cada gestante, considerando o peso pré-gestacional, idade e grau de atividade física. Recomenda-se um aumento de 300kcal/dia para suprir as necessidades calóricas diárias de uma gestante. O valor energético total mínimo para uma grávida com peso normal deve ser 35kcal/kg. Para conhecer o histórico alimentar da gestante, pode-se solicitar que a mesma anote os alimentos que ingeriu nos últimos três dias, com os respectivos horários, incluindo líquidos, servindo como base de orientação (recordatório alimentar). É necessário orientar para uma nutrição sem restrições, bem balanceada em proteínas, carboidratos e gorduras.

Deve-se evitar leite e derivados não pasteurizados, carne, frango, ovos e peixe crus ou pouco cozidos e frutas e vegetais não-lavados. Pode-se administrar aspartame (dose máxima de 50mg/kg/dia), respeitando-se a contraindicação para portadoras de fenilcetonúria), a sacarina, o acesulfane K (dose máxima de 313 mg/dia) e a sucralose (dose máxima de 1,6mg/kg/peso/dia).

11.2 Exercício físico

As mulheres devem ser encorajadas a realizar exercícios de condicionamento aeróbico e de força muscular, pois estas atividades têm um papel essencial na manutenção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças em todas as fases da vida, incluindo a gravidez. O exercício aeróbio regular durante uma gravidez não complicada mantém ou melhora a aptidão física e a função cardiorrespiratória, melhora o bem-estar psicológico e reduz os riscos de comorbidades relacionadas com o estilo de vida sedentário. No entanto, as rotinas de exercício podem ter que ser modificadas durante a gravidez para acomodar as alterações anatômicas e fisiológicas normais que ocorrem em mulheres grávidas e para evitar efeitos adversos sobre o feto.

A gravidez é o momento ideal para modificações positivas no estilo de vida, incluindo o aumento da atividade física e o consumo de uma dieta mais saudável. Quando grávidas, as mulheres tendem a ser altamente motivadas para melhorar comportamentos não saudáveis e têm visitas frequentes com os profissionais de saúde, o que facilita aconselhamento, apoio e supervisão.

Os benefícios potenciais do exercício na gestação incluem:

- Manutenção ou melhoria da resistência cardiorrespiratória, força muscular e resistência, flexibilidade e composição corporal;
- Manutenção ou melhoria na agilidade, coordenação, equilíbrio, potência, tempo de reação e velocidade;
- Evitar ganho excessivo de peso gestacional;
- Prevenção ou redução da gravidade dos sintomas ortopédicos, como dor lombar e dor na cintura pélvica;
- Prevenção da incontinência urinária - Os exercícios musculares do assoalho pélvico realizados durante a gravidez ajudam a diminuir o risco de incontinência urinária a curto prazo em mulheres sem incontinência prévia. Redução do risco de RN macrossômico;
- Possível redução do risco de diabetes gestacional;
- Possível redução do risco de desenvolver pré-eclâmpsia;
- Possível redução na duração da primeira fase do trabalho de parto, mas sem redução na segunda fase;

- Possível redução do risco de parto cesárea. Esses benefícios não são completamente independentes. Por exemplo, as mulheres com sobrepeso e obesidade que perdem peso significativo antes do nascimento através do exercício e da dieta e evitam o ganho excessivo de peso gestacional podem reduzir a probabilidade de desenvolverem diabetes gestacional e comorbidades relacionadas com diabetes e obesidade, como macrossomia, pré-eclâmpsia e cesárea.

O exercício físico na gestação deve ter intensidade moderada por 30 minutos, associado aos cuidados com dieta equilibrada, hidratação, utilização de roupas e calçados adequados além de temperatura ambiente amena, ou seja, evitar as caminhadas nos períodos de maior incidência do sol.

O princípio FITT (do inglês - frequency, intensity, time, type) recomenda exercício regular três a cinco vezes por semana, numa intensidade que permita conversar começando com 15 minutos e terminando em 30 minutos, movendo grandes grupos musculares (caminhadas, exercícios na água, bicicleta), além de exercícios de alongamento e perineais.

Deve-se evitar que a gestante fique de pé, sem se movimentar durante longos períodos de tempo e/ou em decúbito dorsal e recomenda-se evitar atividades com risco de trauma abdominal, entorse dos membros inferiores e perda de equilíbrio. É recomendada avaliação médica antes de iniciar a atividade física na gestação, que não é o melhor período para iniciar exercícios aeróbicos em mulheres sedentárias ou intensificar treinamento.

São contraindicações ao exercício aeróbio durante a gravidez:

1) Contraindicações absolutas ao exercício aeróbio durante a gravidez:

- Doença cardíaca hemodinamicamente significativa;
- Doença pulmonar restritiva ou Cerclagem ou insuficiência cervical;
- Gestação múltipla em risco de parto prematuro;
- Hemorragia persistente no segundo ou no terceiro trimestre;
- Placenta previa após 26 semanas de gestação;
- Trabalho prematuro durante a gravidez atual;
- Rotura prematura de membranas;
- Pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial grave;
- Anemia grave 2.

2) Contraindicações relativas ao exercício aeróbio durante a gravidez:

- Arritmia cardíaca materna não avaliada;
- Bronquite crônica o Diabetes tipo 1 mal controlado;
- Obesidade mórbida extrema o IMC inferior a 12;
- História de estilo de vida extremamente sedentário;
- Restrição do crescimento fetal na gravidez atual;
- Hipertensão arterial mal controlada;
- Limitações ortopédicas;
- Transtorno convulsivo mal controlado;
- Hipertireoidismo mal controlado;
- Fumante (>1maço de cigarros por dia).

11.3 Sexualidade

Não há razão para contraindicar a atividade sexual na gestação, orientando-se, no entanto, abstinência nos casos de amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, insuficiência istmo-cervical, colo uterino encurtado e síndromes hemorrágicas. O uso de preservativo deve ser recomendado em função do risco associado com a aquisição de doenças que podem ser transmitidas pela relação sexual, incluindo-se o vírus zika, além de sífilis, HIV e hepatite, por exemplo.

A equipe assistencial deve dar espaço para a grávida falar sobre a sexualidade do casal, pois as alterações físicas, funcionais e psicológicas podem ser vivenciadas pelos casais como experiências marcadas por questionamentos. É relevante valorizar-se as queixas, num diálogo empático, sem preconceito, desmistificando crenças infundadas e diminuindo a ansiedade.

11.4 Trabalho

A atividade laboral pode continuar nas gestações de baixo risco até o momento do parto, devendo-se avaliar as condições de trabalho, particularmente possibilidade de acidentes, exposição a calor, trabalho noturno e longos períodos em pé ou realizando atividades físicas extenuantes. Nestas situações, deve-se recomendar mudança de função. Nos casos de complicações da gestação, cada situação deve ser analisada com cuidado. Algumas informações legais serão comentadas.

11.5 Direção de veículo

É importante orientar a gestante a utilizar o cinto de segurança de maneira correta e o modelo recomendado é o de três pontos. A parte inferior deve passar acima das cristas ilíacas e a parte superior pela linha intermamária, ao lado do útero, ajustado ao terço médio da clavícula, nunca comprimindo o útero gravídico. O banco deve ficar o mais afastado possível do volante. A gestante deve sentar-se no assento dianteiro à direita (passageiro) caso o veículo não estiver equipado com cintos de três pontos nos assentos traseiros. Não deixar qualquer objeto entre o cinto e o corpo, que podem prejudicar o deslizamento pelo corpo em caso de impacto.

A Associação Brasileira de Medicina do Tráfego não recomenda que grávidas dirijam veículos se: a idade gestacional for superior a 36 semanas, existir edema acentuado dos pés, queixas de náuseas, cãibras, tonturas e vômitos, ameaça de abortamento, hemorragias, hipertensão, no calor demasiado e jejum prolongado.

