Instituto de Apoio a Políticas Públicas

MAIO/2019

PROPOSTA DE PROGRAMA DE TRABALHO PARA ORGANIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS UNIDADES E SERVIÇOS:

Unidades Básicas de Saúde (Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio de Saúde da Família)

Centro de Atenção Psicossocial

Centro de Referência de Álcool e Drogas

Assistência Farmacêutica

Centro de Especialidades Médicas

Centro de Especialidades Odontológicas

Serviço Oftalmológico

Trato de Animais do Canil Municipal e Controle Simulídeos

Limpeza e Manutenção Predial e de Equipamentos

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

Conteúdo

1 - APRESENTAÇÃO 4
2 - INTRODUÇÃO 21
2.1 - O INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS 21
2.2 - A CIDADE DE UBATUBA 22
3 - MODELO GERENCIAL 26
3.1 - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 26
3.2 - UBS – Unidade Básica de Saúde 104
3.3 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 106
3.4 - CENTRO DE REFERÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS 123
3.5 - FARMÁCIA 131
3.6 - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS 137
3.7 - CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA 154
3.8 - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA 164
3.9 ANIMAIS DO CANIL E CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE ANIMAL 167
4 - ROTINAS E PROTOCOLOS DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO 258
5- REGIMENTO 286
6 - SATISFAÇÃO DO PACIENTE 297
7 – ACOLHIMENTO 325
8 - PORTARIA 327

9 - MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS 334
10. FARMÁCIA 388
12. EDUCAÇÃO PERMANENTE 411
11 - PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL 424
11.1 – ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL 424
11.2 – DEMONSTRATIVO DE DESPESAS 430
11.3 – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL 433

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

1 - APRESENTAÇÃO

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
EQUIPE
O IAPP oferece padrões e normas modernas e qualificadas na prestação dos serviços, contando com um Corpo Técnico de experiência comprovada.
Visando melhor atender Contratantes, Parceiros e Colaboradores, nosso trabalho se pauta nos pilares de respeito, ética, transparência e na busca por infraestrutura e melhorias contínuas nos serviços de saúde e na promoção social.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
OBJETIVOS
O IAPP tem como objetivo, apresentar e desenvolver programas que objetivam o atendimento à população, promovendo e induzindo atividades que permeiem o desenvolvimento humano em sentido amplo, tendendo a minimizar os problemas humanos pelas diferenças sociais que assolam essa nação há décadas. Há um profundo respeito aos poderes legitimamente constituídos para desenvolvimento de projetos que auxiliem a população, em suas áreas carentes, abrindo novos horizontes na cultura e na arte.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
MISSÃO
Contribuir para solução do segmento institucional nas áreas de saúde e na promoção social, inovando e superando as expectativas de nosso público alvo, ampliando sempre os serviços através da tecnologia e dos elevados padrões de atendimento médico-hospitalares de forma humanizada.
VISÃO
Ser reconhecida pela eficiência na gestão dos serviços prestados em prol da inclusão Social e da Assistência à Saúde.
VALORES
Integridade; Comprometimento e Responsabilidade Social; Valorização Humanizada; Melhoria Contínua dos Serviços Prestados; Inovação Tecnológica; Sustentabilidade e Responsabilidade Ambiental; Incentivo ao Ensino e à Pesquisa.

IAPP

Instituto de Apoio a Políticas Públicas

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
SAÚDE E PREVENÇÃO NAS COMUNIDADES
SERVIÇOS
Gestão de Serviços na Área de Saúde;
Gestão de Ações, Programas e Projetos de Desenvolvimento Comunitário Pautado na Promoção da Saúde;
Gestão de Projetos Socioambientais, Socioeducativos e Sustentáveis;
Gestão de Pesquisas no Campo Científico, Tecnológico e de Saúde Pública com Foco no Desenvolvimento Social;

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
SERVIÇOS
Gestão de Cursos, Workshops, Fóruns, Seminários, Simpósios, Conferências,
Congressos com Foco na Disseminação da Educação e Melhoria no Atendimento à Saúde;
Integração de Redes e Sistemas de Garantias de Direito, da Promoção da Saúde e do Desenvolvimento Social;
Estabelecimento de Parcerias, Convênios e Contratos com Órgãos Públicos e Empresas Privadas a Fim de Atender as Parcelas Carentes da População;

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

IAPP
IAPP NA ÁREA SOCIAL
O IAPP além de atuar na gestão pública de saúde, promove a mudança de sociedade por meio do trabalho social, com isso, a resolução de problemas das relações humanas capacitando a aptidão das pessoas de forma a terem o seu bem-estar ampliados. Utilizando teorias de comportamento humano e sistemas sociais, a IAPP por meio do trabalho social intervêm nos pontos onde as pessoas interagem com os seus ambientes. Neste âmbito, o respeito pelos direitos humanos e de justiça social são fundamentais para o nosso objetivo. O desempenho do nosso trabalho social encontra-se intimamente relacionado com a necessidade de resolução dos problemas sociais. Nesta visão, o trabalho social tende a lançar o seu foco de intervenção sobre os problemas das pessoas dentro do seu contexto ambiental, equacionando intervenções sistémicas e ecológicas. Isto, porque os individuos são influenciados pelas forças e fraquezas de tudo o que orbita em seu torno: família, local de trabalho, grupos de referência, entre outros.

IAPP
Nossas Ações
Gerenciar e executar programas de prevenção e atendimento integral à saúde;

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Nossas Ações
Promover a manutenção da saúde e ações para pesquisas, produção e distribuição de medicamentos;

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Nossas Ações
Manter e desenvolver educação e ensino em todos os níveis
e modalidades, inclusive na formação inicial e continuada de
trabalhadores em programas de aperfeiçoamento,
capacitação, atualização e extensão, programas de
treinamento, qualificação e requalificação profissional;

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Nossas Ações
Promover e realizar atividades de avaliação de estratégias e de impactos econômicos e sociais das políticas, programas e projetos científicos e tecnológicos e desenvolver atividades de gestão, suporte técnico e logístico a instituições públicas e privadas;

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Nossas Ações
Promover a assistência e desenvolvimento social mediante execução de programas, projetos e ações sócio-educativas, priorizando ações dirigidas às crianças, adolescentes e suas famílias, e executar programas de geração de renda e colocação no mercado de trabalho.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
Nossas Ações
Implantação do projeto de informatização e co-gerencia-
mento para a otimização da gestão na secretaria de saúde,
controle de custos e melhor atendimento a comunidade.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas
VANTAGENS DO CONTRATO DE GESTÃO IAPP
Administração executada por profissionais selecionados, competentes e experientes
Melhor aplicação dos recursos públicos
Diminuição dos desperdícios
Redução da verba destinada à saúde
Gestão profissional independente

2 - INTRODUÇÃO

2.1 - O INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS

O **Instituto de Apoio a Políticas Públicas- IAPP**, propõe gestão pautada na:

Segurança - Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes dos cuidados.

Efetividade - Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar.

Foco no paciente - Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes.

Acesso/Oportunidade - Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.

Eficiência - Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.

Equidade - Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

2.2 - A CIDADE DE UBATUBA

A cidade de Ubatuba está localizada no litoral norte do Estado de São Paulo, distante 260 km da capital. Limita-se ao norte com Parati (Rio de Janeiro), ao sul com Caraguatatuba, a oeste com Cunha, São Luiz do Paraitinga e Natividade da Serra e a leste com o Oceano Atlântico. Possui 748 mil metros quadrados de área total, 102 praias e mais de 20 ilhas.

Ubatuba é cercada pela Serra do Mar e pela Mata Atlântica, sendo que cerca de 83% do seu território consiste em áreas de preservação.

A estimativa populacional pelo IBGE para o ano de 2016 foi de 87.364 habitantes. Segundo dados da Secretaria Municipal de Turismo de Ubatuba, a população flutuante na alta temporada mantém, por dia, uma média de 300.000 a 400.000 turistas com permanência entre 10 e 15 dias, chegando a picos de 1.000.000 turistas nos feriados do Natal, Ano Novo e Carnaval.

A população é constituída em grande parte, por imigrantes, que aqui vem se instalar procurando, principalmente, melhores condições de vida (entre elas o acesso aos serviços públicos de saúde) e de trabalho, caiçaras, sendo que parte destes vivem em áreas remotas e de sertões, duas aldeias indígenas e quatro comunidades remanescentes dos quilombolas.

O perfil produtivo do Município apresenta predominância dos setores de serviços vinculados ao turismo. Muitos dos antigos moradores da zona costeira trabalham como caseiros das casas construídas nos loteamentos e grande número de pessoas desenvolvem serviços autônomos, como: agricultura, pesca, comércio nos quiosques nas praias e confecção de artesanatos.

Conforme IBGE Ubatuba apresenta 43% da população com renda até 2 Salários Mínimos, dos quais 10% abaixo da linha de indigência (renda inferior a ¼ Salário Mínimo). Apresenta 40% da população entre 2 e 5 Salários Mínimos. A cidade conta com 42.211 pessoas em situação economicamente ativa onde 50% em empregos informais (Fonte: IBGE 2010).

A situação urbanística da cidade apresenta 60 mil domicílios onde 50% de uso ocasional (veraneio).

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Conforme tabela abaixo, as cinco principais Causas de Óbito em Ubatuba em 2016 foram:

1. Doenças do Aparelho Circulatório;

2. Neoplasias, Tumores;

3. Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não classificados em outra parte (causas mal definidas);

4. Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade;

5. Doenças do Aparelho Respiratório;

Desta forma, existe a necessidade de incrementar o atendimento a hipertensos e diabéticos, bem como as atividades voltadas para a melhoria da qualidade de vida, redução do sedentarismo, do tabagismo e implementar o diagnóstico.

O Atendimento aos usuários da Rede Municipal de Saúde de Ubatuba é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada. A gestão e administração dos serviços assistenciais das Unidades de Saúde, que compõe a rede pública de saúde de Ubatuba, na forma deste Termo de Referência, visa implantar um novo modelo de prestação de atenção à saúde ao usuário do SUS, com a vinculação a metas quantitativas, qualitativas e indicadores de desempenho.

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional aos serviços de saúde adequados. Resultando em um custo adequado, utilizando modelo gerencial moderno, flexível e transparente que permite, além de alto grau de resolubilidade e satisfação do usuário, um controle adequado pelo gestor do SUS.

Para o alcance das metas e o pleno funcionamento dos serviços, é necessário superar dificuldades como a deficiência quantitativa de profissionais.

Dentro desse escopo, o presente plano de trabalho tem por fim promover a gestão de forma compartilhada e complementar dos seguintes serviços de saúde.

LOTE 01 – Atenção Básica:

- Estratégia Saúde da Família;
- Unidades Básicas de Saúde;
- Centro de Atenção Psicossocial – CAPS;
- Centro de Referência de Álcool e Drogas;
- Assistência Farmacêutica;
- Centro de Especialidades Médicas;
- Centro de Especialidades Odontológicas;
- Núcleo de Atenção à Saúde da Família;
- Trato dos Animais do Canil/Gatil Municipal e Centro de Referência de Saúde Animal

3 - MODELO GERENCIAL

3.1 - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção primária tem fortalecido o Sistema de Saúde como um todo, em todos os países que a adotaram como ordenadora do sistema, como principal porta de entrada, mostrando-se competente para resolver a maioria dos principais problemas de saúde da população.

Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawnson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo

flexineriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles é formada por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (Ministry of Health, 1920)

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem

identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual

os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978)

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (Matta, 2005).

Apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e

organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentindo de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (Mattos, 2000).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do SESP (Mendes, 2002).

Nos anos 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80. Nesse período, durante a crise do modelo médico previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento

de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Essas experiências somadas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

"um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (Brasil, 2006)"

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico

generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

Ressalta-se também na ABS a importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.

No Brasil, a atenção primária deve se constituir como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o Ministério da Saúde, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (MS-2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo,

da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúdes instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito está enfrentando com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no País.

Em 2012, além do aumento dos recursos (quase 40% em relação a 2010) repassados fundo a fundo desde a criação do PAB, a nova PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo por meio da Estratégia Saúde da Família e cria um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite.

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil polos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.

A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (PNAB, 2006) enquanto estratégia das ações municipais de saúde é concebida como ordenadora do sistema loco-regional, integrando os diferentes pontos que compõe e definindo um novo modelo de atenção à saúde. Princípios Ordenadores: Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade, Responsabilização, Coordenação e Resolubilidade.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A atenção primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização, de acordo com os preceitos do SUS "(PNAB - MS- 2006).

O MS estabeleceu as bases conceituais para a implantação da Estratégia Saúde da Família, desde 1994. Os municípios que aceitaram o desafio de instituir a estratégia Saúde da Família como eixo estruturante da Atenção Primária, têm colhido bons resultados, principalmente no sentido da equidade e da integralidade na assistência à saúde.

A organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, realizado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), possibilita a formação de vínculos de responsabilidade e confiança entre as equipes e as famílias, permitindo uma compreensão

ampliada do processo saúde/doença e das intervenções que se fazem necessárias, firmemente calcadas em dados da realidade presente em cada comunidade.

Decorridos os 19 anos da implantação da estratégia Saúde da Família no Brasil, temos mais de 32.500 equipes de Saúde da família distribuídas por mais de 99% dos municípios. Os municípios de áreas metropolitanas ainda se constituem em grandes desafios para a implantação da estratégia, fato este relacionado a múltiplas variáveis, tais como: complexidade sócio-sanitária, modelos de atenção em saúde já estabelecidos e aspectos da organização urbana (edifícios, condomínios, áreas de invasão), perfil e formação de profissionais, dentre outros. (AMQ- Documento Técnico- MS-2006).

Princípios da Estratégia Saúde da Família

1- Caráter substitutivo: substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho combinando assistência com maior resolutividade com a prevenção e a promoção da qualidade de vida da população.

2- Integralidade e Intersetorialidade: a USF está inserida no âmbito da Atenção Primária, configurando-se como o primeiro contato da população com o Sistema de Saúde municipal. As USFs devem estar vinculadas à rede de serviços, assegurando a referência e a contra referência para os demais níveis de complexidade. Mas deve-se buscar junto a outros setores sociais a complementaridade, visando atender aos requisitos essenciais da promoção da saúde e prevenção das doenças.

3- Territorialização: definição de área de abrangência e população adscrita.

4- Equipe multiprofissional: a equipe mínima se constitui de um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais poderão ser incorporados à equipe, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

5- Responsabilização e vínculo: as equipes devem se esforçar para oferecer atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas suas práticas, favorecendo a construção de redes cooperativas e da autonomia dos sujeitos e grupos sociais.

6- Estímulo à participação comunitária e ao controle social: estimular a criação e utilização dos canais de participação social.

Apresentamos a seguir diretrizes gerais conceituais e dimensionamento para atende os objetivos descritos.

Referências para a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF)

1 - Equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Observar que por força da Lei Federal nº 11.350/06 a contratação dos agentes comunitários de saúde é de responsabilidade e competência da municipalidade;

2 - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS;

3 - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

4 - garantia dos fluxos de referência e contra referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar;

5 - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da USF;

Referências para a incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) – Modalidade I, integrada a ESF

1 - Equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

2 - existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

Diretrizes para o trabalho das equipes de saúde da família

1. Conhecer a realidade das famílias na sua área de atuação, no que se refere aos aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando os problemas de saúde mais comuns e os riscos de exposição da população.

2. Realizar o cadastramento da população adscrita.

3. Elaborar plano de saúde local baseado no diagnóstico de saúde da população, programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com a participação da comunidade.

4. Executar vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infectocontagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, e doenças relacionadas com o trabalho e ambiente.

5. Prestar assistência resolutiva, em sintonia com a demanda e com os principais problemas de saúde detectados na população, buscando articular os demais níveis de atenção para garantir integralidade no cuidado.

6. Organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando a relação com o usuário.

7. Desenvolver processos educativos com a população através de grupos comunitários, enfocando aspectos de melhoria de saúde e qualidade de vida.

8. Promover ações Inter setoriais e com organizações comunitárias formais e informais para atuarem conjuntamente na solução de problemas de saúde, trazendo para o debate o tema da cidadania, do direito à saúde e suas bases legais.

9. Incentivar a participação ativa dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, fortalecendo o controle social. (AMQ-MS-2006)

Áreas estratégicas de atuação das equipes saúde da família

Deverá levar em conta a realidade local, atuando em sintonia com as recomendações do Ministério da Saúde para todo o território nacional: eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial; controle do diabetes mellitus; eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança; a saúde da mulher; a saúde do idoso; a saúde bucal; a promoção da saúde.

- Auxiliar Consultório Dentário ou Técnico de Higienização Dental (01 por equipe, dependendo da modalidade)

- Auxiliar Administrativo (01 por equipe)
- Suporte Técnico e Administrativo

Todo o programa contará com uma coordenação técnica e administrativa, responsável pelo gerenciamento e funcionamento em consonância com as diretrizes emanadas da Secretaria Municipal de Saúde.

Cronograma de Implantação

- Definição das unidades sedes do programa: se existentes, se necessitam de reformas, se precisam ser locadas.
- Necessariamente a contratação dos agentes comunitários de saúde deverá ser feita pelo poder público e por seleção pública, por disposição legal em vigor desde 2006. Os demais recursos humanos do programa serão contratados pelo **IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS**, conferindo maior agilidade na substituição e reposição de pessoal,

desconsiderados, daí, aquelas vagas que serão ocupadas por funcionários públicos que já atuam na estratégia e deverão ser cedidos pelo município.

- Com estas definições tomadas e considerando o CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO definido pela municipalidade, no primeiro mês e a partir da formalização do contrato de gestão com a OS, a implantação terá início.

Depois de resolvidas as áreas de cobertura das equipes de saúde da família a equipe técnica, em consonância com o gestor local, procederá a territorialização das áreas e das micro áreas, definindo a distribuição dos agentes comunitários de saúde.

Vencida esta etapa, os ACS, sob a supervisão e orientação dos enfermeiros de suas respectivas equipes, promoverão o mapeamento das áreas sob sua responsabilidade (micro área), cadastrando as famílias ali residentes, identificando os pontos de potencial risco epidemiológico e sanitário, identificação de lideranças locais e outros aspectos que lhe garantam a apropriação do território sob seu controle.

Vale ressaltar que as áreas atualmente existentes devem ser objeto de nova territorialização para agregar as áreas rurais, promovendo uma distribuição mais racional e resolutiva da atenção básica de saúde à população.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de

estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (Pereira & Barcellos, 2006).

Um dos termos largamente empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de saúde da família (Brasil, 1997). Esta relação é explicitada em documentos que tratam da organização do programa, segundo os quais cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha um número de famílias que possam ser acompanhadas pela equipe.

No que se refere à organização da atenção básica, fica evidente a intenção de demarcar territórios para regular e estabelecer normas para a atuação das equipes de saúde, traduzidas em expressões como espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela e referência e contra referência.

No caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são definidos recortes territoriais, que correspondem à área de atuação das equipes, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas), que podem compreender um bairro, parte dele, ou vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais.

No PSF, o menor nível de atenção é a família. Os níveis maiores correspondem à micro área, área, segmento e município. A micro área é formada por um conjunto de famílias que congrega aproximadamente 450 a 750 habitantes, constituindo a unidade operacional do agente de saúde. A área no PSF é formada pelo conjunto de micro áreas, nem sempre contíguas, onde atua uma equipe de saúde da família, e residem em torno de 2.400 a 4.000 pessoas. Em alguns documentos do PSF, define-se a área de atuação de uma equipe segundo o número de famílias entre 600 e 1.000 famílias. A última unidade é chamada segmento territorial

considerado um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, ou a uma Zona de informação do IBGE, ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e a avaliação em saúde.

Como o programa focaliza o atendimento na saúde das famílias, está implícito um conjunto de ações intradomiciliares. Mas também é preconizada a atuação de vigilância em saúde sobre os ambientes comunitários, de reprodução social, pois estes determinam os problemas e as necessidades sociais de saúde. A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde à área de abrangência de cada unidade básica de saúde.

Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

• TERRITÓRIO-DISTRITO – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;

• TERRITÓRIO-ÁREA – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;

• TERRITÓRIO-MICROÁREA – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária;

• TERRITÓRIO-MORADIA – lugar de residência da família.

A ‘territorialização’, segundo estes princípios, é vista como uma etapa da implantação do Programa de Agentes Comunitários (Pacs) e da ESF. As equipes devem definir a priori a população a ser atendida, o que é colocado, inclusive, como requisito para o financiamento do programa pelo Ministério da Saúde. Este processo implica o cadastramento e adscrição de uma

população a ser atendida por cada agente e ESF. Alguns requisitos importantes para a delimitação das áreas e micro áreas do PSF são:

- • A área deve conter um valor máximo de população de modo a permitir um atendimento às suas demandas de saúde (um agente de saúde deve ser responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas);
- • A área deve conter uma população mais ou menos homogênea do ponto de vista socioeconômico e epidemiológico, caracterizando 'áreas homogêneas de risco';
- • A área deve conter uma unidade de saúde que será a sede da ESF e local de atendimento da população adscrita;
- • Os limites da área devem considerar barreiras físicas e vias de acesso e transporte da população às unidades de saúde.

Este conjunto de requisitos torna a tarefa de definição das áreas um processo intrincado de administração de interesses por vezes contraditórios. Segundo estes requisitos, a área deve ser delimitada segundo critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços, que são de difícil convergência.

Como se observa no quadro abaixo, cada um desses territórios constitui um objeto de ação diferenciado e se sustenta em campos de conhecimento distintos. A lógica de existência destes recortes diz respeito ao próprio objetivo de atuação: as práticas de saúde.

Território	Lógica de existência	Extensão territorial	Objeto de Ação	Delimitação Territorial / Fronteiras
Distrito Sanitário	- caráter político - administrativo – assistencial	- município: subprefeituras; regiões administrativas; bairros; consórcio de municípios;	Técnico – administrativo assistencial	- Físico – jurídicas
Área	- Abrangência geográfica de Unidades de Saúde - caráter administrativo – assistencial	- Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores da saúde e da população; e pelas barriras físicas;	- Organização básica da prática de assistência à demanda;	- Físico – jurídicas;
Microárea	- Homogeneidade socioeconômica - ambiental e sanitária – cultural - caráter socioeconômico – cultural – ambiental	- Áreas com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde;	- Contexto de vulnerabilidade em saúde – para a intervenção da Vigilância em Saúde;	- Condições de vida e situação de saúde;
Moradia	- Família nuclear ou extensiva;	- Domicílio; - Habitação; - Condomínios;	- Vigilância em saúde: hábitos sanitários e cidadania	- Físico / jurídicas;

A organização do sistema de saúde por meio de distritos sanitários tem como propósito organizar, no sentido político e técnico, a assistência em saúde em uma determinada extensão territorial. Esta extensão pode corresponder a um município como

um todo ou a um conjunto de bairros ou de um consórcio de municípios definidos de acordo com determinados limites físicos reconhecidos por intermédio de normas e leis.

A área de abrangência de uma unidade de saúde e sua delimitação territorial define-se também através do critério técnico-administrativo, pois visa à organização da assistência em um determinado serviço de saúde com seus limites demarcados pela sua população adscrita, bem como pela extensão territorial de atuação da sua equipe de saúde. Geralmente, compreende um bairro ou uma parte dele, ou ainda um conjunto de bairros e localidades de um município.

O ponto de partida para a organização do trabalho das ações de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadrinhamento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde.

O processo de territorialização compõe uma das ferramentas básicas da vigilância em saúde, que é o planejamento estratégico situacional (PES). O enfoque estratégico-situacional foi proposto originalmente pelo chileno Carlos Matus (Matus; Rivera & Javier, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Tem como base a teoria da produção social, segundo a qual a realidade é indivisível, e entende que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem.

O PES incorpora conceitos indispensáveis para pensar e fazer em saúde. Estes conceitos devem estar focados e se ater ao que afeta diretamente as diversas variáveis existentes nas condições de vida e situação de saúde dos territórios, que, por sua vez,

condicionam os problemas de saúde. Com isso, esperamos que não aponte somente para as opções específicas da produção dos serviços de saúde.

Teixeira (1999) assinala quatro aspectos fundamentais a favor do uso do PES:

• O fato de o objeto do planejamento ser os problemas e as oportunidades reais de intervenção supera a fragmentação reducionista da realidade pelas disciplinas que se materializa consequentemente nos setores nos quais se organiza a intervenção;

• A concepção de processo constituído em momentos que não seguem uma sequência rígida, o que possibilita uma articulação entre as experiências dos vários setores;

• A proposta de modularização do produto do planejamento que sintetiza os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos; atividades, produtos, e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), que flexibiliza a organização, facilitando a intersetorialidade ao possibilitar a participação de distintos atores sociais;

• Estas propostas de gestão do plano e gerência de operações trazem embutidas uma teoria de governo que abre também interessantes espaços para mudança nas práticas institucionais, administrativas, democratizando as relações e intensificando as ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

O caráter-base do objeto do planejamento é se remeter à concepção de situação. Esta concepção é entendida por Matus (1993) como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, que não separa sujeito e objeto. Isto permite várias formas de planejamento, em que os atores sociais do processo tomam decisões e

estabelecem ações voltadas à consecução dos seus próprios objetivos setoriais, que se defrontam com outras posições de outros atores.

Esta abordagem possibilita uma perspectiva interdisciplinar na análise dos problemas, abrindo chances ao diálogo entre os atores envolvidos e a identificação do que cada setor pode fazer no sentido da intervenção sobre os determinantes, condicionantes ou fatos que expressam os problemas. A operacionalização de ações intersetoriais exige um processo de planejamento e programação que materializa um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas dos diversos atores envolvidos, estabelecendo uma instância de diálogo e pactuações para a efetivação da intervenção. Esta abordagem implica também a incorporação do enfoque por problemas, que são analisados por diversos ângulos, e que traduz a contribuição das instituições envolvidas no seu enfrentamento e solução.

Portanto, para o desenvolvimento metodológico, o planejamento situacional deve incluir: a ‘análise de situação’ (identificação, priorização e análise dos problemas); o desenho da ‘situação-objetivo’ para definição dos cenários prováveis; o ‘Desenho de estratégias’ para a definição de linhas de ação, análise de viabilidades das ações e a elaboração de projetos viabilizadores; e a ‘programação’ de uma série de passos operacionais que envolvem decisões e ações específicas.

No entanto, o PES tem de ser pensado de forma contínua e ascendente por meio de um território definido. Essa base territorial deverá conter as informações localizadas da situação de saúde e das condições de vida do território. A territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações de uma população, que determinam em maior ou menor escala seu grau de qualidade de vida.

A análise territorial implica uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Isto permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem, e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde.

Os mapas de saúde permitem, entre outras funções, a comparação de taxas de incidência ou mortalidade em diferentes lugares, gerando hipóteses sobre causas. Além disso, os padrões espaciais de distribuição de determinado agravo são indicadores da maneira como cada território está estruturado demográfica, social e ambientalmente. Os fluxos de pacientes, do local de residência ao local de atendimento, podem ser visualizados por meio de mapas. Também fontes de contaminação ambiental podem ser detectadas pela concentração de agravos relacionados ao problema em torno do foco. Além disso, os mapas permitem localizar grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, contribuindo na orientação de medidas preventivas.

O poder público, ao planejar suas ações de saúde sobre populações específicas, pode estender, através do território, seu campo de atuação formal sobre os espaços, que, por sua vez, devem ser observados permanentemente, pois os territórios modificam-se conforme as dinâmicas das relações sociais, mudando ou não a correlação de forças existentes. Territorializando as condições concretas de vida e de saúde de grupos populacionais, eles próprios e as autoridades de saúde podem reconhecer a situação de saúde, possibilitando assim elaborar práticas de saúde promotoras de melhor qualidade de vida.

A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no território e a produção da saúde e da doença,

tornando imperativo desenvolver estratégias de investigação, com seus correspondentes instrumentos de coleta e análise de informações que permitam traduzir os avanços teóricos em metodologias de análise.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática, é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido à concretude produzida pelas práticas humanas tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

Portanto, a territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde, por meio da delimitação de áreas e micro áreas da ESF previamente determinadas. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do SUS, como a ESF, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância.

No entanto, em muitos casos, reduz-se o conceito de território, sendo este utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil

demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza e se expressa em um território em permanente construção.

O reconhecimento desse território pelos profissionais de saúde, principalmente os que têm seu processo de trabalho essencialmente como agente de campo, intervindo na vida cotidiana de comunidades, é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas e necessidades de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação. A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa, orientadas por categorias de análise, devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas devem conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.

Na fase onde a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa da realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais de saúde como os de outros setores de ação governamental, como também para a própria população. Trata-se de uma prática transformadora por reconhecer as diversas percepções existentes acerca do território e pelo fato de estabelecer uma base de ação onde o entendimento da vida social do território seja compreendido em sua essência por intermédio de uma construção própria com novos significados para os profissionais responsáveis.

Muitas vezes, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente, algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos.

Por isso, uma proposta de práticas de saúde baseada no território deve considerar os sistemas de objetos naturais e construídos pela sociedade, identificar os diversos tipos de ações no território, como são percebidos pela população, e até que ponto as regras de utilização dos recursos do território e da população promovem determinados hábitos, comportamentos e problemas de saúde, cujas características são passíveis de identificação.

Neste sentido, é importante que o reconhecimento dos contextos de uso do território possa identificar suas singularidades e seus problemas baseado em uma abordagem territorial, reconhecendo os usos e as diferentes apropriações do espaço feitas pela população bem como as suas implicações para a saúde coletiva.

Nesta abordagem, a reprodução social está relacionada diretamente com a reprodução material da vida cotidiana, traduzida pelas condições concretas de existência da população. Essa reprodução material produz contextos diversos em que a situação de saúde da população está relacionada às condições de vida. Estes contextos são constituídos por uma diversidade de usos, como reflexo de uma rede de interações diversas no âmbito sociopolítico-econômico-cultural-territorial implicados no processo social como um todo.

Por fim, a análise social no território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações, para a operacionalizar as tomadas de decisão e para a definição de estratégias de ação nas “diferentes dimensões do processo de

saúde-doença", ou seja, em termos das necessidades sociais; nos grupos de risco; na situação de exposição; nos danos e óbitos; seqüelas; e nas doenças e agravos. Estas dimensões não estão separadas, e sim relacionadas, e muitas vezes são causas, efeitos ou condições que direcionam para situações-problema com contextos muito particulares, dada a diversidade de uso do território pelos atores sociais. É deste modo, que o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde, devido à sua concretude, sintetizando a totalidade social e suas particularidades.

Para o município de Lins, antecedendo o processo de ampliação no número de equipes de saúde de família, imprescindível é o processo de alteração dos territórios atualmente considerados.

Esta lógica é reforçada pelo fato de muitas áreas possuírem população acima do esperado uma cobertura por uma única equipe de saúde da família. Apenas para exemplificar, em nossa visita técnica, nos deparamos com uma equipe responsável pela saúde de 5.600 pessoas (população suficiente para duas equipes).

Além deste fato, devemos considerar que atualmente a população rural não é atendida pelas equipes de saúde da família, tendo sua saúde responsável por distantes Unidades Básicas de Saúde.

Assim, propomos que o processo de consolidação de Estratégia Saúde da Família deve ser precedido de um processo de reterritorialização com os objetivos de: 1. Abrigar as populações rurais junto a equipes de saúde da família, com a ampliação do número de micro áreas, e 2. Adequar à população adscrita ao que preceitua o Ministério da Saúde, ou seja, limitando a 4.000 pessoas o população responsável por 1 equipe de saúde da família, sendo ideal o número de 3.000.

Concluída e territorialização e mapeamento passa-se ao trabalho de acompanhamento das famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família, as quais serão visitadas, ao menos:

1 vez ao mês pelos ACS;

1 vez por trimestre pela equipe de enfermagem; e

1 vez por semestre pelo médico generalista.

Estas visitas acontecerão de forma regular e em situações de normalidade. Outras visitas serão realizadas sempre que o caso exigir, conforme protocolo desenvolvido pelo IAPP.

Em relação às consultas médicas, estas deverão apresentar um número decrescente em relação àquelas realizadas na unidade, considerando o caráter da estratégia.

Para a sua realização nas unidades a agenda do médico será dividida em 10 períodos de 4 horas por semana, sendo 5 no período da manhã e 5 no período da tarde. Destes períodos, inicialmente 7 destinam-se a consultas, sendo agendadas 4 consultas por hora com a possibilidade de 2 encaixes.

As consultas atendem o escopo da estratégia e são destinadas a toda a família, sem distinção de qualquer espécie. Apenas paras as consultas de ginecologia, onde há coleta de material para exame, dar-se-á preferência para atendimento exclusivo às mulheres.

Ainda em relação ao atendimento médico, 2 períodos da semana serão inicialmente destinados às visitas domiciliares.

Outro aspecto importante para o bom funcionamento das equipes de saúde da família é a integração de seus componentes. Para isso, em 1 período por semana toda a equipe estará reunida para a discussão dos casos havidos naquela semana, buscando soluções e fazendo circular a informação entre a equipe.

Além dessa reunião geral, o enfermeiro responsável pela equipe reunir-se-á diariamente com os ACS, no início e no final do dia.

Nossa equipe de enfermagem tem ainda como meta a criação de grupos de patologias para enfrentamento das situações de risco e promoção de ações para a melhoria da qualidade de vida.

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A ESF

(Conforme disposto na Portaria GM/MS 648/2006)

1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra referencia locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Além das atribuições legais dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, o IAPP propõe outras atribuições/atuações destes profissionais.

Estas competências são sugestões do IAPP que antes de sua efetiva implantação devem ser discutidas com a equipe técnica da Secretaria Municipal de Ubatuba para sua eventual adequação e implantação.

ROTINAS E PROTOCOLOS

Apenas para constar, apresentamos as rotinas e protocolos para o pessoal de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em relação à gestante, à criança, ao jovem, à mulher e ao idoso.

CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

A assistência de enfermagem, nesta fase do ciclo vital, deve traduzir uma abordagem integral à gestante, com o objetivo de desenvolver ações voltadas à detecção precoce da gestação, bem como seu acompanhamento regular.

Ao enfermeiro compete:

- Investigação da amenorréia;

- Consulta de enfermagem no pré-natal de baixo e médio risco individual ou grupal. O pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro, após avaliação de risco feita pelo médico ou enfermeiro obstétrico.

A consulta de enfermagem deve conter:

- Histórico,

- Identificação,

- Dados sócio-econômicos (condições de vida),

- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde),

- Antecedentes ginecológicos e obstétricos,

- Informações sobre a sexualidade e dados da gestação atual (DUM, DPP, percepção dos movimentos fetais, sinais e sintomas, se a gestação foi desejada),

- Hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição, exercícios físicos),

- Medicamentos em uso,

- Ocupação habitual (esforço físico, exposição a agentes químicos, estresse).

- Exame físico:

- Geral:

- Peso e estatura /estado nutricional

- Verificação de sinais vitais (FC, FR, T, PA)

- Inspeção de pele e mucosas

- Palpação da tireóide e de gânglios

- Ausculta cardiopulmonar

- Exame do abdome

- Exame de MMII (pesquisa de edema e lesões)

- Específico:

- Inspeção de mamas (orientando para o aleitamento materno)

- Medidas de altura uterina

- Ausculta de BCF

- Identificação da situação e apresentação fetal (3º trimestre)

- Inspeção dos genitais externos

- Exame especular (inspecionar: paredes vaginais, conteúdo vaginal e colo uterino e colher citologia oncótica)

- Diagnósticos de enfermagem/levantamento de problemas

- Prescrição de enfermagem (individual)

- Enfermeiro deve solicitar os exames de rotina no pré-natal se for o primeiro atendimento da gestante:

- Hb/ Ht,

- Tipagem sanguínea e fator Rh,

- Glicemia de jejum,

- VDRL,

- Sorologia para HIV, rubéola e toxoplasmose,

- Anti-HbC, HbsAg,

- Urina I,

- PPF,

- US obstétrico.

- Realizar orientações dietéticas (fracionamento, ingestão de proteínas, fibras, hipossódica, hipogordurosa).

- Usar antiemético prescrito pelo médico, caso a gestante não responda a orientação dietética.

- Encaminhar ao atendimento odontológico.

- Encaminhar ao grupo de orientações à gestante.

- Compete ainda ao enfermeiro, assistir a puérpera, se necessário.

