

ENVELOPE 2
PROPOSTA DE TRABALHO
PARTE I



**PROPOSTA DE TRABALHO PARA O GERENCIAMENTO, A
OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO CAM -
CENTRO DE ATENDIMENTO MÉDICO DR. ANTÔNIO ABADIO, EM REGIME DE
24 HORAS/DIA - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2024**

**CATALÃO
2024**

ÍNDICE

1. Título	12
2. Modelo Gerencial	12
2.1. Apresentação da entidade	12
2.2. Contextualização da população beneficiada e do território habitado pela mesma, através da apresentação do perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, bem como da rede de serviços disponível	13
2.3. Objetivo geral e objetivos específicos	19
2.3.1. Objetivo geral	19
2.3.2. Objetivos específicos	20
2.4. Caracterização do modelo gerencial proposto	22
2.5. Indicadores de impacto e ferramentas de modernização gerencial propostas	24
2.5.1. Indicadores de impacto	24
2.5.2. Ferramentas e instrumentos de modernização gerencial	28
2.6. Limites e responsabilidades que a entidade irá assumir	31
2.7. Modelo de relacionamento entre a entidade, a SMS e demais órgãos do Poder Público	33
2.8. Descrição do modelo de regulação assistencial	38
2.8.1. Regulação de Acesso	38
2.8.2. Núcleo Interno de Regulação	40
2.9. Cronograma proposta para implantação e pleno funcionamento dos serviços	42
3. Atividade	43
3.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera compreendendo: recepção, triagem, estabelecimento de prioridades de atendimento, orientações aos usuários e redirecionamento	43
3.1.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera	43
3.1.2. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento	44
3.1.3. Proposta de fluxo para otimizar o atendimento	45
3.1.4. Atividades que comporão o fluxo de Atendimento	47

3.1.5. Orientações ao usuário no Acolhimento com Classificação de Risco	52
3.1.6. Encaminhamento do paciente para outras unidades	58
3.1.7. Alta com prescrição e orientações necessárias, permanência sob observação clínica e encaminhamento à unidade hospitalar referenciada	59
3.2. Fluxo operacional para material médico-hospitalar e medicamentos compreendendo a seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição	62
3.2.1. Diretrizes gerais	62
3.2.2. Fluxo de seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares	62
3.2.2.1. Competências da gestão de estoque	65
3.2.2.2. Procedimento Operacional Padrão	66
3.2.2.3. Especificações técnicas de recebimento de mercadorias recebimento de medicamentos e materiais	68
3.2.2.4. Qualificação do desempenho dos fornecedores críticos, de acordo com os critérios de qualificação de fornecedores, definidos pela instituição	69
3.3. Fluxos para registros de documentos de usuários e administrativos com a apresentação das ações definidas para a inserção de informações referentes ao paciente necessárias à realização dos atendimentos assistenciais em âmbito do CAM	71
3.4. Fluxo para resíduos de saúde definindo os aspectos intra e extra estabelecimento, prevendo as ações a geração até a disposição final dos resíduos	74
3.4.1. Descrição do fluxo de resíduos	77
3.4.2. Classificação do resíduo	80
3.4.3. Minimização de Resíduos, Segregação, Acondicionamento e Identificação	81
3.5. Fluxo unidirecional de materiais da CME	87
3.5.1. Fluxo para materiais esterilizados	95
3.6. Proposta de regimento interno para o CAM	97
3.7. Apresentar as rotinas de recursos humanos a ser implementada no CAM, contendo o dimensionamento do RH, proposta de regulamento próprio de Recrutamento e seleção; e métodos de avaliação	104
3.7.1. Introdução	104
3.7.2. Rotinas de Recursos Humanos	105
3.7.2.1. Recrutamento	105

3.7.2.2. Admissão de colaborador	107
3.7.2.3. Diretos e devedores dos colaboradores	109
3.7.2.4. Jornada de trabalho	110
3.7.2.5. Afastamentos	115
3.7.2.6. Férias	118
3.7.2.7. Treinamento e desenvolvimento profissional	121
3.7.2.8. Do regime disciplinar	124
3.7.2.9. Saúde e segurança do trabalho	126
3.7.2.9.1. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO	126
3.7.2.9.2. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA	128
3.7.3. Minuta de Regulamento Próprio de Seleção para Admissão de Pessoal	131
3.7.4. Avaliação de desempenho	140
3.7.4.1. Definição	140
3.7.4.2. Objetivo	140
3.7.4.3. Quem será avaliado	140
3.7.4.4. Responsabilidades do avaliador	142
3.7.4.5. Responsabilidades do avaliado	142
3.7.4.6. Plano de Desenvolvimento Individual	143
3.7.4.7. Periodicidade da avaliação	143
3.7.4.8. Modalidades de progressão	143
3.7.4.9. Colaboradores afastados	145
3.7.4.10. Mudança de lotação/setor	145
3.8. Apresentar Instrução/manual de rotinas administrativas para Faturamento de Procedimentos	146
3.8.1. Introdução	146
3.8.2. Estrutura	146
3.8.4. Sistemas de Informação / MS	148
3.8.5. Fluxo para faturamento dos serviços	148
3.8.5.1. Faturamento ambulatorial (BPA/BPAi)	149

3.8.6. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES	156
3.8.7. Ações para otimizar o serviço de faturamento	156
3.9. Apresentar Instrução/manual de rotinas administrativas o almoxarifado (exceto medicamentos e materiais médico-hospitalares), patrimônio e financeiro	158
3.9.1. Conceito Básico	158
3.9.2. Ativo Imobilizado	158
3.9.3. Classificação dos Bens	159
3.9.4. Destinação dos materiais conforme seu estado físico	164
3.9.5. Sistema de Controle do Patrimônio	165
3.9.5.1. Instrumentos utilizados para controle do patrimônio	166
3.9.5.2. Sistema eletrônico de patrimônio	167
3.9.5.3. Organização documental do setor de patrimônio	167
3.9.6. Classificação de Materiais Permanentes	168
3.9.7. Setor de Almoxarifado	168
3.9.7.1. Comissão de Recebimento de Material	168
3.9.8. Depreciação	171
3.9.9. Reavaliação	173
3.10. Apresentar proposta de regulamento próprio de compras, contratação de obras e serviços, com manual de compras a ser adotado	176
3.11. Apresentar Proposta de Educação Permanente em Saúde que contemple a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde	197
3.11.1. Introdução	197
3.11.2. Objetivo geral	197
3.11.3. Fundamentação teórica	198
3.11.3.1. Educação continuada e educação permanente	198
3.11.3.2. Unidades de urgência e emergência	199
3.11.4. Metodologia	200
3.11.4.1. Local onde será realizada a intervenção	200
3.11.4.2. Sujeitos envolvidos na intervenção	200

3.11.4.3. Procedimentos	200
3.11.4.4. Avaliação	203
3.11.4.5. Considerações finais	204
3.11.4.6. Referências	205
3.12. Proposta de Pesquisa Periódica/Contínua de Satisfação do Servidor, com definição de uso das informações	207
3.12.1. Estrutura e funcionamento do SAU	207
3.12.2. Fluxo de implantação do SAU	207
3.12.3. Proposta de Pesquisa de Satisfação dos Usuários	209
3.12.4. Proposta de Pesquisa de Satisfação dos colaboradores	215
3.13. Apresentar protocolos assistenciais que serão adotados no CAM	218
3.14. Proposta de gestão de manutenção predial-ambiência	219
3.14.1. Objetivo	219
3.14.2. Destinatários	219
3.14.2.1. Considerações gerais	219
3.14.2.2. Atribuições e competências	220
3.14.3. Procedimentos	223
3.14.3.1. Planejamento da manutenção	223
3.14.3.2. Tipos de manutenção	224
3.14.3.3. Prioridade de atendimento e grau de importância	225
3.14.4. Planos de inspeção e manutenção	229
3.14.5. Solicitações e ordens de serviço	230
3.15. Proposta de gestão do parque tecnológico (manutenção preventiva e corretiva)	232
3.15.1. Introdução	232
3.15.2. Tipos de manutenção	232
3.15.3. Plano de manutenção preventiva	234
3.15.4. Inventário	237
3.15.5. Sistema de codificação do equipamento	238
3.15.6. Ficha vida do equipamento	240



3.15.7. Local da realização das manutenções	241
3.15.8. Armazenamento de documentos	241
5.15.9. Abertura de chamado para manutenção corretiva	242
3.15.10 - Roteiro para manutenção corretiva	244
3.15.11. Seleção de equipamentos para manutenção preventiva	247
3.15.12. Cronograma de manutenção preventiva	248
3.15.13. Checklist de manutenção preventiva	250
3.15.14. Roteiro para Manutenção Preventiva	253
4. Área de qualidade	255
4.1. Apresentação de Programas de gestão da qualidade implantados, em desenvolvimento ou propostos pela Organização Social. Apresentar plano de organização específico com definição de alcance, metodologia, cronograma de implantação e orçamento previsto	255
4.1.1. Objetivos	255
4.1.2. Plano de ação para atendimento dos objetivos	255
4.1.2.1. Segurança do paciente	256
4.1.2.1.1. Gestão de riscos assistenciais e tecnológicos	258
4.1.2.1.2. Núcleo de Segurança do Paciente	258
4.1.2.2. Avaliação Interna de Qualidade	259
4.1.2.3. Gestão de documentos institucionais	260
4.1.2.4. Vigilância epidemiológica da unidade	260
4.1.2.4.1. Controle de Infecções	261
4.1.2.5. Gestão à Vista	262
4.1.2.6. Projetos de melhoria da qualidade	262
4.1.2.7. Educação em saúde	263
4.2.2.8. Humanização	264
4.1.3. Resultados esperados	266
4.1.4. Cronograma	266
4.1.5. Orçamento	267

4.2. Proposta de acolhimento com classificação de risco, risco com metodologias validadas, tomando por base a Portaria GM/MS nº 10/2017	268
4.2.1. Introdução	268
4.2.2. Objetivos do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)	269
4.2.3. Atribuições das equipes de ACCR	269
4.2.4. Orientações gerais para o fluxo de pacientes no acolhimento e na classificação de risco	273
4.2.4.1. Como definir RISCO ou PRIORIDADE no acolhimento?	273
4.2.4.2. Avaliação inicial	274
4.2.4.3. Como acontece a Classificação de Risco?	274
4.2.5. Passo a passo do Acolhimento com Classificação de Risco	276
4.2.6. Situações especiais de atendimento	278
4.2.7. Avaliação e assistência de enfermagem para pacientes adultos	279
4.2.7.1. Roteiro para a consulta de enfermagem	281
4.2.7.2. Observações importantes	281
4.2.8. Avaliação e assistência de enfermagem para pacientes pediátricos	282
4.2.8.1. Observações importantes para atendimento em crianças em situações de emergência	283
4.2.9. Descritores de Atendimento Adulto	285
4.2.10. Descritores Atendimento Pediátrico	289
4.2.11. Fluxograma de atendimento adulto	293
4.2.12. Fluxograma de atendimento pediátrico	294
4.2.13. Fluxograma de atendimento vítima de violência	295
4.3. Proposta para implantação de núcleo de segurança do paciente	297
4.3.1. Proposta e regimento interno	297
4.3.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	307
4.4. Proposta para implantação de protocolo Parada respiratória e cardiorrespiratória, conforme ACLS, com adaptações para o CAM	308
4.4.1. Introdução	308
4.4.2. Epidemiologia	308



4.4.3. Diagnóstico	311
4.4.4. Tratamento	314
4.4.5. Leitura complementar	329
4.5. Proposta de implantação protocolo IAM, conforme ACLS, com adaptações para o CAM	332
4.5.1. Introdução	332
4.5.2. Redes de tratamento de IAM	333
4.5.3. Fisiopatologia	334
4.5.4. Eletrocardiograma	338
4.5.5. Tratamento	344
4.6. Proposta de implantação atendimento ao trauma conforme ATLS, com adaptações para o CAM	351
4.6.1. Introdução	351
4.6.2. Como se inicia o atendimento à vítima de trauma?	352
4.6.3. Como é realizada a avaliação inicial desse paciente?	353
4.6.4. Qual é o próximo passo após a avaliação primária?	361
4.7. Proposta de implantação de protocolo de insuficiência respiratória aguda	366
4.7.1. Introdução	366
4.7.2. Objetivos	367
4.7.3. História clínica e exame físico	367
4.7.4. Exames diagnósticos indicados	368
4.7.5. Tratamento indicado e plano terapêutico	372
4.7.6. Critérios para internação	376
4.7.7. Critérios de mudança terapêutica	376
4.7.8. - Critérios de alta ou transferência	377
4.7.9. Fluxograma de atendimento	377
4.8. Proposta de implantação de protocolo AVC conforme ACLS, com adaptações para o CAM	378
4.8.1. Introdução	378

4.8.2. Epidemiologia	378
4.8.3. Tempo é cérebro	379
4.8.4. Suspeita clínica e diagnósticos diferenciais	380
4.9. Comissões obrigatórias	398
4.9.1. Comissão de Revisão de Prontuários	398
4.9.1.1. Proposta e regimento interno	398
4.9.1.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	405
4.9.2. Comissão de Ética Médica	406
4.9.2.1. Proposta e regimento interno	406
4.9.2.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	416
4.9.3. Comissão de Ética de Enfermagem	417
4.9.3.1. Proposta e regimento interno	417
4.9.3.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	429
4.9.4. Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Saúde	430
4.9.4.1. Proposta e regimento interno	430
4.9.4.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	439
4.9.5. Comissão de Revisão de Óbitos	440
4.9.5.1. Proposta e regimento interno	440
4.9.5.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	446
4.9.6. Comissão de Farmácia e Terapêutica	447
4.9.6.1. Proposta e regimento interno	447
4.9.6.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	452
4.9.7. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	453
4.9.7.1. Proposta e regimento interno	453
4.9.7.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	463
4.9.8. Outras comissões	464
4.9.8.1. Comitê transfusional	464
4.9.8.2. Cronograma de implantação e Atividade Anual	467

5. Qualidade técnica	468
5.1. Gestão de unidades e/ou redes de atenção básica, Programa de Atenção Domiciliar, Programa de Estratégia Saúde da Família, públicos ou privados públicos ou privados, a qual poderá pontuar no máximo 5 (cinco) pontos	468
5.2. Gestão de serviços de saúde em urgência e emergência (serviços com disponibilidade de atendimento à demanda de urgências nas 24 horas, como: pronto atendimento; pronto socorro isolado e/ou pronto socorro de hospital; UPA's), públicos ou privados, conforme tempo e quantidade de unidades de saúde, a qual poderá pontuar no máximo 5 (cinco) pontos	468
5.3. Experiência do corpo diretivo da entidade ou da diretoria proposta para o CAM até o terceiro nível, comprovada por meio de declaração emitida por entidade privada, atestado de capacidade técnica emitida pelo Poder Público, cópia de registro em CTPS, cópia de contrato de prestação de serviço, a qual poderá pontuar no máximo 2,5 (dois vírgula cinco) pontos	468
5.4. Titulação do corpo diretivo da diretoria proposta para o CAM até o terceiro nível, em curso de pós-graduação lato sensu, com no mínimo 360h, em gestão em saúde, gestão hospital, urgência e emergência, a qual poderá pontuar no máximo 2,5 (dois vírgula cinco) pontos	468
6. Alocação dos recursos financeiros	469
Declaração de cumprimento de legislação trabalhista	482
Declaração de validade jurídica da proposta	483
Declaração de visita técnica ao CAM	484
Anexo I - Protocolos assistenciais	485
Anexo II - Experiência da entidade e do corpo técnico	630

1. Título

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, a operacionalização e a execução de serviços de saúde no CAM - Centro de Atendimento Médico Dr. Antônio Abadio, em regime de 24 horas/dia.

2. Modelo Gerencial

2.1. Apresentação da entidade

O Instituto Alcance é uma associação civil, sem fins econômicos, fundada em 30 de março de 2017, qualificada como organização social pelos municípios de São Miguel do Araguaia, Porangatu, Minaçu, Alto Paraíso de Goiás, Anápolis, Ceres e em Betim (MG)

O Instituto Alcance tem gerenciado unidades de saúde e desenvolveu uma metodologia própria de realizar a gestão dessas com eficiência, eficácia e efetividade, com foco nos resultados, ofertando uma assistência saúde com qualidade e menor custo para o Poder Público.

O Instituto tem a expertise de gerenciar hospitais e unidades de saúde, adquiridas por meio do gerenciamento e operacionalização das seguinte unidades:

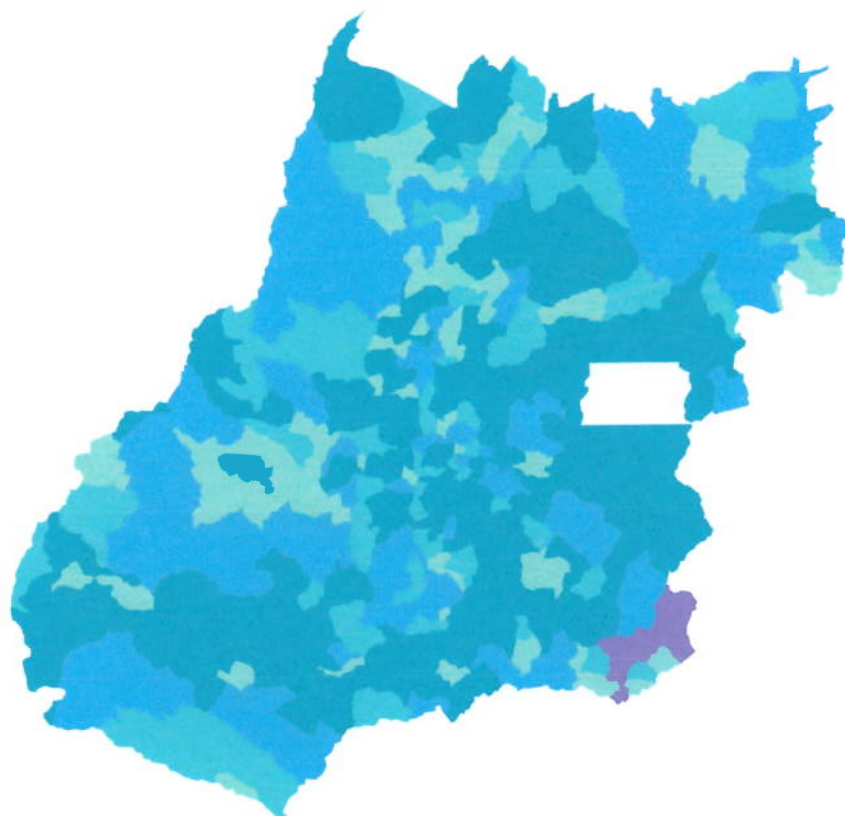
- Hospital Municipal de São Miguel do Araguaia
- Hospital Municipal de Porangatu
- Hospital Municipal de Minaçu

Essa mesma expertise será aplicada no gerenciamento e operacionalização do Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadia, em Catalão.