11.6 Uso de repelentes de inseto durante a gravidez

- Repelentes tópicos Produtos repelentes de uso tópico devidamente registrados na ANVISA podem ser utilizados por gestantes. Neles se incluem n,n-dietil-meta-toluamida (DEET), além de hydroxyethyl isobutyl piperidine carboxylate (Icaridin ou Picaridin) e ethyl butylacetylaminopropionate (EBAAP ou IR3535), além de óleos essenciais, como Citronela. Entretanto, deve-se levar em as recomendações de uso da rotulagem. Orienta-se aplicação 2 a 3 vezes ao dia apenas sobre a pele exposta e nas roupas (não aplicar em região coberta pela roupa), não utilizar sobre feridas ou mucosas, evitando-se dormir com o repelente no corpo. Estes repelentes protegem durante 2 a 10 horas. Quando aplicados, devem sempre ser o último produto a ser passado na pele, depois dos filtros solares, hidratantes ou maquiagem. Evitar contato com olhos, nariz e boca.

- Repelentes ambientais e inseticidas

Repelentes ambientais e inseticidas também podem ser utilizados em ambientes frequentados por gestantes, desde que devidamente registrados na ANVISA. A segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos.

Os produtos comumente utilizados no combate e/ou no controle da população do mosquito *Aedes aegypti* são: inseticidas, indicados para matar os mosquitos adultos, possuem substâncias ativas que matam os mosquitos e componentes complementares como solubilizantes e conservantes (encontrados principalmente em spray e aerossol), e repelentes, que afastam os mosquitos do ambiente (encontrados na forma de espirais, líquidos e pastilhas utilizadas, por exemplo, em aparelhos elétricos).

Os repelentes utilizados em aparelhos elétricos ou espirais não devem ser utilizados em locais com pouca ventilação nem na presença de pessoas asmáticas ou com alergias respiratórias. Podem ser utilizados em qualquer ambiente da casa desde que estejam, no mínimo, a dois metros de distância das pessoas. Os inseticidas “naturais” à base de citronela, andiroba e óleo de cravo, entre outros, não possuem comprovação de eficácia nem a aprovação pela ANVISA.

Além disso, a Tiamina ou Vitamina B não apresenta eficácia comprovada como repelente e esta indicação de uso não é aprovada. Para evitar focos de mosquito *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, combater a dengue, a chikungunya e a zika, é importante o adequado armazenamento de água, o acondicionamento do lixo e a eliminação de todos os recipientes sem uso que possam acumular água e virar criadouros do mosquito, como, por exemplo, os pratinhos dos vasos de plantas, que podem ser enchidos com areia.

12. Aspectos psicoemocionais

12.1 Na gravidez

A visão da equipe que atende a mulher no ciclo grávido-puerperal não pode se restringir a aspectos biomédicos. Para que essa atenção seja adequada, é relevante que a mulher seja avaliada considerando o ambiente em que vive, sua história social e as transformações emocionais que experimenta. A adequada relação entre todos os indivíduos envolvidos (cliente, família, cuidadores) é uma dimensão necessária que gera segurança, propicia uma ação individualizada e cria vínculo. É necessário promover um clima de acolhida, baseado em confiança e empatia com respeito à experiência pessoal da gestante.

A mulher vive uma fase de transformação psíquica e, neste momento, muitos sintomas físicos podem se manifestar secundariamente a conflitos e dificuldades sociais e/ou emocionais não resolvidas. Os profissionais devem oferecer oportunidade para que a mulher expresse as suas queixas e dúvidas, evitando direcionamento rígido. Deve-se valorizar a capacidade de escutar, evitando excesso ou insuficiência de informação e linguagem excessivamente técnica, que inibam a comunicação ativa da mulher com a equipe de saúde. Nas consultas, é importante que o profissional de saúde observe alguns aspectos:

- A primeira consulta geralmente ocorre quando a mulher já elaborou algumas reações quanto ao seu estado gravídico. Neste momento, já deve ter tomado decisões, como dar continuidade à gestação. Isso não previne que inseguranças estejam presentes. Não é incomum haver uma demanda emocional importante a ser acolhida. Frequentemente, a mulher busca confirmação de aspectos como diagnóstico de gravidez; saúde fetal; ser assegurada de que tem boas condições de saúde para gestar; amparo para suas dúvidas e ansiedades e apoio para a “jornada” da gravidez que se inicia.

- Reconheça que a ambivalência com relação à gravidez é um sentimento normal. Toda gestante quer e não quer estar grávida, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos;

- Acolha as dúvidas da gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse papel de forma adequada;

- Compreenda a vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;

- Reconheça as condições emocionais e sociais dessa gestação: se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na gestante;

- Perceba que a gestante pode estar buscando figura de apoio e o profissional será constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas ameaçadoras para ela;

- De informações claras, esclareça as dúvidas e repita as informações sempre que necessário;
- Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos;
- Considere que os exames de imagem podem ser aproveitados para promover um “encontro da mãe com o seu filho”. Lembre-se que os exames podem ter interpretações distintas para os profissionais de saúde e para a mulher;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, promovendo o equilíbrio nas mudanças ocorridas com a chegada de um novo membro à família. As transformações psíquicas são dinâmicas e podem sofrer modificações em intensidade ou em natureza durante o curso da gravidez e no puerpério.

As manifestações mais comuns são: No primeiro trimestre:

- Temor de abortamento e de malformações fetais;
- Ambivalência quanto à gravidez;
- Instabilidade de humor, com aumento da irritabilidade;
- Percepção das primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço;
- Desejos e aversões por determinados alimentos. No segundo trimestre:
- Introspecção e passividade;
- Impacto da percepção dos movimentos fetais;
- Adequação às transformações orgânicas, às mudanças corporais;
- Alteração de desejo e desempenho sexual. No terceiro trimestre:
- Intensificação das queixas.
- Ansiedade, relacionada ao momento do parto, e tipo de parto, ao medo de desfechos desfavoráveis, da dor e ao medo da morte dela própria ou do filho.

12.2 No puerpério

É importante que a equipe de saúde esteja próxima e acessível, na unidade de saúde e/ou em visitas familiares. Os profissionais devem compreender que o puerpério é um período em que os sentimentos gerados pela necessidade de ajuste ao filho real, as transformações corporais e a mudança na configuração familiar exigem muito esforço psíquico da mulher. Isso requer cuidadosa atenção dos familiares e cuidadores.

Para dar acolhida a estes aspectos, é indispensável que a equipe multiprofissional:

- Promova o contato precoce após o parto e o alojamento conjunto no pós-parto imediato, pois, ao propiciar o contato próximo entre a mãe e recém-nascido, estará promovendo o vínculo, incentivando o aleitamento materno e auxiliando a mulher a se sentir segura para assumir os cuidados;
- Dê atenção a sintomas, evitando a tendência de justificar todas as queixas como problemas relacionados ao curso habitual do período;
 - Valorize o diálogo e as informações dos acompanhantes, desenvolvendo uma postura de apoio e crítica habilidosa;
 - Reconheça que a dúvida pode representar uma busca legítima de apoio;
 - Promova o vínculo familiar;
 - Estimule o autocuidado, agende e garanta comparecimento à consulta de revisão após o parto, após 45-60 dias. Em caso de óbito fetal ou neonatal nos primeiros 30 dias, o retorno deve ser em 30 dias e o acompanhamento domiciliar para apoio é indispensável aos 7 e 15 dias pós-parto. Alguns aspectos importantes psíquicos do puerpério devem ser lembrados:
 - Há um ajuste entre a imagem do filho ideal, construída durante a gestação e o filho real, apresentado à mulher após o parto;
 - Surge o desafio da relação entre a mãe e seu filho, baseada num padrão de comunicação não verbal,
 - O ciúme, que pode ser gerado em outros filhos a partir da reorganização do núcleo familiar, representa uma intensa exigência na busca de equilíbrio nas relações e no cotidiano do núcleo familiar;
 - A mulher geralmente tem as suas necessidades preteridas em privilégio do recém-nascido, o que pode gerar ansiedades, incluindo a idealização do melhor cuidado;

- A convivência com a criança é uma situação nova, o que é particularmente desafiador quando o puerpério tem um curso anormal, ou quando o recém-nascido é prematuro, malformado ou apresentar alguma doença;

- A amamentação pode exigir muito da puérpera, produzindo sensação de incapacidade, preocupações estéticas ou a ideia de ser uma etapa de dependência infinita na relação com o seu filho;

- As alterações na esfera sexual, incluindo redução do desejo, são frequentemente intensificadas pelas transformações físicas e podem potencializar sentimentos de exclusão do companheiro.