Ao auxiliar de enfermagem compete:

- Ações de vigilância à saúde:

- Cadastramento das gestantes,

- Vacinação antitetânica,

- Convocação no caso de exames alterados que foram avaliados por profissionais de nível universitário,

- Controle de faltosos,

- Realização de visita domiciliar de acordo com o projeto terapêutico estabelecido e Sistematização Ações de Enfermagem feita pelo enfermeiro

- Participar junto com a equipe de grupos de orientação à gestante

- Busca ativa precoce da puérpera e do RN.

CRIANÇA

Criança de 0 a 2 anos

A assistência de Enfermagem estará subdividida:

- Atendimento integral a criança de 0 a 2 anos

A todo RN será garantida uma primeira consulta pediátrica, onde o médico estabelecerá o risco propondo uma rotina de atendimento, de acordo com o projeto terapêutico individual ou coletivo, bem como consulta de enfermagem, onde será elaborada a Serviço de Atendimento de Enfermagem.

O enfermeiro realizará novas consultas de Enfermagem para evoluir e adequará as prescrições para atendimentos de enfermagem posteriores.

Para tanto propomos um modelo de Prescrição padrão de Enfermagem para crianças eutróficas de baixo risco de 0 a 6 meses, de 6 a 12 meses e de 12 a 24 meses, e também uma sugestão de primeira consulta de enfermagem.

•Primeira consulta de enfermagem na puericultura:

- Promover ambiente agradável, livre de corrente de ar e privativo.

Observar e anotar interação mãe e filho. Aproveitar este momento para perguntar sobre a saúde da mãe e agendamento da revisão de parto.

- Histórico de enfermagem

1. Relato da mãe sobre o parto

2. Averiguação do cumprimento de prescrição médica da primeira consulta

3. Peso/ estatura/ apgar e intercorrências ao nascer

4. Exame físico:

a. Peso

b. Estatura

c. PC/PT

d. Fontanelas e couro cabeludo

e. Fácies

f. Pele e mucosas

g. Tórax

h. Abdome

i. Membros

j. Reflexos

5. Alimentação

6. Eliminações

7. Sono e repouso

8. Condições de higiene

9. Membros da família ou da comunidade no cuidado da criança

10. Condições de moradia (tipo da casa, nº de cômodos e moradores, saneamento)

11. Ocupação da mãe, com quem fica a criança

- Diagnósticos de enfermagem/levantamento de problemas (individual)

- Prescrição de enfermagem (individual) – de acordo com o DNPM para a idade, aleitamento materno, higiene corporal e oral, vacinação, distúrbios do ap. digestivo (soluço, regurgitação, espirro, vômitos esporádicos, constipação fisiológica, cólica).

•Prescrição padrão de Enfermagem para crianças eutróficas (0 – 6 meses)

1. Lavar as mãos com água e sabão antes de manusear os bebês

2. Pesar e medir o bebê sem roupa, em ambiente livre de corrente de ar e aquecido no inverno

3. Mensurar perímetro cefálico e torácico

4. Observar e anotar o tipo de roupa que o bebê está usando (observar presença de alérgenos, lã e acrílicos) e as condições de higiene da roupa

5. Registrar em prontuário as condições higiênicas da criança (couro cabeludo, unhas, cicatriz umbilical, períneo e dobras)

6. Orientar banho de sol antes das 10:00 e após 16:00 horas, progressivamente (5, 10, 15 minutos), realizando mudança de posição (ventral e dorsal)

7. Orientar sobre lavagem de fraldas de pano e roupas do bebê: deverá ser utilizado somente sabão em pedra, devendo as roupas ser colocadas em mistura de água e vinagre (uma colher de vinagre para cada litro d'água); não usar sabão em pó e/ ou amaciante

8. Verificar carteira vacinal, em caso do atraso, encaminhar à sala de vacinação

9. Inquirir a mãe sobre hábitos alimentares, segundo o que foi orientado pelo Médico e/ ou Enfermeiro

10. Observar e anotar reações esperadas para idade (apreensão de objetos, riso social, acompanha objetos com olhar)

11. Demonstrar massagem de alívio para cólica

12. Orientações para desobstrução nasal

13. Orientar a mãe/ responsável sobre prevenção de acidentes na infância:

- Não utilização de travesseiros grandes

- Manutenção das vias aéreas pérvias

- Não oferecer alimentos com a criança em decúbito dorsal

- Utilizar cinto de segurança em veículos, dentro de cadeiras adequadas e no banco traseiro, conforme legislação vigente

- Evitar ambientes fechados e aglomerados

- Não colocar o bebê para dormir na mesma cama com os pais

- Colocar o bebê para dormir em local protegido por grades ou similar

14. Ensinar a mãe/ responsável a ler termômetro

15. Orientar brinquedos adequados

16. Questionar a mãe/ responsável sobre dúvidas e/ ou necessidades e discutir com a Enfermeira

•Prescrição padrão de Enfermagem para crianças eutróficas (6 – 12 meses)

1. Lavar as mãos com água e sabão antes de manipular o bebê

2. Posicionar o bebê confortavelmente, oferecendo brinquedos e descrever atitudes, reações e interesse; e a interação mãe e filho

3. Pesar e medir o bebê sem roupa

4. Registrar hábitos intestinais, urinários e alimentares e reforçar as orientações já fornecidas pelo Médico e/ ou Enfermeiro

5. Verificar cartão vacinal: em caso de atraso, encaminhar à sala de vacinação

6. Registrar no gráfico de crescimento o peso e a altura; encaminhar ao enfermeiro em caso de fuga da curva padrão

7. Orientar sobre prevenção de acidentes na infância:

- Proteger tomadas elétricas e/ ou fios elétricos

- Afastar objetos pequenos e/ ou quebráveis do alcance da criança

- Proteger quinas de móveis

- Afastar a criança de degraus e escadas

- Fechar tampa do vaso sanitário

- Manter fora do alcance da criança produtos de limpeza, venenos e medicamentos e eletrodomésticos que produzam calor (fogão, ferro, etc.)

8. Registrar as interações sociais do bebê (frequenta creches/ mães na comunidade/ casa de parentes e vizinhos)

9. Observar e anotar reações esperadas para a idade

•Prescrição padrão de Enfermagem para crianças eutróficas (01 de 02 anos)

1. Lavar as mãos com água e sabão antes de manipular a criança

2. Estabelecer contato amistoso com a criança, oferecendo brinquedos, realizar perguntas sobre a criança e seu meio.

3. Registrar as respostas da criança aos estímulos e a postura da mãe durante o atendimento.

4. Anotar as atividades sócio-educativas das quais a criança participa (creches, escolas, casa de familiares) e dinâmica familiar no cuidado à criança.

5. Registrar relatos da mãe sobre patologias da infância que a criança tenha apresentado e não tenha comparecido à unidade.

6. Questionar a mãe sobre dúvidas e/ ou necessidades e encaminhar ao enfermeiro.

7. Orientações de higiene bucal.

8. Orientações de desenvolvimento neuropsicomotor.

MANEJO DOS PROBLEMAS MAIS COMUNS NA INFÂNCIA (0-2 anos)

•Aleitamento materno

Pouco leite ou leite fraco – Queixa frequente durante a amamentação, está relacionada a insegurança materna e sua capacidade de amamentar. O melhor indicativo da suficiência do leite materno é o ganho de peso e o número de micções por dia. Solução: apoio psicológico a mãe e orientação específica.

Fissuras mamárias – Ocorre devido a pega inadequada. Solução: colocar a criança para sugar, orientando a pega adequada; banho de sol nos seios; uso de tanino (presente na casca de banana). Não usar pomadas, sabonetes ou álcool no bico ferido.

Ingurgitamento mamário – É causado pela retenção de leite no interior da glândula e canais galactófolos. Caracteriza-se pelo aumento de volume, endurecimento, enrijecimento, hipertermia das mamas, frequentemente dolorosas. Solução: identificar os tipos de ingurgitamento (lobular/ lobar/ ampolar/ glandular); proporcionar aréola flexível antes de cada mamada com a ordenha mamária manual; estimular a sucção.

Mastite - – infecção causada por agentes microbianos, caracterizada por: calor, rubor, dor e tumor em uma região delimitada. Solução: ordenha manual; intervenção médica para tratamento medicamentoso se necessário. Estímulo à manutenção da amamentação. Abscesso não constitui contraindicação.

Bebê dorminhoco – com pouco ganho de peso. Solução: acordá-lo com estimulação a cada 2-3 horas

Bebês famintos, irrequietos, chorões – estabelecer mamadas mais frequentes; acalmar o bebê no colo. Solução: com carícias e conversas suaves; orientar a mãe a manter a tranquilidade; propiciar ambiente calmo e tranquilo; estar com fraldas trocadas.

Leite secando – diminuição da produção. Solução: manter mamadas curtas e frequentes; aumentar a ingesta de líquidos da nutriz; alimentação correta.

•Cólica – Comum aparecer durante ou após as mamadas até o 4º mês de vida. Solução: manter o bebê em posição ventral, fazer massagem e aplicação de calor no abdome; verificar e orientar alimentação materna. Se necessário consultar pediatra.

•Conjuntivite – Presença de secreção nos olhos devido ao uso do nitrato de prata no nascimento. Solução: limpeza com água fervida sempre que houver secreção. Se necessário consultar pediatra.

•Obstrução nasal – Conhecido como nariz entupido, é frequente até o 4º mês de vida. Solução: Lavar as narinas com meio conta-gotas de soro fisiológico 0,9%, antes de cada mamada. Se necessário consultar pediatra.

•Monilíase oral – Conhecido como sapinho, é a infecção causada por Cândida albicans. Solução: Higiene oral com água bicarbonatada (1 colher de chá de bicarbonato de sódio para 100 ml de água fervida); limpeza dos seios com água filtrada ou

fervida antes e após cada mamada; ferver mamadeiras e bicos diariamente. Se persistir, solicitar avaliação do enfermeiro para tratamento segundo protocolo de ações.

•Dermatite perineal – Conhecida como assaduras, dermatite de fraldas ou amoniacal. Solução: higiene com água e sabonete neutro a cada troca de fralda, manter pele seca, banho de sol e uso do amido de milho. Avaliar outras dermatites e tratar conforme protocolo estabelecido pela instituição para o enfermeiro.

•Regurgitação – Solução: manter o bebê apoiado no colo após as mamadas em posição vertical. Evitar trocas de fraldas e manuseios bruscos após as mamadas. Ao colocá-lo no berço, mantê-lo em decúbito lateral e cabeceira erguida.

•Miliária – Erupção cutânea causada pela retenção de suor na pele com consequente formação de vesículas. Os RNs podem apresentar miliária nos dias mais quentes, durante processos febris ou situações que favoreçam sudorese intensa. Localizam-se frequentemente em áreas de flexão da pele (pescoço, axilas e virilhas), região frontal e dorso. Solução: manter o bebê em local ventilado, usar roupas leves, evitar banhos muito quentes ou sabonetes em excesso, dar preferência a sabonetes neutros.

•Nódulo mamário – Ocorre em ambos os sexos devido à presença de excesso de hormônio feminino. Solução: não existem medidas terapêuticas, desaconselha-se expressão da mama, se houver sinais de inflamação consultar pediatra.

•Dermatite seborreica – Descamação oleosa do couro cabeludo e eritema difuso constituindo a crosta láctea. Solução: remover as escamas com óleo de amêndoas, vaselina liquida ou até óleo de cozinha, se necessário consultar pediatra.

•Granuloma Umbilical – Cicatrização incompleta do coto umbilical. Solução: higiene com álcool 70%, 4 x ao dia; cauterização do coto com nitrato de prata em bastão.

•Constipação fisiológica – Característico em recém-nascidos com aleitamento materno exclusivo. Solução : Orientação da mãe.

•Constipação por uso de leite artificial. Solução: hidratação oral com água filtrada e fervida nos intervalos das mamadas, em pequenos volumes; estimulação perianal com vaselina ou óleo.

CRIANÇA DE 0-2 ANOS CONSIDERADAS DE RISCO

- RN com peso menor ou igual a 2,5 kg

- RN com apgar menor ou igual a 5 no 1º e no 5º minuto

- RN grande para idade gestacional ou pequeno para idade gestacional

- RN pré-termo (IG < 36 semanas)

- RN com intercorrências neonatais, más formações congênitas

- Desnutrição calórico-proteica

- Anemia ferropriva

CRIANÇAS MAIORES 2 ANOS CONSIDERADAS DE RISCO

- Desnutrição calórico-proteica

- Anemia ferropriva

PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

Sugerimos que as crianças de 03 a 10 anos sejam vistas pela equipe de saúde, pelo menos uma vez ao ano, como rotina de seguimento e o serviço deve estar estruturado para responder a eventuais intercorrências e queixas.

Ao enfermeiro cabe a realização da consulta de enfermagem, de acordo com o projeto terapêutico estabelecido pela equipe de saúde para a criança ou família.

•Consulta de enfermagem para o pré-escolar e escolar

Promover um ambiente tranquilo, onde a criança, que nessa idade deve consultar-se acompanhada pelos pais ou responsáveis, possa expressar-se, participar ativamente do atendimento. As informações fornecidas pela criança devem ser valorizadas. Observar a postura da criança frente ao ambiente.

- Histórico

a. Atualização do histórico de enfermagem (atualização de dados do histórico do paciente ou anotações relevantes)

b. Exame físico (céfalo-caudal)

c. Teste de acuidade visual

d. Observação de postura sentado e em pé

e. Observação de distúrbios fonoarticulares e de aprendizado

f. Relato das atividades socioeducativas (atividades extraescolares, brincadeiras, cursos, amizades e gostos)

g. Condições de higiene bucal

- Levantamento de problemas/ diagnósticos de enfermagem

- Prescrição de enfermagem

- Encaminhamento a outros profissionais, quando as necessidades humanas básicas afetadas pertencerem ao núcleo de outros profissionais.

- Reagendamento para evolução de enfermagem.

ADOLESCENTE

O adolescente é este ser em mudanças que, passando por uma crise vital, apresenta características peculiares a esta etapa evolutiva, características estas que envolvem aspectos biológicos, sociais e psicológicos.

Os fenômenos próprios da área corporal são os mais conhecidos, porque são mais aparentes, decorrem de estímulos hormonais e mudanças na aparência física. Todas elas ligadas a sentimentos antagônicos, originando uma “imagem corporal” que é fruto de dados objetivos, mas principalmente de fantasias, de dados subjetivos da história pessoal de cada indivíduo.

São considerados adolescentes os indivíduos entre 10 e 20 anos. Em qualquer fase da vida é importante a visão biopsicossocial e ela faz-se mais necessária quando se trata de adolescente. É preciso levar em conta, além da divisão cronológica, as características das três fases da adolescência, que são consideradas atualmente:

- Adolescência inicial (10 a 14 anos)

- Adolescência média (15 a 17 anos)

- Adolescência final (17 a 20 anos)

Todos os profissionais da equipe de saúde são responsáveis pelo atendimento ao adolescente, que deve ser integral e sintonizado com as seguintes características:

- Estar interessado em adolescentes (real interesse em se dedicar a juventude e seus problemas)

- Ser empático (compreender que o adolescente busca uma identidade adulta e os conflitos dela resultantes)

- Abordar o adolescente com visão biopsicossocial e atitudes de acolhimento e escuta

- Conhecer o perfil do adolescente e sua realidade, tendo sensibilidade especial para resolver problemas humanos para intervir e auxiliar

- Aprofundar seus conhecimentos técnicos em crescimento e desenvolvimento do adolescente (síndrome da adolescência normal, aspectos patológicos)

- Envolver os adolescentes nos serviços.

✓ Agendamento

Cabe à equipe de saúde criar estratégias específicas de atendimento ao adolescente, por exemplo, estabelecer espaços reservados de atendimento, individual ou em grupo.

Ao enfermeiro cabe realizar consulta de enfermagem, para detectar as necessidades humanas básicas afetadas e definir junto a equipe de saúde o projeto terapêutico individual ou coletivo.

Consulta de enfermagem do adolescente

- Histórico

a. Atualização ou realizar histórico de enfermagem (atualização de dados do paciente ou anotações relevantes)

b. Condições atuais de saúde: hábitos alimentares, hábitos intestinais e urinários, hábitos de higiene, lazer, relações familiares, visão e audição, sexualidade e vacinação.

c. Exame físico (céfalo-caudal): o exame físico deve ter uma preparação na qual se respeite a privacidade dos jovens. O que para uns pode ser habitual, para outros é um momento de grande angústia, porque, por exemplo, não tem o costume de se despir na frente de outras pessoas. Qualquer instrumental a ser usado no exame físico deverá ser anteriormente apresentado e explicado ao adolescente. Nem sempre é possível realizar o exame físico completo na primeira consulta, vai depender da demanda trazida pelo cliente e do vínculo com o profissional.

d. Avaliação do desenvolvimento puberal (critério de Tanner)

e. Abordagem do adolescente quanto a sexualidade, métodos anticoncepcionais e projeto de vida.

f. Conflitos e demandas próprias da adolescência (síndrome da adolescência normal)

- Levantamento de problemas/ diagnósticos de enfermagem

- Prescrição de enfermagem

- Encaminhamentos e/ou agendamentos para grupos e equipamentos da

comunidade

- Agendar retornos periódicos para manutenção do vínculo e detecção de novas queixas, assim como para orientar hábitos saudáveis de vida

- Evolução de enfermagem

ADULTO

O adulto deve ser considerado enquanto sujeito histórico, com uma vivência sociocultural e psicológica própria que se reflete em suas condições de saúde somando-se a uma herança biológica.

Por se tratar da fase mais produtiva do ponto de vista social, o adulto tende a não ter os cuidados básicos com sua saúde, submetendo-se a “estilos de vida” prejudiciais. Portanto, a assistência de enfermagem, voltada à prevenção de doenças, é de fundamental importância; logo o atendimento da demanda espontânea deve ser organizado de tal forma que possa ampliar a oferta de cuidados, criando ações de prevenção e promoção da saúde, além das ações curativas de pronto atendimento, contextualizando o usuário na sua realidade social, familiar e produtiva, ou seja, a ampliação da clínica.

Nesta fase do ciclo vital, todo adulto, independente do motivo do atendimento, necessita de atenção preventiva à saúde. Apenas existem diferenças nessas ações relacionadas a idade, gênero ou fatores de risco.

Assistência de enfermagem ao adulto portador de hipertensão arterial

Deve estar voltada à prevenção de complicações cardiovasculares, manutenção de níveis pressóricos normais, avaliando e controlando os fatores de risco para complicações.

O serviço de saúde deve oferecer agendamento prévio para os atendimentos individuais ou em grupo, para monitoramento das condições de saúde, segundo projeto terapêutico individual e coletivo elaborado pela sua equipe de referência.

Ao enfermeiro:

Primeira consulta de enfermagem para o paciente hipertenso

- Histórico de enfermagem

a. Identificação do cliente (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, lazer e religião)

b. Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde)

c. Medicações em uso (investigando efeitos colaterais)

d. Hábitos alimentares

e. Hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição, sono e repouso, higiene e eliminações)

f. Queixas atuais (alergias, taquicardia, tontura, dor precordial, dispneia, cefaleia, câimbras, zumbido nos ouvidos, escotomas, parestesias, impotência sexual, citologia oncótica e queixas ginecológicas para mulheres)

g. Percepção do cliente frente à patologia

h. Exame físico:

Dados antropométricos

PA sentado e deitado

Pulso radial e carotídeo

Rubor facial

Alterações de visão

Ingurgitamento jugular e tireóideo

Pele (integridade, turgor, coloração e manchas)

Tórax (ausculta cardiopulmonar)

Abdome

MMSS e MMII (edema, pulso pedioso e lesões)

- Levantamento de problemas/ diagnósticos de enfermagem

- Prescrição de enfermagem

- Orientações higieno-dietéticas, hábitos de vida, medicações em uso e ao programa de acompanhamento

- Solicitação de exames previstos no protocolo (se necessário)

- Fornecer a medicação em uso se necessário

Prescrição padrão de enfermagem para o paciente hipertenso de baixo e médio risco

1. Promover um ambiente tranquilo e estabelecer uma relação vínculo, respeitando a privacidade do paciente.

2. Realizar a escuta ampliada e registrar no prontuário.

3. Verificar PA sentado, em pé e deitado, pulsos (radial e pedioso), frequência respiratória e peso.

4. Verificar presença de edema de pálpebras, MMSS e II e rubor facial.

5. Registrar o medicamento em uso (tipo, dosagem, quantidade, horários). Caso o paciente refira alterações, adaptações, reações ao uso do medicamento, solicitar avaliação médica ou do enfermeiro.

6. Verificar se o paciente mantém dieta prescrita pelo médico, enfermeiro e/ou nutricionista.

7. Verificar o uso de bebidas alcóolicas e/ ou tabagismo.

8. Checar e estimular a execução de atividades físicas, que tenham sido liberadas pelo médico.

9. Inquirir sobre qualidade de vida do paciente e sintomas associados a hipertensão (palpitação, tonturas, dor pré cordial, dispneia, cefaleia, zumbidos nos ouvidos, câimbras, escotomas, parestesias, impotência sexual, sangramentos e alterações do sono).

10. Apresentar recursos disponíveis da comunidade, a fim de melhorar a qualidade de vida (teatro, aulas, grupos interativos).

11. Agendar grupos para orientação e discussão da patologia com o enfermeiro.

12. Solicitar avaliação conjunta do enfermeiro ou médico em casos de queixas ou sintomas.

Ao auxiliar de enfermagem:

Atendimento de enfermagem

- Ouvir o relato do paciente (queixas e dúvidas)

- Executar prescrições médicas e de enfermagem (padrão ou individual, conforme projeto terapêutico estabelecido).

Assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus

Diabetes é um estado de intolerância à glicose, resultando de uma hiperglicemia sérica e hipoglicemia tecidual, por ação deficiente da insulina.

Manifesta-se por anomalias no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, bem como complicações macro vasculares e neuropáticas.

São classificadas em:

- Tipo I

- Tipo II

Fatores de risco:

- Obesidade

- HAS

- Antecedentes familiares

- Dislipidemias

- Sedentarismo

- Tabagismo

- Stress

A assistência ao diabético deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliando e controlando os fatores de risco, estimulando a autonomia e autocuidado. O serviço deve garantir o agendamento individual ou em grupo de acordo com o projeto terapêutico, estabelecido pela equipe de referência.

Ao enfermeiro compete:

- Assistir o paciente portador de diabetes realizando consulta de enfermagem para prescrição de enfermagem e também através de grupos educativos e de controle.

Ao auxiliar de enfermagem compete:

- Participar do acompanhamento desses pacientes de acordo com projeto terapêutico estabelecido, realizando atendimento de enfermagem individual ou em grupo conforme prescrição do enfermeiro.

Consulta de enfermagem

- Histórico de enfermagem

a. Identificação do cliente (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, lazer e religião)

b. Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde)

c. Medicações em uso (investigando efeitos colaterais)

d. Hábitos alimentares, incluindo horário, tipos de alimentos, quantidade e modo de preparo. Avaliação de períodos nos quais a dieta não é cumprida (diarreia, falta de apetite, festas e excesso de exercícios)

e. Hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição, sono e repouso, higiene e eliminações)

f. Queixas atuais (alergias, alterações visuais, parestesias, citologia oncótica e queixas ginecológicas para mulheres)

g. Percepção e perspectivas do cliente frente a patologia, tratamento e autocuidado

h. Exame físico

Dados antropométricos e IMC (índice de massa corpórea)

PA sentado, em pé e deitado

Frequência cardíaca e respiratória

Alterações de visão

Pele (integridade, turgor, coloração e manchas)

Cavidade oral (dentes, prótese, queixas, dores, desconfortos, data do último exame odontológico)

Tórax (ausculta cardiopulmonar)

Abdome (avaliação renal)

Avaliação ginecológica (ciclo, DUM, último C.O., prurido e desconforto)

Avaliar sistema músculo esquelético:

- MMSS (atrofia, unhas e edemas)

- MMII (simetria, edema, dor, pulso pedioso e lesões)

- Pés (bolhas, sensibilidades e ferimentos, calosidades e unhas)

- Articulações (capacidade de fixação extensão, limitações de mobilidade, edemas, presença de líquido, temperatura, resíduos, formações modulares nos tecidos em volta das articulações)

- Coluna vertebral (lordose, cifose, escoliose)

- Levantamento de problemas/diagnósticos de enfermagem

- Prescrição de enfermagem

- Orientações higienodietéticas, hábitos de vida, medicações em uso e ao programa de acompanhamento

- Solicitação de exames previstos no protocolo (se necessário)

- Fornecer a medicação em uso, se necessário.

Prescrição padrão de enfermagem para o paciente diabético

1. Proporcionar ambiente tranquilo e confortável para a interação profissional de saúde/ cliente

2. Verificar PA/ pulsos periféricos (radial/ pedioso)/ FR e peso

3. Averiguar presença de edema de MMSS e II

4. Inspecionar integridade cutânea dos pés e tipo de corte de unha

5. Questionar sobre hábitos intestinais e vesicais (frequência, coloração, odor) e anotar

6. Registrar dieta realizada pelo paciente no dia-a-dia e reforçar a dieta prescrita pelos médicos/ enfermeiros e/ ou nutricionista

7. Checar com o paciente a forma e os horários da medicação prescrita

8. Verificar e estimular a atividade física desenvolvida pelo paciente, de acordo com a liberação médica

9. Inquirir o paciente sobre sintomas relacionados à patologia de base (cãibras, poliúria, impotência sexual, paralisias, polidipsia, alteração visual, polifagia, integridade da pele).

10. Inquirir ao paciente sobre dúvidas relacionadas ao auto cuidado.

11. Agendar grupos de orientação ao autocuidado com o enfermeiro de acordo com a necessidade do paciente.

12. Referendar ao enfermeiro em caso de necessidade humana básica alterada.

MULHER

Como citado anteriormente, algumas estratégias de atenção são específicas segundo o gênero. A mulher tem suas peculiaridades além do fato, de que como adulto necessita de avaliação das condições de saúde periodicamente.

A enfermagem tem fundamental importância na atenção à mulher, desde a realização do acolhimento até a resolutividade (orientação, educação e saúde etc.).

Na atenção à mulher, cabe ao enfermeiro:

- ✓ Realizar consulta de enfermagem, orientando e realizando a coleta de C. O. e o exame de mamas, tratando infecções vaginais, cervicais e outras DST segundo protocolo padronizado, orientando quanto aos métodos de concepção e anticoncepção (planejamento familiar), indicando métodos naturais de barreira e estimulando o uso de preservativos
- ✓ Atenção à mulher no climatério (incluir segmento do tratamento terapêutico, dieta e exercícios)
- ✓ Promover ações educativas individuais e coletivas em DST/ AIDS e coleta

Os atendimentos realizados pelo médico e/ ou pelo enfermeiro não são suficientes para abrangerem a cobertura necessária e responderem satisfatoriamente à luta contra o câncer uterino, desta forma é importante que as unidades de saúde estabeleçam rotinas para o atendimento dessa demanda e a participação do auxiliar de enfermagem na coleta de citologia oncótica é fundamental. Propomos:

Atendimento de enfermagem para coleta de C. O.

- Data

- Identificar o paciente (nome e idade)

- Data da última coleta de C. O. e resultado

- DUM

- Início da atividade sexual/ se tem vida sexual ativa

- Indagar sobre os Métodos Anticoncepcionais e uso de preservativo

- Orientar o auto-exame de mama e inquirir se ela o realiza e se percebeu alguma alteração

- Realizar coleta de C.O. conforme protocolo padronizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ao enfermeiro cabe realizar atenção integral a saúde da mulher, realizando consulta de enfermagem, visando a detecção precoce de DST, prescrevendo medicamentos previstos no REMUME, realizando o teste de Schiller pós-coleta.

Atenção no Climatério

O climatério é um período da vida feminina caracterizado pelo esgotamento dos folículos ovarianos e tendo como resultado a queda dos níveis de estrogênio e progesterona. Resultam disto alterações sobre a pele, as mucosas, o esqueleto, o metabolismo lipoprotéico e a função emocional.

A menopausa é um episódio dentro do climatério e representa a última menstruação da vida da mulher.

O climatério inicia-se ao redor dos 40 anos e se estende até os 65 anos de idade (conforme Manual do Ministério da Saúde/ 1994). As ações de enfermagem, para este período de vida da mulher estão baseadas em três vertentes:

- Acompanhamento clínico, que deve ser realizado através do oferecimento de consultas médicas intercaladas com consultas de enfermagem.

- Atividades educativas

- Grupos interativos e de qualidade de vida

Para a mulher desta faixa etária será oferecida uma primeira consulta médica, a fim de identificar a situação do climatério, o rastreamento das condições de risco e a adequação terapêutica destas pacientes.

Após estas consultas propomos que sejam agendadas para o grupo educativo sobre o climatério, o qual poderá contar com o enfermeiro e o técnico de enfermagem. Neste encontro o enfermeiro aborda as alterações presentes nesta fase da vida e esclarece dúvidas.

As próximas consultas médicas serão para avaliações de exames e monitoramento.

IDOSO

O envelhecimento é um processo natural e irreversível do ciclo vital. Do ponto de vista biológico, este período é caracterizado pela regressão não simultânea dos vários órgãos e tecidos e do declínio das capacidades físicas. Embora sejam grandes as variações individuais na 3ª idade, tem-se considerado como idosa, para efeitos epidemiológicos, a população com mais de 60 anos de idade, levando em conta a própria média nacional de vida, que segundo o IBGE, está situada em torno dessa idade.

O processo de envelhecer implica em mudanças que desafiam o bem-estar físico, mental e social como mudanças de interesses e oportunidades. Apesar de esse processo ser, muitas vezes, apresentado por imagens negativas, como período de doença, isolamento, perda de produtividade e de desvalorização do papel social, o envelhecimento pode ocorrer de forma prazerosa, em que o físico não é o mais importante, mas sim, o gancho de qualidade mental e espiritual de corrente da

maturidade. É preciso, antes de tudo, reconhecer os aspectos multidimensionais desta etapa de vida e entender as diferentes formas de adaptação do indivíduo em suas transformações, dependendo da sua realidade individual, familiar e social.

A função da equipe de saúde frente ao paciente idoso deve ser direcionada justamente a preservar as suas funções e a sua independência para tanto, precisa detectar e tratar de doenças instaladas, além de facilitar e coordenar os recursos da comunidade para o cuidado do idoso.

A busca de diagnósticos específicos e da cura de patologia específica não é tão importante quanto a obtenção de melhorias funcionais e da adequada inserção do idoso em seu meio de convivência.

Agendamento: Conforme disponibilidade da equipe de saúde deverá ser oferecido agendamento prévio para a primeira consulta com médico ou enfermeiro e demais consultas subsequentes.

Destaca-se a prioridade que deve ser dada ao atendimento aos idosos (inclusive prevista em lei – Estatuto do Idoso), evitando-se filas e esperas que possam dificultar ou impedir o seu acesso à rede municipal de saúde.

I – Consulta de Enfermagem

a) Avaliar as condições de vida e saúde numa dimensão psicossocial. Ex: hábitos alimentares, lazer, relações familiares, visão e audição, sexualidade, vacinação.

- Deve-se pesquisar clinicamente, tanto a capacidade cognitiva, quanto o estado emocional do paciente.

b) Exame físico (céfalo-caudal, como descrito anteriormente).

Obs: o exame físico deve ter uma preparação na qual sejam respeitados os temores e pudores do idoso.

c) Quanto ao uso de medicamentos.

d) Assistência odontológica.

e) Encaminhamento e/ ou agendamentos para grupos de orientações ou equipamentos na comunidade.

II – Levantamento de Problemas

III – Prescrição de enfermagem

Prescrever ações de enfermagem que interfiram na solução dos problemas levantados.

Lembrar-se das orientações que tratam de saúde e do processo de envelhecimento, bem como ações preventivas como:

- ✓ Orientação de atividades físicas compatíveis com a condição física de cada paciente;
- ✓ Orientações dietéticas;
- ✓ Prevenção de acidentes domésticos, etc.

IV – Evolução de Enfermagem

- ✓ Fazer a cada paciente, a evolução das condições atuais diante da prescrição de enfermagem adotada a cada caso.

- ✓ Interferir na manutenção da prescrição ou na adequação da mesma.

V – Cabe ao auxiliar de enfermagem:

- Realizar o agendamento solicitado por outros profissionais de saúde;
- Elaborar rotina de cadastro e arquivamento dos prontuários;
- Executar controle dos faltosos, bem como a convocação e recondução dos mesmos às atividades propostas pela equipe de saúde;
- Revisar a forma com que o idoso efetivamente usa a medicação, com os remédios presentes em mãos, uma vez que é comum a confusão e o consequente consumo desordenado de drogas;
- Fazer a associação da posologia dos medicamentos com eventos diários significativos, tais como: acordar, deitar, tomar as refeições.
- Contatar familiares a fim de controlar eventuais déficits de memória, ou tomar ciência das alterações não percebidas, normalmente detectadas pelas pessoas mais próximas;
- Observar condições odontológicas, bem como descrevê-la e relatá-la à sua equipe;
- Realizar visita domiciliar;
- Observar condições sociais, de moradia, de vínculo com a comunidade, econômicas, de lazer, de vínculo/ integração familiar, de independência no cotidiano, bem como relatá-la à sua equipe;
- Observar em cada paciente a(s) necessidade(s) humana(s) básica(s) afetada(s), e intervir dentro da sua competência técnica (decreto nº 94406/87, art 11);
- Executar procedimentos prescritos pelo enfermeiro ou médico;

- Auxiliar nas ações educativas supervisionadas pelo enfermeiro.

Prescrição padrão de enfermagem para idosos

- Lavar as mãos
- Estabelecer proximidade e contato físico (cordialidade, tocar, segurar a mão)
- Falar lentamente com frases simples, permitindo leitura labial quando necessário
- Inquirir ao paciente sobre seu ambiente com ênfase aos aspectos fundamentais de sua vida, com presença de escadas, preparação de comida, higiene pessoal e etc.. Descrever e registrar em prontuário.
- Checar e anotar a medicação em uso se está sendo tomada corretamente, efeitos esperados e adversos, checar automedicação.
- Inquirir, anotar e observar condições odontológicas (sangramentos, próteses, lesões).
- Verificar e anotar sinais vitais e dados antropométricos (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura)
- Observar e anotar queixas, alterações e deficiências visuais, auditivas, locomotoras, controle de esfíncteres, demência, dificuldades alimentares.
- Identificar e anotar alterações de necessidades humanas básicas.
- Solicitar avaliação do médico ou do enfermeiro em caso de queixas ou alterações nos itens acima.

3.2 - UBS – Unidade Básica de Saúde

Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais onde você pode receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

A partir do conceito de Atenção Básica pode-se considerar que a missão da Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente da estratégia de sua organização, é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de modo a intervir no processo de saúde doença da população respeitando os princípios de integralidade, equidade e universalidade, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.

ATENÇÃO BÁSICA		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Consultas	400	Médico
Visita	30	Médico
Variados tipos	640	Dentista

3.3 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

OS CAPS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

As redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo

suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sóciosanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, e esperamos que esta publicação sirva como contribuição para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros

de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

OBJETIVOS

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS visam:

• prestar atendimento em regime de atenção diária;

• gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;

• promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

• dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);

• regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;

• coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;

• manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida quotidiana.

ATVIDADES

Os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado clínica ampliada. Essa idéia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias

e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço. Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias.

Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

• Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;

• Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;

• Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;

• Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;

• Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tem que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS.

As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social. Dessa forma, o CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida.

Como vimos, muitas coisas podem ser feitas num CAPS, desde que tenham sentido para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana. Demos somente alguns exemplos, mas com certeza existem muitas práticas sendo realizadas nos CAPS que poderiam ser descritas aqui.

Os CAPS funcionam, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana (2ª a 6ª feira). Seu horário e funcionamento nos fins de semana dependem do tipo de CAPS:

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira

CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana

CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

CRAPSAD – municípios com população acima de 100.000 habitantes Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos (oito horas), duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias.

A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico. É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, três vezes por mês.

O que também determina a frequência dos usuários no serviço é o acesso que têm ao CAPS, o apoio e/ou o acompanhamento familiar e a possibilidade de envolvimento nas atividades comunitárias, organizativas, de geração de renda e trabalho.

Já os CAPS III funcionam durante 24 horas e podem oferecer acolhimento noturno.

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas.

Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emerjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.

DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A necessidade de medicação de cada usuário do CAPS deve ser avaliada constantemente com os profissionais do serviço. Os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e/ou assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição e administração, observando-se o uso diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um. Os CAPS poderão também ser uma central de regulação e distribuição de medicamentos em saúde mental na sua região. Isso quer dizer que os CAPS podem ser unidades de referência para dispensação de medicamentos básicos1 e excepcionais2, conforme decisão da equipe gestora local. Os CAPS poderão dar cobertura às receitas prescritas por médicos das equipes de Saúde da Família e da rede de atenção ambulatorial da sua área de abrangência e, ainda, em casos muito específicos, àqueles pacientes internados em hospitais da região que necessitem manter o uso de medicamentos excepcionais de alto custo no seu tratamento. Caberá também, a esses serviços e à equipe gestora, um especial empenho na capacitação e supervisão das equipes de saúde da família para o acompanhamento do uso de medicamentos e para a realização de prescrições adequadas, tendo em vista o uso racional dos medicamentos na rede básica. O credenciamento dos CAPS na rede de dispensação de medicamentos não é automático e deverá estar sujeito às normas locais da vigilância sanitária, da saúde mental e da assistência farmacêutica, esperando-se que o princípio de fazer chegar os medicamentos às pessoas que precisam deva prevalecer, em detrimento de normas ideais dissociadas da realidade concreta.

OFICINAS TERAPÊUTICAS

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania.

De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser:

• Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

• Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

• Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

OUTRAS ATIVIDADES QUE PODEM SER REALIZADAS PELO CAPS

• Tratamento medicamentoso: tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos.

• Atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.

• Atendimento individualizado a famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.

• Orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.

• Atendimento psicoterápico: encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.

• Atividades comunitárias: atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras.

QUADRO DE PROFISSIONAIS

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha. Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CREAD) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais.

Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS –

Equipes mínimas

CAPS I

• 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental

• 1 enfermeiro

• 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS II

• 1 médico psiquiatra

• 1 enfermeiro com formação em saúde mental

• 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPS III

• 2 médicos psiquiatras

• 1 enfermeiro com formação em saúde mental

• 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior

• 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CAPSi

• 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental

• 1 enfermeiro

• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

CREAD

• 1 médico psiquiatra

• 1 enfermeiro com formação em saúde mental

• 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas

• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

As equipes técnicas devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade. O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa. Para isso, é importante lembrar que o CAPS precisa estar inserido em uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um continuum de cuidados. É importante ressaltar que os vínculos terapêuticos estabelecidos pelos usuários com os profissionais e com o serviço, durante a permanência no CAPS, podem ser parcialmente mantidos em esquema flexível, o que pode facilitar a trajetória com mais segurança em direção à comunidade, ao seu território reconstruído e resignificado.

A tabela a seguir dimensiona a quantidade de serviços que serão oferecidos, bem como os profissionais que atuarão para a excelência do serviço.

CAPS		
Atividades/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Atendimentos	340	Médico
Atendimentos	280	Enfermeiro
Atendimentos	240	Triagem
Atendimentos	120	Grupos
Atendimentos	100	Oficina
Atendimentos	380	Psicólogo
Crianças autistas - Atendimento	35	Médico psiquiatra
Crianças autistas - Triagem	52	Triagem de psicóloga

Crianças autistas - Atendimento	170	Psicólogo
Visitas Domiciliares	50	Médico
Visitas Domiciliares	140	Enfermeiro
Visitas Domiciliares	130	Assistente Social/Psicólogo
Matriaciamento de rede	15	Médido matriciador
Matriaciamento de rede	15	Enfermeiro matriciador
Matriaciamento de rede	15	Equipe multimatriciadora
Matriciamento psicologia infantil	45	Psquiatra infantil
Matriciamento psicologia infantil	45	Psicólogo/TO/Assistente Social
Matriciamento psicologia infantil	45	Diversos
Evento de capacitação da rede - Luta Antimanicomial	1, no mês de maio	Equipe envolvida
Evento de conscientização e caminhada temática - Luta	1, no mês de maio	Equipe envolvida

Antimanicomial		
Evento de capacitação da rede -Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida
Evento aberto ao público e demais secretarias - Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida

3.4 - CENTRO DE REFERÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS

Um CREAD tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;

2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;

3. Oferecer atendimento ns modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;

4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;

5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;

6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;

7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;

8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo / educativo.

A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as conseqüências do uso e dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV. O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços.

Os CREAD's também podem ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber:

1. Quando são a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação;

2. Quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas;

3. Devem ainda supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território;

4. Devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental.

Para definir as suas estratégias de atuação, um CREAD deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental; o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social.

Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos.

A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente.

Também vale a pena ressaltar que, se existem fatores de risco - características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a ocorrência do uso indevido de álcool e drogas - também existem

fatores específicos de proteção para este mesmo uso. Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental; estando interligados de forma consistente.

Desta forma, se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido.

Os CREAD's devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: 44 internação domiciliar, discussão comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CREAD atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde, etc), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelem de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

Os CREAD's oferecem atenção ambulatorial diária aos dependentes químicos, desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Também devem oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

Em todo o mundo, a abordagem terapêutica dentro de uma lógica de redução de danos tem apresentado resultados positivos, e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas.

Desta forma, os CREAD's devem se utilizar dos recursos terapêuticos disponíveis para promover, o mais amplamente possível, a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade/redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente em inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis.

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da redução de danos, em uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as conseqüências globais de uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CREAD, e outros não-especializados. Por sua característica de serviço aberto e comunitário, o CREAD pode oferecer

programas terapêuticos de menor nível de exigência, portanto disponíveis a mais pessoas da comunidade. As modalidades de cuidados para álcool e drogas nas unidades CREAD devem obedecer a uma lógica de redução de danos, seja esta relativa a práticas voltadas para DST/HIV/AIDS, seja em relação ao próprio uso indevido de álcool e drogas (ex.: intervenções breves para adolescentes que fazem uso de álcool em um padrão abusivo). Devemos ressaltar o enorme potencial benéfico desta lógica, em termos de saúde pública; ao considerarmos somente o fato de que a faixa etária mais acometida pelo HIV gravita em torno de 25-35 anos de idade, e considerando também que o vírus pode permanecer de forma silenciosa no organismo por até 10 anos, vemos aqui uma irrefutável justificativa para a ampla utilização de práticas preventivas – e os CAPS contemplam a atuação comunitária, nos planos preventivo terapêutico/educativo. Conforme mencionado anteriormente, o planejamento de ações voltadas para minimizar os efeitos adversos do uso de álcool e drogas deve identificar fatores de risco e proteção; desta forma, deve contemplar práticas que favoreçam a minimização dos fatores de risco para o consumo destas substâncias, de forma paralela ao reforço de fatores de proteção.

CREAD		
Atividades/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Atendimentos ambulatoriais	430	Médico
Atendimentos ambulatoriais	230	Enfermeiro
Atendimentos ambulatoriais	230	Triagem
Atendimentos ambulatoriais	125	Grupos

Atendimentos ambulatoriais	120	Oficina
Atendimentos ambulatoriais	235	Psicólogo
Capacitação escolar (visitas)	10	Médico
Capacitação escolar (visitas)	10	Psicólogo
Capacitação escolar (visitas)	10	Equipe multiprofissional
Atendimento de crianças e adolescentes	240	Médico
Atendimento de crianças e adolescentes	240	Psicólogo
Atendimento de crianças e adolescentes	240	T.O./Enfermeiro
Matriaciamento de rede	10	Médido matriciador
Matriaciamento de rede	10	Enfermeiro matriciador
Matriaciamento de rede	10	Equipe multimatriciadora

Visitas domiciliares e Busca ativa	45	Médico
Visitas domiciliares e Busca ativa	130	Enfermeiro
Visitas domiciliares e Busca ativa	130	Equipe Multiprofissional
Evento de capacitação da rede - Luta Antimanicomial	1, no mês de maio	Equipe envolvida
Evento de conscientização e caminhada temática - Luta Antimanicomial	1, no mês de maio	Equipe envolvida
Evento de capacitação da rede -Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida
Evento aberto ao público e demais secretarias - Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida
Capacitação da casa de passagem	1 visita	Médico

Capacitação da casa de passagem	2 visitas	Enfermeiro
Capacitação da casa de passagem	2 visitas	Equipe Multiprofissional

3.5 - FARMÁCIA

A fim de melhor entender os serviços prestados por uma farmácia de uso hospitalar, segue abaixo algumas definições:

Dispensação - ato de fornecimento e orientação ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos a título remunerado ou não.

Especialidade Farmacêutica - produto oriundo da indústria farmacêutica com registro no Ministério da Saúde e disponível no mercado.

Drogaria - estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.

Responsável Técnico - profissional habilitado inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

Produto - substância ou mistura de substâncias naturais (minerais, animais e vegetais) ou de síntese usada com finalidades terapêuticas, profiláticas ou de diagnóstico.

Armazenamento/Estocagem - procedimento que possibilita o estoque ordenado e racional de várias categorias de materiais e produtos.

Registro do produto - ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde destinado a comprovar o direito de fabricação do produto, submetido ao regime de vigilância sanitária.

Número de lote - designação impressa na etiqueta de um medicamento e de produtos submetidos ao regime de vigilância sanitária, que permita identificar o lote ou partida a que pertença.

Prazo validade do produto - data limite para utilização de um produto.

Produtos sujeitos a controle especial - medicamentos que contenham substâncias constantes das listas anexas à Portaria nº 344, de 12/05/98 e suas atualizações.

Notificação de Receita - documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos sujeitos a controle

RECEBIMENTO DE INSUMOS

1- Conferir a nota fiscal quanto à razão social, quantidade, preço, condições de pagamento e se a remessa corresponde à encomendada.

2- Conferir:

3- Nome do produto farmacêutico

4- Data de fabricação

5- Data de validade (verificar legibilidade)

6- Número de lote a que a unidade pertence (verificar legibilidade)

7- Quantidade de unidades recebidas

8- Integridade da embalagem (estado de conservação)

9- Nome do fabricante

10- Assinar o canhoto da nota fiscal, devolvendo-a ao entregador.

11- Encaminhar a nota fiscal conforme orientação da Empresa.

12- Caso haja alguma divergência fazer observação no verso da nota fazer a devolução dos insumos.

CONFERÊNCIA DE MEDICAMENTOS

1- Conferir os itens da NF com as caixas e verificar as quantidades de acordo com a solicitação de compra.

2-Verificar o prazo de validade dos medicamentos (que deve ser via de regra, 24 meses a partir da data do recebimento). Caso haja divergências, entrar em contato com a administração que autorizará ou não o recebimento.

3-Verificar se os medicamentos vieram acompanhados de Laudo, caso contrário entrar em contato com a distribuidora e solicitar.

4-Separar os medicamentos por lote. Anotar a quantidade de medicamentos por lote.

5-Carimbar a NF (1ª via – frente e verso – e 2ª via – frente) e preencher a data de entrada, nome do responsável pela conferência.

ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS (ESTOQUE)

1- Os medicamentos devem ser armazenados nas prateleiras de acordo com o mapeamento da farmácia obedecendo as formas farmacêuticas.

2-Deve conter nas prateleiras: nome genérico, concentração, validade e lote do insumo em ordem alfabética, obedecendo a forma farmacêutica da menor validade para a maior.

3-Caso o local do medicamento mude, terá de ser também modificado no mapeamento.

CONTROLE DO ESTOQUE

1-Manter o estoque sempre organizado (em ordem alfabética por genéricos),

2-Atualizar os mapas de produtos a vencer,

3-Colocar o de menor validade para ser dispensado primeiro,

4-Recolher medicamentos 05 dias antes do seu vencimento,

5-Manter a temperatura ambiente entre (15 e 30°c),

6-Atualizar o mapa de temperatura nos horários corretos,

7-Armazenar as caixas sempre nos pellets.

(Obs.: não ultrapassar o empilhamento máximo)

-Notificar perdas, e retirá-las da área de dispensação (danificados/quebrados)

ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS (DISPENSAÇÃO)

1-Cada caixa deve ter uma etiqueta contendo as informações: nome genérico, concentração, validade e lote.

2-Caso o local do medicamento mude, trocar no Mapa.

3-Os comprimidos devem ficar armazenados em containers próprios identificados com o nome e a concentração de cada produto nas prateleiras apropriadas.

CONTROLE DE MEDICAMENTOS COM DATA DE VALIDADE EXPIRANDO

1- Retirar um relatório dos medicamentos cuja validade expirará num prazo de 2 meses. OBS (mês atual e mês subseqüente)

2- Deve-se verificar o histórico de consumo dos medicamentos indicados para avaliar se a quantidade em estoque será utilizada. Caso o consumo seja baixo, os farmacêuticos tomarão as providências necessárias

3- No primeiro dia de cada mês é necessário dar baixa nos itens vencidos do mês anterior

4- O relatório deve ser arquivado.

DISPENSAÇÃO INTERNA

Dispensação interna:

(SALA DE MEDICAÇÃO// SALA DE SUTURA// SALA DE ODONTO// SALA DE GESSO)

Verificar se a requisição está devidamente preenchida (apresentação, carimbo do requisitante obs.: requisição simples, com o carimbo do enfermeiro/medico),

Avaliar a quantidade solicitada, e se necessário reduzir a quantidade a ser dispensada.

Conferir a dispensação juntamente com o requisitante.

CONTROLE DE ESTOQUE / ESTOQUE MÍNIMO

1- Os insumos devem ser sempre lançados no sistema constando saída, entrada, e estoque atual.

2- Deve se obedecer à quantidade mínima em estoque, que consta em tabela.

3- Se o estoque alcançar o valor mínimo aceitável comunicar com farmacêutico para o mesmo comunicar a administração.

3.6 - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Visando desenvolver e aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados nas Unidades de Saúde de Ubatuba, a necessidade de desenvolver este “Manual de Gerenciamento” surge como forma de esclarecer e orientar os colaboradores desta instituição, pois somente através da organização e padronização dos procedimentos de trabalho, será possível a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Este Manual busca organizar e gerenciar os métodos de trabalho (procedimentos) utilizados pelos setores no desenvolvimento de suas funções para o atendimento de sua missão, visando harmonizar, uniformizar, racionalizar e otimizar as relações de trabalho, abordando as diretrizes básicas para uma prestação de serviços com qualidade.

Nossa Missão:

“Promover assistência e atenção integral à saúde oferecendo à população serviços com um padrão diferenciado de qualidade e atendimento humanizado, buscando promover melhoria na qualidade de vida da Comunidade”.

Nossos Valores

- Ética
- Respeito
- Seriedade
- Competência e Responsabilidade
- Humanismo
- Compromisso Institucional
- Credibilidade
- Atendimento Humanizado
- Acolhimento

A administração das Unidades de Saúde de Ubatuba busca estratégias que possibilitem a melhoria do contato humano entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e da unidade com a comunidade, visando o seu bom funcionamento.

O desenvolvimento das suas ações tem como princípios fundamentais priorizar na prática a Atenção Básica integrando-a com a média complexidade, consolidando um modelo assistencial voltado para a humanização do atendimento ao usuário, através da regulação assistencial e de gestão, garantindo o acesso e aumentando a resolutividade das ações de prevenção, promoção, recuperação e vigilância a saúde.

Acreditamos na saúde vista como um bem social, valendo-se do respeito e da ética profissional no trato com seus usuários.

FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE PROFISSIONAL

- À Direção da Unidade compete:

a) Liderar, orientar, coordenar, controlar, supervisionar e administrar a Unidade e representá-la em juízo ou fora dele, nomeando seu procurador quando necessário;

b) Propor nomeações e dispensas de ocupantes de cargos ou funções de liderança da Unidade;

c) Intervir autorizando ou não os atos necessários no que compete a administração geral da Unidade;

d) Avaliar resultados, o impacto e a qualidade das áreas de serviços sob sua subordinação, desenvolvendo ações corretivas e indicando parâmetros, com base numa visão ampla do cumprimento de metas;

e) Prover recursos para viabilização dos processos de trabalho no que tange ao atendimento e a qualidade em saúde;

f) Elogiar ou aplicar sanções disciplinares;

g) Aprovar solicitação de compras;

h) Determinar a instauração de apuração sumária de irregularidades;

i) Aprovar a movimentação do pessoal;

j) Alterar o horário de servidores atendendo aos interesses da Unidade;

k) Aprovar a escala de férias;

l) Apresentar relatório periódico das atividades da Unidade;

m) Contribuir para melhorar a qualidade de vida, através de ações com a comunidade;

n) Delegar competência;

- À Diretoria Administrativa compete:

a) Exercer atividades de planejamento, organização, coordenação e controle de recursos humanos, materiais, patrimônio, infra-estrutura e serviços gerais;

b) Analisar a estrutura da organização, classificar os cargos de pessoal, verificar a adequação dos mesmos em relação a estrutura da unidade e os objetivos propostos, analisar a situação funcional de cada empregado e controlar o fluxo de papéis na organização;

c) Elaborar pareceres, relatórios, planos, projetos, laudos, assessoria em geral, chefia intermediária e direção superior;

d) Supervisionar os atos e procedimentos referentes a administração de pessoal;

e) Proceder ao levantamento de necessidades de pessoal e de desenvolvimento de recursos humanos, assim como, na busca de meios para supri-las;

f) Supervisionar os processos de compras velando pela legalidade, legitimidade e tramitação correta;

g) Gerir os trabalhos de expediente e arquivo geral, comunicação, reprodução e trâmite de papéis e documentos, transporte de pessoas e materiais, segurança, higiene e qualidade;

h) Prover, controlar e manter o estoque dos materiais necessários ao funcionamento da unidade;

i) Organizar e acompanhar as atividades de serviços gerais e de apoio;

j) Propor e implementar rotinas de trabalho no âmbito Administrativo;

k) Manter atualizado o cadastro Funcional da Unidade;

l) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- À Diretoria Clínica compete:

a) Planejar, organizar, coordenar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas Serviços de Documentação Médica;

b) Planejar, desenvolver, controlar e avaliar, em comum acordo com as demais áreas envolvidas, a dinâmica operacional da Unidade, relativa aos cuidados a serem prestados ao paciente;

c) Promover medidas que visem manter padrões de elevado nível de assistência médico-hospitalar e ambulatorial;

d) Coordenar e controlar as atividades dos seus colaboradores;

e) Estimular a formação e aprimoramento do corpo técnico;

f) Zelar pelo cumprimento das rotinas médicas e propor modificações sempre que se fizerem necessárias;

g) Zelar pelo material existente na unidade;

h) Realizar reuniões periódicas com todos os seus membros para análise e discussão de atividades de melhoria de desempenho;

i) Organizar e supervisionar visitas médicas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados, aos pacientes internados;

j) Supervisionar as atividades ambulatoriais; a) Promover a distribuição de especialidades farmacêuticas padronizadas aos serviços médicos da Unidade;

k) Organizar as escalas de serviços, plantões e férias de acordo com as necessidades da unidade;

l) Coordenar, do ponto de vista técnico, as atividades dos médicos da especialidade no Serviço de Emergência;

m) Zelar pelo fiel preenchimento dos prontuários médicos dos pacientes internados no serviço e atendidos no ambulatório;

n) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Farmácia compete:

a) Promover a distribuição de especialidades farmacêuticas padronizadas aos serviços médicos da Unidade;

b) Dispensar, para o serviço de enfermagem, os medicamentos prescritos pelos médicos em atividade na Unidade;

c) Manter registro e controle do consumo de produtos químicos e farmacêuticos em especial o de entorpecentes.

d) Preparar o pedido mensal de insumos e medicamentos necessários ao funcionamento da Unidade para envio ao órgão responsável pelo abastecimento;

e) Receber, conferir, conservar, e distribuir os insumos e medicamentos necessários ao funcionamento da Unidade;

f) Manter registro atual dos estoques;

g) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Administração compete:

a) Prestar atendimento e esclarecimentos ao público interno e externo, pessoalmente, ou por meio de ofícios e processos ou através das ferramentas de comunicação que lhe forem disponibilizadas;

b) Efetuar e auxiliar no preenchimento de guias, requisições e outros impressos; otimizar as comunicações internas e externas, mediante a utilização dos meios postos à sua disposição, tais como, telefone, fax, correio eletrônico, entre outros;

c) Monitorar e desenvolver as áreas de protocolo, serviço de malote e postagem, organizar, classificar, registrar, selecionar, catalogar, arquivar e desarquivar documentos, relatórios, periódicos e outras publicações, redigir textos, ofícios, relatórios e correspondências;

d) Realizar procedimentos de controle de estoque, inclusive verificando o manuseio de materiais, os prazos de validade, as condições de armazenagem nas diversas áreas da Unidade, efetivando o registro e o controle patrimonial dos bens;

e) Manter em dia o histórico dos materiais permanentes adquiridos para a Unidade;

f) Zelar pela guarda e conservação dos materiais e equipamentos de trabalho;

g) Zelar pelo cumprimento das normas de saúde e segurança do trabalho e utilizar adequadamente equipamentos de proteção individual e coletiva;

h) ter iniciativa e contribuir para o bom funcionamento da unidade em que estiver desempenhando as suas tarefas;

i) Elaborar quadros estatísticos, mapas relatórios, relacionados às atividades da instituição.

j) Supervisionar serviços administrativos pertinentes ao cargo.

k) Organizar material de consulta da unidade: leis, regulamentos, normas, manuais, livros e outros documentos.

l) Providenciar levantamento de dados administrativos e estatísticos.

m) Controlar entrada e saída de documento através de protocolo;

n) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

o) Estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e solicitar vagas para transferência;

p) Empenhar-se na resolução de qualquer problema administrativo, e em caso de necessidade, fazer contato com as chefias.

- Ao serviço de Portaria compete:

a) Apresentar-se no local de trabalho com antecedência mínima de 10 minutos para receber o plantão e verificar as ocorrências (avisos, ordens ou orientações);

b) Zelar pela normalidade e utilizar corretamente o uniforme;

c) Zelar pelo bom andamento das atividades e pelo patrimônio da unidade;

d) Manter a ordem e a disciplina durante seu horário de trabalho;

e) Registrar as informações no livro de ocorrência para um efetivo controle de acesso;

f) Atuar conforme procedimentos padrão;

g) Atender aos clientes com cordialidade, prestando informações e orientações adequadas;

h) Cuidar para que o acesso de entrada e saída da unidade seja procedido de maneira correta;

i) Verificar e zelar os bens pertencentes à unidade, comunicando, por escrito, aos setores competentes qualquer irregularidade que venha a ocorrer com os mesmos;

j) Manter postura preventiva diante de quaisquer irregularidades e/ou atitudes suspeitas;

k) Guardar, conservar e manter em local adequado os achados e perdidos, para posterior devolução;

l) É proibido ao porteiro conceder quaisquer informações sobre condição clínica ou diagnóstica dos pacientes;

m) Manter postura profissional diante dos visitantes, evitando tratar de assuntos pessoais e da empresa;

n) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Recepção e Acolhimento do Paciente compete:

a) Recepcionar os pacientes;

b) Fazer os registros de identificação dos mesmos;

c) Atender solicitações telefônicas da população;

d) Receber ligações telefônicas

e) Manter em ordem o caderno de registro de ocorrências.

f) Manter organizado o setor de recepção.

g) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Serviço de Assistente Social compete:

a) Realizar o atendimento assistencial à população, sempre que solicitado;

b) Fazer contato com as unidades hospitalares pactuadas, para solicitação de vagas;

c) Estabelecer contato com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar;

d) Manter em ordem o livro online de regulação de vagas;

e) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao serviço de copa e cozinha compete

a) Receber e armazenar adequadamente os gêneros alimentícios;

b) Aplicar os princípios básicos de limpeza e higiene;

c) Organizar e controlar o depósito de materiais e gêneros alimentícios, verificando estoque e estado de conservação;

d) Lavar, enxugar e guardar utensílios;

e) Zelar pela guarda e conservação dos equipamentos e materiais utilizados.

f) Preparar o café servido aos colaboradores.

g) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- À Equipe Médica compete

a) Recepcionar o paciente, explicando os procedimentos a serem realizados;

b) Atuar como médico em equipe multiprofissional, realizando clínica ampliada;

c) Realizar atendimento ao acidentado do trabalho;

d) Emitir atestado de óbito, quando pertinente;

e) Realizar procedimentos primeiros socorros e urgências com encaminhamentos com ou sem preenchimento do sistema.

f) Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;

- Obedecer às normas técnicas vigentes no serviço;

- Obedecer ao código de ética médica;

- Preencher e manter em ordem a evolução dos pacientes no sistema;

g) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- À Equipe de Enfermagem compete:

- Ao Enfermeiro:

a) Elaborar plano de enfermagem a partir do levantamento e análise das necessidades prioritárias de atendimento aos pacientes e doentes;

b) Planejar, organizar e dirigir os serviços de enfermagem, atuando técnica e administrativamente, a fim de garantir um elevado padrão de assistência;

c) Supervisionar e orientar os servidores que auxiliem na execução das atribuições típicas da classe;

d) Supervisionar o controle de estoque e os pedidos periódicos de suprimentos;

e) Elaborar as escalas mensais de trabalho e supervisionar a escala de serviço diário do pessoal de enfermagem para as atividades internas e externas;

f) Supervisionar a manutenção do controle dos aparelhos, verificando sistematicamente o funcionamento e a qualidade dos aparelhos utilizados na área de enfermagem, providenciando a reparação ou substituição quando necessários;

g) Planejar, executar e/ou participar dos programas de treinamento do pessoal de enfermagem;

h) Proceder ao registro dos procedimentos realizados, bem como de dados estatísticos;

i) Executar outras atribuições afins.

j) Cumprir e fazer cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

- Ao Técnico de Enfermagem

a) Prestar assistência de enfermagem de caráter preventivo e/ou curativos internos da unidade, executar serviços de enfermagem especializados, ou de rotina, sob orientações de enfermeiro;

b) Observar as prescrições médicas;

c) Proceder à limpeza, conservação e assepsia do material, equipamento, instrumental e oxigênio em uso na unidade, proceder à esterilização de material e instrumental em uso;

d) Aplicar injeções e soros, ministrar medicamento, administrar inaloterapia;

e) Controlar sinais vitais, verificando a temperatura, pulso e respiração (T.P.R) e pressão arterial (P.A) anotando no prontuário;

f) Fazer curativos e colher material para exames de laboratório;

g) Registrar as ocorrências relativas ao paciente;

h) Manter sigilo absoluto sobre tudo que se relacione com o paciente;

i) Comunicar ao médico ou enfermeiro-chefe as ocorrências do estado do paciente, havidas na ausência do primeiro;

j) Cumprir as ordens de serviço oriundas das chefias imediatas;

k) Executar e auxiliar na supervisão e no controle de material permanente, de consumo e no funcionamento de equipamentos;

l) Colaborar na elaboração de relatórios;

m) Proceder ao registro de dados estatísticos e dos procedimentos realizados;

n) Cumprir os horários estabelecidos pela Direção da Unidade bem como as Ordens de Serviço, Rotinas, Protocolos, e outros instrumentos administrativos em vigor;

Obs: Estar legalmente habilitado para o exercício da função. Inscrito no COREN – SP

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Dermatologia - consulta	300	Dermatologista

Gastrologia/Proctologia - consulta	320	Gastrologista/Proctologista
Ginecologia - consulta	240	Ginecologista
Nefrologia - Consulta	100	Nefrologista

3.7 - CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA

No ambiente da assistência à saúde, os microorganismos disseminam-se, em geral, por contato direto ou indireto, por meio de gotículas de secreções respiratórias e pelo ar, sendo o contato o mecanismo mais importante na dinâmica de transmissão de infecções nesses ambientes.

O papel das mãos na transmissão de microorganismos por contato é baseado na capacidade da pele de abrigá-los e transferi-los de uma superfície para outra, direta ou indiretamente. O contato freqüente das mãos com pacientes, artigos, mobiliário e equipamentos, durante o processo assistencial, evidencia a importância dessa forma de transmissão no processo assistencial.

A microbiota da pele foi primeiramente descrita em 1938, por Price, que identificou dois grupos distintos: microbiota transitória e residente. Esses conceitos evoluíram e, além deles, mais dois termos são usados com freqüência atualmente: microbiota transitoriamente residente e microbiota infectante.

A microbiota residente é composta por elementos que estão freqüentemente aderidos aos estratos mais profundos da camada córnea, formando colônias de microorganismos que se multiplicam e se mantêm em equilíbrio com as defesas do hospedeiro. Os componentes mais comuns dessa microbiota são os Staphylococcus coagulase negativo, Micrococcus e certas espécies de corinebactérias. Esses microorganismos são de difícil eliminação e as suas colônias possuem mecanismos de defesa contra a remoção mecânica ou por agentes químicos. Entretanto, com a descamação natural da pele e a produção de suor, alguns deles são movidos para camadas mais superficiais e eliminados no ambiente. Dentro da cadeia de transmissão de infecções

relacionadas à assistência, esses microorganismos apresentam menor importância, mas podem, por vezes, se tornar invasivos e causar infecções em pessoas suscetíveis, apesar de apresentarem baixa patogenicidade.

A microbiota transitória é composta por microorganismos que se depositam na superfície da pele, provenientes de fontes externas, colonizando temporariamente os extratos córneos mais superficiais (Roger, 1997; Schimidts, 1998). Normalmente é formada por bactérias gram-negativas, como enterobactérias, Pseudomonas, bactérias aeróbicas formadoras de esporos, fungos e vírus, possuindo maior potencial patogênico. Por serem mais facilmente removidos da pele, por meio de ação mecânica, os microorganismos que compõem a flora transitória se espalham com mais facilidade pelo contato, mas também são eliminados mais facilmente pela degermação com agentes anti-sépticos.

No ambiente assistencial, os microorganismos que colonizam transitoriamente a pele das mãos são adquiridos durante o contato direto com pacientes ou com superfícies próximas, favorecendo o predomínio de agentes invasivos e mais resistentes aos antimicrobianos. São freqüentemente associados às infecções relacionadas à assistência à saúde.

O termo “microbiota temporariamente residente” foi sugerido diante da observação de que alguns microorganismos que compõem a microbiota transitória podem ser detectados na pele por períodos mais prolongados e conseguem se multiplicar e formar colônias, sem causar infecção, como no caso dos Staphylococcus aureus (Schmidts, 1998). Maiores estudos ainda são necessários para o entendimento completo dos fatores que contribuem para a persistência da colonização das mãos por esse importante patógeno.

A microbiota é composta pelos microorganismos presentes em infecções da pele, como abscessos, dermatites infectadas e paroníquia. Estão mais freqüentemente envolvidos os Staphylococcus aureus e os Streptococcus B hemolíticos.

Nos processos infecciosos, esses microorganismos invadem os tecidos e não podem ser removidos por ação mecânica, nem mesmo com a utilização de anti-sépticos. Ainda por ser mais virulenta e contar com população numerosa nos processos infecciosos, a microbiota infectante desempenha um importante papel na cadeia de transmissão de infecções. Dessa forma, profissionais de saúde portadores de infecções nas mãos só devem retomar suas atividades assistenciais após a cura.

A escolha entre os diferentes métodos para a higienização das mãos depende do processo de trabalho adotado e do tipo de procedimento realizado, que determinam o tipo e a persistência da contaminação nas mãos. O Quadro 1 apresenta os termos mais freqüentemente utilizados relacionados a essa higienização.

A higienização das mãos com água e sabão deve ser escolhida sempre que houver umidade ou sujidade visível nas mãos. O álcool só deve ser aplicado quando as mãos estiverem livres de sujidade ou umidade visível.

Na assistência à saúde, os procedimentos e processos de trabalho adotados criam oportunidades de higienização das mãos, com o uso de produtos que dispensam enxágüe, em até 85% das vezes (Pi►et, 1999). Por outro lado, durante a assistência odontológica, são freqüentes a utilização de água e a manipulação de secreções orais e sangue, com geração de aerossóis e conseqüente contaminação do ambiente. Nesse ambiente e nessas circunstâncias, o uso de luvas é mandatário e a indicação de lavar as mãos predomina, com oportunidades reduzidas para aplicação de anti-sépticos em base alcoólica.

Ao se optar pela utilização de produtos à base de álcool, a concentração do princípio ativo deve estar entre 60 e 90% p/p, de etanol ou isopropanol (solução alcoólica). A solução deve ter contato com toda a superfície das mãos, com atenção especial aos locais mais freqüentemente esquecidos, ou seja, as pontas dos dedos, os espaços interdigitais e o polegar. A pele deve ser

friccionada até que a solução evapore e as mãos fiquem secas. É importante seguir as recomendações do fabricante quanto ao volume do produto necessário para alcançar o efeito desejado (Boyce, 1999).

Na rotina de consultório, para proteção do paciente, o profissional de odontologia deve higienizar as mãos imediatamente antes de iniciar qualquer atendimento. Se as mãos estão secas e limpas, basta aplicar soluções que dispensam enxágüe. Após retirar as luvas, é necessário lavar as mãos, devido a resíduos deixados pela cobertura interna deste EPI, que podem causar irritação na pele, e pela possibilidade de contaminação da pele, mesmo que reduzida, por secreções e sangue que eventualmente possam ter passado pelas porosidades do material (microfuros). Durante o atendimento a um mesmo paciente, é possível que seja necessário trocar as luvas e/ou higienizar as mãos mais de uma vez. Essa necessidade deriva do processo de trabalho, que prevê o acesso a vários equipamentos e instrumentais, nem sempre à mão; do rompimento ou perfuração das luvas; da interrupção do atendimento (atender telefone, preparar material, aguardar tempo de reação de materiais de preenchimento etc.); dentre outros.

Para minimizar a freqüência de higienização das mãos e a troca de luvas, os profissionais devem desenvolver processos de trabalho que reduzam as oportunidades de contaminação das mãos e das luvas enquanto prestam assistência a um paciente.

Durante os procedimentos cirúrgicos, existe risco de liberação de microorganismos no campo cirúrgico, por microfuros no material das luvas ou perda acidental de sua integridade (perfurações e rasgos). Além disso, a umidade retida e o calor favorecem a multiplicação de microorganismos na pele de mãos enluvadas por períodos prolongados (Boyce, 2002; Ro►er, 1999; Widmer, 2000).

Dessa forma, a higienização das mãos, antecedendo procedimentos cirúrgicos, deve ser sempre realizada com anti-sépticos, preferencialmente que apresentem efeito residual, para eliminar a microbiota transitória das mãos da equipe cirúrgica, reduzir a microbiota residente durante o procedimento e manter a multiplicação microbiana lenta. (Boyce, 2002; Widmer, 2000).

A higienização das mãos tem sido amplamente discutida, assim como as substâncias que devem ser usadas para a sua realização. Efeitos nocivos de substâncias químicas empregadas, como sabões e anti-sépticos, têm sido relatados por diversos autores e contribuem para diminuir a adesão dos profissionais a essa prática. Dessa forma, alguns cuidados devem ser seguidos antes da adoção de determinado produto pela instituição ou pelo profissional, sendo a escolha do anti-séptico uma decisão a ser tomada para cada tipo de procedimento e cada instituição ou clínica, respeitando-se as particularidades locais.

Todos os produtos destinados à higienização das mãos devem ser registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, conforme as RDCs n.º 79, de 28 de agosto de 2000, n.º 133, de 29 de maio de 2003, e n.º 136, de 29 de maio de 2003, ou as que vierem substituí-las. Essa é a garantia de que o produto apresenta, em sua composição, substâncias seguras para a aplicação na pele, garantida por testes de toxicidade dérmica e ocular, além de apresentarem a atividade microbicida desejada.

Os princípios ativos aceitos pelo Ministério da Saúde para a anti-sepsia das mãos são: álcool a 70%, clorhexidina, compostos de iodo, como por exemplo polivinil pirrolidona iodo (PVPI) e outros iodóforos (BRASIL, 1989) .

O sabonete utilizado para a lavagem das mãos deve ser preferencialmente líquido, para evitar a contaminação do produto. Quando não for possível, deve-se procurar utilizar sabonete sólido em pedaços pequenos, apoiados em suportes que não retêm água, com o objetivo de minimizar seu papel como reservatório de microorganismos. Sabonetes em pó, menos utilizados na prática diária, também devem estar disponíveis em dispensadores que impeçam a contaminação pelas mãos e a perda das

características originais por exposição à umidade. Não devem ser aplicados nas mãos sabões e detergentes destinados ao uso em objetos e superfícies (registrados na Anvisa como saneantes - Portaria n.º 15/MS/SVS, DOU de 05 de setembro de 1988), pois podem provocar desde dermatites superficiais até lesões graves na pele.

Estudos bem desenhados têm demonstrado o uso de anéis como um fator isolado para a persistência de patógenos nas mãos de profissionais (Salisbury, 1997; Icaac, 2001). Portanto, antes de iniciar qualquer técnica de higienização das mãos, o profissional deve retirar relógio, pulseiras e anéis, inclusive a aliança. As unhas devem ser mantidas aparadas e, caso use esmalte, este não deve apresentar fissuras ou descamação. O uso de escova no preparo cirúrgico das mãos tem sido questionado por alguns pesquisadores, como (Bendig, 1990; Boyce, 2002) que demonstraram a ocorrência de microlesões relacionadas ao uso desses artigos, com possível favorecimento da multiplicação de microorganismos colonizantes das camadas mais profundas da pele. Quando utilizadas, as escovas devem ter cerdas macias e ser destinadas apenas à escovação das unhas e espaços subungueais.