2.2. Contextualização da população beneficiada e do território habitado pela mesma, através da apresentação do perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde, bem como da rede de serviços disponível

O município de Catalão, em Goiás, está localizado na região de planejamento Sudeste Goiano e integra a Regional de Saúde Estrada de Ferro. Segundo o censo do IBGE de 2022, a população era 114.427 habitantes, sendo estimado, para 2024, um total de 120.789 habitantes, um crescimento de 5,5% em apenas 2 anos.

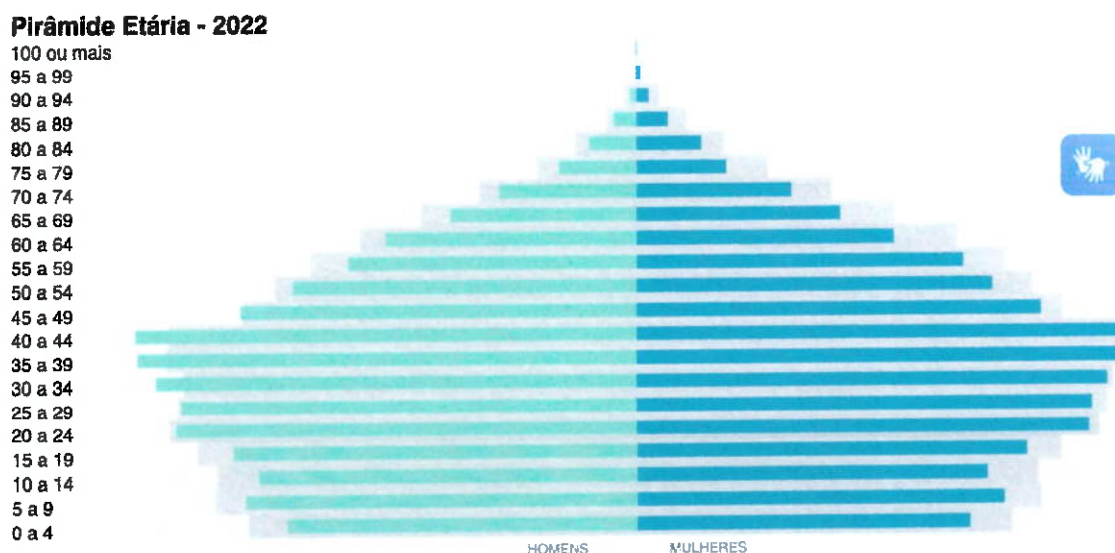
Figura 1 - Mapa do Estado de Goiás com o Município de Catalão em destaque



Fonte: IBGE, 2024

A pirâmide etária do Município, com base nos dados do censo de 2022, demonstra que maior parte da população de Catalão está na faixa dos 20 aos 44 anos.

Figura 2 - Pirâmide etária do Município de Catalão



Fonte: IBGE, 2024

As causas de morbidade no Município de Catalão, quando analisada pelo local de residência, são, em primeiro lugar, parto e puerpério, seguido de lesões por causas externas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório.

Tabela 1 - Morbidade hospitalar por local de residência

Internações por Capítulo CID-10	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	376	1.044	380	338	254	2.392
II. Neoplasias (tumores)	261	237	365	422	228	1.513
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	12	21	11	9	9	62
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	62	114	86	81	43	386
V. Transtornos mentais e comportamentais	19	33	24	31	19	126
VI. Doenças do sistema nervoso	62	80	111	105	41	399
VII. Doenças do olho e anexos	18	25	31	31	19	124



Internações por Capítulo CID-10	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	3	17	10	3	37
IX. Doenças do aparelho circulatório	572	547	532	502	310	2.463
X. Doenças do aparelho respiratório	285	263	423	367	229	1.567
XI. Doenças do aparelho digestivo	379	498	813	804	500	2.994
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	60	75	56	65	43	299
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	48	75	134	138	97	492
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	237	303	345	370	235	1.490
XV. Gravidez parto e puerpério	1.071	1.036	1.053	1.082	599	4.841
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	37	61	67	95	34	294
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	20	27	30	30	20	127
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	83	106	109	90	41	429
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	770	669	772	807	454	3.472
XXI. Contatos com serviços de saúde	91	89	185	246	99	710
Total	4.467	5.306	5.544	5.623	3.277	24.217

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

Com relação às internações causadas por lesão externa, a frequência por queda é relevante, além de outras causas não determinadas, o que pode impactar diretamente no atendimento a ser prestado no Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadio.

Tabela 2 - Morbidade hospitalar causada por lesões externa por local de residência

Internações por Grupo de Causas	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
V01-V99 Acidentes de transporte	104	110	120	123	37	494
V01-V09 Pedestre traumatizado acid transporte	17	80	74	83	24	278
V10-V19 Ciclista traumatizado acid transporte	5	5	3	3	2	18
V20-V29 Motociclista traumatizado acid transp	49	9	27	25	9	119
V40-V49 Ocup automóvel traumatiz acid transporte	8	2	7	2	1	20

Internações por Grupo de Causas	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
V60-V69 Ocup veíc transp pesado traumat acid trans	-	1	2	-	-	3
V80-V89 Outros acid transporte terrestre	2	-	-	-	1	3
V98-V99 Outros acid transporte e os não especific	23	13	7	10	-	53
W00-X59 Outras causas externas de lesões accident	616	519	597	594	354	2.680
W00-W19 Quedas	524	474	523	554	327	2.402
W20-W49 Exposição a forças mecânicas inanimadas	9	21	13	4	5	52
W50-W64 Exposição a forças mecânicas animadas	3	-	4	1	-	8
W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração	-	-	2	-	-	2
W85-W99 Expos cor.elétr.rad.,temper pressão extrem	8	3	24	5	1	41
X00-X09 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	16	-	4	2	-	22
X10-X19 Contato fonte de calor e subst quentes	1	4	4	2	-	11
X20-X29 Contato animais e plantas venenosos	1	7	4	5	5	22
X58-X59 Expos acid a outr fatores e não especific	54	10	19	21	16	120
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	5	5	4	1	-	15
X85-Y09 Agressões	10	6	6	3	-	25
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	24	16	22	67	42	171
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	-	1	-	-	-	1
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	6	4	4	7	14	35
Y60-Y69 Acid ocorr durante prest serv médic cirurg	2	-	-	-	2	4
Y70-Y82 Incid advers diagn/terapia assoc disp méd	-	1	-	1	2	4
Y83-Y84 Reaç anorm ou compl tard ou outros proced	4	3	4	6	10	27
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	2	1	6	3	3	15
Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas	1	4	13	9	3	30
S-T Causas externas não classificadas	2	3	-	-	1	6
Total	770	669	772	807	454	3.472

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

No período de janeiro de 2020 a julho de 2024 ocorreram 4.040 óbitos, por local de ocorrência, e, cerca de 30%, na faixa etária de 80 anos ou mais.

Tabela 3 - Óbitos por local de ocorrência e faixa etária

Faixa Etária	Ano				Total
	2020	2021	2022	2023	
Menor 1 ano	13	10	24	17	64
1 a 4 anos	-	-	3	-	3
5 a 9 anos	1	-	-	1	2
10 a 14 anos	1	-	2	1	4
15 a 19 anos	6	9	13	7	35
20 a 29 anos	24	38	32	28	122
30 a 39 anos	45	71	41	27	184
40 a 49 anos	52	129	46	60	287
50 a 59 anos	93	180	101	89	463
60 a 69 anos	179	261	162	172	774
70 a 79 anos	194	253	229	205	881
80 anos e mais	302	327	308	283	1.220
Idade ignorada	1	-	-	-	1
Total	911	1.278	961	890	4.040

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

No período de janeiro de 2020 a julho de 2024 foram notificados 13.520 prováveis casos de dengue em Catalão.

Tabela 4 - Prováveis casos de dengue notificados por ano e faixa etária

Faixa Etária	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Em branco/IGN	-	1	2	-	-	3
<1 Ano	9	7	76	12	59	163
1-4	10	13	246	23	179	471
5-9	6	36	422	28	302	794
10-14	9	29	426	21	263	748
15-19	28	13	388	45	441	915
20-39	156	72	1.949	219	2.023	4.419
40-59	102	66	1.761	152	1.753	3.834
60-64	8	12	302	25	283	630
65-69	12	10	242	29	247	540
70-79	25	14	325	46	284	694
80 e +	15	8	152	25	109	309
Total	380	281	6.291	625	5.943	13.520

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

No mesmo período analisado, houve a confirmação de 42 casos de tuberculose em Catalão.

Tabela 5 - Casos de tuberculose confirmados por ano e sexo

Sexo	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Masculino	8	8	7	9	1	33
Feminino	1	5	2	1	-	9
Total	9	13	9	10	1	42

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

Foram confirmados 24 casos de hanseníase no período de janeiro de 2020 a julho de 2024, conforme dados informados ao Ministério da Saúde.



Tabela 6 - Casos de hanseníase confirmados por ano e sexo

Sexo	Ano					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Masculino	9	3	2	1	-	15
Feminino	5	-	-	3	1	9
Total	14	3	2	4	1	24

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

A frequência de notificações de casos de AIDS no período foi de 55 novos casos confirmados.

Tabela 7 - Casos de hanseníase confirmados por ano e sexo

Sexo	Ano				Total
	2020	2021	2022	2023	
Masculino	4	13	9	13	45
Feminino	2	3	3	1	10
Total	6	16	12	14	55

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, SIH/SUS, 2024 - período de janeiro/2020 a julho/2024

É com base nesses dados epidemiológicos que o Instituto Alcance elaborará sua proposta de trabalho para o Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadio.

2.3. Objetivo geral e objetivos específicos

2.3.1. Objetivo geral

Desenvolver na operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de urgência e internação nas 24 horas do dia, no Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadio (CAM), o modelo gerencial baseado na qualidade, na humanização e na integralidade do cuidado, assegurando assistência universal e gratuita à população, dentro do nível de complexidade da unidade, aprimorando os serviços e utilizando com responsabilidade e economicidade os recursos públicos transferidos para o custeio do CAM.

2.3.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

a) prestar assistência gratuita à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, observando o disposto no art.º 198, da Constituição Federal; no Inciso I, do art. 4º, da Constituição Estadual; no art. 7º, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fixa os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS; nos preceitos da Política Nacional de Humanização; e, na forma do Edital de Chamamento Público nº 001/2024;

b) assegurar a gestão da qualidade dos serviços de saúde no atendimento aos usuários do SUS, promovendo o controle da qualidade em cada etapa do processo de trabalho, permitindo conhecer melhor as falhas, corrigindo-as e aprimorando as atividades continuamente, e, ainda, colaborando para o apoio aos outros estabelecimentos da rede e para a educação permanente dos profissionais;

c) atuar na efetiva redução de formalidades burocráticas e aumentar a flexibilidade administrativa na prestação dos serviços de saúde, sem se descuidar dos princípios que regem a administração pública;

d) implantar um modelo de gerência em que preponderam os resultados alcançados face às metas pactuadas;

e) priorizar a proposta organizacional que se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se, por meio de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, o aprimoramento das comunicações internas;

f) assegurar a atenção multiprofissional instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;

g) promover a capacitação e aperfeiçoamento de pessoal por meio de um processo contínuo e permanente, nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional;

h) definir, em conjunto com os profissionais, horários, fluxos, protocolos, distribuição semanal de atendimento e padronizações necessárias com o novo Modelo Gerencial, bem como os processos relacionados à qualidade e segurança do paciente;

i) garantir a humanização da assistência, em que o modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

j) realizar atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

k) ofertar aos pacientes atendidos procedimentos de diagnose e terapias;

l) ofertar atendimento com acesso por demanda espontânea ou sob encaminhamento da Central de Regulação;

m) estabelecer rotinas de contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal priorizando os preceitos da administração pública;

n) implantar os Serviços de Apoio Logístico;

o) implantar o Serviço de Farmácia Hospitalar e o Serviço de Nutrição e Dietética atendendo os requisitos e diretrizes do perfil da unidade;

p) trabalhar com coerência no modelo gerencial proposto, não com atividades fragmentada, considerando a unidade como uma estação produtora de cuidados, inserido no Sistema Municipal de Saúde e com os componentes estruturantes da Rede de Urgência e Emergência; e

q) desenvolver ações e serviços no CAM convergentes e integradas com a Gestão Municipal e locorregional, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada.

2.4. Caracterização do modelo gerencial proposto

O Instituto Alcance, qualificado como organização social da saúde, possui um modelo de gerenciamento com foco no resultado e na prestação de serviços de saúde com qualidade, aumentando a eficiência da aplicação do recurso público repassado para custeio das atividades assistenciais desenvolvidas na unidade.

Organizações Sociais - OS são entidades de natureza jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, constituídas em parceria da comunidade beneficiária da prestação de serviços com o poder público, no caso em tela os usuários do SUS, estruturadas com base em um modelo de gestão compartilhada da entidade, o que lhes determina um caráter público não-estatal específico, e são estruturadas com base em um modelo de gestão com foco no alcance de resultados, instrumentalizado por meio de um contrato de metas de desempenho que é o contrato de gestão.

Essas características fundamentais do modelo estão postas de forma explícita na Lei nº 9.637/1998 e na Lei Municipal nº 4.021/2022. Alguns aspectos estão detalhados no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, desenvolvido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, no ano de 1995, e também implícitos na legislação federal e municipal.

É o caso da característica comunitária das entidades, materializada por meio da representação da comunidade beneficiária dos serviços prestados na instância máxima de direção da OS, o Conselho de Administração, pois busca-se por meio das organizações sociais uma maior participação social, na medida em que elas são objeto de um controle direto da sociedade através de seu Conselho de Administração, o qual possui membros representantes direto da comunidade local.

A característica comunitária das entidades qualificadas é o que define o caráter "público não-estatal". Mais ainda, no modelo das OS, a gestão compartilhada das

organizações sociais, entre o poder público e a comunidade beneficiária, por meio dos conselhos de administração, diferencia essencialmente as OS de outras entidades privadas sem fins lucrativos, especialmente as ONG. Ainda que as entidades qualificadas tenham formalmente a natureza jurídica de direito privado sem fins lucrativos, essencialmente se caracterizam como entidades do tipo “público não-estatal” específico, isto é, comunitárias com gestão compartilhada com o poder público.

O instrumento que rege a parceria é o contrato de gestão, que permite que o IPG adote um modelo gerencial com foco no resultado, que visa à constante melhoria do atendimento ao cidadão-cliente e da eficiência administrativa. A ênfase no alcance de resultados constitui uma das diretrizes fundamentais do modelo, conforme exposto do art. 16 da Lei Municipal nº 4.021/2022, e permeia toda a relação instrumentalizada pelo contrato de gestão, cujas funções são orientar a gestão da entidade com a pactuação de metas e induzir a entidade à busca permanente de melhorias no seu desempenho institucional.

O contrato de gestão é o instrumento de orientação do modelo de gerenciamento proposto pelo Instituto Alcance, no contexto de uma gestão compartilhada de um serviço entre o poder público e a OS. A diretriz do alcance de resultados é concretizada na formulação de metas que são pactuadas entre o Município e o Instituto Alcance.

A definição das metas, dos resultados a serem alcançados ao longo de um período de tempo, requer o conhecimento das necessidades da população em termos da prestação dos serviços, o que pode ser demonstrado no diagnóstico situacional apresentado nesta Proposta, bem como da capacidade, de parte da organização, de alcance desses resultados e pressupõe, portanto, um conhecimento de seus pontos fortes e suas fragilidades, assim como de suas necessidades em termos de recursos e estímulos.

As metas definidas pelo Município demonstram a perspectiva de estimular a melhoria do desempenho da entidade na prestação dos serviços, pois apresentam números de atendimento superiores aos atualmente realizados na unidade. Assim sendo, o contrato de gestão é claramente um instrumento de orientação para a gestão da entidade, porque abrange não só a definição de metas, mas um conjunto de mecanismos que vinculam recursos, estímulos e responsabilização de dirigentes, ou seja, mecanismos de gestão da organização.

O financiamento das atividades se dá por meio da fórmula do fomento, que consiste no repasse dos valores ao alcance de metas de desempenho pactuadas, que se tornam uma obrigação contratual, ainda que a sistemática de avaliação do alcance de resultados possa estabelecer graduações ou níveis de desempenho que constituem informações relevantes para o aprimoramento da gestão da entidade.

Em síntese, o contrato de gestão é um instrumento de pactuação de metas, que orientam toda a atividade e induzem à constante melhoria de desempenho da organização social, onde os valores financeiros repassados são definidos como fomento.