É importante que a equipe de saúde esteja preparada para reconhecer as alterações emocionais do puerpério e que saiba diferenciar as alterações transitórias daquelas potencialmente mais graves, para que possa orientar a mulher e seus familiares para a conduta mais adequada.

São elas:

- Tristeza materna, blues puerperal ou baby blues: manifestação mais frequente, acometendo de 50% a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta confiança em si própria, sentimentos de incapacidade;

- Depressão pós-parto: menos frequente, manifestando-se em 10% a 15% das puérperas. Os sintomas incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê; - psicose puerperal: manifestação mais rara, ocorre entre 1,1 e 4 para cada 1.000 nascimentos, mais comum em mulheres com distúrbios psiquiátricos prévios. O início é abrupto, os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto, quando a puérpera já se encontra fora da maternidade. Os sintomas incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo; delírios que envolvem seus filhos; estado confusional; comportamento desorganizado.

Há risco para a própria mulher e para o bebê e é necessário que se proceda a encaminhamento para especialista em saúde mental.

13. Aspectos trabalhistas e éticos-legais

13.1 Questões de acesso aos serviços de saúde e cidadania

Para contribuir com o pleno exercício da cidadania, é importante que as gestantes, familiares e profissionais de saúde tenham conhecimento de direitos e deveres da gestante como cidadã. Deve-se atentar para o conforto, a privacidade e a integridade física das usuárias nas consultas e procedimentos, respeitando os valores pessoais, garantindo confidencialidade de toda e qualquer informação. O Código de Ética Médica. Art. 73, diz que é vedado ao médico “Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente”.

Toda gestante no âmbito do SUS tem direito a conhecimento e a vinculação prévia à maternidade onde receberá assistência (Lei 11.634/2007), com direito a acompanhante de sua escolha. As gestantes, como qualquer paciente, possuem direitos estabelecidos, com enfoque no respeito à dignidade humana. São, ainda direitos do usuário:

- Ser identificado pelo nome e sobrenome, com indicação nos seus documentos de unidades, do nome que prefere ser chamado, evitando-se qualquer outra forma de atendimento.
- Os profissionais que se responsabilizam por sua atenção devem ser identificados, por elementos e fácil percepção, como crachás.
- O paciente e os familiares têm o direito de receber informações objetivas, compreensíveis e respeitadas quanto ao seu estado de saúde.
- Possuir um prontuário multiprofissional atualizado, devendo ser arquivado por 20 anos após o último contato, com registros legíveis sobre a sua história clínica, e que contenha a identificação do responsável por cada preenchimento, que pode ser acessado pelo paciente ou terceiro por ele autorizado e cópia em caso de transferência de cuidados (resolução CFM Nº 1.639/2002, art. 4).
- O direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, incluindo o acompanhamento pré-natal, e em todas as situações previstas em lei. Também há garantias legais para a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, no momento do parto e no pós-parto imediato (Lei Federal 11.108/2005, art.19-J).

- Entrega de laudo médico, quando solicitado.
- Consentir ou recusar-se, depois de adequada informação, a se submeter a procedimentos, atestando de forma livre e esclarecida, idealmente na presença de testemunha, desde que isso não represente risco à saúde pública, sem imputação de qualquer natureza.
 - Ter liberdade de procurar parecer de outro especialista sobre procedimentos recomendados em qualquer fase do tratamento.
 - Ter disponibilidade do usuário de informar aos setores responsáveis as suas sugestões e reclamações, com sigilo e privacidade.
 - As prescrições devem conter: o nome genérico da substância prescrita, indicação de dosagem e posologia, texto legível sem códigos ou abreviaturas, com o nome e o número do registro no órgão de controle e regulamentação da profissão do profissional responsável pela prescrição, local e data.

13.2 Atividade laboral

A mulher, ao descobrir a sua gravidez, deve informar a empresa onde trabalha, no menor tempo possível (entregando cópia de exame laboratorial ou relatório médico com esse diagnóstico). A empresa é proibida de demiti-la, sem justa causa. Se a demissão foi imotivada, a gestante tem o direito de reintegração no seu emprego, se ocorrer no período de estabilidade; se estiver fora desse período, a garantia restringe-se aos salários e direitos adicionais correspondentes ao expediente de estabilidade.

O Tribunal Superior do Trabalho (Súmula 24) não afasta o direito ao recebimento de indenização da estabilidade pela alegação de desconhecimento do estado gravídico, quando da decisão pela demissão. Quando as condições de saúde exigirem ou houver risco à gravidez, é garantido à gestante mudança de função, tendo o direito de retorno após a gestação e parto (art. 392, par. 4º, I CLT). É facultado à gestante romper qualquer contrato de trabalho se for constatado, mediante atestado médico, que a atividade laboral pode ser prejudicial à sua saúde (art. 394 da CLT).

13.3 Licença-maternidade

A licença à grávida, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias está garantida no artigo 7º, inciso XVIII da Constituição Federal. Pode iniciar-se a partir do 28º dia antes do parto, pela CLT. Se o parto for antecipado ou a licença for iniciada pós-parto, o período de gozo é integral (art. 392, CLT). A Lei que amplia a licença maternidade para 180 dias foi sancionado em 09 de setembro de 2008.

A adesão ao programa é facultativa por empresas privadas e, se realizada, confere à empresa o direito de deduzir do imposto de renda o valor correspondente à remuneração dos 60 (sessenta) dias da licença-maternidade. Em caso de óbito fetal, aplica-se o direito a licença-maternidade como no caso de nascimento de feto vivo. Nos casos de aborto, a lei contempla o direito a repouso remunerado de duas semanas e retorno à função que ocupava antes.

13.4 Licença-paternidade

Pelo artigo VII, inciso XIX, e pelo artigo X, parágrafo I, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) e pela Constituição Federal, o pai tem direito a uma licença-paternidade de 5 (cinco) dias contínuos logo após o nascimento do seu bebê. A licença paternidade objetiva garantir à mãe e ao bebê a companhia e os cuidados do pai nos primeiros dias após o parto. Algumas empresas, atualmente, já aderiram à licença-paternidade de 15 dias, apesar de ainda não haver legislação que regulamente o referido período. O pai tem o direito de participar do pré-natal e o direito de ter acesso ao acompanhamento da gestante no hospital e na maternidade.

13.5 Amamentação

A mulher que esteja amamentando, tem o direito a dois descansos especiais remunerados, de 30 minutos cada, durante a jornada de trabalho, até que o seu filho complete seis meses de vida. Se houver um número elevado de funcionárias, tem direito a creche no período de amamentação no local de trabalho ou pago pelo empregador.

3.3 Mecanismos de Informação aos Usuários

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988, mostrou a necessidade de se repensar sobre o funcionamento dos serviços de saúde pública e de buscar melhoria da qualidade, com a intenção de atender todas as expectativas daqueles que utilizam os serviços, buscando efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade (MOREIRA, 2007).

O Brasil enfrenta uma série de problemas no setor da saúde pública, trazendo resultados ineficientes nos serviços prestados à população que a utiliza. Isso leva a um aumento de custos sociais, o que se torna necessário um monitoramento desses serviços para que o sistema de saúde brasileiro evolua (GONÇALVES *et. al.*, 2011).

O monitoramento e a avaliação estão intrinsecamente envolvidos com a percepção e subjetividade do usuário, onde uma nova visão, que observa todos os detalhes e é mais criterioso, voltado para satisfação, podem nos mostrar falhas e pontos cegos. Isso enfatiza a necessidade de se utilizar a própria opinião do paciente para compreender sua satisfação, considerando valores, crenças e visão de mundo distintos (BENAZZI *et. al.*, 2010).

