

PROPOSTA TÉCNICA

SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL PARA
GERENCIAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR.
GUIDO GUIDA

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2021

PROCESSO Nº 8.566/2021

Sumário

1. TÍTULO	9
2. OBJETO	9
3. APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE	9
3.1. Qualificação Técnica	12
3.1.1. Atestados de Capacidade Técnica.....	12
3.1.2. Diretrizes Institucionais.....	12
3.2. Parcerias.....	26
3.2.1. Urgência e Emergência – Cubatão (Desde 2016).....	27
3.2.2. Urgência e Emergência – Mongaguá (Desde Abril 2020)	31
3.2.3. UBS/PSF – Laranjal Paulista (Desde 2018)	34
3.2.4. Saúde Mental/SRT – Franco da Rocha (2017), Francisco Morato (2018-2021) e Osasco (2018-2019).....	37
3.3. Estrutura Administrativa da Entidade.....	39
3.3.1. Os Dirigentes.....	39
3.3.2. Currículo Diretor Técnico	40
4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	44
4.1. História do município de Poá	44
Formação Administrativa	46
Festas Tradicionais.....	47
4.2. Perfil Demográfico.....	47
4.3. Perfil Sócio Econômico	48
4.3.1. Produção Econômica – PIB.....	49
4.3.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH	50
4.3.3. Trabalho e Rendimento	52
4.3.4. Educação	53
4.4. Saúde do Município	54
4.4.1. Nascidos Vivos.....	54
4.4.2. Longevidade e Mortalidade	56
4.4.3. Morbidade Hospitalar de Poá	57
4.4.4. Equipamentos de Saúde de Poá	58

4.4.5.	Covid-19	59
5.	INTRODUÇÃO.....	62
5.1.	Sistema único de Saúde - SUS.....	63
5.2.	Rede de Urgência e Emergência (Rue).....	66
5.3.	O papel das Unidades de Saúde - Urgência e Emergência.....	81
5.4.	Referência e Contrarreferência dos Serviços de Urgência e Emergência	85
6.	CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE – PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. GUIDO GUIDA.....	86
6.1.	Visita técnica	88
6.2.	Prestação dos Serviços.....	90
6.3.	Especialidades Médicas disponíveis 24 horas	92
6.4.	Serviços a serem realizados	92
7.	ATIVIDADE	93
7.1.	Administrativos	94
7.1.1.	Recepção.....	94
7.1.2.	Serviço de Arquivamento de Prontuário	95
7.1.3.	Plantão Administrativo	96
7.1.4.	Faturamento	96
7.1.5.	Gestão	96
7.1.5.1.	Ferramentas Gerenciais.....	98
7.1.5.2.	Monitoramento de atendimento	99
	Relatórios Gerenciais	99
	Tela no Conforto Médico.....	106
7.2.	Assistenciais	107
7.2.1.	Sala de Acolhimento/Classificação de Risco	107
7.2.2.	Sala de Urgência/Emergência	109
7.2.3.	Salas de Observação	109
7.2.4.	Acompanhante.....	112
7.2.5.	Visitas	115
7.2.6.	Posto de Medicação.....	116
7.2.7.	Sala de Inalação.....	118

7.2.8.	Sala de Curativo/Sutura	119
7.2.9.	Sala de Coleta de Exames	125
7.2.10.	Consultórios	125
7.2.11.	Posto de Enfermagem.....	128
7.3.	Serviços de Apoio	128
7.3.1.	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT	128
A.	Raios-X	130
B.	Eletrocardiograma	130
C.	Exames Laboratoriais	131
7.3.2.	Atendimento do Serviço Social	136
7.3.3.	Sangue e Hemoderivados	137
7.3.4.	Farmácia.....	137
7.3.5.	Almoxarifado.....	138
7.3.6.	Dispensação de Medicamentos, Insumos e Material Médico-Hospitalar	139
7.3.7.	Expurgo, Central de Material e Esterilização.	140
7.3.8.	Serviço de Nutrição e Dietética.....	142
7.3.9.	Serviço de Lavanderia	144
7.3.10.	Serviço de Vigilância	146
7.3.11.	Tecnologia da Informação.....	146
7.3.12.	Manutenção Predial.....	149
7.3.13.	Readequação Predial e Programação Visual.....	151
7.3.14.	Manutenção de Equipamentos Médicos e Hospitalares	151
•	Manutenção Preventiva.....	152
•	Manutenção Corretiva	152
7.3.15.	Serviço de Higiene e Limpeza.....	153
7.3.16.	Serviço de Remoção.....	153
7.4.	Organograma Proposto.....	156
7.5.	Fluxogramas	156
7.5.1.	Fluxograma Administrativo.....	156
7.5.2.	Fluxograma Médico e Enfermagem.....	158

7.5.3.	Fluxograma de Notificação Compulsória	166
7.5.4.	Rotinas, Procedimentos e Fluxogramas para Biossegurança.	170
7.6.	Protocolos.....	172
7.6.1.	Protocolos Clínicos em Urgência e Emergência.....	172
7.6.2.	Protocolo de Acolhimento:	173
7.6.3.	Abordagem inicial do paciente grave nas Unidades de Pronto Atendimento.....	174
7.6.4.	Identificação de Situações de Maior Gravidade.	175
7.6.5.	Manejo Inicial de Pacientes Potencialmente Graves.....	175
7.6.6.	Parada Cardiorrespiratória - PCR	181
7.6.7.	ECG/Bradiarritimias	185
7.6.8.	Dor Torácica	188
7.6.9.	Insuficiência respiratória aguda	196
7.6.10.	Crise hipertensiva / edema agudo de pulmão.....	200
7.6.11.	Emergências Hipertensivas	203
7.6.12.	Taquicardias	210
7.6.13.	Emergência Neurológica-AVC/ Coma/ Cefaleia.....	215
7.6.14.	Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma	221
7.6.15.	Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaleia na Unidade de Emergência	226
7.6.16.	Atendimento ao Traumatizado.....	230
7.6.17.	Contusão miocárdica	257
7.6.18.	Choque séptico	257
7.6.19.	Considerações sob Hemorragia digestiva alta	260
7.6.20.	Trauma Torácico	266
7.6.21.	Tamponamento cardíaco	271
7.6.22.	Trauma Cranioencefálico	273
7.6.23.	Abdome agudo.....	290
7.6.24.	Transporte do paciente crítico.....	299
7.6.25.	Diarreia Aguda	302
7.6.26.	Fluxograma de atendimento de pneumonia adquirida na comunidade em adultos	312
7.6.27.	Dengue	314
7.6.28.	Gripe H1N1.....	321

7.6.29.	Protocolos Pediátricos em Urgência e Emergência	334
7.6.30.	Protocolos Assistenciais de Notificação Compulsória	358
7.6.31.	Protocolo Antirrábico – Raiva Humana.....	364
7.7.	Atendimento Covid – 19.....	369
7.7.1.	Fluxo COVID-19	370
7.8.	Legislação e Normas Sanitárias – Urgência e Emergência	371
8.	RECURSOS HUMANOS	371
8.1.	Apresentação.....	371
8.2.	O conceito de competência	375
8.3.	Esferas de excelência no setor de Recursos Humanos	376
8.3.1.	Excelência na liderança.....	376
8.3.2.	Excelência nas transações.....	376
8.3.3.	Excelência nas soluções	376
8.3.4.	Excelência em talentos	377
8.3.5.	Excelência nos resultados	377
8.4.	Melhorar indicadores de RH.....	378
8.5.	Gestão de pessoas	380
8.5.1.	Comunicação como benefício da gestão de pessoas.....	381
8.5.2.	Motivadores.....	382
8.5.3.	Clima Organizacional.....	382
8.5.4.	Desenvolvimento de Liderança.....	383
8.5.5.	Gestão de Talentos	384
8.6.	Recrutamento e Seleção.....	389
8.6.1.	Recrutamento & Seleção - Processo Público	391
8.7.	Política de Recursos Humanos.....	395
8.7.1.	Regimento de Enfermagem	396
8.7.2.	Regimento Interno Institucional	413
8.8.	Controle de Ponto	423
8.9.	Avaliação do Colaborador.....	426
8.10.	Clima Organizacional.....	431
8.11.	Absenteísmo	435

8.12.	Gestão de Recursos Humanos e Educação Permanente	438
8.12.1.	Sobre a Educação Permanente e Continuada.....	438
8.12.2.	Resultados Esperados da Educação Permanente e Continuada.....	440
8.12.3.	Recursos a serem utilizados.....	447
8.12.4.	Plano anual de Educação Permanente para Urgência e Emergência	448
8.12.5.	A gestão de pessoal e a qualidade	450
8.12.6.	Qualidade no serviço: esforço de todos	453
8.12.7.	Sugestão de Temas a serem trabalhados	454
8.13.	Saúde Do Trabalhador	456
8.13.1.	Os EPI's (Equipamentos de Proteção Individual).....	456
8.13.2.	Os EPC's (Equipamentos de Proteção Coletiva).....	457
8.13.3.	PCMSO	457
8.13.4.	Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes.....	458
8.13.5.	Programa de Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador.....	459
8.13.6.	PPP - Perfil Profissiográfico Previdenciário	470
8.13.7.	Elaboração e Implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	504
8.14.	Quadro de RH.....	508
8.14.1.	Dos perfis	511
9.	QUALIDADE	520
9.1.	Política de Humanização	520
9.2.	Acolhimento com Classificação de Risco.....	525
9.3.	Comissões (Metodologia, ferramentas e cronograma de implantação).....	537
9.3.1.	Comissão de Revisão de Prontuários.....	538
9.3.2.	Comissão de Ética Médica	544
9.3.3.	Comissão de Ética de Enfermagem.....	557
9.3.4.	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	561
9.3.5.	Comissão de Óbito	562
9.3.6.	Núcleo de Segurança ao Paciente.....	568
	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	570
	PREVENÇÃO POR ÚLCERA DE PRESSÃO - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	572
10.	METAS E INDICADORES	580

10.1.	Indicadores.....	580
10.2.	Metas Quantitativas e Qualitativas	581
11.	NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	582
11.1.	Sistema de Implantação de Risco	583
11.2.	Ações Preventivas e Corretivas – Monitoramento.....	584
12.	PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	584
12.1.	Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).....	584
12.2.	Pesquisa de Satisfação ao Usuário	585
12.3.	Informação ao Usuário/Familiar.....	590
13.	PIANO DE CONTINGÊNCIA PARA UNIDADE DE SAÚDE	591
13.1.	Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde – PGRSS	592
13.1.1.	Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde.....	594
13.1.2.	Etapas Do Manejo Dos Resíduos.....	597
13.1.3.	Caracterização De Resíduos	597
13.1.4.	Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).....	599
13.1.5.	Incompatibilidade Química	606
13.1.6.	Resolução conama nº 358, de 29 de abril de 2005.....	610
13.1.7.	Fluxo interno de coleta de resíduos.....	621
14.	COMPRAS DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES, MEDICAMENTOS, SERVIÇOS E INSUMOS	665
14.1.	Logística de suprimentos	666
14.2.	Aquisições de Bens e Serviços.....	667
14.2.1.	Modelo de Regulamento de compras e contratações.....	667
15.	PROPOSTA FINANCEIRA	688
16.	ANEXOS.....	689

1. TÍTULO

Seleção de organização social para gerenciamento e operacionalização da Unidade Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida.

2. OBJETO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar subsídios para manter o atendimento de Urgência e Emergência no Município de Poá, com prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e conforme o Edital deste chamamento.

Este projeto possui cobertura para atender à demanda do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida por meio de Contrato de Gestão, através da oferta de mão de obra médica conforme estipulado no termo de referência.

3. APRESENTAÇÃO DA ENTIDADE

O Instituto Alpha de Medicina para Saúde é uma Organização da Sociedade Civil (OSC), sem fins lucrativos, capacitada para desenvolver junto a órgãos públicos e privados, projetos variados visando gerenciamento das seguintes áreas de atuação:

- Saúde
- Educação
- Esporte
- Cultura
- Meio ambiente.

Suas atividades tiveram início em 24 de agosto de 2011.

Atua em parcerias cujo foco é o alcance dos resultados e objetivos em sua integralidade, tendo como base a legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e eficiência.

Utiliza em seus Processos:



A Entidade é regulamentada pelas Leis 13.019/14, 9637/98 e demais legislações pertinentes.

SUA MISSÃO:

Promover a qualidade de vida e o bem estar social da comunidade.

VISÃO:

Ser reconhecido como agente de transformação da sociedade, através do seu modelo de gestão, excelência na qualidade do atendimento e humanização.

VALORES:

Respeito
Profissionalismo
Ética

Integridade

Empatia

O Instituto Alpha tem como premissa que todos nossos usuários são especiais, e que é nosso dever e missão proporcionar assistência humanizada, valorizando o indivíduo nas suas diferenças peculiaridades.

SEDE ADMINISTRATIVA

Infraestrutura física e tecnológica localizada na Rua Amador Bueno, nº333 - CJ. 1703, Centro, Santos /SP.

Conta com equipe qualificada nos setores, administrativo, jurídico, Recursos Humanos, Financeiro, Técnico.



A fim de acompanhar de perto a rotina, bem como as ações tomadas no que tange ao desempenho de cada Projeto, faz parte da rotina da equipe da sede, entre

outras demandas: Visitas nas unidades, reuniões semanais com as equipes gestoras de cada projeto; Acompanhamento de resultados das metas; Acompanhamento da satisfação dos usuários, desempenho dos funcionários entre outras informações essenciais para o bom funcionamento das unidades administradas pela nossa equipe.

3.1. Qualificação Técnica

3.1.1. Atestados de Capacidade Técnica

Os atestados de capacidade técnica da entidade, bem como os contratos de Gestão, seguem no anexo I desta proposta.

3.1.2. Diretrizes Institucionais

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES.

Artigo 1º - As Unidades de saúde médico/Hospitalares, geridas pela Organização Social de Saúde Alpha Instituto, seja em situações de urgência/emergência, atendimento primário à saúde e/ou demais atividades serão orientadas pelas normativas ora elaboradas, disciplinadas pelo presente Regimento Interno, pela legislação brasileira e em estrita observância aos princípios éticos e morais, e deverão funcionar de forma a disciplinar as normas e rotinas, visando à organização e o bom funcionamento dos serviços, garantindo promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a saúde da população, atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - O Instituto Alpha é responsável pela operacionalização da gestão e execução das atividades de assistência à saúde em unidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde e em estrita observância ao cumprimento integral do Contrato de Gestão firmado com ente Estadual ou entes municipais. O presente Regulamento interno voltado ao atendimento à saúde poderá ser aplicado aos funcionários dos órgãos e/ou entidades (públicas ou privadas) com os quais o Instituto venha a firmar contrato,

termo ou qualquer instrumento jurídico, ficando a critério do ente público a adoção.

Artigo 2º - Para a consecução de seus objetivos cabe ao Departamento de Saúde:

I - Prestar assistência médica;

II- Colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais;

III - Servir de referência nas áreas de Tecnovigilância e Farmacovigilância, e outros itens voltados para segurança do paciente.

Artigo 3º - As instalações, equipamentos, valores e demais recursos ou bens que lhe sejam destinados são de responsabilidade administrativa e operacional.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º. - Atendendo as determinações do CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM e em decorrência as emanadas pelo CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP que através das Resoluções 1481/97 e 134/2006 estabelecem a obrigatoriedade da elaboração dos respectivos REGIMENTOS INTERNOS e as responsabilidades dos diversos agentes que devem viabilizá-los, bem como obedecendo às normas legais que dispõem sobre o tema, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE ALPHA dentro do presente REGIMENTO INTERNO estabelece os diversos setores e ou agentes que desenvolverão suas atividades:

I Direção Técnica;

II Direção clínica;

III Gerência Administrativa;

IV Coordenador Geral;

V Coordenador Enfermagem.

Artigo 5º. - Serão constituídas ainda Comissões Permanentes como órgãos auxiliares da Unidade Hospitalar.

Parágrafo Único: As Comissões Permanentes constituídas possuem os seus respectivos

Regimentos que estabelecem as normas para o seu funcionamento e a existência das mesmas em cada unidade onde forem exigidas, conforme necessidade, perfil da unidade e previsão contratual.

Artigo 6º. - Às Comissões compete estudar os planos e situações apresentadas à sua consideração, devendo ser propostas sugestões e relatados os processos submetidos à sua apreciação.

CAPÍTULO III - DA DIREÇÃO TÉCNICA:

Artigo 7º- O Diretor Técnico é um médico contratado pela direção geral da instituição, para assessorá-la em assuntos técnicos. Ele é o principal responsável pelo exercício ético da Medicina no estabelecimento médico/instituição, não somente perante o Conselho, como também perante a Lei. O Diretor Técnico tem como incumbência, além de assegurar 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. Ademais, nos termos do artigo 28 do Decreto nº 20.931/32, a existência do cargo de Diretor Técnico é obrigatória em qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, sendo ele o principal responsável pelo funcionamento da instituição, nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 997/ 80 e, servir como interlocutor junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Artigo 8º - Compete ainda a diretoria técnica:

I - Aprovar os planos globais de ação para o atendimento à saúde;

II - Fazer cumprir o presente Regimento Interno e suas eventuais modificações; III -

Aprovar os regimentos internos do Corpo Clínico e demais prestações de serviços;

IV - Aprovar as especificações técnicas para os contratos necessários ao desenvolvimento dos serviços hospitalares;

V - Aprovar a execução de projetos eventualmente apresentados;

VI - Avaliar os relatórios de gestão e desempenho das atividades desenvolvidas;

VII - Deliberar sobre as normas de organização e de administração do

prontuário do paciente e do tratamento e utilização dos sistemas de tecnologia da informação em Saúde aplicáveis a Instituição;

VIII - Deliberar sobre a implantação, desenvolvimento e utilização de equipamentos e de tecnologia técnico-médica no âmbito da Instituição; e

IX - Prestar contas mensal e semestralmente ao Instituto.

CAPÍTULO IV - DA DIREÇÃO CLÍNICA:

Artigo 9º. - Os serviços médicos serão dirigidos por um médico do Corpo Clínico e Acumulará também o cargo de Diretor Clínico.

Artigo 10. – A escolha do Diretor Clínico se dará através de eleição e por período TRIENAL

Artigo 11. – Compete ao Diretor Clínico:

I – Reger e coordenar as atividades médicas

II – Presidir as reuniões do Corpo Clínico

III – Zelar, supervisionar e ressaltar responsabilidade profissional, ética, ordem,

disciplina e o cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia Médica

IV – Fazer executar as disposições deste Regimento Interno

V – Em conjunto com o Diretor Administrativo, fixar de acordo com os serviços médicos, os horários e funcionamento das atividades médicas

VI – Representar o Estabelecimento de Saúde em suas relações com autoridades sanitárias Municipais de Saúde, quando for convocado

VII – Comparecer as reuniões da Direção Administrativa e da Secretaria Municipal de Saúde, quando for convocado

VIII – Encaminhar ao Diretor Administrativo, as sugestões para o bom andamento do setor e pedidos de recursos humanos e materiais

IX – Zelar pelo correto e completo preenchimento do prontuário, laudos para emissão de A.I.H.S, deixando em conformidade com as exigências do SUS e outros documentos relativos aos assistidos.

X – Promover discussões de casos clínicos entre os membros do corpo clínico e equipe de enfermagem, visando melhoria assistencial.

XI – Promover e incentivar o espírito científico, de colaboração e apoio aos membros de toda equipe de saúde.

XII – Orientar os recém-contratados, integrando-os a rotina de trabalho do Estabelecimento de Saúde.

Artigo 12- Aos membros do Corpo Clínico compete realizar suas atividades conforme as diretrizes e determinações da Diretoria Técnica e Clínica.

I - O Corpo Clínico dos Estabelecimentos de Saúde serão composto de profissionais médicos, que terão as responsabilidades pela assistência médica e social aos pacientes que procurarem a instituição ou que a ela sejam encaminhadas, respeitando os princípios do SUS.

II - Assiduidade aos trabalhos

111- Cumprir corretamente as escalas de serviços

IV - Ter o comportamento rigorosamente ético

V - Encaminhar a direção às sugestões e as reclamações observadas

VI - Zelar por todos os bens móveis e imóveis da Unidade

VII - Preencher os prontuários, seja físico ou remoto, atender aos pacientes sobre sua responsabilidade.

Artigo 13. – Os Documentos exigidos para a contratação do Profissional, para compor o quadro de Corpo clínico da Unidade são:

I - Documentos comprobatórios de sua formação profissional

II - Registro no C.R.M. (Conselho Regional de Medicina) do Estado de São Paulo

III - Indicação de sua especialidade ou outra que deseje atuar, devendo constar os títulos ou provas de realização dos cursos de especialização.

CAPÍTULO V - DA GERENCIA ADMINISTRATIVA:

Artigo 14- A Gerência administrativa é responsável pelo direcionamento, controle e avaliação de todos os serviços não médicos/assistenciais desenvolvidos, incluídos os serviços de enfermagem, paramédicos, Recepção, Recursos Humanos, Contas Médicas e Suprimentos (Compras, Almoxarifado e Farmácia).

Parágrafo único: Os demais serviços como: serviços de Segurança e Portaria, Higiene e Limpeza, Lavanderia, Manutenção e Patrimônio, Tecnologia da Informação, Telefonia e Fornecimento da Alimentação, poderão ser de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Saúde a qual são representados ou diretamente pelo Contrato de Parceria Público-Privada (PPP), estando sob a supervisão da Gerência Geral e Diretoria Administrativa.

Artigo 15. - Os serviços de Laboratório de Análises Clínicas e Radiologia serão supervisionados pela Diretoria Técnica e ou Órgão Público.

Artigo 16. - Compete ainda a Gerencia Administrativa:

I - Planejar, programar, coordenar e acompanhar as atividades a serem cumpridas no atendimento à saúde;

II - Cumprir e fazer cumprir as normas e instruções específicas do estabelecimento de Saúde em execução, bem como as legislações aplicáveis e expedir ordens e instruções de serviços;

III - Liderar e Comparecer às reuniões de Diretoria na qualidade de elemento esclarecedor dos assuntos relacionados às questões administrativas;

IV - Assinar a documentação referente aos Estabelecimentos de Saúde

V - Desenvolver tarefas correlatas necessárias ao desenvolvimento do estabelecimento de saúde como órgão didático, científico (RESIDÊNCIA MÉDICA) e de assistência médico-social.

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 a 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 a autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos; e
- XIII – Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.
- XIV- Manter cadastro das pessoas jurídicas cadastradas.

CAPÍTULO VI - DA COORDENAÇÃO GERAL:

Artigo 17. Compete a Coordenação Geral: A Coordenação Geral compreende a Coordenação das Equipes Administrativas e Operacionais.

- I - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno;
- II - Supervisionar e Coordenar as atividades que lhe são subordinadas;
- III - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- IV - Assegurar condições dignas de trabalho;
- V - Definir, organizar, supervisionar e avaliar as atividades operacionais das unidades;
- VI - Garantir que o prontuário de cada paciente seja arquivado de maneira adequada;
- VII- Planejar as ações para atingir os propósitos;
- VIII - Solucionar eventuais problemas de ordem legal;
- IX - Assegurar que as informações necessárias fluam para a equipe de trabalho;
- X - Zelar e ressaltar, na equipe de trabalho, o sentimento de responsabilidade profissional;
- XI - Desenvolver o espírito de crítica científica;

- XII - Elaborar o Regimento específico de cada área administrativa e operacional sob sua subordinação e divulgá-lo, para que sejam cumpridos com o necessário rigor;
- XIII - Encaminhar as informações de caráter legal ao Setor Jurídico do Instituto Alpha;
- XIV - Participar das reuniões da Diretoria, quando convocada;
- XV - Levar à Diretoria as questões que, por motivo de complexidade, dificuldade ou responsabilidade, necessitem do parecer de uma instância superior;
- XVI - Fiscalizar a organização de cada Departamento ou Serviço sob sua subordinação;
- XVII - Promover reuniões com as lideranças dos setores subordinados para harmonizar os interesses das diferentes áreas.
- XVIII - Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades;
- XIX - Administrar o fluxo do atendimento e propor incorporações de novas ações desde que dentro das limitações orçamentárias;
- XX- Examinar projetos e propostas feitos pelos diversos setores para avaliar a sua real necessidade;
- XXI - Desenvolver plano de trabalho integrado com as demais áreas;
- XXII - Manter arquivo de toda documentação comprobatória dos serviços contratados;

CAPÍTULO VII - DA COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Artigo 18.- A Coordenação de Enfermagem compreende a Coordenação das Equipes de Enfermagem e do serviço de enfermagem.

Parágrafo único: Os serviços da Central de Esterilização de Materiais deverão respeitar as diretrizes e protocolos seja de responsabilidade do Órgão Público ou privado, estando sob a supervisão da Gerência de Enfermagem e Diretoria Administrativa.

- I - Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno;
- II - Supervisionar e Coordenar as atividades que lhe são subordinadas;
- III - Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- IV - Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática de enfermagem;

- V - Definir, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência de enfermagem aos pacientes;
- VI - Descrever o histórico, exame físico, diagnóstico e a prescrição de enfermagem dos pacientes atendidos;
- VII - Garantir que o prontuário de cada paciente seja preenchido de forma clara e objetiva seja físico ou remoto;
- VIII - Registrar em prontuário ou remoto a prescrição de enfermagem e sua evolução;
- IX - Planejar as ações para atingir os propósitos;
- X - Solucionar eventuais problemas de ordem legal;
- XI - Assegurar que as informações necessárias fluam para a equipe de trabalho;
- XII - Prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética de Enfermagem;
- XIII - Zelar e ressaltar, na equipe de trabalho, o sentimento de responsabilidade profissional;
- XIV - Desenvolver o espírito de crítica científica;
- XV - Elaborar o Regimento específico de cada área assistencial sob sua subordinação e divulgá-lo, para que sejam cumpridos com o necessário rigor;
- XVI - Disciplinar a liberação de informações ao público em relação aos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes, consultando, se necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem;
- XVII - Encaminhar as informações de caráter legal ao Setor Jurídico do Instituto Alpha;
- XVIII - Participar das reuniões da Diretoria direção, quando convocada;
- XIX - Levar à Diretoria as questões que, por motivo de complexidade, dificuldade ou responsabilidade, necessitem do parecer de uma instância superior;
- XX - Manter atualização constante em relação às atividades científicas desenvolvidas dentro da Instituição e submetê-las, sempre que necessário, à avaliação da Comissão de Ética de Enfermagem;
- XXI - Fiscalizar a atuação profissional sob sua subordinação, de modo a coibir eventuais transgressões éticas ou técnicas;
- XXII - Fiscalizar a organização de cada Departamento ou Serviço sob sua subordinação;

- XXIII - Promover reuniões com as lideranças dos setores subordinados para harmonizar os interesses das diferentes áreas.
- XXIV - Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de enfermagem;
- XXV - Administrar o fluxo do atendimento e propor incorporações de novas ações desde que dentro das limitações orçamentárias;
- XXVI- Examinar projetos e propostas feitos pelos diversos setores para avaliar a sua real necessidade;
- XXVII - Desenvolver plano de trabalho integrado com as demais áreas;
- XXVIII - Manter arquivo de toda documentação comprobatória dos serviços contratados;
- XXIX- Quando solicitado, emitir pareceres sobre a dinâmica do atendimento;

Artigo 19.- Ao Serviço de Enfermagem compete:

- I - Acolher os pacientes em situação de emergência e realizar a classificação de risco, atendendo as orientações da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS;
- II - Ministrando os primeiros cuidados, conforme a classificação de risco;
- III - Executar prescrições médicas e tratamentos;
- IV - Manter o material, equipamento e medicamentos de emergência com estoque suficiente e em condições que possibilitem uso imediato; e
- V - Registrar as atividades realizadas.

Artigo 20. – Podem ainda compor as unidades de saúde geridas pelo Instituto, conforme disposições legais da localidade onde está instalada, e ou provenientes de outros órgãos, e ainda de acordo com os critérios de necessidade e viabilidade, além do já estipulado, os seguintes serviços e departamentos:

Artigo 21.- Serviço de Atendimento ao Usuário, a quem compete:

- I - Estreitar a relação entre os usuários do Estabelecimento de Saúde, a Instituição e os profissionais de saúde;
- II - Propiciar maior aproximação entre os usuários e a Instituição;

- III - Contribuir para salvaguardar os direitos e interesses dos usuários internos e externos, atuando com autonomia para apurar questões que lhes forem apresentadas;
- IV - Acolher os usuários com respeito, ouvindo seus relatos, analisando e avaliando a procedência das reclamações e sugestões, além de, quando possível e dentro de sua competência, procurar solucionar de imediato as questões trazidas;
- V - Garantir o princípio da dignidade das pessoas e de seus direitos como cidadãos, permitindo dessa forma consolidar a confiabilidade dos que procuram a assistência do Serviço de Atenção ao Usuário;
- VI - Zelar pela memória dos fatos registrados, providenciando o arquivamento dos casos concluídos de forma sigilosa e adequada;
- VII - Fornecer à Diretoria Administrativa do Estabelecimento de Saúde, relatórios mensais de demandas, encaminhamentos, reclamações e sugestões; e
- VIII - Sugerir medidas técnicas e administrativas preventivas.

Artigo 22.- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, a quem compete:

- I - manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções adequado às características e necessidades da Instituição para fins de atender a legislação vigente.

Artigo 23.- Serviço de Qualidade, a quem compete:

- I - promover a melhoria da qualidade dos serviços e do atendimento, por meio da coordenação e execução de ações específicas para este fim.

Artigo 24.- Serviço de Contas Médicas, a quem compete:

- I - Supervisionar, coordenar e elaborar todo tipo de fatura do SUS, apresentando-as dentro dos prazos estabelecidos;
- II - Conferir a exatidão dos prontuários, como prescrições, evoluções, exames complementares e terapias;
- III - Informar o corpo clínico e técnico-administrativo sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo assim para a melhoria do sistema de faturamento;

IV - Elaborar relatórios de atividades, encaminhando-os à chefia imediata para apreciação.

Artigo 25.- Departamento de Recursos Humanos, a quem compete:

- I - Realizar ações de incentivo do corpo diretivo e funcional, promovendo a satisfação e manutenção dos recursos humanos;
- II - Planejar e executar medidas que visem a manter o quadro de pessoal em condições normais de saúde;
- III - Integrar física e mentalmente os profissionais em suas funções;
- IV - Implantar e aplicar a legislação, rotinas e procedimentos referentes à administração de pessoal, medicina e segurança do trabalho;
- V - Realizar programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal;
- VI - Desenvolver e manter um programa de comunicação interna com os funcionários;
- VII - Recrutar e selecionar novos funcionários;
- VIII - Lavrar documentos;
- IX - Prestar informações sobre a situação funcional dos funcionários.

Artigo 26- Departamento de Serviço Social, a quem compete:

- I - Prestar orientação social aos pacientes e familiares;
- II - Realizar atendimento individualizado, utilizando como instrumentos a entrevista e o parecer social;
- III - Registrar em prontuário a história e o parecer social;
- IV - Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos), CRAS, entre outras;
- V - Implantar programa de esclarecimentos e desenvolver trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar;

- VI - Manter articulação com instituições e movimentos sociais;
- VII - Desenvolver pesquisas, projetos e programas sociais;
- VIII - Elaborar, coordenar e realizar palestras, congressos, seminários e cursos voltados aos profissionais e usuários; e
- IX - Apoiar a emissão das certidões de nascimentos das crianças eventualmente nascidas na Instituição.

CAPÍTULO VIII – DOS PACIENTES

Artigo 27. – Com relação aos pacientes que se encontrarem no serviço de emergência, estes somente permanecerão nesse serviço, o tempo necessário ao recebimento dos primeiros socorros, devendo ser referidos, ao serviço ambulatorial, ao setor de informação ou outra unidade de referência, de acordo com as necessidades clínicas.

Artigo 28. - Os prontuários médicos e os documentos relacionados com a assistência dos pacientes, serão arquivados no arquivo médico e na nuvem do sistema CM de PRÓ.

Artigo 29. – Os prontuários são de propriedade do Estabelecimento de Saúde e não poderão ser retirados, salvo quando preenchidos os requisitos legais, além das medidas administrativas para tanto.

CAPÍTULO IX - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 30. - Os pacientes e seus familiares egressos no Estabelecimento de Saúde devem submeter-se às Normas da Instituição quanto às medidas de orientação, aos horários de refeição, acesso, controle de visita e acompanhante e demais normas que se façam necessárias.

Artigo 31. - Todo o pessoal que trabalhar ou exercer atividades profissionais dentro do

Estabelecimento de Saúde, com exceção dos prestadores de serviços, ficará subordinado ao presente Regimento, devendo:

- I - Cumprir o horário de trabalho, bem como as escalas de serviço aprovadas;
- II - Manter-se em seu local de trabalho, somente se ausentando por motivo de serviço devidamente autorizado ou em casos de notória necessidade;
- III - Executar os trabalhos determinados pelos seus superiores imediatos com zelo e eficiência;
- IV - Tratar com civilidade os colegas de serviço, os pacientes e demais pessoas que estiverem no Estabelecimento de Saúde;
- V - Respeitar e acatar as ordens superiores e cumprir as normas e legislações cabíveis.

Artigo 32. -O presente Regimento Interno poderá ser modificado, em todo ou em parte, em reunião convocado especialmente para este fim, que o alterará por maioria simples presente e que fixará procedimentos regimentais e anexará imediatamente a este RI.

Artigo 33. -Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela direção técnica juntamente com a gerência administrativa.

Artigo 34. - Revogam-se as disposições em contrário.

Santos, 21 de maio de 2018.

3.2. Parcerias

Todos os municípios que temos firmados Contratos de Gestão ou Termos de Colaboração são acompanhados pela nossa equipe em subsedes (escritórios administrativos locais, muitas vezes, dentro das unidades sob gestão do Instituto) equipados com todo o suporte físico e tecnológico que comporta a execução dos projetos com êxito.

A instituição pode atuar na prestação de serviços com instituições públicas e

privadas na elaboração, acompanhamento e gestão de projetos na área de Saúde: UPA, PSF, UBS, CAPS, Pronto Socorro/Atendimento, SAMU, entre outros. Estas parcerias estão devidamente corroboradas pelos atestados de capacidade técnica constantes do anexo desta Proposta.

Através de parcerias o Instituto vem realizando diversos projetos visando garantir a plena cidadania, defendendo a saúde e a vida, preenchendo um espaço técnico de apoio e realização de ações em conjunto com as Secretarias de Saúde, trabalhando ombro a ombro na construção do sistema de saúde preciso e necessário ao cidadão.

A experiência profissional dos nossos dirigentes e consultores que atuam na gestão de sistemas de saúde, fez com que o Instituto Alpha fosse criado com uma proposta que o diferencia e o torna efetivamente um parceiro na implementação de políticas e ações de saúde.

Resumidamente apresentamos abaixo alguns dos projetos que estão sendo executados pela entidade:

3.2.1. Urgência e Emergência – Cubatão (Desde 2016)

O Instituto Alpha desenvolve a gestão das Unidades de Urgência e Emergência do Pronto Socorro Central “Guiomar Ferreira Roebbelen”, do Pronto Socorro Infantil “Enf. Joaquim Nogueira” e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192.

Sua responsabilidade se reflete nos indicadores de saúde, na organização e tamanho da demanda de média e alta complexidade.

Contamos com:

- Equipe multiprofissional nas Unidades atendidas;
- Contratação de equipe assistencial por processo seletivo.
- Equipe médica nas especialidades:

- Clínico Geral
- Ortopedista
- Pediatra
- Cirurgião geral
- Cirurgião Plástico
- Semi intensivista;
- Emergencista
- Regulador – Samu;
- Socorrista – Samu;
- Ambulâncias novas e equipadas;

Contamos com ambulâncias novas, equipadas e com equipe qualificada apta a atender os diversos chamados de urgência do Município.

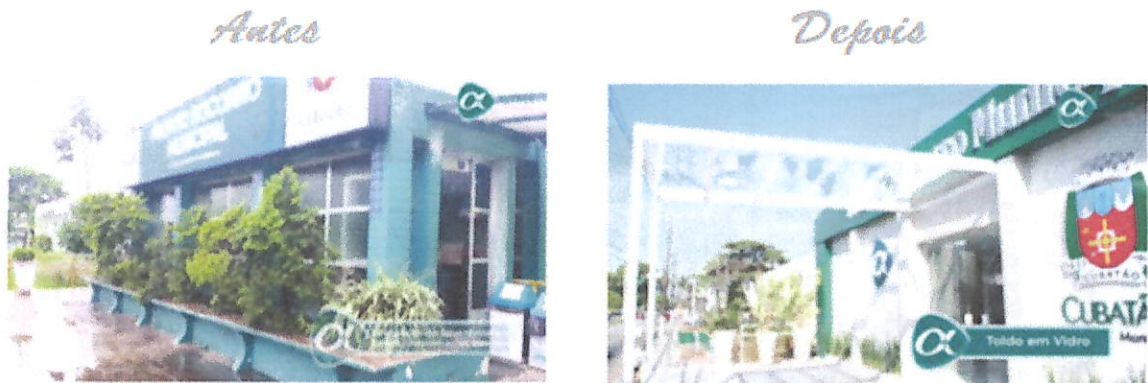


- Serviço de acolhimento e classificação de risco;
- Capacitação e treinamento da equipe;
- Ambientes climatizados e harmônicos;
- Infraestrutura tecnológica;
- Equipe de manutenção e suporte do sistema de atendimento;
- Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa “in loco”.
- Sistema eletrônico em tempo real - “online”:
 - ✓ Controle Assíduo e constante no atendimento aos usuários;
 - ✓ Suporte com equipe de Tecnologia 24 horas de plantão;
 - ✓ Demanda (quantidade de pacientes na fila de espera em cada especialidade);
 - ✓ Tempo de espera;

MY

- ✓ Escala de profissionais;
 - ✓ Localização do paciente;
 - ✓ Relatórios Gerenciais que permitem maior controle e economicidade com ações tomadas a partir de informações geradas na plataforma.
 - ✓ Quantidade de atendimentos por especialidade;
 - ✓ Quantidade de atendimentos de municípios vizinhos;
 - ✓ Tempo médio de espera;
 - ✓ Relatórios CID 10 (por bairro, por CID);
 - ✓ Pacientes demandantes (diariamente na unidade);
 - ✓ Solicitações diagnósticas (exames solicitados);
 - ✓ Produtividade do Profissional;
 - ✓ Análise de demanda quantitativa por período (maior movimento)
 - ✓ Pesquisa de satisfação do Usuário;
- Ambiente acolhedor

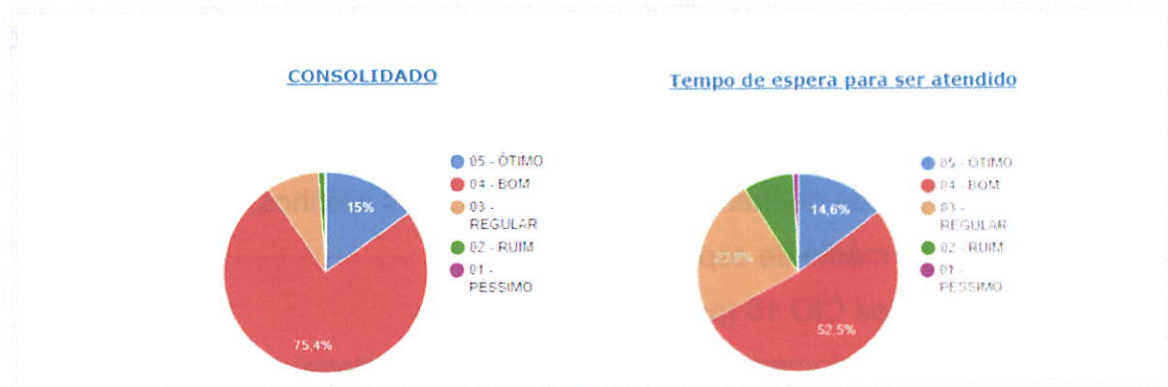
Pensando no conforto dos Usuários, o Instituto realizou readequação na Unidade do Pronto Socorro Central, tornando o ambiente harmonizado, climatizado e acolhedor.