1. Manter o corpo afastado da pia.

2. Abrir a torneira e molhar as mãos sem tocar na superfície da pia.

3. Aplicar a quantidade de produto recomendada pelo fabricante (3 a 5 ml, em geral), suficiente para cobrir toda a superfície das mãos.

4. Ensaboar as mãos, friccionando uma na outra por aproximadamente 15 segundos, com o objetivo de atingir toda a superfície.

5. Friccionar, com especial atenção, os espaços interdigitais, as unhas e as pontas dos dedos.

6. Enxaguar as mãos em água corrente, retirando totalmente o resíduo do sabonete, sem tocar na superfície da pia ou na torneira.

7. Enxugar as mãos com papel-toalha descartável (não utilizar toalhas de uso múltiplo).

ANTISSEPISIA SEM ÁGUA

1. Aplicar a quantidade de produto recomendada pelo fabricante (3 a 5 ml, em geral), suficiente para cobrir toda a superfície das mãos.

2. Friccionar as mãos uma na outra, com o objetivo de aplicar o produto em toda a superfície.

3. Friccionar, com especial atenção, os espaços interdigitais, as unhas e as pontas dos dedos.

4. Friccionar o produto até que seque completamente (não usar papel-toalha).

ANTISSEPSIA CIRÚGICA DAS MÃOS

1. Aplicar produto antimicrobiano em quantidade recomendada pelo fabricante, suficiente para cobrir toda a superfície das mãos e antebraço.

2. Limpar as unhas, friccionando-as contra a palma da mão ou escova macia.

3. Utilizar escova macia para friccionar a pele (opcional).

4. Efetuar movimentos de fricção iniciando pela extremidade dos dedos, continuando pelos espaços interdigitais, faces das mãos, punhos e antebraços, despendendo de dois a seis minutos.

5. Enxaguar as mãos em água corrente, deixando escorrer das pontas dos dedos para o antebraço, até eliminar completamente o produto.

6. Secar as mãos com compressa estéril, com movimentos compressivos, partindo das pontas dos dedos e seguindo pelas mãos até chegar ao cotovelo.

• Higienização das mãos: remoção ou redução de sujidade e/ou de microorganismos das mãos por meio de lavagem com água e sabonete simples ou medicado, ou por aplicação direta de produto anti-séptico que dispensa enxágüe. (LARSON, 1986)

• Lavagem simples das mãos: remoção mecânica de sujidade e microorganismos, com auxílio de água e sabonete não medicado. • Lavagem das mãos com anti-séptico: remoção mecânica de sujidade e microorganismos, usando água e sabonete medicado, com atividade microbicida adicional.

• Agente anti-séptico: substância com ação antimicrobiana, para aplicação em pele. Exemplos incluem: soluções alcoólicas, com clorhexidina ou iodo.

• Agente anti-séptico que dispensa enxágüe: substância com ação antimicrobiana que não necessita água para aplicação e não requer enxágüe para retirada de resíduos. Ex.: solução alcoólica líquida a 70% ou gel alcoólico a 70%.

• Anti-sepsia das mãos: remoção mecânica da sujidade e de microorganismos com eliminação química adicional.

• Solução alcoólica para fricção das mãos: preparação contendo álcool designado para aplicação nas mãos para redução de número viável de microorganismos. Essas preparações usualmente contêm 60 a 90% de etanol ou isopropanol.

• Sabonete: produto que possui ação de limpeza, usado para lavar as mãos, com adição ou não de anti-sépticos. Composto por partes hidrofílicas e lipofílicas, possui quatro grupos principais: aniônicos, catiônicos, anfotéricos e não-iônicos.

• Atividade residual: aquela que se mantém mesmo após a remoção do agente ativo, caracterizada pela inibição da proliferação ou da sobrevivência de microorganismos.

• Sabonete medicado: produto para limpeza da pele que apresenta atividade antimicrobiana.

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Pacientes Especiais	40	Dentista

Restauração em pacientes especiais	40	Dentista
Tratamento de canais em molares	7	Dentista
Tratamento de canais em outros dentes	28	Dentista
Periodontia	60	Dentista
Extrações	60	Dentista

3.8 - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, os núcleos são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde, como nas visitas domiciliares; permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

As modalidades de NASF hoje estão assim definidas:

Modalidades	**Nº de equipes vinculadas**	**Somatória das Cargas Horárias Profissionais***
NASF 1	**5 a 9** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	**Mínimo 200** horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo **80h** de carga horária semanal;
NASF 2	**3 a 4** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	**Mínimo 120** horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo **40h** de carga horária semanal;

NASF 3	**1 a 2** eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	**Mínimo 80** horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo **40h** de carga horária semanal;

***Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas. eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial**

Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO):

Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

3.9 ANIMAIS DO CANIL E CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE ANIMAL

Desde o início do século passado, unidades responsáveis pela execução das atividades de controle de zoonoses vêm sendo estruturadas no Brasil, a partir da criação dos primeiros canis públicos construídos nas principais capitais. As atividades dessas unidades foram gradativamente ampliadas, a partir do início da década de 1970, com a criação dos primeiros Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), que tinham suas ações voltadas para o recolhimento, a vacinação e a eutanásia de cães, com vistas ao controle da raiva.

Com o decorrer dos anos, outros programas de saúde pública foram sendo incorporados à rotina operacional dessas unidades, como entomologia, controle de roedores, de animais peçonhentos e de vetores, sendo este último favorecido pela descentralização das atividades de controle de endemias, até então trabalhadas principalmente pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

A partir da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) sistematizou a aplicação dos recursos para apoiar os municípios na implantação e na implementação de unidades de zoonoses integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas unidades estão localizadas principalmente em capitais, regiões metropolitanas, municípios sedes de regionais de saúde, municípios de fronteira e em alguns municípios mais populosos, sendo denominadas de Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZ), conforme a Portaria MS/SAS nº 758, de 26 de agosto de 2014. Ainda em 2014, foram publicadas normas técnicas relativas às ações e serviços públicos de saúde voltados para a vigilância de zoonoses, conforme Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014, com o intuito de fortalecer e aperfeiçoar as atividades de vigilância, de prevenção e de controle de

zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública, executadas não só pelas UVZ, mas também, pela área de vigilância de zoonoses dos municípios.

O presente Manual define as normas técnicas que nortearão as ações e os serviços públicos de saúde a serem desenvolvidos e executados no Brasil para a prevenção, a proteção e a promoção da saúde humana, quando do envolvimento de riscos de transmissão de zoonoses e de ocorrência de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Secretaria de Vigilância em Saúde 8 Secretaria de Vigilância em Saúde

1 VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE ZOONOSES

1.1 Zoonoses em geral A execução das ações, das atividades e das estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública, além de raiva e leishmanioses, estende-se para outras doenças de transmissão vetorial. Assim, tais doenças subdividem-se em três grupos, sendo: zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde (MS), zoonoses de relevância regional ou local e zoonoses emergentes ou reemergentes.

As zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde são: peste, leptospirose, febre maculosa brasileira, hantavirose, doença de Chagas, febre amarela, febre d e chikungunya e febre do Nilo Ocidental. Outras doenças de transmissão vetorial que acometem somente a espécie humana, como dengue e malária, também podem ser parte integrante das atribuições da área de vigilância de zoonoses. As zoonoses de relevância regional ou local, ou seja, que apresentam incidência e prevalência numa determinada área do território brasileiro, mas de magnitude, transcendência, severidade, gravidade, vulnerabilidade e potencial de disseminação também somente em nível regional ou local, são:

toxoplasmose, esporotricose, ancilostomíase, toxocaríase (larva migrans cutânea e visceral), histoplasmose, criptococose, complexo equinococose – hidatidose, entre outras.

As zoonoses emergentes ou reemergentes são, respectivamente, doenças novas (exóticas) e aquelas que reaparecem após período de declínio significativo ou com risco de aumento no futuro próximo, promovendo significativo impacto sobre o ser humano, devido à sua gravidade e à potencialidade de deixar sequelas e morte. Tais doenças podem ser incidentes ou prevalentes em outros países, e de alguma forma, envolvem uma ou mais espécies de animais no seu ciclo de transmissão, sendo introduzidas no Brasil por meio da entrada de pessoa(s), animal(is) ou de fômite(s) infectados. Para qualquer grupo de zoonoses, as ações, as atividades e as estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses executadas pela área de vigilância de zoonoses se pautam em atuar e intervir, direta ou indiretamente, sobre as populações de animais alvo, de modo a refletir em benefício direto (quanto à redução ou eliminação, quando possível, do risco iminente de transmissão de zoonose) à saúde da população humana. Assim, toda ação, atividade e estratégia de vigilância, prevenção e controle de zoonoses de relevância para a saúde pública, desenvolvidas e executadas pela área de vigilância de zoonoses, devem ser precedidas por levantamento do contexto de impacto na saúde pública, por meio de avaliação da magnitude, da transcendência, do potencial de disseminação, da gravidade, da severidade e da vulnerabilidade referentes ao processo epidemiológico de instalação, transmissão e manutenção de zoonoses, considerando a população exposta, a espécie animal envolvida, a área afetada (alvo), em tempo determinado.

1.1.1 Vigilância Rotineiramente, a área de vigilância de zoonoses deve desenvolver e executar ações, atividades e estratégias de vigilância de zoonoses e, dependendo do contexto epidemiológico, também de prevenção, em seu território de atuação. Essas atividades são organizadas e ex 9 Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses: Normas Técnicas e Operacionais

1.1.1.1 Vigilância ativa • Zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde: as ações caracterizam-se por serem executadas de forma permanente a fim de subsidiar os programas de controle existentes. Para o desenvolvimento e a execução das ações de vigilância ativa, devem-se seguir as normas técnicas vigentes dos programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde.

• Zoonoses de relevância regional ou local; zoonoses emergentes e reemergentes: caracteriza-se pelo desenvolvimento e pela execução sistemática de medidas que visem identificar, oportuna e precocemente, o risco real (iminente) de introdução ou a introdução/ reintrodução de uma zoonose, ou, ainda, a manutenção do ciclo de transmissão de uma zoonose prevalente na área em questão, a fim de que a área de vigilância de zoonoses local possa intervir com ações de controle.

As ações desenvolvidas nesta etapa, que também se aplicam às ações de vigilância ativa relacionadas às zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde, consistem em:

a) Articulação sistemática, com a área de vigilância epidemiológica local, para atualização quanto à ocorrência de casos humanos, sejam prevalentes ou incidentes, sejam no território de atuação ou em áreas circunvizinhas, bem como de outras informações pertinentes.

b)Monitoramento constante e sistemático das populações de animais do território de atuação.

c) Estruturação da rotina de identificação de informações geradas pela mídia sobre a incidência e a prevalência de zoonose na área alvo.

d) Articulação sistemática com serviços e instituições públicas e privadas que, de alguma forma, trabalham com animais ou amostras biológicas de animais, tais como: consultórios, clínicas e hospitais veterinários, pet shops, órgãos ambientais, órgãos da agricultura, órgãos e entidades de proteção animal, laboratórios, universidades, entre outros, de modo que se identifique oportuna e precocemente a introdução de uma zoonose em uma determinada área ou seu risco iminente.

e) Desenvolvimento de inquéritos epidemiológicos que envolvam determinadas populações de animais.

1.1.1.2 Vigilância passiva Caracteriza-se por viabilizar meios para a identificação oportuna e precoce de uma situação de risco real (iminente) relacionada a zoonoses ou de ocorrência de zoonoses na área em questão, possibilitando que a área de vigilância de zoonoses local possa intervir com ações de controle. Esses meios são:

• Disponibilidade de avaliação e recepção de um animal de relevância para a saúde pública, oportunizando o acesso da população e de instituições públicas e privadas para entrega desses animais. Esse procedimento só é possível quando o município ou a região possui uma Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ). O município que não possuir uma UVZ não tem a atribuição de viabilizar esse serviço.

• Canal de comunicação com a população para informações sobre animais de relevância para a saúde pública, bem como para que a população notifique a área de vigilância de zoonoses, quando diante de um animal suspeito de zoonose de relevância para a saúde pública. Os canais de comunicação podem ser viabilizados por meio de números de telefones e de e-mails. É, também, por meio deste canal que se originam as atividades de Inspeção Zoossanitária.

• Integração e articulação com serviços e instituições públicos e privados que, de alguma forma, trabalham com animais ou amostras de animais, tais como: consultórios, clínicas e hospitais veterinários, pet shops, órgãos ambientais, órgãos da agricultura,

órgãos e entidades de proteção animal, laboratórios, universidades, entre outros, de modo que se sensibilize, incentive e oriente esses serviços e instituições a notificar a área de vigilância de zoonoses quando diante de um animal suspeito de zoonose de relevância para a saúde pública.

1.1.2 Prevenção As ações de prevenção de zoonoses caracterizam-se por serem executadas de forma temporária ou permanente, dependendo do contexto epidemiológico, por meio de ações, atividades e estratégias de educação em saúde, manejo ambiental e vacinação animal:

• Educação em saúde: devem-se desenvolver atividades de educação em saúde na comunidade como um todo, visando à prevenção de zoonoses. É necessário priorizar as localidades mais vulneráveis, atuando em escolas e outros locais em que se possa atingir o público-alvo, de forma intensa e mais abrangente possível, utilizando-se também de meios de comunicação, como rádio, TV, correspondência e internet. (consultar tópico “Educação em saúde” deste Manual).

• Manejo ambiental: realizado somente quando possível (diferenciando-se das ações de correção do ambiente, sendo esta uma atribuição legal dos órgãos de Meio Ambiente), para controlar ou, quando viável, eliminar vetores e roedores. Deve-se incentivar, orientar e educar a população na realização do manejo ambiental, realizando-as, quando necessário.

• Vacinação animal: deve-se realizar a vacinação antirrábica de cães e gatos, de acordo com o preconizado para cada região, conforme o contexto epidemiológico da raiva na área local e com o preconizado no Programa Nacional de Vigilância e Controle da Raiva do Ministério da Saúde (consultar tópico “Vacinação animal” deste Manual). Observação: deve-se considerar o contexto epidemiológico das zoonoses na área em questão, para definir as ações de prevenção que serão estratégicas e prioritárias.

1.1.3 Controle Uma vez constatada a situação real de risco de transmissão de zoonose (risco iminente) ou a introdução de zoonose(s) de relevância para a saúde pública no território local, a área de vigilância de zoonoses deve iniciar a etapa de desenvolvimento e execução do controle da doença, por meio de medidas cabíveis e viáveis a serem aplicadas direta e indiretamente sobre a população animal alvo, a fim de interromper o ciclo de transmissão da(s) zoonose(s) alvo. As ações, as atividades e as estratégias de controle de zoonoses subdividem-se em três tipos:

1.1.3.1 Controle do risco iminente de transmissão de zoonose Constatada a situação real de risco (risco iminente) de transmissão de zoonose (de relevância para a saúde pública) em uma determinada área, relacionado a uma população animal alvo, deve- -se proceder às medidas de controle cabíveis, além da manutenção das medidas de vigilância e intensificação das medidas de prevenção, ambas adequadas à nova realidade epidemiológica. Esse controle se caracteriza pelo desenvolvimento de ações, atividades e estratégias que visem ao alcance da redução ou da eliminação, quando possível, do risco iminente de transmissão da zoonose para a população humana.

1.1.3.2 Controle da zoonose

Uma vez instalado o ciclo de transmissão de determinada zoonose em certa área, em que uma população animal esteja relacionada, deve-se proceder às medidas de controle para a redução ou a eliminação, quando possível, do número de casos humanos da doença, intervindo de forma efetiva na interrupção do ciclo de transmissão.

1.1.3.3 Controle da zoonose prevalente Diante de uma zoonose prevalente na área-alvo, em que uma população animal esteja relacionada à transmissão dela, devem-se manter, sistematicamente, as medidas de vigilância, ativa e passiva, e de

prevenção, procedendo às medidas de controle para a redução ou eliminação, quando possível, do número de casos humanos da doença, intervindo de forma efetiva na interrupção.

Secretaria de Vigilância em Saúde

1.2 Raiva

É uma zoonose viral que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letalidade de aproximadamente 100%, considerando casos raros de cura.

O vírus rábico, contido na saliva do animal, penetra no organismo principalmente por meio de mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambedura de mucosas. No ciclo urbano, as principais fontes de infecção são o cão e o gato. No Brasil, o morcego é o principal responsável pela manutenção da cadeia silvestre. Outros reservatórios silvestres são: raposa, canídeos silvestres, gato-do-mato, jaritataca, guaxinim e macacos.

Nos cães e nos gatos, a eliminação de vírus pela saliva ocorre entre dois a cinco dias antes do aparecimento dos sinais clínicos, persistindo durante toda a evolução da doença.

A morte do animal ocorre, em média, entre cinco a sete dias após a apresentação dos sintomas. Os quirópteros podem albergar o vírus por longo período, sem sintomatologia aparente. O trabalho a ser desenvolvido pelos serviços de vigilância de zoonoses deve considerar a situação epidemiológica de cada região e estado, quanto à presença da(s) variante(s) circulante(s), para determinar as medidas de controle a serem tomadas.

O vírus da raiva (RABV) apresenta sete caracterizações antigênicas (AgV)1 distintas no Brasil, sendo duas encontradas, principalmente, em cães (AgV1 - Canis familiaris e AgV2 - Canis familiaris), três em morcegos (AgV3 - Desmodus rotundus; AgV4 - Tadarida brasiliensis e AgV6 - Lasiurus spp.) e outras duas em reservatórios silvestres, no Cerdocyon thous (AgV2*)2 e no Callithrix jacchus (AgVCN). As variantes AgV1 e AgV2 são as comumente envolvidas em epizootias caninas (possuem maior potencial de disseminação entre cães, principalmente aqueles livres ou soltos nas ruas) por ocasionar a raiva.

As variantes de morcego estão relacionadas, normalmente, à raiva paralítica e, assim, apresentam menor potencial de disseminação. Já em relação às variantes de animais silvestres, há poucas informações científicas sobre seu potencial de disseminação entre os animais urbanos. Em gatos, independentemente da variante envolvida, o potencial de disseminação, quanto à epizootia urbana, é baixo. Para o estudo das variantes circulantes, é necessário que toda a amostra de animal positivo para raiva seja encaminhada para laboratórios de referências para estudo antigênico e genético dessas amostras, com definição do vírus.

1.2.1 Ações de vigilância e prevenção

1.2.1.1 Para todas as áreas, independentemente da variante do vírus rábico ocorrente: • Envio de amostras de cérebro de cães para o diagnóstico laboratorial.

• Envio de amostras de morcegos para o diagnóstico laboratorial, conforme avaliação epidemiológica local.

• Envio de outras amostras de espécies animais pertinentes quanto ao risco epidemiológico.

• Determinação das áreas de risco.

1 AgV: Antigenic Variant (Variante Antigênica).

2 AgV2*: Variante Antigênica específica de Cerdocyon thous (Canídeo silvestre), muito semelhante a do cão doméstico (Canis familiaris).

• Manutenção de interlocução sistemática com as demais áreas de vigilância em saúde, assistência à saúde, e, intersetorialmente, com setores que fazem interface com o processo, como agricultura e meio ambiente.

• Ações educativas e divulgação de medidas preventivas, nos meios de comunicação, à população. Importante A qualquer pessoa agredida por cão, gato, morcego ou outro mamífero, orientar que lave, imediatamente, o ferimento com água corrente, sabão ou outro detergente e, em seguida, aplique antissépticos (digluconato de clorexidina a 20% ou álcool iodado).

Encaminhá-la, de imediato, ao Posto de Saúde/Unidade da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) mais próximo para atendimento e avaliação médica. Lembrar a população de que a vacinação é gratuita.

1.2.1.2 Para áreas com circulação de variante do vírus rábico de cães e gatos (AgV1 ou AgV2)

• Quaisquer cães ou gatos com suspeita de raiva devem ser observados por dez dias em local adequado, isolado, com comida e água. Define-se cão ou gato suspeito para a raiva como sendo todo cão ou gato agressor (que mordeu, lambeu ou arranhou alguém), ou, ainda, que apresente mudança brusca de comportamento e/ou sinais e sintomas compatíveis com a raiva, tais como: salivação abundante, dificuldade para engolir, mudança nos hábitos alimentares, paralisia das patas traseiras, ou outras manifestações clínicas neurológicas. Cães ou gatos que tiveram sabidamente contato com outro cão ou gato raivoso devem ser recolhidos e submetidos à eutanásia.

• Em caso de morte do animal, no período de observação, ou de eutanásia, amostras do sistema nervoso central (SNC) de cães e gatos com sintomatologia compatível com a doença deverão ser enviadas para o laboratório de diagnóstico. Esses procedimentos devem ser realizados por profissional habilitado, de acordo com técnicas de biossegurança e legislação vigente.

• Animal com diagnóstico clínico ou laboratorial positivo para raiva: deve-se realizar a investigação epidemiológica, o controle e o bloqueio de foco de cães e/ou gatos. Posteriormente, é necessário fazer a avaliação de risco do local do evento. • Medidas de educação em saúde, focando no cuidado com cães soltos e livres nas ruas, ferimentos causados por cão e gato, esclarecimento quanto à gravidade da doença e à disponibilidade de medidas de prevenção.

• Enviar amostras do SNC de cães e gatos com sintomatologia compatível com a doença, que vierem a óbito ou que forem submetidos à eutanásia, para o laboratório de diagnóstico, e determinar, periodicamente, as áreas de risco. Esses procedimentos devem ser realizados por profissional habilitado, de acordo com técnicas de biossegurança e legislação vigente. 1.2.1.3 Para áreas com circulação de variante do vírus rábico de morcego (AgV3, AgV4, AgV6), em área urbana • Medidas de educação em saúde, com ênfase no cuidado para evitar contato com morcegos, tanto de pessoas como de cães e gatos, e no esclarecimento quanto à gravidade da doença e à disponibilidade de medidas de prevenção.

• Interlocução sistemática com os setores da Agricultura e do Meio Ambiente.

Secretaria de Vigilância em Saúde

• Em caso de adentramento de morcegos, recolher o animal para envio ao laboratório. Orientar as pessoas expostas para não manipular o animal e para procurar o atendimento médico para iniciar o tratamento pós-exposição.

• No caso de contato com morcego por cães e gatos não previamente vacinados contra a raiva: os morcegos com resultado positivo ou na impossibilidade de realizar o diagnóstico laboratorial do morcego, orientar que o animal seja submetido à eutanásia caso tenha a recusa do proprietário, poderá ser feito isolamento do cão ou gato por 180 dias, em ambiente domiciliar, com acompanhamento médico veterinário, mediante termo de responsabilidade assinado pelo proprietário ou na Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ). Deverá aplicar três (03) doses de vacina antirrábica canina (VARC): nos dias 0,7 e 30. Para os morcegos com resultado laboratorial negativo para raiva: suspender as medidas adotadas e encerrar o caso.

• No caso de contato com morcego por cães e gatos previamente vacinados contra a raiva: para os morcegos com resultado positivo ou na impossibilidade de realizar o diagnóstico laboratorial do morcego: poderá ser feito isolamento do cão ou gato por 180 dias, em ambiente domiciliar, com a avaliação de soroneutralização, com acompanhamento médico veterinário, mediante termo de responsabilidade assinado pelo proprietário ou na Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ); aplicar duas (02) doses de vacina antirrábica canina (VARC): dias 0 e 30. Para os morcegos com resultado laboratorial negativo para raiva suspender as medidas adotadas e encerrar o caso.

• Define-se cão ou gato suspeito para a raiva como sendo todo cão ou gato agressor (que mordeu, lambeu ou arranhou alguém), que apresente mudança brusca de comportamento e/ou sinais e sintomas compatíveis com a raiva, tais como salivação abundante, dificuldade para engolir, mudança nos hábitos alimentares, paralisia das patas traseiras, ou outras manifestações clínicas neurológicas.

• Enviar amostras do sistema nervoso central (SNC) de cães e gatos com sintomatologia compatível com a doença, que vierem a óbito ou que forem submetidos a eutanásia, para o laboratório de diagnóstico, e determinar, periodicamente, as áreas de

risco. Esses procedimentos devem ser realizados por profissional habilitado, de acordo com técnicas de biossegurança e legislação vigente.

1.2.1.4 Para áreas com circulação de variante do vírus rábico de animais silvestres

• Medidas de educação em saúde, com ênfase no cuidado para evitar contato com morcegos, tanto de pessoas como de cães e gatos, e no esclarecimento quanto à gravidade da doença e à disponibilidade de medidas de prevenção.

• Em caso de adentramento de animais silvestres (saguis, guaxinins, canídeos silvestres, entre outros), avaliar a situação e, se necessário, contatar o órgão competente para a remoção do animal. Orientar as pessoas expostas para não manipular o animal e para procurar o atendimento médico para iniciar o tratamento pós-exposição.

• Interlocução sistemática com os setores de Meio Ambiente.

• Enviar amostras do sistema nervoso central (SNC) de cães e gatos (que tiveram contato com o animal silvestre suspeito) com sintomatologia compatível com a doença, que vierem a óbito ou que forem submetidos à eutanásia, para o laboratório de diagnóstico, e determinar, periodicamente, as áreas de risco. Esses procedimentos devem ser realizados por profissional habilitado, de acordo com técnicas de biossegurança e legislação vigente.

1.2.2 Ações de controle

1.2.2.1 Para áreas com circulação das variantes do vírus rábico de cães e gatos (AgV1 ou AgV2)

• Animal com diagnóstico clínico ou laboratorial positivo para raiva: deve-se realizar a investigação epidemiológica, o controle e o bloqueio de foco de cães e/ou gatos. Posteriormente, é necessário fazer uma avaliação de risco.

• Medidas de educação em saúde, focando a gravidade da doença; o cuidado com cães soltos e livres nas ruas (e a necessidade de manter o seu cão domiciliado), ferimentos causados por cão e gato e vacinação dos animais.

• Monitorar a circulação viral e a determinação periódica das áreas de risco.

• Em caso humano (por variante de cão ou gato), acompanhar a vigilância epidemiológica do caso e realizar a investigação epidemiológica para a quantificação de casos de animais, contatos e suspeitos.

• Realizar bloqueio de foco (diante de caso de raiva humana ou de raiva em cão, gato ou canídeos silvestres, na área de foco), sendo que são indicadas a estratégia de vacinação contra a raiva de cães e gatos, casa a casa, a captura dos cães de rua sem dono que apresentem risco à população por conta da disseminação do vírus na espécie, a intensificação do envio de amostras para diagnóstico laboratorial e a educação em saúde.

• Vacinação antirrábica, em massa, de cães e gatos (domiciliados e não domiciliados). • Recolhimento de cães de rua que apresentem risco à população por conta da disseminação do vírus na espécie.

• Quaisquer cães ou gatos suspeitos de raiva devem ser observados por dez dias em local adequado, isolado, com comida e água. Define-se cão ou gato suspeito para a raiva como sendo todo cão ou gato agressor (que mordeu, lambeu ou arranhou alguém), ou que teve, sabidamente, contato com um morcego; ou, ainda, que apresente mudança brusca de comportamento e/ou

sinais e sintomas compatíveis com a raiva, tais como salivação abundante, dificuldade para engolir, mudança nos hábitos alimentares, paralisia das patas traseiras, ou outras manifestações clínicas neurológicas.

1.2.2.2 Para áreas com circulação das variantes de morcegos e de outros animais silvestres (saguis, guaxinins e canídeos silvestres)

• Medidas de educação em saúde, esclarecendo sobre a gravidade da doença, com ênfase no cuidado para evitar contato com morcegos/animais silvestres (saguis e canídeos silvestres), tanto das pessoas quanto dos cães e gatos. • Monitorar a circulação viral, enviando amostras de animais (morcegos, saguis, canídeos silvestres, guaxinins, entre outros), quando possível, encontrados mortos, e determinar, periodicamente, as áreas de risco.

• Em caso de raiva humana (por variante de morcego e de outros animais silvestres), acompanhar a vigilância epidemiológica do caso humano e realizar a investigação epidemiológica para os casos em animais.

• Realizar bloqueio de foco (diante de caso de raiva humana ou de raiva em cão, gato ou canídeos silvestres, na área de foco), sendo que é indicada a estratégia de vacinação contra a raiva de cães e gatos, casa a casa, a captura dos cães de rua sem dono que apresentem risco à população 16 Secretaria de Vigilância em Saúde por conta da disseminação do vírus na espécie, a intensificação do envio de amostras para diagnóstico laboratorial e a educação em saúde.

• Interlocução e ações conjuntas com os setores de Meio Ambiente e Agricultura.

• Ações educativas para evitar criação de canídeos silvestres, saguis e guaxinins como pets. Para informações mais detalhadas, consultar o Guia de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2014.

1.3 Vacinação animal

A vacinação animal, coordenada, executada e avaliada pelo setor Saúde no Brasil, tem como foco a proteção e a promoção da saúde da população humana e refere-se à vacinação antirrábica de cães e gatos, considerando-se que, atualmente, esta é a única vacina animal preconizada e normatizada pelo Ministério da Saúde para uso no serviço público de saúde, visando à prevenção e ao controle de zoonoses no País.

A vacinação contra a raiva para cães e gatos é realizada em massa ou por bloqueio de foco, sendo uma das ferramentas do Programa Nacional de Vigilância e Controle da Raiva no Brasil.

A vacinação em massa é organizada por meio de campanha, podendo ser executada casa a casa, por postos fixos ou, ainda, por uma estratégia que utilize as duas formas. De acordo com a situação epidemiológica, alguns estados realizam a vacinação por meio de campanhas anuais, e outros, apenas por meio de atividade de bloqueio de foco.

Existe, ainda, a estratégia frente a uma situação de epizootia de raiva canina em um determinado espaço territorial, como também, mediante avaliação de riscos, alta prevalência e persistência de raiva canina em dois anos seguintes ou alternados, a indicação de operacionalização de duas campanhas de vacinação ao ano, ou seja, campanha de intensificação.

A vacinação, quando realizada em forma de campanha, deve considerar o contexto epidemiológico quanto à circulação viral e, principalmente, a(s) variante(s) envolvida(s), para que o formato da campanha seja organizado e sejam levados em consideração o fator de risco epidemiológico e os instrumentos de controle, em função do resultado da variante identificada.

O bloqueio de foco deve ser executado, casa a casa, quando ocorrer a identificação de cão ou gato positivo para a doença. Em caso de outro mamífero positivo para a raiva (como um animal silvestre com AgV2*), deve-se avaliar a situação criteriosamente, pois pouco se sabe sobre o potencial de disseminação das variantes de animais silvestres em meio urbano.

Em regiões em que a variante prevalente seja a AgV1 e/ou AgV2, quando houver a ocorrência de cão ou gato positivo, deve-se realizar o controle e o bloqueio de foco em até 72 horas, priorizando a vacinação por meio de campanhas anuais, ou mesmo semestrais (dependendo da situação epidemiológica encontrada), haja vista o risco de epizootia canina de raiva, conforme citado anteriormente. Já em território em que as variantes encontradas sejam as de morcego (AgV3, AgV4 e/ou AgV6), encontradas em cão ou gato, a vacinação deve ser feita por bloqueio de foco, uma vez que alguns estudos demonstram que a disseminação/adaptação do vírus da raiva é menor por essas variantes.

De acordo com a situação epidemiológica, quanto à área de risco, devido à presença de AgV1 e/ou AgV2, para localidades que realizam a vacinação contra a raiva de cães e gatos, a vacina deve estar

Disponível o ano todo, em setor específico do órgão de saúde responsável, de modo que a população possa levar seu animal para ser vacinado, independentemente do período de campanha.

Em áreas controladas, quanto à variante canina (AgV1 e/ou AgV2), esta ação deve ser opcional. Porventura, em caso de ocorrência de eventos adversos temporalmente associados à vacinação contra a raiva animal (EATAV) em cães e gatos, a área de vigilância de zoonoses deve notificá-lo, por meio de formulário específico, ao Ministério da Saúde e iniciar uma investigação visando à elucidação do caso suspeito e à comprovação, se for conclusivo.

Essa ação é importante como tomada de decisão para impedir que outros animais sejam acometidos. Diante da confirmação de EATAV promovida pelo setor Saúde, este deve se responsabilizar pelo atendimento ao animal acometido. Em casos raros de ocorrência de EATAV, pode caracterizar-se por sinais e sintomas relacionados a reações locais (calor, dor, rubor, edema, nódulo e/ou abcesso) e sistêmicas (agitação, claudicação, diarreia, anorexia, febre, palidez nas mucosas, prurido, espirros, tremores, vômitos, ataxia, salivação excessiva, dispneia, petéquias, taquicardia, hipotermia, edema, dor generalizada, prostração, convulsão, cianose, hemorragias, paralisia, anafilaxia, morte súbita, entre outros).

Deve-se avaliar criteriosamente se os sinais e os sintomas apresentados pelo animal são, de fato, um EATAV, causado por vacina contra a raiva, aplicada pela área de vigilância de zoonoses, avaliando, principal e inicialmente, se os tempos entre a aplicação da vacina e o início dos sinais e dos sintomas estão relacionados entre si, ou seja, se temporalmente os eventos adversos estão de fato associados à vacina.

1.4 Leishmaniose visceral A leishmaniose visceral (LV) é uma protozoonose crônica, sistêmica, caracterizada em humanos por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia e anemia, entre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.

No cão, principal reservatório e fonte de infecção no meio urbano, a doença caracteriza-se por febre irregular, apatia, emagrecimento, descamação furfurácea e úlceras na pele – em geral, no focinho, nas orelhas e extremidades –, conjuntivite, paresia do trem posterior, fezes sanguinolentas e crescimento exagerado das unhas. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem.

No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas e os marsupiais. No Brasil, duas espécies, até o momento, são consideradas vetores da doença, Lutzomyia longipalpis e Lutzomyia cruzi. A forma de transmissão é por meio da picada desses vetores infectados pela Leishmania (L.) chagasi.

A transmissão ocorre enquanto houver o parasitismo na pele ou no sangue periférico do hospedeiro. As estratégias de controle dessa endemia estão centradas no diagnóstico e no tratamento precoce dos casos humanos, na redução da população de flebotomíneos, na eliminação dos reservatórios e nas atividades de educação em saúde.

A LV é uma doença endêmica no Brasil, que ainda se encontra em franca expansão territorial para municípios indenes. Observação: em municípios onde não há histórico de registro de casos autóctones de LV em seres humanos e em cães (municípios silenciosos), mas que há risco de introdução da doença devido à vulnerabilidade e à receptividade da área, os serviços de vigilância de zoonoses devem executar as ações de vigilância e prevenção, visando reduzir esse risco. Já em municípios com transmissão da doença, devem-se adotar, também, as ações de controle, a fim de reduzir ou eliminar os casos humanos.

Secretaria de Vigilância em Saúde

1.4.1 Medidas de prevenção e controle

1.4.1.1 Medidas de prevenção Dirigidas à população humana

Medidas de proteção individual, tais como: uso de mosquiteiro com malha fina, telagem de portas e janelas, uso de repelentes, não se expor nos horários de atividade do vetor (crepúsculo e noite) em ambientes onde este habitualmente pode ser encontrado. Dirigidas ao vetor Manejo e saneamento ambiental, por meio da limpeza urbana, eliminação e destino adequado dos

resíduos sólidos orgânicos, eliminação de fonte de umidade, não permanência de animais domésticos dentro de casa, entre outras ações que reduzam o número de ambientes propícios para proliferação do inseto vetor. Dirigidas aos cães

• Nos casos de doação de animais, realizar exame sorológico para LV antes da doação, de acordo com a situação epidemiológica.

• Uso de telas em canis individuais ou coletivos, de acordo com a situação epidemiológica. • Coleiras impregnadas com deltametrina a 4%, como medida de proteção individual para os cães. Ainda não há estudos que comprovem a efetividade das vacinas para leishmaniose visceral canina disponíveis no mercado para fins de saúde pública.