É notório que nos últimos anos, o sistema de saúde do Brasil sofreu transformações, as quais trouxeram benefícios para o reordenamento das instituições prestadoras de serviços de saúde, um exemplo disso, é o acolhimento às reclamações dos usuários sobre o atendimento realizado.

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** propõe a discussão com a equipe gestora da unidade, para a implementação de mecanismos de informação aos usuários, familiares e acompanhantes acerca do processo terapêutico em curso, bem como a implantação do Consentimento Informado, a partir da realidade local. Ainda, haverá estabelecimento de horários e frequência de informações para cada uma das unidades de internação, bem como, a definição e divulgação de um canal de comunicação com a comunidade.

Nos princípios da declaração universal dos direitos humanos, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BIRIGUI** apresenta o Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU). Este, aparece como importante instrumento de mediação na construção da cidadania no intuito de possibilitar a participação dos usuários, internos e externos, na gestão, proporcionar acessibilidade, humanizando os serviços e preservando os direitos do cidadão, ainda, influencia no atendimento aos usuários com qualidade (ALVES *et. al.*, 1999).

O registro da satisfação ou insatisfação dos usuários de um serviço de saúde é um indicador importante, que revela os aspectos que devem ser melhorados, e além de tudo influencia no aprimoramento institucional e profissional (BENAZZI *et. al.*, 2010). As indagações, reclamações, sugestões e desejos dos usuários, são de extrema importância, pois o cliente conhece suas próprias necessidades. As instituições devem tratar as informações como um termômetro qualitativo e de satisfação, o que mostra como é essencial que a voz do consumidor seja ouvida e decifrada (CRUZ *et. al.*, 2005).

A criação do Serviço de Atendimento ao Usuário, além de ser de fundamental importância para que o hospital encontre e corrija erros, cumprirá com a ampliação de Mecanismos de Informação aos Usuários.

O SAU atuará como um instrumento para dar voz aos usuários, que fortalecerá sua participação nos processos de planejamento. Esse serviço proporcionará aos usuários o direito de expressar sua percepção sobre o atendimento a ele dirigido, exercendo, desta forma, sua cidadania.

Ainda, no que se refere à **Política Nacional de Humanização**, no eixo da gestão do trabalho e da atenção, incentiva o protagonismo dos sujeitos e a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação e autodesenvolvimento, por meio da participação dos mesmos.

✓ Atender adequadamente as reivindicações dos usuários, humanizando a relação usuário/Serviço e transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas.

Objetivos:

- ✓ Dinamizar e qualificar o atendimento ao usuário;
- ✓ Conscientizar o usuário de que ele é parte de uma sociedade com direitos;
- ✓ Incentivar a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão;
- ✓ Otimizar e direcionar os serviços oferecidos;
- ✓ Proporcionar aos gestores uma visão maior e mais elaborada dos problemas;
- ✓ Desenvolver possíveis soluções para as reclamações;
- ✓ Desenvolver ações de caráter preventivo.

O Serviço de Atendimento ao Usuário terá como atividade principal ouvir sugestões e reclamações, além de esclarecer dúvidas e orientar os usuários para, depois, encaminhar as demandas para os âmbitos específicos com o intuito de melhorar ainda mais o atendimento, tornando-o mais ágil e humanizado.

O SAU será subdividido em quatro serviços: **Pesquisa de Satisfação dos Usuários, Pesquisa de Clima Organizacional, Ouvidoria e Busca Ativa de Demandas**, que embora possuam aspectos diferenciados, têm a mesma finalidade que é monitorar e avaliar a qualidade do atendimento e o clima organizacional, de maneira rápida e contínua, na busca pela melhoria dos serviços prestados, além de ouvir a opinião dos clientes que utilizam os serviços assistenciais disponíveis no Serviço.

Este trabalho contribuirá para o cumprimento da Missão institucional e garantirá atendimento mais humanizado.

Pesquisa de Avaliação da Satisfação do Usuário

Caracterização:

De acordo com Donabedian (1980) a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais. No que se refere à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, acolhe sempre duas dimensões: o desempenho técnico, qual seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos, e o relacionamento com o paciente. Segundo este autor, a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode dar-se em seus três componentes: estrutura, que compreende os recursos utilizados pelo serviço, processo, que inclui procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes e resultado, que abrange o estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde.

A satisfação do usuário geralmente é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção (OLIVEIRA, 1992), sendo também descrita em termos de saúde psicológica do indivíduo (DONABEDIAN, 1980).

Na qualidade de processo, refere-se, sobretudo, à relação interpessoal entre profissional de saúde e usuário na avaliação da estrutura dos serviços, a satisfação serve para avaliar o contexto e insumos.

Faz-se importante ressaltar que, ainda dentro da avaliação da qualidade, a satisfação de usuário constitui-se em um componente da aceitabilidade social, esta aceitabilidade representa a aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população (DONABEDIAN, 1980; FITZPATRICK; HOPKINS, 1983).

A Pesquisa de Avaliação da Satisfação do Usuário constitui parte do Programa de Humanização e Acolhimento e seus resultados servirão como eixos norteadores do serviço, além de direcionar ações futuras que a ser implantadas, com fins de Excelência e Qualidade em Prestação de serviço e atendimento ao público final.

Objetivos:

- Registrar a opinião do usuário e/ou seu responsável, em momentos distintos, são eles:
- Durante a hospitalização, após 24 horas de internamento;
- No momento da alta hospitalar;
- Estimar a satisfação dos usuários, por meio do cálculo de frequências das respostas obtidas;
- Pautar ações estratégicas, baseadas na análise das frequências apresentadas.

Composição: Psicólogos, enfermeiros e executores administrativos.

Descrição das atividades realizadas: Diariamente funcionários devidamente capacitados, aplicarão o instrumento que medirá a satisfação do cliente em relação à assistência recebida. No caso do ambulatório, o questionário será aplicado em horários alternados e após o atendimento médico, nas unidades de terapia intensiva, o questionário será disponibilizado aos familiares, sob orientação do Serviço de Psicologia, e nos casos de internação em enfermarias, na alta hospitalar.

Os questionários serão mensurados e seus resultados analisados visando elaborar medidas de ajuste; reproduzir e encaminhar elogios para ciência dos interessados. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas à Diretoria Geral e as relacionadas ao processo de trabalho serão encaminhadas às unidades, para conhecimento e utilização, se for o caso.

O Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário tem como objetivo registrar a opinião do usuário ou familiar e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais, focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal, qualidade e higiene das instalações físicas e dos equipamentos.

Metodologia de Aplicação do Questionário:

No Ambulatório: Enquanto o usuário e familiar aguardam os procedimentos (consulta ou exame), é apresentado o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário, orientado quanto a importância e o direito de expressão. O questionário fica disponível na recepção juntamente com a urna para o depósito após o preenchimento.

Na Internação: Na alta hospitalar, o usuário e familiar recebem informações sobre o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário e são orientados quanto à importância e o direito de expressão em relação ao atendimento prestado.

Insumos e Estrutura necessários: formulários impressos; recursos humanos qualificados.

Método de avaliação dos indicadores de qualidade: a equipe do Serviço de Avaliação da Satisfação do Usuário realizará mensalmente a avaliação dos indicadores supracitados, em formulário próprio, o qual alimentará o banco de dados do serviço. Os resultados serão apresentados por meio de frequências, expostos em tabelas e/ou gráficos.

Sistemática das ações corretivas: mediante a apresentação do resultado da pesquisa de satisfação do usuário o responsável pela realização da Pesquisa de Satisfação do usuário estabelecerá sistemática para identificação de não conformidade relativa sistema de qualidade da unidade e investigação das causas, a fim de corrigir as não conformidades identificadas e evitar que ocorram novamente. Para isso, será: descrito em formulário a não conformidade; apresentado a resultado de investigação das causas; implementada a ação corretiva e avaliação dos resultados da implementação da ação corretiva.