- Satisfação do usuário

Atendimento com média de 90% de satisfação dos usuários devido ao excelente serviço prestado à população.

Pesquisa de Satisfação do Usuário



- Capacitações e Educação Permanente.

São realizadas frequentemente reuniões com as equipes a fim de manter a educação permanente nas unidades. As reuniões ocorrem em todos os plantões para garantir que todos os colaboradores participem e se mantenham atualizados.

São oferecidos cursos de capacitação para equipe assistencial das Unidades. Os cursos são ocorrem em diferentes datas garantindo a participação dos colaboradores envolvidos na assistência direta ao paciente.



- Participação com os órgãos municipais de Saúde

Efetiva participação em reuniões com diferentes órgãos que compõem a saúde do município, a fim de alinhar fluxos e processos que melhorem o atendimento ao usuário dos serviços de saúde no Município.



3.2.2. Urgência e Emergência – Mongaguá (Desde Abril 2020)

O Instituto Alpha assumiu a escala médica da Upa Agenor de Campos e a gestão do Pronto Socorro Vera Cruz desde abril de 2020, passando por uma readequação e iniciando suas atividades em 06 de junho.

Responsabilizamo-nos em prestar um serviço de qualidade, acolhimento e humanização aos munícipes usuários do SUS.

Nossos serviços contam com:

- Equipe multiprofissional;
- Contratação de equipe assistencial por processo seletivo.
- Equipe médica: Emergencista e Ortopedia/ Traumatologia;
- Serviço de acolhimento e classificação de risco;
- Ambientes climatizados e harmônicos;
- Infraestrutura tecnológica;
- Equipe de manutenção e suporte do sistema de atendimento;
- Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa “in loco”.
- Sistema eletrônico em tempo real - “online”:
 - ✓ Controle Assíduo e constante no atendimento aos usuários;
 - ✓ Suporte com equipe de Tecnologia 24 horas de plantão;
 - ✓ Demanda (quantidade de pacientes na fila de espera em cada especialidade);
 - ✓ Tempo de espera;
 - ✓ Escala de profissionais;
 - ✓ Localização do paciente;
 - ✓ Relatórios Gerenciais que permitem maior controle e economicidade com ações tomadas a partir de informações geradas na plataforma.
 - ✓ Quantidade de atendimentos por especialidade;
 - ✓ Quantidade de atendimentos de municípios vizinhos;

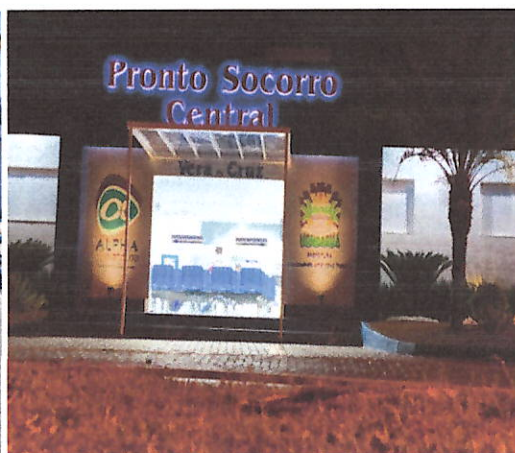
- ✓ Tempo médio de espera;
- ✓ Relatórios CID 10 (por bairro, por CID);
- ✓ Pacientes demandantes (diariamente na unidade);
- ✓ Solicitações diagnósticas (exames solicitados);
- ✓ Produtividade do Profissional;
- ✓ Análise de demanda quantitativa por período (maior movimento)
- ✓ Pesquisa de satisfação do Usuário;

- Ambiente acolhedor

ANTES



DEPOIS



- Participação com os órgãos municipais de Saúde

Efetiva participação em reuniões com diferentes órgãos que compõem a saúde do município, a fim de alinhar fluxos e processos que melhorem o atendimento ao usuário dos serviços de saúde no Município.

- ✓ Atendimento Eletrônico (Sistema de informação em tempo real) + Relatório analítico de toda demanda;
- ✓ Pesquisa de Satisfação (Acolhimento);
- ✓ Classificação de Risco;
- ✓ Atendimento Clínico de Urgência;

M

- ✓ Atendimento de Emergência (Até 3 leitos + flutuantes);
- ✓ Leitos de observação (Até 3 leitos - com acompanhantes (Se necessário ou obrigatório - IDOSO OU DEPENDENTES);
- ✓ Leito de Isolamento;
- ✓ Procedimentos (Sala para pequenos procedimentos (Sutura, curativo etc.);
- ✓ SADT (Raios-X digital, Eletrocardiograma, Exames Laboratoriais de Urgência e Emergência);
- ✓ Farmácia para dispensação interna (Medicação e administração) - Sistema Interno;



- ✓ Soroterapia e Inalação / Nebulização;
- ✓ Sala de medicação;
- ✓ Ambiente para decompressão dos colaboradores (Conforto com capa, vestuário);
- ✓ Serviços de Lavanderia, CMF e nutrição hospitalar;
- ✓ Sala de acolhimento para casos de óbito e demais situações pertinentes;
- ✓ Ações de prevenção (Através de folders e no sistema de TV na recepção);
- ✓ Reuniões semanais com equipe Alpha (Coordenação);

- ✓ Reuniões mensais com Enfermagem;
- ✓ Reuniões mensais com demais equipes;
- ✓ Contração do PCD - Plano de Contrato de Portador de Deficiência;
- ✓ Educação Permanente e Continuada;



- ✓ Reunião com departamentos de Saúde Municipal para desenvolver atividades em parceria;
- ✓ Reunião com departamentos de saúde para alinhamento de fluxos de atendimento (Ex. Pacientes mais demandantes e unidades de referências, AIDS mais demandantes);
- ✓ Fluxos para atendimentos;
- ✓ Protocolos a ser definido conforme grupos de atendimentos (Urgência e emergência);
- ✓ Sistema eletrônico para equipe de colaboradores ao acesso interno ;
- ✓ Totem de senha;
- ✓ Totem de álcool;
- ✓ Visitas constantes (Semanal) Coordenação Técnica.

3.2.3. UBS/PSF – Laranjal Paulista (Desde 2018)

Projeto de gestão de serviços nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de

Saúde da Família no município de Laranjal Paulista, com atendimento especializado a fim de suprir às demandas estabelecidas em cada unidade.

Estratégia de Saúde da Família, onde os Agentes de Saúde visitam as residências, e avaliam os pontos necessários, trazendo para a Unidade as necessidades dos pacientes de cada residência.

Contamos com:

- Equipe médica nas especialidades:

- Clínico Geral
- Médico da Família
- Pediatra
- Ginecologista e Obstetra
- Equipe de Enfermagem
- Agentes de Saúde

- Recepção

Atendimentos de Fisioterapia e Atendimento de Fisioterapia Domiciliar, além dos atendimentos que acontecem nas Unidades de Saúde, também são realizados atendimentos domiciliares, aos pacientes acamados.

- Infraestrutura tecnológica

Sistema informatizado “online” implantado pela instituição, que conta com prontuário eletrônico, chamada via painel e fácil manuseio. Assim melhorando todo o processo que abrange os atendimentos nas Unidades;

Controle de Insumos, o sistema permite controlar os insumos utilizados nas Unidades e dos insumos entregues aos pacientes, gerando economia ao município.

- Treinamento da equipe para atendimento;

Atendimento dos Grupos de Risco, acompanhamento dos grupos de Hipertensos, Diabéticos, Gestantes, Crianças e Idosos, abordando os temas atuais, auxiliando nas

dúvidas e maneiras corretas de tratamento, orientações de utilização dos medicamentos.

- Subsede

Equipe gestora sediada em um escritório administrativo no município, cuja rotina diária nas unidades a fim de acompanhar todas as demandas “in loco”.

- Campanhas

Campanhas e palestras com a participação da população a fim de trazer o maior número de pacientes para prevenção, conscientizando-os sobre o cuidado à Saúde.



Palestras sobre obesidade Infantil nas Unidades



Evento Outubro Rosa com funcionários da indústria local



Capacitação de Colaboradores

- Calendário de Saúde

"As campanhas estimulam o cuidado preventivo de doenças. Tratar uma

enfermidade tem um custo muito maior do que as ações para evitá-la".

Em conjunto com a Secretaria de Saúde do município de Laranjal Paulista, O instituto também participa mensalmente de campanhas de prevenção de doenças que vão desde folders informativos a palestras e até mesmo campanhas de atendimento em conjunto com outros equipamentos de saúde local a fim de prevenir e conscientizar a população quanto a doenças que podem ser evitadas ou minimizadas. Ex.: Novembro azul, Outubro rosa, entre outros.

3.2.4. Saúde Mental/SRT – Franco da Rocha (2017), Francisco Morato (2018-2021) e Osasco (2018-2019)

Nestes municípios, desenvolvemos projetos em Residências Terapêuticas Tipo II, por meio de Contrato de Gestão para recebimento de pacientes com transtornos mentais, a fim de integrá-los ao convívio social, mediante cuidados terapêuticos.

São realizadas oficinas, palestras e outras atividades pertinentes ao objeto contratual.

Contamos com:

- Equipe de enfermagem nas residências terapêuticas;
 - Cuidadores para o atendimento aos moradores;
 - Veículos para o transporte de moradores (Projetos de Osasco e Franco da Rocha);
 - Elaboração e aplicação de oficinas para reintegrar o portador de transtorno mental à sociedade;
 - Algumas atividades desenvolvidas:
- ✓ Atividades de pintura junto ao CAPS - Promovendo e reconhecendo as habilidades e criatividade;



✓ Inserção nas Políticas Públicas do Território



Compras Supermercado



Atividades ao Ar livre

✓ Participação na Luta antimanicomial



✓ Oficinas

M



Corte de cabelos



Oficina de Costura



3.3. Estrutura Administrativa da Entidade

O Instituto Alpha possui corpo diretivo altamente qualificado que atuará na gestão direta para o desenvolvimento das atividades na Unidade de atendimento sob sua gestão.

3.3.1. Os Dirigentes

Diretor Presidente – Adriana Coluci da Costa Marques

Diretor Técnico – Dr. Hélio da Costa Marques

Diretor Financeiro – Ana Carolina Rizzo

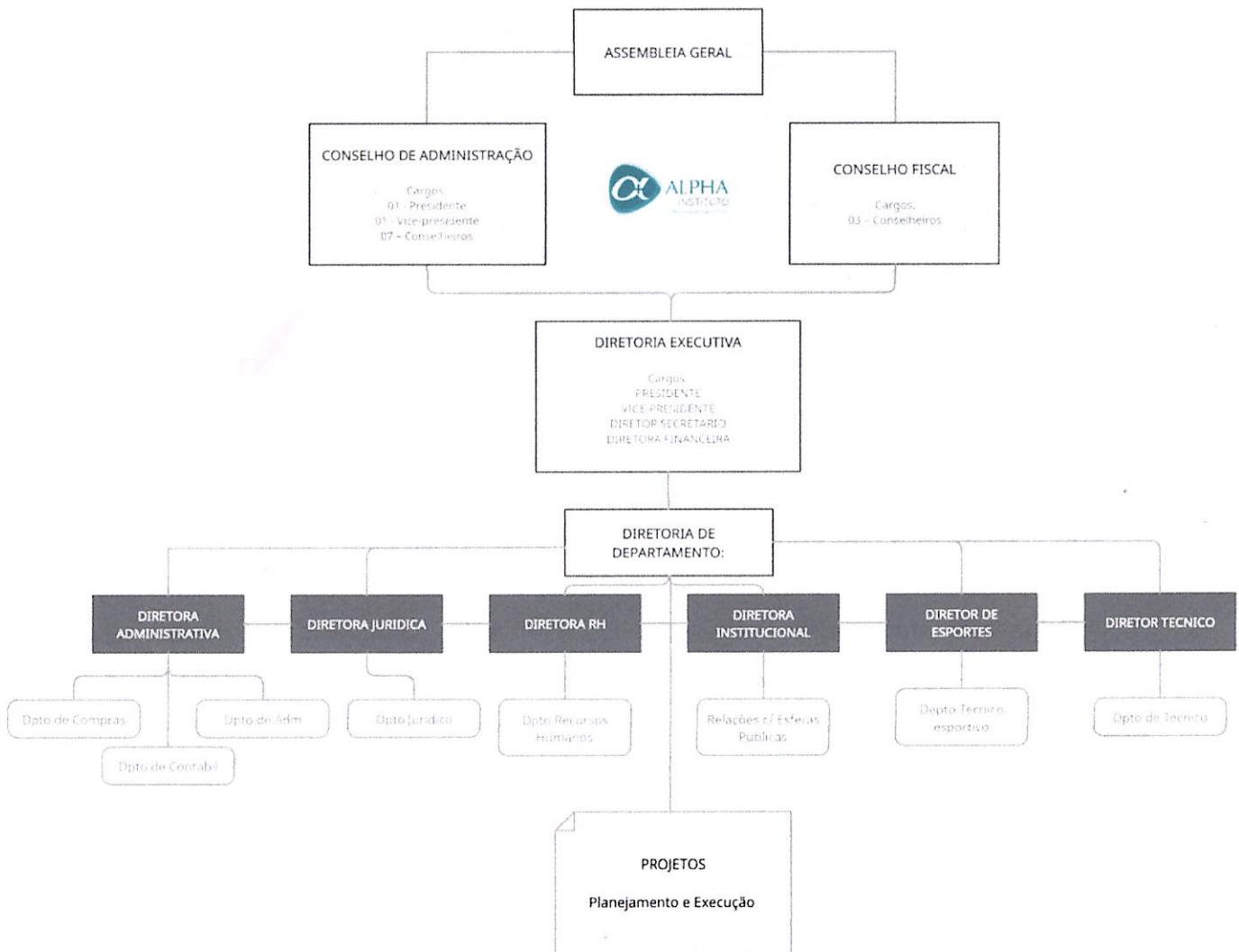
Diretor Secretário – José Eduardo Barboza Elias

Diretor Administrativo – Maria Dalvanir Nunes

Diretor Jurídico – Tielle Menezes Darros

Diretor de RH – Neide Maria Conceição

Diretor Institucional – Barbara Braw de Jesus Marques



Havendo necessidade, poderá haver inclusão/criação de outros cargos na diretoria de departamento para o projeto em questão. Ficando a critério da Entidade tal tomada de decisão, visto que não honerará o cronograma financeiro estipulado para esta rubrica.

3.3.2. Currículo Diretor Técnico

Apresentamos a seguir a qualificação do Diretor Técnico do Instituto. Segue



documentos comprobatórios no anexo III desta proposta.

Hélio da Costa Marques

Av. Eng. Saturnino de Brito, 242 Apto. 307 – Pq. Prainha – São Vicente/SP

CEP 11.325-010

DADOS PESSOAIS

Médico, Brasileiro, Divorciado, Natural de Bauru/SP,

Nascido em 04 de maio de 1941

Filiação: José da Costa Marques e Augusta da Costa Marques

RG 1.574.963-0

FORMAÇÃO

- Curso Primário - Grupo Escolar Barão do Rio Branco, (Santos/SP)
- Ginásio e Científico - Colégio Santista, (Santos/SP)
- Curso Superior - Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu - UNESP, (Botucatu/SP).
- Residência Médica em Cirurgia Geral - Hospital Ana Costa, (Santos/SP)

ATIVIDADES PROFISSIONAIS EXERCIDAS

Médico

- Cirurgião credenciado INPS (Cód. 7) e Unimed de Santos, (Santos/SP)
- Médico em 10 Unidades Básicas de Saúde – UBS, (São Vicente/SP)
- Médico em Prontos Socorros de:

- São Vicente, Santos, Praia Grande e Mongaguá.
- Cirurgia Geral de Emergência nos Hospitais:
 - Hospital São José / Santa Casa de São Vicente, (São Vicente/SP)
 - Hospital dos Estivadores de Santos, (Santos/SP), entre outros.

ADMINISTRAÇÃO MÉDICA

Diretor Clínico

- Hospital São José, (Jandaia do Sul/PR)
- Hospital Geraldo Francisco Miqueletti/ Hospital Rural, (Mandaguari/PR)
- Casa de Saúde Anglo-Americana, (Santos/SP)
- Hospital São José / Santa Casa de São Vicente, (São Vicente/SP)

Diretor Técnico

- Hospitais dos Estivadores de Santos, (Santos/SP)
- Hospital São José / Santa Casa de São Vicente, (São Vicente/SP)

Diretor Executivo

- Hospital dos Estivadores de Santos, (Santos/SP)

Chefias Médicas

- Chefe do Pronto Socorro Central de São Vicente, (São Vicente/SP)
- Chefe do Departamento de Cirurgia do Hospital São José, (São Vicente/SP)
- Chefe do Pronto Socorro Central de Praia Grande, (Praia Grande/SP)

Diretorias Médicas

- Diretor do Departamento de Ambulatórios da Secretaria de Saúde de São Vicente, (São Vicente/SP)
- Diretor da Unimed de Santos, (Santos/SP)
- Diretor do Sindicato de Médicos de Santos, São Vicente, Praia Grande e Cubatão.

Associações Médicas

- Presidente e Fundador das Associações Médicas de: Mandaguari/PR e São Vicente/SP.

Médico Revisor - INAMPS Rural e Urbano para os Municípios de:

Mandaguari, Jandaia do Sul, São Pedro do Ivaí, Bom Sucesso, Kaloré, Borrasópolis, no Estado do Paraná.

Responsável Técnico

- Clínica Total Saúde, (São Vicente/SP)

Superintendência

- Caixa de Saúde e Pecúlio dos Funcionários Públicos Municipais de São Vicente, (São Vicente/SP).

OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS

- Clínica Total Saúde, (São Vicente/SP)
- Ambulatório médico do Sindicato dos Trabalhadores em Edifícios e Condomínios de São Vicente - STECSV, (São Vicente/SP)
- Saúde Clínica, Ocupacional e Segurança do Trabalho - MedSeg, (São Vicente/SP)
- Médico e Responsável Técnico da Instituição de Assistência aos Idosos - Residencial Casablanca (4 Unidades), (São Vicente/SP)
- Diretor Médico da Empresa Med In Gestão – MedIn, (São Paulo/SP)
- Instituto Alpha de Medicina para Saúde – Responsável Técnico.

4. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



Brasão de Poá/SP

4.1. História do município de Poá

A história de Poá começa em 1.621, com a formação de um povoado em terras missionárias carmelitas.

Sendo cortada pela Estrada São Paulo – Rio (atual SP-66), Poá, chamada de “Apoá” na época, era distrito do município Mogi das Cruzes; um local pouco povoado e ponto de parada de tropeiros e outros viajantes.

Entre os viajantes, o imperador Dom Pedro I. Outros viajantes que passaram por Poá na época, relataram haver “em torno de Mogy – Mogi das Cruzes –, certo surto agrícola e que, contudo, entorpecera naquele momento, por falta de braços causada pela partida das milícias paulistas para a Cisplatina e pela fuga de muitos homens de condição humilde, receosos de recrutamento”.

Em 1877, os poucos moradores da região reivindicavam a construção de uma estação de trem entre as estações Lageado (atual Guaianases) e Mogi das Cruzes.

Por se próxima a Itaquaquetuba, Arujá e Santa Isabel, a construção da estação foi aprovada e serviu inicialmente para escoar a produção agrícola da região à Capital.

Da mesma forma como em outras cidades, a estação de trem foi fundamental para o crescimento populacional e econômico de Poá.

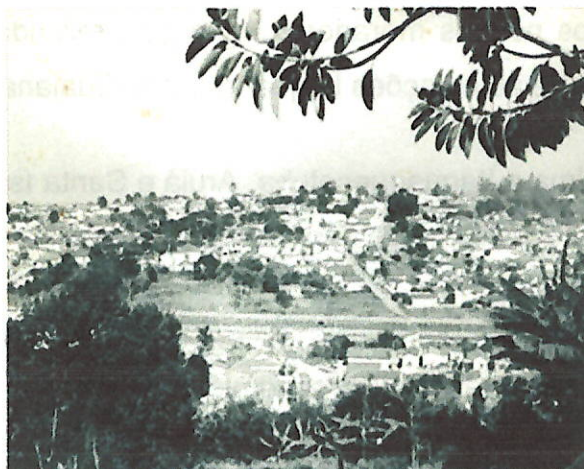
Sete dias depois da Proclamação da República, o Governo Provisório modificou o nome da linha férrea de Estrada de Ferro Dom Pedro I para Estrada de Ferro Central do Brasil. Por meio de um decreto federal, foi autorizado e feito o ajuste de bitola para a incorporação da estrada de ferro São Paulo – Rio de Janeiro à EFCB.

Assim que foi integrada à Central do Brasil, os trens começaram a fazer parada em Poá e em 11 de abril de 1891, finalmente inaugurada a Estação Poá para transporte de passageiros. A partir daí o povoamento foi mais rápido.

A Estação Poá era o ponto para onde convergiam carregamentos de lenha e produção agrícola de Poá e das cidades vizinhas. A movimentação permitiu então o desenvolvimento comercial do centro da cidade, principalmente nas avenidas de acesso.

A Emancipação ocorre depois do fim da Segunda Guerra Mundial, e a explosão demográfica da Grande São Paulo, a sua típica paisagem rural vai acabando, graças à facilidade de acesso pela linha da Estrada de Ferro Central do Brasil e a existência de terrenos a baixo custo.





Vista Panorâmica de Poá/SP

Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Poá pela Lei Estadual n.º 1.674, de 03-12-1919, subordinado ao município de Mogi das Cruzes.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito de Poá figura no município de Mogi das Cruzes. Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937.

Elevado à categoria de município com a denominação de Poá, pela Lei Estadual n.º 233, de 24-12-1948, desmembrado de Mogi das Cruzes. Sede no antigo distrito de Poá. Constituído de 2 distritos: Poá e Ferraz Vasconcelos, criado pela mesma Lei do município. Instalado em 26-03-1949.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o município é constituído de 2 distritos: Poá e Ferraz Vasconcelos.

Pela Lei Estadual n.º 2.456, de 30-12-1953 é desmembrado do município de Poá o distrito de Ferraz de Vasconcelos, elevado à categoria de município.

Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o município é constituído do distrito sede.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de I-I-1979.

Pela Lei Estadual n.º 3.198, de 25-12-1981, é criado o distrito de Cidade Kemel e anexado ao município de Poá.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1983 (suplemento), o município é constituído de 2 distritos: Poá e Cidade Kemel.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2014.

Festas Tradicionais

- 11 de Fevereiro – Dia Santificado Padroeira Nossa Senhora de Lourdes.
- 26 de Março – Aniversário de Poá – Dia de São Ludgero
- Mês de Junho – “Arraiá” da Cidade – Praça dos Eventos “Lucília Gomes Felipe” – Av. Antônio Massa, s/nº Centro.
- Confecção do tapete de Corpus Christi: Rua 26 de Março – Centro
- Mês de Setembro – Expoá.

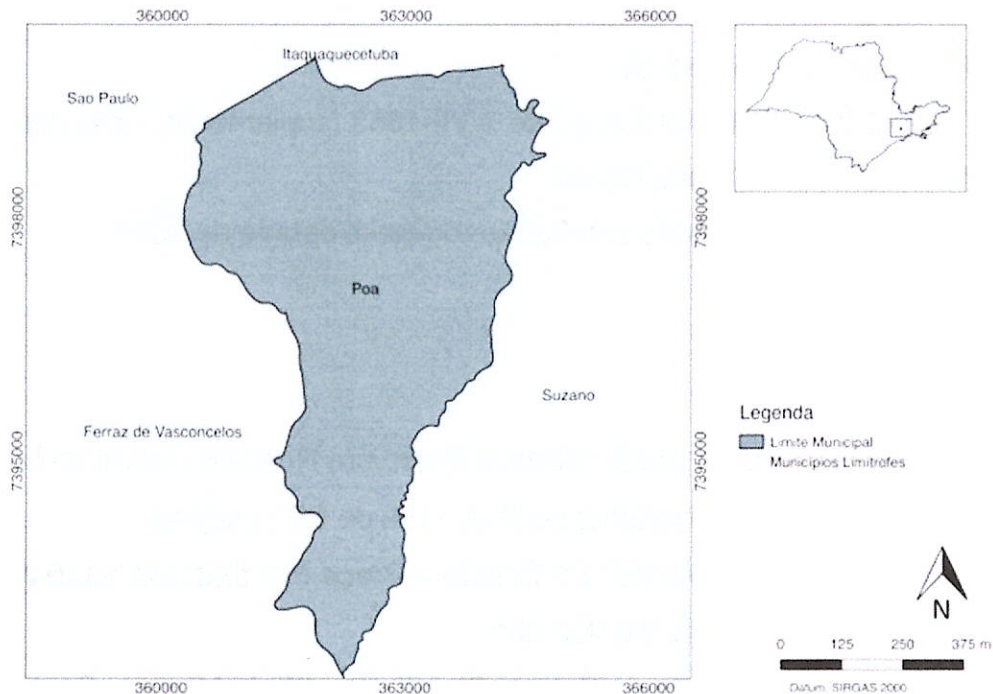
Expoá

Por haver uma grande quantidade de orquídeas existentes em Poá e em todo o Alto Tietê, por causa do clima favorável ao cultivo da planta, foi criada em 1970 a Exposição de Orquídeas e Plantas Ornamentais de Poá, mais conhecida como EXPOÁ, com o objetivo “incrementar o turismo do município, assim como o de prestar uma homenagem à natureza”.

A exposição é reconhecida pela Secretaria Estadual de Esportes e Turismo de São Paulo do Governo do Estado e faz parte desde 1976 do Calendário Nacional do Instituto Brasileiro de Turismo (antiga Embratur), vinculada ao Ministério do Turismo. É realizada todos os anos no mês de Setembro.

4.2. Perfil Demográfico

Localização do município de Poá/SP



Poá é um município localizado no Estado de São Paulo, o município se estende por 17,264 km² e contava com 118 349 habitantes no último censo (2020), seus habitantes se chamam Poaenses.

A densidade demográfica é de 6 880,6 habitantes por km² no território do município.

Vizinho do município de Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Suzano. Poá se situa a 3 km a Norte-Leste de Ferraz de Vasconcelos.

4.3. Perfil Sócio Econômico



Renda, pobreza e desigualdade

RENDA PER CAPITA MENSAL 2010	PERCENTUAL DE POBRES 2010	ÍNDICE DE GINI 2010
R\$ 664,31	6,80%	0,43
↑ AUMENTOU 8,83% DESDE 2000	↓ DIMINUIU 4,96 p.p. DESDE 2000	↓ DIMINUIU 0,06 DESDE 2000

<http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/353980#sec-renda>

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município - Poá - entre os anos mencionados.

A renda per capita mensal no município era de R\$ 610,40, em 2000, e de R\$ 664,31, em 2010, a preços de agosto de 2010.

No Atlas do Desenvolvimento Humano, são consideradas extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza as pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$70,00, R\$140,00 e R\$255,00 (valores a preços de 01 de agosto de 2010), respectivamente.

Dessa forma, em 2000, 2,88% da população do município eram extremamente pobres, 11,76% eram pobres e 31,52% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 2,34%, 6,80% e 21,99%.

4.3.1. Produção Econômica – PIB

PIB per capita [2018]

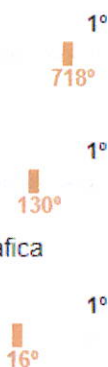
39.992,89 R\$

Comparando a outros municípios

No país
5570º

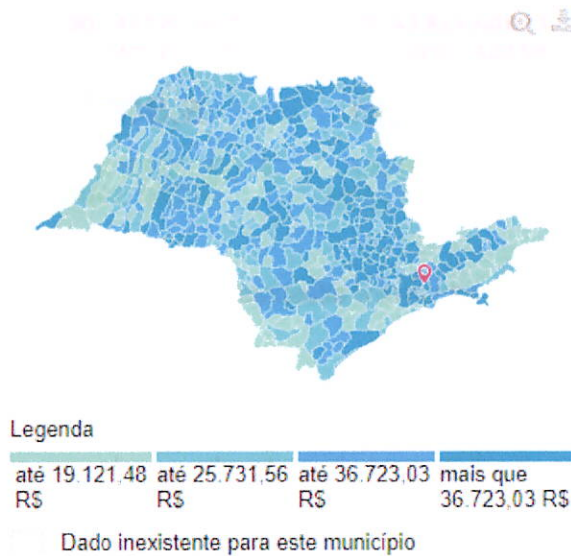
No Estado
645º

Na região geográfica
imediate
39º



[Acessar página de ranking](#)

PIB per capita



Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]
40,5 %

Total de despesas empenhadas [2017]
394.505,82 R\$
(×1000)

Total de receitas realizadas [2017]
446.332,88 R\$
(×1000)

4.3.2. Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

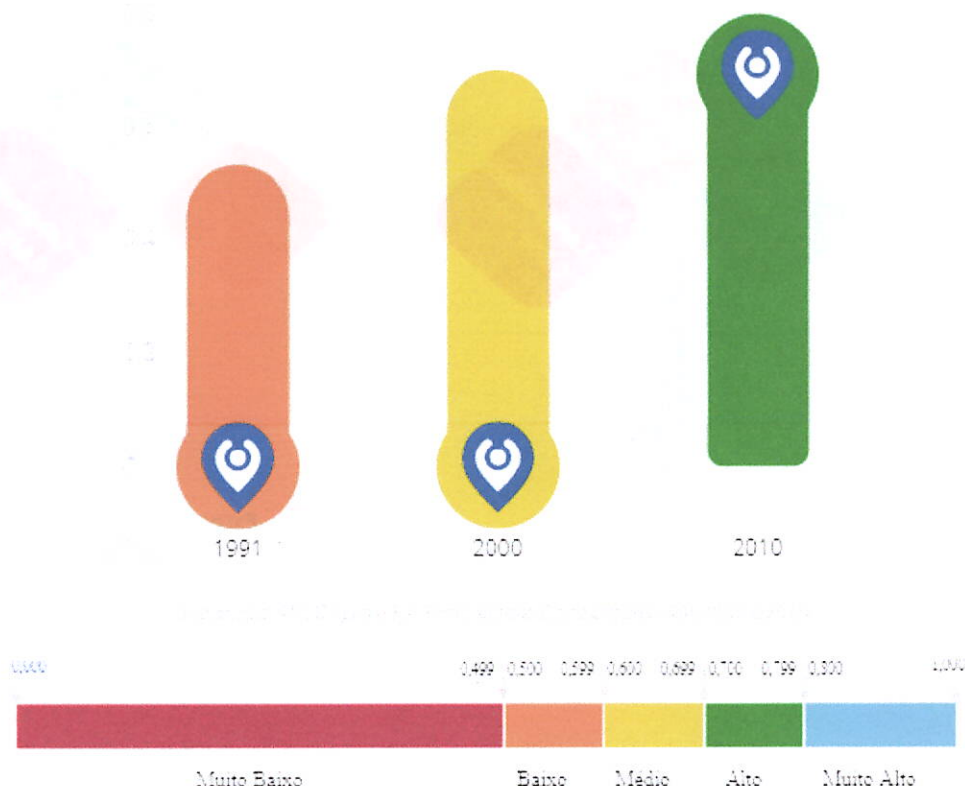
A partir dos dados do Censo Demográfico, o gráfico e a tabela mostram que o IDHM do município - Poá - era 0,699, em 2000, e passou para 0,771, em 2010.

O IDHM e seus indicadores



Em termos relativos, a evolução do índice foi de 10,30% no município.

Valor do IDHM no município - Poá/SP - 1991, 2000 e 2010



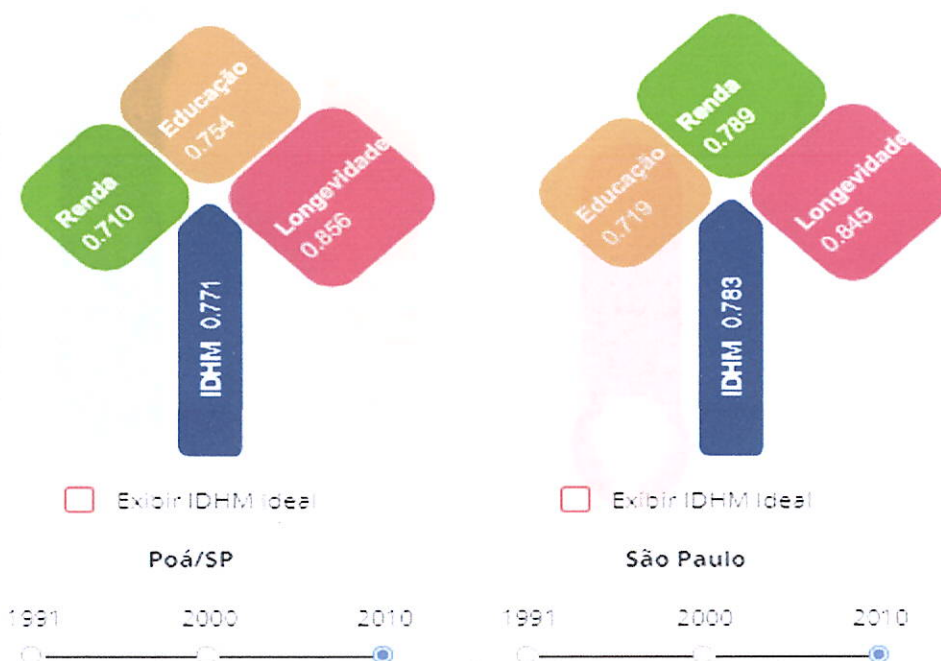
Como evidenciado anteriormente, o IDHM do município - Poá - apresentou aumento entre os anos de 2000 e 2010, enquanto o IDHM da UF - São Paulo - passou de 0,702 para 0,783. Neste período, a evolução do índice foi de 10,30% no município, e 11,54% na UF.

Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade apresentou alteração 9,04%, o IDHM Educação apresentou alteração 20,83% e IDHM Renda apresentou alteração 1,87%.

O gráfico acima permite acompanhar a evolução do IDHM e suas três dimensões para o município - Poá - e para a UF - São Paulo - nos anos de 1991, 2000 e 2010.

M

Evolução do IDHM no município - Poá / SP - 1991, 2000 e 2010



4.3.3. Trabalho e Rendimento

Em 2019, o salário médio mensal era de 2.2 salários-mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 25.1%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 307 de 645 e 220 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1176 de 5570 e 855 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário-mínimo por pessoa, tinha 35.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 112 de 645 dentre as cidades do estado e na posição 3380 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

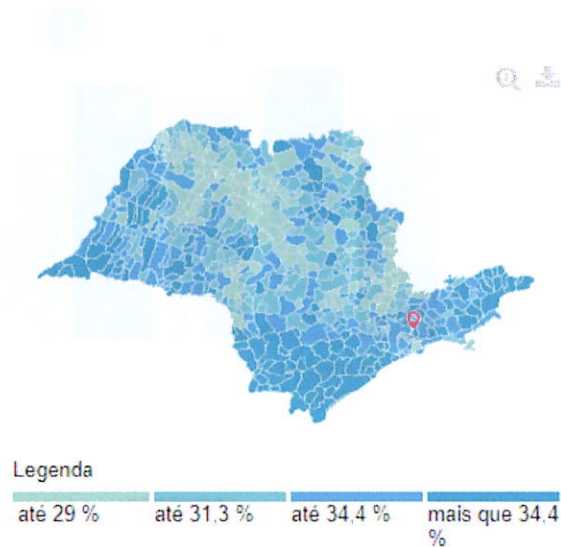
Salário médio mensal
dos trabalhadores
formais [2019]
2,2 salários mínimos

Percentual da população com rendimento
nominal mensal per capita de até 1/2 salário
mínimo

Pessoal ocupado [2019]
29.429 pessoas

População
ocupada [2019]
25,1 %

Percentual da
população com
rendimento
nominal mensal
per capita de até 1/2
salário mínimo [2010]
35,9 %



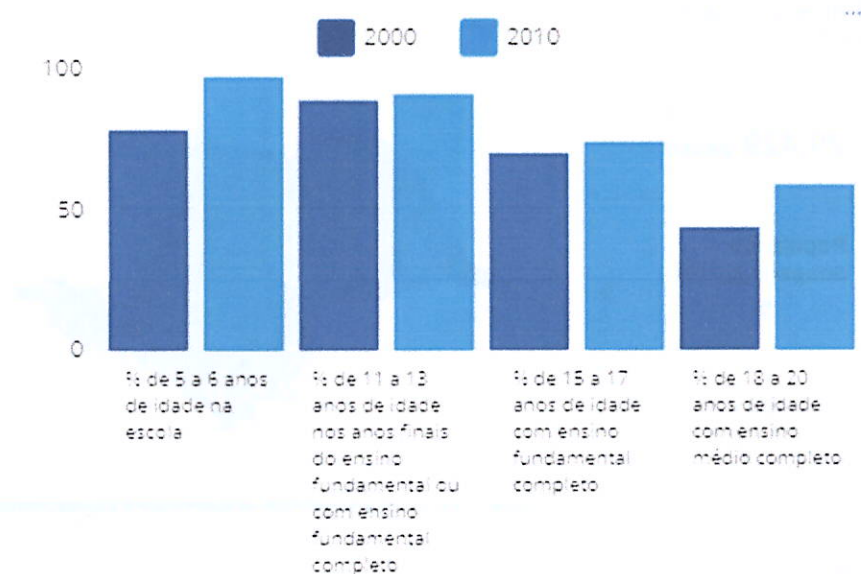
Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/poa/panorama>

4.3.4. Educação

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores. Quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade. O quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta.

A dimensão Educação, além de ser uma das três dimensões do IDHM, faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 – Educação de Qualidade.

Fluxo escolar por faixa etária no município - Poá/SP - 2000 e 2010



No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,67%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 90,40%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 73,23%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 57,96%.