Por fim, o modelo proposto pelo Instituto Alcance contempla o resultado com qualidade, ou seja, não basta que as metas contratuais sejam cumpridas, é necessário que essa sejam realizadas com qualidade, o que pressupõe a adoção de protocolos operacionais padrões, protocolos clínicos assistenciais aceitos pelo Ministério da Saúde, programa de educação continuada dos servidores cedidos e colaboradores contratados pelo Instituto Alcance, além da adoção de uma solução informatizada de controle administrativo e prontuário eletrônico do paciente, reduzindo ao mínimo necessário a utilização de papel dentro da unidade.

2.5. Indicadores de impacto e ferramentas de modernização gerencial propostas

2.5.1. Indicadores de impacto

Indicadores são instrumentos para medir ou aferir determinada ação ou processo no intuito de orientar o gestor ou responsável pela área para a tomada de decisão visando manter, modificar ou corrigir a ação ou processo, no intuito de atingir uma meta anteriormente definida.

O contrato de gestão já apresenta alguns indicadores que servem para orientar a Administração na avaliação do cumprimento das metas pactuadas no contrato.

Além desses indicadores, o Instituto Alcance adota em sua gestão diversos indicadores gerenciais, que são agrupados por área e, mensalmente, apresentado em reunião envolvendo todos os líderes do projeto, no intuito de avaliar e discutir os resultados, bem com fazer análise crítica dos resultados e apontar soluções para eventuais problemas constatados no período avaliado.

A seguir serão arrolados diversos indicadores que poderão ser utilizados durante a execução do contrato de gestão, conforme a necessidade e a complexidade do gerenciamento do Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadio.

Indicadores de recursos humanos

- Número pessoas por área, pessoas por leito por área
- Índice de treinamento de pessoal administrativo e índice de treinamento de pessoal assistencial
- Turnover por área (%).
- Índice de absenteísmo por área (%).
- % acidentes do trabalho por área.
- % desvio em relação ao orçado (R\$) por área/setor da unidade
- Acidentes com afastamento por área.

Indicadores administrativos e financeiros

- Custo por procedimento realizado
- Custo por atendimento realizado
- Custo por exame de SADT
- Análise do prazo médio de pagamento de fornecedores com sugestões de estratégias de negociação para ampliação.
- Desvio em relação ao orçado (R\$) por área/setor da unidade
- Desvio em relação ao orçado (R\$) por tipo de despesa.
- R\$ multas pagas por atraso de pagamentos a fornecedores /impostos/taxas
- Repasses do parceiro público pendentes (R\$)

- Saldo bancário (diário).
- Fluxo de Caixa (previsão de recebimentos e pagamentos de 30 dias futuros, por tipo de despesa/setor da unidade (diário).
- Revisão do Orçamento (trimestral) com análise das Despesas Operacionais e Resultado Financeiro.
- Títulos protestados (diário).
- Índice de prontuários entregues fora do prazo para o faturamento.
- Valor e número dos ajustes de estoques para mais e para menos, por família de material e curva ABC dentro das famílias.

Indicadores operacionais assistenciais

- Censo hospitalar:
 - pacientes em observação por setor (diário).
 - SADT (diário).
- Protocolos clínicos implantados (mensal).
- Dispensação de medicamentos (prazo médio em minutos entre recepção da solicitação e dispensação).
- Comissões obrigatórias
- Prazo médio de espera entre entrada na unidade e realização de AC&R
- Altas após 6 horas de observação (diário)
- Altas após 12 horas de observação (diário)
- Altas após 24 horas de observação (diário)
- Prazo médio de entrega de exames (por tipo de exame: laboratorial e imagem)
- Quantidade média de exames por atendimento
- Número e R\$ de aquisições avulsas de materiais e medicamentos (com justificativa)
- Tempo médio de limpeza concorrente nos leitos de observação

Indicadores de produtividade

- Relação número de usuários atendidos por leito de observação
- Custo de pessoal por leito de observação
- Prazo médio de permanência do paciente conforme classificação da AC&R
- Tempo médio de espera entre a classificação da AC&R e o atendimento do paciente

Indicadores da garantia da qualidade

- Número de respostas às pesquisas de satisfação efetuadas no mês anterior (ativas e passivas)
- Relatório detalhado da pesquisa de satisfação do mês anterior
- Relatório das ações e resultados em relação aos relatórios anteriores ao do mês anterior
- Relatório de Indicadores dentro da meta (painel de controle). Índice geral de satisfação dos usuários
- Índice de satisfação dos usuários

Indicadores do jurídico e fiscal

- Quadro geral de certidões/alvarás/autorizações da unidade com previsão de vencimento e prazo de obtenção
- Quadro geral de processos em andamento, iniciais etc. com a avaliação de probabilidade de sucesso do corpo jurídico (provável, muito provável, pouco provável) e consequente estimativa de custos (comparado com os seguros contratados - a ser elaborado pela área administrativa e financeira)
- Acompanhamento de liminares
- Acompanhamento de bloqueios/resgates judiciais
- Acompanhamento de processos trabalhistas e risco de penalização.

2.5.2. Ferramentas e instrumentos de modernização gerencial

Como ferramentas e instrumento de modernização gerencial o Instituto Alcance adotará o Ciclo PDCA para suas atividades de planejamento, execução e avaliação dessas e dos processos implementados.

O Ciclo PDCA é uma ferramenta de qualidade que facilita a tomada de decisões visando garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência dos estabelecimentos e, embora simples, representa um avanço sem limites para o planejamento eficaz. A sigla é formada pelas iniciais:

- P, de Plan - Planejar - estabelecer os objetivos e processos necessários para fornecer resultados de acordo com os requisitos e políticas pré-determinados.
- D, de Do - Fazer, executar - implementar as ações necessárias.
- C, de Check - Checar, verificar - monitorar e medir os processos e produtos em relação às políticas, aos objetivos e aos requisitos estabelecidos e relatar os resultados.
- A, de Act - Agir - executar ações para promover continuamente a melhoria dos processos.

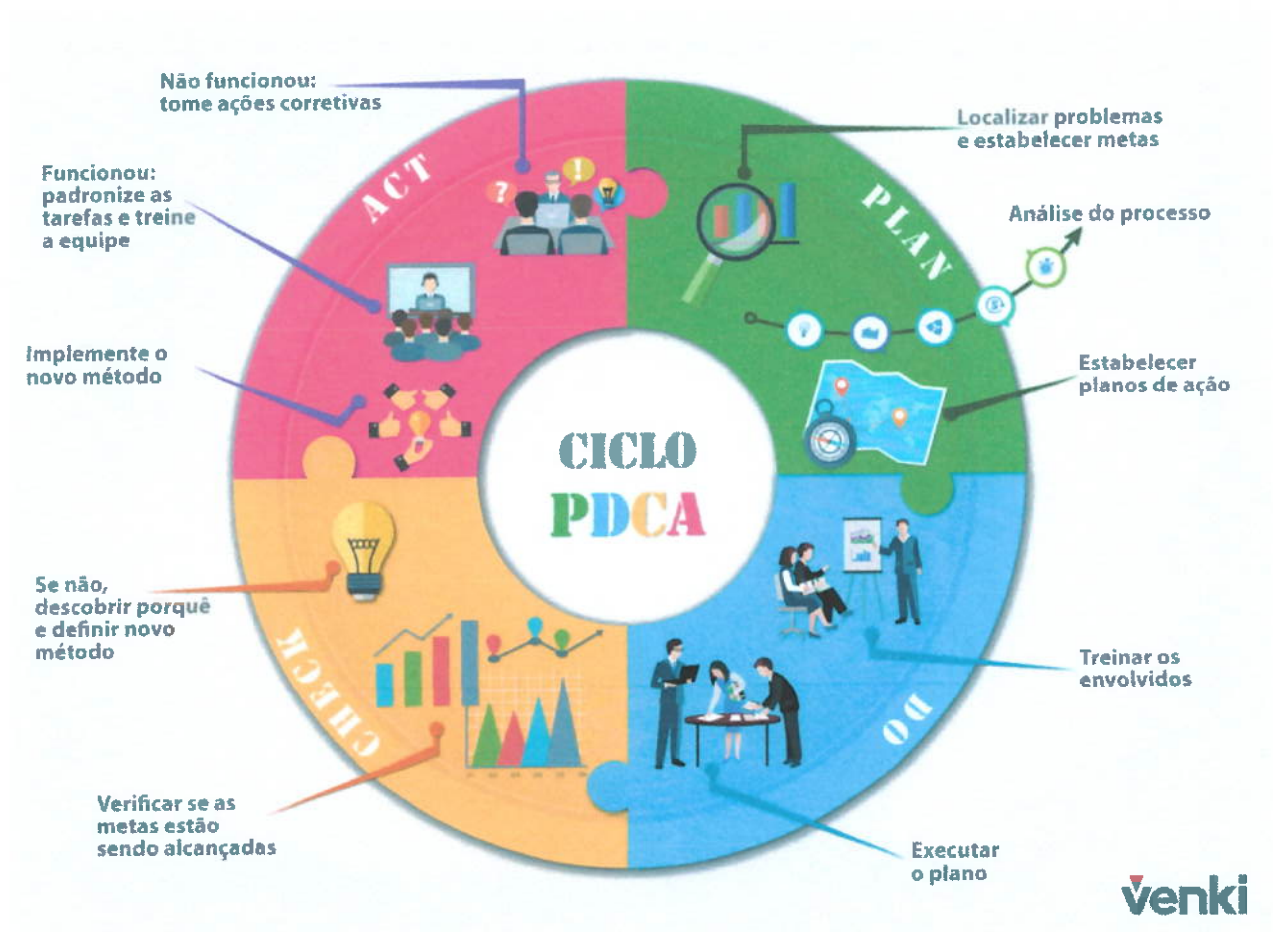
O ciclo PDCA foi desenvolvido por Walter A. Shewhart na década de 30 e consolidado por Willian E. Deming a partir da década de 50, quando foi empregado com sucesso nas empresas japonesas para aumentar a qualidade dos processos.

O ciclo PDCA é um conceito de gestão cujo objetivo é controlar e aprimorar os processos de uma organização de forma contínua, como um ciclo (Figura 2) sem começo ou fim para promoção de aprendizado e conhecimento visando melhorias constantes na gestão.

Fase	Descrição
Planejar	<p>O planejamento começa pela análise do processo. Várias atividades são realizadas para fazermos uma análise eficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantamento de fatos - Levantamento de dados - Elaboração do fluxo do processo - Identificação dos itens de controle - Elaboração de uma análise de causa e efeito - Colocação dos dados sobre os itens de controle - Análise dos dados - Estabelecimento dos objetivos <p>A partir daí, é possível iniciar a elaboração de procedimentos que garantirão a execução dos processos de forma eficiente e eficaz.</p>
Fazer, executar	<p>Nesta fase, colocam-se em prática o que os procedimentos determinam, mas para atingir sucesso, é preciso que as pessoas envolvidas sejam competentes. O treinamento vai habilitá-las a executar as atividades com eficácia.</p> <p>No contexto da melhoria da qualidade do atendimento, esses treinamentos podem acontecer em sessões grupais (na implantação ou reciclagem de um procedimento, por exemplo) ou no próprio posto de trabalho, ou seja, no local onde a atividade ou tarefa acontece.</p>
Checar, verificar	<p>É nesta fase que se verifica se os procedimentos foram claramente entendidos, se estão sendo corretamente executados e se a demonstração foi abstraída. Esta verificação deve ser contínua e pode ser efetuada tanto através de sua observação, quanto através do monitoramento dos índices de qualidade e produtividade. As auditorias internas de qualidade também são uma excelente ferramenta de verificação.</p>

<p>Agir</p>	<p>Se durante a checagem ou verificação for encontrada alguma anormalidade, este será o momento de agir corretivamente, atacando as causas que impediram que o procedimento fosse executado conforme planejado. Assim que elas forem localizadas, as contramedidas deverão ser adotadas, isto é, as ações que vão evitar que o erro ocorra novamente. Em alguns casos, essas medidas podem virar normas, novos procedimentos, padrões, etc</p>
--------------------	--

Figura 2 - Ciclo PDCA



Essa gestão da qualidade acontece cotidianamente para solucionar problemas e aprimorar continuamente os processos. Portanto, a participação e o comprometimento



de toda equipe de colaboradores, principalmente da alta direção, são essenciais para consolidar a qualidade como estratégia da organização.

Em resumo, as quatro etapas do ciclo PDCA integram um plano de ação para resolver um problema na organização através de planejamento, execução, checagem e ação. Após a ação, se houver necessidade, reinicia-se o plano até que se alcance o resultado desejado, configurando um ciclo contínuo de melhoria.

O Instituto Alcance poderá utilizar, ainda, outras ferramentas que entender cabíveis para a realidade do CAM, tais como:

- Balanced Scorecard - BSC
- A análise SWOT – Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças)
- Auditorias internas

2.6. Limites e responsabilidades que a entidade irá assumir

O Instituto Alcance, ao assumir o gerenciamento e operacionalização do Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadia, tem ciência de que deverá cumprir todas as obrigações contratuais, bem com assumir a responsabilidade civil por atos causados por seus empregados, colaboradores e diretores no âmbito da unidade.

Com relação aos servidores cedidos, a responsabilidade primária pelos atos desses é da Administração e, eventualmente, poderá o Instituto Alcance responder solidariamente, dentro dos limites contratuais.

No tocante à responsabilidade sanitária, o Instituto Alcance, na qualidade de gerente da unidade de saúde, assim entendido conforme conceito da Norma Operacional Básica nº 01/96, a NOB/96, é responsável pelo atendimento dos usuários do SUS que utilizarem seus serviços, bem como do paciente em observação, dentro do nível de complexidade da unidade, qual seja, média complexidade.

Nesse nível de complexidade e dentro do perfil da unidade o Instituto Alcance é responsável por:

- realizar o acolhimento com classificação de risco dos usuários que procurarem a unidade, seja por demanda espontânea, seja por encaminhamento via Central de Regulação.

- realizar o primeiro atendimento mantendo o paciente em observação por até 24h e, não havendo possibilidade de alta, encaminha-lo à unidade de saúde para consequente internação;

- realizar o tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de observação;

- fornecer os serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico que sejam requeridos durante o processo de observação;

- fornecer os procedimentos e cuidados multiprofissionais, necessários durante o processo de atendimento e observação;

- fornecer alimentação para os pacientes que permaneçam em observação por mais de 6h;

- fornecer assistência por equipe médica, equipe multiprofissional e pessoal auxiliar;

- fornecer material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;

- permitir o ingresso de acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes, Lei nº 10.741 de 01/10/2003.

O Instituto Alcance ainda é responsável pela realização direta, ou por empresa terceirizada, dos exames de análises clínicas, eletrocardiograma e raio-x, mantendo equipe médica e de enfermagem qualificada e em quantitativo mínimo descrito no Edital de Chamamento par atender à demanda espontânea, dentro dos limites e volumes contratados.

Ainda é de responsabilidade do Instituto Alcance executar diretamente ou por meio de empresa terceirizada os serviços de lavanderia, nutrição e dietética, coleta de resíduos de saúde, segurança patrimonial e monitoramento eletrônico, faturamento, auditoria interna e Central de Materiais Esterilizados - CME.

2.7. Modelo de relacionamento entre a entidade, a SMS e demais órgãos do Poder Público

O Instituto Alcance é uma associação civil, sem fins lucrativo, qualificado com organização social pelo Município de Catalão, representada por seu Presidente, que é assistido diretamente pelo Diretor Executivo.

A participação da comunidade no Instituto Alcance se dá por meio do Conselho de Administração, que possui representantes do Instituto, da sociedade civil organizada e de empregados e colaboradores da entidade.

A Secretaria Municipal de Saúde de Catalão é um órgão da administração direta do Município e é a autoridade sanitária no território do Município, tendo suas competências fixadas na Lei Orgânica do Município, na Lei nº 8.080/1990 e nas diversas portarias do Ministério da Saúde e Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/GO.

O Município de Catalão aderiu ao Pacto pela Saúde por meio do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, homologado pela Portaria GM/MS nº 1.929/2008, e desde então o Secretário Municipal de Saúde é o gestor pleno sanitário do Município.

Sendo o Instituto Alcance uma organização social, o instrumento de relação com a Administração e o Secretário Municipal é o contrato de gestão, o qual fixa as obrigações de cada um dos parceiros, pois a relação jurídica que o Instituto Alcance manterá com a Administração possui caráter de colaboração, nos termos da Lei Municipal nº 4.021/20227.

Segundo o Ministro Gilmar Mendes, as Organizações Sociais, portanto, traduzem um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade para a consecução de interesses públicos comuns, com ampla participação da comunidade. De produtor direto de bens e serviços públicos o Estado passa a constituir o fomentador das atividades publicizadas, exercendo, ainda, um controle estratégico de resultados dessas atividades. O contrato

de gestão constitui o instrumento de fixação e controle de metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços o Social prestados à sociedade.

Além das obrigações típicas de um contato, existe ainda a questão da transparência das ações do Instituto Alcance, que deve prestar contas da aplicação do recursos públicos e dos resultados alcançados à sociedade civil organizada, ao cidadão e a seus representantes.