Resultados Esperados: Através da Pesquisa de Satisfação dos usuários e nas diversas sugestões recebidas em nossas Caixas de Sugestões e através das entrevistas, conseguiremos identificar as “carências” e os tipos de problemas que levam os usuários a registrarem as queixas/reclamações. Isso possibilitará também o mapeamento das áreas onde ocorrem as maiores manifestações. Outro fato relevante será a participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais.

Instrumento para Avaliação de Satisfação na alta hospitalar dos Usuários

O inventário utilizado no ambulatório e pronto atendimento é composto pela Capa e quatro campos que podem ser identificados pelo título e conteúdo. A Capa representa a identidade e a apresentação do Formulário. Em “Informações” são registrados os dados demográficos e clínicos.

A “Avaliação Pronto Atendimento/ambulatório” contém quatro questões que avaliam o atendimento realizado na entrada do paciente no **HPRAS** e sua permanência no Pronto Atendimento/Ambulatório. Ao final do Formulário tem-se o campo para registro informações sobre algum funcionário de destaque positivo, identificando-se o nome, e espaço para Críticas, Elogios e Sugestões. A “Avaliação Unidades de Internação” contém catorze questões que avaliam a satisfação do usuário em sua internação.

Em “Avaliação Pronto Atendimento/Ambulatório” e “Avaliação Unidades de Internação” as respostas estão dispostas em escala serial, com quatro níveis de satisfação: 1 “Quase o tempo todo”; 2 “Na maioria das vezes”; 3 “Somente parte das vezes” e 4 “Em nenhum momento”.

Nos resultados, cada resposta do inventário recebe escore se a resposta for 1 ou 2 (indicando satisfação), com exceção de uma questão, na qual o escore é invertido. Os formulários preenchidos são recolhidos, as respostas digitadas em banco de dados e analisadas. As questões não respondidas são registradas no banco de dados como “Não respondeu”.

O inventário utilizado na UTI também é composto pela Capa e quatro campos que podem ser identificados pelo título e conteúdo. A Capa representa a identidade e a apresentação do Formulário. Em “Informações” são registrados os dados demográficos e clínicos. A “Avaliação de Satisfação dos Familiares” contém catorze questões que avaliam a satisfação dos familiares em relação a internação do paciente na UTI. As respostas estão dispostas em escala serial, com quatro níveis de satisfação: 1 “Quase o tempo todo”; 2 “Na maioria das vezes”; 3 “Somente parte das vezes” e 4 “Em nenhum momento”.

Nos resultados, cada resposta do inventário recebe escore se a resposta for 1 ou 2 (indicando satisfação), com exceção de uma questão, na qual o escore é invertido. Os formulários preenchidos são recolhidos, as respostas digitadas em banco de dados e analisadas. As questões não respondidas são registradas no banco de dados como “Não respondeu”.

AVALIAÇÃO PRONTO ATENDIMENTO/AMBULATÓRIO

INFORMAÇÕES

01. Você está satisfeito com a maneira como o(a) recepcionista no balcão do Pronto Atendimento/Ambulatório conversa com você?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

Algum funcionário do hospital lhe surpreendeu positivamente?

- Sim | Não()

Quem? _____

Deixe seus elogios, críticas e sugestões:

02. As explicações sobre a condição clínica dadas a você são em termos que você consegue entender?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

Muito obrigado por sua colaboração!

03. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) que te examinaram, tocaram, coletaram sangue, ou realizaram algum procedimento foram delicados com você?

04. Você está satisfeito com o tempo de atendimento, desde sua chegada ao Hospital até a finalização do atendimento?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento



Sexo Fem | Masc
 Idade _____ anos

Escolaridade

- 1º grau ()
 2º grau incompleto ()
 2º grau completo ()
 Superior ()
 Outros ()

Possui parentesco com o(a) paciente?

- Marido/Esposa () | Filho ()
 Irmão(ã) () | Outro: _____

Sector: Emergência () | Ambulatório ()

Motivo da Internação: Clínico () | Cirúrgico ()

Tempo de internação hospitalar: _____ dias

Quem prestou essas informações:

- O paciente
 O acompanhante ou responsável
 Ambos

MATERNIDADE
DR. PEREGRINO FILHO

AVALIAÇÃO UNIDADES DE INTERNAÇÃO

01. Você está satisfeito com a presença de médicos(as) e enfermeiros(as) para esclarecer dúvidas sobre sua saúde?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
02. Os profissionais do hospital têm sido atenciosos com você nos momentos de angústia e preocupação?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
03. Você está satisfeito com as orientações que tem recebido sobre como se cuidar quando receber alta e for para casa (orientações sobre higiene, alimentação, curativos, etc.)
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
04. Há profissionais de enfermagem e/ou médicos(as) para te ajudar nos momentos em que está com dor ou precisa de alguma ajuda?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
05. Você está satisfeito com a qualidade e a disponibilidade de equipamentos, medicamentos e outros itens utilizados nos seus exames e tratamentos?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
06. Você está satisfeito com o tratamento que tem recebido para melhorar sua saúde (considere os procedimentos, cirurgias e medicação)?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
07. Os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) te tocam, examinam e movimentam com cuidado e delicadeza?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
08. Você está satisfeito com qualidade da alimentação servida (considere a dieta oferecida, a temperatura, aparência, aroma e o sabor)?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
09. Você se sente confortável com os horários estabelecidos (considere os dias e horários para alimentação, banho, troca de roupa, limpeza do quarto, exames e procedimentos)?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
10. Você avalia que o quarto está limpo (considere o quarto, o chão, as roupas, o lençol, o banheiro, a retirada de embalagens, copos e sobras de comida)?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
11. Você se sente confortável com a qualidade do leito (considere a cama, o colchão, o travesseiro, o lençol e o cobertor)?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
12. Você se sente confortável com a temperatura e a ventilação do quarto (considere se o quarto é muito frio ou muito quente)?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
13. Você se sente respeitado em sua privacidade (avaliar se você fica exposto (a) a desconhecidos(as) que entram no quarto ou passam pelo corredor)?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento
14. Há barulhos vindo de dentro ou de fora do quarto que podem atrapalhar o seu repouso?
- () Quase o tempo todo
 () Na maioria das vezes
 () Somente parte das vezes
 () Em nenhum momento



MATERNIDADE
 DR. PEREGRINO FILHO

AValiação de Satisfação dos Familiares

Maternidade DR. PEREGRINO FILHO

INFORMAÇÕES

Data: ____/____/____
 UTI: _____
 Parentesco com o paciente _____
 Marido/Esposa () | Filho () | Irmão ()
 Outro: _____
 Sexo: Masc () | Fem () | Idade: _____ anos

Escolaridade: 1º grau () | 2º grau incompleto ()
 2º grau completo () | Superior () | Outros ()

Motivos da Internação
 Clínico () | Cirúrgico ()

Tempo de Internação na UTI: _____ dias

QUESTÕES

01. Você sente que está sendo oferecido o melhor cuidado possível ao paciente?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
02. Você sente que os funcionários do hospital se importam com os pacientes?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
03. As explicações dadas a você sobre a condição clínica do paciente são em termos que você consegue entender?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
04. Você sente que as informações dadas sobre o estado do paciente foram honestas?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
05. Você entende o que está acontecendo com o paciente e por que as coisas estão sendo feitas?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
06. As pessoas que trabalham na UTI tem sido amáveis com você?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
07. Alguém da UTI demonstrou interesse em saber como você está se sentindo?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
08. Você acredita que alguém da UTI iria te ligar em casa, se houvesse qualquer mudança importante na condição clínica do paciente?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento
09. Os funcionários do hospital explicaram como os equipamentos estão sendo utilizados?
 Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES

MATERNIDADE
DR. PEREGRINO FILHO

**Ajude-nos a fazer um
HOSPITAL melhor
para todos!**

**Por favor, leia e
responda estas
perguntas e
coloque nas urnas
da recepção da UTI**

*Muito obrigado por sua
colaboração!*

10. Eu estou muito satisfeito com o cuidado médico que o paciente está recebendo.

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

14. Você se sente sozinho e isolado na sala de espera?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

11. Existem coisas sobre o cuidado médico que o paciente recebe que poderiam melhorar?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

Algum funcionário da UTI lhe surpreendeu positivamente?