4.4. Saúde do Município

4.4.1. Nascidos Vivos

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se

considera como uma criança viva.

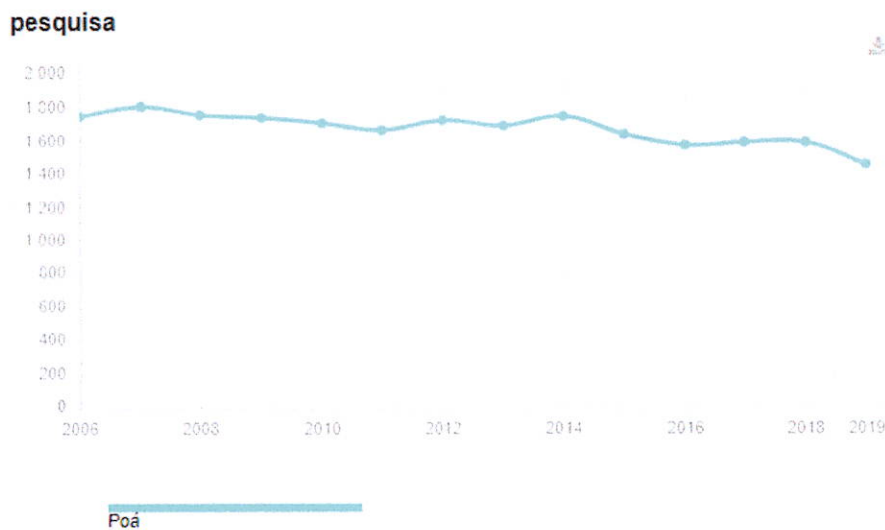


Outros indicadores de educação, por sexo e cor, calculados com base nos registros do Ministério da Educação - Poá/SP - 2016 e 2017

Indicadores de Registros Administrativos	Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
	2016	2017	2017	2017	2017	2017
Taxa de Distorção Idade-Série no médio	9,70	9,40	-	-	-	-
Taxa de evasão no ensino fundamental	1,80	2,60	-	-	-	-
IDEB anos finais do ensino fundamental	4,90	5,10	-	-	-	-
IDEB anos iniciais do ensino fundamental	6,20	6,70	-	-	-	-
% de alunos do ensino fundamental em escolas com la...	70,08	66,48	61,37	64,71	66,68	67,22
% de alunos do ensino fundamental em escolas com in...	66,42	60,81	61,64	60,68	60,37	60,26
% de alunos do ensino médio em escolas com laborató...	99,26	97,72	98,91	97,11	-	-
% de alunos do ensino médio em escolas com Internet	92,37	91,39	92,11	90,63	-	-

Segue abaixo, taxa de mortalidade infantil na cidade de Poá/SP:

Taxa de mortalidade infantil / Nascidos vivos (Unidade: nascimentos)



Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/poa/pesquisa/39/30279?ano=2019&indicador=78159&tipo=grafico>

4.4.2. Longevidade e Mortalidade

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM e faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. O valor dessa variável no município - Poá - era de 72,11 anos, em 2000, e de 76,33 anos, em 2010. Na UF - São Paulo, a esperança de vida ao nascer era 72,16 anos em 2000, e de 75,69 anos, em 2010.

A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 19,40 por mil nascidos vivos em 2000 para 12,80 por mil nascidos vivos em 2010 no município. Na UF, essa taxa passou de 19,35 para 13,86 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período.

A tabela a seguir mostra as esperanças de vida ao nascer e as taxas de mortalidade infantil total e desagregada, por sexo e cor para os anos de 2000 e 2010.

Longevidade e mortalidade, por sexo e cor e situação de domicílio no município - Poá/SP - 2000 e 2010

Indicadores	Total	Total	Negros	Brancos	Mulheres	Homens
	2000	2010	2010	2010	2010	2010
Mortalidade infantil	19,40	12,80
Esperança de vida ao nascer	72,11	76,33

A mortalidade refere-se à morte de indivíduos numa população e pode ser expressa como o número de indivíduos num determinado período de tempo ou como uma taxa específica, em percentagem da população total ou qualquer parte dela.

A taxa de mortalidade é equivalente à "taxa de morte" da demografia humana. O índice de mortalidade deve fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, com o propósito de se identificar os problemas, as estratégias e medidas de prevenção de óbitos evitáveis, diminuindo as desigualdades nas taxas de mortalidade e alcance melhores níveis de sobrevivência.

4.4.3. Morbidade Hospitalar de Poá

MORBIDADE HOSPITALAR								
INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO CID – 10 SEGUNDO MUNICÍPIO								
PERÍODO 2019								
MUNICÍPIO	CAP 01	CAP 02	CAP 03	CAP 04	CAP 05	CAP 06	CAP 07	CAP 08
POÁ 353980	77	10	22	38	36	21	2	4
CAP 9	CAP 10	CAP 11	CAP 12	CAP 13	CAP 14	CAP 18	CAP 19	TOTAL
271	305	51	41	2	111	35	35	1.061
PERÍODO DE 2020								
MUNICÍPIO	CAP 01	CAP 02	CAP 03	CAP 04	CAP 05	CAP 06	CAP 08	CAP 09
POÁ 353980	238	18	24	39	18	23	3	233
CAP 10	CAP 11	CAP 12	CAP 13	CAP 14	CAP 18	CAP 19	CAP 21	TOTAL
260	36	17	4	55	52	36	1	1.057

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nibr.def>

De acordo com a tabela é possível verificar que as mais recorrentes morbidades hospitalares no período de 2019, verificam-se nos capítulos:

Cap. X - Doenças do aparelho respiratório

Cap. IX – Doenças do aparelho respiratório

Cap. XIV – Doenças do aparelho geniturinário

Cap. I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias

E no período de 2020, verificam-se nos capítulos:

Cap. X - Doenças do aparelho respiratório

Cap. I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias

Cap. IX – Doenças do aparelho respiratório

Cap. XIV – Doenças do aparelho geniturinário

4.4.4. Equipamentos de Saúde de Poá

Os estabelecimentos de saúde do município de Poá, que tem a sua base e o atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde) são:

CNES	DESCRIÇÃO
6322778	CAPS AD
39489	CAPS II
6322816	CASA DO ADOLESCENTE
6322840	CASI CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DO IDOSO IRMA DULCE
9815333	CENTRAL DE ABASTECIMENTO E ASSISTENCIA FARMACEUTICA
6394361	CENTRAL DE REGULACAO DE POA
5937914	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DE POA CEO
2773139	CENTRO DE FISIOTERAPIA ALBERT SABIN
9156844	CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES CEME
2773252	CMRF VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA POA
2718928	ESF MADRE ANGELA
116750	HOSPITAL DE CAMPANHA POA CONTRA COVID
7556454	ODONTOMOVEL POA
2082411	PRONTO ATENDIMENTO DR GUIDO GUIDA
7666519	SAE POA
6394493	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE POA
2773430	UBS DE VILA JAU

2773805	UBS DR CYPRIANO MONACO JD NOVA POA
2773481	UBS FILOMENA ROSIELA GUIDO JD SAO JOSE DE POA
2773457	UBS JOSE PERETA
2773449	UBS MARIA EDUARDA RIBEIRO DOMINGUES SANTA HELENA
2773821	UBS TITO FUGA CALMON VIANA POA
2773163	UBS VEREADOR FARID DOMINGUES CSII DE POA
2773406	UBS VEREADOR WELLINGTON LOPES JD AMERICA
2773201	UNIDADE DE VIGILANCIA ZOOTICA
6322581	USF CIDADE KEMEL
6322719	USF DR MURILO MENDES SOARES VILA JULIA
6322530	USF JARDIM EMILIA
6322646	USF JD SAO JOSE
2718987	USF NELSON POZZANI FILHO VILA VARELA
6322670	USF SEBASTIAO ARRECIGNELLI
2773953	VIGILANCIA SANITARIA DE POA

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

4.4.5. Covid-19

O Corona vírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2.

A maioria das pessoas que adoece em decorrência da COVID-19 apresenta sintomas leves a moderados e se recupera sem tratamento especial. No entanto, algumas desenvolvem um quadro grave e precisam de atendimento médico.

Como ela se espalha

O vírus pode se espalhar pela boca ou pelo nariz de uma pessoa infectada, em pequenas partículas líquidas expelidas quando elas tosse, espirram, falam, cantam ou respiram. O tamanho dessas partículas vai de gotas respiratórias maiores até aerossóis menores.

A infecção pode ocorrer caso você inale o vírus quando estiver perto de alguém que tenha COVID-19 ou se você tocar em uma superfície contaminada e, em seguida, passar as mãos nos olhos, no nariz ou na boca. O vírus se espalha com mais facilidade

em locais fechados e em multidões.

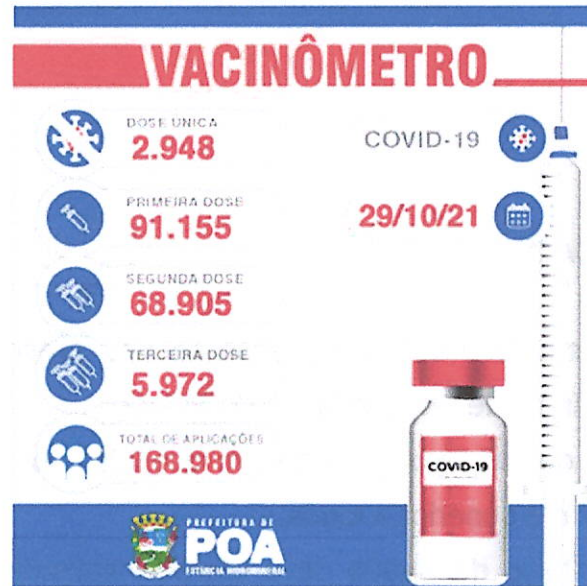
É dever de todos adotar medidas de prevenção e controle no dia a dia para conter a disseminação do vírus. Confira seis medidas preventivas para colocar em prática.



Fonte:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

Vacinômetro na cidade de Poá/SP



Fonte: <https://www.facebook.com/divulgacovidpoa>


Vacinas disponíveis

As vacinas adotadas pelo SUS passaram por todas as etapas necessárias para a criação de um novo imunizante e cumprem a critérios científicos rigorosos adotados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Veja o status das vacinas que estarão disponíveis no Programa Nacional de Imunizações (PNI).



Registros Definitivos

LABORATÓRIO	DOSES
Astrazeneca/Oxford (Fiocruz)	
Pfizer (BioNTech)	

Aprovadas para uso emergencial

LABORATÓRIO	DOSES
Janssen (Johnson & Johnson)	
CoronaVac (Butantan)	

Em análise pela Anvisa

LABORATÓRIO	DOSES
Covaxin (Bharat Biotech)	
Sputnik-V (União Química)	

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>

5. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é um dos direitos sociais, presente na Constituição Federal, sendo assim, um direito de todos e dever do Estado.

Se tratando de saúde o que está em questão é o direito à vida, à sobrevivência do ser, e esse direito é superior a todos.

O Sistema Único de Saúde deve oferecer subsídios para tratamentos desde o nascimento, à prevenção de doenças, ambulatorial, de urgência e emergência, hospitalar, entre outros.

A definição de saúde possui implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença, sendo uma condição essencial para a construção da felicidade humana, sendo um processo civilizatório.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças e afecções. Por outras palavras, a saúde pode ser definida como o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível micro (celular) e macro (social).

Este projeto visa o gerenciamento, a operacionalização e execução das ações e serviços de Urgência e emergência na área da Saúde, englobando a gestão da Unidade de Pronto Atendimento Dr. Guido Guida, no Município de Poá / SP, conforme disposto em Termo de Referência resultante do Processo Administrativo nº 001/2021, tendo em vista a resolutividade das equipes na Unidade através da incorporação de recursos humanos qualificados, tecnologia adequada e materiais necessários para sustentar todos os níveis de complexidade das diversas atividades assistenciais a serem desenvolvidas.

Nos projetos sob gestão do Instituto Alpha, buscamos abordar a questão do

direito fundamental à saúde e sua previsão constitucional, verificando que o objeto da obrigação assistencial de saúde, não está presente apenas no dever de fornecer atendimento primário como consultas, medicamentos, exames e outros, mas sim o bem estar geral do paciente, necessários à efetivação do direito fundamental à saúde, como a humanização e qualidade em todos os setores das nossas Unidades.

5.1. Sistema único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Princípios do SUS



O SUS pode ser entendido como um **núcleo comum** (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de **organização** e **operacionalização**, os princípios organizativos.

PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras

características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação Inter setorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

Estes princípios tratam, na realidade, de formas de concretizar o SUS na prática.

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando

único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

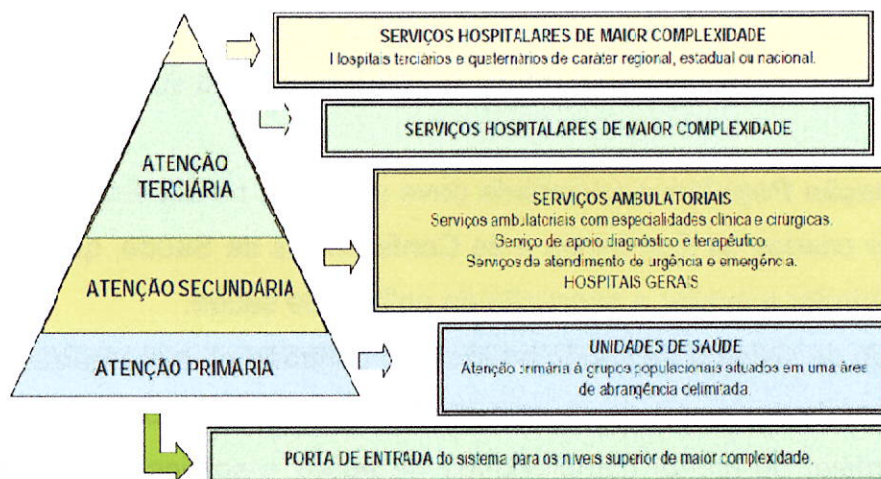
Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

O modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica[2]; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).

O modelo do sistema de saúde brasileiro é centrado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

O modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção básica, principal porta de entrada no sistema, a qual deve ser a sua ordenadora. A hierarquização se compõe da atenção primária ou básica[2]; atenção secundária e terciária ou de média e alta complexidade (ou densidade tecnológica).



Este modelo piramidal, de base alargada, densa, em razão de a atenção primária ser a principal porta de entrada do sistema e responsável pela resolução da maioria da necessidade de saúde da população, deve ser estruturada qualitativamente, com fixação de metas e a atribuição de garantir o acesso do usuário ou o seu caminhar na rede de atenção à saúde.

Nos quase trinta anos de existência formal do Sistema Único de Saúde, vários desafios tem-se colocado para a construção tecnológica e administrativa da rede assistencial proposta.

A tecnologia do cuidado em saúde é complexa, cheia de subjetividade, mudando de acordo com o momento histórico e com os conhecimentos aceitos no momento.

O Instituto Alpha de medicina para Saúde tem como premissa promover a saúde, o bem estar social e preservar o meio ambiente. É trabalhar pela vida.

5.2. Rede de Urgência e Emergência (Rue)

Para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, é necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até

os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas.

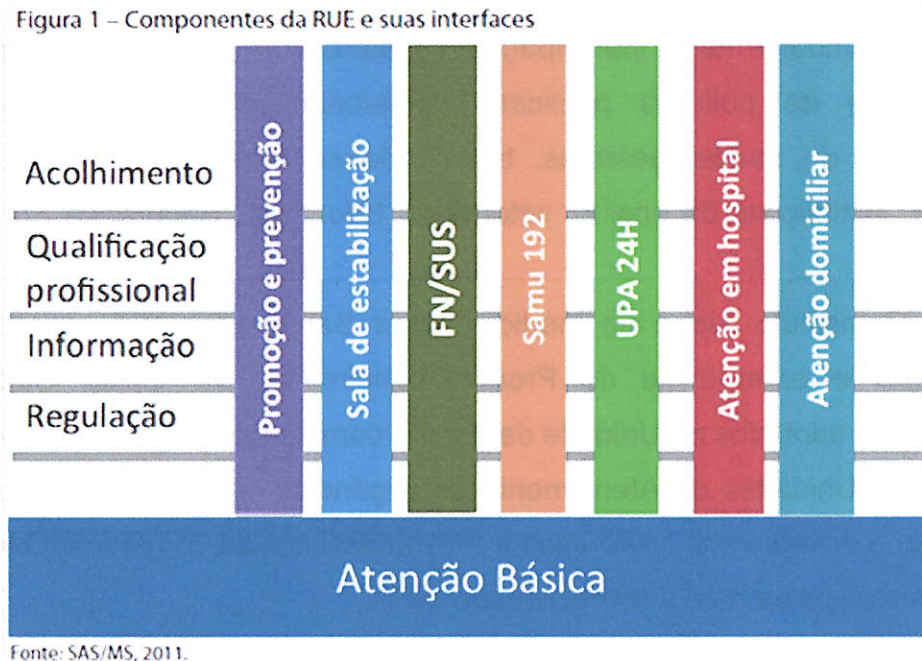
As principais diretrizes que norteiam a implementação da RUE são:

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
 - Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
 - Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
 - Classificação de risco;
 - Regionalização da saúde e atuação territorial;
 - Regulação do acesso aos serviços de saúde;
 - Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
 - Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
 - Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
 - Centralidade nas necessidades de saúde da população;
 - Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
 - Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;

- Articulação Inter federativa;
- Participação e controle social;
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas;
- Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias na RUE:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégicas para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP);
- Articulação entre os seus componentes.

É fundamental a participação de atores de outros segmentos sociais para a proposição de políticas públicas intersetoriais efetivas e eficientes, envolvendo conselhos de saúde, gestores, trabalhadores, prestadores, usuários, conselhos de classe, instituições de ensino, setores da Educação, Segurança Social, Transportes e outros.

O instituto Alpha de medicina para Saúde procurará atender a demanda de Urgência e emergência do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida, baseado nos protocolos adotados na Unidade de acordo com as orientações do Ministério da Saúde.

As Unidades de Atendimento às Urgências e Emergências funcionam 24 horas por dia, e devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

Acerca deste tema, pode-se analisar a portaria que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Segue *in verbis*:

PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o conceito da saúde como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição

Federal;

Considerando a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas também recuperação conforme dispõe o artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para estímulo à organização e à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança;

Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;

Considerando que para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil, onde se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório;

Considerando o alto custo socioeconômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil e a necessidade de intervir de forma mais organizada e efetiva sobre estas doenças e agravos;

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria nº 344/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que institui o

Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde;

Considerando a Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002, que regulamenta tecnicamente as urgências e emergências;

Considerando a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando o avanço nestes últimos anos no processo de implementação do SUS no Brasil, mas também a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, conforme caminho apontado na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das RAS no país; e

Considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, resolve:

Art. 1º Esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO I - DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas

vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

CAPÍTULO II - DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de

atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde.

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I -a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à

saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

CAPÍTULO III - DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 13. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases:

I - Fase de Adesão e Diagnóstico:

- a) apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal;
- b) realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e
- c) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:
 1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

II - Fase do Desenho Regional da Rede:

- a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde;

- b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos;
- c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e
- d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional;

III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a) contratualização pela União, pelo Estados, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e
- b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase da Qualificação dos Componentes: a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas; e

V - Fase da Certificação: a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea "c" do inciso I do art. 13.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde.

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências.

§ 2º Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis.

§ 3º Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local).

§ 4º O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do parágrafo anterior será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência

(CGUE/DAE/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências.

§ 5º Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras.

§ 6º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição:

I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função;

II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências;

III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;

V - representante da Defesa Civil;

VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes;
e

VII -conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

§ 7º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima:

I -Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências;

II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);

III - representante do Conselho Municipal de Saúde;

IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda

Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;

V - representante da Defesa Civil Municipal;

VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e

VIII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Fica revogada a [Portaria nº 1863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 193, de 6 de outubro de 2003, Seção 1, p. 56.](#)

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

5.3. O papel das Unidades de Saúde - Urgência e Emergência

As Unidades de Atendimento às Urgências e Emergências funcionam 24 horas por dia, e devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

De Acordo com protocolos assistenciais de Urgência/Emergência da Secretária Estadual da Saúde – Estado de São Paulo segue:

- As UBSs os PSFs ,os PAs/ Pronto Socorro são a “porta” de entrada dos pacientes no Sistema de Saúde.
- O atendimento às urgências deve ser qualificado, pois todas as evidências mostram que o atendimento qualificado nos primeiros minutos/horas é fundamental para um obter o melhor resultado possível nas “verdadeiras urgências”.

- As urgências mais frequentes no nosso meio (traumas, Sepses, emergências cardiovasculares – PCR, IAM, AVC, emergências respiratórias) têm a sua “hora de ouro” nos primeiros momentos do atendimento onde o atendimento qualificado baseado em protocolos é fundamental para a redução da morbimortalidade.

Assim, as UBSs, SAMU, PAs e Pronto Socorro devem estar preparadas para prestar atendimento qualificado às urgências, respeitando o seu nível de complexidade e promovendo o acolhimento dos quadros agudos. Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, frequentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão.

Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc.(PORTARIA 2048 MS)

O objetivo final da implantação dos protocolos de atendimento à urgência é criar o conceito de cadeia de sobrevivência, em que cada momento do atendimento ao paciente grave existe um tempo pré-estabelecido e atendimentos qualificados baseados em protocolos de atendimento de maneira que isso possibilite o melhor atendimento possível e redução da morbimortalidade dos pacientes graves.

Outra questão, apesar dos avanços promovidos pela Regulação Médica com redução do número de pacientes nas portas hospitalares.

O Pronto Socorro é uma unidade hospitalar onde são atendidos pacientes com problemas de saúde agudos cuja intervenção deve ser imediata e especializada. Esses pacientes não podem esperar por uma consulta com hora marcada para um atendimento médico. As situações de saúde presentes nessa unidade são classificadas como urgência ou emergência.

Urgência é uma ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, enquanto uma emergência é a constatação médica de condições que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (CREMESP, consulta no 55.820/98).

A diferença fundamental entre urgência e emergência é o risco iminente de morte. A urgência não tem risco iminente de morte e a emergência tem risco iminente de morte.

O atendimento ao paciente deve ser realizado com rapidez e qualidade.

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

O custo no atendimento ao paciente deve ser o mais baixo possível. Para tanto é necessário eliminar os desperdícios que ocorrem nos processos que envolvem o atendimento ao paciente.

Um Pronto Socorro é tipicamente composto por portaria, espera, recepção, sala de atendimento de emergências, consultórios de atendimento médico, salas de medicação, inalação, exames e procedimentos, leitos de observação e isolamento. Contempla, ainda, o PS o conforto médico, expurgo e o depósito de material de limpeza.

Os serviços de apoio diagnóstico estão centralizados em área específica e devem estar devidamente integrados para o rápido atendimento ao paciente que chega ao Pronto Socorro.

Devido às características do paciente, do atendimento, dos profissionais e do ambiente físico do OS, a integração é um componente imprescindível para o atendimento de qualidade nessa unidade hospitalar. Como cada um dos profissionais vai identificar a necessidade de atendimento rápido devido às condições físicas do paciente, informará o colega que fará o próximo atendimento e dará a continuidade necessária.

O ambiente do Pronto Socorro deve ser planejado de modo a atender as demandas de segurança, bem-estar e qualidade do serviço prestado, proporcionando instalações físicas adequadas à divisão técnica do trabalho e aos trabalhadores que atuarão naquele espaço.

Outros elementos essenciais para o bom funcionamento de um PS são o fluxo do atendimento, os equipamentos, a comunicação, o abastecimento de medicamentos e materiais, e o treinamento do pessoal.

O fluxo do atendimento deve ser contínuo para facilitar e propiciar a rapidez no atendimento. Quando o paciente chega no Pronto Socorro deve passar pela portaria, ir para a recepção, em seguida para a consulta médica, alguns possuem pré-consulta ou triagem, realiza exames, recebe medicação da enfermagem, retorna para reavaliação médica e recebe uma finalização, retorna para casa, é internado no hospital ou fica em observação no Pronto Socorro. Esse processo deve ocorrer o mais rápido possível. A comunicação visual e sonora entre os setores deve estar em perfeito entrosamento.

Portanto a área física deve ser organizada de tal forma que propicie o fluxo contínuo do paciente através do Pronto Socorro e facilite a comunicação visual e sonora entre os setores permitindo o rápido atendimento ao paciente.

Equipamentos, como desfibrilador, respirador artificial, entre outros, são fundamentais para o atendimento de urgência e emergência ao paciente no Pronto Socorro e devem estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

Entre os itens que podem ser citados para a correta operacionalização do Pronto Socorro está o abastecimento de materiais e medicamentos. Este deve ser contínuo, ou seja, não podem faltar de forma alguma os medicamentos e materiais anteriormente padronizados para uso no local e não deve sobrar para evitar o desperdício dos itens. A reposição deve ser feita em tempo hábil e horário previamente definido para que não falte no atendimento.

Pessoas. O processo de trabalho do Pronto Socorro envolve participação de diferentes profissionais e funcionários com distintos níveis de escolaridade, formação profissional e experiência de trabalho. Assim, realizam atividades específicas dentro de sua competência profissional em diferentes setores da unidade.

A recepção é o primeiro setor que o paciente se dirige ao chegar ao PS, após passar pela portaria, local onde a recepcionista, nível secundário de escolaridade, preenche uma ficha de atendimento com os dados do paciente e solicita que o mesmo aguarde na espera. Seguindo o fluxo, o próximo setor é o atendimento médico. O médico, nível superior, preenche a ficha com as informações pertinentes e a indicação dos próximos passos do paciente dentro do Pronto Socorro. Então a ficha de atendimento e o paciente retornam à recepção para verificação da sequência do atendimento definida pelo médico e autorização do convênio, se necessário. O paciente segue para a enfermagem, com auxiliares de enfermagem de nível secundário e enfermeiros de nível superior e/ou para realização de exames de apoio diagnóstico com técnicos de nível secundário e médicos nível superior, e retornam para reavaliação e conduta do médico para finalização do atendimento no Pronto Socorro.

5.4. Referência e Contrarreferência dos Serviços de Urgência e Emergência

O Sistema de referência e contrarreferência em saúde são essenciais para ofertar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo, visando facilitar os processos de acesso do paciente aos atendimentos de saúde.

A referência e contrarreferência são requisitos indispensáveis às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. No entanto, a contra referência ainda está distante do considerado ideal para a eficácia do atendimento global ao paciente.

Referência e contrarreferência constituem-se na articulação entre as unidades de Saúde, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (WITT, 1992).

Fratini (2007) aponta que é necessário que se crie uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade, fazendo com que o usuário seja acompanhado em seu histórico de saúde e tratamentos passados/realizados.

Podemos assegurar que para concretização de um sistema de referência e contra referência é importante a existência de registros e comunicação por telefone ou informatizada, para que possa haver melhora na qualidade de assistência oferecida ao paciente (FRATINI, 2007); fazendo assim com que se concretize com a referência e contra referência a ideia de eficácia/sucesso na universalização, equidade e integralidade que são princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. Para isso "é necessário investir em tentativas de maior integração entre os serviços e de estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento de cliente, sem o que a informatização possivelmente não será suficiente para responder às necessidades do sistema almejado (JULIANI; CIAMPONE, 1999, p. 316)".

A portaria 1.559 de 1º de Agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.

6. CARACTERISTICAS DA UNIDADE – PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DR. GUIDO GUIDA



Unidade: Pronto Atendimento Dr. Guido Guida

CNESS: 2082411

Endereço: Rua Barão de Juparanã, Nº 43; Jardim Medina, Poá/SP.

CEP: 08.556-230.

Horário de funcionamento: Sempre aberto.

A Unidade de Pronto Atendimento será mantida pela Prefeitura da Estância Hidromineral de Poá, integrando a Rede Municipal de Saúde, da qual fazem parte os equipamentos constantes, conforme segue:

CNES	DESCRIÇÃO
6322778	CAPS AD
39489	CAPS II
6322816	CASA DO ADOLESCENTE
6322840	CASI CENTRO DE ATENCAO A SAUDE DO IDOSO IRMA DULCE
9815333	CENTRAL DE ABASTECIMENTO E ASSISTENCIA FARMACEUTICA
6394361	CENTRAL DE REGULACAO DE POA
5937914	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS DE POA CEO
2773139	CENTRO DE FISIOTERAPIA ALBERT SABIN
9156844	CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES CEME
2773252	CMRF VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA POA

2718928	ESF MADRE ANGELA
116750	HOSPITAL DE CAMPANHA POA CONTRA COVID
7556454	ODONTOMOVEL POA
2082411	PRONTO ATENDIMENTO DR GUIDO GUIDA
7666519	SAE POA
6394493	SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE POA
2773430	UBS DE VILA JAU
2773805	UBS DR CYPRIANO MONACO JD NOVA POA
2773481	UBS FILOMENA ROSIELA GUIDO JD SAO JOSE DE POA
2773457	UBS JOSE PERETA
2773449	UBS MARIA EDUARDA RIBEIRO DOMINGUES SANTA HELENA
2773821	UBS TITO FUGA CALMON VIANA POA
2773163	UBS VEREADOR FARID DOMINGUES CSII DE POA
2773406	UBS VEREADOR WELLINGTON LOPES JD AMERICA
2773201	UNIDADE DE VIGILANCIA ZOOTICA
6322581	USF CIDADE KEMEL
6322719	USF DR MURILO MENDES SOARES VILA JULIA
6322530	USF JARDIM EMILIA
6322646	USF JD SAO JOSE
2718987	USF NELSON POZZANI FILHO VILA VARELA
6322670	USF SEBASTIAO ARRECIGNELLI
2773953	VIGILANCIA SANITARIA DE POA

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

6.1. Visita técnica

A visita técnica foi realizada na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL GUIDO GUIDA em 28 de outubro de 2021, para avaliar as condições das suas instalações físicas e de infraestrutura.

No dia 28 de outubro as 10h a representante legal Sra Adriana Coluci da Costa Marques do Instituto Alpha de Medicina para Saúde, realizou visita técnica ao Pronto Atendimento Guido Guida.

A visita foi acompanhada pela Sra Alexandra da Secretaria de Saúde de Poá.

Objetivos:

1 – Conhecer as dependências da unidade observando e identificando as

condições estruturais, necessidades de adequações, reformas e demais serviços pertinentes para melhoria na qualidade de assistência, tornando o local mais acolhedor;

2 – Identificar os equipamentos médicos hospitalares, mobiliários e instrumentais, bem como as condições de conservação para garantir um atendimento de qualidade, sem riscos para a assistência médica e demais equipes multiprofissionais;

Nesse sentido, passamos a realizar as seguintes considerações:

O imóvel utilizado para funcionamento do PRONTO ATENDIMENTO GUIDO GUIDA, encontra-se de forma geral ruim necessitando de adequações na sua estrutura, tais como: iluminação, portas, piso, paredes, janelas, elétrica e hidráulica.

A caixa d'água necessita de manutenção corretiva e limpeza.

O mobiliário existente é insuficiente, necessitando de manutenção corretiva.

Os equipamentos médicos hospitalares encontram-se em regular estado de conservação e funcionamento.

Foi identificado a necessidade de aquisição de enxoval hospitalar completo.

O local não dispõe de servidor para os equipamentos de informática.

Segundo informações a rede de gases medicinais passou por manutenção recentemente, porém as réguas necessitam de manutenção e/ou substituição.

Durante a visita foi observado que a manutenção predial está ruim, sendo necessárias melhorias.

Observou-se que os equipamentos de combate a incêndio necessitam de manutenção.

Verificou-se externamente que as entradas são de fácil acesso, porém o fluxo necessita de aperfeiçoamento para facilitar o deslocamento dos usuários.

Internamente constatamos a existência de dois elevadores para uso de pacientes e funcionários, além de um elevador monta carga, todos necessitando de manutenção.

O prédio não possui sistema de para-raio.

A unidade necessita de desinsetização, desratização e descupinização.

A unidade possui gerador próprio em funcionamento.

A unidade possui duas caldeiras a Gás.

A unidade não disponibiliza Sistema de Vácuo.

O sistema de oxigênio é fornecido através de cilindros, sendo que o local onde é armazenado possui espaço para instalação de tanque criogênico.

A unidade possui refeitório e cozinha equipada, não dispendo de câmara fria.

A farmácia e almoxarifado estão funcionando no mesmo local, não possuindo refrigeração.

De forma geral, pouquíssimos locais dispõe de ar condicionado.

O pavimento térreo está sendo todo utilizado para operação.

O primeiro pavimento disponibilizado para o Pronto atendimento encontra-se desativado.

O segundo pavimento está desativado e será de responsabilidade da prefeitura assim como o telhado, exceto o local onde encontra-se a CME.

O local onde funciona a CME possui duas autoclaves e está interdito pela Vigilância Sanitária Estadual.

Foram observados os seguintes serviços terceirizados: Alimentação; fornecimento de gases medicinais, limpeza hospitalar, lavanderia hospitalar, esterelização de instrumentais médicos hospitalares; laboratório de análises clínicas, locação de equipamentos (eletrocardiograma, CR digitalizadora) .

O local não possui controlador de acesso.

O fluxo de atendimento aos portadores de síndrome gripal é realizado em local separado.

Triagem adulto e infantil, sendo classificados no mesmo local.

O setor de observação masculina e feminina está sendo no mesmo ambiente.

6.2. Prestação dos Serviços

O Pronto Atendimento Municipal Guido Guida é a única referência do município para atendimento relacionado à Síndrome Gripal, além disso, é a Unidade de assistência clínico/pediátrica interruptamente no serviço de urgência e emergência de referência para o atendimento extra-hospitalar SAMU, pactuado no convênio SAMU –

Suzano/Poá.

O Pronto Atendimento Municipal Dr Guido Guida prestará atendimentos de urgência e emergência, SADT-Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, para usuários do Sistema Único de Saúde, por demanda espontânea e referenciada (SAMU).

A Unidade contará com atendimento de porta além do serviço estabilização em sala de choque, leitos de emergência, remoção para unidades referenciais (contemplando 01 viatura de suporte avançado de vida e 01 viatura suporte básico) e leitos de observação Clínica Médica, bem como, atendimento em área exclusiva de pacientes com síndrome respiratória, composta no total por 20 leitos, distribuídos por atendimentos, conforme seguem:

- Clínica Médica – 05 leitos observação;
- Pediatria – 04 leitos observação;
- Covid-19 – 02 leitos observação;
- UTI Covid-19 – 02 leitos (com monitor e respirador);
- Emergência – 02 leitos estabilização e 05 leitos (com monitor e respirador).

O quadro médico será lançado da seguinte forma:

Especialidade	Qtde / Turno
CLINICA MÉDICA – ADULTO	2 DIURNO / 2 NOTURNO
CLINICA MÉDICA – COVID-19	1 DIURNO / 1 NOTURNO
EMERGÊNCIA	1 DIURNO / 1 NOTURNO
PEDIATRIA (CLÍNICA E EMERGÊNCIA)	2 DIURNO / 2 NOTURNO

Serão disponibilizadas salas específicas para o funcionamento da ala de COVID-19, onde serão realizados serviços de exames laboratoriais do Pronto Atendimento, bem como, apoio laboratorial da Rede Básica, eletrocardiograma aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência, efetuando tanto a aquisição, quando necessário,

quanto à manutenção dos equipamentos necessários, como também os aparelhos de diagnósticos, medicamentos, insumos, almoxarifado, esterilização de materiais (resistentes à alta temperatura e sensíveis ao calor), gases medicinais do Pronto Atendimento e apoio a Rede Básica, gerador e cabina primária, alimentação dos pacientes e acompanhantes, enxoval, lavanderia, software e sistema de gestão na saúde, bem como todas relacionadas à segurança integrada e tecnologia da informação, despesas com materiais de escritórios, informática, limpeza e manutenção da caixa d'água, manutenção da caldeira, bem como manutenção e adequação predial, importando naquelas que sejam decorrentes da boa utilização do imóvel, bem como serviços decorrentes da unidade como segurança, controladores de acesso, dentre outros que considerar necessário para o regular desempenho das atividades.

Será mantida uma equipe de higiene e limpeza hospitalar, própria ou terceirizada, a fim de manter a adequada condição de salubridade e higiene em dependências do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida, com a disponibilização de mão de obra qualificada, materiais, equipamentos e produtos saneantes domissanitários.

6.3. Especialidades Médicas disponíveis 24 horas

A Unidade de Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida presta atendimentos de urgência e emergência das seguintes especialidades médicas:

- Clínica Médica Adulto – 24 horas;
- Clínica Médica Covid-19 – 24 horas;
- Emergência – 24 horas;
- Pediatria (Clínica e Emergência) – 24 horas.

6.4. Serviços a serem realizados

O paciente será atendido desde a sua admissão até sua alta, de acordo com sua patologia, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para a

identificação do seu diagnóstico.

Os serviços a serem realizados são:

- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico durante as 24 horas do dia aos pacientes dentro do perfil da linha de cuidado do Pronto Atendimento;

- Exames Laboratoriais;
- Eletrocardiograma;
- Triagem Geral;
- Triagem Covid-19;
- Coleta Geral;
- Coleta Covid-19;
- Observação Clínica Médica;
- Observação Covid-19;
- UTI Covid-19;
- Suturas;
- Exames de Imagem – Raios-X;
- Administração de Medicamentos;
- Fisioterapia;
- Inalação.

7. ATIVIDADE

A Entidade realizou um estudo prévio através de pesquisas junto ao município, bem como visita técnica para o conhecimento do objeto, a fim de que possa oferecer o mais eficaz e eficiente serviço, de acordo com as necessidades locais, considerando normas técnicas, jurídicas e financeiras voltadas para as Organizações Sociais sem fins lucrativos.

Diante do cenário apresentado em relação ao município de Poá, o método que sustenta as ações do presente Projeto assenta-se nos conceitos do apoio institucional, bem como em uma gestão na qual as atividades, fluxos e procedimentos desenvolvidos

serão embasados em protocolos técnicos, resoluções, normas e portarias de órgãos públicos, acadêmicos ou de categoria de classe, de forma que o usuário do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida seja beneficiado com a qualidade e acolhimento em todo o atendimento, desde a sua chegada na unidade até a alta.

Através do sistema de atendimento eletrônico o Instituto fará o monitoramento e acompanhamento em tempo real, a fim de estar sempre munido de informação ao tomar qualquer ação seja corretiva ou preventiva.

7.1. Administrativos

7.1.1. Recepção

A recepção é a porta de entrada do Pronto Atendimento e também seu cartão de visitas. É geralmente o primeiro local onde o paciente recebe uma atenção pormenorizada e atendimento pessoal individualizado, no que tange a cobertura de internação, funcionamento de processos internos, de iniciação de procedimentos médicos emergência.

Este primeiro contato será realizado por profissionais devidamente capacitados e qualificados para executá-lo de forma cordial, com atenção, rapidez e o adequado tratamento aos trâmites burocráticos necessários ao processo.