Educação em Saúde

Em áreas de risco, deve-se implantar programa de educação em saúde, desenvolvendo atividades de informação, educação e comunicação nos níveis local, regional e municipal. Além disso, deve-se divulgar, à população, a ocorrência de LV na região, no município, na localidade, orientando para o reconhecimento de sinais clínicos, em cães e em humanos, e para a procura dos serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento humano, quando houver caso humano suspeito. Para evitar os riscos de transmissão, algumas medidas preventivas de caráter individual e coletivo devem ser estimuladas, tais como: • Uso de repelentes, quando exposto a ambientes onde os vetores, habitualmente, possam ser encontrados. • Uso de mosquiteiros, bem como a telagem de portas e janelas. • Manejo ambiental por meio de limpeza de quintais e terrenos, a fim de alterar as condições do meio que propiciem o estabelecimento de criadouros para formas imaturas do vetor. • Poda de árvores, de modo a aumentar a insolação, a fim de diminuir o sombreamento do solo e evitar as condições favoráveis (temperatura e umidade) ao

desenvolvimento de larvas de flebotomíneos. • Limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos. • Manutenção de animais domésticos distantes do intradomicílio durante a noite, de modo a reduzir a atração dos flebotomíneos para esse ambiente.

1.4.1.2 Medidas de controle

Em virtude das características epidemiológicas e do conhecimento ainda insuficiente sobre os vários elementos que compõem a cadeia de transmissão da LV, as estratégias de controle dessa endemia ainda são pouco efetivas e estão centradas no diagnóstico e no tratamento precoce dos casos humanos, na redução da população de flebotomíneos, na eliminação dos reservatórios e nas atividades de educação em saúde.

Vale destacar que as ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento dos casos humanos e para as atividades educativas devem ser, em todas as situações, priorizadas, lembrando que as demais medidas de controle devem estar sempre integradas, para que possam ser efetivas.

Dirigidas ao controle do vetor A indicação das atividades voltadas para o controle vetorial dependerá das características epidemiológicas e entomológicas de cada localidade. As recomendações propostas para cada área estão descritas conforme a classificação epidemiológica. Para mais informações, ver o Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, Ministério da Saúde, 2006.

As ações de controle deverão sempre ser realizadas de forma integrada. Dirigidas ao controle do reservatório canino Eutanásia de cães Recomendada a todos os animais com sorologia positiva ou parasitológico positivo. Para a realização da eutanásia, basear-se na Resolução nº 1.000, de 11 de maio de 2012, do Conselho Federal de Medicina Veterinária, que dispõe sobre os procedimentos e métodos de eutanásia em animais e dá outras providências, entre as quais merecem destaque:

• Os procedimentos de eutanásia são de exclusiva responsabilidade do médico veterinário.

• Deve ser realizada segundo a legislação municipal, estadual e federal, no que se refere à compra e ao armazenamento de drogas e à saúde ocupacional.

• Os procedimentos de eutanásia, se mal empregados, estão sujeitos à legislação federal de crimes ambientais. Destino de cadáveres A eliminação de cadáveres e carcaças deve respeitar a legislação municipal, estadual e federal vigente. Observação: consultar o tópico “Gerenciamento de Resíduos” deste Manual. Educação em Saúde Intensificação das atividades de educação em saúde. Recomendações de vigilância e controle da LV específicas para cada uma das classificações dos municípios

As recomendações de vigilância e controle da LV diferem de acordo com a classificação epidemiológica dos municípios. 20 Secretaria de Vigilância em Saúde Municípios silenciosos (sem transmissão) Os municípios silenciosos devem focar as suas ações na vigilância entomológica e na vigilância de reservatórios domésticos, por meio da realização anual de levantamentos entomológicos e de inquéritos sorológicos amostrais da população canina, além de ações de manejo ambiental e de educação em saúde.

Municípios com registro de primeiro caso.

Em municípios com registro de primeiro caso ou em situação de surto, recomenda-se a realização de investigação entomológica para direcionamento do controle químico vetorial, bem como atividades de manejo ambiental, inquérito sorológico censitário canino anual no local de transmissão e eutanásia dos cães sororreagentes.

Municípios com transmissão esporádica

Nos municípios com transmissão esporádica, além das ações recomendadas para os municípios silenciosos, recomenda-se a eutanásia dos cães sororreagentes, identificados por meio de inquéritos sorológicos censitários anuais, bem como ações de vigilância e assistência de casos humanos.

Municípios com transmissão moderada e intensa

Os municípios com transmissão moderada e intensa devem, adicionalmente, às ações recomendadas aos demais municípios (silenciosos e com transmissão esporádica) realizar o monitoramento entomológico e o controle químico vetorial, por meio de dois ciclos anuais de aplicação de inseticidas de ação residual.

1.4.2 Transversalidade

A área de vigilância de zoonoses deve estabelecer parcerias interinstitucionais, visando à implementação das ações de interesse sanitário, principalmente a limpeza pública e o destino adequado de lixo orgânico.

Além disso, deve-se desenvolver a intrassetorialidade, requerendo o envolvimento efetivo das equipes multiprofissionais e multi-institucionais, com vistas ao trabalho articulado nas diferentes unidades de prestação de serviços. Os fluxogramas relativos às recomendações específicas para cada uma dessas classificações dos municípios estão detalhados no Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, Ministério da Saúde, 2006

1.5 Leishmaniose tegumentar americana

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário do gênero Leishmania, tendo como principais espécies: Leishmania (Leishmania) amazonensis, L. (Viannia) guyanensis e L. (V.) braziliensis.

É, primariamente, uma infecção zoonótica que afeta outros animais que não o homem, o qual pode ser envolvido secundariamente. Classicamente, a doença manifesta-se sob duas formas: leishmaniose cutânea e mucosa (ou mucocutânea).

A transmissão é vetorial, pela picada de insetos denominados flebotomíneos, pertencentes ao gênero Lutzomyia, conhecidos popularmente, dependendo da localização geográfica, como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros.

Não há transmissão de pessoa

Já foram registradas, como hospedeiras e possíveis reservatórios naturais, algumas espécies de roedores, marsupiais, edentados e canídeos silvestres. Não há evidências científicas que comprovem o papel dos animais domésticos como reservatórios das espécies de leishmanias, sendo considerados hospedeiros acidentais da doença.

Considerada zoonose de animais silvestres, que acometia ocasionalmente pessoas em contato com florestas, a LTA passou a ocorrer em zonas rurais já praticamente desmatadas e em regiões periurbanas.

Observação: em áreas não endêmicas, mas de risco, os serviços de vigilância de zoonoses devem executar as ações de vigilância e prevenção, visando reduzir o risco de implantação (ocorrência do protozoário) da doença na região. Já em áreas de transmissão da doença (endêmicas), devem-se adotar também as ações de controle, a fim de reduzir ou eliminar os casos humanos.

1.5.1 Ações de vigilância e prevenção

1. Realizar a Vigilância Entomológica (implementação de estudos bioecológicos das espécies apontadas como vetoras).

2. Realizar a pesquisa entomológica nos focos e o monitoramento entomológico por meio de capturas sistemáticas.

3. Vigilância dos reservatórios silvestres: não são recomendadas ações objetivando a vigilância de animais silvestres; entretanto, é importante a realização de estudos de modo a ampliar o conhecimento a esse respeito.

4. Vigilância dos animais domésticos: não são recomendadas ações objetivando a vigilância de animais domésticos para a LTA.

No entanto, em áreas de transição ou de ocorrência concomitante de LTA e leishmaniose visceral, faz-se necessária a identificação da espécie do parasito. Para isso, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) deverá avaliar a necessidade dessa identificação.

5. Capacitação das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, vigilâncias ambiental e epidemiológica e outros profissionais de áreas afins para diagnóstico precoce e tratamento adequado.

6. Educação em Saúde: deve-se implantar o programa de educação em saúde, desenvolvendo atividades de informação, educação e comunicação nos níveis local, regional e municipal. Além disso, deve-se divulgar, à população, a ocorrência de LTA na região, no município, na localidade, orientando para o reconhecimento de sinais clínicos, em cães e em humanos, e a procura dos

serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento humano, quando houver caso humano suspeito. Para evitar os riscos de transmissão, algumas medidas preventivas de caráter individual e coletivo devem ser estimuladas, tais como:

• Uso de repelentes, quando exposto a ambientes onde os vetores, habitualmente, possam ser encontrados.

• Evitar a exposição nos horários de atividades do vetor (crepúsculo e noite), em áreas de ocorrência de L. umbratilis, evitar a exposição durante o dia e a noite.

• Uso de mosquiteiros de malha fina bem como a telagem de portas e janelas.

• Manejo ambiental por meio de limpeza de quintais e terrenos, a fim de alterar as condições do meio que propiciem o estabelecimento de criadouros para formas imaturas do vetor.

• Poda de árvores, de modo a aumentar a insolação, a fim de diminuir o sombreamento do solo e evitar as condições favoráveis (temperatura e umidade) ao desenvolvimento de larvas de flebotomíneos.

• Destino adequado do lixo orgânico, a fim de impedir a aproximação de mamíferos comensais, como marsupiais e roedores, prováveis fontes de infecção para os flebotomíneos.

• Limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos. • Manutenção de animais domésticos distantes do intradomicílio durante a noite, de modo a reduzir a atração dos flebotomíneos para esse ambiente.

• Em áreas potenciais de transmissão, sugere-se uma faixa de segurança de 400 metros a 500 metros entre as residências e a mata. Entretanto, uma faixa dessa natureza terá de ser planejada para evitar erosão e outros problemas ambientais.

1.5.2 Ações de controle

Em virtude das características epidemiológicas da LTA, as estratégias de controle devem ser flexíveis, distintas e adequadas a cada região ou a cada foco em particular. Para definir as estratégias e a necessidade das ações de controle para cada área de LTA a ser trabalhada, deverão ser considerados os aspectos epidemiológicos, bem como seus determinantes.

Recomenda-se a utilização de inseticidas de ação residual como medida de controle vetorial, no âmbito da proteção coletiva.

Essa medida é dirigida apenas para o inseto adulto.

A indicação do controle químico deverá ser determinada pelas análises conjuntas dos dados epidemiológicos e entomológicos. Não há indicação do controle químico para ambiente silvestre. Intensificação das atividades de educação em saúde.

Observação: não são recomendadas ações objetivando o controle de populações de animais domésticos com LTA e o controle de populações de animais silvestres.

1.5.3 Transversalidade

A área de vigilância de zoonoses deve estabelecer parcerias interinstitucionais, visando à implementação das ações de interesse sanitário, principalmente a limpeza pública e o destino adequado de lixo orgânico.

Além disso, deve-se desenvolver a intrassetorialidade, requerendo o envolvimento efetivo das equipes multiprofissionais e multi-institucionais, com vistas ao trabalho articulado nas diferentes unidades de prestação de serviços.

Para informações mais detalhadas, consultar o Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, 2007 .

2 Atividades das Unidades de Vigilância de Zoonoses

2.1 Recolhimento de animais de relevância para a saúde pública

O recolhimento de animais pela Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ) deve ser efetuado de maneira seletiva.

Deve-se avaliar criteriosamente cada encaminhamento, reclamação ou solicitação de recolhimento de animais, para definir, de acordo com a Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014, em se tratando de um “animal de relevância para a saúde pública”.

Considerando a situação epidemiológica local e a saúde da população humana, deve ser recolhido (recolhimento seletivo) o animal que apresentar risco iminente de transmissão de zoonose de relevância para a saúde pública, assim como o animal peçonhento ou venenoso de relevância para a saúde pública.

2.1.1 Recepção de animais pela UVZ (entrega de animais vertebrados pela população) A UVZ só deve receber animais em situações específicas de risco de transmissão de zoonose de relevância para a saúde pública, de importância no contexto epidemiológico do município.

Cabe ao médico veterinário – responsável técnico – estabelecer protocolos para avaliação e recebimento dos animais (vivos ou mortos), indicando a forma de triagem e a documentação a ser apresentada pelo solicitante, inclusive atestado ou laudo médico veterinário, quando necessário.

Animal morto

Devem ser recolhidos animais com histórico ou sinais compatíveis com zoonose de relevância para a saúde pública, segundo critérios técnicos definidos em protocolo específico, determinada pela Unidade.

Nessa situação, deve-se encaminhar o cadáver para necropsia, coleta e encaminhamento de amostras laboratoriais ou outros procedimentos preconizados para a zoonose em questão.

Animal vivo

O animal deve ser avaliado seguindo o protocolo da Unidade e, quando constatado o risco iminente de transmissão de zoonose de relevância para a saúde pública, deve ser recolhido para observação e coleta de amostras para diagnóstico laboratorial ou submetido à eutanásia, conforme a doença, as normas técnicas para o controle de zoonoses e a legislação vigente.

No caso de animais sadios, agressivos, ou acometidos por doença sem interesse à saúde pública, tratável ou não, seus proprietários ou prepostos devem ser orientados a buscar estabelecimentos veterinários que tenham como prerrogativa/competência o cuidado com animais.

Quando ocorrer o recolhimento do animal (vivo ou morto), todas as informações pertinentes devem constar em formulário próprio com a assinatura do avaliador e, preferencialmente, do solicitante, ou de outra testemunha.

Observação: no caso de animais invertebrados (vivos ou mortos) de relevância para a saúde pública que, eventualmente, sejam entregues pela população, deve-se acondicionar o animal de forma adequada (conforme estabelecido no tópico de “Coleta, acondicionamento, conservação, armazenamento e transporte de espécimes de relevância para a saúde pública”) e preencher ficha específica, contendo informações que subsidiem avaliar, criteriosamente, a situação quanto à necessidade ou não de envio de equipe ao local ou de desencadeamento de investigação específica.

2.1.2 Remoção de animais (apreensão e captura de animais vertebrados)

A UVZ só deve apreender ou capturar animais que, de fato, ofereçam risco iminente de transmissão de zoonose de relevância para a saúde pública, de importância no contexto epidemiológico do território de atuação. Quando houver ocorrência de animais silvestres de relevância para a saúde pública em área urbana e periurbana, a área de vigilância de zoonoses deve avaliar a necessidade e a possibilidade de remoção destes, articulando-se com o(s) órgão(s) de Meio Ambiente competente(s) para tal atividade.

O processo de remoção de animais de relevância para a saúde pública deve empregar métodos de manipulação apropriados a cada espécie, considerando:

Abordagem

• Optar, quando possível, pelo melhor horário do dia para a execução dessa atividade, considerando a temperatura e o período do dia.

• Aproximar o veículo que fará o transporte do animal de forma cuidadosa, procurando não espantar o animal para não desperdiçar a oportunidade de capturá-lo. • Avaliar, previamente, o comportamento do animal a ser removido para a eleição da melhor forma de abordagem.

• A equipe de serviço deve ser preparada para compreender o comportamento e a expressão de cada espécie abordada, de maneira a prever possíveis reações, evitando-se a fuga do animal e proporcionando maior segurança às atividades da equipe.

• O uso de atrativos (alimentares ou não) para a aproximação espontânea do animal, quando disponível, ficará a critério da Unidade ou da equipe de remoção.

• Para os animais domésticos, a aproximação, sempre que possível, deve ser feita de maneira tranquila, sem movimentos bruscos ou outras posturas que afugentem ou estressem o animal.

• Quando o manuseio de diversos animais for necessário, deve-se iniciar pelos mais dóceis e tranquilos. Considerações

• As solicitações devem ser triadas por definição de urgência no atendimento, priorizando os atendimentos com maior risco à coletividade.

• Antes de remover o animal, deve-se averiguar a existência de proprietário ou guardião responsável para que este proceda, quando cabível, a observação do animal.

• O funcionário deve avaliar a situação encontrada para prover a segurança da equipe, da comunidade e do animal.

• Quando necessário, deve-se solicitar apoio intersetorial, tal como policiais, agentes de trânsito, bombeiros, servidores de limpeza pública ou quaisquer outros órgãos ou secretarias competentes.

• Sempre que necessário, fazer o isolamento e a sinalização da área com equipamentos de proteção coletivos (EPC) e esclarecer à comunidade sobre as ações que serão realizadas, removendo espectadores do local para a prevenção de acidentes.

Contenção: a definição dos equipamentos e dos insumos a serem utilizados deverá levar em consideração o porte e o comportamento do animal e as características do ambiente.

O uso de contenção química, quando disponível, ficará a critério do médico veterinário. Considerar as características culturais quanto à conveniência em relação aos métodos empregados.

Contenção de cães

A contenção de cães deve ser precedida de uma avaliação do seu comportamento e do local em que ele se encontra.

É necessário considerar a reação do animal com a comunidade e com o profissional de abordagem, de maneira a prevenir acidentes com as pessoas e traumas ao animal.

A contenção deve ser feita, preferencialmente, com o uso de guia ou corda apropriada. O uso do cambão, de mordaças e da contenção química deve, sempre que possível, ser restringido aos casos em que o animal, a equipe ou a população possam estar expostos ao risco de agressão.

O animal, depois de contido, deve ser cuidadosamente conduzido ao compartimento ou à gaiola apropriados para seu transporte e acomodado dentro do compartimento específico do veículo.

O ajuste do cambão, da guia, da corda ou da mordaça deve ser realizado de maneira cuidadosa para não causar sufocamento do animal. Além disso, o animal nunca deve ser levantado do chão pelo cambão.

Quando o cão estiver contido, no cambão ou na guia, deve-se permitir que ele se movimente para a direção desejada, por alguns segundos, permitindo que o animal se habitue ao instrumento e facilite sua condução ao local desejado.

Contenção de gatos

Dependendo da suspeita clínica do animal, o gato, quando dócil, poderá ser pego com as mãos, com auxílio de luva de couro.

A contenção de gatos ferozes deve ser feita, preferencialmente, por meio de armadilhas (como gaiolas com iscas), redes ou puçás, sendo complementada com o auxílio de luva de raspa de couro.

O animal deve ser transportado em caixas ou compartimentos de transporte adequados. Observação: filhotes de cães e gatos devem ser recolhidos manualmente, ou com uso de redes, luvas ou puçás.

Contenção de equinos e bovinos

O animal pode ser conduzido a um local em que seja possível contê-lo e embarcá-lo, por meio do uso de corda, cabresto ou outros métodos apropriados para contenção e condução de grandes animais.

Maior atenção deve ser dispensada às fêmeas prenhes e/ou com potro/bezerro, uma vez que podem existir animais que nunca tenham sido manejados e embarcados anteriormente.

Igual atenção precisa ser dada à abordagem com machos, mais agitados e agressivos. O veículo de transporte deve ser apropriado para essa finalidade, mantendo-se a rampa de embarque e desembarque, sempre que possível, com uma inclinação suave.

Contenção de suínos e pequenos ruminantes

É necessário, primeiramente, ser avaliado (quanto à segurança física do funcionário, das pessoas no local e do animal) se é possível conter o animal com as próprias mãos, encaminhando-o/levando-o até o veículo de transporte.

Caso seja necessário o uso de material específico, deve ser priorizado o uso de corda, laço, cabresto ou cachimbo.

2.1.3 Transporte

O embarque dos animais a serem removidos no veículo de transporte (nos respectivos compartimentos inerentes às espécies envolvidas) deve ser realizado com segurança e tranquilidade, evitando-se ruídos e movimentos bruscos para reduzir riscos de traumas, estresse, acidentes ou fugas.

O veículo de transporte dos animais deve obedecer às normas vigentes para o transporte da espécie em questão. Ele precisa estar com os compartimentos fechados, ter ventilação apropriada, ser higienizado e proporcionar segurança ao animal, à população e aos funcionários.

O motorista deve ser capacitado para realizar o transporte de carga viva. Devem ser considerados o horário, a temperatura ambiente, a distância e o roteiro, para redução do tempo de permanência dos animais no veículo.

O animal deve ser transportado diretamente para a UVZ, sem paradas. Quando for necessário parar, deve-se, em dias quentes de sol, estacionar o veículo na sombra.

A altura do veículo deve ser compatível com a atividade de embarque e desembarque de animais.

Os animais devem ser transportados em número compatível com a capacidade prevista para o veículo e devem estar segregados por espécie, porte e comportamento.

Quando forem usadas gaiolas ou caixas de transporte, estas devem ser de tamanho adequado, acomodadas e fixadas ao veículo.

Fêmeas prenhes ou com ninhadas e animais idosos, feridos ou acidentados devem ser transportados individualmente e encaminhados prioritariamente para o local de triagem e alojamento na UVZ.

Espécies diferentes devem ser transportadas em compartimentos separados, a fim de evitar agressões, ferimentos e, eventualmente, óbito.

No caso de animais agressivos ou arredios, deve-se utilizar de métodos ou dispositivos que reduzam seu estresse.

No desembarque, para definição da conduta e da destinação adequadas, os animais devem ser avaliados por médico veterinário.

Os animais desembarcados devem ser transferidos para os alojamentos com segurança e tranquilidade, evitando-se ruídos e movimentos bruscos para reduzir riscos de traumas, estresse, acidentes ou fugas. Quando o embarque de animais ocorrer em via pública, deve ser solicitado o suporte dos organismos responsáveis pelo controle de trânsito do local, e os funcionários devem utilizar coletes refletores mesmo durante o dia, para proteção e sinalização de ações.

• A captura e o eventual transporte de animais invertebrados de relevância para a saúde pública devem ser realizados em recipiente fechado, acondicionado conforme especificado no tópico de “Coleta, acondicionamento, conservação, armazenamento e transporte de espécimes de relevância para a saúde pública” deste Manual.

• O veículo deve exibir a identificação do órgão a que pertence (logotipo, nome) e telefone.

2.2 Alojamento e manutenção dos animais vertebrados recolhidos

2.2.1 Manutenção A manutenção de animais recolhidos nos alojamentos da UVZ deve ocorrer em condições adequadas de higiene, espaço físico, abrigo, arejamento/ventilação, iluminação, alimentação e hidratação.

Os animais devem estar protegidos contra intempéries naturais; separados por sexo (quando não castrados), espécie e comportamento. Essas condições objetivam evitar estresse, acidentes, fugas e transmissão de doenças. Devem-se observar os prazos estipulados de permanência do animal na UVZ, conforme normatização vigente.

O alojamento prolongado de animais em canis ou gatis não é recomendado, pois favorece a transmissão de doenças, disputas territoriais (brigas) e alterações comportamentais, comprometendo sua condição de saúde, sua imunidade e a funcionalidade do serviço.

Para maior segurança nos procedimentos com os animais domésticos e domesticados, somente funcionários do bloco de controle animal poderão manipular os animais, com o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) apropriados. Os alojamentos (canis, gatis, entre outros) devem permanecer trancados para evitar fugas, acidentes e incurso de pessoas não relacionadas ao serviço.

2.2.2 Cuidados básicos

Devem ser oferecidos aos animais alojados, quando necessário, cuidados básicos, bem como àqueles acometidos biológica/fisicamente por intervenções decorrentes de procedimentos realizados pela própria Unidade. Cuidados básicos aos animais alojados nas UVZ consistem em oferecer exame clínico básico e procedimentos curativos, vedados o uso de tecnologias e aparelhagens específicas, exames clínicos laboratoriais, bem como a realização de procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos e a internação, sendo respeitadas as normatizações técnicas vigentes do Conselho Federal de Medicina Veterinária e a proteção da saúde dos profissionais e dos demais animais recolhidos.

Observações:

1. Os animais invertebrados ou pequenos vertebrados, como roedores, de relevância para a saúde pública, podem ser mantidos (vivos ou mortos), de forma adequada, no laboratório de coleção de espécies, no laboratório de entomologia ou na sala de bioensaio para as atividades de educação em saúde, identificação, ou para estudos e pesquisas, conforme especificado no tópico de “Atividades laboratoriais” – Coleta, acondicionamento, conservação, armazenamento e transporte de espécimes de relevância para a saúde pública – deste Manual e de acordo com o estipulado no manual de estrutura física de UVZ para esses ambientes.

2. A manutenção e os cuidados básicos devem ser considerados apenas para os animais recolhidos que, após período de observação, sejam considerados clinicamente sadios e sem risco à saúde humana.

Os animais passíveis de recolhimento pelas Unidades de Vigilância de Zoonoses são somente aqueles de relevância para a saúde pública, definidos no art. 2º da Portaria MS/GM nº 1.138, de 23 de maio de 2014.

3. Os animais alojados nas UVZ devem, sempre que possível, ser transferidos para estabelecimentos veterinários que tenham como prerrogativa/competência o cuidado com animais, haja vista serem locais mais apropriados para sua manutenção.

2.2.3 Alimentação e hidratação O animal deve ser alimentado e dessedentado, considerando-se a alimentação específica para cada espécie e idade, e utilizando como referência a composição mínima determinada pela legislação vigente (Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – IN nº 07, de 5 de abril de 1999), em quantidade adequada às suas necessidades nutricionais. Recomenda-se que cada unidade estabeleça protocolo próprio. Observação: as rações devem ser armazenadas em ambientes físicos adequados para essa finalidade, impedindo o ingresso de animais, e acondicionadas em recipientes próprios para sua conservação.

2.2.4 Alojamento O alojamento deve ter espaço compatível com o número, o porte, a espécie e a condição fisiopatológica ou fisiológica dos animais, além de mantê-los de maneira segura. O profissional médico veterinário deve segregar os animais considerando as seguintes categorias:

Em ambientes individuais

• Animal em observação para alguma zoonose.

• Animal com doença infectocontagiosa (identificada quando alojado).

• Fêmea em estado de gestação evidente.

• Fêmea com seus filhotes.

• Filhote com até 90 dias de idade.

• Animais de uma mesma ninhada.

• Animais parceiros.

• Fêmea adulta no cio.

• Animal agressivo. Em ambientes coletivos

• Animais de faixa etária compatível.

• Animais de temperamento compatível.

• Animais do mesmo sexo ou esterilizados.

Os animais devem ser identificados individualmente, por meio de confecção de prontuário próprio e de outras metodologias apropriadas.

De acordo com as condições climáticas da região, o alojamento deve dispor de proteção/isolante térmico (piso e laterais), de fácil limpeza e higiene.

Todos os animais devem ter acesso a banho de sol. Observação: os animais alojados nas atuais UVZ devem ter acesso a banho de sol, seja por meio de passeios, de acesso a outras áreas da Unidade ou, ainda, por acesso à luz do sol (em grande parte do dia) no próprio canil.

2.2.5 Higienização

A higienização de viaturas, gaiolas, caixas de transporte e demais equipamentos de manejo deverá ser realizada após cada uso, e a de comedouros e bebedouros, diariamente ou sempre que necessário, sendo mantidos permanentemente limpos, segundo manual de boas práticas estabelecido pela Unidade.

Quando necessário, deve-se proceder à desinfecção de ambientes, veículos, fômites e outros.

2.2.6 Identificação de doenças nos animais alojados

Os animais devem ser observados diariamente, por médico veterinário e funcionários, para verificação das condições de saúde, manutenção e cuidados básicos. Animais que, eventualmente, vierem a óbito durante seu alojamento devem ter a causa da morte investigada.

2.3 Destinação dos animais vertebrados recolhidos

A destinação adequada dos animais recolhidos, conforme fluxos, prazos e taxas, consonante com normatização vigente, deve ocorrer por meio de:

a) resgate pelo(s) seu(s) responsável(is), somente quando o animal não oferecer risco iminente de transmissão de zoonoses, ficando este sob sua guarda ou posse responsável; ou

b) transferência (doação) para pessoas físicas ou jurídicas, somente quando o animal não oferecer risco iminente de transmissão de zoonoses, ficando este sob sua guarda ou posse responsável; ou

c) transferência, no caso de animais silvestres que não ofereçam risco iminente de transmissão de zoonoses, para órgãos de Meio Ambiente ou locais/órgãos licenciados para o recebimento destes, ou para sua reintrodução no ambiente, considerando a legislação vigente; ou

d) eutanásia, para animais que ofereçam risco de transmissão de zoonoses ou que coloquem em risco a vida dos demais animais alojados, ou com doenças incuráveis ou em estado nosológico incompatível com a vida, conforme a doença, as normas oficiais de controle de zoonoses e a legislação vigente, seguindo resolução do Conselho Federal de Medicina Veterinária.

Observações:

• Para o resgate de cães e gatos, o proprietário deve apresentar o comprovante/carteira de vacinação contra raiva atualizado(a).

Na inexistência desse documento, deve-se proceder à vacinação antirrábica (somente para animais acima de 3 meses de idade) no momento do resgate, conforme critério epidemiológico do local.

• Na transferência do animal, o adotante deverá receber informações sobre posse/guarda responsável de animais, visando à prevenção de zoonoses. Recomenda-se que o adotante assine um termo de transferência/responsabilidade, condicionante para a efetivação da adoção.

• A eutanásia de animais silvestres somente deve ocorrer mediante conhecimento e autorização do órgão ambiental responsável.

• Os funcionários que participam do procedimento de eutanásia, na contenção e na condução do animal, devem ser capacitados quanto à segurança, ao bem-estar e à preservação da saúde do trabalhador e do animal.

• O espaço destinado à realização do procedimento de eutanásia deve ser arejado, iluminado, limpo, livre de ruídos e de fontes de odores indesejáveis. Os recursos materiais necessários devem ser providos em quantidade suficiente para o desenvolvimento satisfatório do procedimento.

• No momento da eutanásia, o manejo e o trato com o animal devem ser respeitosos e o ambiente, tranquilo e silencioso, com o menor número de pessoas e a ausência de outros animais.

• O método de eutanásia a ser utilizado é o de escolha do serviço de zoonoses local, devendo basear- -se em legislação vigente e seguir as normas técnicas do Conselho Federal de Medicina Veterinária.

• O procedimento de eutanásia ficará sob responsabilidade de um médico veterinário até a comprovação do óbito, e este deve redigir laudo veterinário justificando o procedimento.

• Os procedimentos executados pela unidade devem ser documentados, organizados e arquivados, por meio eletrônico ou impresso, visando favorecer a operacionalidade e o planejamento das ações e dos serviços.

2.4 Necropsia

• Cada UVZ deve definir seu protocolo de necropsia, adequando-o a sua operacionalidade, e observar as normas de biossegurança vigentes, segundo a espécie a ser necropsiada.

• Cabe ressaltar que os animais a serem submetidos à necropsia serão apenas aqueles de relevância para a saúde pública.

• A necropsia deve ser realizada, sempre que necessário e possível, a fim de elucidar a causa do óbito do animal e/ou recolher amostras para diagnóstico laboratorial de zoonoses relevantes para a saúde pública.

• Para isso, é indispensável que os profissionais sejam devidamente capacitados e que os recursos materiais necessários sejam providos de maneira suficiente.

• O descarte de cadáveres, EPI, resíduos e materiais gerados pelo procedimento deve ser feito conforme normas vigentes com relação à biossegurança e ao gerenciamento de resíduos de saúde (consultar os tópicos de “Biossegurança e saúde do trabalhador” e “Gerenciamento de resíduos” deste Manual).

• Recomenda-se que esse procedimento seja documentado.

2.4.1 Procedimentos pré-necrópsicos

Devem-se obter, antecipadamente, as informações sobre o animal, como espécie, sexo, idade, peso, origem, além de todas as informações epidemiológicas disponíveis, de acordo com a suspeita clínico-epidemiológica (local de captura, condições ambientais, comportamento, sintomatologia), e também outras informações pertinentes, como histórico vacinal, de doenças, de procedimentos realizados e de medicamentos recentes.

Essas informações devem ser registradas em formulário próprio. Em muitas situações, as informações sobre o animal somadas aos achados de necropsia propiciam o estabelecimento do diagnóstico.

2.4.2 Recomendação para realização de necropsia

Paramentação: luvas (cirúrgicas descartáveis, de borracha, nitrílica, com fio de aço, tricotadas etc), macacão, jaleco ou avental; calçado fechado (botas de borracha, de preferência), máscara, óculos e touca (obrigatórios, dependendo da suspeita clínico/epidemiológica).

Devem-se retirar acessórios como anéis, relógio e outros.

Materiais

• faca Magarefe;

• faca de órgãos;

• fuzil, a ser utilizado no afiamento das facas;

• martelo com cabo em gancho;

• costótomo;

• tesoura reta romba-romba;

• tesoura curva romba-fina;

• enterótomo;

• pinça dente de rato;

• pinça anatômica;

• pinça Rochester 24 cm;

• serra (elétrica ou articulada) – observar restrições da serra elétrica no caso de zoonoses específicas (ex.: raiva, devido à geração de aerossóis).

• bandejas de aço inox;

• cuba rim; • frasco com água;

• esponja; • frasco com formol a 10%;

• régua;

• frascos de coleta universal ou equivalente;

• material (barbante, corda, arame ou outros)

• para fixar o cadáver à mesa;.

• cabo de bisturi;

• lâmina de bisturi;

• gaze em compressas;

• seringas descartáveis;

• copo graduado;

• tábua retangular ou quadrada para colocar

• as vísceras e facilitar o exame destas.

O tipo e o tamanho dos instrumentos variam de acordo com o tamanho da espécie a ser necropsiada.

Os instrumentos utilizados na necropsia devem ser colocados em uma bandeja, evitando, assim, que sejam colocados dentro ou sobre o animal e prevenindo acidentes.

É fundamental que a pessoa que for realizar, auxiliar ou acompanhar a necropsia esteja devidamente paramentada (de acordo com o grau de exposição específico).

O emprego de luvas grossas de borracha é recomendado em necropsias dos animais de grande porte para evitar que se rasguem com facilidade.

2.4.3 Exames complementares

Exames complementares podem ser necessários, haja vista a avaliação macroscópica, muitas vezes, ser incapaz de detectar todas as lesões.

Para isso, recomenda-se que, durante uma necropsia, os materiais utilizados para coleta de amostras para exames complementares (bacteriológico, parasitológico, virológico, toxicológico e bioquímico) estejam disponíveis.

2.5 Biossegurança e saúde do trabalhador

2.5.1 Biossegurança Condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades da UVZ que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente.

Assim, considerando que as ações desenvolvidas e executadas pela UVZ estão relacionadas a riscos com diferentes origens: biológicos, químicos, físicos e ergonômicos, deve-se atentar para a legislação vigente quanto às normas de

biossegurança, especialmente para as doenças específicas que são alvos de cada atividade. As UVZ devem preferencialmente elaborar seus mapas de risco visando à biossegurança.

2.5.2 Saúde do trabalhador

Os profissionais que executam atividades de campo das UVZ devem estar devidamente uniformizados e identificados por meio de crachá, em local visível.

Esses funcionários devem estar paramentados com os equipamentos de proteção individual (EPIs) pertinentes para a atividade a ser realizada, garantindo sua segurança.

Além disso, é essencial que eles sejam capacitados continuamente sobre o uso dos EPIs, para a preservação da saúde do trabalhador e para o manejo com os animais, em atividades internas e externas.

Outras medidas de segurança e questões sobre a saúde do trabalhador podem ser vistas em tópico específico deste Manual.

2.5.3 Equipamento de proteção coletiva (EPC) Os equipamentos de proteção coletiva (EPC) visam à proteção de uma coletividade específica, devendo proteger todos os funcionários, a comunidade e os animais expostos à determinada atividade da UVZ que possa representar risco para sua saúde e sua segurança.

O uso de EPC, nas atividades internas e de campo das UVZ, é imprescindível para o cumprimento das normas de biossegurança e de saúde do trabalhador.

As Unidades de Vigilância de Zoonoses devem ser bem sinalizadas internamente, tendo suas dependências devidamente identificadas, para maior segurança dos funcionários e para a otimização de sua operacionalidade, bem como restringir o acesso às áreas de alto risco ao público.

Seguem listados alguns dos EPC relacionados às atividades da UVZ:

1. Sinalização adequada.

2. Portas que abram e fecham de forma adequada.

3. Acesso facilitado às saídas da unidade em situações de emergência.

4. Cones, faixas, placas de sinalização e luminosos para isolamento de área determinada.

5. Ventilação dos locais de trabalho.

6. Proteção de partes móveis de máquinas e equipamentos.

7. Extintores de incêndio.

8. Kits de primeiros socorros

2.5.4 Equipamento de proteção individual (EPI) EPI é todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

O uso de EPI nas atividades internas e de campo das UVZ é imprescindível para preservar a saúde do trabalhador e para o cumprimento das normas de biossegurança. Seguem, como sugestão, alguns destes equipamentos, além de outros materiais para a realização das atividades com segurança.

Quadro 1 – Equipamentos de Proteção Individual conforme as atividades internas e de campo das Unidades de Vigilância de Zoonoses Atividade EPI e outros materiais

Nos canis, nos gatis e nos ambientes destinados aos animais de produção. Macacão ou conjunto (calça e blusa de manga longa), óculos de segurança, protetor auricular, cambão, calçado, bota de borracha, luva impermeável, puçá, armadilha, corda, cabresto, gaiola de contenção, focinheira, guia, mordaça, rede, laço, cestos de lixo segregados para descarte apropriado de materiais, entre outros.