- Sim () | Não ()

Quem? _____

12. Você se sente confortável visitando o paciente na Unidade de Cuidados Intensivos?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

Deixe seus elogios, críticas ou sugestões:

13. A sala de espera é confortável?

- Quase o tempo todo
 Na maioria das vezes
 Somente parte das vezes
 Em nenhum momento

Pesquisa de Clima Organizacional

Caracterização:

A satisfação das necessidades do cliente deve ser um dos objetivos centrais das organizações na atualidade, razão pela qual muitos estudos têm sido desenvolvidos nessa área. Nesse processo, as atenções para os membros que trabalham e prestam serviços são direcionadas com o propósito de concretizar sua missão e atingir os resultados desejados. (MARCHETTI; PRADO, 2001).

Dessa maneira, o clima organizacional tem se mostrado útil para contextualizar esse domínio, pois viabiliza a compreensão de como as experiências de membros de um grupo são compartilhadas e como essas experiências influenciam as percepções, as cognições, os comportamentos e o desempenho do grupo é um tema importante a ser estudado (LINDELL; BRANDT, 2000).

Um dos desafios na gestão de pessoas é manter um ambiente de trabalho prazeroso, que permita o crescimento organizacional e o desenvolvimento do potencial intelectual das pessoas. Uma adequada gestão de clima organizacional é capaz de produzir alterações que influenciam a satisfação do cliente. Portanto, o gerenciamento das mudanças, ou seja, a forma como o gestor irá lidar com a mudança, é uma questão que precisa ser valorizada. Assim, pode-se tentar amenizar resistências que podem vir a ocorrer com os colaboradores (SANTOS et al., 2013).

A Pesquisa de Clima Organizacional também constitui parte do Programa de Humanização e Acolhimento e seus resultados servirão como eixos norteadores do serviço, além de direcionar ações futuras que a ser implantadas, com fins de Excelência e Qualidade em Prestação de serviço e atendimento ao público final.

Objetivos:

- Incentivar a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão;
- Realizar diagnóstico do clima organizacional;
- Pautar ações estratégicas, baseadas no diagnóstico realizado.

Composição: Psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e executores administrativos.

Descrição e Metodologia de Aplicação do Questionário: O Questionário de Pesquisa do Clima Organizacional será disponibilizado na instituição e poderá ser acessado a qualquer momento, por todos os colaboradores, de maneira anônima e confidencial. O questionário constará de perguntas objetivas sobre a satisfação dos colaboradores no trabalho. Os dados serão processados eletronicamente e os resultados encaminhados à diretoria da unidade.

Manual de Informação aos Usuários

Manual de Informação aos Usuários

O **Manual de Informação aos Usuários** deverá ser entregue aos mesmos quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

TEXTO SUGERIDO

Neste manual estão as orientações e procedimentos para que você possa utilizar melhor os nossos serviços.

INFORMAÇÕES GERAIS

Pijamas, roupas de cama e banho, mobiliário, equipamentos e materiais do serviço estão aqui para o seu bem-estar.

Lembre-se que depois de você, outras pessoas precisarão usá-los.

Fique atento para possíveis extravios. Não nos responsabilizamos por objetos pessoais deixados nas dependências do Serviço.

Para garantir a segurança de todos, lembre-se de higienizar as mãos sempre:

- Antes e após contato com o paciente;
- Após contato com áreas próximas ao paciente.

Ajude-nos na conservação do SERVIÇO. Ele é de todos nós.

RECOMENDAÇÕES

Trazer objetos de higiene e proteção pessoal para uso do paciente, tais como: sabonete, desodorante, creme dental, escova de dente, chinelo, etc.

Trazer ao hospital, para uso exclusivo do acompanhante, 01 (uma) toalha, 01 (um) cobertor, roupas e objetos pessoais;

Auxiliar nos cuidados com o paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem (banho, mudança de posição, etc.);

Evite utilizar o telefone celular nas enfermarias, corredores e posto de enfermagem;

Para garantir a proteção e o bem-estar dos usuários, não é permitido:

- Fumar nas dependências do Hospital;
- Falar alto e produzir barulhos excessivos;
- Manusear materiais e equipamentos utilizados no tratamento e monitoramento do paciente, tais como: soros, registros de oxigênio entre outros;
- Entrar ou permitir a entrada de alimentos e bebidas de qualquer natureza (exceto nos casos avaliados e autorizados pela Nutrição);
- Sentar ou deitar na cama ou no chão;
- Trazer de casa travesseiros, lençóis, cobertores e/ou roupas para o paciente;
- Entrar com aparelhos eletrônicos tais como televisão e rádio;
- Ministrando medicação ao paciente, realizar curativos e outros procedimentos;
- Permanecer com os televisores ligados após as 22:00hs;
- Circular em outras alas e enfermarias além daquelas onde o paciente está internado.

ACOMPANHANTES

Pacientes menores de 18 anos, com idade igual ou superior a 60 anos e, pessoas com necessidades especiais tem direito a 01 (um) acompanhante;

O acompanhante deve ter idade igual ou superior a (18) anos;

Por motivos de segurança, não será permitida a permanência de acompanhantes gestantes;

Respeitando as individualidades, somente será permitido acompanhante do mesmo sexo do paciente;

Horários de troca de acompanhantes:

A troca de acompanhantes fora dos horários estipulados será previamente avaliada e autorizada pelo enfermeiro supervisor;

Caso necessário, os profissionais solicitarão aos acompanhantes e/ou visitantes que aguardem no hall do andar durante a realização de procedimentos;

A autorização de permanência de acompanhantes poderá ser cancelada caso haja descumprimento das normas aqui descritas.

VISITANTES

Visitantes devem se identificar na Recepção Social e portar, em local visível, a etiqueta de identificação fornecida;

Não será permitida entrada de visitantes menores de 12 anos;

Pacientes em isolamento só podem receber visitas com acompanhamento e as devidas instruções;

As visitas podem atrasar ou ser interrompidas em decorrência da realização de procedimentos;

É permitida a visita de um representante de segmentos religiosos por vez, desde que solicitado pelo paciente e/ou seu familiar;

Ao sair do hospital, a etiqueta de identificação deverá ser devolvida;

Para segurança e adequada recuperação dos pacientes, nas enfermarias é permitido no máximo 01 (um) visitante por paciente, e nas Unidades de Terapia Intensiva no máximo 02 (dois), sendo 01 (um) por vez.

REFEIÇÕES

As refeições dos pacientes seguirão os regimes dietéticos prescritos pelo médico assistente e pela equipe de nutrição. Para maior conforto e segurança o SERVIÇO também serve refeições para acompanhantes.

As refeições serão servidas a partir dos seguintes horários:

Desjejum – 7h	Almoço – 11h30	Lanche – 14h	Jantar – 17h	Ceia – 20h
---------------	----------------	--------------	--------------	------------

SERVIÇO DE OUVIDORIA

O Serviço de Ouvidoria é um canal de comunicação entre a sociedade e o SERVIÇO e tem por objetivo a melhoria contínua na qualidade dos serviços do Hospital.

Para realizar críticas, elogios ou sugestões o acesso ao Serviço de Ouvidoria pode ser pessoalmente, por contato telefônico ou e-mail.

ALTA HOSPITALAR

A alta hospitalar será realizada e registrada no prontuário, segundo critério médico.

Pesquisa de Satisfação do Usuário

Solicitamos a gentileza de preencherem nosso questionário de avaliação da satisfação dos usuários, que lhe será oferecido na ocasião de alta hospitalar.