Será registrada uma Ficha de Atendimento – FA, onde serão inseridos os dados pessoais e encaminhados para a sala de atendimento para classificação de Risco.

Espera

Após atendimento de classificação, haverá um painel digital com a informação do andamento do atendimento, fazendo assim o controle eletrônico desde a ordem de chegada até a saída, facilitando também para o paciente a visualização de forma online do andamento do seu atendimento, seguindo de acordo com o grau de prioridade

classificado na triagem, informando a posição em relação à sua ordem na fila enquanto este aguarda para a sua consulta, tomada de medicamentos, exames, entre outros procedimentos.

Na espera, o paciente que aguardar atendimento para atendimento clínico, será acolhido com conforto, em um ambiente harmonizado e climatizado. A chamada via painel eletrônico, com voz e foto, a partir de um acionamento via sistema do profissional médico.

Estará disponível a tela com a fila de espera, conforme já apresentado.

AGUARDANDO CONSULTA CLÍNICO GERAL - TOTAL 12		RETORNO CONSULTA CLÍNICO GERAL - TOTAL 0		CHAMADA NÃO ATENDIDA CLÍNICO GERAL / MEDICAÇÃO - TOTAL 14	
FOTO	PACIENTE(S)	FOTO	PACIENTE(S)	FOTO	PACIENTE(S)
	Entrada: 05/07/2018 14:55 - não urgente VILMA FRANCISCA DA SILVA ARAUJO				Entrada: 05/07/2018 09:28 - EMERGENTE RUTH DA CONCEIÇÃO GONÇALVES DE SOUZA
	Entrada: 05/07/2018 14:58 - não urgente FRANCISCO RODRIGUES DOS SANTOS				Entrada: 05/07/2018 09:27 - URGENTE CARLOS EDINET BONFIM CERQUEIRA
	Entrada: 05/07/2018 14:58 - não urgente MARIA COSTA SILVA FERREIRA				Entrada: 05/07/2018 11:50 - POUCO URGENTE GERALDO DO CARMO MOREIRA
	Entrada: 05/07/2018 14:59 - não urgente DIEGO SILVA DE JESUS				Entrada: 05/07/2018 12:27 - POUCO URGENTE NILO PEDRO DE SOUZA
	Entrada: 05/07/2018 14:25 - não urgente MANUEL JOSE REVES COSTA				Entrada: 05/07/2018 09:32 - não urgente SILVANIA APARECIDA DE SANTANA
	Entrada: 05/07/2018 14:28 - não urgente DANIELLE COUTINHO THOME DO NASCIMENTO				Entrada: 05/07/2018 11:11 - não urgente MARIA LUCIA FLORIANO
	Entrada: 05/07/2018 14:39 - não urgente CLAUDETE FERREIRA DOS SANTOS MENEZES				Entrada: 05/07/2018 11:20 - não urgente CELIA ANTONIO MACHADO MATEOS

Figura: Fila painel de atendimento – Clínico ou classificação de Risco

OBS: Esta tela estará em todos os ambientes em que o paciente precisará aguardar por atendimento, para que o mesmo possa sempre acompanhar a sua ordem na espera.

7.1.2. Serviço de Arquivamento de Prontuário

Todos os prontuários médicos dos pacientes serão preenchidos de forma individualizadas contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução,

intervenções e exames realizados, escritos de forma objetiva, datados, assinados e com a informação completa (nome e registro do Conselho de Classe Profissional) do responsável pelo atendimento (médico equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam).

Os prontuários serão ordenados no Serviço de Arquivo de Prontuários e gerados em Sistema Informatizado Eletrônico.

7.1.3. Plantão Administrativo

O Instituto Alpha manterá para as atividades do Pronto Atendimento um plantão de atendimento, com jornada de 12/36 horas, onde os colaboradores desta área serão os responsáveis pela comunicação com as Centrais de Regulação, funcionando dentro dos parâmetros estabelecidos pela Política Nacional de Regulação do SUS e normas acordadas e acompanhadas pela SMS/CMS/ITA.

7.1.4. Faturamento

O Setor de Faturamento da Unidade será responsável pela alimentação de informações dos atendimentos dos pacientes na Unidade nos sistemas padronizados pelo SUS, mantendo atualizados, mensalmente, junto à SMS, o CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e a FPO - Ficha de Programação Orçamentária, com informações encaminhadas junto com a Prestação de Contas. O Setor de Faturamento seguirá as normas operacionais do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação Municipal.

7.1.5. Gestão

Para a Gestão eficaz e o atendimento qualificado à população, o Instituto manterá equipe gestora disponível in loco, acompanhando e tomando as ações necessárias ao

bom andamento da Unidade, bem como implantará sistema de Gestão “on line”, sendo possível acessar em tempo real qualquer informação acerca do atendimento.

O Instituto possui em seu quadro diretivo profissionais habilitados e aptos a participar do planejamento, controle, avaliação, gerenciamento e organização dos processos das equipes, acompanhando seu desempenho físicos (estrutura – física da instituição de saúde) e financeiros (controle de compras e custos) que atuarão direto e indiretamente na execução dos serviços da Unidade.

Atuarão *in loco* ainda profissionais com perfil de liderança atuando diretamente junto à sua equipe para apoio técnico e administrativo, como:

Diretor clínico, Gerente administrativo, Coordenação médica, coordenação administrativa, coordenação técnica, e supervisores (técnico e administrativos)

A Gestão estará orientada a propiciar atendimento de base humanística, que possibilite atuação dos demais profissionais orientada por princípios éticos e comprometidos com a qualidade de atendimento ao paciente considerando fatores diversos, inclusive as mudanças necessárias no Setor Saúde;

Toda a equipe gestora seja diretoria ou contratados estarão aptos a realizar diagnóstico e solução de problemas técnico-administrativos; supervisionar a execução de contratos, controlar, compras, logística, distribuição e estoque de materiais e equipamentos; implementação de políticas públicas de saúde; gerenciar serviços e os processos de trabalho; participar do tratamento estatístico de indicadores de saúde; promover apoio, assistência e segurança ao paciente.

De acordo com os princípios e diretrizes do SUS, a equipe gestora do Instituto atenderá as condições de maneira a submeter-se às normas instituídas pela Diretoria de Saúde municipal.

Através do sistema de atendimento eletrônico descrito no decorrer desta proposta, a equipe gestora acompanhará em tempo real os atendimentos da unidade, os fluxos, as demandas, bem como qualquer informação que julgar necessária para a tomada de decisões. Terá acesso aos atendimentos realizados, pacientes em espera, bem como o tempo em que estão aguardando atendimento, podendo desta forma tomar ações imediatas de gestão. Acompanhará todas as

ações adotadas e apresentará sempre que solicitado, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto.

Alimentará com informações técnicas-financeiras, dentro dos prazos estabelecidos, os sistemas de informações do Tribunal de Contas, conforme prevê a legislação.

Aplicará ferramentas gerenciais que viabilizem a elaboração e utilização de Planejamento Estratégico, conforme edital.

A gestão garantirá que a equipe multidisciplinar estará preparada tecnicamente dentro dos princípios éticos para dar um atendimento competente e um respeito ao paciente, que, por ser em um serviço de urgência, mais facilmente corre o risco de ser ameaçado.

7.1.5.1. Ferramentas Gerenciais

A solução tecnológica implantada atenderá todas as demandas gerenciais que possibilitem, permitam a elaboração e utilização para a realização de um planejamento estratégico.

A gestão de informações proporcionará fases bem distintas relacionadas entre si que englobam situações de **planejamento, organização, direção e controle**.

O Sistema mantém o Gestor do Instituto munido de informações para que possa tomar qualquer ação corretiva ou preventiva na Unidade. Os relatórios com dados de atendimentos serão enviados mensalmente à Secretaria de Saúde do Município junto à Prestação de contas assistencial.

O Modulo de Relatórios Gerenciais “*Business Intelligence*” proporcionará:

- Gestão de Indicadores - Soluções para proporcionar o controle de processos organizacionais através de instrumentos de medição (indicadores) para avaliação de recursos, prazos e desempenho.
- *Balanced Scorecard (BSC)* - Ferramentas de auxílio ao planejamento estratégico que traduz a missão e estratégia da organização em um conjunto de

indicadores de desempenho somada a consultas gerenciais predefinidas para a direção dos equipamentos de saúde.

- *WORKFLOW* - Automatiza os processos de informação tais como aprovação de solicitações, pedidos, etc. Garantindo o menor tempo de operação tornando a Secretaria de Saúde mais dinâmica, rápida e preparada para os desafios da Saúde Pública.

Aplicar ferramentas gerenciais que viabilizem a elaboração e utilização de planejamento estratégico garantindo:

- Atingir e manter a missão da unidade;
- Modelo de governança com administração participativa;
- Segurança do paciente e colaboradores;
- Administração ambiental;
- Qualificação gerencial e assistencial;
- Sistema de avaliação de custos;
- Sistema de informação que permita acompanhamento online pela secretaria da saúde;
- Incentivo à educação permanente e continuada; i) administração da qualidade;
- Administração de riscos.

7.1.5.2. Monitoramento de atendimento

A gestão do Instituto irá acompanhar o desempenho das atividades no Pronto Atendimento através da sua plataforma eletrônica de atendimento.

Relatórios Gerenciais

Os relatórios com dados de atendimentos serão enviados mensalmente à Secretaria de Saúde do Município junto à Prestação de contas assistencial.

- Demanda por período; por profissional; por setor; por município (quando o paciente vem de outro Município);
- Tempo médio de espera;
- Quantitativo de exames solicitados;
- Pacientes demandantes;
- CID's mais comuns (pode informar surtos ou epidemias de um determinado bairro, por exemplo)
- Outros.


Apresentamos abaixo alguns dos relatórios que o gestor do instituto bem como o gestor público tem acesso na utilização do sistema de atendimento eletrônico.

As telas apresentadas são apenas modelos.


Total de atendimentos

EMERPHU

TOTAL DE FICHAS POR DIA CONSOLIDADO
PRONTO SOCORRO CENTRAL DE MONGAGUA



EMISSÃO 09/06/2020 DATA ATÉ 09/06/2020



EMISSÃO (09/06/2020 - TERÇA-FEIRA)			
ESPECIALIDADE	FICHAS	RETORNOS	TOTAL
225225 - MÉDICO GÊNICO - PS	148	30	178
225250 - EMERGÊNCIA, REPOUSO - PS	11	1	12
225270 - MÉDICO URGEMEDISTA E TRAUMATOLOGISTA - PS	16	11	27
Total EMISSÃO(09/06/2020 - TERÇA-FEIRA)	175	44	219
Total Geral	175	44	219

Este relatório demonstra os quantitativos de atendimento por dia em cada especialidade, Entre outros aspectos possibilita uma análise melhor dos recursos necessários na Unidade, inclusive indica os períodos sazonais, evitando assim

excedentes dos mesmos e trazendo economicidade ao Gestor Público.

Total de atendimentos Município x Municípios vizinhos

TOTAL DE FICHAS POR DIA CONSOLIDADO (CIDADES)
PRONTO SOCORRO CENTRAL DE MONGAGUA



EMISSION 09/06/2020 DATA ATÉ 09/06/2020

CIDADE (MONGAGUA - SP)	
EMISSION	QUANTIDADE
09/06/2020 TERÇA FEIRA	164
Total CIDADE(MONGAGUA - SP)	164
CIDADE (PRAIA GRANDE - SP)	
EMISSION	QUANTIDADE
09/06/2020 TERÇA FEIRA	6
Total CIDADE(PRAIA GRANDE - SP)	6
CIDADE (ITANHAÉM - SP)	
EMISSION	QUANTIDADE
09/06/2020 TERÇA FEIRA	3
Total CIDADE(ITANHAÉM - SP)	3
CIDADE (OUTRAS CIDADES)	
EMISSION	QUANTIDADE
09/06/2020 TERÇA FEIRA	2
Total CIDADE(OUTRAS CIDADES)	2
Total Geral	175

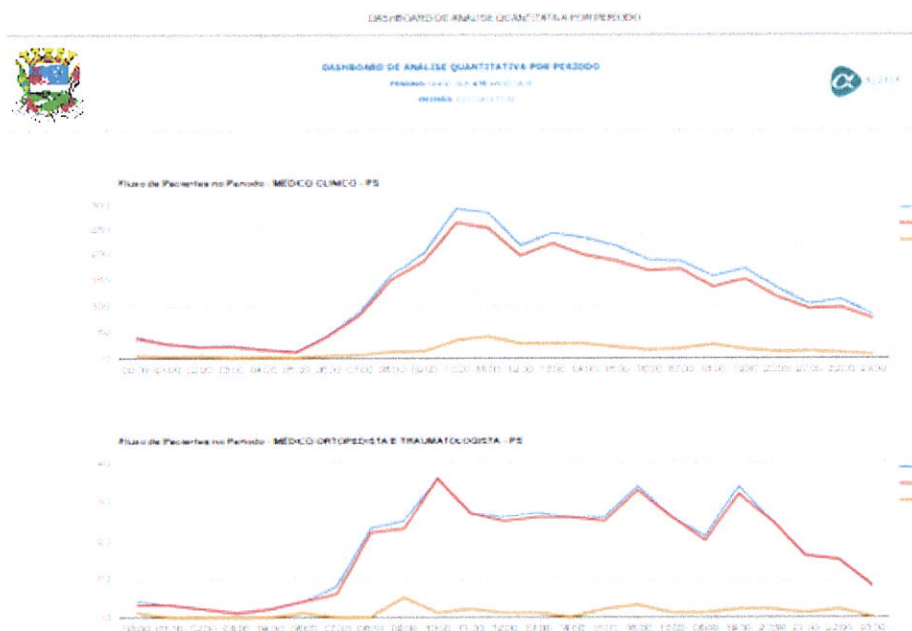
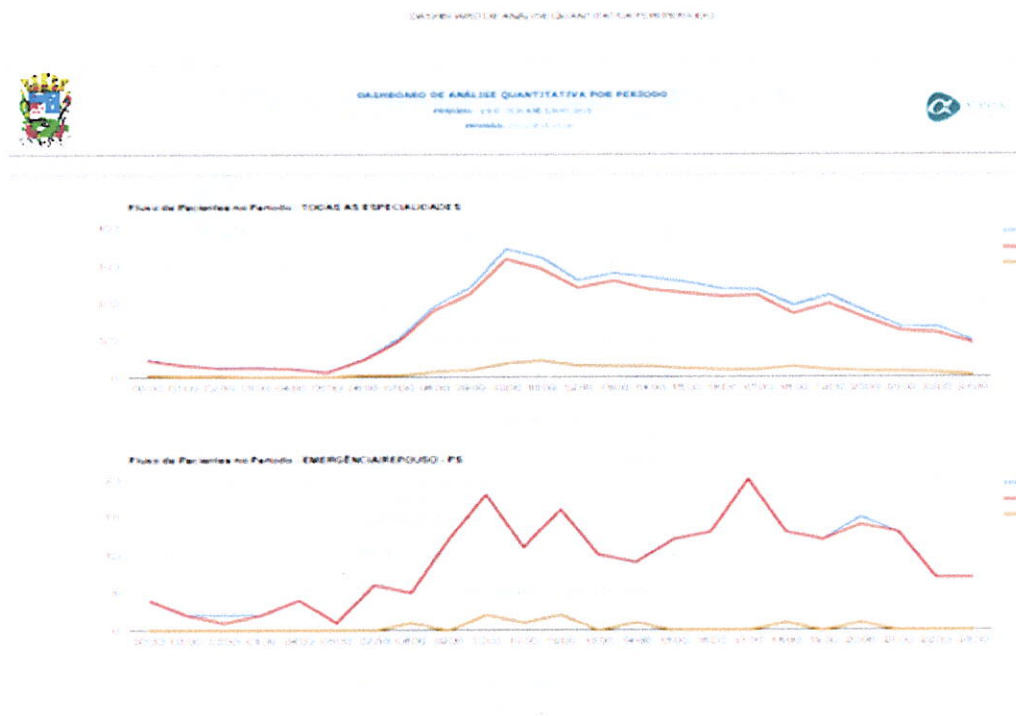
Este relatório demonstra detalhadamente os quantitativos de atendimento por dia oriundos de cada cidade, trazendo transparência e clareza para que o Município saiba exatamente a demanda existente em seu Município bem como das cidades vizinhas que procuram atendimento na Unidade.

Os dados fornecidos por este relatório permite uma análise para futuras ações preventivas em seus atendimentos, sabendo exatamente o quantitativo real do município.

Análise dos Horários de maior demanda

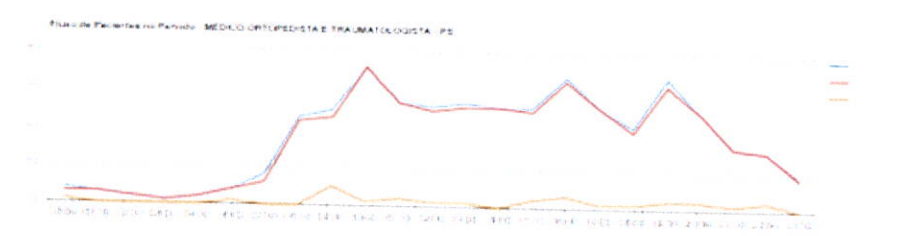
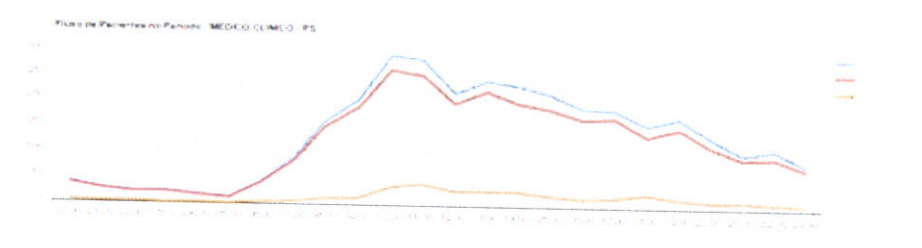
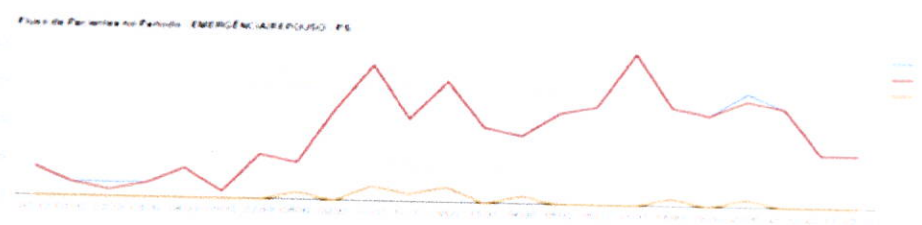
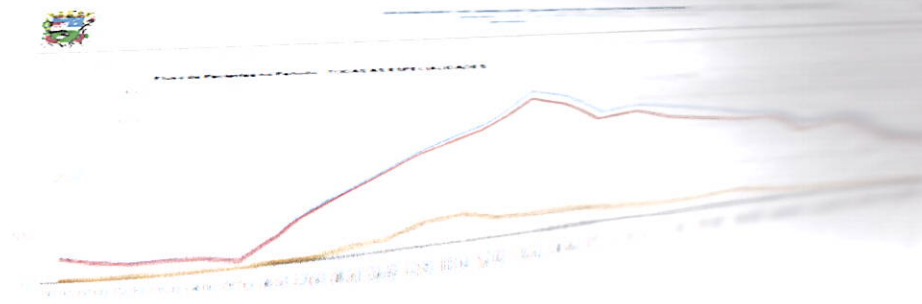
Este relatório apresenta o gráfico de todos os horários frente ao quantitativo de pacientes em atendimento dimensionando assim os horários "de pico". Com esta ferramenta o gestor pode analisar e avaliar o número de profissionais por período,

fazendo todos os ajustes necessários para o melhor atendimento da população e também gerando economicidade ao município.

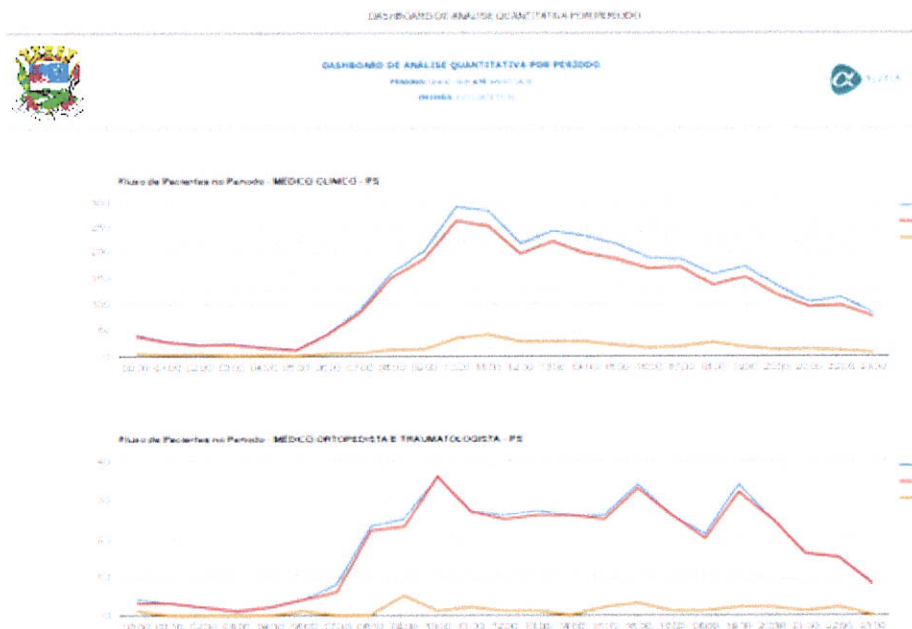
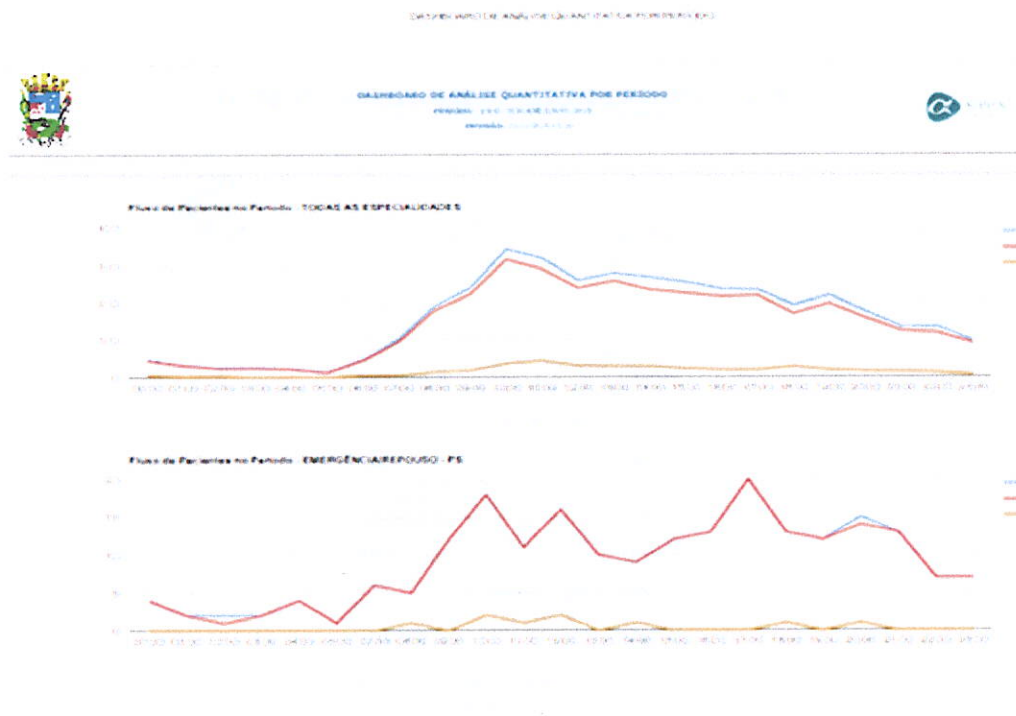


M

fazendo todos os ajustes necessários para o melhor atendimento da população e também gerando economicidade ao município.




fazendo todos os ajustes necessários para o melhor atendimento da população e também gerando economicidade ao município.



M

Este relatório demonstra o quantitativo de atendimento especificado por doença (CID10), permitindo aos gestores visualizar as principais ocorrências epidemiológicas do município, como epidemias.



É possível fazer pesquisas considerando a quantidade de atendimento por bairro (qual CID mais comum naquele bairro), por CID (aonde um determinado CID é mais expressivo), Considerando o período que desejar, seja um dia, um mês, ano, etc.

COVID19 - Importante ferramenta para a identificação dos bairros com maior concentração de casos suspeitos ou confirmados, possibilitando assim as tomadas de decisões pertinentes a cada caso para a cidade.

OBS: É possível analisar online via sistema o CID mais incidente em cada bairro, identificando o problema de cada região e tratando isoladamente e de maneira preventiva. Pode ser apresentado também qual bairro precisa de um determinada ação devido ao apontamento de um CID comum na região.

A plataforma possui uma infinidade de opções de pesquisa, trazendo a informação essencial para o gestor na tomada de decisão. A pesquisa pode ser feita por especialidade, por região, por data, etc.

A partir deste relatório, é possível formular estratégias para atender as necessidades, seja educação permanente, seja reuniões periódicas com os usuários,



bem como notificar a secretaria os CID's que mais prevalecem no município.

Tempo médio de espera



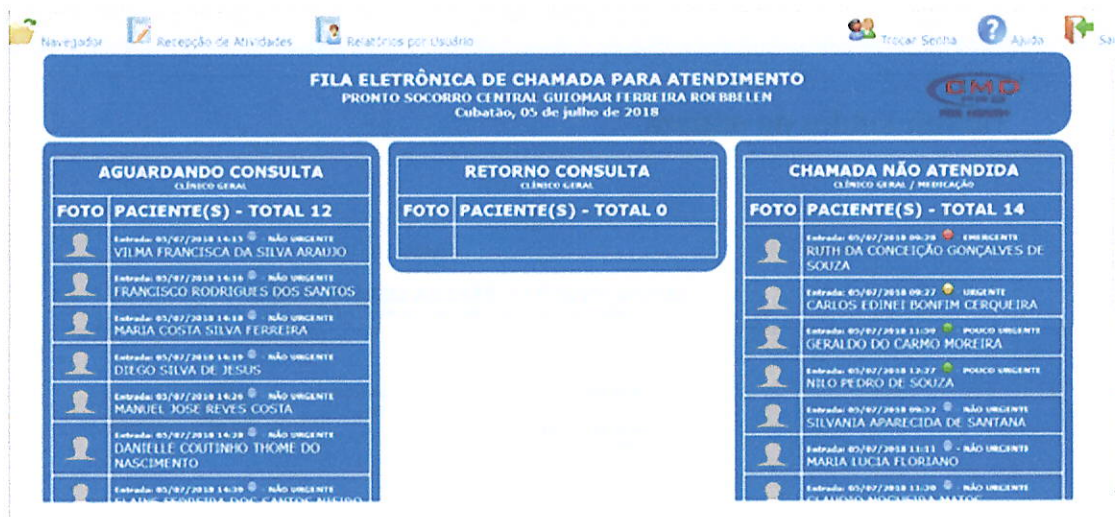
TEMPO MÉDIO DE ESPERA CONSOLIDADO
PRONTO SOCORRO CENTRAL DE MONGAGUÁ

EMISSÃO: 18/11/2020 DATA ATÉ: 18/11/2020
ESPECIALIDADE: 225125 - MEDICO CLINICO - PS

EMISSÃO	RESEPLÃO	CLASS.RISCO	CONSULTA	REFORNO	TEMPO MÉDIO SEM RETORNO	TEMPO MÉDIO COM RETORNO	QTD. TOTAL DE FICHAS NO PERÍODO	PERÍODO
18/11/2020	12:00:00	1	6	02	02	30	32	182
Total (TEMPO MÉDIO DE ESPERA CONSOLIDADO)								182
Total Geral								182

Este apresenta um levantamento diário do tempo médio de espera dos pacientes atendidos na unidade, nos apresentando um controle assíduo e constante da eficiência do atendimento dos nossos profissionais.

Fila de atendimento em tempo real



FILA ELETRÔNICA DE CHAMADA PARA ATENDIMENTO		
PRONTO SOCORRO CENTRAL GUILOMAR FERREIRA ROEBELLEN		
Cubatão, 05 de julho de 2018		
AGUARDANDO CONSULTA CLÍNICO GERAL - TOTAL 12		
FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 12	
	Entrada: 05/07/2018 14:53 - NÃO URGENTE VILMA FRANCISCA DA SILVA ARAUJO	
	Entrada: 05/07/2018 14:58 - NÃO URGENTE FRANCISCO RODRIGUES DOS SANTOS	
	Entrada: 05/07/2018 14:58 - NÃO URGENTE MARIA COSTA SILVA FERREIRA	
	Entrada: 05/07/2018 14:59 - NÃO URGENTE DIEGO SILVA DE JESUS	
	Entrada: 05/07/2018 14:59 - NÃO URGENTE MARNIEL JOSÉ REYES COSTA	
	Entrada: 05/07/2018 14:59 - NÃO URGENTE DANIELLE COUTINHO THOME DO NASCIMENTO	
	Entrada: 05/07/2018 14:59 - NÃO URGENTE MAYARA ROSANIRA DOS SANTOS NUNES	
RETORNO CONSULTA CLÍNICO GERAL - TOTAL 0		
FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 0	
CHAMADA NÃO ATENDIDA CLÍNICO GERAL / RESERVAÇÃO - TOTAL 14		
FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 14	
	Entrada: 05/07/2018 09:39 - URGENTE RUTH DA CONCEIÇÃO GONÇALVES DE SOUZA	
	Entrada: 05/07/2018 09:27 - URGENTE CARLOS EDINEI BONFIM CERQUEIRA	
	Entrada: 05/07/2018 11:09 - POUCO URGENTE GERALDO DO CARMO MOREIRA	
	Entrada: 05/07/2018 12:27 - POUCO URGENTE NÍLO PEDRO DE SOUZA	
	Entrada: 05/07/2018 09:31 - NÃO URGENTE SILVANIA APARECIDA DE SANTANA	
	Entrada: 05/07/2018 11:51 - NÃO URGENTE MARIA LUCIA FLORIANO	
	Entrada: 05/07/2018 11:29 - NÃO URGENTE CLAUDINO JOSÉ SILVA MANTOVANI	

O sistema nos possibilita conforme tela anexa a visualização para tomada de decisão em tempo real, pois nos mostra o quantitativo de pacientes em espera frente ao tempo de atendimento dos nossos profissionais.

Tela no Conforto Médico

O Instituto irá disponibilizar painel eletrônico no conforto médico como forma de mantê-los sempre atentos ao fluxo de pacientes na fila para atendimento no consultório médico. Desta forma os profissionais acompanharão o número e tempo de esperas de pacientes aguardando atendimento. Os profissionais serão orientados a realizar imediato atendimento sempre que houver pacientes em espera, bem como não poderão deixar a clínica médica ou sala de atendimento sem que tenha um profissional realizando atendimento.

É possível que a gestão da Unidade acione o profissional médico (caso seja necessário) mesmo estando a distância, com apenas um clique através do celular ou computador.



Figura: Tela de pacientes em fila eletrônica.

7.2. Assistenciais

7.2.1. Sala de Acolhimento/Classificação de Risco

O atendimento de Urgência e Emergência será feito através do acolhimento com Classificação de Risco, que é um instrumento de humanização ao atendimento, que visa estabelecer classificação mediante protocolo, as queixas destes pacientes, a fim de encaminhá-los a um atendimento ideal de acordo com as necessidades de suas demandas, e com atenção especial aos possíveis casos de Covid19. Será avaliado pela equipe técnica e administrativa um melhor fluxo dentro da Unidade para combate ao Covid-19.

A Classificação de Risco traz segurança tanto para o paciente quanto para o profissional, pois substitui a forma ineficaz e arriscada em muitos casos, de atendimento por ordem de chegada.

A implantação deste fluxo faz com que as pessoas tenham consciência sobre o processo de atendimento, tendo a Instituição como prioridade atender Urgência e Emergência.

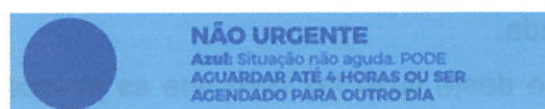
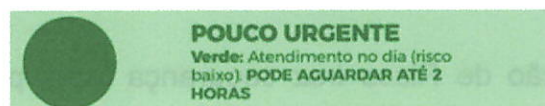
Na sala de atendimento, haverá um enfermeiro que realizará a escuta qualificada com aferição dos sinais vitais e classificação de risco identificando necessidade de atendimento imediato (devendo ser encaminhado para sala de emergência) ou aguardar atendimento clínico de acordo com a gravidade, conforme os principais protocolos utilizados universalmente. Todas as informações serão alimentadas dentro da plataforma tecnológica e posteriormente encaminhadas à assistência médica apropriada na sala de emergência ou consultórios.

Emergências: Em situações onde há risco de perda de vida e, necessitam, portanto, de atendimento imediato, sendo encaminhados para a sala de emergência.

Urgências: Em situações caracterizadas pela gravidade do estado do paciente, não implicando em perda de vida imediata, mas com possível evolução do caso, sendo encaminhados aos consultórios médicos.

Todas as informações serão alimentadas dentro da plataforma tecnológica e posteriormente encaminhadas à assistência médica apropriada na sala de emergência ou consultórios.

A identificação da classificação será diretamente no sistema de atendimento e o paciente será identificado com as cores da classificação sendo elas:



7.2.2. Sala de Urgência/Emergência

A sala de emergência estará preparada com equipe especializada e apta a realizar desde a aplicação de medicação, curativos, drenagens e pequenos procedimentos até atendimentos mais complexos, como uma parada cardíaca com situações onde há risco de perda de vida e, necessitam, portanto, de atendimento imediato.

No entanto, sua estrutura possui capacidade para 04 leitos de atendimento. Serão disponibilizados poltronas reclináveis para atendimento até o momento de internação nos leitos da Unidade, transferência ou alta.

As informações acerca do quadro do paciente serão atualizadas com frequência juntamente com a solicitação de vaga para uma Unidade de atendimento mais adequada ao seu quadro.

7.2.3. Salas de Observação

Nos leitos de observação / internação, masculino, feminino ou isolamento, o médico do plantão acompanhará a evolução do paciente, alimentando diariamente no sistema qualquer informação pertinente ao paciente, inclusive medicamentos, prescrição de dietas, e acompanhamento de novos resultados de exames, entre outros.

As informações acerca do quadro do paciente também serão atualizadas com frequência juntamente com a solicitação de vaga para uma Unidade de atendimento mais adequada ao seu quadro. Será registrado, via sistema de regulação municipal e CROSS.

A Tecnologia da Informação atuante na disponibilização, planejamento, na organização e no gerenciamento dos leitos de enfermaria e observação, envolvendo a área de gestão de pessoas, materiais e equipamentos.

Controle do uso de leitos e equipamentos, exames, medicamentos e outros.
Emissão de relatórios e boletins de prestação de contas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

OBSERVAÇÃO CLÍNICA: Compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de até 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo de Pronto Atendimento, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias.

INTERNAÇÃO: Admissão de pacientes para ocupar um leito por um período superior a 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo de Pronto Atendimento, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias com fins diagnósticos ou terapêuticos, nas seguintes áreas:

CLÍNICA MÉDICA

PEDIATRIA

ORTOPEDIA

ASSISTÊNCIA MÉDICA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

NO PERÍODO DE OBSERVAÇÃO / INTERNAÇÃO ESTÁ INCLUÍDA

- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer.
- Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade, REMUME, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de

Saúde.

- Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente.
- Assistência Nutricional necessária durante o período de observação e internação.
- Direito a acompanhante durante o período da observação e internação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário (as normas que estabelece o direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde).

Nos leitos de observação / internação masculino, feminino ou isolamento, o médico do plantão acompanhará a evolução do paciente, alimentando diariamente no sistema qualquer informação pertinente ao paciente, inclusive medicamentos, prescrição de dietas, e acompanhamento de novos resultados de exames, entre outros.

As informações acerca do quadro do paciente também serão atualizadas com frequência juntamente com a solicitação de vaga para uma Unidade de atendimento mais adequada ao seu quadro. Será registrado, via sistema CROSS.

A Tecnologia da Informação atuante na disponibilização, planejamento, na organização e no gerenciamento dos leitos de enfermaria e observação, envolvendo a área de gestão de pessoas, materiais e equipamentos.

A tecnologia da informação na gestão de leitos de enfermaria e observação atenderá as seguintes demandas:

- Monitoramento de indicadores de desempenho, qualidade e custos.
- Geração de estatísticas: tempo médio de utilização dos leitos (geral e por profissional).
- Histórico de workflow, Histórico de atributos, Histórico de visualizações, Relatórios específicos por processo e Relatórios gráficos com diversidade de apresentação.
- Controle do uso de leitos e equipamentos, exames, medicamentos e outros.
- Emissão de relatórios e boletins de prestação de contas para o Sistema Único

de Saúde (SUS).

A Plataforma do sistema possibilita o controle de todos os setores da Unidade.

7.2.4. Acompanhante

Será permitido, conforme Lei nº10741/03, Lei nº 8.069/1990 e 106/2009, 01 (um) acompanhante para pacientes menores de 18 anos, maiores de 60 anos ou portadores de necessidades especiais.

Manual Informativo para Pacientes e Acompanhantes

- Este manual tem o objetivo de fornecer informações importantes para uma internação segura, confortável e humanizada.
- Solicitamos a colaboração no cumprimento das normas descritas abaixo, e colocamo-nos à sua disposição.

IDENTIFICAÇÃO

- Para a circulação nas dependências de internação o paciente, acompanhante e visitante deve estar com a pulseira de identificação.

PERTENCES

- Os valores e pertences pessoais do paciente internado deverão ser recolhidos pelo seu responsável no ato da internação, devendo ficar apenas produtos de higiene básica (sabonete, escova e creme dental, desodorante, etc.), toalha e uma troca de roupa, que ficarão aos cuidados do paciente e/ou acompanhante;
- Não nos responsabilizamos por perdas, danos ou extravios de quaisquer objetos, inclusive joias, dinheiro, cartões de crédito, celulares e pertences em geral.