Na sala de vacinação e na avaliação animal. Jaleco, luva impermeável, calça, calçado, gaiola de contenção, focinheira, guia, mordaça, mesa pra vacinação (de aço inoxidável), cestos de lixo segregados para descarte apropriado de materiais, entre outros.

Nos laboratórios e na sala de bioensaio. Jaleco, luva impermeável, calça, calçado, máscara, óculos de segurança, cestos de lixo segregados para descarte apropriado de materiais, entre outros.

Preparo e aplicação de inseticida e rodenticida.

Luvas impermeáveis, óculos de segurança, respirador e purificador de ar, bota impermeável de cano médio, bota impermeável com prolongamento até a virilha, bancada, chuveiro de segurança, lava-olhos segregados, entre outros.

Avaliação de áreas de risco e investigação epidemiológica de campo.

Macacão ou jaleco ou conjunto (calça e blusa), óculos de segurança, respirador e purificador de ar, luva impermeável, bota ou calçado apropriado, boné, touca, creme protetor solar e repelente, entre outros.

Remoção de animais domésticos.

Macacão ou conjunto (calça e blusa), cambão, calçado, puçá, armadilha, corda, cabresto, gaiola de contenção, focinheira, guia, mordaça, rede, laço, cachimbo, caixa de transporte, luvas de raspa de couro, entre outros.

Controle de animais sinantrópicos.

Luvas impermeáveis, macacão ou jaleco ou conjunto (calça e blusa), perneira, bota, boné, creme protetor solar e repelente, equipamentos apropriados para captura, pinças anatômicas, recipiente transparente de transporte, lanterna, luvas de raspa de couro, entre outros.

Nas salas de eutanásia e necropsia. Jaleco, luva impermeável, calça, calçado, óculos de segurança, máscara, avental descartável, entre outros.

Esterilização de materiais.

Jaleco, luva impermeável, calça, calçado, entre outros. Outros. Avaliar a necessidade. Fonte: SVS/MS.

2.6 Recursos necessários para remoção, alojamento e manutenção de animais

2.6.1 Recursos humanos

A equipe necessária para a execução do trabalho de remoção, alojamento e manutenção dos animais recolhidos pela UVZ deve ser composta por profissional de nível superior, que capacitará e supervisionará outros técnicos.

A supervisão desses últimos poderá ser realizada por profissional de qualquer nível de escolaridade, desde que designado para essa atividade, dentro da estrutura organizacional adotada pela unidade.

A quantidade necessária de profissionais envolvidos na atividade de remoção de animais deve estar de acordo com a normatização vigente.

2.6.2 Sugestão de recursos materiais para remoção, alojamento e manutenção de animais

Para cães e gatos

Armadilha: deve ser confeccionada em material leve, lavável e, preferencialmente, impermeável e resistente, além de possuir ventilação, sistema externo de fechamento seguro e alças para facilitar o transporte.

O tamanho da armadilha deve ser compatível com o porte do animal, de forma a permitir movimentos naturais.

O uso de iscas alimentares é necessário como atrativo para que o animal entre mais facilmente e ali se mantenha até que a porta seja fechada. É utilizada para resgate de animais ferais ou arredios, ou em locais de difícil acesso. Sua instalação deve ser feita de maneira criteriosa, observando as características locais.

Para evitar acidentes, os moradores e frequentadores do local devem ser alertados sobre a finalidade da armadilha e a necessidade de não ser tocada, esteja o animal em seu interior ou não.

Caixa de transporte: deve ser confeccionada em material leve, durável, lavável e, preferencialmente, impermeável, além de ter ventilação e sistema de abertura e fechamento externo, com trinco seguro, que não permita a abertura pelo animal. Deve conter alças e, quando possível, rodinhas, para facilitar o transporte.

A caixa precisa ter tamanho compatível ao porte do animal.

Cambão: trata-se de um tubo rígido, produzido em diferentes materiais, resistente ao peso dos animais. Deve ser leve e revestido, na extremidade de contato com o animal, por borracha ou outro material atraumático.

No interior do tubo, é inserida uma corda de material flexível (algodão, couro, ou aço revestido de borracha).

Os mais seguros são feitos de alumínio leve com sistema de segurança que trava a corda, facilitando o manejo e evitando o enforcamento do animal.

Cordinha ou guia: corda com espessura mínima de 8 mm, preferencialmente feita em fibra de algodão ou outro material macio, resistente e maleável, com comprimento de 1,5 m a 2 m.

Focinheiras: devem ser de material macio, como as de plástico, ou rígido, como as de grade, adaptável aos diferentes tipos de focinhos, para a manutenção da respiração e da salivação normais.

O tecido deve ser colocado ao redor do pescoço e suas pontas unidas pela mão do funcionário no alto da cabeça do animal, mantendo as patas imóveis por outro operador.

As narinas do animal devem permanecer sempre livres. Gaiola de contenção: utilizada para administração de medicamentos injetáveis ou tratamento de ferimentos. Possui parede retrátil para restringir ao máximo a movimentação do animal.

Luvas: podem ser confeccionadas em diversos materiais, mas devem ser resistentes, espessas, macias e flexíveis, em diferentes comprimentos de cano (braço), curto a longo, e aprovadas pelo Ministério do Trabalho.

Devem ser utilizadas como proteção individual do trabalhador.

Mordaça: pode ser confeccionada de corda macia em fibra de algodão (com aproximadamente 2 metros de comprimento) ou em material plástico (polietileno) revestido de borracha e tecido do tipo velcro.

Puçá: rede de malha de algodão trançado, fixada a um aro de material leve e rígido, com cabo, geralmente confeccionado em alumínio. Pode ser eficiente, em situações especiais, para manejar cães de pequeno porte (assim como gatos, morcegos ou pequenos vertebrados).

Redes: quando ocorrer o uso de redes, o tamanho e a resistência da malha, tal como o tamanho da rede em relação ao porte do animal, devem ser observados.

Rede com aro: rede de malha de algodão trançado, fixada a um aro de material rígido, geralmente confeccionado em alumínio. Pode ser utilizado para o recolhimento de cães (assim como gatos, morcegos ou pequenos vertebrados), especialmente em ambientes abertos.

Rede sem aro: rede de malha de algodão trançado, com ou sem pequenos pesos nas bordas para mantê-la esticada. Pode ser utilizada em grandes áreas abertas, auxiliando na limitação do espaço de circulação do animal.

Para bovinos, equinos, suínos e pequenos ruminantes

Corda: preferencialmente, deve ser de couro, nylon ou seda, com espessura de 10 milímetros e comprimento mínimo de 15 metros. Recomenda-se a disponibilidade de, pelo menos, duas unidades para uso diário.

Cabresto: deve ter as mesmas especificações da corda e estar disponível em número suficiente e tamanho adequado à idade do animal. Recomenda-se que a equipe de recolhimento disponha de um número de cabrestos superior ao de recolhimentos de rotina, já que a quantidade de animais a ser recolhida pode ser superior à estimativa inicial da solicitação.

Laço: deve ser utilizado por funcionário capacitado e apto ao seu emprego, sendo confeccionado em material resistente, com maleabilidade limitada, preferencialmente de couro macio e trançado, com comprimento suficiente para garantir a contenção do animal e a segurança do funcionário e da população que circula nas proximidades.

Cachimbo ou pito: esse equipamento é utilizado para manejar animais com comportamento arredio ou arisco, ou em situações em que outras técnicas de contenção não sejam aplicáveis ou já tenham sido empregadas sem sucesso. Deve ser leve para facilitar o manejo, com laço de material macio e flexível, como algodão, seda ou nylon, e cabo com 2 metros de comprimento.

Iscas: pode-se utilizar capim, feno, pequena quantidade de ração, cenoura ou outros. As iscas devem ser substituídas diariamente, evitando que sejam ingeridas pelo animal após deterioração. O uso de iscas auxilia na aproximação, uma vez que, por curiosidade e atração pelo cheiro, o animal se aproximará com mais confiança.

Para todos os tipos de animais

Veículo: o veículo de transporte animal deve ser leve, seguro e ágil para deslocamento em áreas de maior tráfego. Deverá, ainda, ser compatível com atividades em áreas rurais e em aclive ou declive.

Preferencialmente, deve carregar cones para sinalização de vias de trânsito e telefone móvel, radiocomunicador ou outro meio de comunicação com a equipe.

Os veículos e os recipientes utilizados para o transporte de animais devem ser concebidos, construídos e montados de forma adequada para a espécie, de acordo com o tamanho e o peso dos animais a serem transportados.

Os veículos e compartimentos de transporte devem ser projetados com as estruturas necessárias para minimizar a oportunidade de escape pelos animais. Além disso, com a finalidade de minimizar a propagação de doenças infecciosas, os compartimentos de transporte devem ser projetados para permitir uma melhor limpeza e desinfecção, bem como a contenção de fezes e urina durante uma viagem.

Observação: as aves devem ser transportadas em caixas apropriadas com boa ventilação e, preferencialmente, confeccionadas em material plástico.

3 ATIVIDADES LABORATORIAIS

As atividades laboratoriais relacionadas às ações e aos serviços públicos de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública, devem obedecer ao que já estabelecem os programas de controle de doenças do Ministério da Saúde ou devem pautar-se pela necessidade de diagnóstico local, de acordo com o contexto epidemiológico.

3.1 Laboratório de diagnóstico de zoonoses

O laboratório de diagnóstico de zoonoses deve realizar testes em amostras biológicas de animais para elucidação diagnóstica das zoonoses de relevância para a saúde pública, tanto para a confirmação de suspeitas clínicas como para as ações de vigilância epidemiológica.

As atividades desenvolvidas devem levar em consideração a relevância epidemiológica das zoonoses que ocorrem na localidade/região e a disponibilidade de insumos da rede de laboratórios do SUS. Os testes diagnósticos poderão ser realizados na Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ), quando possível e indicado, ou em outro laboratório da rede do SUS, de acordo com a estruturação laboratorial já instalada no município, na regional de saúde ou no Estado. Entretanto, em caso de impossibilidade, o exemplar poderá ser encaminhado para uma instituição parceira oficial ou deverá ser encaminhado para o laboratório de referência, quando indicado.

3.1.1 Processamento das amostras

Cada UVZ/área de vigilância de zoonoses deve ter protocolo para coleta, armazenamento, acondicionamento e envio de amostras biológicas para diagnóstico de zoonoses.

4 CONTROLE DE POPULAÇÕES DE ANIMAIS DE RELEVÂNCIA PARA A SAÚDE PÚBLICA

O controle da população de animais, quando de relevância para a saúde pública, que não possua manual/diretrizes técnicas específicas ou normatização do Ministério da Saúde, deve ser realizado em situações excepcionais, em áreas de risco iminente de transmissão de uma zoonose por tempo determinado, com objetivos, metas e metodologias bem definidos.

As ações de controle da população de animais de relevância para a saúde pública devem estar consoantes com as medidas de controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos preconizadas pelo Ministério da Saúde e por legislação vigente.

Devem ser executadas mediante indicações técnicas que apresentem metodologias criteriosamente adequadas quanto à eficácia, à eficiência e à efetividade, resultando no controle da propagação de uma zoonose prevalente ou incidente, bem como de animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública, na área determinada (área-alvo).

Para algumas populações de animais, o controle, além de ter em vista sua diminuição, contenção ou restrição, também pode (considerando a normatização vigente, a pertinência técnica e o bloqueio do risco iminente de transmissão da doença para a população humana) visar ao seu equilíbrio ecossanitário, caracterizado, para essa finalidade, por controle sanitário da população animal alvo. Como o controle de populações de animais pode implicar risco de desequilíbrio ambiental, principalmente em ambientes com características silvestres dentro de área urbana ou periurbana, o órgão de governo da Saúde deve solicitar ao órgão de governo de Meio Ambiente a avaliação desse risco.

Constatado o risco de desequilíbrio ambiental, sendo esta uma situação que envolve atribuições do setor de Meio Ambiente, o setor Saúde deve realizar a devida interlocução com o referido setor para proceder às medidas conjuntas, considerando o risco sanitário e o risco de desequilíbrio ambiental.

Diante desse contexto, o setor Saúde deve atuar somente sobre o risco sanitário envolvendo a população animal alvo, ficando seu controle para o setor competente.

Considerando-se os tipos de animais que coabitam no meio urbano ou periurbano e que podem ser de relevância para a saúde pública, o controle da população de animais será dividido em quatro grupos, sendo eles:

1. Animais domésticos e domesticados: as ações, as atividades e as estratégias de controle da população de animais domésticos e domesticados devem respeitar todas as condições a seguir:

• São executadas de forma temporária, em situações excepcionais, em área determinada (área- -alvo), a fim de reduzir ou eliminar a doença, apresentando como resultado o controle da propagação de alguma zoonose de relevância para a saúde pública prevalente ou incidente na área-alvo.

• Quando realizadas sem foco na promoção e na proteção da saúde humana, não se configura em ação ou serviço público de saúde, pois nem todo animal doméstico é de relevância para a saúde pública, já que faz parte da fauna antrópica existente.

Assim, exceto para regiões com zoonoses de alto potencial de disseminação em áreas endêmicas e/ou epidêmicas específicas, esses animais serão a minoria na população local de animais domiciliados e irrestritos.

Sua determinação deverá considerar a correlação entre a intervenção no(s) animal(is) e sua representatividade no controle de uma determinada doença transmitida para a população humana.

• Podem ser realizadas como medida de controle de zoonoses apenas em área endêmica e/ou epidêmica, ou seja, apenas em área de reconhecida transmissão para determinada zoonose de relevância para a saúde pública. Assim, é infundado realizar medidas específicas de controle de população de animais unicamente visando à prevenção de zoonoses.

• Devem ser realizadas de forma coordenada, com objetivos, metas e metodologia adequadamente bem definidos, visando manter a população animal alvo sob controle por meio de sua diminuição, contenção e restrição, buscando o equilíbrio ecossanitário e propiciando a eliminação (quando possível) ou a redução efetiva da transmissão (ou do risco iminente da transmissão) de zoonoses para os seres humanos.

Observação: as ações e os serviços públicos de saúde voltados para vigilância e prevenção de zoonoses de relevância para a saúde pública, causadas por animais domésticos e domesticados, são executados de forma permanente, a fim de subsidiar os programas de controle existentes, bem como de identificar oportunamente o risco iminente de transmissão dessas doenças à população humana.

2. Animais peçonhentos e venenosos: as ações, as atividades e as estratégias de controle da população de animais peçonhentos e venenosos devem respeitar todas as condições a seguir:

• São executadas de forma temporária ou permanente, em área determinada (área-alvo), a fim de reduzir ou eliminar o risco de acidentes causados por esses animais, ou a própria população desses animais.

• Quando realizadas sem foco na promoção e na proteção da saúde humana, não se configuram em ação ou serviço de saúde.

• Podem ser realizadas tanto como medida de controle como de prevenção de acidentes causados aos seres humanos, haja vista, e considerando o contexto epidemiológico e a relevância para a saúde pública, todo animal peçonhento ou venenoso ser, potencialmente, causador de acidente.

• Devem ser realizadas de forma coordenada, visando manter a população-alvo sob determinadas restrições para sua diminuição, sua contenção e/ou seu equilíbrio, propiciando a eliminação (quando possível) ou a redução efetiva dos acidentes (ou do risco de acidente) causados por esses animais para os seres humanos.

Observação: as ações e os serviços públicos de saúde voltados para vigilância e prevenção de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos de relevância para a saúde pública são executados de forma permanente, a fim de subsidiar os programas de controle existentes, bem como de identificar oportunamente o risco iminente de ocorrência desses acidentes.

3. Roedores sinantrópicos e vetores: as ações, as atividades e as estratégias de controle da população de roedores sinantrópicos e vetores biológicos devem respeitar todas as condições a seguir:

• São executadas de forma temporária ou permanente, em área determinada (área-alvo), a fim de reduzir ou eliminar o risco iminente de transmissão de doenças (ou a própria doença).

• Podem ser realizadas tanto como medida de controle como de prevenção de doenças aos seres humanos, haja vista, e considerando o contexto epidemiológico, a maior parte da população de roedor sinantrópico e vetores serem, potencialmente, fonte de infecção de doenças.

• Devem ser realizadas de forma coordenada, visando manter a população-alvo sob determinadas restrições para sua diminuição, sua contenção e/ou seu equilíbrio, propiciando a eliminação (quando possível) ou a redução efetiva da transmissão (ou do risco iminente da transmissão) de doenças para os seres humanos.

Observação: as ações e os serviços públicos de saúde voltados para vigilância e prevenção de zoonoses de relevância para a saúde pública causadas por roedores sinantrópicos e vetores são executados de forma permanente, a fim de subsidiar os programas de controle existentes, bem como de identificar oportunamente o risco iminente de transmissão dessas doenças à população humana.

4. Outros animais sinantrópicos: as ações, as atividades e as estratégias de controle da população de outros animais sinantrópicos devem respeitar todas as condições a seguir:

• São executadas de forma temporária, em situações excepcionais, em área determinada (área- -alvo), a fim de reduzir ou eliminar a doença, apresentando como resultado o controle da propagação de alguma zoonose de relevância para a saúde pública prevalente ou incidente na área-alvo.

• Quando realizadas sem foco na promoção e na proteção da saúde humana, não se configura em ação ou serviço público de saúde, pois nem todo animal sinantrópico é de relevância para a saúde pública.

Sua determinação deverá considerar a correlação entre a intervenção no(s) animal(is) e sua representatividade no controle de uma determinada doença transmitida para a população humana.

• Podem ser realizadas como medida de controle de zoonose apenas em área endêmica ou epidêmica, ou seja, apenas em área de reconhecida transmissão para determinada zoonose de relevância para a saúde pública. Assim, é infundado realizar medidas específicas de controle de população de animais unicamente visando à prevenção de zoonoses.

• Devem ser realizadas de forma coordenada, visando manter a população-alvo sob determinadas restrições para sua diminuição, sua contenção e/ou seu equilíbrio, propiciando a eliminação (quando possível) ou a redução efetiva da transmissão (ou do risco iminente da transmissão) de doenças para os seres humanos.

Observação: as ações e os serviços públicos de saúde voltados para vigilância de zoonoses de relevância para a saúde pública causada por outros animais sinantrópicos devem ser executados de forma permanente, a fim de identificar oportunamente o risco iminente de transmissão dessas doenças à população humana.

As ações e os serviços públicos de saúde voltados para a prevenção dessas doenças devem ocorrer de forma temporária ou permanente, de acordo com o contexto epidemiológico.

Observação: em locais onde é estabelecido um controle contínuo de roedores e de escorpião por meio de programas, estes devem ser mantidos, conforme a necessidade local. A.

Definição da situação problema: a constatação e a definição de que há uma situação de risco sanitário para a população humana deverão emergir e ser subsidiadas e norteadas pelas ações rotineiras de vigilância quando houver a

identificação de casos ou surtos epidêmicos de zoonoses, assim como a ocorrência de atendimentos humanos relacionados a zoonoses, de agravos (causados por animal) que representem risco de transmissão de doença para a população humana e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública.

Essa etapa é caracterizada por levantamento e análise de dados.

A.1 Levantamento de dados: após a constatação da situação de risco sanitário para a população humana, deve ser realizado um levantamento de dados sobre a zoonose-alvo (prevalente, incidente ou possivelmente prevalente ou incidente) ou sobre o tipo de acidente causado por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública, que tenha ocorrido na área estudada.

Essa etapa consiste em três fases, sendo elas:

A.1.1 Informações relacionadas a aspectos epidemiológicos, ambientais e socioeconômicos: levantamento bibliográfico e/ou documental sobre a zoonose-alvo ou sobre o acidente causado por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Esses dados poderão ser advindos de literatura existente, de demanda espontânea, de notificação, dos bancos de dados oficiais da área da Saúde e de outro setor, entre outros, podendo ser esses dados primários ou secundários.

A.1.2 Identificação e caracterização da população animal alvo: realizada por meio de levantamento prévio da(s) espécie(s) envolvida(s) na situação de risco sanitário, tanto por consulta a dados já existentes (material técnico e banco de dados) para a área estudada, como por visualização ou captura de exemplares, seguido de identificação.

A constatação da presença de animais vertebrados ou invertebrados na área deve ser feita por inspeção direta ou indireta no local. Se possível, deve ser realizada, concomitantemente, a avaliação da área-alvo. (ver item 1.3.2).

Protocolo de identificação e caracterização da população animal alvo:

1. Relacionar as possíveis espécies que podem estar envolvidas na transmissão da zoonose- -alvo ou com o acidente causado por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública;

2. Identificação visual in loco, sem captura; ou

3. Identificação visual in loco, com captura; ou

4. Captura e transporte, para identificar a espécie em outro local; e

5. Recebimento de exemplares de pequenos vertebrados ou invertebrados coletados na área-alvo e entregues, por terceiros, à área de vigilância de zoonoses.

A.1.3 Identificação e caracterização da área alvo: deve-se identificar a área na qual está o nicho ecológico da população animal alvo, por meio de análise detalhada para delimitação dela.

Protocolo de identificação e caracterização da área alvo:

1. Concomitantemente à identificação e à caracterização da população animal alvo, deve-se identificar a área (localização espacial) em que a espécie-alvo habita, a partir do local em que esta foi vista ou coletada.

2. Verificar na literatura existente a área máxima de movimentação e deslocamento da espécie- -alvo, visando estimar o perímetro da área-alvo.

3. Identificar, avaliar e descrever as particularidades geográficas (clima, relevo, vegetação e hidrografia), as condições ambientais (condições que favoreçam a ocorrência da zoonose ou do acidente, como enchente, queimada, seca, acúmulo de lixo, acúmulo de entulho, desmatamento, saneamento básico, provimento de água tratada, represamento de água, disponibilidade de alimento e abrigo para a população animal alvo, entre outras) e a relação antrópica presentes na área-alvo, relacionando estas com a história natural da zoonose e/ou da população animal alvo.

A.2 Análise dos dados: após a definição da área e da população animal alvo, deve ser feita avaliação criteriosa dos dados levantados para a definição da situação problema, avaliando se há ou não necessidade da implantação das atividades, das ações e das estratégias de controle dessa população animal, como componente das ações mitigadoras e de controle da situação de risco sanitário.

Para a implantação das atividades, das ações e das estratégias de controle da população animal alvo, a caracterização da situação problema deve constatar o risco iminente de transmissão de zoonose ou de acidente causado por animal peçonhento e venenoso, de relevância para a saúde pública.

Deve-se, ainda, estabelecer ou confirmar a relação da espécie animal alvo com a transmissão da zoonose de relevância para a saúde pública, dentro do contexto epidemiológico de pessoa, tempo e lugar.

B. Objetivo e metas: caracterizada a situação problema, devem-se definir os objetivos e as metas para o alcance do controle da população animal alvo.

O objetivo (objetivo geral) deve estabelecer a intenção e o efeito esperados das ações de controle sobre a população animal alvo, orientando seu desenvolvimento.

O objetivo é o alcance do resultado final que se deseja após a implantação das ações de controle.

As metas (também chamadas de objetivos específicos) são o conjunto de ações concretas que, somadas, contribuem para o alcance do objetivo.

Protocolo de estabelecimento de objetivo e metas:

B.1 Definição do objetivo: avaliar qual das opções a seguir deve ser o objetivo.

B.1.1 Diminuição, contenção ou restrição; ou, ainda, eliminação (quando indicada tecnicamente) da população animal alvo, de forma que se elimine o risco iminente; ou

B.1.2 Diminuição, contenção ou restrição; ou, ainda, eliminação (quando indicada tecnicamente) da população animal alvo, de forma que se alcance a diminuição ou a eliminação (quando possível) do número de casos humanos ou de acidentados.

B.2 Definição das metas: avaliar quais das metas a seguir devem ser definidas para o alcance do objetivo. O ordenamento das metas será de acordo com cada situação.

B.2.1 Realização de ações para a educação em saúde.

B.2.2 Levantamento aprofundado da população animal alvo.

B.2.3 Registro da população animal alvo.

B.2.4 Controle físico, biológico, mecânico e/ou químico da espécie-alvo, que pode ser realizado mais de uma vez.

B.2.5 Coleta de amostras biológicas e não biológicas.

B.2.6 Controle sanitário da população animal alvo.

B.2.7 Recolhimento de parte ou da totalidade da população animal alvo.

B.2.8 Eliminação de parte ou da totalidade da população animal alvo.

B.2.9 Atingimento do equilíbrio ecossanitário da população animal alvo (eliminação do risco iminente).

B.2.10 Mensuração do número de casos ou de acidentados.

B.2.11 Monitoramento de cada ação.

Observação: As metas B.2.1 a B.2.8 podem ser definidas e realizadas considerando sua totalidade ou apenas parte delas, sendo seu ordenamento definido pela área de vigilância de zoonoses, conforme sua interpretação técnica e prioridades.

As metas podem ser realizadas em intervalos de tempo predeterminados, com a definição dos momentos de atuação e do tempo para o término das ações.

As metas podem significar as etapas do cronograma de execução das ações.

C. Atividades, ações e estratégias para o controle da população animal alvo

As atividades, ações e estratégias a serem desenvolvidas devem ser:

C.1 Educação em saúde Informar e orientar a população humana da área-alvo sobre a situação epidemiológica encontrada e as ações de prevenção e de controle que visam minimizar os riscos diretos e indiretos de transmissão da zoonose prevalente ou incidente.

Tais ações devem ser desenvolvidas de maneira sistemática e com a maior parcela possível da população humana da área-alvo e da área circunvizinha, se necessário.

Para isso, é fundamental que o profissional responsável pelas ações de controle da população-alvo utilize linguagem, postura e atitude adequadas para orientar e estimular a comunidade a praticar os cuidados necessários e apoiar os profissionais de saúde nas ações.

As ações de educação/informação em saúde devem esclarecer as ações que serão desenvolvidas, priorizando:

C.1.1 Guarda/posse responsável de animais domésticos: a educação para a guarda/posse responsável e os cuidados com os animais passíveis de infecção pela zoonose-alvo das ações de controle.

C.1.2 Orientações para a adoção de medidas e práticas que visem evitar a instalação e a proliferação de vetores e da fauna sinantrópica de relevância para a saúde pública (orientações para o manejo ambiental).

C.1.3 O risco iminente para a população humana. Observação: consultar tópico de “Educação em saúde” deste Manual.

C.2 Levantamento aprofundado da população animal alvo: se, no momento de identificar a população animal alvo, (item A.1.2) não houver necessidade de realizar um levantamento de modo mais aprofundado, este deverá ser feito antes da execução das medidas de controle propriamente ditas, da seguinte forma:

C.2.1 Aprofundar o conhecimento sobre a biologia da espécie envolvida.

C.2.2 Mensurar a população animal alvo (estimativa populacional), utilizando técnicas e métodos reconhecidos e/ou validados pela comunidade científica.

C.3 Medidas sobre a população animal alvo, quando aplicáveis

C.3.1 Atuação sobre a população de vetores e animais sinantrópicos

C.3.1.1 Captura/coleta (observar item 1.3.4) e identificação de espécimes.

C.3.1.2 Manejo ambiental: orientação, educação e informação para a comunidade, a fim de favorecer o manejo ambiental.

Em situações específicas, quando viável e possível, a área de vigilância de zoonoses pode participar conjuntamente da execução dessas ações, principalmente para demonstrar à população como proceder.

Além disso, devem-se monitorar as condições ambientais favoráveis à manutenção e à reprodução das populações de vetores e animais sinantrópicos, por meio de relatórios periódicos que norteiem as orientações a serem passadas à população e a articulação intersetorial, tendo em vista que o setor responsável proceda às ações de manejo e correção do meio ambiente.

C.3.1.3 Controle físico, biológico, mecânico e/ou químico da espécie-alvo, conforme critério técnico pertinente, como forma complementar ao manejo ambiental e à correção do meio ambiente.

C.3.2 Atuação sobre a população de animais domésticos e domesticados

C.3.2.1 Registro provisório ou permanente da população animal alvo, que contenha as informações necessárias para que a equipe de controle identifique essa população adequadamente, de acordo com as medidas de controle adotadas.

C.3.2.2 Coleta de amostras biológicas (do reservatório) para diagnóstico.

C.3.2.3 Coleta de amostras não biológicas (da área-alvo) para identificação do agente etiológico (parasitas e/ou micro-organismos patogênicos).

C.3.2.4 Controle sanitário da população animal alvo.

C.3.2.5 Recolhimento: a população animal alvo só deve ser recolhida:

C.3.2.5.1 Para ser identificada e/ou observada na UVZ.

C.3.2.5.2 Quando identificada uma zoonose para a qual a indicação seja a eliminação do reservatório.

C.3.2.5.3 Para estudo ou investigação de doenças com potencial zoonótico, quando não puder realizar-se no local de origem.

D. Monitoramento e avaliação das medidas de controle da população animal alvo

D.1 Monitoramento: acompanhamento de rotina da população animal alvo (na área-alvo) durante e após a aplicação das medidas de controle.

D.1.1 Medidas de monitoramento durante o controle:

• Avaliação das medidas de educação em saúde por meio de levantamento de dados primário da população da área alvo.

• Novo levantamento da população animal alvo.

• Novas coletas de amostras biológicas e não biológicas.

• Novas capturas (busca ativa) da espécie-alvo.

• Mensuração do número de casos ou de acidentados. D.1.2 Medidas de monitoramento pós-controle (para vigilância):

• Realização de novas atividades de educação em saúde.

• Levantamento periódico (quando necessário) da população animal alvo.

• Coletas de amostras biológicas e não biológicas da área submetida às ações de controle.

• Busca ativa da espécie-alvo nas ações de controle.

• Mensuração do número de casos ou de acidentados na área submetida às ações de controle.

D.2 Avaliação: durante o processo de monitoramento, deve-se avaliar a efetividade das ações de controle da população animal alvo.

Esta deve considerar:

D.2.1 O impacto sobre a saúde da população humana sob risco: deve-se avaliar a situação (diminuição, manutenção ou aumento) do número de casos ou de acidentados.

D.2.2 A eficiência (custo/efetividade) das ações: deve-se avaliar, constantemente, se há indicação de alteração da técnica utilizada por outra menos custosa para o serviço público e que propicie a mesma efetividade.

D.2.3 A necessidade de permanência/mudança de estratégia: seja pela ineficiência ou pela percepção de que, tecnicamente, os resultados serão comprometidos pela manutenção da técnica adotada.

Observação Cronograma de execução: deve-se definir um cronograma de aplicação das medidas de controle, especificando a frequência, o modo, o custo e o tempo necessários, desde a implantação até o monitoramento das ações.

TRATO DE ANIMAIS E CENTRO DE REFRERÊNCIA ANIMAL		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**

Manejo de animais (alimentação)	Todos que estiverem no canil diariamente	auxiliar
Manejo de animais (higienização)	Todos que estiverem no canil diariamente	auxiliar
Realizar procedimentos ordenados por veterinário	100%	auxiliar
Observação, manter sobre tutela	100 animais	auxiliar
Organização das dependências	100%	auxiliar
Castrações	40	Veterinário
Assistência/consulta	80 horas	Veterinário

4 – SERVIÇOS A SEREM IMPLEMENTADOS

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

I. NOME

Comissão de Revisão de Prontuários Médicos

II. FINALIDADE

Atender a resolução ***CFM N°. 1.638 de 10 de julho de 2002,*** onde é definido prontuário médico como um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria vinculado à Direção Administrativa da instituição.

III. COMPOSIÇÃO

A composição deverá ser de dois membros médicos, dois membros da Direção

Administrativa, um membro do Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME e um enfermeiro (a).

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela Diretoria Administrativa em comum acordo com a Diretoria Técnica.

IV. MANDATO

O mandato será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria pela Direção Administrativa a cada dois anos em local visível e de fácil acesso bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Administrativa da instituição bem como os cargos de vice-presidente e secretário.

No caso de substituição de um ou mais membros, cabe a Direção Administrativa em comum acordo com a Direção Técnica realizar novas nomeações através de portaria.

V. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

As reuniões acontecerão conforme a necessidade, sendo obrigatório reunião ordinária cada dois meses.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente, o vice assume suas funções. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em reunião prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias a cada dois meses poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

VI. ATRIBUIÇÕES

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário Médico.

I – A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exame complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

Tipo de Alta.

II – Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III – Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV – Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V – Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI – Desenvolver atividades de caráter técnico – cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão:

Convocar e presidir as reuniões.

Indicar seu vice-presidente.

Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

Organizar a ordem do dia.

Receber e protocolar os processos e expedientes.

Lavrar a ata das sessões/reuniões.

Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

Organizar e manter o arquivo da comissão.

Preparar a correspondência.

Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VII. DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria

PROPOSTA PARA NOMEAÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

A Coordenação Administrativa juntamente com a Diretoria Técnica da UPA24 horas, no uso de suas atribuições visando o bom andamento dos trabalhos desta instituição de saúde e de acordo com o que determina a Resolução CFM N° 1.638 de julho de 2002".

Instituir e Nomear a Comissão e Revisão de Prontuários Médicos.

Presidente:

Vice-Presidente:

Secretária:

Membro do Administrativo:

Membro do SAME:

Enfermeira:

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

MANUAL OPERACIONAL

O que é?

O plano e Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) é um documento que formaliza os métodos de segregação, manuseio e disposição intermediária e final de resíduos gerados dentro de suas instalações de acordo com a RDC 306/2004 e CONAMA 358/2005.

Identificação do Estabelecimento Prestador de Serviço
Razão Social:
Horário de funcionamento:
Endereço:
Cidade
Cep:
CNES:

Responsáveis técnicos
Drº
Diretor Técnico
CRM:

Enfº
Gerente de Enfermagem
Coren:

Responsável pelo PGRSS: Enfª
Coren:
Caracterização dos Resíduos

	Grupo A + E	Grupo B	Grupo D
Média mensal (Kg)			
Total anual (Kg)			

(A tabela acima será atualizada conforme as reuniões)

1. Resíduo do Grupo A – (infectante)

Resíduos com possível presença de agente biológico que, por suas características de maios virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

A.1 – Biológico: Cultura, inoculo, mistura de microrganismo e meio de cultura inoculado proveniente do laboratório clínico, vacinas vencidas ou inutilizadas.

2. Resíduo do grupo B (químicos)

Resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independentemente de suas características de inflamabilidade, corrosividade e toxicidade. Enquadram-se neste grupo:

B.1-Os resíduos dos medicamentos ou dos insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados apreendidos de descarte parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para o consumo, que oferecem risco. Incluem neste grupo: produtos hormonais de uso sistêmico, produtos antibacterianos de uso sistêmico, medicamentos citostáticos, antineoplásicos e medicação antirretroviral.

B.2- Substância para revelação de filme utilizados em raio –x

B.3- Reagentes para laboratório, isolados ou em conjunto

3. Resíduo do Grupo D (comum)

Todo resíduo que não se enquadra nos grupos descritos anteriormente é descartado como resíduo comum. Enquadram-se nesse grupo:

Papéis de uso sanitário, fraldas, absorventes, aventais descartáveis, curativos, sondas, lençol descartável, sobra de alimentos, resíduos provenientes da área administrativa, resíduo de varrição flores, podas e jardins, materiais passíveis de reciclagem, embalagens em geral

4. Resíduo do grupo E (perfurocortantes)

São os objetos e instrumentos contendo cantos, bordas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfura. Enquadram-se neste grupo: lâmina de bisturi, agulhas, escalpe, ampolas de vidro, etc.

Manuseio e Acondicionamento

O manuseio e o acondicionamento estão de acordo com a NBR 12.809.

De acordo com a fonte geradora, há coletores disponíveis próximos ao local de geração e segregação, conforme abaixo, em número suficiente para cada tipo de resíduo, devidamente identificados e de fácil reconhecimento de todos os funcionários.

- Lixeira com saco branco conforme NBR 9190 e 9191 para resíduo do grupo A
- Pré-embalagem resistente conforme a norma IPT NEA 55 para resíduo perfurocortante.
- Lixeira com saco preto para resíduo do grupo D.
- Pré-embalagem resistente para resíduo do grupo B, com simbologia de Tóxico perigoso na cor de laranja e saco laranja com simbologia para tóxico/perigoso. (Não utilizado)

1. Resíduo do grupo A

Os resíduos do grupo A são segregação na fonte geradora em lixeiras devidamente identificadas como receptora de resíduo infectante, conforme NBR 7500, com tampa aberta por sistema de pedal, de material de fácil higienização e em sacos plásticos, branco leitosos, devidamente identificados conforme NBR 9190 e 9191.