Desta forma, o relacionamento do Instituto Alcance com o Gestor Municipal e a Secretaria Municipal de Saúde se dará em 3 níveis, a saber:

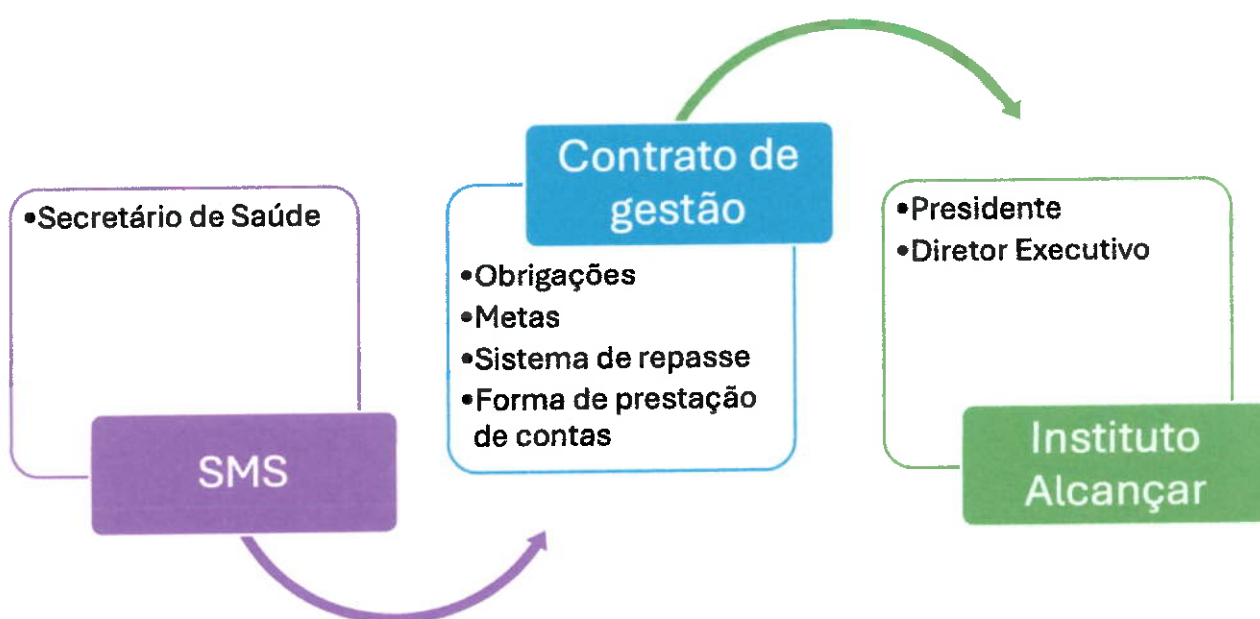
- Administrativo político
- Técnico sanitário
- Participação e controle social

Figura 3 - Níveis de interlocução



Em nível Administrativo político as relações são estritamente regidas pelo contrato de gestão, instrumento formal que fixa as metas, a forma de repasse de recursos financeiros, meio de monitoramento e avaliação, etc. Nesse nível as comunicações se darão entre o Secretário Municipal de Saúde e o Presidente ou Diretor Executivo do Instituto Alcance.

Figura 4 - Nível político administrativo



Em nível Sanitário técnico as relações são regidas pelas normas sanitárias do SUS, neste ponto estão englobados as normas da regulação assistencial de acesso, da Vigilância Sanitária, dos sistemas de faturamento do SUS, etc. Nesse nível as comunicações se darão tanto pelo Secretário Municipal de Saúde e técnicos da SMS

com o Diretor Geral do CAM, com o Diretor Técnico e o responsável pelo Núcleo Interno de Regulação.

Figura 5 - Nível Técnico

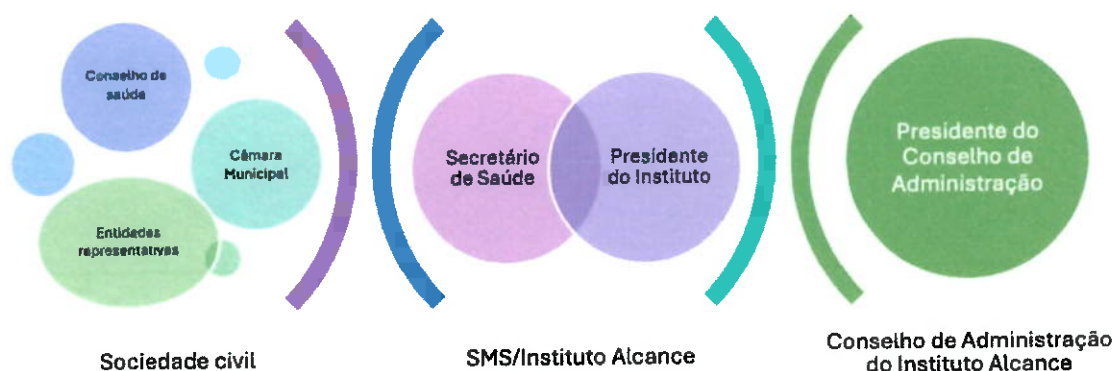


No âmbito da Participação e Controle Social as relações são regidas pelas normas de accountability em que o Instituto Alcance fará a prestação de contas de suas ações tanto ao Conselho de Administração quanto ao Conselho Municipal de Saúde, bem como a Câmara Municipal. Neste nível as comunicações se darão entre o Secretário Municipal de Saúde e o Presidente do Instituto Alcance, cada qual como

aglutinador das demandas, ou seja, o Conselho Municipal de Saúde e a Câmara Municipal encaminhará suas demandas ao Secretário Municipal de Saúde que as repassará ao Presidente do Instituto Alcance, e que fará a devolutiva ao Secretário.

As demandas do Conselho de Administração serão dirigidas ao Presidente do Instituto Alcance que as repassará ao Secretário de Saúde, a quem compete fazer as devolutivas.

Figura 6 - Nível de Participação e Controle Social



2.8. Descrição do modelo de regulação assistencial

2.8.1. Regulação de Acesso

A regulação no setor saúde deve estabelecer padrões de qualidade e segurança para garantir as condições mínimas na prestação de serviços, mas sobretudo uma concepção econômica centrado na organização do sistema de saúde, no mercado e nos recursos necessários para a prestação de serviços. A garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde demonstram que a proteção do Estado é necessária.

Considerando também que a prestação dos cuidados de saúde tem especificidades próprias, é necessário que os governos atuem em nome dos seus cidadãos para garantir as condições da adequada prestação de serviços no setor saúde. E isso requer que os governos assumam seu papel regulador.

A regulação do Sistema de Saúde só recentemente ganhou a relevância que o tema requer no âmbito do SUS, em parte, pelas dificuldades inerentes à compreensão dos conceitos que a fundamentam, pelas concepções e práticas para o pleno exercício dessa macrofunção de gestão, e em parte, também, pelas inúmeras demandas e vazios assistenciais que ocupam a agenda dos gestores.

De modo geral, os sistemas de saúde buscam como objetivos a serem alcançadas, a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta rápida às necessidades de saúde da população. Embora exista certa convergência nos objetivos, os sistemas de saúde têm se organizado de formas distintas para alcançá-los.

A função reguladora do Estado é fundamental para garantir a qualidade, bem como, em maior ou menor grau a equidade na distribuição e na alocação de bens e serviços de forma a garantir a oferta de ações e serviços de acordo com as necessidades da população. Quanto melhores e mais apropriados forem os mecanismos de regulação melhores serão os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.599/2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde a qual possui três dimensões:

- **Regulação de Sistemas de Saúde:** têm como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- **Regulação da Atenção à Saúde:** exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;
- **Regulação do Acesso à Assistência:** também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo operacionalizada através dos complexos reguladores. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos de classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação do Sistema de Saúde no âmbito do Estado de Goiás foi definida pela Comissão Intergestores Bipartite de Goiás - CIB/GO por meio da Resolução nº 88/2007-CIB, em que foram traçadas as diretrizes para a implantação do Sistema Estadual de Regulação e essa resolução foi sucessivamente atualizada.

A Regulação de Acesso, no âmbito do Município de Catalão, deverá ser exercida pelo Complexo Regulador Municipal, que atuará em conjunto com o Complexo

Regulador Regional, função atualmente exercida pela Regulação de Urgência do SAMU-192, e pelo Complexo Regulador Estadual, órgão da Secretaria de Estado da Saúde, bem como pela Departamento de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, conforme pactuação definida em CIB/GO.

No âmbito do Município, a relação da Regulação de Acesso se dará entre o Complexo Regulador Municipal e o Núcleo Interno de Regulação do CAM, observado o protocolo de regulação do município.

Na função de executante, não poderá o CAM promover ações de regulação, mas apenas receber pacientes reguladores, desde que haja vaga e esteja dentro do seu perfil, e solicitar vagas para encaminhamentos de pacientes internados ou recebidos na urgência e emergência da unidade.

As funções do Complexo Regulador Municipal são assim esboçadas:

Figura 7 - Funções do Complexo Regulador Municipal



2.8.2. Núcleo Interno de Regulação

O Núcleo Interno de Regulação - NIR é de caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos disponíveis de forma centralizada e servir de interface entre a

unidade e a Central de Regulação, além de permitir a organização do fluxo interno, visando otimizar a utilização do leito hospitalar.

O NIR também é responsável pela coordenação da agenda do ambulatório e do SADT, competindo ao NIR:

- Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando como interface entre a Central de Regulação e Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares sob regulação para a Central de Regulação, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos e do ambulatório;
- Atuar em consonância com os serviços ofertados pelo CAM por meio do instrumento formal de contratualização;
- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.

2.9. Cronograma proposta para implantação e pleno funcionamento dos serviços

Tabela 8 - Cronograma de implantação e pleno funcionamento dos serviços

Ação/Atividade	Semana												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Levantamento das necessidades de contratação, adequação de estruturas e disposição de ambientes	X												
Elaboração dos editais de contratação de serviços e de recursos humanos		X											
Publicação dos editais e contratação de serviços de implantação		X	X										
Execução de adequações nas instalações físicas			X	X									
Contratação do RH				X									
Treinamento e capacitação do RH					X								
Aquisição e abastecimento dos materiais, medicamentos e insumos				X	X								
Contratação dos serviços de apoio				X									
Implantação do Serviço de Acolhimento & Classificação de Risco				X									
Implantação do Serviço de Ouvidoria				X									
Início das operações						X							
Operacionalização com 50% da capacidade						X	X						
Operacionalização com 60% da capacidade								X					
Operacionalização com 70% da capacidade									X				
Implantação das comissões obrigatórias									X				
Operacionalização com 80% da capacidade										X			
Operacionalização com 90% da capacidade											X		
Operacionalização com a capacidade plena da unidade												X	X

3. Atividade

3.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera compreendendo: recepção, triagem, estabelecimento de prioridades de atendimento, orientações aos usuários e redirecionamento

3.1.1. Fluxos operacionais de circulação dos usuários em atendimento e em espera

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) o acolhimento se traduz em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares de cada usuário que procura a unidade de saúde.

Assim, os pacientes que procurarem o CAM serão atendidos com respeito, atenção e profissionalismo. Os exames complementares solicitados pela equipe médica, com disponibilidade nas unidades, serão realizados tão rápido quanto necessário, mediante o pedido físico ou virtual.

Caso o exame solicitado não esteja disponível no CAM, porém esteja disponível na rede, este será encaminhado à regulação para agendamento ou receberá a solicitação médica para realizar após a alta.

O CAM tem como missão ser referência para o Município de Catalão, em conjunto com a UPA 24h Dr. Jamil Sebba, no atendimento às urgências e emergências clínicas (adulto e pediátrica), com atendimento médico 24 horas/dia.

O atendimento será realizado adotando-se o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco (AC&R), uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos.

O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência. O objetivo desse fluxo é estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência de enfermagem e médica, com a finalidade de conscientizar a população sobre quais são as portas de entradas dos pacientes dentro do serviço.

Os fluxos voltados para as atividades na área da saúde, são definidos a partir do momento em que se define o perfil da unidade, por meio de suas atribuições e determinações nas mais importantes etapas no processo de uma unidade de pronto atendimento. São destacadas as unidades funcionais e os ambientes atribuídos à unidade para o estudo da setorização por fluxos.

Ao se tratar dos fluxos, dentro do ambiente das unidades, pode-se categorizá-los em dois grandes grupos: interfuncionais, que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais e intrafuncionais, que ocorrem dentro de uma única unidade funcional.

3.1.2. Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento

Em relação ao fluxo em áreas restritas, o acesso tem que ser requisitado pelo responsável do setor, serão orientados quanto ao processo de higienização, às normas e procedimentos e os colaboradores será supervisionado em relação ao cumprimento das medidas restritivas.

Atendimento na Urgência/Emergência

Na área interna, os pacientes externos são aqueles que, pelo fluxo, buscam atendimento imediato (urgência/ emergência). A circulação destes pacientes é restrita às áreas em que são atendidos. Eles não podem circular em áreas reservadas aos colaboradores e de observação. Os pacientes em observação são caracterizados em fluxos devido ao regime de observação, dentro das unidades.

Paciente em Observação

Os pacientes que necessitarem permanecer em leitos de observação serão direcionados para essas áreas específicas. Considera-se, ainda, áreas restritas as salas vermelhas ou de estabilização, os ambientes em que há um alto risco de transmissão de infecção. O ambiente restrito é um local onde são realizados procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. O processo inicia com o prontuário do paciente para ficar em observação. A enfermagem solicita o encaminhamento à recepção e esta recebe o paciente. Os familiares são orientados pelo serviço social, quando necessário e a equipe multidisciplinar realiza o acompanhamento terapêutico

Acesso para visitantes nas unidades de saúde

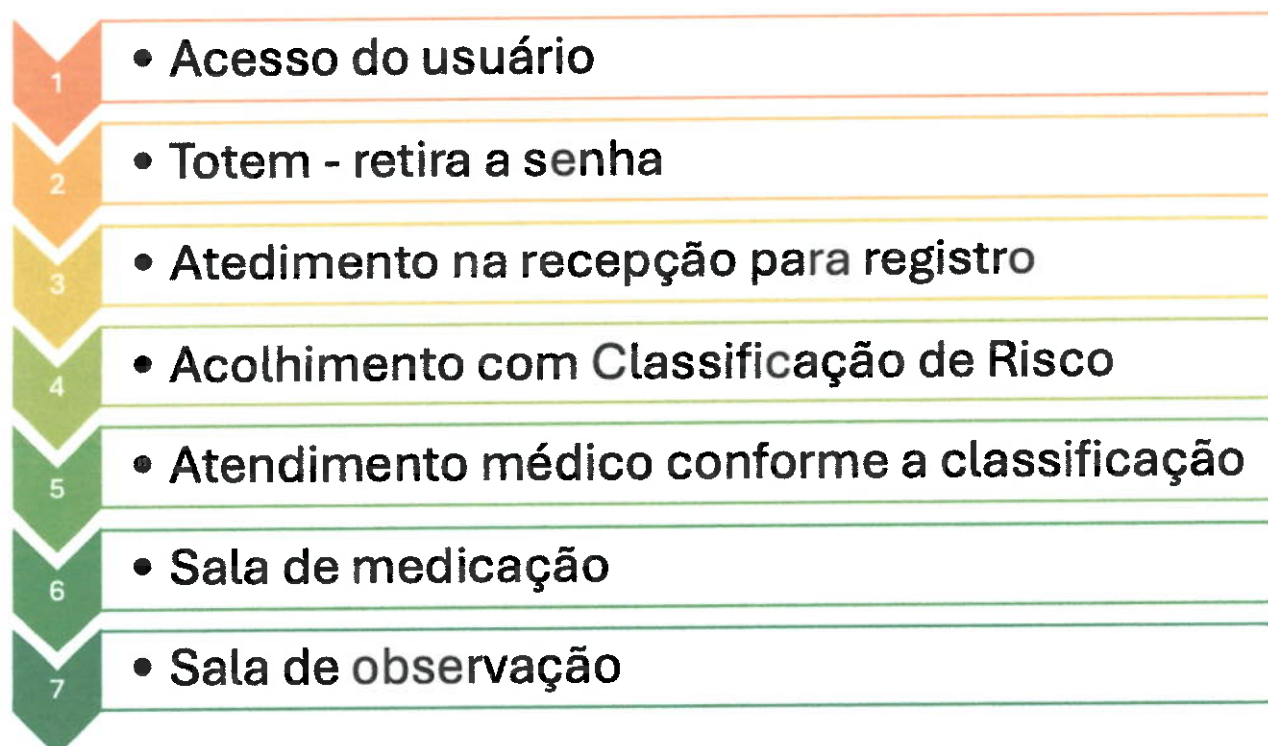
Os visitantes são demandas para a unidade hospitalar para as visitas aos pacientes em observação, ou atividades administrativas como serviços de terceiros, compras e outros. Situação em que o acompanhamento dos fluxos é de extrema importância tanto para verificar as restrições e permissões de acesso às áreas específicas, de acordo com a visita. Em específico às visitas a pacientes em observação, estas deverão ocorrer em horário pré-estabelecidos nas duas unidades, conforme os seus respectivos limites físicos e operacionais.

3.1.3. Proposta de fluxo para otimizar o atendimento

No cenário atual das unidades de Pronto Atendimento, a superlotação, a demora na regulação dos pacientes para leitos hospitalares e a ausência de ambiente adequado para os pacientes serem medicados e aguardarem a realização de exames destacam-se como os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e gestores. Em meio a esse contexto desafiador, é notório que o município de Catalão dispõe de uma rede de saúde estruturada, composta por equipamentos de diferentes complexidades, interligados por pactuações e articulados por um Complexo Regulador.

Apesar da ampla rede de serviços e dos esforços empreendidos pela gestão municipal de saúde, o Instituto Alcance reconhece a necessidade de aprimorar o sistema atual, tendo em vista a otimização da estrutura existente. Com esse propósito e buscando a eficiência na prestação dos serviços de saúde à população local, propõe-se o seguinte fluxo:

Figura 8 - Fluxo de atendimento ao usuário ao ingressar no CAM



O fluxo proposto acima é exemplificativo, pois as situações de emergência não passarão pela triagem, seguindo direto para as salas de emergências.

3.1.4. Atividades que comporão o fluxo de Atendimento

Recepção

Serviço de Recepção do Paciente, onde será realizado Cadastro de identificação com foto digital e/ou Atualização do usuário no Sistema de Tecnologia da Informação.