ACOMPANHANTES

- É permitido apenas 01 (um) acompanhante, no Setor de Classificação de Risco e Consultório Médico;
- É permitido apenas 01 (um) acompanhante, no Setor de Repouso, para: Paciente com idade inferior a 18 anos, atendendo ao Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990).
- Paciente com idade superior a 60 anos, segundo critério médico, atendendo ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003).
- Paciente psiquiátrico.
- Paciente com necessidades especiais.
- (Exceções somente com autorização, por escrito, do enfermeiro responsável pelo setor).
- As trocas de acompanhantes são realizadas na recepção das 08:00h às 09:00h (manhã) e 19:00h às 20:00h (noite); Podendo ser alterado de acordo com as necessidades.
- O acompanhante de paciente adulto deverá ser preferencialmente do mesmo sexo a fim de se evitar possíveis constrangimentos aos demais pacientes do quarto;
- O acompanhante deve permanecer no quarto, cuidando somente de seu familiar, caso haja necessidade de se ausentar, deverá informar à equipe de enfermagem;
- Caso haja transferência do paciente para outra unidade de saúde, poderá haver um acompanhante no momento da saída;
- Não é permitido acompanhante na Sala de Emergência. (Exceções somente com autorização, por escrito, do médico responsável ou do enfermeiro do Setor).

TERMO DE CIÊNCIA

<p>Eu, (PACIENTE/RESPONSÁVEL)</p> <hr/> <p>portador do documento de número (RG/CPF) _____ declaro que recebi o manual de normas e rotinas para pacientes, acompanhantes e visitantes.</p> <p>DATA ____/____/____</p> <hr/> <p>ASSINATURA</p> <p>ENFERMEIRO (Carimbo e assinatura): _____</p>
--

CONTROLE DE INFECÇÃO

Antes de entrar no quarto, lave as mãos;

Os visitantes e acompanhantes não devem deitar, sentar ou colocar pertences no leito do paciente;

Não é permitido fumar dentro da Unidade e dependências;

Não é permitido trazer flores;

No caso de isolamento, as visitas são restritas. Dirija-se ao posto de enfermagem para receber orientações.

7.2.5. Visitas

As visitas estão suspensas durante a pandemia da Covid 19, ao findar este momento que estamos vivenciando, os horários poderão ser conforme abaixo, ou poderão ser redefinidos de acordo com a necessidade do local.

08h00 as 09h00

16h00 às 17h00

Quando retornarmos com as visitas, será permitido apenas um visitante por paciente por vez.

REPOUSO: É permitido 02 visitantes, **sem revezamento**;

Permitimos visitas religiosas, desde que com credenciais específicas para o desempenho de suas funções e identificados pela recepção.

Os visitantes serão devidamente identificados com pulseiras.

Os horários poderão ser alterados em comum acordo com a SMS –Poá.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Antes de entrar no quarto, lave as mãos;

Os visitantes e acompanhantes não devem deitar, sentar ou colocar pertences no leito do paciente;

Não é permitido fumar dentro da Unidade e dependências;

Não é permitido trazer flores;

No caso de isolamento, as visitas são restritas. Dirija-se ao posto de enfermagem para receber orientações.

7.2.6. Posto de Medicação

A padronização de medicamentos segue a lista classificada do REMUME municipal de Poá e deverá atender o perfil de atendimento clínico, de forma a garantir uma terapêutica eficiente.

Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis. No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;

APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista:

Deverão seguir alguns itens de verificação segura de medicamento:

Identificação do paciente

Identificação do prescritor na prescrição

Identificação da instituição na prescrição

Legibilidade

Não ter uso de abreviaturas

Expressão de doses

Cálculo de dose, via e quantidade

As prescrições verbais deverão ser apenas concedidas em caso de urgência e emergência e validada pelo prescritor assim que possível

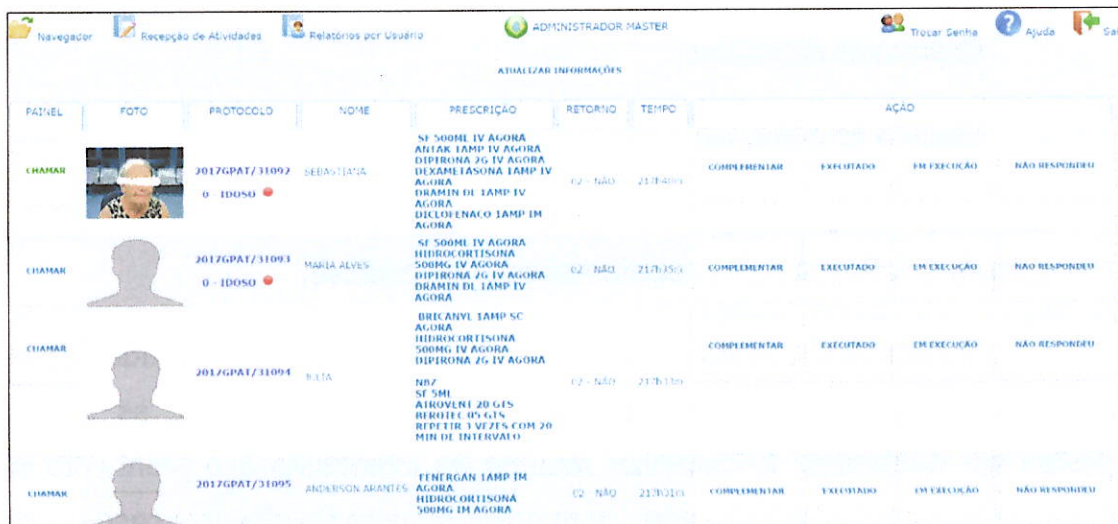
Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas: Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe, que prestará assistência ao paciente). O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante: Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos

pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose. Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

As prescrições de medicamentos serão fornecidas de forma eletrônica.

O profissional de enfermagem terá acesso à fila de espera de medicação com as informações da medicação a ser ministrada, pacientes por prioridades de classificação de risco, tempo de espera e retorno de atendimento.



PAINEL	FOTO	PROTOCOLO	NOME	PRESCRIÇÃO	RETORNO	TEMPO	AÇÃO			
CHAMAR		2017GPAT/31092	SEBASTIÃO	SF 500ML IV AGORA AZULOR 1AMP IV AGORA DIPIRONA 76 IV AGORA DEXAMETASONA 1AMP IV AGORA DRAMIN DI 1AMP IV AGORA DICTIOFENACO 1AMP IM AGORA	02 - NÃO	21:7:40h	COMPLEMENTAR	EXECUTADO	EM EXECUÇÃO	NÃO RESPONDEU
CHAMAR		2017GPAT/31093	MARIA ALVES	SF 500ML IV AGORA HIDROCORTISONA 500MG IV AGORA DIPIRONA 76 IV AGORA DRAMIN DI 1AMP IV AGORA	02 - NÃO	21:7:35h	COMPLEMENTAR	EXECUTADO	EM EXECUÇÃO	NÃO RESPONDEU
CHAMAR		2017GPAT/31094	ELISA	DRECANVL 1AMP SC AGORA HIDROCORTISONA 500MG IV AGORA DIPIRONA 76 IV AGORA	02 - NÃO	21:7:11h	COMPLEMENTAR	EXECUTADO	EM EXECUÇÃO	NÃO RESPONDEU
CHAMAR		2017GPAT/31095	ANDRÉSON ARANTES	NEB/ SF 5ML ATROVENT 20 GTS BIBOTE 05 GTS REPETIR 3 VEZES COM 20 MIN DE INTERVALO	02 - NÃO	21:7:01h	COMPLEMENTAR	EXECUTADO	EM EXECUÇÃO	NÃO RESPONDEU

Figura: atendimento de enfermagem

7.2.7. Sala de Inalação

INALAÇÃO, NEBULIZAÇÃO

As doenças respiratórias são muito comuns em alguns períodos do ano, especialmente durante o outono e o inverno em decorrência da queda nas temperaturas

e o tempo seco. Além disso, elas surgem com mais frequência em pessoas que pertencem aos grupos de risco, como crianças e idosos.

Os sintomas são desconfortáveis e deve ser tratados o quanto antes. É aí que entra a importância de procurar um atendimento médico. Esse profissional vai analisar o quadro clínico do paciente e prescrever a medicação e o tratamento adequados.

Por isso, é necessário entender o que é nebulização. Afinal, esse recurso terapêutico é um dos mais recomendados pelos médicos para reduzir e aliviar os sintomas respiratórios, como tosse, falta de ar e chiado no peito.

Inalação ou Nebulização é a aspiração do ar do ambiente com substância inaláveis como vapor de água, medicamentos, através das vias respiratórias para dentro dos alvéolos pulmonares. Difere da inspiração que se refere a uma das fases da respiração.

A nebulização é um tipo de aerossolterapia, ou oxigenioterapia, procedimento que utiliza a inalação de vapores como via medicamentosa.

Tal método é amplamente indicado no tratamento de problemas respiratórios agudos e crônicos de diversas origens, incluindo asma, bronquites, sinusites, infecções e inflamações em geral. Também é atuante na administração de medicamentos bronco dilatadores e na umidificação das vias aéreas, além de fluidificar secreções.

Será disponibilizados esse serviço na Unidade de acordo com prescrição médica em local disponibilizado com rede de gases suficientes para atender a demanda de atendimento nas 24h do dia.

A enfermagem poderá acompanhar a quantidade e o tempo de pacientes em execução de medicação através da tela do sistema.

7.2.8. Sala de Curativo/Sutura

Na sala de Curativo/Sutura serão realizados os procedimentos tratativos. Isto é, no momento do trauma são interrompidas as conexões vasculares e nervosas, sendo que, quanto mais extenso o traumatismo, maior é o número de elementos lesados. Podem ser encontrados nas feridas tecidos desvitalizados, sangue extravasado, microrganismos ou corpos estranhos, como terra, fragmento de madeira, vidro e outros, dependendo do tipo de acidente e do agente causal.

Após lesão tecidual de qualquer natureza, o organismo desencadeia a cicatrização, considerado um processo extremamente complexo, composto de uma série de estádios, interdependentes e simultâneos, envolvendo fenômenos químicos, físicos e biológicos.

Conforme a intensidade do trauma, a ferida pode ser considerada superficial, afetando apenas as estruturas de superfície, ou grave, envolvendo vasos sanguíneos mais calibrosos, músculos, nervos, fâscias, tendões, ligamentos ou ossos.

Independentemente da etiologia da ferida, a cicatrização segue um curso previsível e contínuo, sendo dividida didaticamente em três fases (fase inflamatória, fase proliferativa e fase de maturação).

O cuidado com feridas traumáticas é determinado pela forma como são tratadas. Cada tipo de fechamento da ferida tem um efeito sobre a cicatrização. Pode ocorrer cicatrização por primeira, segunda ou terceira intenção.

Os objetivos do curativo são a proteção da ferida, prevenção de infecção em caso de fechamento por segunda intenção ou uso de dreno e facilitação do processo de cicatrização.

A escolha do curativo irá depender do tipo de procedimento, tamanho da ferida, presença de drenagem ou sinais de infecção do sítio cirúrgico (ISC).

Em geral, quando falamos em curativos, logo, lembramos-nos de kits básicos de primeiros socorros, com gaze, solução fisiológica, esparadrapo. Mas os curativos têm a finalidade de promover rápida cicatrização, prevenir e evitar infecções locais, além de

gerar conforto aos pacientes.

Feridas são interrupções da integridade de um tecido ou órgão, podendo atingir desde a epiderme até estruturas mais profundas”.

As feridas são tratadas como feridas cirúrgicas ou feridas traumáticas. A seguir, segue a diferença entre elas:

Feridas cirúrgicas: como o nome já diz, são provocadas por tratamentos cirúrgicos.

Feridas traumáticas: são causadas acidentalmente, por agentes que podem ser mecânicos (acidentes, perfuração por armas), físicos (frio, calor, radiação), químicos (ácido, soda cáustica) e biológicos (contato com animais ou parasitas).

Independentemente de qual tipo de ferida precisa ser tratada, o curativo tem papel fundamental para uma boa evolução das feridas, até o fechamento e cicatrização perfeita das mesmas. Um bom curativo deve atender a essas finalidades:

- Limpar a lesão e a pele adjacente;
- Reaproximar as bordas do corte;
- Evitar infecções;
- Manter medicamentos em contato com a ferida;
- Absorver secreções;
- Proteger de traumas mecânicos;
- Acelerar a cicatrização;
- Aliviar a dor;
- Oferecer conforto ao paciente.

Existem vários tipos de curativos. Inicialmente, foram desenvolvidos apenas para proteção das feridas e até hoje são utilizados. Estes são chamados de curativos passivos. No entanto, assim como toda a medicina, os curativos também evoluíram e surgiram, então, os curativos ativos.

Os curativos bioativos e hidroativos criam um ambiente apropriado para a cura das lesões e liberam substâncias que auxiliam na cicatrização, acelerando a função e regeneração tecidual.

Os curativos também recebem uma classificação referente à maneira como cobrem as feridas. A seguir, vamos apresentar quais são os tipos de curativos:

Oclusivo — não permite trocas entre a ferida e o ambiente, ou seja, impede a entrada de ar e absorve completamente os fluidos, evitando a formação de crostas;

Semioclusivo — permite que a ferida “respire” e capta o exsudato, mantendo os líquidos eliminados fora do contato com a ferida;

Compressivo — restringe o fluxo sanguíneo na região da ferida e facilita a aproximação das bordas da lesão;

Abertos — as feridas são limpas e recebem medicação, porém sem cobrir o local da lesão.

Curativos prontos – são curativos que já vêm com substâncias que ajudam na cicatrização, absorção de secreções e no controle de bactérias, prontos para aplicação e, geralmente, são mais caros.

O fato é que um bom curativo, feito pela equipe especializada, deve seguir algumas etapas para que seja eficiente, são elas: higienização das mãos e local onde será feito, retirada do curativo anterior (se for o caso), tratamento da ferida e aplicação do novo curativo.

Os curativos devem ser limpos, secos e devem permitir a ventilação. Algumas feridas necessitam que os curativos sejam trocados mais que uma vez ao dia. Por isso, é importante ter orientação médica ou de um enfermeiro para saber qual é a forma mais adequada de tratar as feridas.

Os curativos crônicos deverão respeitar as determinações da Secretaria de

Saúde juntamente com a atenção primária.

Serão realizados curativos aos fins de semana e em casos antecipadamente definidos e em comum acordo com a Secretaria de Saúde.

Deverão ser respeitados horários e grau de complexidade, ou seja, para casos de curativos altamente infectantes serão realizados em horários estipulados.

Toda e qualquer alteração será avisado aos Órgãos competentes antecipadamente.

SUTURAS

Conjunto de manobras realizadas para unir tecidos com a finalidade de restituir a anatomia funcional.

A sutura é definida pela aproximação das estruturas teciduais através da disposição ordenada de inúmeros nós cirúrgicos e exige conhecimento da técnica, dos fios e de suas aplicações em cada tipo de tecido.

Objetivos básicos de uma sutura:

- Evitar infecção da ferida;
- Promover a hemostasia;
- Diminuir o tempo de cicatrização;
- Favorecer um resultado estético.

As suturas devem ser realizadas em feridas limpas, feridas com contaminação recente e feridas sem infecção.

Para se realizar uma boa sutura, algumas normas básicas são necessárias:

Assepsia adequada: infecções podem fazer deiscência de sutura, por que enfraquecem e destroem os tecidos.

Bordas regulares: facilita a exposição das suturas e sua execução.

Boa captação das bordas: bordas bem alinhadas e coaptadas facilitam o processo de cicatrização, reduz formação de queloides e contribui para uma melhor estética.

Hemostasia: hematomas dificultam a cicatrização e favorece infecções (meio de cultura para os microrganismos). Cuidado! Excesso de hemostasia pode fazer isquemia e promover necrose tecidual.

Evitar espaço morto: pode haver acúmulo de líquidos e afastar os tecidos.

Realizar por planos: promove bom confrontamento das bordas e evita o espaço morto.

Realizar a técnica adequadamente: adequar a sutura ao tecido, com relação à tensão, tipo de fio e espaçamento correto entre os pontos.

Evitar isquemia e corpos estranhos

Utilizar material apropriado

Não se deve suturar quando estiver diante de:

- Feridas/lesões infectadas;
- Mordidas de animais;
- Perfurações profundas;
- Debris que não podem ser completamente removidos;
- Suturas que demandam muita tensão do tecido;
- Feridas com sangramento ativo não controlado;
- Feridas superficiais (escoriações e erosões),

Material a ser utilizado na sutura:

- Pinças de dissecação

- Porta agulhas
- Agulhas
- Fios cirúrgicos

Sempre se atentar a profilaxia antitetânica e rever o esquema vacinal de cada paciente que chega com um ferimento e ao tipo de ferida.

7.2.9. Sala de Coleta de Exames

Local individualizado destinado a coleta de exames laboratoriais provindo do atendimento médico da porta.

7.2.10. Consultórios

Os consultórios médicos estarão equipados para atender as necessidades dos munícipes.

Serão disponibilizados dois consultórios médicos e um de pediatria nas 24 horas do dia.

Contarão com sistema informatizado, sendo os prontuários eletrônicos.

O local contará com conforto para acolher e humanizar o atendimento.

Também serão disponibilizadas duas salas de classificação de risco, seja adulto e pediatria.

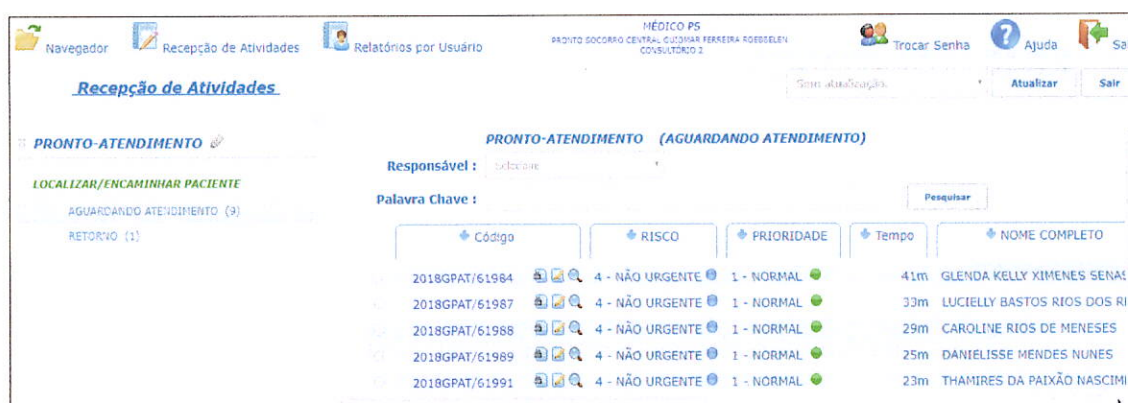
Serão equipados contendo sistema informatizado interligados aos demais locais

internos de atendimento.

Durante a consulta, na ficha do paciente, serão inseridos os dados da avaliação médica, bem como todos os procedimentos necessários posteriores a ela, como: sala de gesso, medicação, prescrição médica, procedimentos realizados, solicitações de exames, encaminhamento para observação em leitos internos, Unidades Básicas de Saúde ou internação em hospital de referência, atendendo cada paciente conforme suas necessidades.

Todas as solicitações serão encaminhadas automaticamente via sistema para as diretrizes apontadas pelo profissional médico.

No atendimento médico, bem como na triagem e procedimentos, os profissionais visualizam na tela abaixo a relação de pacientes que aguardam atendimento, e se é um atendimento primário ou retorno, sendo possível intercalar e considerando a classificação de risco de cada paciente.



The screenshot shows a web interface for a medical reception system. At the top, there are navigation icons for 'Navegador', 'Recepção de Atividades', and 'Relatórios por Usuário'. The user is logged in as 'MÉDICO PS' (PROF. DR. GUSTAVO FERREIRA ROSEDELEI) in the 'CONSULTÓRIO 2'. The main section is titled 'Recepção de Atividades' and 'PRONTO-ATENDIMENTO (AGUARDANDO ATENDIMENTO)'. It includes a search bar, a 'Responsável' dropdown, and a 'Palavra Chave' search field. Below this is a table of patients with columns for 'Código', 'RISCO', 'PRIORIDADE', 'Tempo', and 'NOME COMPLETO'. The table lists five patients, all with a risk level of '4 - NÃO URGENTE' and a priority of '1 - NORMAL'. The waiting times range from 23m to 41m.

Código	RISCO	PRIORIDADE	Tempo	NOME COMPLETO
2018GPAT/61984	4 - NÃO URGENTE	1 - NORMAL	41m	GLENDY KELLY XIMENES SENAI
2018GPAT/61987	4 - NÃO URGENTE	1 - NORMAL	33m	LUCIELLY BASTOS RIOS DOS RI
2018GPAT/61988	4 - NÃO URGENTE	1 - NORMAL	29m	CAROLINE RIOS DE MENESES
2018GPAT/61989	4 - NÃO URGENTE	1 - NORMAL	25m	DANIELISSE MENDES NUNES
2018GPAT/61991	4 - NÃO URGENTE	1 - NORMAL	23m	THAMIRES DA PAIXÃO NASCIMI

Figura: Tela de Atendimento médico e procedimentos

FAA - ATENDIMENTO MÉDICO

A tela de atendimento médico é bem dinâmica, facilitando o atendimento do profissional, não havendo necessidade de abrir múltiplas telas, todas as informações poderão ser inseridas em uma única barra de rolagem.

7.2.11. Posto de Enfermagem

Local destinado a enfermagem para execução de atividades técnicas específicas e administrativas.

É utilizado para preencher prontuários, preparar medicamentos, monitorar estado de saúde de pacientes.

O posto deve atender a toda equipe multidisciplinar, bem como estar equipada com sistema informatizado

Os postos de enfermagem serão readequados para garantir a demanda nas 24h do dia, seja para atender a demanda da porta, observação (leitos), sala de choque e emergência.

7.3. Serviços de Apoio

A Instituto Alpha fornecerá infraestrutura necessária e qualificada com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, obedecendo às Resoluções dos Conselhos Profissionais e às Normas do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (NR32) e à RDC 50 da ANVISA, respeitando as exigências do Termo de Referência e as limitações arquitetônicas do imóvel.

7.3.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

O Pronto Atendimento realizará exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes encaminhados e ou referenciados das unidades básicas do município.

Os exames e outros serviços necessários ao apoio do diagnóstico serão

7.2.11. Posto de Enfermagem

Local destinado a enfermagem para execução de atividades técnicas específicas e administrativas.

É utilizado para preencher prontuários, preparar medicamentos, monitorar estado de saúde de pacientes.

O posto deve atender a toda equipe multidisciplinar, bem como estar equipada com sistema informatizado

Os postos de enfermagem serão readequados para garantir a demanda nas 24h do dia, seja para atender a demanda da porta, observação (leitos), sala de choque e emergência.

7.3. Serviços de Apoio

A Instituto Alpha fornecerá infraestrutura necessária e qualificada com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, obedecendo às Resoluções dos Conselhos Profissionais e às Normas do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (NR32) e à RDC 50 da ANVISA, respeitando as exigências do Termo de Referência e as limitações arquitetônicas do imóvel.

7.3.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

O Pronto Atendimento realizará exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes encaminhados e ou referenciados das unidades básicas do município.

Os exames e outros serviços necessários ao apoio do diagnóstico serão

prestados aos pacientes até 24 horas durante o dia, dentro dos limites do perfil da Unidade conforme prevê o Edital.

O Sistema permitirá ao profissional médico ou enfermeiro alimentar as informações do atendimento ao paciente dentro da plataforma digital, como: Solicitações internas (medicação, procedimentos internos, e exames).

Com o prontuário eletrônico, os custos com exames complementares são reduzidos, pois não serão solicitados em duplicidade, o profissional de saúde tem acesso a TODOS os resultados de exames solicitados anteriormente.



AGUARDANDO MEDICAÇÃO		EXECUÇÃO MEDICAÇÃO		CHAMADA NÃO ATENDIDA	
FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 4	FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 4	FOTO	PACIENTE(S) - TOTAL 1
	Entrada: 05/07/2018 14:13 - NÃO URGENTE VILMA FRANCISCA DA SILVA ARAUJO		Entrada: 05/07/2018 13:37 - URGENTE FILOMENA PINTO		Entrada: 05/07/2018 13:17 - NÃO URGENTE MARIA ROSEVANIA LEAL
	Entrada: 05/07/2018 14:18 - NÃO URGENTE DEIGO SILVA DE JESUS		Entrada: 05/07/2018 14:48 - URGENTE ZENAIDE MARIA DA SILVA		
	Entrada: 05/07/2018 14:14 - NÃO URGENTE FRANCISCO RODRIGUES DOS SANTOS		Entrada: 05/07/2018 14:08 - POUCO URGENTE MARIA DE FATIMA EPIFANIO DE MOURA		
	Entrada: 05/07/2018 14:30 - NÃO URGENTE MANUELL JOSÉ REVES COSTA		Entrada: 05/07/2018 13:21 - NÃO URGENTE MARIA DO SOCORRO ALVES DA SILVA		

Figura: Fila Painel de atendimento – Procedimentos (medicação, exames)

OBS: Se os atendimentos possuírem uma recepção em comum, as telas mudarão automaticamente sendo apresentadas de maneira intercalada.

Os exames poderão ser realizados interno ou externamente, conforme segue:

INTERNO: Eletrocardiograma e Raio-X (digital), exames laboratoriais (coleta) serão realizados dentro da Unidade e os resultados devem estar disponíveis conforme normatização.

EXTERNO: Já os demais exames como tomografia, Ultrassonografia, etc, poderão ser realizados em Hospitais de referência, acompanhados pela equipe de remoção, quando necessário.

A. Raios-X

Os exames serão realizados dentro da Unidade com equipamento digital, e serão disponibilizados para consulta a qualquer momento, permitindo ao profissional, inclusive, a evolução dos resultados em caso de repetições dos exames, pois ficará disponível no prontuário do paciente.

B. Eletrocardiograma

Os exames de eletrocardiograma, também conhecido como ECG ou eletrocardiografia serão realizados na Unidade e serão disponibilizados para consulta a qualquer momento, permitindo ao profissional do Pronto Atendimento uma análise e conclusão.

Por ser um exame rápido, o diagnóstico dele poderá mostrar a existência de diversos problemas cardíacos, entre eles:

- Irregularidades no ritmo cardíaco (arritmia);
- Aumento de cavidades cardíacas;
- Patologias coronarianas;
- Infarto do miocárdio;
- Distúrbios na condução elétrica do órgão;
- Problemas nas válvulas do coração;
- Pericardite - Inflamação da membrana que envolve o coração;
- Hipertrofia das câmaras cardíacas - átrios e ventrículos;
- Doenças que isolam o coração - derrame pericárdico ou pneumotórax;
- Infarto em situações emergenciais;
- Doenças genéticas;
- Doenças transmissíveis (Doença de Chagas).

O eletrocardiograma poderá também monitorar se dispositivos mecânicos implantados no coração estão em perfeito funcionamento, entre eles o marca-passos, e também se o uso de determinados medicamentos estão causando efeitos colaterais no

coração.

C. Exames Laboratoriais

Os exames laboratoriais serão coletados e encaminhados para o laboratório que atenderá dentro do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida a ser contratado pelo Instituto Alpha. Os resultados serão disponibilizados para a Unidade de atendimento para diagnóstico e análise médica.

O Instituto irá disponibilizar os serviços de exames laboratoriais do Pronto Atendimento, bem como, apoio laboratorial da Rede Básica do Município de Poá.

Os exames realizados são os elencados abaixo, conforme constam no Edital:

TIPO	QTD/ MÊS
ANTICORPOS ANTI-CCP CITRULINA	20
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	20
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (3 DOSAGENS)	10
DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	3
DOSAGEM DE ACIDO URICO	1.000
DOSAGEM DE ALDOLASE	4
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA	10
DOSAGEM DE AMILASE	180
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	100
DOSAGEM DE CALCIO	380
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL	20
DOSAGEM DE CLORETO	3
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1.400
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1.400
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1.700
DOSAGEM DE CREATININA	1.800
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	650
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	220
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	25
DOSAGEM DE FERRITINA	160
DOSAGEM DE FERRO SERICO	120
DOSAGEM DE FOLATO	30
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	80
DOSAGEM DE FOSFORO	30
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	300
DOSAGEM DE GLICOSE	2.000
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	950
DOSAGEM DE LACTATO	2
DOSAGEM DE LIPASE	5

DOSAGEM DE MAGNESIO	110
DOSAGEM DE POTASSIO	1.000
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	2
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	30
DOSAGEM DE SODIO	1.000
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	1.300
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1.300
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	20
DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1.700
DOSAGEM DE UREIA	1.300
DOSAGEM DE VITAMINA B12	130
ELETROFORESE DE PROTEINAS	1
GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCESSO OU DEFICIT BASE)	15
DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	350
CONTAGEM DE RETICULOCITOS	2
DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	3
DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	3
DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	50
DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	50
DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)	250
DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	1
DOSAGEM DE FATOR IX	1
DOSAGEM DE FATOR V	1
DOSAGEM DE FATOR VII	1
DOSAGEM DE FATOR VIII	1
DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	1
DOSAGEM DE FATOR XI	1
DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	1
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	10
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	10
ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	2
HEMATOCRITO	5
HEMOGRAMA COMPLETO	2.900
LEUCOGRAMA	2
PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	2
PESQUISA DE CELULAS LE	2
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	2
CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	1
DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	2
DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	270
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	4
DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	350
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	2
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	3
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	3
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	2
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	90
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	6
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	650
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	1

PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	15
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	2
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	350
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	3
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	10
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	3
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	3
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	1
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	180
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	55
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	150
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	25
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	90
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	100
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	350
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	2
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	1
PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	90
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS	3
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	70
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	5
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	90
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	180
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS	3
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	25
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	100
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	1
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES	3
PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	10
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	300
PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	30

PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	80
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	250
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLUORESCENCIA)	20
TESTE TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	2
TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS	350
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	20
TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	10
TESTE NAO TREPONEMICO P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTES	50
DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	1
DOSAGEM DE TROPONINA	150
DOSAGEM DO ANTIGENO CA 125	30
PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	15
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	850
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	30
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	2.200
CLEARANCE DE CREATININA	15
DOSAGEM DE CITRATO	1
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	60
DOSAGEM DE OXALATO	1
DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	15
DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	1
DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	1
DOSAGEM DE ALDOSTERONA	3
DE ANDROSTENEDIONA	4
DOSAGEM DE CORTISOL	5
DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	3
DOSAGEM DE ESTRADIOL	50
DOSAGEM DE ESTRIOL	3
DOSAGEM DE ESTRONA	1
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	45
DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	4
DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	80
DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	60
DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	1.500
DOSAGEM DE INSULINA	15
DOSAGEM DE PARATORMONIO	10
DOSAGEM DE PEPTIDEO C	3
DOSAGEM DE PROGESTERONA	10
DOSAGEM DE PROLACTINA	50
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	5
DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	3
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	30
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	10
DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	2
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	170
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	1.000
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	500
PESQUISA DE MACROPROLACTINA	2
DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	1

DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	2
DOSAGEM DE COBRE	2
DOSAGEM DE FENITOINA	2
DOSAGEM DE LITIO	2
DOSAGEM DE ZINCO	2
ANTIBIOGRAMA	60
BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	90
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	15
CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	700
CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	6
EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO)	5
HEMOCULTURA	15
CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	2
CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	2
DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	2
DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	2
ELETRÓFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	2
EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	2
PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR	2
PESQUISA DE ESPERMATOZOIDEOS (APOS VASECTOMIA)	8
REACAO DE PANDY	2
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	150
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	150
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	25
COAGULOGRAMA COMPLETO	170
PSA LIVRE	80
TRANSFERRINA SERICA	5
COLESTEROL VLDL	1.000
LCR LIQUIDO CEFALOR RAQUIDIANO	2
ALBUMINA	5
FRUTOSAMINA	1
VITAMINA A	1
VITAMINA E	1
VITAMINA B1	1
VITAMINA B6	1
VITAMINA D (1,25OH)	3
ANTI-GAD	2
ANTICORPOS ANTI-ENDOMISIOIgA	2
ANCA C e P ANTINEUTROFILOS	2
AVIDEZPARA TQXOPLASMOSE AC IgG	2
ANTIRECEPTOR DE TSH – TRAB	2
CA-15-3	3
CA-19-9	3
T3 LIVRE	3
CURVA INSULINEMICA	3
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA G (IGG)	8
EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	400
EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL E DE MAMA)	5
EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA POR PEÇA CIRURGICA OU POR BIOPSIA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	30

IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	5
IGE ESPECIFICO PARA CASPA DE CÃO (E5)	5
IGE ESPECIFICO PARA EPITELIO DE COBAIA (E6)	5
RAST E7 - ESCREMENTO DE POMBO	5
RAST E70 - PENAS DE GANSO	5
RAST E71 - PELO DE RATINHO	5
RAST E72 - URINA DE RATINHO	5
RAST E73 - PELO RE RATAZANA	5
IGE ESPECIFICO PROTEINA URINARIA DA RATAZANA (E74)	5
IGE ESPECIFICO PROTEINAS SERICAS DA RATAZANA (E75)	5
IGE ESPECIFICO PARA PROTEINA SERICA DO RATO (E76)	5
RAST E77 - ESCREMENTO DE PERIQUITO	5
RAST E78 - PENAS DE PERIQUITO	5
IGE ESPECIFICO PROTEINA SERICA DO PERIQUITO (E79)	5
RAST E80 - PELO DE CABRA	5
RAST E81 - PELO DE CARNEIRO	5
IGE ESPECIFICO PARA EPITELIO DE COELHO (E82)	5
RAST E83 - PELO DE PORCO	5
RAST E84 - PELO DE HAMSTER (RATO)	5
RAST E85 - PENAS DE GALINHA	5
RAST E86 - PENAS DE PATO	5
RAST E89 - PENA DE PERU	5
DIMERO D	10
TESTE RÁPIDO ANTI HIV	10
TESTE RÁPIDO HBSAG	10
TESTE RAPIDO HEP C	10
TESTE DENGUE NS1	10
TOTAIS:	39.251

7.3.2. Atendimento do Serviço Social

O Instituto Alpha manterá na unidade o atendimento de Serviço Social com 2 Assistentes Sociais em escalas de plantão administrativo.

Dentre os serviços prestados, elencamos alguns abaixo:

- Prestar orientação social aos pacientes e familiares;
- Realizar atendimento individualizado, utilizando como instrumentos a entrevista e o parecer social;
- Realizar encaminhamentos à rede de instituições de serviços existentes, tais como: Conselhos Tutelares e de Direitos, Delegacias Especializadas, Ministério Público, Secretarias (de Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos), entre outras;

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Envolve o empenho de grandes volumes de recursos públicos.

O Instituto Alpha contemplará as diretrizes e prioridades do Município – envolvendo a inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamento, abastecimento, gerenciamento, armazenamento, controle e distribuição dos mesmos na Unidade de Saúde. O acompanhamento será feito de forma informatizada, reunindo todas as informações necessárias, referentes ao fluxo em estoque até a dispensação, priorizando o controle eficiente de medicamentos, materiais e insumos.

7.3.5. Almojarifado

O almojarifado da Unidade será responsável pelo correto fluxo de recebimento dos materiais, correto armazenamento, controle de estoque, e sua movimentação, distribuição para as áreas de atendimento ao paciente e as áreas de apoio como: medicamentos e insumos, lavanderia, rouparia, manutenção predial e de equipamentos, conservação e limpeza, entre outros.

Atuamos em conformidade com as Regulamentações que dispõe sobre as boas práticas de distribuição, armazenagem de medicamentos e materiais.

O setor fará a gestão da distribuição dos materiais a serem distribuídos nas diversas áreas. Esse controle deverá ser realizado através de formulários eletrônicos, onde o colaborador fará a checagem e acompanhamento das demandas de cada setor da Unidade.

Enviará mensalmente relatório para a gestão administrativa local para acompanhamento dos resultados.

Controle de estoque

A Tecnologia da Informação possibilita o controle e gestão do estoque de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares, integrado ao gerenciamento do estoque do almoxarifado central, registrando a distribuição e a dispensação individual ao uso de cada paciente, sendo possível gerenciar os medicamentos e insumos desde a aquisição, movimentação de entradas, saídas, devoluções, transferências, inventário assegurando a identificação dos lotes gerando economicidade pela garantia do uso racional.

O Modulo de Gestão de Estoque (Medicamentos e Insumos) poderá proporcionar:

- Gerenciamento das cadeias de fornecimento mais complexas.
- Imposição da metodologia que considere como critério de primeira instância a data de validade do produto.
- Permite o gerenciamento dos medicamentos atendendo aos regulamentos da Anvisa.
- Gerenciamento de documentos totalmente integrado para o controle de registros eletrônicos e assinaturas eletrônicas.
- Sistema de gerenciamento de qualidade integrado (prazo de validade).
- Gerencia a rastreabilidade do ciclo de vida do produto.

Caberá ao setor administrativo realizar o controle de patrimônio dos bens cedidos ou adquiridos pelo Pronto Atendimento. Será realizado inventário periodicamente e qualquer intercorrência será informado à administração da Unidade. Caso haja alguma baixa de patrimônio, a Prefeitura será comunicada.

No controle deverá constar no mínimo as seguintes informações: tipo, estado de conservação, número de controle do patrimônio e local.

7.3.6. Dispensação de Medicamentos, Insumos e Material Médico-Hospitalar

Por meio de sistema informatizado, haverá o controle e gestão do estoque de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares integrado ao gerenciamento

do estoque do almoxarifado, registrando a distribuição e a dispensação individual ao uso de cada paciente. Com isso, será possível gerenciar os medicamentos e insumos desde a aquisição, movimentação (entradas, saídas, devoluções, transferências) do inventário assegurando a identificação dos lotes gerando economicidade pela garantia do uso racional.

A Gestão de Estoque (Medicamentos e Insumos) proporcionará:

- Gerenciamento das cadeias de fornecimento mais complexas;
- Imposição da metodologia que considere como critério de primeira instância a data de validade do produto;
- Permitirá o gerenciamento dos medicamentos atendendo aos regulamentos da Anvisa;
- Sistema de gerenciamento de qualidade integrado (prazo de validade);
- Gerência a rastreabilidade do ciclo de vida do produto.

Com a plataforma eletrônica de Gestão, será possível controlar tanto os medicamento como os materiais, desde o recebimento até a sua dispensação.

7.3.7. Expurgo, Central de Material e Esterilização.

O expurgo de sangue, secreções, materiais infectantes ou qualquer outros materiais que possam oferecer algum tipo de risco será efetuado conforme regramento feito pela Anvisa dentro das características da unidade.

O enfermeiro será o responsável a providenciar a escala de serviço designando o profissional responsável pelos cuidados diários com o expurgo.

Os materiais recolhidos para expurgo serão acondicionados em equipamentos apropriados a esta finalidade, fechados e estocados em local próprio e seguro, ficando armazenado pelo menor tempo possível até o seu destino final.

A Central de Material Esterilizado - CME é uma unidade de apoio técnico dentro de uma unidade de saúde. As atividades básicas como limpeza, preparo e acondicionamento dos instrumentais cirúrgicos serão realizadas na própria unidade pela equipe de enfermagem. Já a esterilização do material será realizada por uma empresa

especializada contratada.