Os sacos brancos são fechados com os dois nós, respeitando 2/3 de sua capacidade e uma vez fechados não são abertos para inspeção ou retirada de seu conteúdo. Ao fechar o saco retira-se o excesso de ar, tendo o cuidado de não inalar ou se expor ao fluxo de ar produzido. Após o fechamento, o recipiente é imediatamente retirado da unidade geradora, através da coleta interna e levado até a sala de resíduos. O funcionário ao manusear o resíduo infectante faz uso dos seguintes equipamentos de proteção individual (EPI): máscara, uniforme, luvas e botas.

2. Resíduo do grupo B

Todo medicamento vencido, contaminado, interditado ou não utilizado é descartado em recipiente rígido (invólucro resistente e estanque e na cor de laranja) e reembalados em sacos na cor de laranja identificados como químicos, antes de serem encaminhados a sala de resíduo através da coleta interna.

3. Resíduo do grupo D

Os resíduos do grupo D são segregados na fonte geradora em lixeiras identificadas como receptoras de resíduo comum, com tampa e aberto por sistema de pedal.

Os sacos pretos são fechados com nó, respeitando 2/3 de sua capacidade e uma vez fechado não é aberto para inspeção ou retirada de seu conteúdo. O funcionário ao manusear o resíduo comum faz uso dos seguintes EPIs: uniforme, luvas e botas.

4. Resíduo do Grupo E

Os objetos perfurantes ou cortantes são descartados em pré-embalagens resistente, conforme norma IPT NEA 55. A atingir o limite de preenchimento (faixa de segurança identificada na caixa) são fechados, lacrados e identificados pelo profissional de enfermagem que comunica o profissional do serviço de higiene para reembalar em sacos brancos conforme norma NBR 9190, 9191, e encaminhar à sala de resíduo, através da coleta interna I.

Armazenamento

Compreende este item o armazenamento interno e externo, denominado respectivamente sala de resíduo e abrigo de resíduo.

1. Armazenamento Interno

Salas de resíduo: observa-se de acordo com o fluxo descrito, que duas ou mais unidades geradoras tem uma mesma sala de resíduo, apropriada para o armazenamento interno dos recipientes. Os recipientes são armazenados de acordo com as normas de segregação, em containers devidamente identificados.

2. Armazenamento Externo

O abrigo de resíduo está e acordo com a NBR 12.809.

3. 1 Resíduo grupo A

O armazenamento do resíduo infectante é realizado de acordo com as normas de segregação e de forma ordenada, isto é:

Não se admite a permanência de resíduo que não estejam devidamente acondicionados em sacos plásticos devidamente lacrados.

O acesso ao abrigo de resíduo é restrito aos funcionários da coleta.

A área para armazenamento de utensílios para higienização e a área de higienização dos carros de coleta interna e dos demais equipamentos utilizados é próxima ao abrigo.

O abrigo de resíduo é higienizado após a coleta externa ou sempre que ocorrer derramamento.

É construído em alvenaria, fechado, ventilado, piso lavável, ralo sifonado, ponto de água, iluminação artificial, portas com abertura para fora e fechado por sistema de travas.

3. 2 Resíduos grupo D e materiais passíveis de reciclagem

Como há coleta diferenciada, uma para resíduos infectantes e outra para resíduo comum, estes são armazenados em abrigo individualizado com acesso próprio, obedecendo às normas de instalação e garantindo a inviolabilidade das embalagens, visando a segurança do trabalhador envolvido e preservação do meio ambiente.

Coleta

1. Coleta interna I

Compreende a transferência dos recipientes, da fonte geradora a sala de resíduo. Esta coleta é efetuada de acordo com as necessidades da unidade geradora, durante 24 horas. Esta coleta é realizada de maneira manual pelo funcionário da higiene hospitalar, devidamente treinado e paramentado de acordo com a NBR 12809, obedecendo às normas de segregação, resíduo do grupo A, B, D e E.

Este transporte é realizado de maneira segura, sem riscos de acidente para o funcionário, sem esforço excessivo (até 20 litros de capacidade) e sem mistura dos resíduos segregados.

O funcionário é treinado a realizar esta coleta de forma a não permitir o rompimento dos recipientes.

No caso de acidente ou derramamento do conteúdo, deve-se realizar a limpeza e desinfecção simultânea do local e notificar a unidade.

2. Coleta II

Compreende a operação de transferência das salas de resíduo para o abrigo externo.

Resíduo Grupo A

Esta coleta é realizada três vezes ao dia ou se houver demanda, durante as 24 horas, obedecendo a um fluxo pré-estabelecido, com constância de horário, sentido único e fixo, evitando cruzamento.

A coleta é realizada por meio de veículo específico e exclusivo para resíduo infectante, compatível com o volume a ser transportado, de material liso, lavável, com tampa impermeável, com pontos laterais abrindo para fora, com rodas giratórias, identificado pelo símbolo de substancia infectante, conforme NBR 7500.

Resíduo grupo B

A coleta interna é efetuada de acordo com as necessidades da unidade geradora através de carro de coleta interna de resíduo do grupo A.

Resíduo grupo D e passiveis de reciclagem

Aplicam-se também a esta coleta as mesmas determinações da coleta anterior, com as seguintes alterações:

- O veículo para a coleta de resíduo comum é de uso exclusivo
- O funcionário faz uso dos seguintes EPIs: uniforme, avental, luvas e botas.

Rotinas de coleta de resíduos

Lâmpadas fluorescentes e Óleo de cozinha

Foi solicitado via e- mail para Secretária de Meio Ambiente a disponibilização dos recipientes para o descarte adequado desses produtos e como também o transporte e destino do mesmo.

Coleta externa, tratamento extra unidade e destino final dos resíduos dos grupos A, B.

Os RSS gerados são coletados três vezes por semana através de um veículo baú, especialmente para essa finalidade, contendo inclusive equipamentos para situação de emergência, como pás e cones de isolamento, de acordo com as normas regulamentadoras.

Este serviço é executado por profissionais treinados e com EPIs necessários de acordo com a NBR 06.

Tratamento

O sistema proposto para o tratamento dos resíduos é baseado na tecnologia de micro-ondas ou autoclave, que tem como objetivo promover uma desinfecção de alto nível nos R.S.S. de tal maneira que a possibilidade de se encontrar microrganismo é de 10 -6

4 - ROTINAS E PROTOCOLOS DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

As rotinas de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BENEFICENCIA COMUNITÁRIA serão processos complexos que exigirão uma logística bem planejada, organizada, coordenada e sob permanente avaliação. Nesse contexto, cabe aprofundar os seguintes pressupostos:

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O IAPP entende que a organização é a base fundamental de sustentabilidade de qualquer serviço, atividade ou sistema de produção de trabalho. Estará diretamente relacionada com a funcionalidade dos serviços, tendo por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz.

Dessa forma, um serviço organizado gerará resolubilidade, otimizará tempo e recursos, além de refletir positivamente na credibilidade da instituição, setor/serviço, sistema de saúde e usuário, favorecendo a todos os envolvidos no processo.

Para organizar os serviços, partir-se-á, inicialmente, do planejamento para conhecer a realidade e a funcionalidade, identificar problemas, processos de trabalho, fluxo de informações, Sistema de Informação, mecanismo de controle e avaliação,

atividades desenvolvidas, forma de execução, canais de articulação, comunicação e informação, demandas, para adequar os recursos, visando melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas.

1.1. OBJETIVO

Assegurar o abastecimento regular aos usuários da rede municipal de saúde de Ubatuba dos medicamentos, com qualidade e uso racional.

1.2. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS

Para a organização do serviço, deverão ser observados alguns pressupostos básicos. Dentre eles destacam-se:

- Estrutura organizacional que permita um bom desempenho em relação às funções básicas;
- Capacidade de interagir, de forma permanente, para a busca da adequação da estrutura e processos, diante das circunstâncias;
- Gestão orientada para resultados, de forma planejada e com objetivos criteriosamente construídos.

1.3. VANTAGENS DE UM SERVIÇO ORGANIZADO

Um serviço estruturado e organizado viabilizará bons e mensuráveis resultados, como:

- Regularidade no abastecimento e a disponibilidade dos produtos no momento requerido, em quantidade e qualidade;
- Melhoria do acesso;
- Credibilidade no serviço de saúde e na instituição parceira;
- Diminuição das perdas, desperdícios e a má utilização dos recursos;
- Registro dos processos de trabalho;
- Base de dados de suporte e apoio à gestão;
- Cumprimento de normas e procedimentos;
- Acompanhamento, avaliação e intervenção eficiente;
- Garantia da qualidade dos serviços e do atendimento ao usuário.

1.4. PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA UM SERVIÇO ORGANIZADO

- Conhecer a estrutura organizacional, os níveis de hierarquia, as competências, as atribuições as normas, os procedimentos e as formas de controle e avaliação;

- Identificar responsabilidades, ou seja, quem faz o quê, como, quando e com qual e periodicidade;

- Conhecer os processos de trabalho, forma de execução, fluxo de informações e demandas, interfaces, atividades desenvolvidas, em desenvolvimento, necessidades ou não de intervenção, de mudanças de funções, de práticas e/ou de pessoas;

- Identificar os recursos humanos, número de pessoal, perfil profissional, compatibilidade com a função, nível de satisfação do pessoal, demandas e relações no trabalho;

- Realizar oficina de trabalho com a equipe que será envolvida neste processo para discutir, ouvir sugestões, avaliar necessidades de redefinição de processos de trabalhos e repensar atribuições, de acordo com habilidades e perfis profissionais identificados;

- Elaborar Plano de Trabalho, com definição clara de objetivos, metas, prazo de execução, responsáveis, incluindo a sensibilização e motivação da equipe;

- Elaborar cronograma de atividades, forma de acompanhamento e avaliação dos resultados;

- Definir parâmetros e/ou instrumentos de controle e avaliação de resultados;

- Estabelecer indicadores de desempenho para o serviço e para a equipe;
- Desenvolver Sistema de Informação eficiente e eficaz, para o gerenciamento das ações;
- Implantar sistema de qualidade, que possibilite a melhoria dos serviços;
- Elaborar manual de normas e procedimentos operacionais, para harmonizar procedimentos e condutas.

1.5. REQUISITOS NECESSÁRIOS

- Estrutura organizacional;
- Estrutura física;
- Estrutura administrativa;
- Equipamentos e materiais;
- Recursos humanos;
- Recursos de informação;
- Recursos financeiros;

- Normalização e regulamentação;
- Apoio político do Gestor Municipal e da equipe.

2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Assistência Farmacêutica, enquanto parte integrante da Política de Saúde, deverá fazer parte da estrutura organizacional formal da Parceira, neste caso da OS IAPP, com definições claras das competências e dos níveis hierárquicos.

2.1. ESTRUTURA FÍSICA E INSTALAÇÕES PARA O BOM DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O IAPP estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boa localização, fácil acesso com áreas bem definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

2.2. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Um serviço organizado exigirá uma estrutura administrativa eficiente que possibilitará a elaboração de relatórios gerenciais, a manutenção de um sistema de informação eficiente (possibilitando uma gestão da informação a contento), a distribuição de tarefas de acordo com o perfil técnico e a estruturação de manuais e normas de procedimentos, nos quais constem todas as atividades, forma de execução, instrumentos gerenciais, padronização de formulários, normas administrativas, com a explicitação de toda funcionalidade do serviço.

3. MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS

Para contemplar a organização do serviço, o IAPP estabelecerá um conjunto de normas e procedimentos e assegurará seu fiel cumprimento. Ressalta-se que, para executarem bem suas tarefas, as pessoas precisam de direcionamento, a fim de que se sintam seguras e não tomem atitudes individualizadas para cada situação.

O conjunto de normas e procedimentos deverá ser elaborado de forma clara e objetiva, para todas as atividades e serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, recepção de medicamentos, controle, distribuição, dispensação, prescrição, entre outros As normas deverão também abordar aspectos referentes às questões administrativas, disciplinares, horários, conduta e vestuário, entre outros aspectos.

3.1. ELABORAÇÃO DE MANUAIS

O IAPP exorta que os Manuais são documentos práticos que servirão de orientação para a execução de todas as etapas dos processos de trabalho, de acordo com os critérios estabelecidos e responsabilidades atribuídas.

3.1.1. ESTRUTURA DOS MANUAIS

Um manual deverá ser prático, didático, objetivo, de fácil acesso e compreensão.

3.1.2. APLICABILIDADE

Para que um manual tenha aplicabilidade, algumas estratégias deverão ser desenvolvidas:

- Sensibilização da equipe: o IAPP mostrará a importância e as vantagens da utilização do Manual, sensibilizando as Equipes para que assumam compromisso para a sua adoção e utilização;

- Credibilidade: o IAPP garantirá aos profissionais que o processo será acompanhado e avaliado sistematicamente;

- Acompanhamento e avaliação: o IAPP designará um responsável, para acompanhar e avaliar o processo, além de, periodicamente, promover eventos para avaliação das ações e atualização do manual;

- Treinamento: o IAPP treinará as Equipe, objetivando o esclarecimento de dúvidas, e também fará os ajustes necessários ou estabelecerá prazos para a atualização do Manual, quando necessário;

- Instrumentos gerenciais/formulários: o IAPP entende que são modelos de documentos que deverão ser periodicamente atualizados, de acordo com o prazo estabelecido para revisão e deverão constar como anexos no Manual de Normas e Procedimentos.

4. NORMAS

Serão regras que o IAPP estabelecerá com a finalidade de disciplinar os procedimentos, ordenar os serviços, harmonizar condutas no trabalho, o modo de execução das tarefas, forma de acompanhamento e controle das ações.

5. PROCEDIMENTOS

Será a descrição detalhada, passo a passo, de uma atividade ou operação. Serão as orientações de como executá-las. Deverão ser estabelecidos procedimentos para todas as atividades, forma de acompanhamento e avaliação, como por exemplo, critérios técnicos e administrativos para o Edital de Compras de Medicamentos, seleção e qualificação de fornecedores, visando assegurar a qualidade do processo de aquisição e dos fornecedores, recebimento de medicamentos, estocagem, distribuição, dispensação, recolhimento, devolução de medicamentos, medicamentos vencidos, entre outros.

6. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

O IAPP disporá de equipamentos e materiais, em quantidade e qualidade apropriadas, e condições adequadas de funcionamento, incluindo:

- Sistema de manutenção preventiva e corretiva;
- Cadastro dos equipamentos, com o número do patrimônio;
- Cronograma de manutenção e limpeza;
- Registro de datas de manutenção, em especial os extintores.

7. RECURSOS HUMANOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O IAPP identificará necessidades, definirá perfis profissionais (competências e habilidades), capacitará os responsáveis e acompanhará e avaliará suas ações, cotidianamente. Implementará, também, programas de desempenho individual e de Equipe, bem como programa de educação permanente, de acordo com as necessidades pessoais e dos serviços. Além disso, utilizará estratégias fundamentais: reuniões sistemáticas semanais com a Equipe, para não acumular problemas e socializará as informações; promoverá reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização dos técnicos e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho, relacionados à Assistência Farmacêutica.

Um programa de qualificação profissional deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas.

8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

a) Informação: será o processo que permite que uma organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;

b) Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos, que deverão permitir ao Parceiro dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;

O IAPP adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar

no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre a Assistência Farmacêutica.

c) Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

O IAPP ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Consequentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

9. DOCUMENTAÇÃO E ARQUIVO

Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OS Parceira e as informações referentes ao número do telefone, fax, bem como o endereço eletrônico.

10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será imprescindível desenvolver e implantar práticas avaliativas, para fortalecer o processo de gestão, acompanhamento das ações e da evolução do trabalho. Será necessário construir instrumentos, mecanismos de controle e avaliação e indicadores de gestão, apontando para a melhoria contínua dos processos de trabalho.

10.1. QUALIDADE DOS SERVIÇOS

O IAPP ressalta que a qualidade será a base do processo de trabalho da Assistência Farmacêutica. Englobará conhecimentos, uso de ferramentas e instrumentos gerenciais apropriados e procedimentos que visarão à adequação dos serviços, a maximização dos recursos, a redução das perdas e dos custos.

A avaliação não é uma prática comum em serviços, principalmente os públicos. Há sempre uma preocupação centrada nos gastos e volume dos recursos financeiros, sem a preocupação de que a qualidade será fundamental para racionalizar recursos de todas as ordens e dar credibilidade à gerência e a gestão. A melhoria da qualidade da gestão implica ações de caráter estrutural, que inclui investimentos em estrutura, qualificação de recursos humanos, adoção de instrumentos modernos de gerência que possibilitem racionalidade, reordenamento dos processos de trabalho, métodos e técnicas.

A qualidade dos serviços dependerá da sua organização, da forma como os serviços e/ou atividades estarão estruturados e serão executados. Será um processo resultante da efetividade, eficiência e eficácia da gestão e da organização do serviço. A qualidade e a eficiência de um serviço de Assistência Farmacêutica estarão condicionadas à estrutura, aos processos de trabalho e aos resultados alcançados.

11. CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

11.1. SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Entende-se que a seleção deverá ser um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma “Comissão de Farmácia e Terapêutica” (CFT), que visará assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

Importante ressaltar que será a atividade mais importante da Assistência Farmacêutica, pois, a partir da seleção serão desenvolvidas as demais atividades. A seleção deverá ser acompanhada da elaboração do “Formulário Terapêutico”, documento que reunirá informações técnico-científicas relevantes e atualizadas sobre os medicamentos selecionados, servindo de subsídio fundamental aos prescritores. Será um processo dinâmico, participativo, bem articulado e envolverá a maior representatividade de especialidades médicas e profissionais da saúde

11.2. OBJETIVOS DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Reduzir o número de especialidades farmacêuticas;
- Uniformizar condutas terapêuticas;
- Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados;
- Contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos;
- Assegurar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos;
- Racionalizar os custos e possibilitar maior otimização dos recursos disponíveis;

- Facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, na tomada de decisões;
- Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos;
- Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento;
- Otimizar a gestão administrativa e financeira, simplificando a rotina operacional de aquisição, armazenamento, controles e gestão de estoques.

11.3. IMPORTÂNCIA DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Será imprescindível dispor da seleção de medicamentos, para a obtenção de ganhos terapêuticos e econômicos, o que se deve aos seguintes fatores:

- Avanços tecnológicos;
- Diversidade e multiplicidade de alternativas terapêuticas disponíveis no mercado;
- Limite dos recursos financeiros e demandas cada vez mais crescentes;
- Necessidade de garantir medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;

- Necessidade de manutenção da regularidade do suprimento.

11.4. ESTRATÉGIAS QUE DEVERÃO SER UTILIZADAS

a) Sensibilização do Gestor Municipal: o processo de seleção de medicamentos envolve diversos aspectos, dentre eles o político, o estratégico, o econômico, o técnico e o administrativo. Será preciso saber gerenciar bem todos os aspectos envolvidos, para o alcance dos objetivos pretendidos. A elaboração de uma boa seleção de medicamentos requererá decisão política do Gestor. Para tanto, faz-se necessário dispor de um conjunto de informações técnicas e administrativas do território de atuação, sob responsabilidade do Parceiro, para fundamentar a questão.

b) Levantar informações necessárias ao desenvolvimento do processo. Dentre elas, destacam-se:

- Situação de saúde da população (dados de morbimortalidade por grupo populacional, faixa etária, prevalência e incidência das doenças);

- Medicamentos mais utilizados, demandas e custos;

- Acesso a fontes de informação técnico-científica, como a literatura médica, livros de referência em farmacologia e medicina, para subsidiar o trabalho;

11.5. ETAPAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

O processo de seleção não se limitará à elaboração da Relação de Medicamentos Essenciais e do Formulário Terapêutico, mas consistirá num conjunto de atividades que visarão ao uso racional dos medicamentos, incluindo a prescrição, a dispensação, a farmacovigilância, a informação e a educação continuada profissional.

11.6. PROCEDIMENTOS

O processo de seleção necessitará de planejamento, organização, monitoramento e avaliação. Dentre os principais fatores, destacam-se:

- Criação da Comissão/Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT);

- Estabelecimento de normas, procedimentos e responsabilidades dos membros da Comissão (em Portaria ou regimento da Comissão). O IAPP poderá, também, instituir subcomissões para agilizar o processo e apoiar a CFT;

- Definição de metodologia de trabalho, critérios a serem adotados no processo de seleção, cronograma de execução, metas e instrumento para avaliação do cumprimento das metas.

- Levantamento de informações relevantes para dar suporte ao trabalho, tais como dados epidemiológicos, perfil da morbimortalidade, características da população que será atendida, oferta de serviços clínicos por especialidades, estudos de consumo, perfil de prescrição e estudos de utilização, entre outros;

- Levantamento de informações de referências bibliográficas, livros, periódicos, Formulário Terapêutico Nacional, entre outras;

- Estabelecimento de análise comparativa das informações científicas sobre cada produto e/ou grupo farmacológico de medicamentos;

- Elaboração da Relação de Medicamentos Essenciais;

- Apresentação sistematizada da Relação à equipe de profissionais para consenso e aprovação;

12. CRITÉRIOS TÉCNICOS QUE DEVERÃO SER OBSERVADOS NA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Dentre os mais importantes, destacam-se:

- Seleção de medicamentos baseados em eficácia e segurança comprovada, conveniência e boa relação custo-tratamento;

- Padronização de medicamentos pelo nome do princípio ativo: Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI);

- Escolha, preferencialmente, das substâncias com um único princípio ativo. Só serão aceitas associações de fármacos que apresentem significativa vantagem terapêutica sobre o uso dos produtos isolados;

- Escolha de medicamentos com propriedades farmacocinéticas mais favoráveis, permitindo maior comodidade na administração e que resultem em melhor adesão ao tratamento;

- Escolha da forma farmacêutica que proporcione maior flexibilidade posológica, menor toxicidade relativa e maior comodidade ao usuário;

- Escolha, entre os medicamentos de mesma ação farmacológica, categoria química ou característica farmacocinética, daqueles que apresentem maior vantagem terapêutica;

- Escolha de medicamentos com melhor relação custo-efetividade;

- Evitar inclusão de número excessivos de medicamentos;

- Evitar inclusão de associações.

O IAPP observará a disponibilidade no mercado, o menor risco-benefício, o melhor custo-efetividade, a maior estabilidade e propriedade farmacocinética mais favorável e a apresentação de melhor comodidade de uso para o usuário. Nessa perspectiva a OS declara que a eficácia será um benefício sobre a doença, baseado em ensaios clínicos controlados, delineamento experimental e relevância clínica. Segurança será condição indispensável para autorizar o uso clínico de qualquer produto.

12.1. ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR A SELEÇÃO E O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

O IAPP observará os conceitos da Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância e os estudos de utilização (prescrição, dispensação, educação em saúde) e, também, pautar-se-á na Farmacoeconomia, que significará a análise econômica no campo da Assistência Farmacêutica.

13. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

O IAPP, no âmbito de suas atribuições na Parceria, implantará esta instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que terá por finalidade selecionar medicamentos essenciais que serão utilizados.

14. PROGRAMAÇÃO

O IAPP afirma e referenda que “programar” consiste em estimar quantidades que serão adquiridas, para atendimento da demanda dos serviços, sob sua responsabilidade, por determinado período de tempo. A programação inadequada refletirá, diretamente, sobre o abastecimento e o acesso aos medicamentos, por parte dos usuários.

14.1 OBJETIVOS

- Identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento das demandas dos usuários da rede municipal de atenção básica de Ubatuba;

- Evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento;

- Definir prioridades e quantidades que serão adquiridas, diante da disponibilidade de recursos.

O IAPP despenderá esforços para dispor, antecipadamente, de dados de consumo e de demanda (atendida e não atendida) de cada produto, incluindo sazonalidades e estoques existentes, considerando períodos de descontinuidade e, a partir daí, estruturará um Sistema de informação e de gestão de estoques bastante eficientes. Identificará, por meio de ferramentas específicas, o perfil epidemiológico local (morbimortalidade), para que se possa conhecer as doenças prevalentes e avaliar as necessidades de medicamentos para as intervenções.

14.3. PROCEDIMENTOS

O IAPP deverá:

- Definir critérios e métodos que serão utilizados para a elaboração da programação e para o período de cobertura;

- Elaborar formulários apropriados, para o registro das informações;

- Efetuar levantamentos de dados de consumo, de demanda, de estoques existentes de cada produto, considerando os respectivos prazos de validade;

- Estimar as necessidades reais dos medicamentos;

- Elaborar planilha contendo a relação dos medicamentos, com as especificações técnicas, quantidades necessárias e custo estimado para cobertura do período pretendido;

- Identificar fontes de recursos para assegurar a aquisição dos medicamentos;

- Acompanhar e avaliar.

14.4. MÉTODOS DE PROGRAMAÇÃO

Existem diversos métodos para se programar medicamentos, para um determinado território. Os métodos mais utilizados são: por perfil epidemiológico, por consumo histórico e por oferta de serviços.

14.4.1. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Método que se baseia, fundamentalmente, nos dados de morbimortalidade, considerando-se: dados populacionais, esquemas terapêuticos, frequência de apresentação das enfermidades em uma determinada população, capacidade de cobertura, dados consistentes de consumo de medicamentos, oferta e demanda de serviços na área de saúde. Inicia-se com um diagnóstico situacional de saúde da população, com análise das enfermidades prevalentes, para as quais devem incidir as ações de intervenção sanitária, para gerar impacto positivo na situação de morbimortalidade.

a) Procedimentos:

- Listar os principais problemas de saúde por grupo populacional e faixa etária;
- Relacionar os medicamentos selecionados para o atendimento dos agravos identificados;
- Definir esquema terapêutico e as quantidades de medicamentos necessárias por tratamento.
- Calcular a quantidade necessária para o tratamento da população-alvo ou porcentagem da população a ser atendida;
- Avaliar a repercussão financeira e compatibilizar com os recursos existentes.

14.4.2 CONSUMO HISTÓRICO

Método que consiste na análise do comportamento do consumo de medicamentos, em uma série histórica no tempo, possibilitando estimar as necessidades.

a) Requisitos necessários:

- Registros de movimentação de estoques (entradas, saídas, estoque);
- Dados de demanda (atendida e não atendida);
- Inventários com informações de, pelo menos, 12 meses, incluídas as variações sazonais (que são alterações na incidência das doenças, decorrentes das estações climáticas). Com esses dados, dispor-se-á de informações aproximadas das necessidades, desde que não ocorram faltas prolongadas de medicamentos e que os registros sejam confiáveis.

A programação baseada apenas em dados de consumo reflete equívocos, nem sempre adequados à realidade e à terapêutica utilizada.

b) Procedimentos:

O IAPP (i) efetuará levantamento de dados (série histórica representativa do consumo no tempo - pelo menos 12 meses); (ii) calculará o consumo de cada medicamento (somar-se-ão as quantidades consumidas e dividir-se-á pelo número de meses de utilização); (iii) analisará a variação dos consumos de cada medicamento, em função do tempo; (iv) recomendará a definição de

um ponto de reposição, considerando o Consumo Médio Mensal e o tempo médio para a aquisição/re-suprimento; e (v) quantificará as necessidades de medicamentos.

A programação de um estoque de segurança deverá ser avaliada, considerando a reserva de recursos financeiros, muitas vezes escassos. Entretanto, exceções deverão ser consideradas, em razão dos fatores que poderão interferir no processo de aquisição, tais como a demora no processo licitatório, a distância geográfica, o tempo médio na reposição de estoques e a periodicidade das aquisições.

14.4.3. CONSUMO MÉDIO MENSAL (CMM)

Método que consiste na soma dos consumos de medicamentos utilizados, por determinado período de tempo, dividido pelo número de meses em que cada produto foi utilizado. Deverá se excluir perdas, empréstimos e outras saídas de produtos não regulares.

a) Consumo, necessidade e demanda

Consumo: é a quantidade de medicamento utilizada nos serviços de saúde, em intervalos de tempo (dias, semanas, meses, anos). Os dados do consumo poderão aflorar das necessidades reais ou de distorções do serviço (falta de produtos, substituições de medicamentos por outros, quando na falta de algum) ou, ainda, de prescrições médicas irracionais, não apropriadas do ponto de vista terapêutico, entre outros fatores.

Necessidade: será a quantidade de medicamentos prevista para uso, de acordo com o perfil epidemiológico local. Variará de acordo com a oferta dos serviços, nível de complexidade dos serviços de saúde, registros fidedignos e atualizados, entre outros fatores.

Demanda: serão as necessidades identificadas, que serão atendidas ou não. A demanda total ou real será a soma da demanda atendida e a não atendida (demanda não atendida: será quantidade de medicamento prescrito e não atendido).

b) Cálculo da demanda:

Demanda não atendida: número de dias em que faltou o medicamento / número de dias de funcionamento da Unidade X CMM.

14.4.4. MÉTODO POR OFERTA DE SERVIÇOS

Método utilizado quando se trabalha por serviços ofertados. Estimam-se as necessidades de medicamentos, em função da disponibilidade dos serviços ofertados à determinada população-alvo. Serão estabelecidas pelo porcentual de cobertura, não sendo consideradas as reais necessidades existentes.

15. AQUISIÇÃO

O IAPP exorta que a "aquisição" consistirá num conjunto de procedimentos, pelos quais efetiva-se o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo.

5- REGIMENTO

O regimento a seguir é válido para todas as unidades e atividades em que o IAPP fizer a gestão ou desenvolver a partir da parceria com o município de Ubatuba.

Dos Deveres do Colaborador:

- É comum a todos os colaboradores:

– Observar os horários de trabalho em sua unidade.

– Apresentar-se para o trabalho trajado com roupas apropriadas, discretas e limpas, com barba feita, cabelos cortados, penteados e presos quando compridos, batom e perfumes suaves.

– Dedicar todo o seu período de trabalho, interna ou externamente, aos serviços de interesse da UPA - Ubatuba, conforme determinação dos superiores hierárquicos.

– Desenvolver os trabalhos de forma eficiente e racional, de acordo com as ordens específicas recebidas dos seus superiores hierárquicos.

– Executar com zelo e dedicação os trabalhos pertinentes a seu cargo, produzindo serviços de boa qualidade, sem desperdício de materiais e de tempo, evitando danos aos equipamentos e utensílios da unidade, observados os padrões fixados pelo responsável do setor.

– Manter em dia os seus trabalhos, acatando sempre as ordens recebidas dos seus superiores hierárquicos.

– Evitar palestras, discussões ou conversas estranhas ao serviço, durante o horário de trabalho.

– Manter o devido respeito aos seus superiores e colegas de trabalho, evitando, no recinto da Unidade, palavras de baixo calão, gestos obscenos, discussões políticas, religiosas e raciais, evitando, com isso, incidentes desnecessários.

– Zelar pelo patrimônio da unidade de forma a evitar prejuízos decorrentes do mau uso.

– Dispor-se a concluir trabalhos a seu cargo, quando a natureza do serviço assim exigir, para evitar prejuízos resultantes de sua paralisação, evidentemente na conformidade da legislação trabalhista em vigor.

– Observar as determinações referentes ao uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) contra os riscos de acidentes do trabalho.

– Conhecer e respeitar todas as comunicações divulgadas pela Unidade de Saúde, através de cartazes, avisos, circulares, ordens de trabalho, comunicação interna, observando, também integralmente as normas de segurança no trabalho.

– Comunicar, na forma devida, ao seu superior imediato, o risco ou a ocorrência de qualquer acidente material e/ou pessoal.

– Comunicar, no mesmo dia, ao seu superior imediato, e este imediatamente a Direção, as razões motivadas por força maior, que impeçam seu comparecimento ao serviço, e justificar ao seu superior imediato as faltas ao serviço, no mesmo dia ou no dia seguinte a ocorrência.

– Observar o asseio do seu local de trabalho e das demais dependências de que se utilizar na unidade, zelando pela boa apresentação de ordem e limpeza, colaborando na preservação do ambiente limpo e saudável, evitando maiores consequência de ordem sanitária.

– Participar nas convocações para treinamentos.

Da Disciplina Interna:

- É proibido a todos os colaboradores

– Dedicar-se, durante a jornada de trabalho, a quaisquer atividades alheias aos serviços e interesses da Unidade de Saúde de Ubatuba.

– Ausentar-se do seu local de trabalho, durante o expediente, sem autorização do superior imediato e Diretoria.

– Trazer para a Unidade de Saúde, ou nela deixar guardados quaisquer objetos ou substâncias que ofereçam riscos à segurança pessoal.

– Fumar em locais onde constitua riscos à segurança pessoal dos próprios empregados e ao patrimônio da Unidade de Saúde.

– Apresentar-se alcoolizado ao trabalho e/ou consumir bebidas alcoólicas durante o expediente, assim como trazê-la para o recinto da Unidade de Saúde.

– Retirar produtos da unidade, para consumo próprio, quando não esteja para isso devidamente autorizado por escrito, pelo superior hierárquico.

– Retirar de seu lugar próprio, ou para fora do estabelecimento, quaisquer papéis, documentos e objetos (ferramentas, máquinas e materiais), pertencentes a Unidade de Saúde, salvo quando devidamente autorizado por escrito, por seu superior hierárquico e este pela Direção.

– Negociar nas dependências com quaisquer bens, objetos e artigos, inclusive contrair ou cancelar empréstimos.

– Realizar ou determinar por outra pessoa, cobrança de contas particulares no interior da Unidade de Saúde.

– Praticar ou tolerar jogos de azar ou outros quaisquer, ainda que nos períodos de refeição ou descanso nas dependências da Unidade de Saúde.

– Fazer circular listas, promover e passar sorteios, rifas ou fazer apostas de qualquer natureza e para quaisquer fins, ainda que beneficentes nas dependências da Unidade de Saúde.

– Preparar, promover ou dirigir-se a unidade através de abaixo-assinados ou utilizar-se desse expediente para qualquer manifestação interna, ainda que não envolva a Unidade de Saúde.

– Desacatar e desobedecer a ordens, instruções e recomendações de Biossegurança, formuladas dentro das respectivas competências, no interesse da perfeita execução dos serviços.

– Fazer, guardar ou utilizar, para fins estranhos aos interesses da unidade, anotações ou cópias sobre qualquer assunto relacionado com as atividades da mesma, ou dar conhecimento a outrem, por qualquer meio, de assunto ou fatos privativos da Unidade de Saúde.

– Introduzir, em quaisquer dependências da Unidade de Saúde, pessoas estranhas, ainda que parentes ou amigos, sem prévia autorização da Diretoria.

– Ausentar-se da Unidade de Saúde durante o expediente, ou antes do horário convencional, sem autorização por escrito do seu superior.

– Mudar de roupa em outra dependência que não no vestiário (W.C).

– Promover ou contribuir para quaisquer agitações tendentes à paralisação ou retardamento do trabalho.

– Dar ordens ou assumir atitudes de prepostos da Diretoria, sem ter autorização para tal.

– Valer-se da relação de emprego na Unidade de Saúde para lograr proveito pessoal, participando como procurador, sócio, gerente ou diretor, de clientes, fornecedores e demais empresas que negociem com a unidade, bem como solicitar dessas empresas favores, empréstimos, fianças, cartas de crédito e semelhante.

- Incluir em cartões pessoais, para qualquer finalidade, o endereço ou telefone da Unidade de Saúde, salvo no interesse do serviço e com autorização por escrito do Diretor.

– Comparecer ao serviço com trajes inadequados, à função ou local de trabalho.

– Usar telefones da Unidade de Saúde para assuntos estranhos ao serviço, salvo em caso de real necessidade e com autorização expressa do seu superior imediato.

– Proceder ou mandar proceder a afixação ou distribuição de avisos e publicações estanhas a Unidade de Saúde, em qualquer de suas dependências.

– Jogar no chão, papéis, cigarros e outros objetos, os quais devem ser sempre colocados nos recipientes apropriados.

– Demorar-se, desnecessariamente, nas instalações da Unidade de Saúde, prejudicando a normalidade dos trabalhos.

– Utilizar equipamentos, máquinas, ferramentas, materiais, móveis ou outros pertences da Unidade de Saúde para realização de serviços próprios ou de terceiros, ainda que fora do período normal de trabalho.

– Agrupar-se no interior da Unidade de Saúde para palestrar, comentar, criticar, discutir, fazer ou provocar insinuações e manifestações sobre assuntos políticos, partidários, religiosos ou raciais. - As penalidades aqui previstas serão aplicadas sempre que for constatada uma violação de qualquer dispositivo contido neste Regulamento, avisos, circulares e Ordens de Trabalho.

– Fazer algazarras, falar em voz alta, provocar ou dar qualquer motivo para tumulto, discussões ou brigas, em toda e qualquer dependência da Unidade de Saúde.

– Referir-se de modo depreciativo ou provocativo aos colegas e superiores ou atos destes emanados.