A recepção então deverá proceder ao preenchimento do cadastro eletrônico e indicação do Paciente conforme tipo de atuação em clínica médica, cirurgia geral, pediatria ou odontologia por meio de Chamada Eletrônica e Fila Eletrônica para a sala de Acolhimento e Classificação de Risco. Deverá prestar as orientações necessárias aos pacientes, dentro do seu escopo de atuação.

Triagem

O Sistema de Triagem de Manchester (com adaptações) é o protocolo a ser utilizado no CAM. Esse sistema muito é usado na União Européia e Reino Unido, majoritariamente operado por enfermeiros, que visa padronizar os atendimentos nas emergências e garantir um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos.

De acordo com as necessidades de atendimento às urgências e emergências do CAM, o Instituto Alcance trabalhará com o Acolhimento com Classificação de Riscos (ACCR), quando, porta de entrada recepção, o paciente, ao chegar na Unidade pela Recepção Central, onde fará sua Ficha de Atendimento, após é realizada a estratificação de risco pelo enfermeiro que classificará o risco do paciente, determinando o tempo adequado e a prioridade para o atendimento médico.

O médico plantonista em consulta realiza o diagnóstico e determina o tipo de atendimento a ser prestado ao paciente dentro da Unidade.

O ACCR adotará o seguinte sistema de classificação por cores (Protocolo de Manchester com adaptações):

Figura 9 -Acolhimento com Classificação de Risco por cores



Figura 10 - Tempo de espera conforme a ACCR



Classificação Vermelho

- Atendimento nas salas de emergência, bloco de emergência, sala vermelha;
- São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato;
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede;
- Tempo de atendimento alvo: imediato.

Classificação Laranja

- Atendimento em consultório médico se condições e/ou sala de emergência, se necessário;
- São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico e assistência de enfermagem contínua;
- As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede;
- Tempo de atendimento alvo: 10 minutos.

Classificação Amarelo

- São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto atendimento por ordem de chegada;
- As medidas de promoção em saúde e prevenção de agravos deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da Rede;
- Tempo de atendimento alvo: 60 minutos.

Classificação Verde

- Por definição, são pacientes sem risco de agravo e serão atendidos por ordem de chegada;
- Necessidade de atendimento por profissional de saúde em até 48 horas, ou mediante agendamento na mesma semana em UBS de referência;
- O Classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Tempo de atendimento alvo: 120 minutos

Classificação Azul

Necessidade de atendimento por profissional de saúde em até 48 horas, ou mediante agendamento na mesma semana em UBS de referência;

Serão referenciados para as UBS para atendimento ou agendamento, exceto em condições que demandem atendimento mediato em horários de não funcionamento da UBS;

Se gestante, caso não haja pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência, deverá ser garantido o atendimento na maternidade;

Podem ser atendidos em consultórios do pronto atendimento por ordem de chegada;

O Classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde;

Tempo de atendimento alvo: 24 minutos

Pacientes com entrada por SAMU, Corpo de Bombeiros e Serviços de Saúde

Compete a Unidade de Urgência e Emergência dentro do CAM o acolhimento e atendimento às pessoas encaminhadas pela Central de Regulação, SAMU e demais origens pactuadas, durante 24h por dia, ininterruptamente, caracterizada pela situação de sofrimento, com risco de vida.

Pacientes encaminhados por este tipo de serviço deverão dar entrada diretamente pela Sala de Estabilização para avaliação primária médica e/ou do Enfermeiro, e posteriormente ser encaminhados aos leitos de observação caso seja descartada a possibilidade de agravos.

As prescrições e evoluções da equipe, com a conduta a ser seguida, serão atualizadas, sempre que necessário. Todas as intercorrências médicas e de enfermagem

serão legivelmente registrados e assinados com data e hora, e permanecerá disponível no posto de enfermagem enquanto o paciente permanecer na Unidade.

3.1.5. Orientações ao usuário no Acolhimento com Classificação de Risco

Para orientação aos usuários e visitantes, o Instituto Alcance utilizará impresso denominado “Manual do Usuário”, que será entregue a todos que forem atendido nas unidades e a seus acompanhantes.

Além do impresso será alocado colaboradores para esclarecer eventuais dúvidas dos usuários e visitantes. Esses colaboradores estarão uniformizados com camisetas com a logomarca “Posso Atender?”, agindo ativamente com abordagem dos usuários e visitantes enquanto esses aguardam serem atendidos pela equipe das unidades.

O “Manual do Usuário” terá o seguinte conteúdo:



Caro usuário,

Seja bem-vindo (a) ao Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadio (CAM)!

Nossos colaboradores estão treinados para lhe proporcionar um acolhimento e atendimento dentro das normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e algumas orientações já foram feitas.

Enquanto aguarda seu atendimento, outros esclarecimentos devem ser feitos para uma melhor acolhida e entendimento de como funciona nossa unidade de saúde.

Esse manual foi desenvolvido no intuito de abordar todas as possíveis situações que poderão ocorrer no CAM. Em caso de dúvida ou maior esclarecimento, nossos colaboradores do “POSSO ATENDER?” irão lhe orientar da melhor maneira possível.



INFORMAÇÕES E PROCEDIMENTOS

O paciente deve estar acompanhado de um responsável por sua admissão, que deverá fornecer as informações solicitadas, bem como apresentar os próprios documentos (RG e CPF) e os do paciente. A admissão só poderá ser realizada sob a responsabilidade de um médico, devidamente cadastrado no corpo clínico do Pronto Atendimento.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O Corpo de Enfermagem do CAM possui profissionais altamente qualificados e em constante aperfeiçoamento de suas especialidades, composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem, que prestam assistência com qualidade técnica e administrativa. Nosso objetivo é individualizar o cuidado e atender as necessidades do paciente.

Ao necessitar de auxílio da enfermagem acione a campainha acima do leito. Em cada unidade dispomos de um enfermeiro responsável por cada plantão. Chame-o se for necessário.



ASSISTÊNCIA MÉDICA

As informações médicas sobre os pacientes são transmitidas somente pelo médico assistente, sempre pessoalmente. Apenas os médicos credenciados ou autorizados pela Diretoria deste Pronto Atendimento podem efetuar a admissão e acompanhar o respectivo tratamento do paciente. Se entender necessário a presença médica, solicite por meio da enfermagem.





ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

As refeições dos pacientes serão servidas nos leitos. Dispomos de uma equipe de nutricionistas responsáveis pela administração da dieta, para que este receba a mais adequada para ajudar em sua recuperação. Por isso, para maior segurança, solicitamos que não tragam alimentos de casa para o paciente, nem para consumo do acompanhante, pois além de não ser permitido, coloca em risco a recuperação do mesmo.

Caso esteja com dúvidas em relação à dieta fornecida, solicite ajuda à Unidade de Alimentação e Nutrição.



SERVIÇO SOCIAL

Assistentes Sociais são disponibilizados e realizam visitas aos pacientes. Contatar familiares e acompanhantes de pacientes graves ou desacompanhados, intervir em situações de atendimento ao paciente desacompanhado, atender e orientar familiares em caso de óbito, são algumas das atividades realizadas pela nossa equipe. Ao necessitar deste serviço, favor solicitar a presença deste profissional à equipe.



VISITAÇÃO NO CAM

É permitida a entrada de apenas 2 (dois) visitantes com mais de 14 anos por período de visita. É importante lembrar que o objetivo do CAM é garantir conforto, tranquilidade e segurança ao seu familiar e também aos demais pacientes internados/em observação.



HORÁRIO PARA TROCA DE ACOMPANHANTE

A troca de acompanhantes deve ser feita na recepção nos seguintes horários:

1ª troca: das 07h às 08h

2ª troca: das 14h às 14h30

3ª troca: das 21h às 21h30

Observações: A troca de acompanhante será realizada durante o horário de visitas e será permitida a entrada de acompanhante fora dos horários estipulados apenas para pacientes transferidos do setor de emergência.



HORÁRIO DE VISITAS EMERGÊNCIA

Para pacientes em situações de emergência, os horários de visita são os seguintes:

1º horário: das 14h às 14h30min

2º horário: das 21h às 21h30min

Nos demais casos, os horários de visitas são:

1º horário: das 14h às 14h30min

2º horário: das 21h às 21h30min

Observações: Será permitida a entrada de apenas 2 (dois) visitantes com mais de 14 anos. É obrigatória a apresentação de documento com foto.



ACOMPANHANTES ESPECIAIS

Algumas pessoas têm direito a acompanhante durante o período de internação. São elas:

- Pessoas com idade inferior a 18 anos e igual ou superior a 60 anos;
- Pessoas com deficiência e pessoas com TEA (Transtorno do Espectro Autista).
- Pessoas acometidas por transtornos mentais.

Em casos especiais, a critério do Serviço Social, poderá ser oferecido ao paciente um tablet para que realize videochamadas para membros da família.



SOLICITAÇÃO DOS ACOMPANHANTES

A solicitação de acompanhamento deve ser feita sempre por assistente social, enfermeira ou médico. É autorizado somente um acompanhante por paciente, que deve avisar sempre à equipe de enfermagem ao chegar e sair da enfermaria. Para este acompanhante será oferecida alimentação.

A entrada de acompanhantes com idade inferior a 18 anos é proibida, e não é aconselhável a entrada de acompanhantes com mais de 65 anos.

Os acompanhantes recebem informações sobre o estado clínico da pessoa internada/em observação e orientações sobre como poderão ajudar a equipe e o paciente. Não serão fornecidas informações dos pacientes via telefone.



FUNÇÃO DO ACOMPANHANTE

O acompanhante desempenha um papel essencial na recuperação do paciente. Além de colaborar para o bom andamento do tratamento, o acompanhante deve:

- Informar à equipe multidisciplinar qualquer mudança inesperada no estado de saúde do paciente que possa interferir no tratamento;
- Fornecer informações precisas e completas sobre o histórico de saúde do paciente;



- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional;
- Respeitar os direitos de todos no PA;
- Zelar pelos bens e propriedades do PA;
- Participar do plano de tratamento e da alta hospitalar do paciente;
- Não se ausentar do leito do paciente ou sair do PA sem comunicar previamente à equipe multiprofissional.



HIGIENE E ACOMODAÇÕES

Os visitantes devem lavar as mãos e desinfetar com álcool 70% antes e depois de tocar o paciente. Não devem tocar nos aparelhos sem autorização da equipe médica ou de enfermagem e, jamais, sentar nas camas dos pacientes. Caso o paciente esteja em isolamento, é necessário buscar orientações da equipe de enfermagem.



O QUE LEVAR PARA O CAM?

Os visitantes devem levar apenas o necessário para cuidar do paciente, lembrando que a unidade não se responsabiliza pelos pertences dos acompanhantes.

É importante evitar a entrada de objetos e alimentos que possam causar contaminação, sendo proibida a entrada de cigarros no CAM.

Ressaltamos que são oferecidas refeições aos pacientes conforme prescrição médica e nutricional.

Para o setor de observação é necessário levar: sabonete líquido, hidratante corporal, escova de dentes, creme dental, enxaguante bucal, lenços umedecidos, desodorante, fraldas (caso o paciente necessite), pijama ou roupas confortáveis e chinelos de borracha.

Para o setor de emergência é necessário levar: sabonete líquido, hidratante corporal, enxaguante bucal, lenços umedecidos, desodorante e fraldas (caso o paciente necessite).





INFORMAÇÕES MÉDICAS

Informações sobre o estado clínico do paciente serão repassadas pelo médico durante o horário de visita. Por esse motivo, é necessário que o familiar ou responsável esteja presente para receber esclarecimentos sobre a saúde do paciente. Não serão fornecidas informações por telefone.



ALTA/TRANSFERÊNCIA DO PA

Ao receber alta ou ser transferido para outro local de atendimento, é importante que o acompanhante recolha todos os seus pertences e do paciente antes de sair do CAM. A equipe de enfermagem fornecerá orientações médicas sobre os cuidados a serem tomados após a alta/transferência do paciente, garantindo assim uma continuidade segura do tratamento.



3.1.6. Encaminhamento do paciente para outras unidades

Após estabilização do quadro clínico do paciente e não havendo condições do mesmo de permanecer na unidade, dada a gravidade do caso, ou havendo necessidade de investigação diagnóstica e/ou tratamento complementar, o médico plantonista deverá inserir o paciente no sistema de regulação do Município, para que o Complexo Regulador efetue a regulação para o serviço de saúde adequado.

O transporte de usuários para outra unidade de saúde deverá ser realizado em ambulância sanitária, disponibilizada pelo Município, adequadas ao deslocamento de enfermos em atendimento no CAM.

A regulação por meio do SAMU-192 em será feito em casos de Urgência e Emergência.

Caberá ao Instituto Alcance planejar as atividades assistenciais, de informação oportuna sobre: o local da residência dos pacientes atendidos ou que eles sejam referenciados para atendimento, registrando o município e bairro onde reside e demais informações epidemiológicas solicitadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

3.1.7. Alta com prescrição e orientações necessárias, permanência sob observação clínica e encaminhamento à unidade hospitalar referenciada

Alta com prescrição

A finalização do plano terapêutico requer a transição de cuidados, que deixarão de ser assistidos quando o indivíduo receber alta hospitalar ou institucional e passarão a ser de responsabilidade do próprio indivíduo ou familiares.

Essa transição será feita com a devida orientação multiprofissional uma vez que os períodos de convalescença podem se estender ou o indivíduo necessite utilizar cuidados preventivos para evitar novo evento da mesma condição clínica, complicação ou seqüela.

Ainda, a transição de cuidados é necessária dentro do próprio ambiente institucional, no caso hospitalar, nas condições de transferência interna, em que o indivíduo precisar de acolhimento em unidade de internação, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva e serviços de diagnóstico e tratamento.

Em cada uma dessas situações fecha-se um ciclo do processo assistencial e se inicia um novo, retornando ao acolhimento, diagnóstico da nova situação e da situação

pregressa, novo plano terapêutico a ser planejado, executado, avaliado e concluído, todos fazendo parte do macroprocesso do modelo assistencial assentado na excelência de execução de cada uma das fases.

Observação clínica

No período em que o paciente permanecer em observação, toda assistência disponível pela será prestada no CAM, bem como serão realizados os exames indicados pelo médico responsável.

Serão encaminhados à Observação todos os pacientes que apresentem instabilidade de sinais vitais fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos ou que justifiquem/necessitem de:

- monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR;
- instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação;
- monitoração constante de glicemia;
- observação do nível de consciência;
- observação para monitoração dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação;
- observação para investigação diagnóstica;
- observação pós-sedação;
- observação para acompanhamento da dor;
- observação por apresentarem agitação psicomotora;
- observação devido à intoxicação exógena;
- observação para monitoração de reações adversas;
- observação para monitoração e acompanhamento da pressão arterial;
- apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames.

A observação clínica ocorrerá, conforme preconiza o Ministério da Saúde, num período máximo de permanência em observação pela equipe multidisciplinar de 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica.

Após este período, se for necessário a sua permanência, será providenciada a sua transferência para uma unidade de saúde de maior complexidade de acordo com a Central de Regulação, pois caracterizará internação hospitalar, o que não é o perfil do CAM.

A ocorrência da permanência do paciente por mais de 24h caracterizará internação hospitalar, não sendo esse o perfil de atendimento do CAM e todos os órgãos supervisores serão imediatamente informados da situação, evitando-se, assim, o desvio do perfil assistencial da unidade de saúde.

Encaminhamento à unidade hospitalar referenciada

Os pacientes críticos que chegarem serão avaliados e classificados como pacientes de alto risco (classificação de cor vermelha) deverão ser encaminhados para a Sala de Emergência, devido à necessidade de atendimento imediato. Em seguida, serão estabilizados e, posteriormente, a depender da gravidade ou tendo excedido o tempo de observação, serão encaminhados para internação em unidades hospitalares, conforme disponibilização de vaga pela Central de Regulação Municipal.

3.2. Fluxo operacional para material médico-hospitalar e medicamentos compreendendo a seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição

3.2.1. Diretrizes gerais

A Política de Gestão de Suprimentos a ser implementada pelo Instituto Alcance no CAM contemplará as normas para realização dos procedimentos de logística de insumos e gestão de contratos com a descrição detalhada dos processos e procedimentos administrativos desde o planejamento da aquisição, solicitação até a entrega do produto ou serviço ao usuário final.

3.2.2. Fluxo de seleção, aquisição, armazenamento, controle e gestão de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares

O Instituto Alcance é responsável por assegurar a disponibilidade de todos os insumos da cadeia assistencial do CAM, assegurando a continuidade do cuidado e a qualidade destes insumos, conforme condições orçamentárias estabelecidas. O setor de Compras é responsável por executar as atividades inerentes ao abastecimento da unidade, mediante critérios técnicos e regras estabelecidas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços.

O Instituto Alcance adota alguns critérios na Logística de Suprimento como:

- planejamento da aquisição conforme critérios técnicos para padronização de produtos, seleção, compra de produtos não-padronizados e compra de emergência;
- estabelecimento de critérios técnicos e multidisciplinares para padronização suprimentos;
- disponibilização de suprimentos atendendo à necessidade dos processos;
- estabelece critérios de recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos.

Lista de verificação de recebimento:

- quantidade, dosagem;



- validade;
- condições do produto;
- lote do produto x lote da nota fiscal;
- temperatura para termolábeis;
- critérios para não-recebimento;
- critérios para quarentena;
- materiais (especialmente os críticos);
- medicamentos, produtos de nutrição e dietética, kits reagentes, produtos químicos, equipamentos, entre outros condutas junto ao fornecedor (avaliação de desempenho);
- estabelece mecanismos de rastreabilidade de materiais e medicamentos;
- avalia serviços terceirizados com base na política de fornecedores de serviços e produtos;
- define planos de contingência (emergências);
- faltas;
- indisponibilidade no mercado;
- suspensão;
- falhas em refrigerador de armazenamento de produtos;
- falhas no sistema de gerador;
- estabelece critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos, dentre outros.