Manual de Informação aos Novos Colaboradores

Manual de Informação aos Novos Colaboradores

O **Manual de Informação aos Novos Colaboradores** deverá ser entregue aos mesmos quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

TEXTO SUGERIDO

APRESENTAÇÃO

Agora que você faz parte da nossa família é importante que conheça nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós.

Seja bem-vindo!

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e precisamos do trabalho em equipe com coleguismo, amizade e profissionalismo para conseguirmos atingir nossos objetivos.

Elaboramos este manual visando orientá-lo sobre nossa política da qualidade, nossos serviços, princípios, direitos, deveres e benefícios, além de orientações básicas visando o bem-estar e a integração de todos.

Esperamos que você vista nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa equipe!

POLÍTICA DE QUALIDADE

A qualidade é um processo dinâmico, de constante e exaustiva operação, que visa identificar falhas na prática, e permanentemente buscar meios para solucioná-las. A melhoria contínua da qualidade estabelece padrões, que se resulta de estudos e metas da instituição, buscando o aperfeiçoamento das atividades realizadas em âmbito hospitalar.

Nossa política de qualidade se preocupa com os custos e gastos através da execução de medidas necessárias e eficazes para atingir os padrões almejados. O trabalho e o espírito em equipe se tornam totalmente necessário para o sucesso dessa gestão.

Para convivermos melhor, respeitando o outro, é indispensável seguirmos alguns deveres e responsabilidades que visam à integração de nossa equipe, um bom funcionamento do trabalho e um atendimento mais humanizado às pessoas que necessitam de nossa atenção. Desejamos que você 'vista nossa camisa'! Pois é com muita integração que se cresce e se fortalece.

USO DO CRACHÁ

O uso do crachá de identificação funcional é obrigatório. Através dele você poderá ser facilmente identificado por colegas de trabalho, sua chefia e pacientes, melhorando o relacionamento interpessoal e evitando constrangimentos.

Em caso de perda do seu crachá, comunique imediatamente ao à Coordenação de Recursos Humanos, que providenciará a sua reposição.

Em caso de desligamento da unidade o crachá deverá ser devolvido.

REGISTRO DE FREQUÊNCIA

Através da folha de ponto ou biometria, você registrará o tempo em que está no desempenho de suas atividades profissionais.

Horas extras e adicionais devem ser solicitadas pela chefia, bem como autorizadas mediante justificativa por escrito, com as devidas assinaturas e encaminhada ao setor de pessoal para as providências cabíveis.

DIREITOS E BENEFÍCIOS

Acreditamos que os Recursos Humanos constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis em nossa instituição. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção. Nesse contexto, busca-se superar os desafios da implementação de uma Política de Atenção à Saúde com foco na qualidade e nos Recursos Humanos.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nosso intuito é contribuir com o crescimento de nossos colaboradores, assim, mantemos um programa de educação permanente onde são oferecidos: cursos, seminários, palestras, etc., para o aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal e profissional de acordo com as necessidades e aptidões de cada um.

ATESTADOS, LICENÇAS E BENEFÍCIOS

Caso necessite se afastar do serviço converse com a chefia imediata.

Nossa Coordenação de Recursos Humanos também está à disposição para lhe esclarecer de seus direitos e deveres.

SEGURANÇA E BOM FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS:

São seus deveres:

- Desempenhar suas atividades com interesse, responsabilidade e dedicação;
- Cumprir regulamentos, normas, rotinas e as técnicas em vigor em nossa instituição;
- Cumprir ordens e instruções de serviço;
- Cumprir o horário de trabalho previsto em contrato ou escala de trabalho;
- Participar das reuniões convocadas pela direção e superiores hierárquicos;
- Zelar pela manutenção e conservação de todo o material sob sua responsabilidade;
- Executar as atividades propostas pelas chefias com interesse, cooperação, participação e presteza;
- Manter conduta pessoal e profissional condizente com sua função;
- Respeitar a hierarquia, procurando manter um ambiente de harmonia;
- Atender todos os clientes da instituição, seus familiares e visitantes de maneira cordial;
- Manter o sigilo e a ética que rege a área da Saúde

Aqui é proibido:

- Tratar de assuntos particulares durante o horário de expediente;
- Comentar entre colegas ou estranhos, assuntos sigilosos da instituição;
- Introduzir visitantes por acessos não autorizados;
- Utilizar material ou equipamento da instituição para prestar serviços particulares;
- Atender vendedores, bem como efetuar qualquer tipo de venda nas dependências da instituição;
- Ingerir bebidas alcoólicas, fumar ou praticar jogos de azar no horário de trabalho e ou nas dependências da instituição;
- Ausentar-se do trabalho sem o conhecimento e consentimento da chefia imediata.

SEGURANÇA NO TRABALHO

Segurança do trabalhador

Nosso hospital entende que os resultados, para serem bons, têm que ser obtidos sem comprometimento da integridade física e mental dos seus colaboradores. O seu grande objetivo é fazer com que todos os dias, os seus servidores retornem aos seus lares com saúde.

Segurança do Paciente

Acreditamos que na prevenção de acidentes do trabalho **TODOS SOMOS RESPONSÁVEIS**.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar conta com sua colaboração para que o hospital mantenha um adequado programa de prevenção e controle de infecções.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes é formada por representantes de empregador e dos empregados que, em conjunto com o SESMT, orienta e inspeciona local de trabalho, analisando, prevenindo e tomando providências para que as condições ambientais sejam cada vez melhores.

Todo ano se realiza a SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – Trata-se de uma realização anual, promovida com o objetivo de levar informações para a prevenção de acidentes do trabalho. Ocorre através de palestras e debates com pessoas especializadas em condições ambientais e doenças ocupacionais, e assuntos outros relacionados ao bem-estar físico e psicológico dos funcionários.

MENSAGEM FINAL

Queremos que você se sinta bem por fazer parte de nossa história.

Contamos com sua cooperação, pois acreditamos em você para que possamos prestar um atendimento de qualidade.

A Coordenação de Recursos Humanos está à sua disposição para ajudá-lo no que for preciso e prestar-lhe esclarecimentos sobre eventuais dúvidas.

Sua missão como colaborador começa agora. Seu sucesso profissional depende muito de você, de seus conhecimentos, atitudes, disposição e, de sua capacidade em assumir responsabilidades.

Seja bem-vindo e Bom trabalho!

Através da Pesquisa de Satisfação dos usuários e nas diversas sugestões recebidas em nossas Caixas de Sugestões e através das entrevistas, conseguiremos identificar as “carências” e os tipos de problemas que levam os usuários a registrarem as queixas/reclamações. Isso possibilitará também o mapeamento das áreas onde ocorrem as maiores manifestações. Outro fato relevante será a participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais.

O SAU se colocará, portanto, como uma ferramenta de gerência de qualidade por meio da informação, uma forma de potencializar o processo de melhoria contínua, alimentando a empresa de dados brutos, que transformados em informações úteis, permitem melhorar a qualidade percebida pelo usuário. Dissociar os projetos de qualidade total da opinião do usuário é uma utopia, pois o verdadeiro critério da qualidade é a preferência do próprio consumidor. É explícito que a assistência se baseia na satisfação das necessidades dos clientes.

A OS - MDPF deverá implantar políticas e práticas voltadas à segurança do paciente, junto com a Administração, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A MDPF deve garantir a manutenção do Núcleo de Segurança do Paciente e elaborar o PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PSP) com base na Portaria Ministerial nº 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e RDC ANVISA nº 36/2013, na qual institui as Ações Para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

A MDPF deve estabelecer no Plano de Segurança do Paciente, estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, tais como:

- Mecanismos de identificação do paciente;
- Orientações para a higienização das mãos;
- Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde (relacionados produtos para saúde, incluindo equipamentos de saúde; produtos de higiene e cosméticos; medicamentos; saneantes);
- Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada;
- Promoção do ambiente seguro.