Na busca por racionalizar os gastos e otimizar os recursos dos serviços decorrentes do custo x benefício de equipamentos, pessoal e investimento na estrutura física, a CME do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida terá adaptação básica na infraestrutura da Unidade, a fim de criar um espaço que possa atender às normas necessárias para um funcionamento eficaz do processo interno. Este espaço será destinado a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminando-os e preparando-os para a esterilização, que será realizada fora da Unidade.

Haverá uma área para material sujo, material limpo e material esterilizado (quando retornar para a Unidade) já esterilizado para futura distribuição interna.

A estrutura física da CME tem como princípio o fluxo unidirecional dos artigos, para tanto, prevê barreira física, com o objetivo de evitar o cruzamento de artigos.

Será realizado levantamento de viabilidade econômica, a fim de definir sobre a readequação para CME interna, ou se a realização de desinfecção e esterilização poderão serão realizadas externamente por uma empresa contratada.

A Unidade deverá contar com acesso exclusivo para os colaboradores do setor e com áreas específicas para:

- Recepção e limpeza (setor sujo);
- Preparo (setor limpo);
- Monitoramento do processo de esterilização (setor limpo);
- Armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Em caso de esterilização externa, segue modelo de fluxo a ser adotado:



7.3.8. Serviço de Nutrição e Dietética

Será contratado o serviço de fornecimento de alimentação, por pessoa jurídica. Será exigido que o fornecedor esteja de acordo com as Normas da ANVISA e Centro de Vigilância Sanitária-CVS/Conselho Estadual da Saúde-CES/SP.

A assistência nutricional supervisionada por uma Nutricionista contratada pelo Instituto. Será fornecido a alimentação aos pacientes que se encontrem em observação ou internação, bem como aos colaboradores da Unidade.

Será fornecida também refeições ao acompanhante quando houver a necessidade de extenso período de observação e ou internação do paciente.

A empresa que servirá a alimentação na Unidade deverá também manter



obrigatoriamente em seu quadro de funcionários um nutricionista responsável, que em conjunto com o nutricionista do Pronto Atendimento Dr. Guido Guida serão os responsáveis pela elaboração de cardápios com preparações de refeições variadas e equilibradas, proporcionando um aporte calórico adequado às necessidades do paciente.

Haverá um profissional específico e qualificado, destinado ao arranjo, higienização e distribuição aos pacientes das refeições e das preparações lácteas (dieta enteral e parenteral), bem como a distribuição das refeições aos seus acompanhantes.

Será fornecida para os paciente cinco refeições (café da manhã, almoço, chá da tarde, jantar e ceia), incluindo ou substituindo por dieta enteral ou parenteral quando necessário (para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar).

Os horários das refeições poderão ser seguidos conforme abaixo:

- a) Desjejum ou Café da manhã: primeira grande refeição, servida no início da manhã (entre 06:30 e 07:30 da manhã) para interromper o jejum após o período regular de sono.
- b) Almoço: grande refeição servida no meio do dia.
- c) c) Lanche da tarde: pequena refeição servida à tarde, antes do jantar.
- d) Jantar: refeição servida no início ou meio da noite (entre 17:30 e 19:00)
- e) Ceia: pequena refeição servida aproximadamente duas horas após o jantar e antes do paciente dormir.

Aos acompanhantes serão servidas três refeições (café da manhã, almoço e jantar), seguindo os horários de acordo com os horários servidos aos pacientes.

Os Profissionais responsáveis farão a indicação da dieta no prontuário eletrônico do paciente e a mesma estará disponível imediatamente para visualização do

nutricionista, que ao alimentar as informações deixará gravado para relatórios a dieta individual e diária de cada paciente, incluindo as alterações.

Cada profissional terá acesso apenas às informações pertinentes ao que corresponde sua área, prevalecendo à confidencialidade das informações do paciente.

Não será permitida a entrada de alimentos, salvo exceções que deverão ser autorizadas pelo médico.

Será fornecido almoço e jantar para as equipes de plantão.

7.3.9. Serviço de Lavanderia

Competirá a entidade a contratação de uma empresa prestadora de serviço especializado em lavanderia hospitalar, visando à higienização do enxoval do Pronto Atendimento, nos moldes da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616/GM e Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Risco (ANVISA).

A higienização do enxoval do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida ocorrerá através de uma empresa especializada em lavanderia hospitalar, pois este é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, e sua distribuição deverá ser em perfeitas condições de higiene, conservação e em quantidade adequada.

Os enxovais serão separados em tipo e sujidades, para que seja feita a correta higienização do mesmo. Os enxovais serão enviados em sacos transparentes separados para devida esterilização, seguindo as normas da ANVISA, evitando o risco de contaminação.

A Rouparia Hospitalar cuida da disponibilidade adequada das roupas hospitalares em cada unidade de saúde, gerenciando a sua conservação, da sua renovação e controla as eventuais perdas por desgaste, desaparecimento ou destruição.

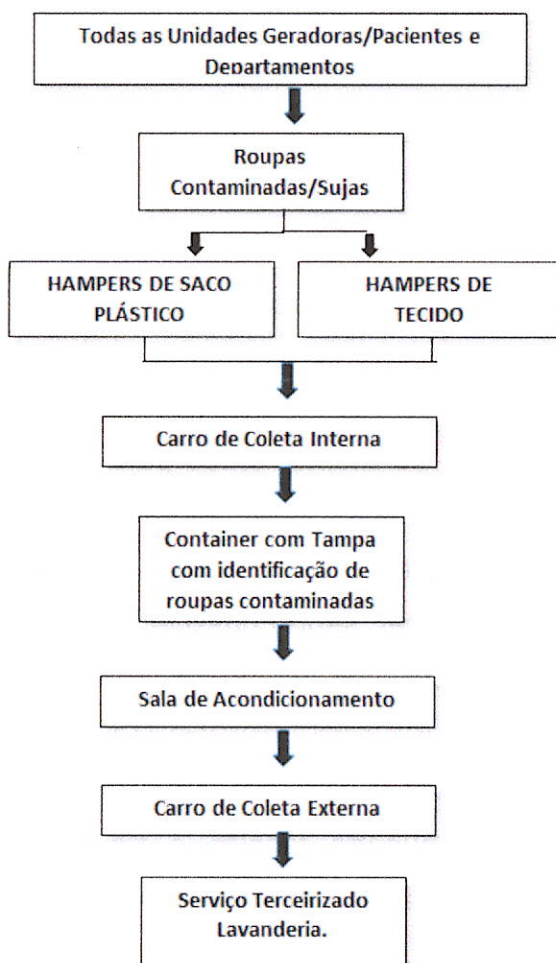
O espaço físico fornecido pela municipalidade deverá comportar os serviços de armazenagem e distribuição de roupas limpas.

Serão disponibilizados profissionais que atuarão no setor de rouparia, incumbidos de acompanhar o processo de troca de enxoval nos setores, envio e recebimento da

lavanderia, bem como a demanda diária, objetivando o total controle do estoque do enxoval.

Visando a execução a contento, o presente serviço estará disponível diariamente, sem exceção, durante oito horas por dia, atendendo às demandas programadas e às não programadas.

Como condição de envio e recebimento dos enxovais, será realizado o inventário dos bens, com a avaliação técnica das atuais condições/estado de conservação, quantitativo de roupa a ser processada (aferido em balança eletrônica), com etiqueta e controle em sistema das pesagens. A entrega e recolhimento da roupa serão efetuados em locais e horários determinados.



7.3.10. Serviço de Vigilância

Será contratado o serviço de Controlador de Acesso a fim de realizar um atendimento humanizado desde a entrada até a saída dos pacientes, acompanhantes e do público em geral, identificando, orientando e encaminhando cada usuário ao local devido.

Este serviço será responsável também:

- Controlar o movimento de pessoas na redondeza e em todo o espaço interno da Unidade;
- Observar e conter aglomeração de pessoas estranhas na Unidade sob sua responsabilidade;
- Zelar pela ordem e segurança entre os usuários e profissionais.

A contratação do serviço seguirá as Normas do Regulamento a ser pactuado com o Município.

7.3.11. Tecnologia da Informação

Com o intuito de fiscalizar os serviços prestados, fornecer estatísticas reais e assim melhorar o controle de atendimentos para a Secretaria Municipal de Saúde, o modelo de gestão do Instituto acompanha sistema de atendimento totalmente informatizado, permitindo acesso às informações dos pacientes **em tempo real** e a qualquer momento, via internet, sendo possível acompanhar as informações referentes aos pacientes, ao fluxo da Unidade, tempo de espera dos atendimentos, etc.

O Instituto Alpha manterá uma infraestrutura com a implantação e manutenção de sistema, monitoramento, suporte técnico e treinamento, disponibilizando todos os insumos necessários, materiais e humanos, a fim de manter o perfeito funcionamento de forma contínua e sem interrupções. O sistema utilizado na Unidade se comunicará os sistemas oficiais e outros definidos pela SMS e pelo MS, bem como a Regulação Interna do Pronto Atendimento através do NIR (leitos, consultas, exames e urgências).

Caberá a nossa Organização Social a responsabilidade de manter o desempenho adequado, fazer a administração e a manutenção de todos os equipamentos fornecidos a fim de garantir o objeto do projeto, incluindo a manutenção preventiva e corretiva, sem qualquer ônus para a SMS.

A Entidade realizará a implantação do Sistema de Atendimento eletrônico que se integrará a todos os sistemas oficiais do Ministério da Saúde. Os serviços especializados de instalação deverão compreender, além da instalação dos sistemas, a instalação de todos os componentes necessários à operação de todos os sistemas, bem como o modelo de dados necessário para suportar os sistemas de informação. A implantação se dará após assinatura do contrato e início das atividades.

O sistema de gestão já utilizado pelo Instituto Alpha será adotado na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Guido Guida e, integra-se aos demais sistema da Saúde Municipal, e será utilizado, seguindo os modelos de sucesso de gestão, com alto índice de aprovação dos usuários sejam colaboradores, entes públicos ou pacientes.

O gestor da Unidade, a diretoria do Instituto bem como o Gestor Público terá acesso a qualquer informação no momento e local que desejar, sempre que necessário.

Haverá acompanhamento diário pela equipe do Instituto, para suporte aos usuários, Realizará a manutenção dos equipamentos de informática, pontos de rede e materiais de consumo necessários para o pleno funcionamento do sistema de atendimento eletrônico.

O Instituto Alpha preza o atendimento ao paciente e a assistência a seus familiares. Uma das ferramentas utilizadas para informações é o prontuário eletrônico desenvolvido pelo Instituto, onde é possível monitorar as patologias prevalentes no município de Poá. Esses dados são fundamentais para uma política de saúde pública e vigilância sanitária.

É possível ainda monitorizar as patologias prevalentes, distribuídas por bairros dos município, faixa etária, frequência de atendimento. Sendo assim com esses dados podemos avaliar surtos de epidêmicos (ex: casos de dengue em determinado bairro) , com isso a atuação da Secretaria de Saúde se torna mais assertiva e eficaz, economizando recursos e tempo de resposta.

O Sistema mantém o Gestor do Instituto munido de informações para que possa tomar qualquer ação corretiva ou preventiva na Unidade, como por exemplo:

- Fila de espera Eletrônica;
- Prontuário Eletrônico;
- Medicação – fila eletrônica;
- Acompanhamento *Online*
- Painel de acompanhamento de demanda no Repouso
- Acompanhamento aos leitos de enfermaria e observação
- Controle de estoques
- Entre outros;

Apresentamos como utilizaremos a plataforma eletrônica em todos os serviços para apoio à nossa gestão.

A plataforma eletrônica contempla:

- Customização (possibilidade de adaptar a qualquer solicitação específica da Unidade)
- Integra-se com o Ministério da Saúde;
- Suporte à distância 07 dias por semana ininterruptos;
- Permite utilização por várias plataformas: (notebook, celular, outros)
- Acompanhamento online em tempo real de todas as atividades da Unidade, conforme apresentados durante a nossa Proposta.

7.3.12. Manutenção Predial

A contratada garantirá, de forma preventiva e corretiva, a manutenção periódica e a adequação das instalações da Unidade, que correspondem ao pavimento terreo e primeiro andar da Edificação, excluindo da manutenção e adequação, o terceiro e último andar, bem como o telhado, ficarão à cargo da Prefeitura, uma vez que o orçamento disposto pelo Instituto não contempla tal area, não prevista em Edital.

O restante dos equipamentos (mobiliário, caixa d'água, caldeira entre outros) e aparelhos de diagnósticos, bem como dos serviços decorrentes do Pronto Atendimento, como segurança e controladores de acesso que considerar necessários, garantindo assim o desempenho regular das atividades.

Dependendo da amplitude do escopo e grau de urgência, optaremos pela terceirização das atividades envolvidas na manutenção predial.

A contratação de uma empresa idônea e qualificada para assumir as tarefas, vai prolongar a vida útil do imóvel, garantindo assim a segurança e condições suficientes para o desempenho das atividades de todos os profissionais existentes na Unidade.

O Instituto Alpha utilizará ferramentas de gestão que facilite e otimize o processo de controle da manutenção, pois dentre vários itens a serem analisados estão:

- Controlar os períodos da manutenção preventiva;
- Avaliar relatórios e indicadores;
- Acompanhar o desempenho das manutenções;
- Controlar e efetuar chamados;
- Gerenciar equipes responsáveis pela supervisão dos prestadores e fornecedores.

Seguiremos as principais normas e exigências do ministério da saúde, para as devidas manutenções, atendendo a RDC 50/2002 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Ministério da Saúde, sendo que esta Resolução dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de

estabelecimentos assistenciais de saúde.

Edificações:

ABNT NBR 5674/2012 – [Manutenção de Edificações](#);

ABNT NBR 9450/2004 – Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos urbanos;

ABNT NBR 17240/2010 – Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndio – Projeto, Instalação Comissionamento e Manutenção de Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndios;

ABNT NBR 15345/2013 – Instalação Predial de Tubos e Conexões de Cobre e Ligas de Cobre — Procedimentos;

ABNT NBR 12188/2016 – Sistemas Centralizados de Suprimento de Gases Medicinais, de Gases para Dispositivos Médicos e de Vácuo.

Elétrica:

ABNT NBR 13534/1995 – Instalações Elétricas em estabelecimento assistencial de saúde – requisitos para segurança;

ABNT NBR 5410/1997 – Instalações elétricas de baixa tensão;

ABNT NBR 14664/2001 – Grupos Geradores;

ABNT NBR 5419/2005 – Sistemas de Proteção contra Descarga Elétrica.

Hidráulica:

ABNT NBR 13714/2000 – Sistemas de Hidrantes e de Mangotinhos para Combate a Incêndio;

ABNT NBR 17240/2010 – Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndio – Projeto, Instalação Comissionamento e Manutenção de Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndios;

ABNT NBR 12188/2016 – Sistemas Centralizados de Suprimento de Gases Medicinais, de Gases para Dispositivos Médicos e de Vácuo para Uso em Serviços de Saúde;

ABNT NBR 15345/2013 - Instalação Predial de Tubos e Conexões de Cobre e

estabelecimentos assistenciais de saúde.

Edificações:

- ABNT NBR 5674/2012** – Manutenção de Edificações;
- ABNT NBR 9450/2004** – Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos urbanos;
- ABNT NBR 17240/2010** – Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndio – Projeto, Instalação Comissionamento e Manutenção de Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndios;
- ABNT NBR 15345/2013** – Instalação Predial de Tubos e Conexões de Cobre e Ligas de Cobre – Procedimentos;
- ABNT NBR 12188/2016** – Sistemas Centralizados de Suprimento de Gases Medicinais, de Gases para Dispositivos Médicos e de Vácuo.

Elétrica:

- ABNT NBR 13534/1995** – Instalações Elétricas em estabelecimento assistencial de saúde – requisitos para segurança;
- ABNT NBR 5410/1997** – Instalações elétricas de baixa tensão;
- ABNT NBR 14664/2001** – Grupos Geradores;
- ABNT NBR 5419/2005** – Sistemas de Proteção contra Descarga Elétrica.

Hidráulica:

- ABNT NBR 13714/2000** – Sistemas de Hidrantes e de Mangotinhos para Combate a Incêndio;
- ABNT NBR 17240/2010** – Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndio – Projeto, Instalação Comissionamento e Manutenção de Sistemas de Detecção e Alarme de Incêndios;
- ABNT NBR 12188/2016** – Sistemas Centralizados de Suprimento de Gases Medicinais, de Gases para Dispositivos Médicos e de Vácuo para Uso em Serviços de Saúde;
- ABNT NBR 15345/2013** – Instalação Predial de Tubos e Conexões de Cobre e

Ligas de Cobre — Procedimentos;

ABNT NBR 5626/1998 - Instalação Predial de Água Fria – Instalações.

7.3.13. Readequação Predial e Programação Visual

O Instituto Alpha viabilizará condições de infraestrutura de conectividade e rede de dados interna, necessárias ao bom desenvolvimento dos serviços, disponibilizando os equipamentos adequados e necessários de execução dos serviços, realizando, quando necessário, e quando estiver fora do cronograma financeiro, será solicitado à Administração Municipal a fim de que possa autorizar e disponibilizar orçamento e investimento para tanto.

Os serviços técnicos especializados para implantação de pontos de rede (conexão) obedecerão às normas técnicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. A estrutura de rede ofertará capacidade de transmissão, emissão e recepção de informações multimídia (dados, voz e imagem), para que seja possível a utilização do sistema de atendimento eletrônico em sua capacidade máxima.

7.3.14. Manutenção de Equipamentos Médicos e Hospitalares

O Instituto Alpha, a fim de garantir uma prestação de serviços de saúde na linha de urgência e emergência com qualidade, fará a manutenção dos equipamentos também de forma preventiva e corretiva.

O plano de ação será elaborado após avaliação das instalações efetuada pelo Instituto, no caso de ser a Organização Social escolhida para assumir a gestão do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida, seguindo os Procedimentos Operacionais Padrão –POP. Com o levantamento das informações necessárias, será elaborado um relatório das condições atuais da unidade no que tange as condições

estruturais, instalações elétricas e hidráulicas, climatização (ar condicionado e ventilação), caixa d'água, caldeira, mobiliário e equipamentos entre outros. Será analisado como é realizada a atual forma de manutenção e para quando está agendada as próximas revisões. Com estas informações, classificaremos através de um ranking as prioridades, facilitando assim o planejamento e execução da manutenção, seja preventiva ou corretiva, ainda possíveis adequações.

- **Manutenção Preventiva**

Caberá ao Instituto Alpha planejar e agir preventivamente na manutenção, visando à conservação e/ou recuperação dos seus móveis e equipamentos médicos e hospitalares, visando garantir a continuidade e segurança da operação do Pronto Atendimento.

Fazer a manutenção preventiva dos equipamentos de uma unidade de saúde significa ter um compromisso com as vidas que são recebidas e cuidadas diariamente no estabelecimento. Prevenir o aparecimento de problemas é uma das atividades básicas para fornecer a segurança aos pacientes. Desta forma, os profissionais de saúde poderão trabalhar com mais segurança, garantindo assim, eficiência e qualidade no atendimento.

O funcionamento constante na unidade de saúde aumenta ainda mais a relevância da manutenção para evitar que o trabalho possa ser comprometido de alguma forma. Como o local precisa funcionar 24 horas de forma ininterrupta, o ideal é diminuir ao máximo os riscos de imprevistos com a Unidade. Desta forma, o plano de prevenção é mais do que necessário para ter controle de todos os tipos de manutenções.

- **Manutenção Corretiva**

A manutenção corretiva ocorrerá sempre que ocorrer alguma avaria ou falha de funcionamento, seja no mobiliário, seja nos equipamentos, através de uma ação imediata para que o reparo seja efetuado no menor prazo possível, buscado assim que

a Unidade consiga continuar suas atividades de forma ininterrupta.

7.3.15. Serviço de Higiene e Limpeza

O Serviço de limpeza será realizado através da contratação de uma empresa terceirizada com ampla experiência na higienização e limpeza na área da Saúde, visando à obtenção de adequada condição de salubridade e higiene nas dependências do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida.

A equipe gestora da Unidade manterá uma equipe capacitada, fazendo o acompanhamento bem como a avaliação dos serviços, buscando utilizar nos seus processos o Procedimento Operacional Padrão - POP - de limpeza. Caso ocorra alguma contingência que desenvolva o serviço em desacordo, a empresa prestadora do serviço será notificada para adotar urgentemente as devidas providências.

A contratada garantirá, a limpeza da Unidade, que corresponde ao pavimento terreo e primeiro andar da Edificação, excluindo o terceiro e último andar, que ficarão à cargo da Prefeitura, uma vez que o orçamento disposto pelo Instituto não contempla tal area, não prevista em Edital.

A contratação da empresa de manutenção e limpeza seguirá as normas do Regulamento a ser pactuado com o município, seguindo a normatização da Lei Federal nº 14.133/2021.

7.3.16. Serviço de Remoção

Se a atenção prestada no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida der origem à transferência para serviço de maior complexidade em decorrência de patologias complexas, ou que necessite de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, o profissional médico irá emitir solicitação/relatório, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de destino, juntamente com a cópia de todos os laudos dos exames de imagem e de laboratório.

a Unidade consiga continuar suas atividades de forma ininterrupta.

7.3.15. Serviço de Higiene e Limpeza

O Serviço de limpeza será realizado através da contratação de uma empresa terceirizada com ampla experiência na higienização e limpeza na área da Saúde, visando à obtenção de adequada condição de salubridade e higiene nas dependências do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida.

A equipe gestora da Unidade manterá uma equipe capacitada, fazendo o acompanhamento bem como a avaliação dos serviços, buscando utilizar nos seus processos o Procedimento Operacional Padrão - POP - de limpeza. Caso ocorra alguma contingência que desenvolva o serviço em desacordo, a empresa prestadora do serviço será notificada para adotar urgentemente as devidas providências.

A contratada garantirá, a limpeza da Unidade, que corresponde ao pavimento terreo e primeiro andar da Edificação, excluindo o terceiro e último andar, que ficarão à cargo da Prefeitura, uma vez que o orçamento disposto pelo Instituto não contempla tal area, não prevista em Edital.

A contratação da empresa de manutenção e limpeza seguirá as normas do Regulamento a ser pactuado com o município, seguindo a normatização da Lei Federal nº 14.133/2021.

7.3.16. Serviço de Remoção

Se a atenção prestada no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida der origem à transferência para serviço de maior complexidade em decorrência de patologias complexas, ou que necessite de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, o profissional médico irá emitir solicitação/relatório, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de destino, juntamente com a cópia de todos os laudos dos exames de imagem e de laboratório.

a Unidade consiga continuar suas atividades de forma ininterrupta.

7.3.15. Serviço de Higiene e Limpeza

O Serviço de limpeza será realizado através da contratação de uma empresa terceirizada com ampla experiência na higienização e limpeza na área da Saúde, visando à obtenção de adequada condição de salubridade e higiene nas dependências do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida.

A equipe gestora da Unidade manterá uma equipe capacitada, fazendo o acompanhamento bem como a avaliação dos serviços, buscando utilizar nos seus processos o Procedimento Operacional Padrão - POP - de limpeza. Caso ocorra alguma contingência que desenvolva o serviço em desacordo, a empresa prestadora do serviço será notificada para adotar urgentemente as devidas providências.

A contratada garantirá, a limpeza da Unidade, que corresponde ao pavimento terreo e primeiro andar da Edificação, excluindo o terceiro e último andar, que ficarão à cargo da Prefeitura, uma vez que o orçamento disposto pelo Instituto não contempla tal area, não prevista em Edital.

A contratação da empresa de manutenção e limpeza seguirá as normas do Regulamento a ser pactuado com o município, seguindo a normatização da Lei Federal nº 14.133/2021.

7.3.16. Serviço de Remoção

Se a atenção prestada no Pronto Atendimento Dr. Guido Guida der origem à transferência para serviço de maior complexidade em decorrência de patologias complexas, ou que necessite de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, o profissional médico irá emitir solicitação/relatório, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de destino, juntamente com a cópia de todos os laudos dos exames de imagem e de laboratório.

Para o transporte INTER-HOSPITALAR, o instituto Alpha utilizará as Ambulâncias disponíveis no município para o Serviço de remoção.

Alta - as informações de alta do paciente serão alimentadas pelo médico no prontuário eletrônico do paciente, e ficará disponível para futuras consultas.

Caso o paciente ou seu responsável legal recuse o processo de transferência, será obrigatório que seja assinado o Termo de Responsabilidade de Recusa de Transferência, conforme modelo abaixo:

PROCEDIMENTO/ TRATAMENTO:

PACIENTE

Nome: _____,
brasileiro (a), estado civil: _____, portador (a) do
RGº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) na
Rua _____ nº _____ bairro: _____,
CEP: _____, na cidade de _____.

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE/ RESPONSABILIDADE LEGAL:

Nome: _____
RG nº: _____ CPF Nº _____

Declaro, para todos os fins de direito e sob as penas da lei:

1. Ter recebido todas as informações relacionadas à importância da minha transferência do Pronto Atendimento Municipal Dr. Guido Guida para a manutenção e continuidade do (s) tratamento (s) instituído



pelo (s) médico (s) que me assiste (m) neste momento. Assumindo os riscos derivados da decisão, e recuso da transferência indicada por vaga oferecida pela Regulação Municipal ou pelo Sistema CROSS, para tratamento do meu diagnóstico;

2. Que fui informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes acerca da minha condição de saúde, do tratamento necessário, da conduta que deverá ser adotada e dos riscos e da não transferência;

3. Que foi informado (a) e esclarecido (a) pelos médicos atendentes sobre as principais complicações que podem derivar da minha recusa em submeter-me a transferência de município;

4. Que de acordo com as informações que foram prestadas, sem vício de vontade ou de consentimento, pretendo recusar a transferência indicada;

5. Que reconheço que foi garantida minha liberdade de escolha, ou seja, de ser submetido (a) ou não a transferência de município;

6. Que reconheço que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que entendi todas as implicações e riscos envolvidos (risco de vida e/ou sequelas irreversíveis), bem como que entendi todas as explicações que me foram prestadas e, apesar disso, decido desistir da transferência de município informada.

Expresso, portanto, minha opção livre, informada e esclarecida, assumindo os riscos derivados da decisão, e recuso da transferência indicada por vaga oferecida pela Regulação Municipal, ou pelo sistema CROSS, para tratamento do meu diagnóstico.

Poá, _____/_____/_____.

Assinatura do (Paciente) ou (Responsável/Representante Legal)

Assinatura do Médico e/ou Enfermeiro

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou Representante Legal, conforme o termo acima. De acordo com o meu atendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

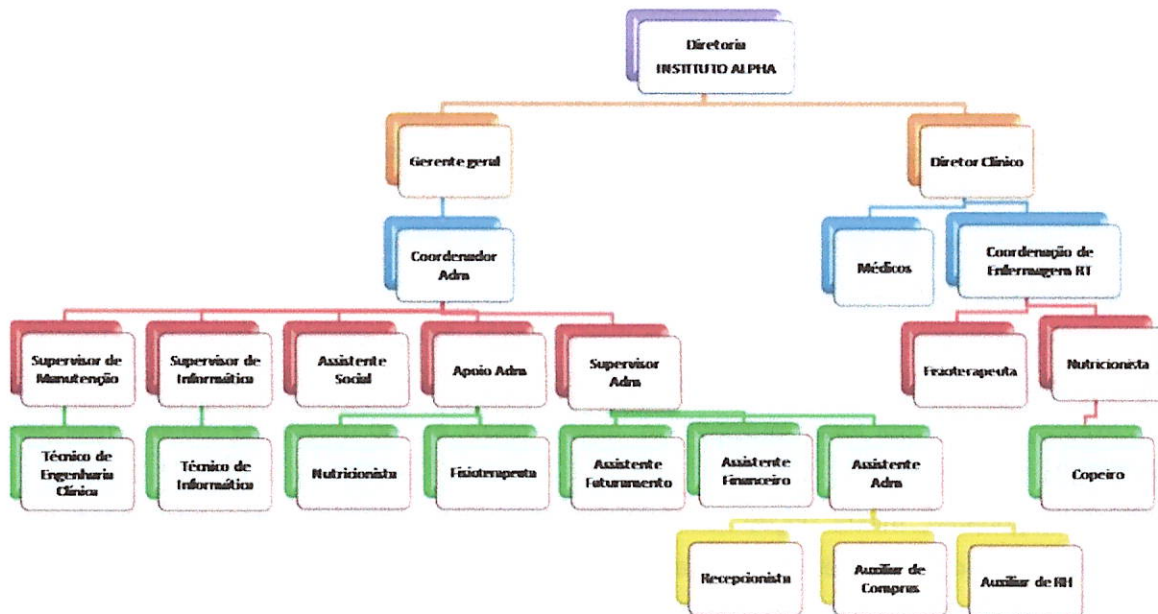
Poá, _____/_____/_____.

Assinatura do Médico e/ou Enfermeiro

A manutenção dos veículos de transporte para remoção ficará sob responsabilidade da Prefeitura. Caso

seja solicitado para o Instituto realizar, o Ente Público deverá solicitar por escrito e

7.4. Organograma Proposto



7.5. Fluxogramas

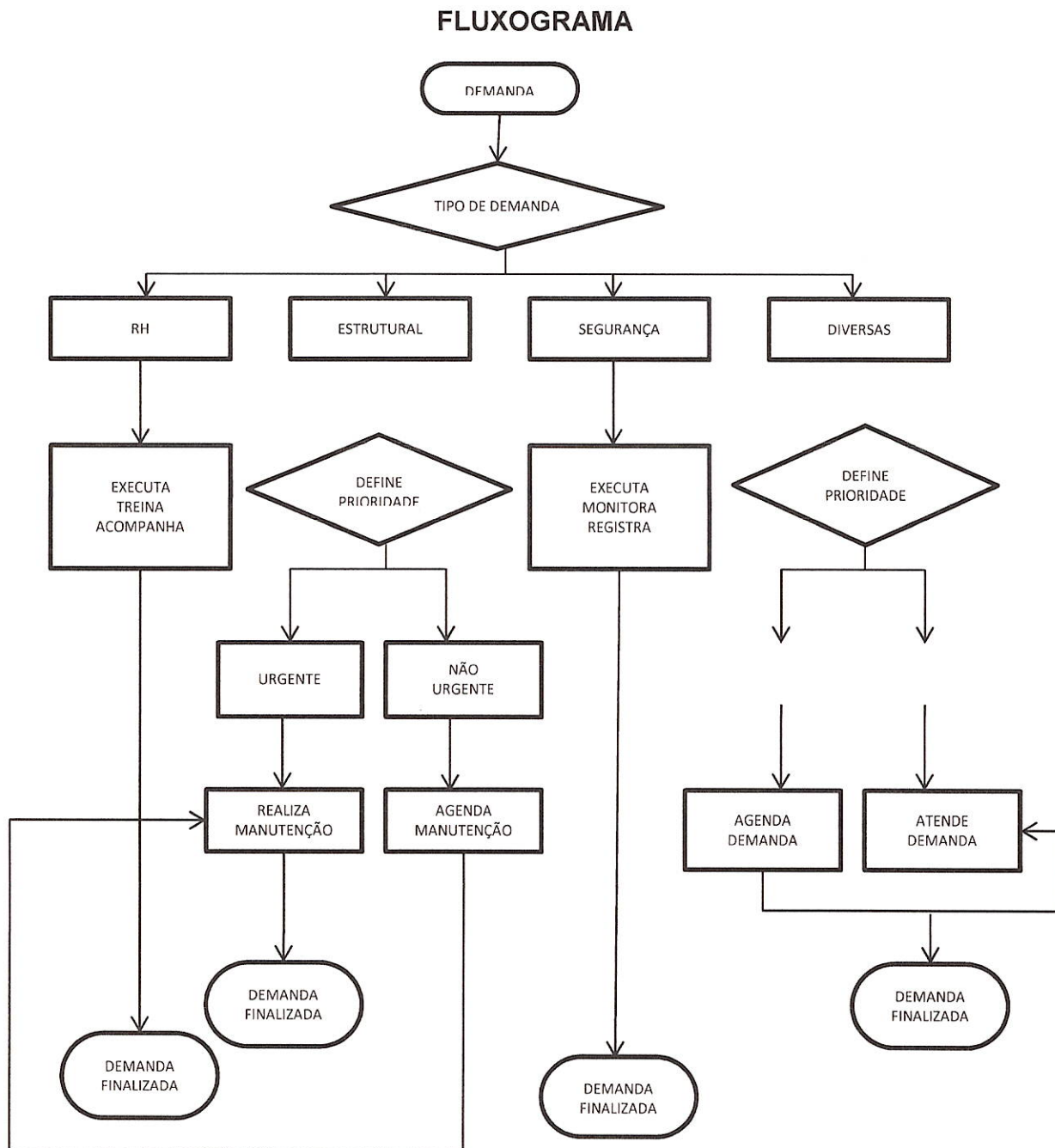
Em seguida apresentaremos alguns fluxogramas para a representação gráfica das etapas de determinadas atividades, sequenciando os passos para a realização dos processos, facilitando assim a visualização e compreensão a partir do desenho de cada um de seus estágios.

7.5.1. Fluxograma Administrativo

Para uma gestão eficaz com atendimento qualificado à população, o Instituto manterá a equipe administrativa in loco, acompanhando e tomando as ações necessárias para o bom andamento da Unidade, elencando as atividades da rotina

diária conforme níveis de prioridade.

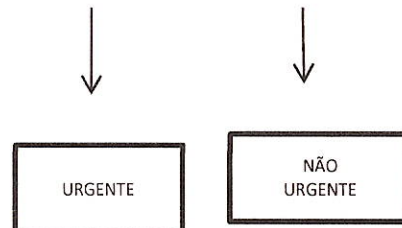
Segue abaixo modelo de fluxograma, onde o mesmo poderá sofrer alterações conforme necessidades e capacidade do Pronto Atendimento.




7.5.2. Fluxograma Médico e Enfermagem

✓ **Processo de Classificação:**

1. Usuário procura o serviço de urgência;
2. Usuário retira a senha (onde tem a descrição de normal ou prioritário);
3. É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhado para confecção da ficha de atendimento;
4. Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário;
5. Após classificar encaminhar ficha via sistema para especialidade necessária;



Obs.: Em caso de gestantes, encaminhar ao Hospital Municipal de referência.

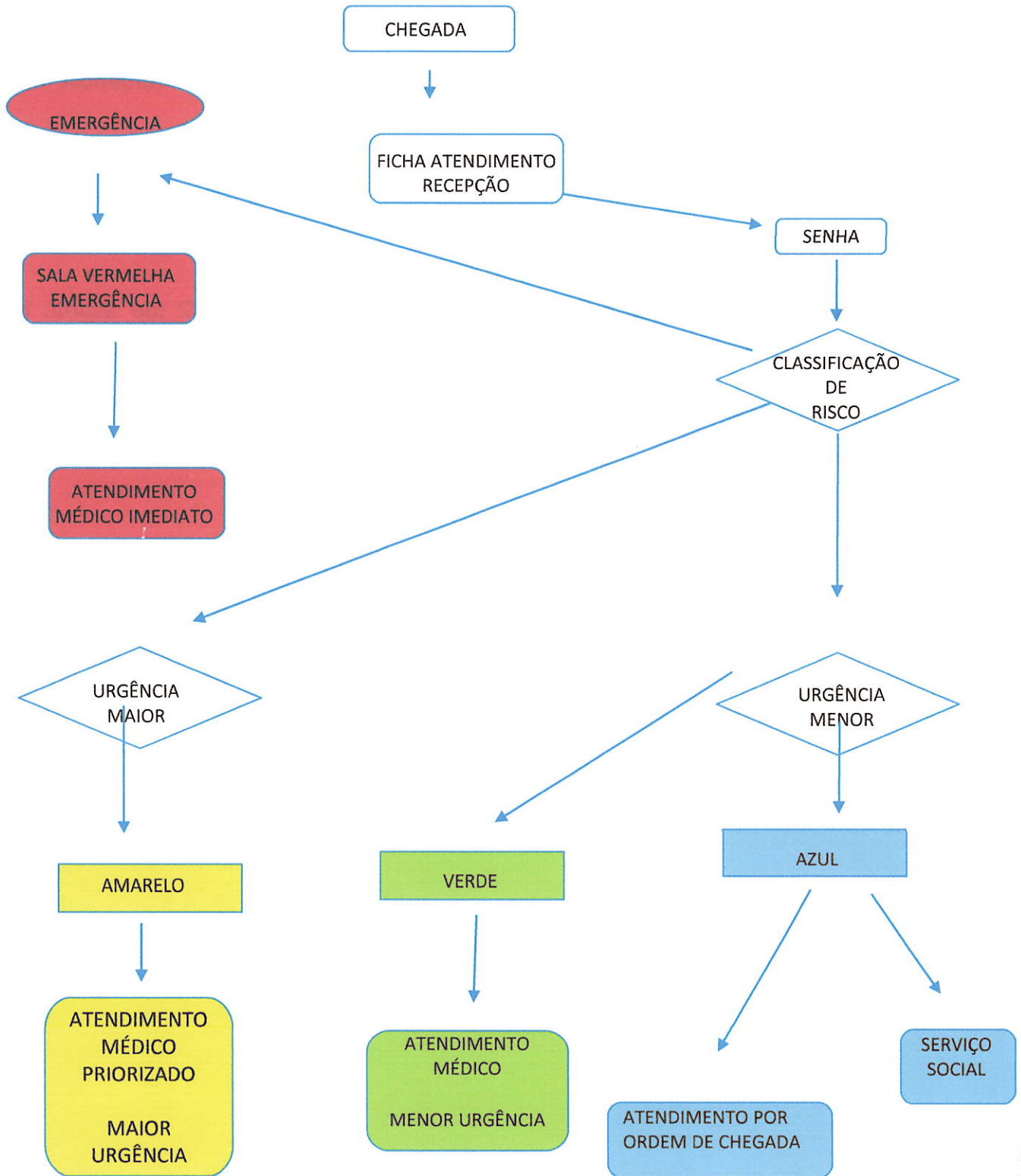
✓ **Critério de Classificação**

- 1 - Apresentação usual da doença;
- 2 - Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 - Situação – queixa principal;
- 4 - Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, portador de necessidades especiais específicas, etc.);
- 5 - Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

✓ **Avaliação do Paciente (dados coletados em Ficha de Atendimento)**

- 1 - Queixa principal (porque o usuário procurou o serviço de urgência naquele momento);
- 2 – Início;
- 3 - Avaliação de dor e de Glasgow ;
- 4 - Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2 (de acordo com a queixa apresentada no momento e doenças pré existentes);
- 5 - Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios.

FLUXOGRAMA



14

De acordo com o Ministério da Saúde, os sinais vitais mais importantes e valores normais são:

- Frequência cardíaca (pulso): entre 60 e 90 ppm;
- Pressão arterial: sistólica entre 100 e 140 mm e diastólica entre 60 e 90 mm;
- Temperatura: 35,8° C e 37° C;
- Respiração: ente 16 e 20 mrpm;
- Dor: é medida em escalas entre suportável e insuportável;
- Glicemia Capilar: 70 a 140mg/dl.