O Instituto Alcance realiza a Gestão da Logística de Suprimentos por meio dos seguintes critérios:

- falta de materiais e medicamentos, estabelecendo plano de contingência, as compras de urgência e estabelece ação de melhoria;
- solicitações de compra de materiais e medicamentos não padronizados;
- estoques satélites buscando a segurança e eficiência da gestão.

O Instituto Alcance Identifica, analisa e trata os riscos relacionados à gestão de suprimentos com:

- controle de estoque (falta, compra de urgência, perda por validade);
- seleção (sempre perseguindo o melhor custo benefício);

- cotação e compra (compra acima do valor, atraso, compra de fornecedor não qualificado, empréstimo);
- recebimento (falha na inspeção, produto degradado, produto falsificado);
- fracionamento, etiquetagem e unitarização (controle de infecção, troca de produtos ou dose);
- armazenamento (umidade, vetores, área para produtos químicos, higiene);
- dispensação (atraso, indisponibilidade, contaminação, troca);
- devolução (excesso, materiais nos setores etc.).

Seleção de materiais e medicamentos

O objetivo da seleção e padronização de materiais e medicamentos é assegurar uma terapêutica racional e de baixo custo, obtendo o melhor efeito, com o menor número de produtos, durante um período mais curto e com o menor custo possível.

A aquisição dos materiais utilizados dentro de um hospital é definida por meio de uma boa gestão de estoques, e o principal método de previsão de demanda utilizada nos hospitais é a Média Aritmética Móvel, aliada aos parâmetros de reposição de estoques Curva ABC, Estoque de Segurança e Ponto de Ressuprimento.

Após a seleção dos itens padronizados, deve-se realizar o descritivo completo e objetivo de todos os insumos padronizados, além de efetuar a qualificação dos fornecedores que farão a reposição do estoque periodicamente e considerando que a cadeia de logística hospitalar vai desde a seleção da matéria-prima até o consumo final no leito do paciente, realizando a qualificação dos fabricantes e distribuidores aptos a fornecer os insumos hospitalares é fundamental para garantir a qualidade na assistência prestada.

A qualificação deve ser feita por meio de avaliação rigorosa pelos profissionais de saúde da unidade, com auditoria nos locais de fabricação e armazenamento dos produtos, considerando cada critério determinado em legislação vigente, como Boas Práticas de Fabricação e Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento.



Após a realização da especificação e qualificação dos fornecedores, a compra deverá ser realizada segundo as modalidades de aquisição definidas por cada Instituição, seja a licitação ou a aquisição por cotações. O modelo de gestão do Instituto Alcance permite que as compras sejam realizadas por meio de cotações.

O Instituto Alcance utilizará a lista padronizada de medicamentos do município – REMUME, para as prescrições de pacientes em alta hospitalar e saídos do pronto atendimento.

O Almoxarifado que é o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, adequado a sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à política geral de estoques da Instituição.

3.2.2.1. Competências da gestão de estoque

Compete a Gestão de Estoques:

Compras

- identificação, Qualificação e Cadastramento de Fornecedores;
- gestão de fornecedores;
- processamento de compras;
- negociação;
- gestão de desempenho.

Almoxarifado

- receber materiais;
- guardar materiais;
- localizar materiais;

- assegurar materiais;
- preservar materiais;
- entregar materiais.

3.2.2.2. Procedimento Operacional Padrão

O processo de Compras de Material e Medicamentos das Unidades de Saúde será organizado conforme descrição seguinte:

Qualificação de Fornecedores

- a qualificação do fornecedor candidato é composta pela verificação dos documentos legais e dos diplomas técnicos abaixo relacionados que deverão ser encaminhados via Correios ou entregues diretamente no CAM, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com o Termo de Compromisso devidamente assinado pelos representantes legais e com firma reconhecida, posteriormente ao preenchimento dos campos obrigatórios da ficha cadastral, disponível no endereço eletrônico informado.

- os fornecedores já cadastrados deverão encaminhar a renovação do documento dentro de no máximo cinco (5) dias após a expiração da data de validade.

- CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato Social com as alterações;
- autorização de funcionamento;
- licença de funcionamento emitida pela Vigilância Sanitária (renovação anual);

Para o fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos são necessários ainda:

- cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial da União;
- cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos, no caso de distribuidora ou representante;

- certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho Regional de Classe, ou o protocolo de assunção desta responsabilidade técnica;
- Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual);
- Certificado de Boas Práticas de Distribuição e Armazenamento de Produtos para Saúde, expedido pela ANVISA (renovação anual) - desejável para fabricante e distribuidor;
- cópia autenticada da autorização especial para medicamentos da Portaria 344/98 SVS-MS.

Além dos documentos solicitados para o fornecimento de correlatos, para o grupo de equipamento médico-hospitalar, são necessários também:

- cópia da certificação do equipamento a ser fornecido, pelas normas: NBR IEC ou IEC 60.601-1, IEC 60.601-1-2, IEC 60.601-2-45. Os certificados devem ser emitidos por laboratório de certificação (INMETRO, UL, TUV, SEV, VDE, entre outros);
- certificado de Boas Práticas de Fabricação, expedido pela ANVISA (renovação anual), para equipamentos nacionais de Classe de Risco III e IV.

Cadastramento do Fornecedor

O fornecedor quando qualificado pela área de Compras será automaticamente aprovado e o colaborador responsável indicado na ficha pré-cadastral receberá em seu e-mail a confirmação da aprovação do cadastro. A partir desse momento o Fornecedor torna-se apto a participar dos processos de cotação.

Cotação e Pedido de Compra

As cotações deverão ser respondidas dentro do prazo solicitado, informando obrigatoriamente a quantidade na caixa, valor unitário com os impostos inclusos, condições de pagamento, marca ou procedência do produto e prazo de entrega. No caso de entregas parciais, estas deverão ser informadas com previsão de entrega dos itens pendentes.

O não cumprimento dessas normas gerará uma notificação de não conformidade ao fornecedor e este será avaliado dentro dos critérios de pontuação da avaliação da entrega.

O contrato de fornecimento poderá ser celebrado sempre que a Instituto Alcance julgar conveniente sendo, da mesma forma, objeto resultante do processo de cotação.

Transporte e Entrega

Os veículos devem apresentar-se higienizados e em condições adequadas ao transporte de cada mercadoria, a fim de evitar contaminações ou comprometimento da integridade e qualidade dos produtos transportados.

As embalagens deverão ser capazes de garantir o transporte adequado da mercadoria, evitando danos às mercadorias durante o trajeto.

Medicamentos e insumos farmacêuticos devem ser transportados em veículos que garantam a temperatura ideal de armazenamento do produto, não ultrapassando os limites discriminados na legislação em vigor.

Recebimento

A conferência deve ser feita no ato do recebimento, verificando se o produto entregue está em conformidade com os aspectos administrativos e as especificações técnicas. Essa conferência consiste no exame detalhado e comparativo entre o que foi solicitado e o que foi recebido. Para tanto será preenchido o formulário de avaliação de entrega no momento da baixa do pedido de compra.

3.2.2.3. Especificações técnicas de recebimento de mercadorias recebimento de medicamentos e materiais



Os medicamentos devem ser entregues seguindo as especificações do pedido de compra: marca solicitada, medicamentos genéricos ou de referência, forma farmacêutica, concentração, apresentação, quantidade por embalagem, valor unitário, condições de conservação e prazo de validade igual ou superior a 12 meses.

O mesmo critério deve ser aplicado aos materiais hospitalares que deverão estar em conformidade com a marca, especificação, valor unitário e quantidade do pedido de compra.

Todo medicamento e insumo correlato deverão estar acompanhados do certificado de análise do lote entregue. O número do lote dos produtos recebidos devem ser os mesmos constantes da nota fiscal.

Baseados nos artigos número 24, 25 e 26 da Portaria 344/98 que fazem referência às notas fiscais, determina-se que:

- as notas fiscais que contenham medicamentos controlados devem apresentar identificação dos mesmos com a referência da lista a quem pertencem na portaria 344/98 entre parênteses, em frente ao nome;
- medicamentos pertencentes à lista C3 e o medicamento Talidomida devem vir em nota fiscal separada dos pertencentes às outras listas;
- a nota fiscal, nota fiscal fatura de venda ou transferência de substâncias, deverá distinguir as listas ao qual cada medicamento faz parte, por meio de colocação entre parênteses, da letra indicativa da lista a que se refere, logo após o nome dele.

3.2.2.4. Qualificação do desempenho dos fornecedores críticos, de acordo com os critérios de qualificação de fornecedores, definidos pela instituição

Avaliação e desqualificação de fornecedores

A avaliação dos fornecedores está condicionada ao desempenho das atividades identificadas na entrega dos pedidos. Os critérios de avaliação do fornecedor

determinam a sua classificação perante o cadastro de fornecedores da Unidade de Saúde, baseados nos seguintes requisitos:

- condições do veículo e entregador;
- condições ou estado de entrega do produto;
- divergência na nota fiscal;
- divergência com pedidos;
- atraso na entrega

Os requisitos apontados no formulário de entrega representam o conjunto de aspectos considerados como críticos. Os dados expressos por meio do preenchimento da avaliação geram uma pontuação (nota) e buscam revelar o status de atendimento do fornecedor, seu perfil e a sua capacidade em buscar as melhorias necessárias para adequar-se a esse contexto.

Será desclassificado o fornecedor que não atingir a pontuação mínima estabelecida. A desqualificação também poderá ocorrer no caso de não atendimento ou demora na entrega de documentos ou quando estes estiverem em desacordo com os requisitos legais relacionados à atividade. O fornecedor que for desqualificado poderá voltar a fornecer desde que comprove a melhoria nos processos identificados na avaliação ou a correção do item em questão.

3.3. Fluxos para registros de documentos de usuários e administrativos com a apresentação das ações definidas para a inserção de informações referentes ao paciente necessárias à realização dos atendimentos assistenciais em âmbito do CAM

O registro de documentos de usuários no CAM seguirá o fluxo de atendimento.

Ao dar entrada no serviço, conforme fluxo de referência do complexo regulador o paciente será admitido e aberto prontuário único, onde serão inseridos todos os registros médicos e da equipe multiprofissional, conforme atendimento recebido. Após encerrado o atendimento, com a saída do paciente, o prontuário será impresso e arquivado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME.

O Instituto Alcance propõe na realização do Planejamento Estratégico definir prazos para implementar o Prontuário Eletrônico, com inserção da prescrição eletrônica dos medicamentos e da nutrição e dietética.

Conforme proposta de Gestão da Informação será utilizado sistema de prontuário eletrônico, documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo.

As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME.

Figura 11 - Fluxo para Registros de Documentos de Usuários

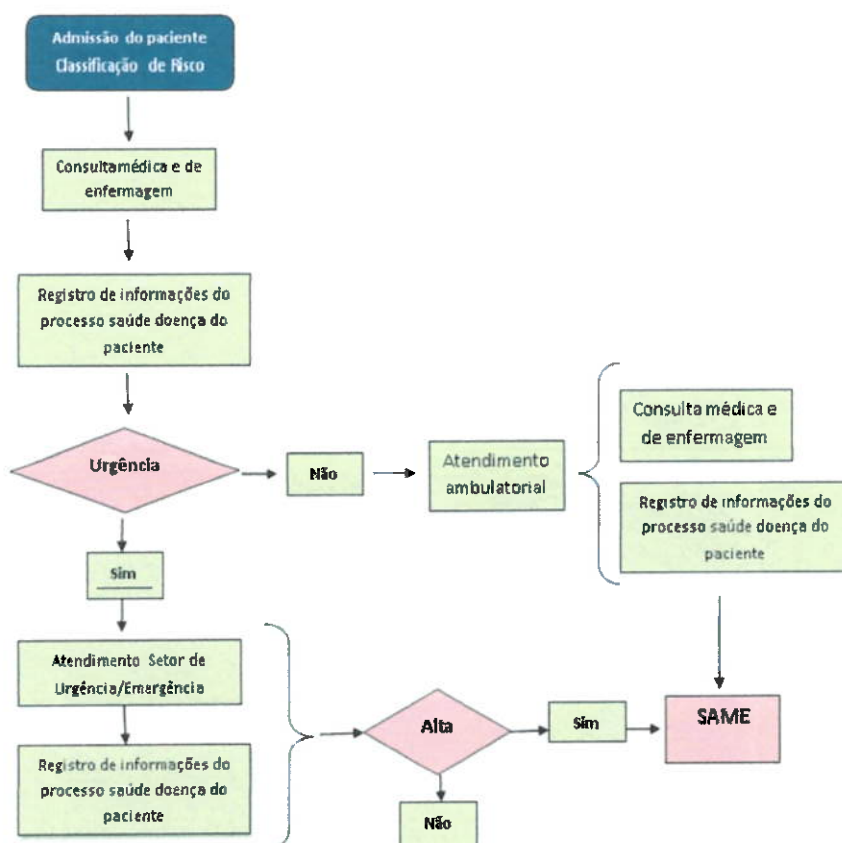
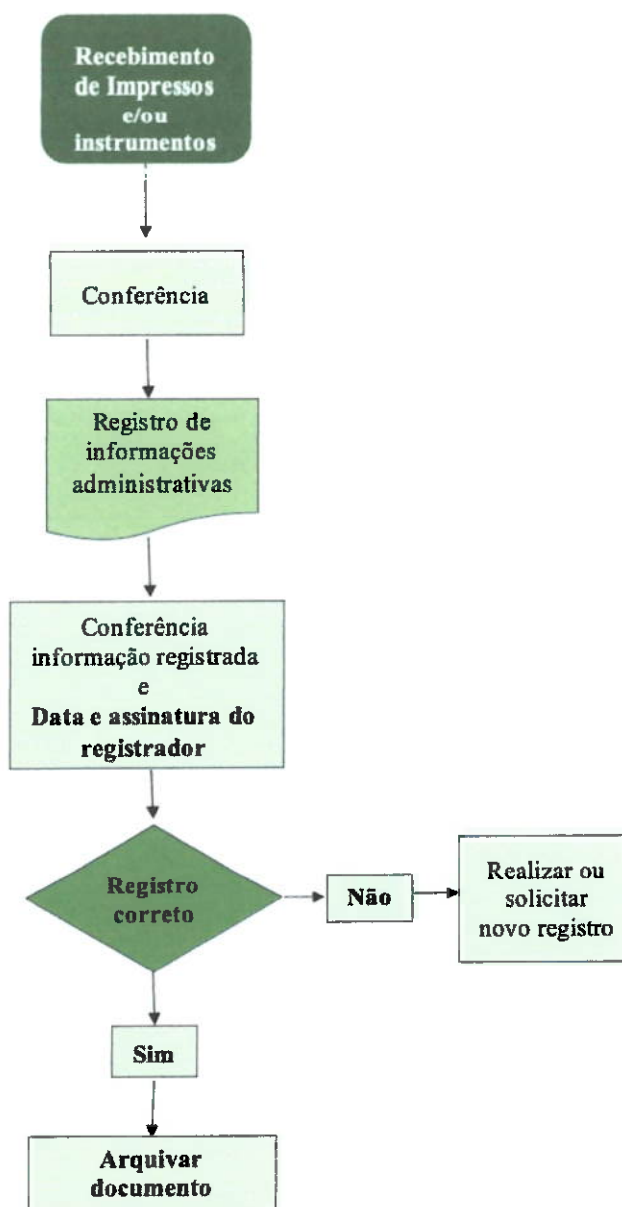


Figura 12 - Fluxo para Registro de Documentos Administrativos



3.4. Fluxo para resíduos de saúde definindo os aspectos intra e extra estabelecimento, prevendo as ações a geração até a disposição final dos resíduos

Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos do CAM será realizado a identificação por Diagrama/Legenda de toda a Unidade.