O Plano de Segurança do Paciente deve descrever o Processo de Gerenciamento de Riscos envolvendo: o mapeamento e identificação, a notificação e avaliação, as ações para controle e a comunicação dos riscos no serviço de saúde. Todas estas ações devem ser realizadas de forma sistemática e de forma integrada com serviços de atenção da MDPF.

O Plano de Segurança do Paciente deverá ser implantado, e implementar as atividades de educação continuada em diferentes momentos e de forma sistemática para todos os públicos da MDPF. O Plano de Segurança do Paciente deve ter como foco a manutenção e ampliação da cultura de segurança com conceitos gerais e específicos setoriais na segurança do paciente e gerenciamento de riscos, definindo: 1) Momentos; 2) Público alvo; 3) Conteúdo; 4) Formato; 5) Campanhas.

A MDPF deve calcular, analisar e manter o registro referente aos Indicadores de Segurança do Paciente previstos nas legislações vigentes ou nos manuais do Ministério da Saúde e ANVISA.

A MDPF deve construir Ficha de Indicadores contendo: nome do indicador; objetivo/conceituação do indicador; domínio; relevância; fórmula e cálculo do indicador (metodologia); explicação da fórmula; periodicidade mínima de verificação; meta/unidade; fonte de informação; coleta de dados; responsável.

3.3.1 Núcleo de Segurança do Paciente

Finalidade

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) visa prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, aumentando a segurança ao paciente e promovendo a melhoria da qualidade da assistência. Com o desenvolvimento dessas ações, serão identificados às situações e riscos existentes, os pontos frágeis da estrutura e dos processos de trabalho, as falhas ativas e latentes, assim como as oportunidades de melhoria do cuidado e prevenção de incidentes e danos desnecessários aos pacientes.

Também será possível avaliar e fornecer feedback aos gestores sobre a qualidade e segurança da assistência prestada, fomentando a tomada de decisão em prol de mudanças e melhorias nos diferentes setores de cuidado. Por fim, pretende-se obter maior conscientização dos profissionais que atuam na instituição, estimulando-os a adotar as melhores práticas para o desenvolvimento de um cuidado seguro para todos.

Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde. Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

No Brasil, recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência.

Também foram aprovados, por meio das Portarias GM/MS Nº. 1.377/2013 e GM/MS Nº. 2.095/2013, os protocolos básicos de segurança do paciente: Cirurgia Segura; Higienização das Mãos; Identificação do Paciente; Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Prevenção de Quedas e Prevenção de Úlceras por Pressão, para serem utilizados em todas as unidades de saúde do Brasil, podendo ser ajustados a cada realidade, visando instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional.

Após o lançamento do PNSP, foi instituída a RDC Nº. 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. A RDC é considerada um marco para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, pois estabelece a obrigatoriedade de criação de núcleos de segurança do paciente nos serviços de saúde – públicos e privados torna compulsória a notificação de EA e determina que os serviços de saúde que descumprirem a norma estarão sujeitos às ações sanitárias previstas em lei, incluindo a suspensão do alvará de funcionamento.

Compete ao NSP:

- I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

- III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Composição e Constituição - Membros

O Núcleo de Segurança do Paciente terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Técnico, Diretor Clínico, Médico, Diretor de Enfermagem, Farmacêutico, Fisioterapeuta e Nutricionista.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

Núcleo de Segurança do Paciente da Unidade Hospitalar

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - Considerando a RDC Nº. 36/2013 do Ministério da Saúde, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde; Considerando a RDC Nº. 63/2011 do Ministério da Saúde, que institui que o serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para segurança do paciente; Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, como: a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização; e capacidade de reagir a mudanças.

Considerando a necessidade de desenvolver estratégias e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do Paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de incidentes na atenção à saúde, fica criado na **maternidade**, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Artigo 2º - São Objetivos do NSP:

- I. Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde;
- II. Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- III. Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;
- IV. Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

- V. Gerenciamento do risco;
- VI. Propor a melhoria contínua dos processos de cuidados e do uso de tecnologias da saúde; Disseminação sistemática da cultura de segurança;
- VII. Articulação e Integração dos processos de gestão de risco;
- VIII. Garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- IX. Elaboração e implementação do Plano de Segurança do paciente;
- X. Promoção da comunicação efetiva, identificação do paciente, cirurgias seguras, higienização das mãos, prevenção de quedas e úlceras de pressão, segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos e no uso de equipamentos e materiais;
- XI. Notificação de incidentes e eventos adversos.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Artigo 3º - Compete ao Coordenador:

- I. Coordenar e supervisionar as atividades do NSP;
- II. Representar o NSP em suas relações internas e externas;
- III. Convocar e coordenar as reuniões;
- IV. Prover meios para atualização dos membros;
- V. Participar de instâncias deliberativas da instituição;
- VI. Responsabilizar-se pela elaboração e atualização, junto às coordenações, dos Protocolos específicos de atividades de segurança do paciente;
- VII. Elaborar projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;
- VIII. Realizar a gestão dos riscos;
- IX. Coordenar a elaboração do plano de segurança do paciente do hospital;
- X. Notificar os eventos adversos no NOTIVISA.

Artigo 4º - Compete aos membros executores:

- I. Elaborar e tratar de documentos: Registrar a entrada e saída de documentos; triar, conferir e distribuir documentos; verificar documentos conforme normas; classificar documentos, segundo critérios preestabelecidos; arquivar documentos conforme procedimentos;
- II. Acompanhar processo de notificação: Verificar prazos estabelecidos; distribuir, cobrar e receber notificações;
- III. Preparar relatórios, formulários e planilhas, cumprindo sempre os prazos e as normas vigentes;
- IV. Agendar compromissos do Coordenador(a) do Núcleo de Segurança do Paciente e secretariar reuniões conduzidas pelo mesmo, elaborando atas e registros de frequência;
- V. Dar suporte administrativo e técnico na área de materiais, patrimônio e logística: Controlar material de expediente; levantar a necessidade de material; requisitar materiais.

Artigo 5º - Compete aos membros consultores:

- I. Colaborar com a elaboração e atualização dos Protocolos específicos de atividades de Segurança do Paciente;
- II. Comparecer às reuniões, participando e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. Colaborar na elaboração de projetos de trabalho e planejamento de atividades anuais do NSP;
- IV. Corresponsabilizar-se pela legitimidade e regularidade das ações e decisões do NSP;
- V. Realizar as ações previstas no Regimento Interno do NSP.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 6º - O Núcleo de Segurança do Paciente estará subordinado a Direção Geral do **Hospital** e terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deve contemplar na sua constituição básica: Diretor Técnico, Diretor Clínico, Médico, Diretor de Enfermagem, Farmacêutico, Fisioterapeuta e Nutricionista.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 7º - O NSP possui as seguintes atribuições:

- I. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, e ainda propor ações preventivas e corretivas;
- IV. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente do Hospital;
- V. Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente do Hospital;
- VI. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- VII. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VIII. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde na instituição;
- IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;
- XI. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço na instituição;
- XII. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- XIII. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO VI DAS REUNIÕES

Artigo 8º - O Núcleo de Segurança do Paciente se reunirá ordinariamente uma vez por mês, e extraordinariamente sempre que necessário.

- I. Cada reunião deverá ser registrada em Livro de Atas, e assinada pelos presentes, constando às proposições apresentadas e as resoluções realizadas;
- II. As deliberações das reuniões terão validade quando tomadas por maioria simples de votos.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 9º - Das decisões:

As decisões do NSP serão tomadas pelo coordenador por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Parágrafo 1º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

Parágrafo 2º - As resoluções do NSP serão decididas com a participação da maioria simples e os assuntos tratados deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Cronograma Semestral de Atividades

Cronograma de Atividades	Segurança do Paciente					
	Meses					
	1	2	3	4	5	6
Criação do Núcleo de Segurança do paciente						
Formação da Equipe Estratégica						
Elaboração do Plano de Segurança do paciente						
Capacitação da equipe para realização de notificação de eventos adversos						
Implantação e implementação dos protocolos de segurança do paciente						
Reunião da Equipe Estratégica						
Avaliação						