- **Frequência cardíaca (pulso):**

- Frequência: número de pulsações por minuto;
- Ritmo: pode ser regular ou irregular, quando os intervalos não são sempre iguais;
- Amplitude: o quanto a artéria se enche de sangue;

Acima ou abaixo disso os seguintes valores podem ser sinal de:

- Frequência correta: Entre 60 e 90 ppm;
- Bradycardia: Cifras abaixo de 60 ppm;
- Pulso acelerado: Entre 90 e 100 ppm, como exceção para adolescentes;
- Taquicardia: Acima de 110 ppm.

- **Pressão arterial:**

- Pressão sistólica: entre 10 e 14 cm de Hg (100 e 140 mm);
- Pressão diastólica: entre 6 e 9 cm de Hg (60 e 90 mm);

- **Temperatura:**

- Axila: 35,8° C a 37° C;
- Boca: 36,3 ° C a 38° C;
- Reto: 37° C a 38° C;

Temperaturas alteradas:

- Entre 37,6° C e 38,9° C: febre;
- Acima de 39° C: hiperpirexia;

-Abaixo de 36,5 ° C: hipotermia.

- **Respiração:**

Nessa análise são levados em conta 3 aspectos:

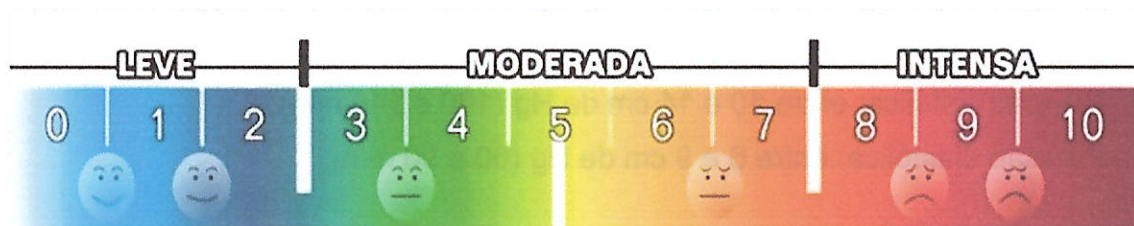
- Frequência de deslocamento respiratório por minuto;
- Ritmo: regular ou irregular;
- Intensidade: profunda ou superficial;

Conforme se observam alterações nos movimentos respiratórios, essas situações são classificadas de diferentes maneiras segundo uma terminologia:

- Apneia: parada respiratória;
- Bradipneia: respiração lenta;
- Taquipneia: respiração acelerada;
- Dispneia: dificuldade para respirar;
- Ortopneia: só é possível respirar com a coluna ereta.

- **Dor:**

A intensidade da dor pode ser medida em diferentes escalas: numéricas, visuais ou com uma classificação entre suportável e insuportável. Com essa escala respondida pelo próprio paciente o enfermeiro consegue avaliar a gravidade da situação.



- **Glicemia Capilar**

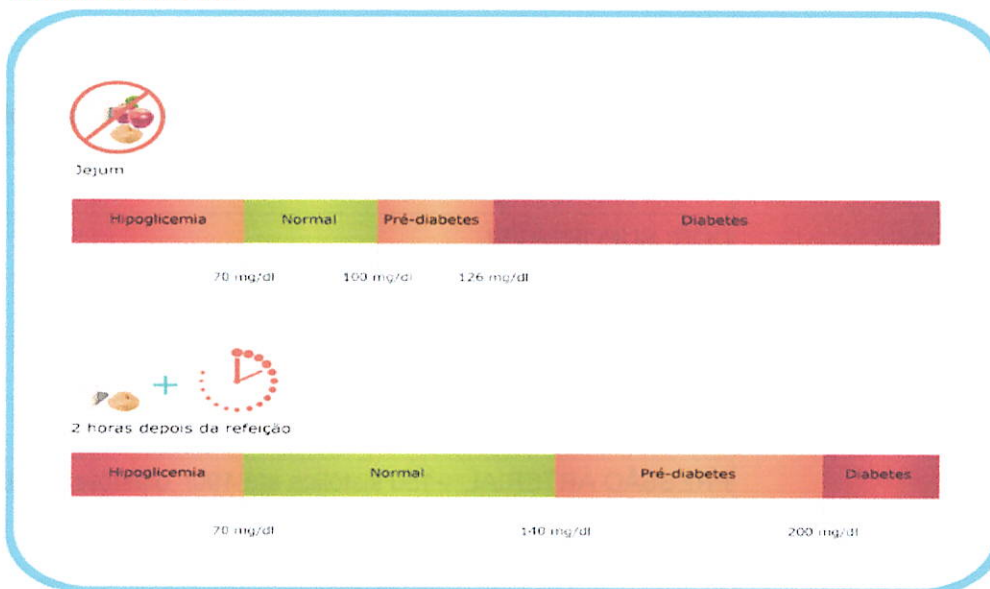
Diabetes : Valores de Referência em jejum:

- inferior 70 mg/dl: hipoglicemia
- 80 mg/dl a 100 mg/dl: normal
- 100 mg/dl a 126 mg/dl: pré-diabetes
- superior 126 mg/dl: diabetes

Diabetes: Valores de Referência 2 horas após a refeição:

- inferior 70 mg/dl: hipoglicemia;
- 70 mg/dl a 140 mg/dl: normal;
- 140 mg/dl a 200 mg/dl: pré-diabetes;
- superior 200 mg/dl: diabetes.

Valores de Glicemia



✓ Sinais vitais em bebês:

- Frequência cardíaca: entre 100 e 160 bpm;
- Respiração: 30 a 60 mrpm;
- Pressão arterial: sistólica entre 104 e 127 mm Hg e diastólica entre 67 e 82 mm Hg;
- Temperatura: acima dos 37° C é considerada febre.

✓ **Critérios para a classificação do Risco por Cores:**

AZUL	FC: 60 A 100
	DEXTRO: 70 A 150 mg/dl
	SAT: 95% A 100%
	PRESSÃO ARTERIAL: 100 A 140 SISTÓLICA / 60 A 90 DIASTÓLICA
	TEMPERATURA : 35,5 A 37,4 C°
	DOR: SEM DOR
VERDE	FC: 60a 69, 100 a 120
	DEXTRO: 150 a 300 mg/dl/ 60 a 70mg/dl
	SAT: 90% a 95%
	PRESSÃO ARTERIAL: 140 a 150 sistólica/ 100 a 110 diastólica
	TEMPERATURA : 37,5 A 38,5/ 35 a 35,4
	DOR: SUPORTÁVEL
AMARELO	FC: 50-60/ 120/150
	DEXTRO: 300 a 489/ 50 a 60
	SAT: < 89 a 80%
	PRESSÃO ARTERIAL: >150 sistólica até 190/ diastólica >110
	TEMPERATURA : 38,5 a 39,5/ 34,5 a 35
	DOR: INSUPORTÁVEL
VERMELHO	FC: <50 e >150
	DEXTRO: <50 e > 490
	SAT: <80%
	PRESSÃO ARTERIAL: > 195 sistólica <70 / <50 diastólica > 120
	TEMPERATURA: > 40/ <34,5
	DOR: -----

✓ **Fluxo Paciente trazido por SAMU**

1. Será trazido até recepção onde será entregue documento para abertura de ficha;
2. Técnico do SAMU passa o caso para Enfermeira da Triagem;
3. Enfermeira chama de acordo com o que avaliou passado pelo SAMU, caso a caso;
4. Enfermeira determina a ordem para chamar de acordo com o caso;
5. Chama na triagem de acordo com o item 3 e 4;
6. Realiza triagem e encaminha de acordo com a necessidade apresentada.

✓ **Retorno com resultados de exames laboratoriais**

1. Todos os retornos deverão passar pela sala de classificação de risco (triagem), onde serão reavaliados de acordo com a necessidade;
2. Exceto paciente de retorno com resultado de RX, que deverá ser encaminhado direto da recepção para consultório médico de acordo com a especialidade.

✓ **Atendimento Menor de idade desacompanhado**

1. Irá abrir ficha e passar na sala da classificação de risco;
2. Enfermeiro colocar observação que é menor desacompanhado, avisar assistente social ou contato telefônico com responsável, encaminhar ao consultório;
3. Atendimento médico;
4. Medicação se houver, realizar atendimento conforme prescrição médica, caso dúvidas conversar com a Enfermeira Assistencial do setor, e a mesma se for necessário

conversar com o médico;

5. Verificar se foi comunicado assistente social, ou tentativa de contato com o responsável.

✓ **Encaminhamento de pacientes internamente**

1. Após reavaliação médica, o paciente será encaminhado para observação caso seja prescrito solicitação;

2. Caso paciente seja menor de idade ou necessite de acompanhante, esse deverá receber autorização por escrito respeitando troca de horário de acompanhante e visitas;

3. Todos os pacientes e acompanhantes serão classificados por cores. As cores serão definidas após início das atividades;

4. Todos os pacientes receberão refeições de acordo com a prescrição médica

5. Acompanhantes terão direito a refeições;

6. Não serão autorizados alimentos externos para pacientes, desde que autorizados através de formulário interno com anuência médica e de enfermeiros.

7.5.3. Fluxograma de Notificação Compulsória

No atendimento do paciente, sendo identificada uma suspeita ou agravo de doença de notificação compulsória, o mesmo será atendido do início ao fim sempre que possível, salvo casos em que seja necessário o aguardo do resultado dos exames efetuados. A comunicação obrigatória à autoridade de saúde será realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis que estiverem no plantão, informando a ocorrência da suspeita ou confirmação de doença, conforme relação abaixo:

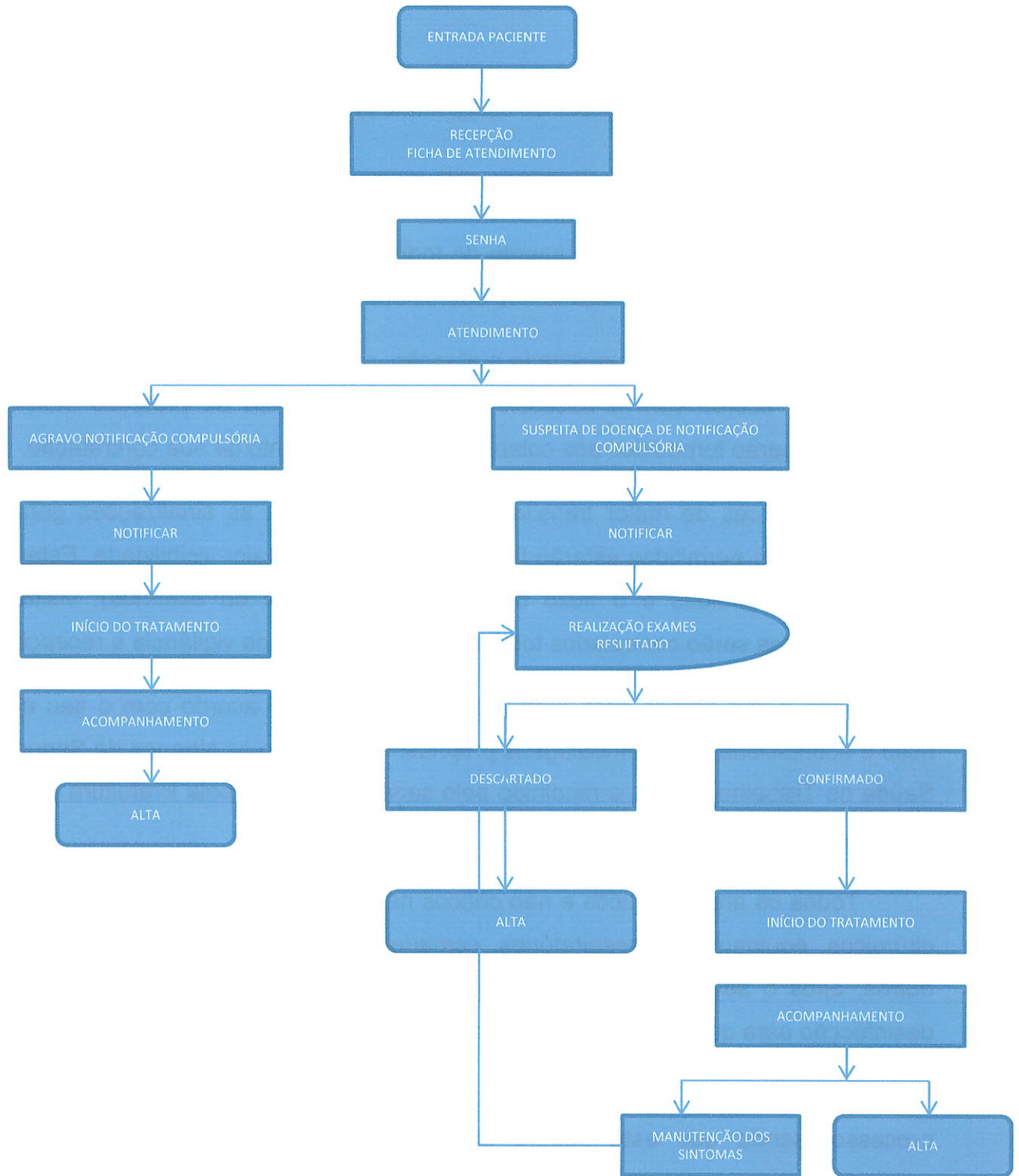
- Acidentes por animais peçonhentos;
- Atendimento antirrábico;
- Botulismo;
- Carbúnculo ou Antraz;
- Cólera;
- Coqueluche;
- Dengue;
- Difteria;
- Doença de Creutzfeldt-Jakob;
- Doença Meningocócica e outras Meningites;
- Doenças de Chagas Aguda;
- Esquistossomose;
- Eventos Adversos Pós-Vacinação;
- Febre Amarela;
- Febre do Nilo Ocidental;
- Febre Maculosa;
- Febre Tifoide;
- Hanseníase;
- Hantavirose;
- Hepatites Virais;
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
- Influenza humana por novo subtipo;
- Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- Leishmaniose Tegumentar Americana;
- Leishmaniose Visceral;
- Leptospirose;
- Malária;
- Paralisia Flácida Aguda;

- Peste;
- Poliomielite;
- Raiva Humana;
- Rubéola;
- Sarampo;
- Sífilis Adquirida;
- Sífilis Congênita;
- Sífilis em Gestante;
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
- Síndrome da Rubéola Congênita;
- Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
- Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Corona vírus (SARS-CoV);
- Tétano;
- Tuberculose;
- Tularemia;
- Varíola; e
- Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Doenças e agravos de notificação de interesse Estadual

- Condiloma acuminado
- Herpes genital
- Óbito de mulher em Idade Fértil (10 a 49 anos)
- Síndrome do corrimento cervical
- Síndrome da úlcera genital
- Tracoma

FLUXOGRAMA



M

Observação: Esse fluxo poderá sofrer alterações a qualquer tempo, respeitando as necessidades dos pacientes, prazo para entrega dos resultados dos exames e capacidade da Unidade de atendimento.

7.5.4. Rotinas, Procedimentos e Fluxogramas para Biossegurança.

Todos os profissionais que estiverem em atendimento de plantão no Pronto Atendimento deverão ter conhecimento de todas as recomendações da biossegurança de saúde e dos corretos procedimentos operacionais de cada setor.

Deverão agir com tranquilidade e atenção, prevenindo-se de eventuais acidentes, utilizando de acordo com a necessidade os equipamentos de proteção individual e coletivo que serão fornecidos aos colaboradores no momento de sua contratação.

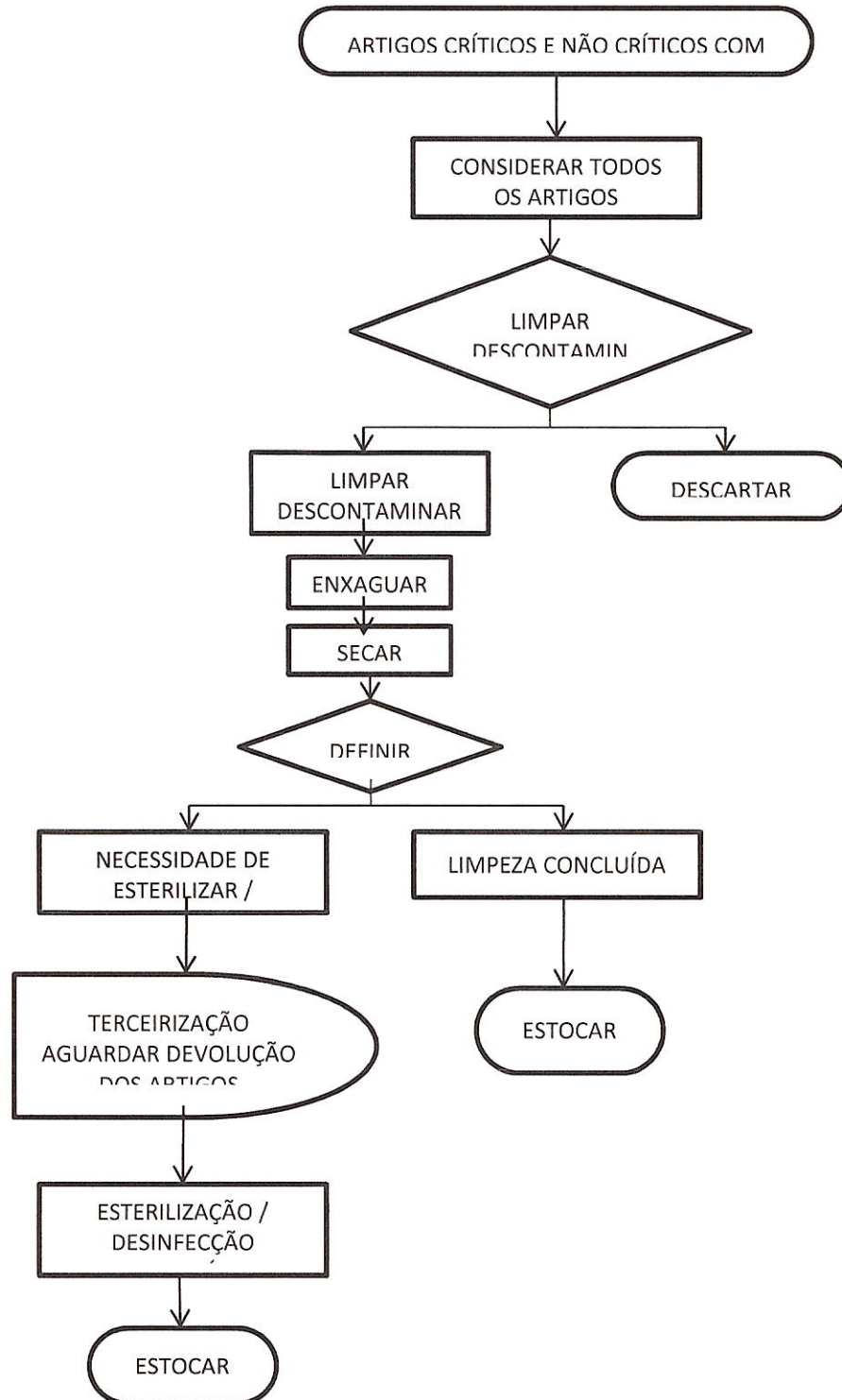
Nos setores de maior trânsito e fluxo de pessoas, as sinalizações gerais das áreas restritas e permitidas estarão fixados em locais de maior visibilidade. Estas áreas estarão bem definidas e o fluxo de pacientes (internos ou externos), visitantes e acompanhantes serão controlados totalmente pelo sistema de vigilância e recepção.

Todo o lixo gerado será preparado, classificado de acordo com o seu nível de risco e acondicionado em embalagens próprias, respeitando as Normas de Segurança e Saúde no Trabalho NR-32, e recolhido pelo serviço oferecido pela Prefeitura de Poá de acordo com o seu calendário.

Todos os artigos críticos e não críticos não descartáveis, entre eles instrumentos cirúrgicos, equipamentos respiratórios, comadres, cubas, aparelhos de pressão entre outros, após o seu uso passarão pelo processo de higienização, esterilização e ou desinfecção para que possam ser reutilizados.

Segue abaixo fluxograma de biossegurança para melhor visualização do processo, sendo que este poderá sofrer alterações durante o projeto mediante necessidades e capacidade da unidade.

FLUXOGRAMA



M

7.6. Protocolos

7.6.1. Protocolos Clínicos em Urgência e Emergência

Com os protocolos existentes na Unidade, o Instituto Alpha dará continuidade a estes protocolos, bem como suas devidas revisões periódicas, sempre que necessário.

Serão implantados demais protocolos que se fazem necessários ao atendimento na Unidade do Pronto Atendimento, estando sempre em concordância com a Secretaria de Saúde, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do usuário, e serão disponibilizados em sistema informatizado, acessível a todos os profissionais da assistência à saúde, e serão atualizados, revisados e assinados pelos devidos responsáveis técnicos.

Quanto aos protocolos que ainda estarão em andamento e análise, o Instituto seguirá os protocolos e guias de orientação do Ministério da Saúde para a prática diária até que se firme Protocolos específicos.

O modelo de protocolo de atendimento utilizado em nossas unidades de Saúde são compatíveis com este objeto, no entanto, serão construídos os protocolos da Unidade e adaptados a partir da colaboração principal dos Coordenadores das áreas técnicas do Núcleo, Diretoria Clínica da Promoção e Assistência à Saúde, tendo em vista a ampliação e melhora do atendimento à população.

Todos os pacientes ao chegarem ao Pronto Atendimento, passam pela recepção, sendo atendidos em seguida por enfermeiros capacitados em classificar o risco e a gravidade de cada caso. Essa etapa tem o objetivo de identificar sinais e sintomas que indicam a urgência no atendimento médico. O mesmo será realizado na sala de emergência. Após o mesmo receber a avaliação médica, este será encaminhado ao destino conforme prescrição.

Caso ocorra a permanência do mesmo na unidade de observação, está será amparada e monitorada pelos profissionais de enfermagem juntamente com enfermeiro responsável.

7.6.2. Protocolo de Acolhimento:

- Estar pronto para atender o paciente com respeito e maior brevidade possível;
- Apresentar-se pelo nome social como é conhecido na Unidade, utilizando-se do crachá;
- Atender os pacientes com respeito e educação. Chamá-lo pelo nome, explicando o diagnóstico que pode ser estabelecido naquele momento. Garantir que o paciente compreendeu as informações recebidas, tirando suas dúvidas e dos seus familiares;
- Não banalizar ou menosprezar os sintomas, não informando para o paciente e seus familiares diagnósticos definitivos, quando ainda não é possível estabelecê-los, como exemplo informar ser uma enxaqueca antes da conclusão do resultado;
- Demonstrar para o paciente e familiar que o diagnóstico, no momento, pode ser inespecífico. Ex.: "No momento, o quadro é de uma cefaleia. Devemos mantê-lo em acompanhamento. O senhor deverá utilizar esta medicação e a sua dor irá melhorar nas próximas horas". Orientar o paciente para o uso correto da medicação. O paciente é corresponsável pelo seu tratamento;
- Suspeitar sempre das condições mais graves primeiro (Diagnóstico Diferencial das Doenças Graves), lembrando-se que quanto mais precoce, mais difícil o diagnóstico. O diagnóstico médico nem sempre pode ser feito imediatamente na abordagem inicial, necessita de acompanhamento e seguimento do caso, etc.;
- Encaminhar os casos crônicos que necessitam de acompanhamento para as respectivas UBS/USF de origem do paciente. Procurar garantir o atendimento do paciente na Unidade de referência (falar com a enfermeira da classificação de risco, a gerente e assistente social);
- Escrever os dados no prontuário corretamente. Anotar dados negativos se considerar importante, pois essas anotações significarão que os dados foram pesquisados. Ex.: Ausência de rigidez de nuca, ausência de sinais neurológicos localizatórios (Hemiparesia, pupilas isofotorreagentes);

- Deixar o paciente orientado e à vontade para retornar a Unidade se houver dúvidas ou mudança no quadro;
- Se atender um paciente com queixas agudas (< 15 dias) ou subagudas (< 60 dias) que está retornando a Unidade, ou que passou por várias Unidades em menos de 72 horas entre uma consulta e outra, considerar que o diagnóstico poderá ser mais difícil (doenças com manifestações sutis ou atípicas), ou que o paciente poderia não estar utilizando as medicações adequadamente, etc. Na dúvida, manter o paciente na sala de observação, considerando levá-lo para encaminhamento;
- Se realizar algum procedimento médico, explicar as possíveis consequências e complicações relacionadas à própria condição e ao procedimento. Ex.: uma sutura no braço pode infectar deiscência dos pontos. Orientar onde o paciente deverá retornar.

7.6.3. Abordagem inicial do paciente grave nas Unidades de Pronto Atendimento

Todos os pacientes que procuram atenção médica devem ser atendidos. No entanto, a função da unidade de emergência é priorizar o atendimento de urgências e emergências.

Assim, define-se “emergência” a constatação médica de condições de agravo à saúde que implique em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Define-se “urgência” a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Nas Unidades de Pronto Atendimento da Rede Municipal, pacientes graves coexistem com indivíduos com problemas de menor complexidade. Saber diferenciar rapidamente tais situações torna-se ainda mais importante.

A ideia deste protocolo é tentar caracterizar situações de potencial emergência ou urgência, para que possam ser rapidamente priorizadas e assim receber o atendimento adequado no menor tempo possível, buscando melhorar a qualidade do pronto atendimento à população.

7.6.4. Identificação de Situações de Maior Gravidade.

Indivíduos que apresentam os seguintes sintomas e/ou sinais encontram-se em potencial situação de emergência e devem ser avaliados de forma prioritária:

- Precordialgia ou dor torácica;
- Febre com alterações hemodinâmicas ou Cefaleia;
- Suspeita de obstrução de via aérea;
- Alterações neurológicas agudas: déficit, motor, afasia, convulsão, delírio;
- Intoxicação exógena aguda;
- Poli traumatizado.
- Hematêmese, enterorragia ou hemoptise;
- Dor intensa;
- Rebaixamento agudo do nível de consciência (queda na escala de coma de Glasgow > 2 pontos);
 - Alterações marcantes de sinais vitais:
 - Frequência respiratória (FR) > 36 ipm ou > 8 ipm ou uso de musculatura acessória;
 - Saturação arterial de oxigênio (Sat O₂) < 90%;
 - Frequência cardíaca (FC) > 120 bpm ou < 40 bpm;
 - Pressão arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg;
 - Enchimento capilar (EC) > 3 segundos.

7.6.5. Manejo Inicial de Pacientes Potencialmente Graves

- Todos pacientes potencialmente em situação de emergência ou urgência devem ser avaliados imediatamente dentro da sala de emergência. Uma vez descartadas tais situações, o atendimento deve ser complementado fora da sala de urgência, a fim de permitir o uso do referido recinto para futuros atendimentos;
- O atendimento inicial de uma situação de risco em potencial deve ser iniciado sempre pelas recomendações Suporte Avançado de Vida (ACLS):

Avaliar uma possível PCR.

- Responsividade, ajuda, via aérea, respiração, pulso e monitoração;
- A etapa de Solicitação de Ajuda com desfibrilador é fundamental em qualquer atendimento de emergência no pronto – socorro, refere-se a levar o paciente à sala de emergência e solicitar o carrinho de parada. Para esta fase do atendimento, é igualmente fundamental o acesso á materiais necessários e o auxilio de profissionais treinados;
 - Em casos de parada cardiorrespiratória (PCR), proceda conforme os algoritmos padronizados.
 - Nos pacientes que não estão em PCR, à primeira medida é realizar o MOV (monitor, oxigênio e veia) seguido das orientações abaixo:
 - Obtenha os sinais vitais (PA, FC, FR, Sat. de Oxigênio, temperatura) e glicemia capilar (dextro);
 - Esclareça a queixa e duração de forma objetiva. São dados fundamentais para a condução adequada de qualquer caso em pronto-socorro;
 - Perguntem de forma breve e direta por fatores associados, antecedentes, medicações em uso e resultados de exames complementares realizados anteriormente;
 - Realize o exame clínico dirigido para a queixa apresentada. Aprofunde o exame conforme as alterações encontradas:
 - ✓ Aspecto geral: avaliação de mucosas e estado geral do paciente;
 - ✓ Neurológico: escala de coma de Glasgow, presença de déficits motores, avaliação de pupilas e de sinais de meningismo;
 - ✓ Cardiovascular: ausculta cardíaca (ritmo, sopros, B3), presença de estase jugular, perfusão periférica e pulsos periféricos (presença e simetria);
 - ✓ Pulmonar: inspeção de uso de musculatura acessória e ausculta pulmonar (crepitações, sibilos, derrames, roncos);
 - ✓ Abdominal: ruídos, sinais de peritonismo, dor e visceromegalias;
 - ✓ Membros: edemas, sinais de empastamento de panturrilhas.

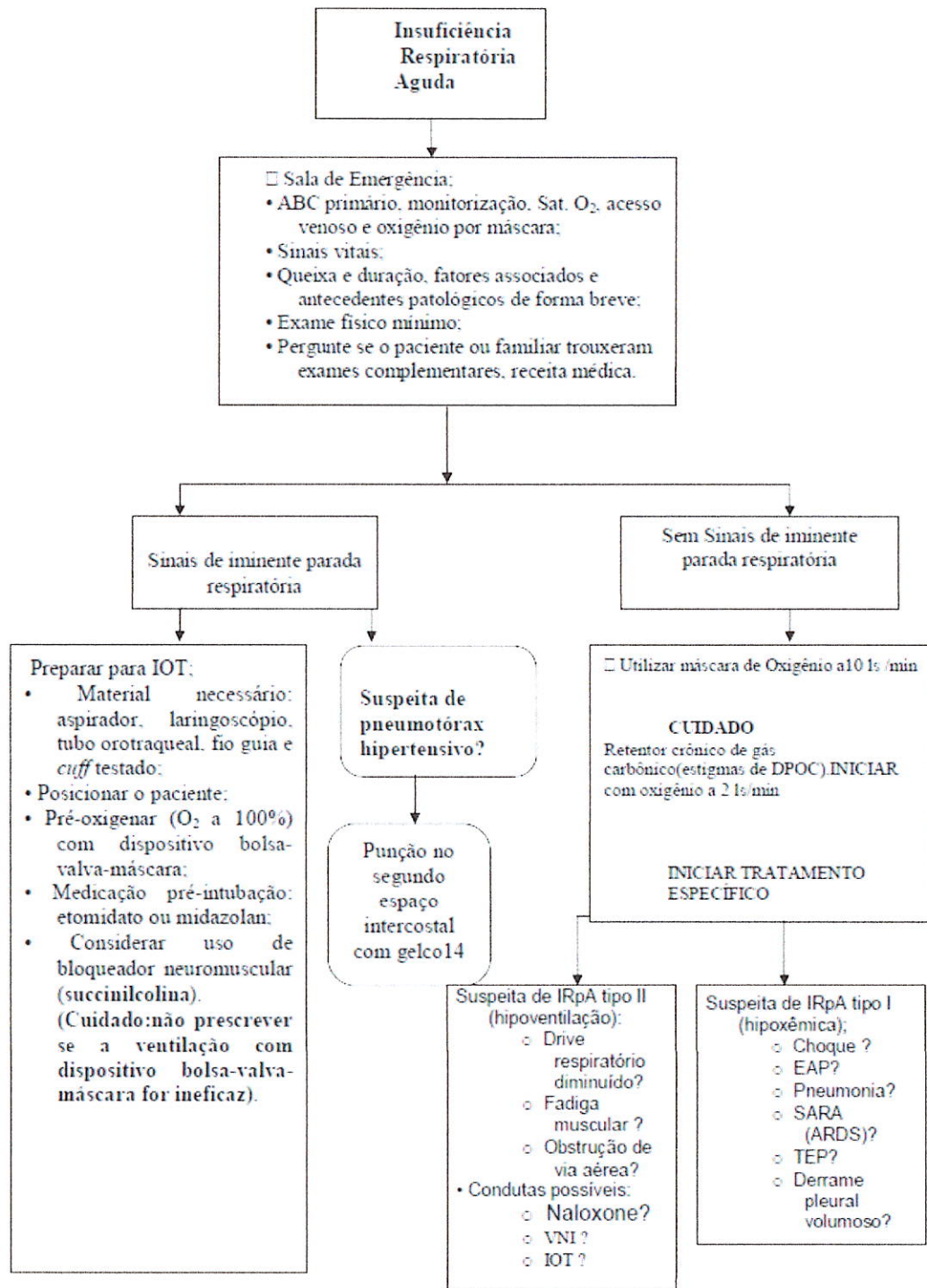
B- Principais Síndromes em Situação de Emergência.

Insuficiência Respiratória Aguda

São basicamente de 2 tipos:

➤ Hipoxêmica (PaO₂ < 60 mmHg): a principal fisiopatogenia está relacionada a um distúrbio entre a relação ventilação/perfusão (V/Q). O mais frequente é o distúrbio do tipo SHUNT, quando o alvéolo está preenchido por transudato (edema pulmonar), exsudato (pneumonia) ou sangue (infarto pulmonar, hemorragia);

➤ Hipercapnica (PaCO₂ > 50 mmHg): o distúrbio principal envolvido é a hipoventilação alveolar. Pode ocorrer pela diminuição da (FR < 12), do volume corrente “respiração curta”. Dependendo do grau, pode levar à hipoxemia associada, mas, nessa situação, o gradiente alvéolo-arterial permanecerá normal. Nestes casos, salienta-se a fadiga respiratória, que cursa com exaustão da retenção de CO₂. A hipoxemia será um evento tardio e mesmo antes do seu aparecimento, o paciente já se encontra em insuficiência respiratória. Clinicamente, são pacientes que se apresentam taquipnéicos (um mecanismo para tentar compensar a diminuição do volume corrente), com uso da musculatura acessória (tiragem sub-diafragmática, intercostal, de fúrcula, batimento de asa de nariz, respiração paradoxal abdominal), muitas vezes sonolentos (pela retenção de CO₂ ou por encefalopatias tóxico-metabólicas diversas associadas). Necessitam de intervenção imediata, pois podem evoluir para parada respiratória.



A qualidade nos serviços de saúde tem sido objeto de estudo entre diversos seguimentos da saúde. Nos níveis de complexidade assistenciais, tanto primários quanto secundários, também tem surgido essa preocupação com o tema, haja vista as



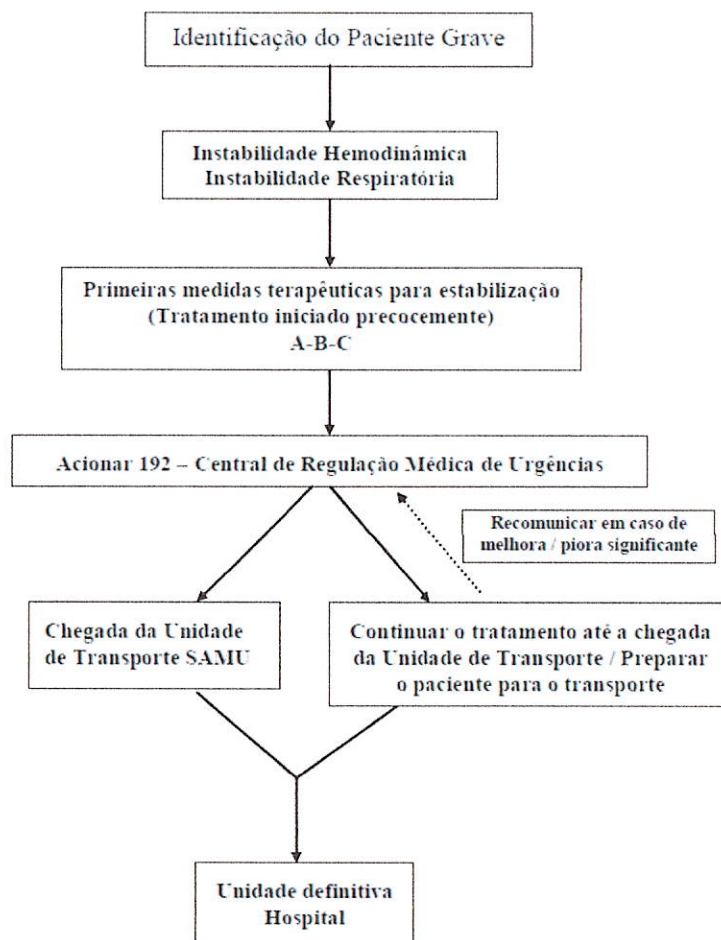
citações sobre qualidade em vários documentos oficiais e definições em normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como os conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Na equipe dos serviços de saúde, a busca pela qualidade tem ocorrido principalmente com investimentos em processos educativos. Tal fato é uma apreensão constante do enfermeiro, pois não é incomum a exposição da equipe de enfermagem na mídia, devido à divulgação de erros de procedimentos, imprudência e falta de cumprimento de protocolos nos serviços de saúde. Dessa maneira, faz-se necessária a definição de padrões e ampliação da cultura de qualidade dos serviços da enfermagem, tornando-se, assim, imprescindível o papel do enfermeiro em implementar estratégias para que a sua equipe assegure aos pacientes a assistência desejada. Uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que deve ser construída juntamente com a sua equipe, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando o alcance de melhorias em suas atividades.

A padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial atual e tem sido amplamente estudada pela enfermagem. Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa. Além disso, a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente, maior segurança na realização dos procedimentos e, conseqüentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente. O gestor dos serviços de saúde deve entender a importância e responsabilidade no planejamento de ações educativas junto aos profissionais de saúde de sua instituição,

sempre pautadas nas melhores evidências científicas. Nessa perspectiva, é notório que a Prática Baseada em Evidências (PBE) constitui um movimento que atua como um elo entre os resultados de pesquisas e sua aplicação prática, garantindo a melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes e maior visibilidade da profissão ao demonstrar as bases científicas do seu cuidado. e saúde.

Ressaltamos que o protocolo para o combate ao covid-19 será elaborado pela equipe de gestão técnica em conjunto com a secretaria de saúde e vigilância epidemiológica.

Fluxograma Geral do Paciente Grave nos PAs/PSs



7.6.6. Parada Cardiorrespiratória - PCR

É a interrupção abrupta da atividade mecânica cardíaca, que pode ser reversível por intervenção imediata, mas leva à morte, na sua ausência. Ocorre de forma súbita e inesperada, em indivíduos sem doenças prévias ou naqueles com doenças incuráveis que evoluam para PCR, não por evolução natural da doença e, sim, por causas extrínsecas passíveis de reversão (AHA -ACC).

Como identificar uma PCR?

O diagnóstico deve ser feito com a maior rapidez possível e compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso.

Os C A B D da RCP (Avaliação Primária):

- C (circulation): circulação;
- A (airway): vias aéreas;
- B (breathing): respiração;
- D (defibrillation): desfibrilação ou drogas.