Figura 13 - Classificação dos resíduos na unidade



Figura 14 - Fluxo de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

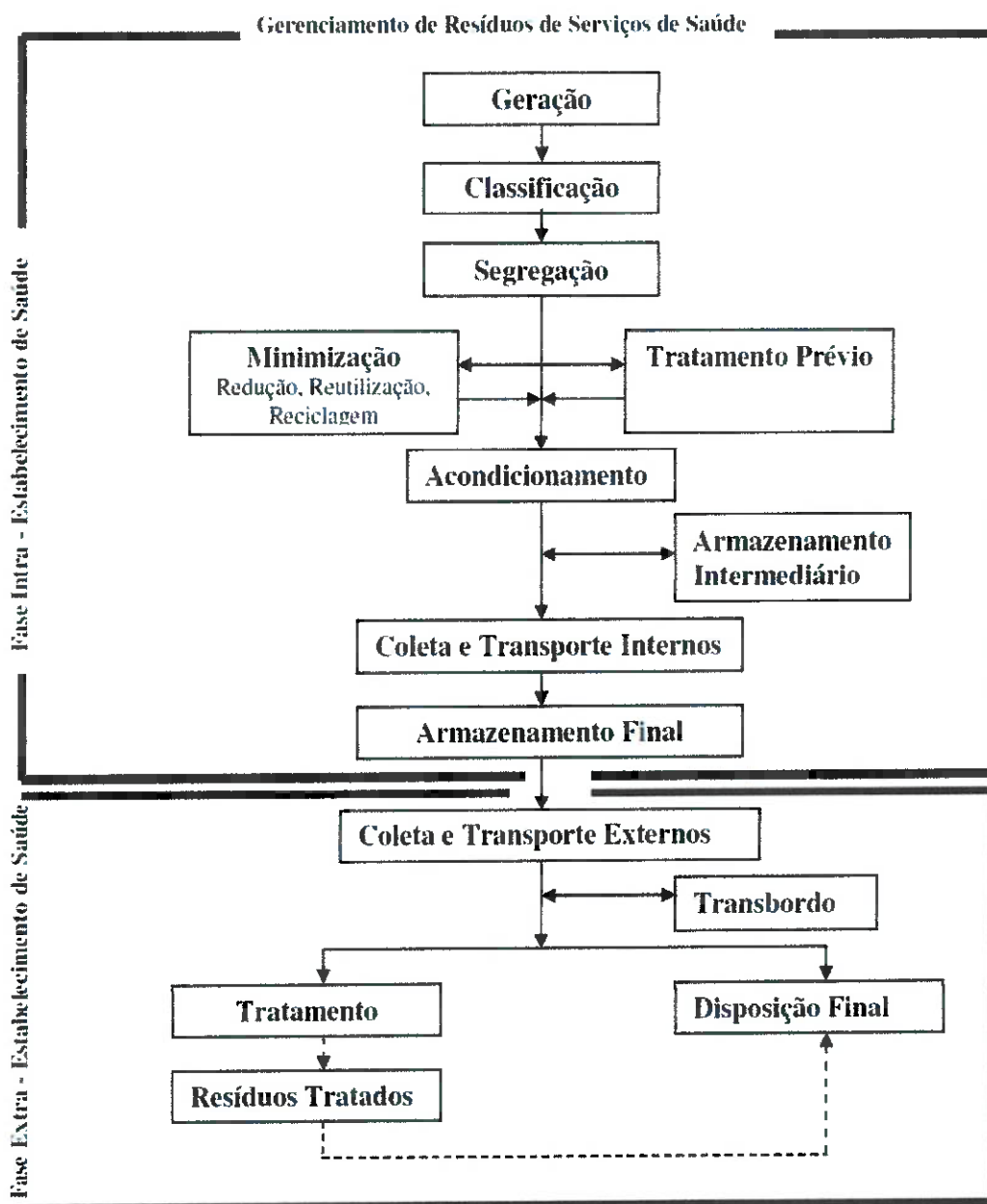
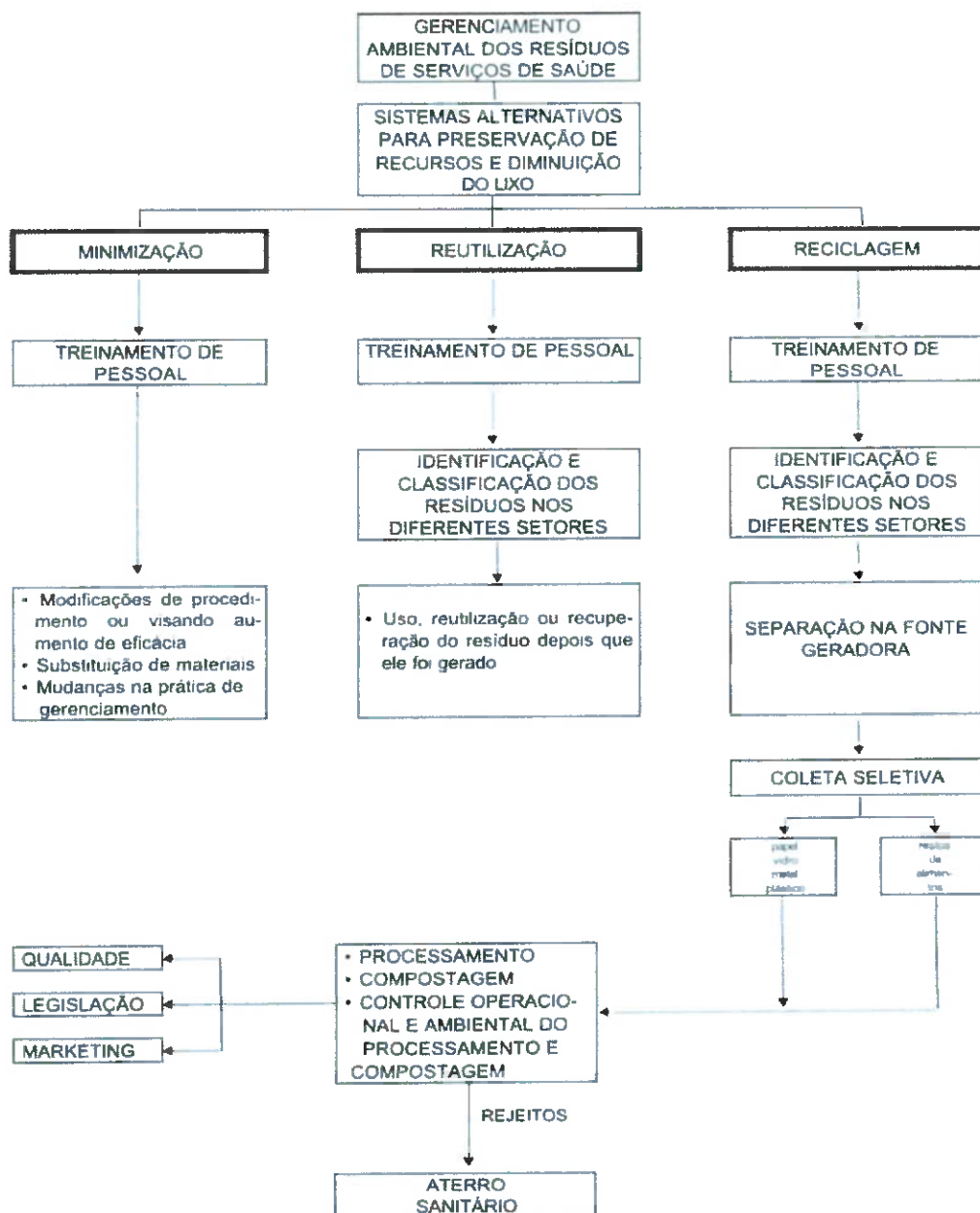


Figura 15 - Fluxo do gerenciamento ambiental proposto para os resíduos de serviços de saúde



3.4.1. Descrição do fluxo de resíduos

Coleta e Transporte Internos

- Os resíduos são coletados nas unidades geradoras pelos colaboradores do serviço de higienização e limpeza, encaminhados ao abrigo temporário de resíduos utilizando carro para transporte interno, com as seguintes especificações: fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos, possuem rodas e os recipientes com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno de fundo;
- O transporte interno deixa a unidade geradora respeitando frequência e horários estipulados, evitando cruzamento com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas;
- Os carros de transporte deixam as unidades geradoras, passando pelos corredores até chegar ao abrigo externo.

Coleta e Transporte Externos

- A coleta e o transporte externos de RSS são realizados com definição de itinerários, frequência e horário de coleta, jornada de trabalho, equipe de coleta, tipo de veículo e contenedores necessários conforme rotina de cada empresa;
- A balança para pesar os RSS está disposta no depósito de resíduo (armazenamento externo), sendo utilizada para pesagem dos RSS;
- A coleta é realizada diariamente por tipo de resíduo, em horários diferentes;
- Os veículos e contenedores utilizados pelas empresas devem estar conforme especificações dos órgãos reguladores e da ABNT NBR 12810, observando as instruções e especificações para o veículo;
- Ter compartimento de carga resistente, estanque, com superfícies internas de material liso, lavável, de cantos arredondados para facilitar a descarga e a higienização;

- Ser dotado de descarga mecânica quando o veículo tiver capacidade de uma tonelada e manual quando o veículo tiver capacidade inferior;
- Ser provido de ventilação adequada quando o sistema de carga e descarga for manual;
- Ter altura de carga inferior a 1,20 metros sempre que a forma de carregamento for manual;
- Ser dotado de dispositivo hidráulico para basculamento de contenedores quando os mesmos forem exigidos;
- Operar de forma a não permitir vazamentos de líquidos ou rompimento dos recipientes quando possuir sistema de carga e descarga automática;
- Ser de cor branca;
- Possuir balança para conferir o peso por gerador;
- Possuir luzes de alerta no alto do veículo;
- Ter identificação em local visível com o tipo de veículo e de coleta especial conforme NBR 10004 com nome, número e telefone;
- Estar o veículo cadastrado na Secretaria de Meio Ambiente e na Vigilância Sanitária;
- Adotar coleta exclusiva por grupo de RSS coletando-o diretamente no abrigo externo de armazenamento final;
- Manter para os veículos e contenedores serviço de higienização por lavação com jato d'água preferencialmente quente sob pressão e de desinfecção simultânea diária, ao final de cada jornada de trabalho, direcionando o efluente líquido para a rede coletora e tratamento público de esgotos observados os padrões de lançamento estabelecidos;
- Manter serviço de lavação e desinfecção de uniformes e de equipamentos de proteção individual EPI;
- Capacitar a equipe de coleta inclusive quanto à segurança, à higiene e aos riscos ocupacionais;
- Submeter a equipe de coleta a exame médico Pré-admissional, exame médico periódico pelo menos duas vezes ao ano e vacinação adequada incluindo-se as vacinas contra tétano e difteria, hepatite B e tuberculose.

Transbordo dos Resíduos

- Realizar o transbordo somente em instalações apropriadas exclusivas, licenciadas pelos órgãos de saúde em conformidade com a legislação vigente;
- Executar a transferência dos RSS mantendo-se a integridade do acondicionamento que deve ser feita em embalagens rígidas resistentes à punção e a vazamentos, impermeável à unidade e resistente o suficiente para evitar rompimento durante o transbordo e transporte;
- Não permitir acumulação de RSS nas instalações que devem funcionar apenas para a transferência imediata de um sistema de transporte para outro.

Tratamento dos Resíduos

- Os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final;
- Os resíduos sólidos infectantes serão encaminhados para autoclavação e posterior disposição final, sendo que os resíduos infectantes do grupo A3, membros humanos e fetos, serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Permitir a disposição de resíduo infectante na vala séptica somente quando este for submetido a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum;
- Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioacumulação;
- Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final;
- Manter monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.



Disposição Final

- Os RSS infectantes serão dispostos em vala séptica e quando necessário serão encaminhados para tratamento prévio em autoclave ou incinerador;
- Os resíduos químicos após tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação segundo exigências da Vigilância Sanitária serão dispostos em vala séptica;
- Os resíduos comuns serão dispostos na vala séptica, segundo processo sanitariamente correto previsto para resíduos domiciliares ou similares, desde que garantidas as condições previstas na legislação em vigor;
- Manter programa de controle, acompanhamento e monitoramento do sistema de geração, controle, tratamento e disposição final de RSS.

3.4.2. Classificação do resíduo

De acordo com a Resolução RDC n°. 306, de 07 de dezembro de 2004, os RSS são classificados em cinco grupos principais:

Grupo A (Resíduos Potencialmente Infectantes): resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem apresentar risco de infecção (ex.: culturas, carcaças, órgãos, bolsas de sangue, peças anatômicas, kits de hemodiálise etc).

Grupo B (Resíduos Químicos): resíduos contendo substâncias químicas que oferecem riscos à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade (ex.: medicamentos vencidos, produtos hormonais, antimicrobianos, digitálicos, desinfetantes, reagentes de laboratório, reveladores e fixadores, etc).

Grupo C (Resíduos Radioativos): quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista (ex.: materiais de serviços de Medicina Nuclear e Radioterapia). Esses resíduos não são gerados na Unidade.

Grupo D (Resíduos Comuns): resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (ex.: lixo de banheiro, papéis, impressos etc).

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): são os resíduos perfurocortantes ou escarificantes (ex.: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, partes ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar, lancetas, ampolas de vidro, brocas, lâminas de bisturi, agulhas, etc.)

3.4.3. Minimização de Resíduos, Segregação, Acondicionamento e Identificação

Grupo A3: As peças anatômicas serão registrados e encaminhadas para o necrotério acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição —peças anatômicas - guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição —peças anatômicas.

Grupo A4: Os resíduos do Grupo 4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-INFECTANTE, guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou, pelo menos, uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

Grupo A5: Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição-**INFECTANTE**, exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 da ABNT e encaminhados para o sistema de incineração, conforme RDC ANVISA nº 305/2002.

Grupo B - resíduos químicos: Serão acondicionados em recipientes de cor azul, de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados por meio do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Grupo D - Resíduos comuns: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistentes ao tombamento, guarnecidos internamente por sacos plásticos de cor azul.

D1: Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do Município, em recipientes identificados com a inscrição-**COMUM**.

D2: Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo:

Azul: papéis
Amarelo: metais
Verde: vidros
Vermelho: plástico
Marrom: resíduos orgânicos
Cinza: Não recicláveis

* Serão disponibilizados recipientes para coleta seletiva de resíduos recicláveis em pontos estratégicos de cada setor, de acordo com a demanda e tipo de resíduo gerado.

Grupo E - Resíduos Perfurocortantes: Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico acrescido da inscrição - **PERFUROCORTANTE** - e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97, da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas acompanhadas das seringas, sendo **PROIBIDO** o reencape ou desconexão manual. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1. Os resíduos contaminados com radionuclídeos serão submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

Fechamento dos sacos

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com, no máximo, 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por nó, para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza da Unidade.



Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo Serviço de Enfermagem, quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade, sendo PROIBIDO o esvaziamento para reaproveitamento.

Coleta e transporte interno

O transporte interno consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. Esse transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do serviço, sem oferecer riscos à saúde dos colaboradores e da população.

A coleta será realizada pela equipe do Setor de Higienização e Limpeza devidamente treinados. Serão preconizadas visitas e fiscalização contínua nos setores do serviço, principalmente nas enfermarias, para não haver, sob qualquer alegação, acúmulo de lixo nos cestos.

Grupo A3: Serão coletados de acordo com a demanda. Após a coleta dos cestos, os resíduos serão transportados em carros conforme especificações: tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido com cantos arredondados e dotados de tampas com sistema de abertura sem contato manual.

O transporte interno de resíduos será realizado de acordo com o fluxo definido pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza.

Serão padronizados, para o transporte, recipientes separados e identificados de acordo com o tipo de resíduo a ser transportado:

Grupo A: resíduo potencialmente infectante – carro branco com símbolo de identificação para resíduo infectante.

Grupo B: resíduo químico – carro branco com símbolo de identificação para resíduo químico.

Grupo D: resíduo comum – carro marrom.

Tratamento prévio

Consiste na aplicação de métodos, técnicas ou processos que modifiquem as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. Apenas os resíduos do Grupo A1 e do Grupo A5, receberão tratamento prévio.

Armazenamento externo

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores.

Os Resíduos Recicláveis Grupo D - D2 serão armazenados em depósito apropriado até serem revendido.

Coleta e transporte externo

A Coleta e o Transporte externo consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos

Grupos A, B e E são realizados por empresa especializada.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos do Grupo D, não recicláveis, é realizada pelo serviço de coleta do município.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos, sendo:

- Grupos A, B e E: realizada a cada dois dias, de segunda à sábado, às 10:00h.
- Grupo D: Resíduo Comum: realizado às terças-feiras, quintas-feiras e sábados, às 22:00h.

Disposição final

A disposição final consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA n°. 237/97.

3.5. Fluxo unidirecional de materiais da CME

O Instituto Alcance, após assumir o CAM, se necessário, realizará as adequações na estrutura física da CME, proposto à Secretaria Municipal de Saúde, a aquisição de novos equipamentos, se necessário.

Após as adequações a estrutura física da CME disporá:

- Área suja: recepção e limpeza;
- Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo);
- Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Área suja

Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Os produtos para saúde passíveis de processamento, independente da sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza da CME antes de sua desinfecção ou esterilização.

Os horários para entrega de material contaminado na CME são padronizados da seguinte forma:

- Manhã: 7h 30min às 10h30min
- Tarde: 13h 30min às 15h 30min
- Noite: 19h 30min às 21h 30min

OBS: A padronização de horários não se aplica em situações de alta, transferência e óbito de paciente, bem como materiais considerados de urgência, como materiais de assistência ventilatória e instrumentais cirúrgicos.

No tocante às almotolias, onde são distribuídas soluções devidamente fracionadas de alguns produtos para uso na saúde, o horário para sua entrega se restringe ao período da manhã, mediante a entrega das almotolias vazias para reposição.

Durante o recebimento, todo o material, seja termossensível, seja instrumental cirúrgico, entregue nesta área, deve ser conferido confrontando-o com o checklist padronizado pela instituição e descrito no livro de registro bem como na comanda (quando se tratar de materiais termossensíveis).

Outro ponto relevante no tocante ao recebimento desses materiais, é a verificação da utilização de pré-lavagem (conforme POP de uso de pré-lavagem) do material entregue, quando aplicado a realização da mesma. Em relação aos materiais de OPME - Órtese, Prótese e Materiais Especiais - ao serem repassados do centro cirúrgico deverá ser conferido mediante a presença da ficha de controle de consumo de OPME, a qual deverá estar preenchida de forma completa e acompanhada da descrição cirúrgica.

Ao ser identificado inconformidade do checklist com o material entregue pela unidade, durante a conferência, deve-se questionar ao colaborador que trouxe o material o motivo da ausência do item, bem como notificar e comunicar ao enfermeiro da CME para que o mesmo comunique a chefia responsável pela unidade para que a melhor conduta seja tomada. Os desinfetantes utilizados na área suja que são normatizados pela instituição consistem em: detergente enzimático, ácido peracético e ortoftaldeído.

- Detergente enzimático: Utilizado para todos os artigos termossensíveis e instrumentais cirúrgicos.
- Ácido Peracético: Utilizado somente para os termossensíveis.
- Ortoftaldeído: Utilizado somente para os Endoscópios e Broncoscópio.

O colaborador escalado na área suja, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

Áreas de preparo e esterilização

Consiste em uma área destinada a inspecionar, revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza, bem como preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados e encaminhá-los para esterilização devidamente identificado pelo profissional que os preparou.

Do Preparo do Material

Ao receber a caixa proveniente do expurgo, deve ser identificada o tipo de caixa e prepará-la de acordo com o checklist correspondente. Ao preparar o material, deve ser colocado o integrador químico com identificação no verso do colaborador responsável pelo preparo, data e tipo de caixa, pois o mesmo será anexado ao prontuário do paciente. Quando se tratar de caixas de implantes de OPME, a mesma só deve ser esterilizada após conferência da Enfermeira ou técnica da OPME.

Das Embalagens para Esterilização

As embalagens utilizadas pela instituição constituem: papel grau cirúrgico, tyvec, tecido de algodão e manta de SMS. As escolhas das embalagens devem ser feitas de acordo com tipo de esterilização, quais sejam: esterilização por vapor saturado e esterilização por peróxido de hidrogênio. São utilizadas na esterilização por vapor saturado o papel grau cirúrgico, tecido de algodão e manta de SMS, em contrapartida são utilizados na esterilização por peróxido de hidrogênio o tyvec e a manta de SMS.

A validade das embalagens padronizados pela instituição segue da seguinte forma:

- Papel Grau Cirúrgico: 3 meses
- Tecido de algodão: 8 dias
- Manta de SMS: 6 meses
- Tyvec: 6 meses 4.2.3

Da limpeza dos Equipamentos e Áreas Físicas

Outro ponto relevante no tocante a área do preparo e esterilização é a limpeza das autoclaves e STERRAD. A limpeza da autoclave deve ser realizada todos os dias pelas colaboradoras escaladas para autoclave, com um pano úmido com água, e a cada quinze dias aplicar o desincrustante. A limpeza da STERRAD deve ser feita todos os dias com a retirada do prato de depósito de peróxido utilizando compressa umedecida com água. Além da limpeza, deve ser retirado os cassetes da caixa coletora de desprezá-los em lixo contaminado, a cada 20 cassetes utilizados. Caso a caixa coletora esteja danificada, trocá-la. Realizar a limpeza das bancadas diariamente com álcool a 70% a cada término do plantão. Realizar a limpeza terminal toda sexta-feira (paredes, vidros, chão e teto)

4.2.4 Controle de Temperatura

O colaborador escalado preparo, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

Dos Cuidados Especiais

- Separar e conferir peça por peça, estado de conservação para detectar se há sujidade, ferrugem, trincas, manchas e outros defeitos; caso identifique alguma alteração, sinalizar para enfermeira da CME providenciar a troca;
- Arrumar os instrumentais com as peças mais leves e menores sobre os maiores e mais pesados;
- Pinças curvas com a curvatura voltada para a tampa da caixa ou parte plastificada do papel grau cirúrgico;
- Priorizar os monopolares, bipolares, capa de stryker, óticas, pinças da videolaparoscopia e manoplas na esterilização por peróxido de hidrogênio;

- Cabos dos instrumentais voltados para a abertura de selamento do papel grau cirúrgico;
- Selecionar a embalagem de acordo com o processo: desinfecção (saco plástico), esterilização (papel grau cirúrgico, tyvec, tecido de algodão ou manta de SMS);
- Avaliar a necessidade de utilização de embalagem dupla (materiais pesados ou pontiagudos);
- Realizar o ajuste das embalagens duplas, verificando se elas não apresentam dobras internas e se estão acomodadas às partes externas;
- Selar a embalagem – deixar 3cm de borda. Para selagem do papel grau cirúrgico, a temperatura da seladora deve estar em 220°C e para a selagem do tyvec em 140°C.
- Identificar as embalagens com o nome do profissional que preparou, por extenso, a especificação do material, a data do preparo e a validade.
- A diarista deve realizar o fracionamento diário das almotolias para as unidades com as seguintes soluções: éter, PVPI, Clorexidina alcóolica, Clorexidina 2%, água oxigenada e benjoim. Ao entregar as unidades registrar em livro a dispensação;
- Todo início de plantão abrir o livro de registro da equipe do plantão, bem como registrar as intercorrências ocorridas no plantão.

Área de monitoramento do processo de esterilização

O controle do monitoramento da qualidade da esterilização é realizado através dos indicadores químicos e biológicos. Os indicadores químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Em contrapartida os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

Dos Indicadores Químicos

Os indicadores químicos padronizados neste HU são os de Classe I - fita zebra - indicador externo que distingue materiais processados de não-processados, o de classe II - teste de Bowie&Dick - indicador para uso em testes específicos usado em situações relevantes ao equipamento, como o teste da eficácia da bomba de vácuo e o indicador Classe V - integrador - indicador interno que monitora todos os parâmetros críticos do processo de esterilização.

O teste de Bowie&Dick deve ser realizado todos os dias pela manhã antes do primeiro ciclo, com a autoclave vazia e após sua realização, observar o impresso e caso não identifique nenhuma alteração, registrar no livro. Caso observe que o teste apresentou alteração, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma entre em contato com a engenharia clínica, e essa possa identificar e solucionar o problema. A autoclave somente deve ser liberada para uso após avaliação do teste Bowie&Dick.

Todo pacote ou caixa de instrumental esterilizados devem ser identificados com um indicador químico de classe I (Fita Zebra), que deverá ser examinado após a esterilização e antes da embalagem ser aberta para uso.

Todas as caixas cirúrgicas devem conter um indicador classe V, o que sinalizará que a caixa está em condições satisfatórias de esterilização. Os mesmos devem ser verificados antes do uso do instrumental e anexado ao prontuário do paciente.

Dos Indicadores Biológicos

Da Autoclave: O teste do indicador biológico da autoclave deve ser realizado todos os dias no plantão noturno a partir das 00:00h. Após realização do teste, as cargas só poderão ser liberadas com o resultado satisfatório após incubação de 3 horas da ampola do biológico e registrado seu resultado no livro. Em caso de alteração do teste, não liberar as cargas e comunicar a enfermeira da CME para que a mesma entre em contato com a engenharia clínica.

Da STERRAD: O teste do indicador biológico da STERRAD deverá ser realizado todos os dias com base no horário realizado nas 24 horas anteriores. Durante a realização do teste biológico associar a um indicador químico. Após leitura, caso não tenha nenhuma alteração anexar a etiqueta e tampa da ampola em livro de registro. Caso identifique alguma alteração na leitura comunicar a enfermeira da CME para que possa contactar com a engenharia clínica.

Cuidados Especiais:

- Realizar manutenções preventivas das autoclaves pela engenharia clínica;
- Realizar manutenção corretiva das autoclaves, por meio da engenharia clínica, sempre que identificar algum problema no funcionamento.

Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados

Após passar por processo de esterilização e ou desinfecção química os artigos devem ser armazenados no arsenal. Durante o armazenamento seguir criteriosamente o local de cada material.

Durante a dispensação dos materiais cirúrgicos registrar em livro cada tipo de material e quantidade dispensada.

Para a dispensação de materiais termossensíveis, o colaborador da CME deverá conferir a comanda, que foi preenchida no expurgo, juntamente com o profissional da unidade responsável pelo recebimento, e em seguida arquivar em pasta, classificada por unidade assistencial.

Durante a passagem do estribo, registrar em livro específico com os dados do paciente que irá utilizá-lo (data, nome, prontuário e setor) e assinatura do profissional responsável pelo recebimento.

As caixas de OPME são enumeradas na sequência por tipo e quantidade de cada credenciada. Durante a dispensação dessas caixas deve ser respeitado criteriosamente o rodízio da sequência enumerada e registrado em livro o tipo de caixa, sala cirúrgica, responsável pela entrega e pelo recebimento.

Ao dispensar a caixa de OPME, a mesma deve ser acompanhada de duas cópias de sua ficha de controle equivalente ao tipo de caixa.

Ao se tratar da dispensação de placas especiais, a mesma deverá ser registrada no livro de controle específico, e entregue juntamente com a caixa da empresa correspondente. Além do registro em livro, preencher o impresso correspondente ao controle de entrega de placas especiais.

Durante a passagem de material da neurocirurgia, todo material entregue deverá ser registrado em livro e constar assinaturas do colaborador da CME que dispensou e do centro cirúrgico que recebeu. Além do registro em livro, preencher a comanda de controle de entrega de material da neurocirurgia.

O colaborador escalado no arsenal, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

O colaborador responsável pelo arsenal, deverá realizar limpeza das estantes, bancada e cestos aramados, semanalmente.

Inventário

O inventário de instrumental cirúrgico deve ser feito anualmente e registrado em planilha de acordo com o tipo e quantidade de caixas por especialidade.

O inventário de campos cirúrgicos deve ser feito a cada 3 meses. Dessa forma certificar a necessidade de reposições e acréscimos de cada tipo de campo cirúrgico.



O recebimento e dispensação de campos cirúrgicos devem ser registrados diariamente em planilha e censo.

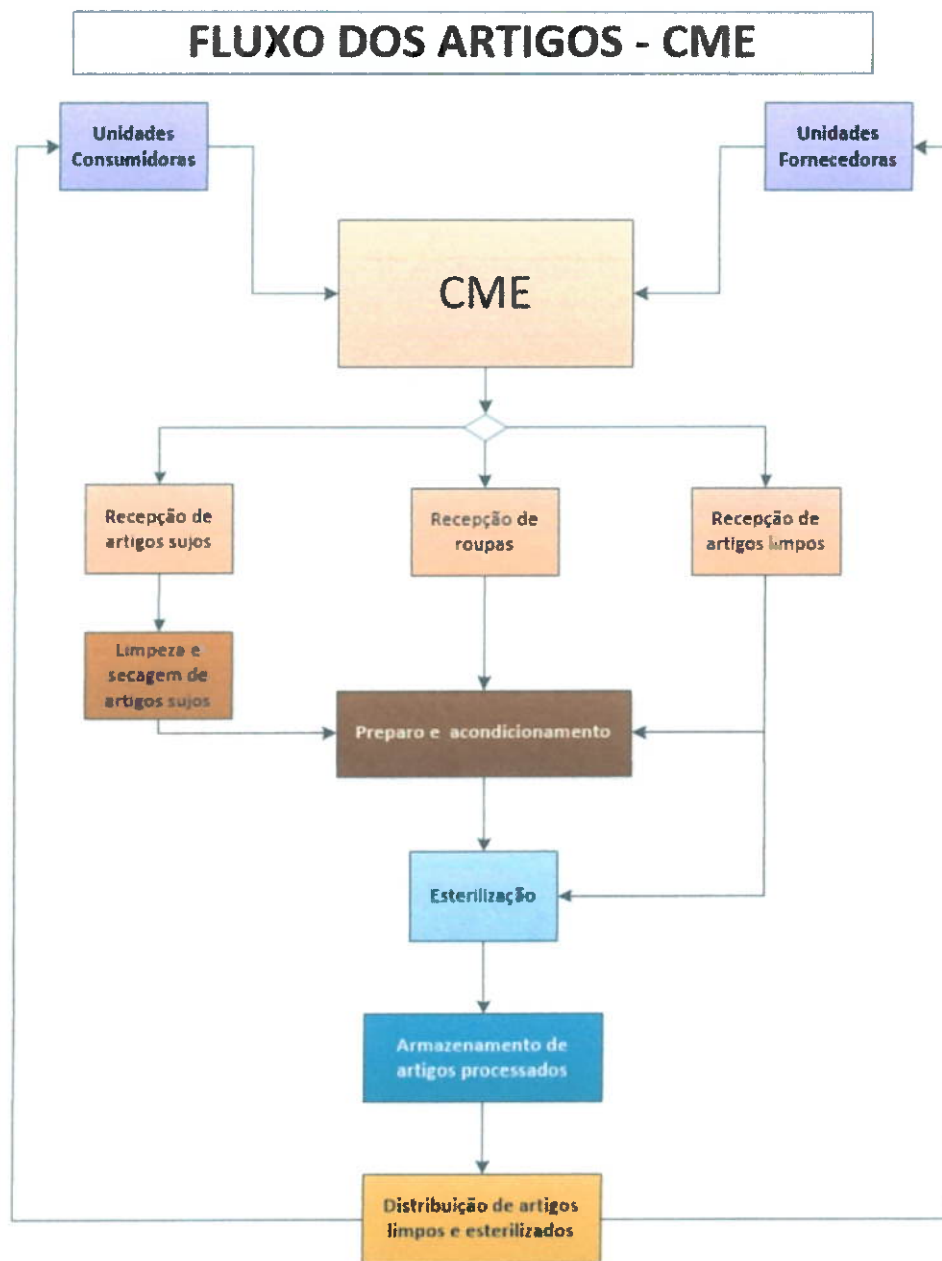
3.5.1. Fluxo para materiais esterilizados

A qualidade dos serviços da CME está vinculada ao controle eficiente de infecções. Para atingir esse objetivo, deve ser observado:

- Estrutura física adequada;
- Equipamentos adequados e operacionais;
- Materiais adequados;
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME;
- Capacitação e supervisão contínua dos colaboradores da CME;
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes na CME;
- Acesso restrito aos colaboradores da CME, sempre devidamente paramentados;
- O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados;
- Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.
- Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME.

A seguir é apresentando o Fluxo de Artigos da CME:

Figura 15 - Fluxo de artigos da CME



3.6. Proposta de regimento interno para o CAM

O Instituto Alcance propõe a adoração do seguinte modelo de regimento interno para o Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadia:

Capítulo I - Conceituação

Art. 1º - Este Regimento representa a estrutura de funcionamento do Centro de Atendimento Médico Dr. Antonio Abadia (CAM), compondo a gestão e traz, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Capítulo II - Dos objetivos

Art. 2º - A CAM terá como objetivos, entre outros:

I. Assegurar a qualidade e a segurança das práticas assistenciais, assim como legitimar e padronizar as ações executadas nesta unidade de saúde.

II. Prestar assistência à saúde nos atendimentos aos usuários do SUS, conforme perfil, mecanismo de regulação de acesso e serviços definidos, sem distinção de nacionalidade, raça, credo, opinião política ou qualquer outra condição;

III. Estar disponível para servir de campo de aprendizagem nas atividades relacionadas à assistência em urgência e emergência.

Capítulo III - Da abrangência

Art. 3º - Este Regime Interno abrange todos os colaboradores do CAM, independente da forma ou modalidade de contratação.

Capítulo IV - Do funcionamento

Art. 4º - O serviço assistencial do CAM deve funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana e oferece atendimento de urgência e emergência.

Art. 5º - O setor administrativo deve funcionar 8 horas por dia de segunda à sexta-feira.

Art. 6º O atendimento assistencial deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos servidores.

Capítulo V - Dos conceitos

Art. 7º - Para fins deste regime interno, considera-se:

I - Acolhimento: Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário;

II - Classificação de Risco: critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada;

III - Emergência: qualquer situação que represente risco imediato de vida ou de comprometimento de órgão ou função, exigindo interferência imediata para que seja preservada a integridade da pessoa afetada. A existência de risco imediato é reconhecida pela equipe de saúde responsável pelo atendimento, com base na avaliação clínica da condição mórbida apresentada pelo paciente;

IV - Ouvidoria: Serviço representativo de demandas do usuário/paciente ou profissional da saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais;

V - Usuário/paciente: é qualquer pessoa que se submete a tratamento terapêutico e confia sua saúde a um profissional de saúde;

VI - Urgência: situação de risco de comprometimento de órgão ou função, estabelecido com base em critérios clínicos e no modo de apresentação da queixa, que, embora não exija interferência imediata, deve ser abordada no prazo máximo de algumas horas, seja por procedimentos diagnósticos complementares, seja por intervenção terapêutica.

Capítulo VI - Das competências

Artigo 8º - Sobre as competências dos serviços do CAM:

I. Acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento no PA;

II. Garantir a qualidade e segurança das práticas assistenciais;

III. Registrar em prontuário os dados cadastrais de cada usuário como: nome, endereço, telefone contato, identidade e CPF, além de orientar quanto ao local de espera para classificação de risco.

IV. Estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;

V. Estratificar o risco de cada usuário, conforme a queixa por meio de escuta qualificada, aferindo os sinais vitais e avaliação primária com exame físico. É utilizado o protocolo SUS para estratificação onde os riscos são divididos em:

- Azul: Atendimento compatível com atenção primária, sendo redirecionado para unidade de atenção primária conforme endereço (onde ser atendido) ou atendimento por ordem de chegada por apresentar baixa complexidade;

- Verde: Atendimento médico em até 120 minutos;

- Amarelo: Prioridade, atendimento em até 30 minutos, ou atendimento imediato na sala de observação.

- Laranja: Muito urgente, atendimento em até 10 minutos.

- Vermelho: Atendimento imediato na sala de estabilização.

VI. Articular-se com a Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária de Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de



referência por meio das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;

VII. Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Primária de Saúde;

VIII. Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

IX. Contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento;

X. Requerer retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade;

XI. Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade;

XII. Apresentar equipe interdisciplinar compatível com seu porte

Capítulo VII - Da composição

Art. 9º - A CAM apresenta a seguinte estrutura organizacional gestora:

- I. Diretor Geral
- II. Diretor Técnico Médico;
- III. Gerente Administrativo;
- IV. Gerente de Enfermagem;
- V. Corpo Clínico; e
- VI. Enfermeiro assistencial.

Parágrafo Único. A competência do Diretor Geral será fixada por meio de portaria a editada pelo Presidente do Instituto Alcance.

Art. 10 - O Coordenador / Responsável Técnico Médico compete:

I. Responsabilizar-se tecnicamente junto aos Conselhos Federal e Regional de Medicina e representar o CAM junto às autoridades e perante o juízo, conforme legislação vigente, nos casos em que não puder ser feito pelo Diretor Geral;

II. Convocar e presidir as reuniões do Corpo Clínico;

III. Colaborar com as atividades da Comissão de Ética;

IV. Tomar conhecimento e encaminhar os pleitos do Corpo Clínico adotando as providências cabíveis;