C: Avaliar o pulso + iniciar as compressões torácicas

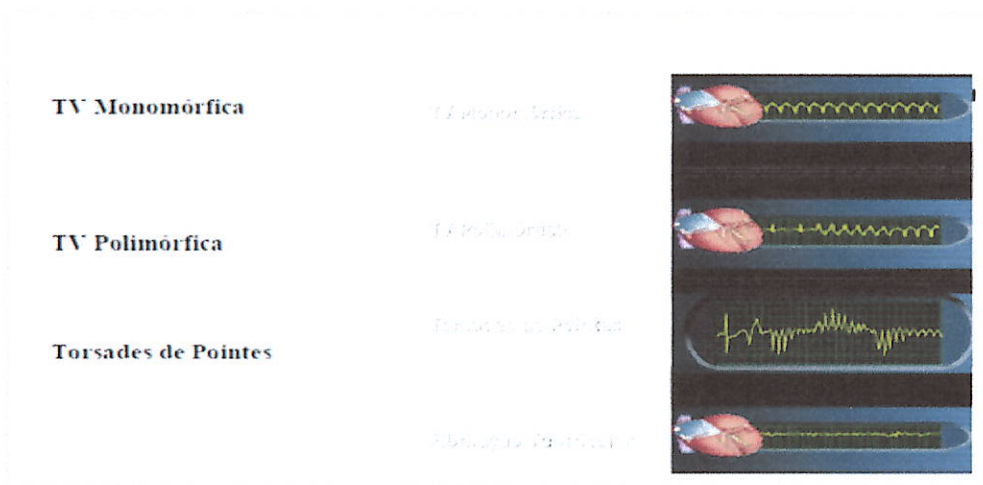
A: Posicionar o paciente e abrir as vias aéreas

B: Estabelecer duas ventilações;

D: Aplicar o desfibrilador quando disponível.

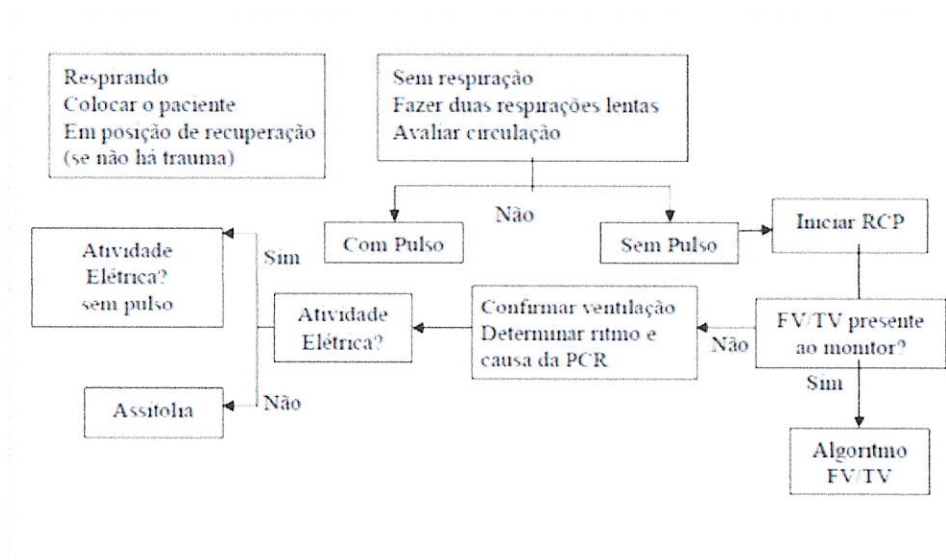
Iniciar pelos menos 100 compressões/min.
Intercalando 2 ventilações para cada 30 compressões DURANTE } RCP de boa Qualidade
2 minutos

- 1) Checa-se o ritmo: FV/TV, assistolia ou AESP;



- 2) FV/TV: desfibrilar o paciente (1 choque de 200 joules e 360 no desfibrilador monofásico) - Reversão >85% dos casos. Persistindo FV/TV, repetir 1 choque de 360J a cada intervalo de ressuscitação cardiopulmonar (2 minutos).

Observação: Os desfibriladores disponíveis na rede podem ser monofásicos, portanto, a carga para desfibrilação é de 360J. Para utilização de desfibriladores bifásicos a carga inicial será de 200J.



O ABCD secundário:

A: Intubação do paciente, não é obrigatório se a ventilação com ambu e máscara elevar o tórax;

B: Ventilação não-sincronizada para pacientes intubados, manter RCP 30:2 para pacientes não intubados;

C: Monitoração (eletrodos, oxímetro, manguito), acesso venoso, compressões torácicas (não sincronizadas), se o paciente estiver entubado;

D: administração de drogas.

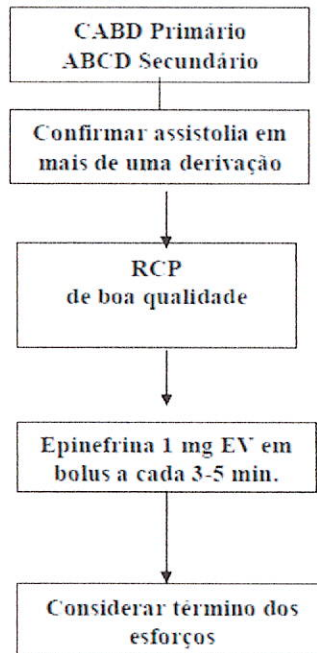
Protocolo FV/TV

Epinefrina	1 ap = 1 ml = 1 mg Dose: 1 mg cada 3 min
Amiodarona	1 ap = 3 ml = 50 mg/ml Dose: 300 mg IV bolus 2ª dose: 150 mg após 5 min
Lidocaina	1 fr = 20 ml = 20 mg/ml Dose: 1,5 mg/Kg cada 3 min Dose máx: 3 mg/Kg
Sulfato de Magnésio	1 ap (10%) = 10 ml = 0,1 g/ml Dose: 1 a 2 g IV bolus

- Assistolia: protocolo de linha isoelétrica (CAGADE);
- Verificar se o monitor e o desfibrilador estão ligados;
- Verificar todas as conexões: dispositivo – cabos, cabos – paciente, dispositivo – pás paciente;
- Verificar GANHO ou SENSIBILIDADE selecionado no desfibrilador/monitor;
- Selecionar derivação e fazer uma rápida verificação do ritmo em cada derivação;
- Quando monitor “EM PÁS” fazer uma rotação de 90° para verificar se há vetor de FV (pá do esterno superior direito para o esterno superior esquerdo; pá do ápice esquerdo para a borda inferior direita do esterno).

TRATAMENTO DAS POSSÍVEIS CAUSAS DE AESP/ASSISTOLIA - Hs e Ts	
Etiologia	Tratamento
Hipovolemia	Flúidos
Hipóxia	O ₂ a 100% (EOT)
Hipercalemia / Hipocalemia	Bicarbonato / Repositor de potássio
Hipotermia	Reaquecimento
Acidose (Hidrogênio)	Bicarbonato
Pneumotórax hipertensivo	Descompressão
Intoxicações por drogas	Antagonistas
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese
Tromboembolismo pulmonar	Trombolíticos?
IAM	PTCA-Trombólise

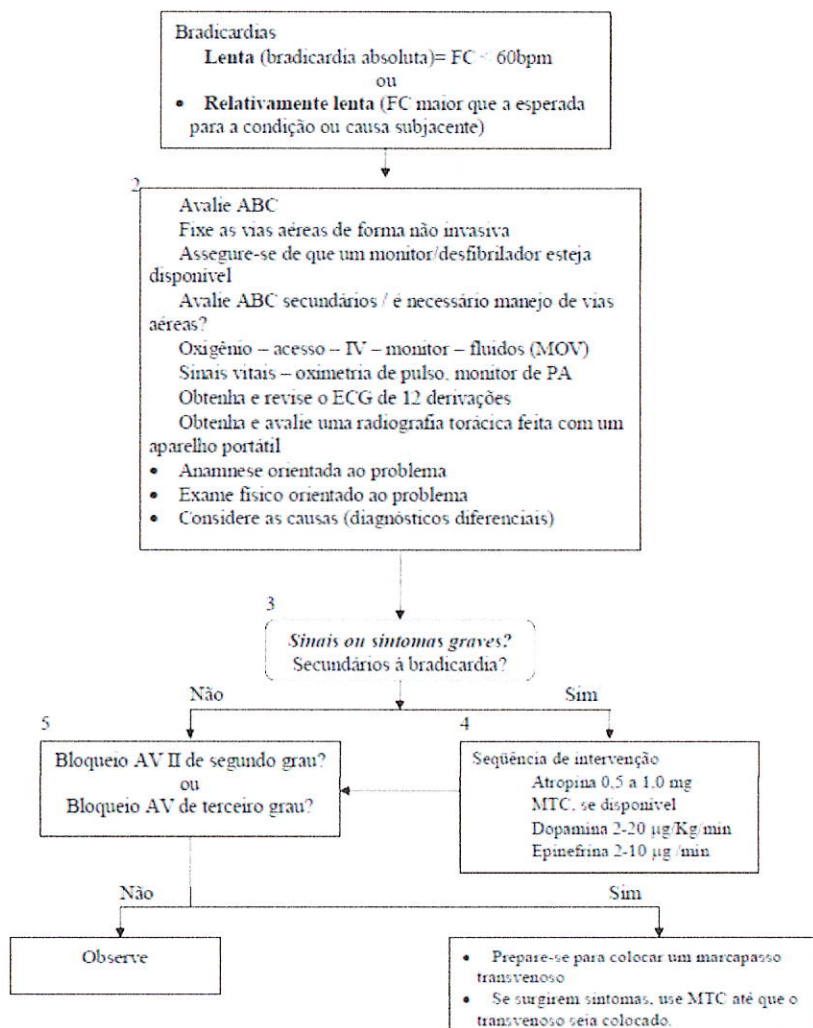
ALGORITMO DE ASSISTOLIA/AESP



7.6.7. ECG/Bradiarritimias

Bradicardia:

- 1) Absoluta – Frequência cardíaca <60bpm;
- 2) Relativa – Frequência cardíaca menor que a desejada para uma condição.



A questão clínica-chave é se a bradicardia está fazendo com que o paciente adoença, ou se alguma outra doença está “causando” a bradicardia.

Efeitos Clínicos da Bradicardia (critérios de instabilidade)

Sintomas: dor torácica anginosa, falta de ar, diminuição do nível de consciência, fraqueza, fadiga, intolerância a exercícios, tontura, vertigem e desmaios.

Sinais: hipotensão, queda da PA em posição ortostática, sudorese, congestão pulmonar ao exame físico ou radiografia torácica, ICC franca ou edema pulmonar, dor torácica, síndrome coronária aguda.

Tratamento

A sequência de tratamento para bradicardia sintomática é:

- **Atropina** (agente de escolha para tratamento inicial – exceto para bloqueio cardíaco de segundo grau Mobitz II, bloqueio cardíaco de terceiro grau e pacientes submetidos a transplante cardíaco). Utilizar doses 0.5mg IV repetida a cada 3-5 minutos. Se após a primeira dose não houver resposta não associe DOPR ou Adrenalina.
 - Marca passo transcutâneo (disponível na USA do SAMU)
 - **Dopamina:** Após atingir dose máxima de atropina (0.04mg/Kg) adicionar uma infusão de dopamina (iniciar com 5µg/Kg/min.) e aumentar a dose de infusão rapidamente (até20mg/Kg/min.)
 - **Adrenalina:** Se o paciente apresentar bradicardia grave com hipotensão, o fármaco de escolha é a adrenalina. A infusão de adrenalina também é indicada quando doses de mais altas de dopamina não fizerem mais efeito.

Obs.: As infusões de adrenalina são preparadas da seguinte maneira: Misturar 1 ampola de 1mg de adrenalina em 500 ml de solução salina normal, a fim de produzir uma concentração de 2mg/ml. Isto pode ser infundido na velocidade de 1 a 5 ml/min.

Obs.: A infusão de Dopamina (Amps = 50mg/10ml) diluída em 240ml de SF0,9%

A importância da localização do infarto e bloqueio cardíaco	
<p>Infarto do VD</p> <p>Pacientes com infarto do VD ou inferior apresentam, frequentemente, tona parassimpático excessivo. Os efeitos parassimpáticos provocarão a bradicardia, mas a hipotensão, se estiver presente, será devida mais provavelmente à hipovolemia que à bradicardia.</p> <p>▪ <i>Fornecer uma prova de volume cuidadosa com soro fisiológico (250-500 ml em 15-30 minutos).</i></p> <p>Esta ação pode salvar a vida destes pacientes.</p> <p>A baixa frequência é na verdade uma bradicardia relativa: o coração devia bater mais rápido devido a baixa PA. O fluido em bolo aumenta as pressões de enchimento do VD, o que causa um aumento na força de contração do VD (lei de Starling).</p> <p>Os IAM inferiores geralmente produzem um bloqueio cardíaco ou terceiro grau, com um ritmo de escape juncional de complexo estreito.</p> <p>▪ Utilizar a atropina para aumentar a FC e a PA, se estes pacientes tornarem-se sintomáticos.</p>	<p>▪ Se não houver resposta à atropina, fornecer dopamina ou epinefrina. O defeito de condução é frequentemente passageiro. Um MTC "em espera" deve ser utilizado (e testado) para esses pacientes, enquanto se aguarda pelo marcapasso transvenoso ou pela solução do bloqueio.</p>

7.6.8. Dor Torácica

Dor torácica é uma queixa comum e causa igualmente frequente de procura à sala de emergência nas Unidades de Pronto. Estima-se que cerca de 1-5 % do total de atendimentos na emergência são devido à dor torácica e que 20 – 35% destes correspondam, a uma situação clínica de gravidade como Síndrome Coronariana Aguda (SCA).

O grande desafio do Emergencista é justamente diagnosticar os pacientes com alto risco de apresentarem uma SCA, além de outras etiologias menos frequentes, porém potencialmente fatais como Tromboembolismo Pulmonar (TEP) e as Síndromes Aórticas Torácicas Agudas (SATA) e Pneumotórax Hipertensivo (PH) que juntas representam 1% dos casos.

Contudo, o diagnóstico inicial da SCA no primeiro atendimento pode ser dificultado pelos seguintes fatos:

- 1) Dos pacientes que realmente apresentam um infarto agudo do miocárdio

(IAM), apenas a metade tem um eletrocardiograma com alterações clássicas como supra desnível de segmento ST (CSST) à admissão;

2) Menos da metade dos pacientes com IAM sem supra desnível de segmento ST (SSST) apresenta creatinoquinase-MB (CK-MB) elevada à admissão.

Esses dados podem explicar porque, mesmo em centros de referência, 2 a 3 % de pacientes com IAM são indevidamente liberados da emergência, taxa que pode alcançar valores de até 10 a 20 % em alguns serviços, sendo que destes, 25% apresenta desfecho letal.

Tromboembolismo Pulmonar (TEP) é o bloqueio da artéria pulmonar ou de seus ramos. Geralmente, ocorre quando um trombo venoso profundo se desloca de seu local e formação e viaja, ou emboliza, para o fornecimento sanguíneo arterial de um dos pulmões. Os sintomas incluem dificuldade de respiração, dor torácica na inspiração e palpitações. Os sinais clínicos incluem dor torácica, baixa saturação de oxigênio sanguíneo (hipóxia), respiração rápida (taquipneia) e frequência cardíaca aumentada (taquicardia). Casos graves de embolia pulmonar não tratada podem levar a instabilidade circulatória e morte súbita.

A Síndrome Aórtica Torácica Aguda (SATA) é uma das doenças de maior mortalidade que se conhece. A suspeita do diagnóstico da doença se baseia na história clínica com quadro de dor torácica aguda, que em geral se inicia retor esternal nas dissecções do Tipo A e se estende para a região interescapular na medida em que a dissecção progride distalmente. A dor, em geral, é de início súbito, intensa e pode ser acompanhada de sudorese e hipertensão. Hipotensão pode ocorrer quando há ruptura ou tamponamento cardíaco.

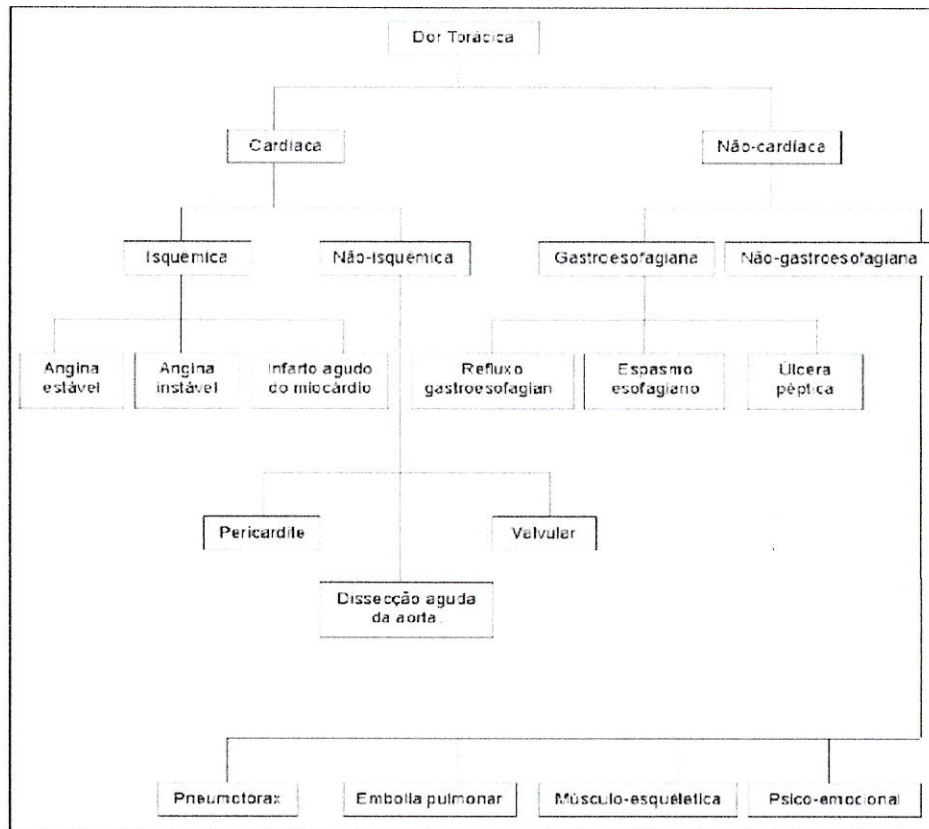
No pneumotórax hipertensivo há acúmulo de ar na cavidade pleural por um sistema de válvula unidirecional, que faz com que o ar possa entrar, mas não possa sair. O pulmão do lado afetado é completamente colapsado, e a traquéia e o mediastino são deslocados para o lado oposto, comprometendo o retorno venoso e causando compressão do pulmão contralateral à lesão.

Na maioria das vezes, a causa é a lesão do parênquima pulmonar, que pode ser agravada com pressão positiva. Lesões traumáticas da parede torácica também podem

ser causa de pneumotórax hipertensivo ocasionalmente. Não é incomum que a inserção de cateteres na veia subclávia ou jugular interna seja a causa de pneumotórax.

Os sinais clínicos do pneumotórax hipertensivo são dispneia, taquicardia, hipotensão, desvio da traqueia para o lado oposto, ausência de murmúrio vesicular unilateral, turgência das veias do pescoço e timpanismo à percussão. A cianose pode surgir como uma consequência tardia da hipóxia.

Causas de Dor Torácica




Síndrome Coronária Aguda

As 10 etapas da avaliação do paciente com síndrome coronariana nas UPAs/ UBS/ PS

- 1) Em pacientes com dor torácica aguda sugestiva de síndrome coronariana aguda realizar o ECG de 12 derivações em menos de 10 minutos
- 2) Encaminhar o paciente para a sala de emergência e iniciar a utilização de M.O.V. (monitor, oxigênio e veia) - enfermeiro classificação de risco.
- 3) **Análise de ECG pelo médico**
- 4) Avaliação do caso clínico pelo médico
- 5) Classificar de acordo com os achados clínicos / eletrocardiográficos
- 6) Iniciar o tratamento imediato em caso de síndrome coronariana aguda (MONAB)
- 7) Manter sob monitoramento constante (ECG, oximetria, PA, Pulso)
- 8) Solicitar a regulação médica do SAMU
- 9) Estar preparado para intercorrências enquanto estiver no aguardo (FV, outras arritmias)
- 10) Passar o caso para o médico do SAMU

Avaliação imediata (<10 minutos)

- Verifique os sinais vitais (manguito de PA automático/manual)
- Meça a saturação de oxigênio
- Estabeleça um acesso IV
- Obtenha o ECG de 12 derivações (revisão por médico)
- Faça anamnese e exame físicos breves e direcionados, concentre-se na elegibilidade para terapêutica fibrinolítica

Os padrões eletrocardiográficos são analisados, permitindo identificar 4 grupos:

- 1) **Eletrocardiograma com supra desnível de ST:**

Presença de supra desnível de J-ST > 0,1mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano frontal, ou > 0,2mV em pelo menos duas derivações contíguas do plano horizontal (V1 a V6).

2) Eletrocardiograma com infra desnível de ST ou inversão de T:

Presença de infra desnível de J-ST 0,1mV em pelo menos duas derivações contínuas, ou inversão isolada de T em pelo menos duas derivações contíguas.

3) Eletrocardiograma com bloqueio de ramo esquerdo:

Em ritmo sinusal, presença de complexos QRS com duração 120ms, com morfologia QS ou rS em VI e de flexão intrínseca 60ms em I, V5 ou V6, associado à ausência de onda Q nestas derivações.

4) Eletrocardiograma normal ou inespecífico:

Ausência de qualquer alteração, ou presença de alterações de duração e morfologia QRS e/ou as alterações de posição de J – ST e T que não se enquadrem nas acima descritas, mesmo em presença de ondas Q patológicas consideradas antigas.

Classificar os tipos de dores A, B, C, D:

A abordagem inicial ao paciente com dor torácica consiste em se definir, através de uma breve história clínica, se o sintoma decorre de uma provável causa cardíaca ou de provável causa não-cardíaca. Para tanto, deve-se tentar classificar a dor em um dos seguintes tipos:

Tipo A (dor definitivamente anginosa)

Dor torácica cujas características dão a certeza do diagnóstico de SCA, independentemente do resultado dos exames complementares.

Tipo B (dor provavelmente anginosa)

Dor torácica cujas características sugerem SCA como principal hipótese diagnóstica, porém com necessidade de exames complementares para a confirmação do diagnóstico.

Tipo C (dor provavelmente não anginosa)

Dor torácica cujas características não sugerem SCA como a principal hipótese

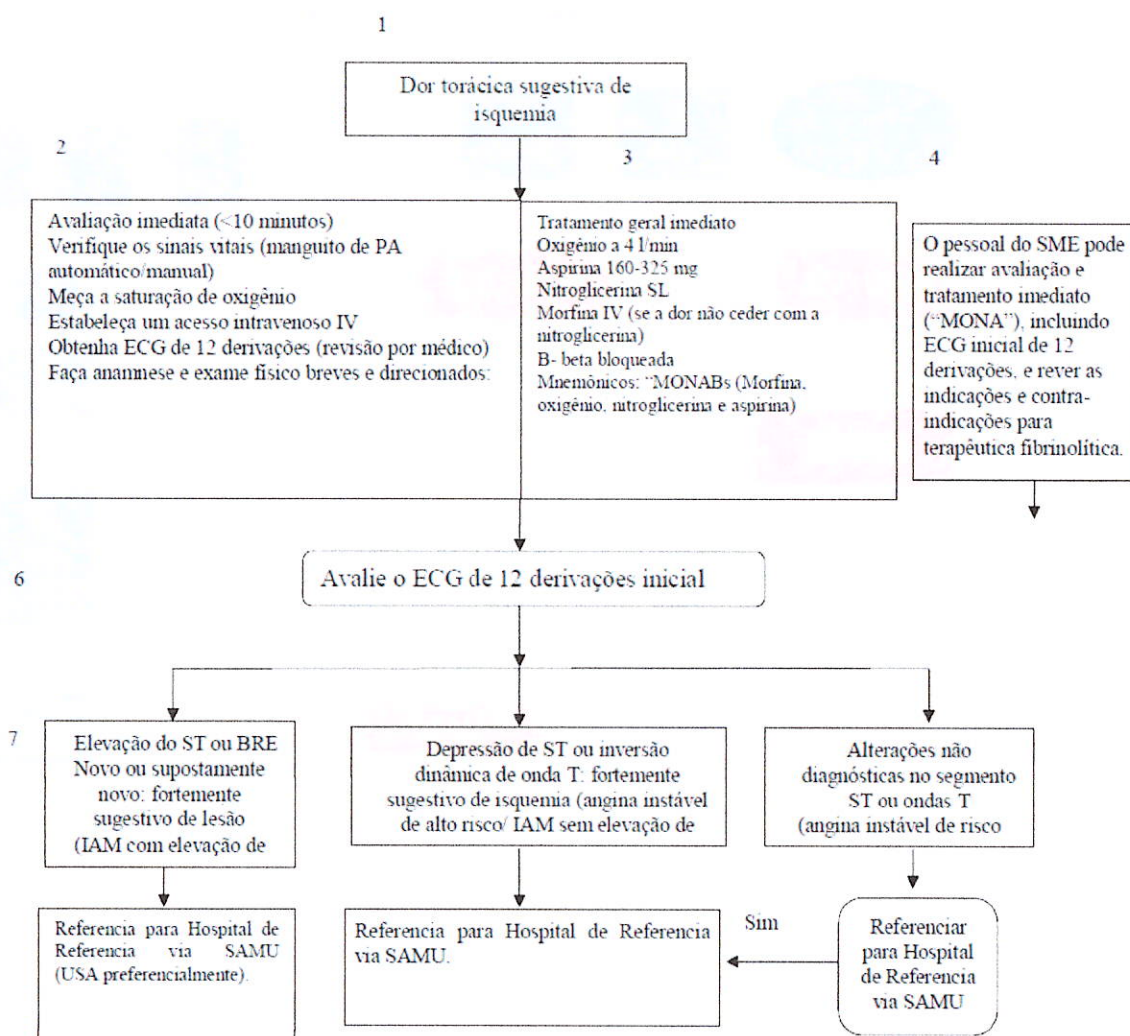
diagnóstica, porém há necessidade de exames complementares para excluí-la.

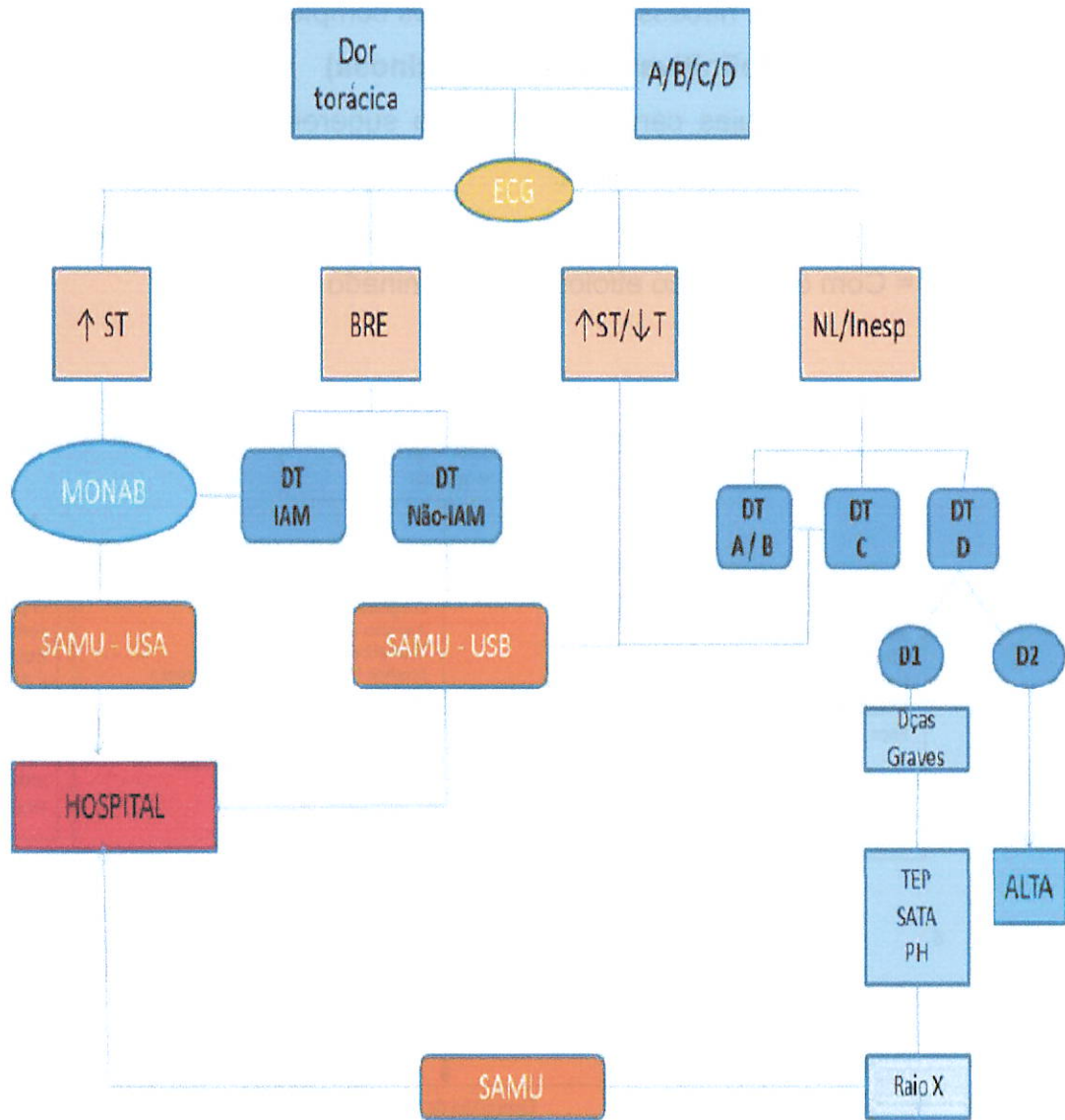
Tipo D (dor definitivamente não anginosa)

Dor torácica cujas características não sugerem SCA no diagnóstico diferencial etiológico. Pode ser subdividida em:

D1 = Possíveis doenças graves com diagnóstico etiológico não determinado;

D2 = Com diagnóstico etiológico determinado.





ECG	Eletro Cardiograma
↑ ST	Supra do Segmento ST
BRE	Bloqueio de Ramo Esquerdo
↑ST/↓T	Supra do Segmento ST ou Inversão de T
NL/Inesp	Normal ou Inespecífico
MONAB	Morfina. Oxigênio, Nitrato, AAS, Beta bloqueador
DT IAM	Dor Torácica – Infarto Agudo do Miocárdio
DT Não-IAM	Dor Torácica – Não Infarto Agudo do Miocárdio
SAMU (USA –USB)	SAMU – USA Suporte Avançado e USB Suporte Básico
Dças Graves	Doenças Graves
TEP SATA PH	Tromboembolismo Pulmonar, Síndromes Torácicas Aórticas Agudas, Pneumotórax Hipertensivo

Tratamento Geral Imediato (MONAB)

- **Oxigênio** a 5l/min. Utilizar uma máscara ou cânula nasal objetivando saturação de oxigênio maior que 90%.
- **Aspirina:** Recomenda-se a utilização rotineira de aspirina (160 – 325mg) a

todos os pacientes com IAM ou SCA.

- **Nitroglicerina:** SL para desconforto contínuo no peito, se a pressão arterial sistólica for maior que 90mmHg e não houver outras contraindicações. Dinitrato de isossorbida (isordil): administrar 5mg em intervalos de cinco minutos (dose máxima 15mg).
- **Morfina EV:** Utilizar doses de 2 a 4mg em intervalos de cinco minutos, se necessário, aos pacientes que obtiverem um completo alívio da dor com nitroglicerina ou nitrato.
- **Betabloqueador EV:** considere em pacientes estáveis com frequência entre 60 e 100 bpm. Contra indicações: sinais de ICC, FC <60 ou >100

7.6.9. Insuficiência respiratória aguda

A – Falência súbita das funções do trato respiratório:

- Ventilação – Tipo II
- Oxigenação – Tipo I A 1 – Causas:
- Tipo I = Distúrbio V/Q (Pneumonias –TEP) Alteração de difusão (Edema Agudo de Pulmão) SHUNT (SDRA);
- Tipo II = Depressão do drive respiratório. Doenças neuromusculares Sobrecarga ventilatória (ASMA).

B – Quadro clínico:

- Dispneia
- Cianose
- Alterações do nível de consciência
- Alterações hemodinâmicas
- Alterações da FR, uso de MM acessórios
- Doença de base

C – Diagnóstico laboratorial:

- Oximetria de pulso

D – Conduta:

- Oxigenioterapia
- Monitorização
- Acesso venoso
- Doença de base

E – Oxigenioterapia

- Máscara
- Cateter nasal
- Venturi
- Máscara com reservatório
- Ventilação mecânica
 - Invasiva
 - Não invasiva

F - Pneumopatias obstrutivas

- Crise asmática
- Agudização do DPOC

E - Fisiopatologia:

- Processo inflamatório crônico das vias aéreas

H - Quadro clínico:

- Dispneia
- Tosse
- Sibilos

- Opressão torácica

I - Tratamento:

- Oxigenioterapia (se saturação de O₂ < 90%);
- Máscara, cateter nasal, venturi, máscara com reservatório B – Drogas bronco dilatadoras inalatórias;
 - Beta 2 adrenérgicos = Fenoterol, Salbutamol;
 - Parassimpatolíticos = brometo de ipratrópio C – Drogas bronco dilatadoras sistêmicas;
 - Aminofilina;
 - Terbutalina;
 - Anti-inflamatórios esteroidais;
 - Parenterais = Hidrocortisona, Metil Prednisolona;
 - Orais = Prednisona.

Conduta no Pronto Atendimento:

- 1 – O₂ se necessário, cuidado para pacientes DPOC com máscara de O₂ com altas FiO₂;
- 2 – Fenoterol 2,5 mg = 10 gt (Máximo = 5 mg ou 20 gt) 3 inalações seriadas 15/15 min;
- 3 – Avaliação clínica, se não ocorrer melhora: Associar ipratrópio 20 – 40 gts (250 – 500 mg) Inalações seriadas 30/30 min, 1 – 4 horas;
- 4 – Corticoide parenteral Hidrocortisona após as 4 horas ou já a partir da primeira hora Se necessário. Dose = 5 mg/kg;
- 5 – Aminofilina – Terceira linha Dose = 5 mg/Kg, administrar EV em

30minutos(Máximo = 250 mg ou 1 ampola);

6 – Sulfato de magnésio (crise asmática grave). Dose = 2 g em 30/40 minutos (2 amp. Sulfato Magnésio 10%).

Se receber alta:

- Prednisona 40 mg/dia por 7 dias
- Inalações com Beta 2 agonista 4/4 horas por 48 horas

Se necessário internar:

- Manter todas as drogas utilizadas no PS
- Se necessário Aminofilina, manter inicialmente em infusão contínua

Se não tiver resposta com as medidas acima, evoluir com alteração do nível de consciência, exaustão instabilidade hemodinâmica, fadiga = cuidados de CTI

No atendimento da agudização do DPOC nunca esquecer que a infecção é o principal desencadeante.

DPOC – Quando indicar antibioticoterapia?

Piora da dispneia e alteração do escarro.

Quais antibióticos podem ser utilizados?

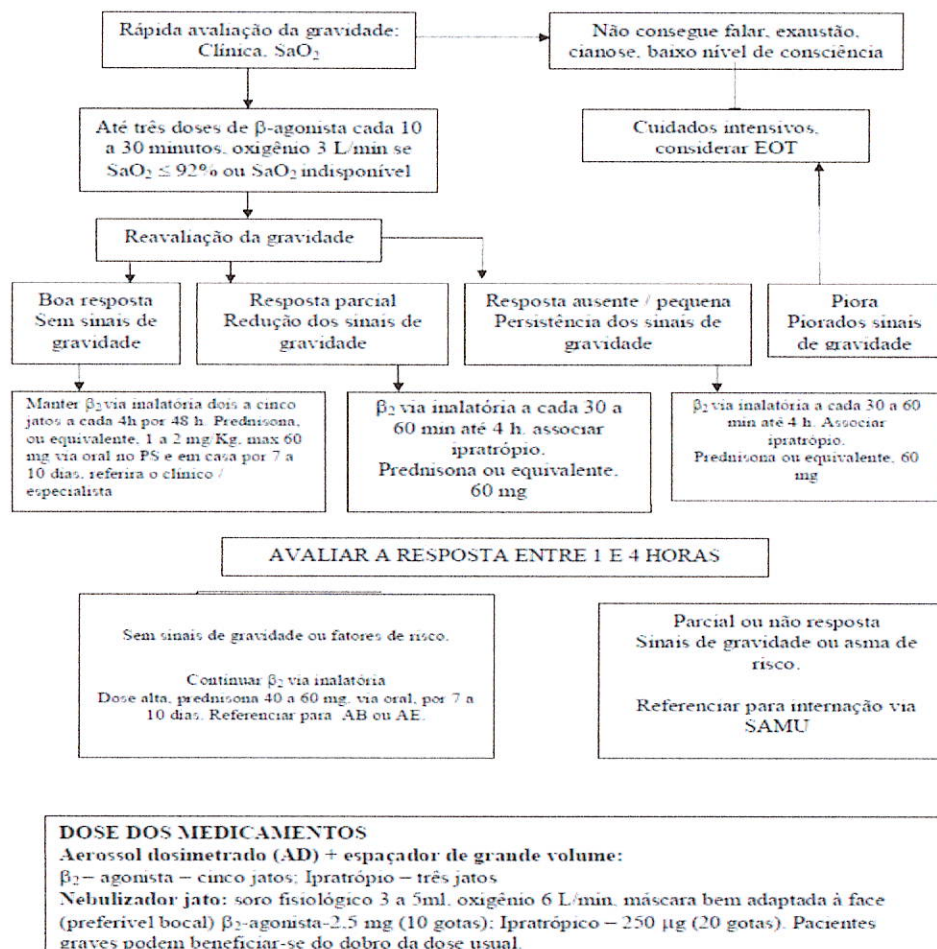
- Abaixo dos 65 anos e sem comorbidades= Amoxicilina
- Acima dos 65 anos e com comorbidades = Macrolídeos ou Quinolo nas respiratórias.

- Avaliar caso a caso, considerar a necessidade e encaminhamento para melhor avaliação (exames, especialistas)

Observação: Iniciar a primeira dose de antibiótico nas primeiras 4 horas no Pronto Atendimento.

Conduta - crise asmática no Pronto Atendimento





7.6.10. Crise hipertensiva / edema agudo de pulmão

Edema Agudo de Pulmão

Síndrome clínica que pode resultar de causas diversas. No entanto, as alterações fisiopatológicas finais são semelhantes e decorrem do acúmulo de fluídos nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões, resultando em hipoxemia, complacência pulmonar diminuída, trabalho respiratório aumentado e relação ventilação-perfusão anormal.