– Promover ou provocar reuniões ou ajuntamentos de qualquer natureza no recinto da Unidade de Saúde, sejam para fundar associações, cooperativas, grupos ou clubes internos, seja para quaisquer outras finalidades estranhas ao serviço.

Dos Deveres dos Supervisores e Responsáveis

– Exercer e assegurar o controle diário de frequência e pontualidade de seus subordinados, promoverem a distribuição racional dos serviços, garantirem a produtividade do setor, assegurando a perfeita execução dos trabalhos, bem como o controle da qualidade, que devem ser mantidos.

– Cumprir e fazer cumprir este Regulamento e verificar as eventuais faltas de suas observâncias praticadas em serviço, dando conhecimento do fato à Diretoria, sugerindo a pena a ser aplicada.

– Prestar aos seus superiores hierárquicos, na forma das instruções existentes em manuais, Ordens de Trabalho e Regulamentos, ou sempre que lhes forem solicitadas, informações sobre o andamento dos serviços sob a sua supervisão.

– Organizar o programa de férias de seus subordinados, e o seu próprio, garantindo, através de racional divisão de trabalho, que todos gozem suas férias nos períodos previstos, observadas as determinações legais, não permitindo sua acumulação nem sua conversão em pecúnia.

– Responsabilizar-se pela manutenção da disciplina e ordem no recinto de trabalho, bem como pelo cumprimento do horário e da saída de empregados durante o expediente.

– Obter autorização da Diretoria para transferência ou remanejamento de pessoal, no próprio setor, ou de um para outro setor.

Das Penas Disciplinares :

- As penalidades aqui previstas serão aplicadas sempre que for constatada uma violação de qualquer dispositivo contido neste Regulamento, avisos, circulares e Ordens de Trabalho.

De acordo com a natureza a gravidade da falta, será aplicada, independentemente da ordem em que são estabelecidas, mas sempre em concordância com a disposição prevista na Legislação do Trabalho.

1 - Repreensão por escrito

2 – Advertência

3 – Suspensão

4 - Dispensa

Aplicação das penalidades previstas neste Regulamento obedecerá ao mais alto critério de justiça e equidade. A Diretoria da Unidade de Saúde zela pela saúde e integridade física do prestador de serviço ou contratado, estudando e promovendo todos os meios possíveis para melhorar a segurança e a higiene no trabalho.

Do Horário:

Os prestadores de serviço e contratados trabalharão no período e horário que lhe forem designados.

Da Ausência :

Quando houver necessidade de faltar ao serviço, o empregado deverá solicitar licença ao seu superior imediato, por escrito, justificando os motivos.

O empregado que, por motivo justo e previsto, não puder comparecer ao trabalho, avisará o seu superior hierárquico dentro de 24 horas da ausência e, assim que retornar ao trabalho fará por escrito de justificativa, juntando, caso necessário, os comprovantes solicitados.

Quando o motivo alegado for doença, o empregado, ao retornar aos serviços, deverá apresentar os documentos comprobatórios necessários.

As ausências ao trabalho, faltas, atrasos, saídas antecipadas e saídas durante o expediente, sem causa justificável ou sem autorização superior por escrito, constituem motivos de aplicação das penalidades previstas neste regulamento.

A ausência ao serviço, por mais de 30 dias, sem justificativa ou autorização prévia, constante deste Regulamento, será considerado abandono de emprego.

Dos Acidentes de Trabalho:

Ao sofrer qualquer acidente de trabalho, o prestador de serviço ou contratado, deverá comunicar imediatamente o fato ao seu superior hierárquico para ser encaminhado ao médico.

Se isto não for possível, o empregado deverá fazer a comunicação dentro de 24 horas, contadas da ocorrência, sob pena de perda do direito ao tratamento e ao recebimento das diárias ou indenizações, quando for o caso.

O empregado só deverá considerar-se curado do acidente após receber alta médica, por escrito.

Preceitos de Segurança e Higiene:

A Diretoria da Unidade de Saúde zela pela saúde e integridade física do prestador de serviço ou contratado, estudando e promovendo todos os meios possíveis para melhorar a segurança e a higiene no trabalho.

Para o bem-estar do paciente e bom funcionamento da Unidade de Saúde, é expressamente PROIBIDO:

1. Portar-se de maneira inconveniente nas dependências da unidade, fazer barulho, provocar ruídos ou falar alto.

2. Fumar nas dependências da Unidade de Saúde.

3. Ligar aparelhos elétricos sem prévia autorização da Administração.

4. Entrar nos postos de enfermagem ou em outros locais de serviços especializados.

5. Solicitar ao serviço de enfermagem ou aos demais funcionários da unidade, serviços que não sejam de sua competência.

6. Utilizar ou destravar a torneira do oxigênio e vácuo, sem conhecimento da enfermagem.

Da Comissão de Avaliação:

Cada unidade conterá uma comissão de avaliação que deverá reunir-se mensalmente até o 5º dia útil para desenvolver um parecer sobre metas, dificuldades e atividades desenvolvidas no mês anterior.

6 - SATISFAÇÃO DO PACIENTE

O que é atendimento?

Atendimento corresponde ao ato de atender, ou seja, o ato de cuidar, de prestar atenção às pessoas que recebemos com atenção e cortesia.

O bom atendimento é a uma atitude que depende do comprometimento de cada um.

Como Atender com Qualidade?

Atendendo com vontade, atenção, responsabilidade e respeitando o cliente acima de tudo.

É Importante NÃO Esquecer!

- De OUVIR o que o cliente têm a dizer;
- De CONSIDERAR o sentimento das pessoas; (nervosismo, desespero, desânimo, etc.)
- De COMPREENDER a importância do cliente para a organização.

Pilares para um bom atendimento:

Comprometimento:

É necessário, então, estar empenhado em investir na qualidade no atendimento ao cliente, otimizando seu tempo, tendo empatia em relação a ele, e demonstrando vontade em cumprir com aquilo que o público espera de você.

Satisfação de suas necessidades:

Satisfazer é quase sinônimo de atender.

Na hora de resolver um contratempo, por exemplo, essa satisfação se dá quando se alcança um objetivo de forma rápida e eficaz. O consumidor, nesse caso, não quer ver propaganda ou novas possibilidades: ele só quer uma solução.

Portanto, quando o atendente sabe o que o público está esperando dele, é mais fácil de conseguir atingir o propósito. Quando o cliente está feliz e satisfeito, é mais fácil de voltar a procurar a empresa.

Administração do tempo:

Com as novas tecnologias e rotinas corridas do mundo moderno, economizar tempo é cada vez mais uma necessidade. Ninguém gosta de demorar horas para ser atendido.

- É preciso ser o mais rápido possível, sem perder a qualidade.
- Esse certamente é um dos motivos mais comuns para que um cliente desista de uma marca e dê preferência a outra. Portanto, a agilidade deve ser a marca de um bom atendente.
- E, quando for percebida uma demanda além das condições para cumpri-la, a empresa deve executar ações para garantir a qualidade do serviço.
- Além disso, é preciso que sejam definidos prazos reais e que sejam respeitados, já que a definição de uma data ou horário gera uma expectativa ao consumidor.

Surpreender e superar as expectativas:

- O último pilar para uma qualidade no atendimento ao cliente é encantar, ou seja, ir além do que o cliente espera.
- Em um sociedade imediatista, ter um diferencial em termos de atendimento aumenta consideravelmente as chances de que o paciente/cliente aumente sua confiança na qualidade do serviço e nos profissionais.
- Paciente/cliente satisfeito ainda pode indicar o serviço a outra pessoa. Parece óbvio bater nessa tecla, mas, diante de tantos dados que nos mostram que o atendimento é ruim, continuamos insistindo.

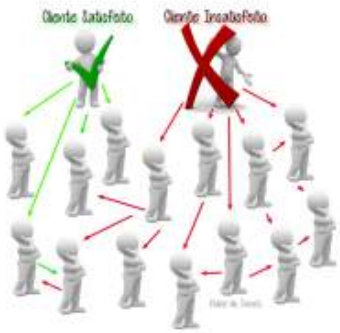
Erros cometidos no atendimento

Erros cometidos no atendimento

- Aquele com o qual você se apresenta com roupas provocantes, transparentes, ousadas, como também roupas amassadas, sujas, informais demais;
- Chamar o cliente/paciente de "meu amor", "meu querido", "ei amigo", "meu filho ou minha filha"... Trate o cliente pelo nome e diga apenas senhor ou senhora independente da idade;
- Aquele que demonstra irritação, cansaço, preocupação;
- Aquele que interrompe a fala do cliente;
- Aquele que demonstra insegurança;
- O ato de mascar chicletes;
- Aquele onde se diz a frase: "NÃO SEI..."Caso não saiba de uma informação, peça um instante ao cliente e procure se informar;
- Evitar o uso de celular.

Como Lidar com Reclamações

- Ouça as reclamações por inteiro;
- Coloque-se no lugar do reclamante;
- Cuide primeiro dos sentimentos do reclamante;
- Controle seus próprios sentimentos;
- Não leve as crítica para o lado pessoal;
- Aja imediatamente após a reclamação;
- Manifeste uma atitude agradável e prestativa;
- Encare a reclamação como uma oportunidade de melhorar;
- Dê o feedback ao reclamante.



Satisfação dos Usuários;

A avaliação da satisfação dos usuários é um assunto que vem despertando interesse de pesquisadores e gestores da saúde. Conhecer como os serviços de saúde oferecidos à população são avaliados por seus usuários pode contribuir para manter formas de atuação e/ou formular novas propostas de trabalho. Ouvir a comunidade a esse respeito ajuda os gestores no planejamento e implementação das ações e programas de saúde, justificando seus investimentos em determinadas áreas, além de aproximar os serviços de saúde dos usuários, fortalecendo a participação popular nos processos de planejamento e controle social. Acredita-se que a avaliação de usuários é um importante instrumento para qualificação e aprimoramento dos serviços de

saúde e que contribui para a construção do novo modelo proposto pela ESF e sobretudo para cogestão junto ao terceiro setor**, IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS -** como estratégia fundamental de mensurar efetividade.

Silva e Formigli (1994, p. 88) afirmam que a satisfação do usuário se pauta na "percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe". Assim, o grau de satisfação ou insatisfação do usuário com o serviço de saúde pode referir-se à relação que o usuário estabelece com o profissional do cuidado, assim como sua relação com os aspectos da infraestrutura material dos serviços (equipamentos e medicamentos), das amenidades (ventilação e conforto) e suas representações sobre o processo saúde-doença.

Ao avaliar a qualidade dos serviços, Donabedian (1990) leva em conta sete pilares: ***eficácia*** (o melhor que se pode fazer, em condições mais favoráveis possíveis, dado o estado do usuário e circunstâncias inalteráveis); ***efetividade*** (melhora da saúde que queremos alcançar, porém sem as condições ideais); ***eficiência*** (medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, obter o efeito máximo de melhora na saúde, com o menor custo); ***otimização*** (emprego da relação custo-benefício em saúde); ***aceitabilidade*** (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de sua família); ***legitimidade*** (aceitação do cuidado e aprovação dos serviços de saúde pela comunidade) e ***equidad***e (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população). Refere, ainda, **três dimensões** para a qualidade dos serviços de saúde. A primeira delas, a dimensão do ***desempenho técnico***, consiste na aplicação do saber, do conhecimento e tecnologia médica, a fim de maximizar benefícios e reduzir riscos. ***A dimensão das relações interpessoais*** leva em conta o relacionamento com o paciente. A ***terceira dimensão, a das amenidades***, diz respeito ao conforto e estética das instalações e equipamentos onde ocorre a prestação do serviço, ou seja, a estrutura física do local de atendimento.

O IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - implanta ações que fortalecem o atendimento humanizado a partir de educação continuada, aprimoramento e avaliação da assistência prestada, por meio de implantação de protocolos desenvolvidos de acordo com as particularidades observadas no município.

Todas as atividades são realizadas respeitando os padrões profissionais, a legislação e a regulamentação das políticas internas, com base na ética.

Os profissionais que atuam para o IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - em seus projetos, e os que porventura venham a atuar, recebem instrução quanto à hospitalidade, excelência de atendimento e humanização, a fim de que sua prática profissional seja aplicada na íntegra, com vistas a alcançar não tão somente todas as metas propostas pelo gestor público, mas também a satisfação de sua clientela alvo – os pacientes.

São utilizados como instrumento de avaliação da qualidade: pesquisa de opinião dos usuários atendidos, avaliação técnica dos profissionais e levantamento de indicadores baseados nos atendimentos.

Todos os dados levantados são mensurados e utilizados como norteadores das ações subsequentes para melhoria da qualidade dos serviços.

A percepção dos usuários sobre como é prestado os serviços é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade, através de sua avaliação o sujeito é capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além de favorecer uma humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, como também permiti a adequação do mesmo em relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2005).

Esta pesquisa justifica-se por se propor a percepção dos usuários e a satisfação dos mesmos sobre a atuação da equipe de saúde da família e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

Objetivo Geral

Identificar a satisfação dos usuários, com os serviços prestados.

Objetivos Específicos

- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento do hospital;
- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários;
- Identificar meios de manter esses pontos positivos;
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários;
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários.

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Queremos conhecer sua opinião aos nossos serviços. Solicitamos sua participação nesta pesquisa para que possamos aprimorar nossas atividades e melhor atendê-los

	ótimo	bom	regular	ruim	péssimo
RECEPÇÃO	☐	☐	☐	☐	☐
ESPERA	☐	☐	☐	☐	☐
ATENDIMENTO MÉDICO	☐	☐	☐	☐	☐
ENFERMAGEM	☐	☐	☐	☐	☐
LIMPEZA	☐	☐	☐	☐	☐
EXAMES	☐	☐	☐	☐	☐

CRITÍCAS E SUGESTÕES

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

ANÁLISE DO ÍNDICE DE SATISFAÇÃO/INSATISFAÇÃO

Fonte: PESQUISA DE SATISFAÇÃO

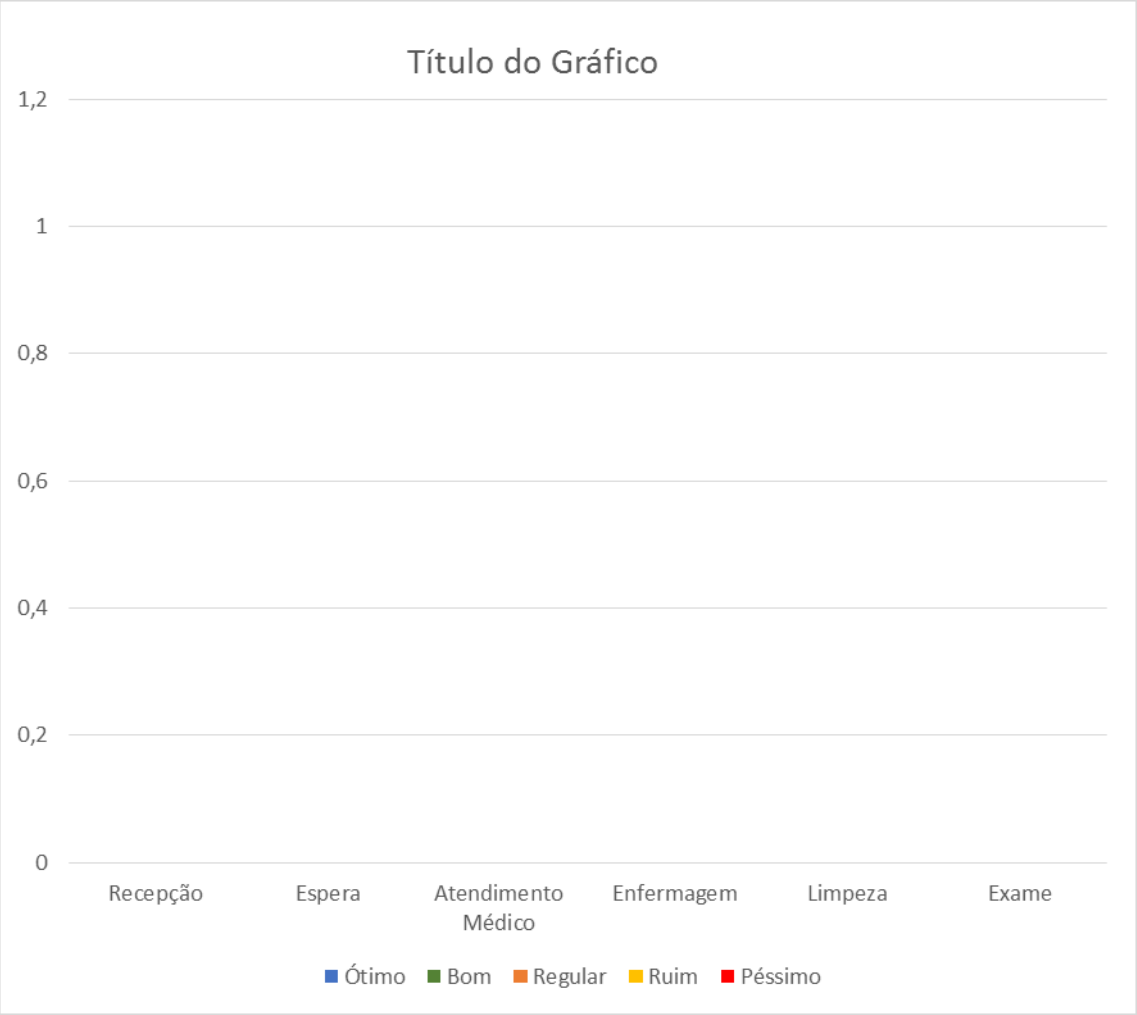
Unidade de Saúde:

Mês de Competência:

Quantidade Pesquisada:

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Subtotais
Recepção						0
Espera						0
Atendimento Médico						0
Enfermagem						0
Limpeza						0
Exame						0
Totais	0	0	0	0	0	

Total Geral de Pontuação >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> **0**


Título do Gráfico
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
Recepção
Espera
Atendimento Médico
Enfermagem
Limpeza
Exame
Ótimo
Bom
Regular
Ruim
Péssimo

Pesquisa de Satisfação - Condensado Geral												
Grau de Satisfação/Insatisfação			Hortolândia		2018							
Mês:	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Ótimo												
Péssimo												

Instrumentos

Esta pesquisa será feita por intermédio de um questionário, que abordará dados socioeconômicos dos usuários, satisfação quanto aos serviços prestados, atendimento da equipe de saúde, bem como os vínculos estabelecidos entre eles, duração das consultas, acessibilidade à unidade, estrutura física e insumos.

O questionário será aplicado aos usuários que procurarem atendimento no hospital durante os sete dias da semana, nos períodos diurno e noturno (dependendo da amostra obtida), sendo que o mesmo será aplicado pelos próprios funcionários da unidade. O grupo será previamente treinado pelo profissional do SAU, quanto a aplicação do questionário a fim de saber previamente o tempo a ser gasto e possíveis problemas que poderão ocorrer no decorrer da aplicação do questionário.

A aplicação do questionário será feita após a consulta com a enfermeira ou médico. Aqueles que não quiserem responder ou não saberem, também serão contabilizados ao fim da coleta de dados.

Diariamente as pesquisas e os questionários respondidos serão recolhidos e tabulados pelo profissional do SAU, ao final do mês será apresentado um relatório geral do resultado das pesquisas e discussão e apresentação dos dados nas reuniões de Coordenação e equipes da SMS de São José dos Campos.

Como proposta dividimos em quatro grupos a elaboração de questões, classificadas em:

- Acesso ao hospital;
- Consulta;
- Atendimento de Urgência;
- Realização de Exames;
- Outros atendimentos;

Acesso – facilidade de acesso, sinalização, informações sobre a Unidade, número de tentativas para abrir prontuário e para obter consulta, facilidade de circulação e orientação dentro da unidade de saúde, acomodações e infraestrutura, consulta com hora marcada, horário de funcionamento, tempo de espera, conforto de instalações;

Consulta – satisfação com o profissional, compreensão sobre a doença, compreensão sobre a indicação de exames, compreensão sobre significação dos resultados de exames, informação sobre a realização dos exames, compreensão sobre o tratamento dietético e efeitos colaterais, compreensão sobre tratamento medicamentoso, informação sobre efeitos colaterais dos medicamentos, compreensão sobre cuidados gerais e expectativa de melhora com a dieta, com a consulta e com a medicação;

Atendimento de urgência – tempo para atendimento de acordo com a classificação de risco.

Realização de exames – orientação, transporte interno, transporte externo, tempo de realização do exame.

Outros – atendimentos da assistente social, psicóloga, fisioterapia, nutrição, etc.

Rotina de aplicação das pesquisas de satisfação

- Deixar os impressos das pesquisas nos locais estabelecidos.
- Verificar diariamente se não está faltando o impresso de pesquisas de satisfação em suas respectivas caixas.
- Retirar diariamente, as pesquisas das caixas.
- Manter as pesquisas em envelopes identificados, para o futuro arquivo.

Rotina de aplicação do questionário para avaliação do usuário

- Entrevistar os pacientes ou acompanhantes que passaram em consultas ou realizaram procedimentos na unidade.
- Encaminhar aos responsáveis as reclamações, elogios e sugestões que possam haver no momento da aplicação do questionário.

Rotina de tabulação do questionário para avaliação do usuário

- Tabular os questionários respondidos conforme os itens avaliados, gerando um relatório constando o total de pesquisas respondidas o os resultados obtidos para cada item.
- Enviar o relatório mensalmente até o dia 10 do mês subsequente para a Coordenação de Qualidade, SAU, SMS e pautar em reunião de coordenação.

Proposta para criação da ouvidoria e acolhimento institucional

O IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS - determina como estratégia para ampliar a percepção de satisfação do usuário um canal de ouvidoria e acolhimento, que tem por objetivo registrar de modo estatístico, reclamação, sugestão, elogios, ou para sanar dúvidas. Os canais de escuta consistem em:

Acolhimento do coordenador da unidade:

O atendimento deverá ser feito em uma sala reservada, de forma a preservar a privacidade do paciente. Esse espaço descentraliza os níveis de resolutividade de conflito entre as amenidades dos processos de trabalho, e coloca a equipe como protagonista em relação as tomadas de decisão. Nos casos em que houver algum conflito na unidade entre o usuário e o trabalhador, esses poderão ser dirimidos na própria unidade reforçando o vínculo junto a equipe.

Todos os atendimentos realizados, devem ser registrados em planilha Excel própria para tal registro. A planilha de controle deve conter os seguintes itens: fonte da reclamação (verbal, telefone, correio, e-mail, etc.), número de ocorrência, data, nome do usuário / paciente, resumo de ocorrência, resumo da ação e unidade envolvida (recepção, médica, enfermagem, etc.). Ao final do mês emitir um relatório com os seguintes dados: total de atendimentos (telefone pessoal e e-mail) e unidades envolvidas.

As ocorrências formalizadas deverão ser encaminhadas para os respectivos setores para providências e ao final do mês enviar para a Coordenação da Qualidade- SAU o relatório gerencial das ocorrências.

Todas as reclamações recebidas deverão ser respondidas em até 48 horas.

Os envolvidos deverão apresentar a resolução em 15 dias. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhado a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Normatização para acolhimento ao usuário quando em queixa quanto ao serviço de saúde:

Rotina de atendimento para orientações gerais

- Atender cordialmente o usuário, solicitar que apresente sua dúvida.
- Orientar o usuário a e se certificar que o mesmo tenha entendido a orientação.

Rotina de atendimento das reclamações

- Orientar o usuário a formalizar a reclamação, sugestão ou elogio no formulário de Registro de Reclamação do Usuário. No caso da impossibilidade do mesmo formalizar a reclamação no ato, orientá-lo da possibilidade de enviar por e-mail ou trazer redigido de sua residência.

- Descrever a reclamação no formulário próprio para reclamações, nos casos em que o paciente tiver dificuldades na escrita e solicitar nosso auxílio. Utilizar nestes casos a 3ª pessoa ex.: o reclamante refere, ou Segundo Informação do Cliente (SIC).
- Ler ou solicitar a leitura do que foi escrito para o paciente e solicitar sua assinatura.
- Informar ao paciente para quem está sendo encaminhado a sua reclamação, se certificar que os dados pessoais (endereço e telefone) estão corretos, e o informar sobre como será dado o retorno.
- Anotar na planilha de ocorrências e inserir na planilha de controle das ocorrências formalizadas.

Rotina de controle de prazo para retorno das reclamações

- Verificar diariamente quais a reclamações pendentes que estão com o prazo vencido no dia.
- Elaborar e-mail para secretária da Diretoria/ Coordenação envolvida contendo a relação das reclamações pendentes (número da queixa, nome do reclamante, data em que foi encaminhado).

Criação da ouvidoria:

O IAPP - INSTITUTO DE APOIO A POLITÍCAS PÚBLICAS - poderá dispor de e-mail, telefone e aplicativo Smartphone para o registro das queixas e apontamentos referente a gestão e satisfação do atendimento nas ESF, esse servirá de instrumento de mapeamento de ocorrência para fins de planejamento e material para o matricialmente e apoio institucional.

Metodologia de Ações Corretivas

Action (Agir)
Plan (Planejar)
1 Identificação do Problema
2 Análise do Fenômeno
3 Análise do Processo
4 Plano de Ação
5 Execução
6 Verificação
7 Ação
8 Padronização
A
P
C
D
Check (Verificar)
Do (Executar)

8. PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

A Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho será realizada através de questionário aplicado aos profissionais das classes: médica, enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar) e administrativa, avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados.

Este questionário deverá ser auto preenchido, ou seja, o avaliador deverá entregar o questionário para os profissionais para que estes mesmos procedam com o preenchimento.

Amostra

O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho será realizado de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DAS CONDIÇÕES E RELAÇOES DE TRABALHO

IAPP
Instituto de Apoio a Políticas Públicas

PERFIL DO TRABALHADOR		
Sexo:	( ) Masculino ( ) Feminino	Idade:
Profissão:		
Escolaridade:	( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós-graduação	
Carga horária semanal:		
Observação: Preencha necessariamente todos os itens.		

1. Qual o tipo de vinculo/contrato formal de trabalho você tem com esse estabelecimento de saúde?

( ) CLT [contratado pelo próprio estabelecimento] ( ) Concursado ( ) Contrato temporário [sem CLT] ( ) Militar ( ) Cargo comissionado ( ) Terceirizado [cont. por emp. prestadora de serviço] ( ) Autônomo

2. Como você julga o (a):

Carga de trabalho	( ) alta	( ) normal			( ) pouca
Tamanho (dimensionamento) da	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito

equipe					ruim
Distribuição das tarefas	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Segurança para execução do trabalho	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Acomodações e mobiliário	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Higiene do ambiente	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Disponibilidade de materiais e equipamentos	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Salário	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Medicina do trabalho	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim

Relacionamento com a chefia imediata	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Estimulo do estabelecimento ao seu trabalho	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
Valorização de seu trabalho	( ) muito bom	( ) bom	( ) regular	( ) ruim	( ) muito ruim
3. As atividades que você realiza estão de acordo com cargo e/ou função para qual foi contratado? ( ) Sim ( ) Não					
4. Você se sente motivado neste serviço? ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Nunca					
5. Você participa das reuniões de equipe? ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Nunca ( ) Não há reuniões					
6.Existe um local neste estabelecimento que acolha suas opiniões, reclamações ou dificuldades? ( ) Sim ( ) Não					
7.Você utilizaria este estabelecimento de saúde ou indicaria para um amigo ou parente? ( ) Sim ( ) Não					
8.De forma geral você considera que este estabelecimento é: ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim					

7 – ACOLHIMENTO

O Acolhimento pressupõe a criação de espaços de encontros entre os sujeitos. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e ventilação naturais, cores, artes e demais questões já colocadas.

Refere-se também à utilização de mobiliários que sejam confortáveis e suficientes e que estejam dispostos de maneira a promover interação entre os usuários, em balcão baixo e sem grades, que não sejam intimidadores, que possibilitem o atendimento do paciente sentado – principalmente os cadeirantes - e que de alguma maneira permita privacidade ao usuário que chega ali para falar do seu problema, sem que os demais ouçam. Não podemos esquecer também de equipamentos que permitam a informação ao usuário em espera.

No âmbito do Pronto Socorro falamos do Acolhimento com a Classificação de Risco, ferramenta utilizada para proporcionar a atenção por nível de gravidade. A Classificação de Risco considera minimamente as seguintes áreas de atendimento: área de emergência e área de pronto atendimento. Nesse sentido é importante que se tenham propostas arquitetônicas com um arranjo que esteja de acordo com o arranjo proposto na atenção e que auxilie na resolutividade do atendimento e organização do processo de trabalho dentro desses setores de urgência e emergência.

Nas Unidades Básicas o Acolhimento, além de entendido enquanto processo que permeia toda a abordagem do usuário/comunidade, também é um espaço específico onde se realiza a primeira escuta e é identificada a necessidade do usuário,

assim como classificado o risco, por um profissional de saúde que o orientará e direcionará ao local mais adequado para resolução do seu problema, na própria unidade ou externamente, com garantia do atendimento. Esse espaço deve ser adequado considerando tanto as dimensões de fluxos quanto de privacidade e conforto tanto para usuários quanto para os profissionais que o recebem.

É importante ressaltar, no entanto, que não se pretende esgotar o assunto, nem criar normas ou estabelecer parâmetros rígidos, sendo que estas considerações e propostas devem ser adaptadas, repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada situação, local, diferentes demandas e ao poder de criação do arquiteto.

8 - PORTARIA

OBJETIVOS

Este manual foi elaborado com o objetivo de ser um guia de referência disciplinar para as diretrizes administrativas de controle de acesso a UPA. Colaborar para um atendimento de excelência, garantindo o acesso e o acolhimento digno, respeitoso e cordial aos clientes, funcionários, visitantes e fornecedores.

IMPORTANTE:

A portaria não deverá sob hipótese alguma reter qualquer documento de identificação dos clientes, de acordo com a Lei em vigência.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS - PORTARIA

1. Apresentar-se no local de trabalho com antecedência mínima de 10 minutos para receber o plantão e verificar as ocorrências (avisos, ordens ou orientações);

2. Zelar pela normalidade e utilizar corretamente o fardamento e crachá de identificação;

3. Preservar os cuidados básicos de higiene e a aparência pessoal (uniforme, sapatos, crachá);

4. Utilizar adequadamente os pronomes de tratamento sempre que dirigir-se ao cliente (Senhor ou Senhora);

5. Zelar pelo bom andamento das atividades e pelo patrimônio da UPA;

6. Manter a ordem e a disciplina durante seu horário de trabalho;

7. Registrar as informações no livro de ocorrência para um efetivo controle de acesso;

8. Atuar conforme procedimentos padrão;

9. Atender aos clientes com cordialidade, prestando informações e orientações adequadas;

10. Cuidar para que o acesso de entrada e saída da UPA seja procedido de maneira correta;

11. Verificar e zelar os bens pertencentes à UPA, comunicando, por escrito, aos setores competentes qualquer irregularidade que venha a ocorrer com os mesmos;

12. Manter postura preventiva diante de quaisquer irregularidades e/ou atitudes suspeitas;

13. Permanecer sempre no seu posto de trabalho e, em caso de ausentar-se por problemas adversos, comunicar imediatamente ao seu superior;

14. Guardar, conservar e manter em local adequado os achados e perdidos, para posterior devolução;

15. É proibido ao porteiro conceder quaisquer informações sobre condição clínica ou diagnóstica dos pacientes;

16. Não fornecer informações a terceiros referentes ao Corpo de Funcionários da UPA, instalações, equipamentos, processos, trabalhos em andamento, rotinas, veículos e seus itinerários, salvo quando autorizados pela Administração da UPA;

17. Manter postura profissional diante dos visitantes, evitando tratar de assuntos pessoais e da empresa;

2. NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA O ACESSO ÀS DEPENDÊNCIAS DAS UNIDADES DE SAÚDE.

2.1 Responsabilidades da portaria junto a clientes, acompanhantes e familiares.

1. Liberar acesso às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de necessidades especiais e pessoas acompanhada de crianças de colo terão atendimento preferencial, imediato e individualizado, de acordo com a Lei Federal n° 10.741/2003;

2. Não permitir a saída de pacientes, acompanhantes e familiares usando ou portando peças do enxoval próprio da UPA;

3. O serviço de portaria e segurança não deverá permitir a entrada de pessoas que estejam apresentando sinais de embriaguez;

4. A portaria não deverá, em hipótese alguma, permitir a saída de pacientes sem a documentação de liberação de alta, salvo se estiver acompanhada por funcionário responsável pelo setor;

5. Não permitir a entrada de acompanhantes e/ou familiares conduzindo alimentos para pacientes internados, salvo em situações especiais autorizadas por escrito pelo Médico;

6. Proibir a entrada de eletroeletrônicos, máquinas fotográficas e/ou filmadoras;

7. Não permitir, exceto na portaria da emergência, nos casos de pacientes de alta médica, a entrada de roupas ou enxovais para pacientes internados;

8. Não permitir o ingresso de pessoas trajando shorts, calções e tops;

9. Permitir o acesso de portadores de necessidades especiais com seus equipamentos de locomoção.

2.2 Visitantes e Fornecedores

1. Informar aos representantes que a exposição de seus produtos (médico-hospitalares, livros técnicos, equipamentos, planos de assistência média e/ou odontológica e etc.) na Recepção só será permitida mediante autorização da administração;

2. Comunicar a presença de membros da imprensa (repórteres, fotógrafos) antes de autorizar o seu ingresso;

2.3 Responsabilidades da portaria junto aos funcionários

1. Não permitir a entrada de pessoas estranhas, para o acesso às dependências da UPA;

2. Não permitir a saída de funcionários e pessoal do corpo clínico usando ou portando peças do enxoval próprio da UPA;

3. Impedir o ingresso de funcionário que esteja apresentando sinais de embriaguez ou alteração de comportamento;

4. Registrar no livro de ocorrência os objetos de volume de posse do funcionário ao entrar e ao sair da instituição, mesmo que esteja com autorização de chefia imediata.

5. Identificar qualquer pessoa que venha acompanhada de funcionário registrando seus dados em livro de ocorrência.

6. Relatar em livro de ocorrência todo e qualquer procedimento fora do normal que envolva funcionários;

7. Impedir a saída de qualquer tipo de objeto que faça parte de bens patrimoniais da UPA, salvo nos casos de autorização prévia de chefia imediata, nestes casos registrar a saída no livro de ocorrências;

8. Informar aos funcionários em serviço, a existência de pessoas que estejam aguardando na recepção, não permitindo a entrada das mesmas sem que estejam acompanhadas dos respectivos funcionários.

2.4 Responsabilidades do porteiro em relação a equipamentos e materiais

1. A movimentação de bens pertencentes a UPA e entrega de materiais, deverão ser feitas mediante a apresentação de documentação de trânsito de bem patrimonial;

2. Nenhum equipamento ou material do acervo da UPA poderá ser liberado durante os finais de semana e feriados, salvo com autorização expressa da administração;

3. A movimentação de bem patrimonial pertencente à UPA dar-se-á durante o horário comercial. Os casos imprevistos apenas com autorização da administração;

4. Solicitar a documentação referente a todas as máquinas e equipamentos e/ou objetos pertencentes à instituição, a fim de efetuar o processo de saída da UPA;

5. Registrar em livro de ocorrência todas as alterações que possam ocorrer durante o trânsito de bens patrimoniais da UPA;

6. No caso de trânsito de equipamentos e/ou objetos que não sejam patrimônio da UPA, comunicar imediatamente à Administração para que seja providenciada uma documentação especifica para os mesmos; definindo o local onde estes deverão permanecer, bem como designar o responsável pela guarda e conservação;

7. Comunicar a Administração a existência de objeto particular existente no local de trabalho;

8. Não será permitida a guarda de dinheiro e objetos de valor nas Portarias. Os casos imprevistos serão deliberados pela administração.

ROTINA DE TRABALHO

1) Apresentar-se ao local de trabalho com 10 minutos de antecedência;

2) Receber o plantão e ler todas as observações registradas no livro de ocorrência durante o turno anterior e sanar as pendências;

3) Portaria Recepção:

- Manter fechada a porta de acesso aos consultórios e controlar a entrada dos pacientes, sendo permitida somente a entrada dos mesmos. Somente é permitida a entrada de acompanhantes para menores de 18 anos ou maiores de 60 anos.

- Nos casos de necessidade de acompanhamento chamar um funcionário da enfermagem.

- Encaminhar os pacientes ao acolhimento.

4) Portaria Emergência:

- Manter fechada as portas de acesso à Emergência e Observação, não permitindo a entrada de acompanhantes sem a devida autorização.

9 - MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS

Almoxarifado

O almoxarifado pode estar destinado à estocagem de medicamentos e produtos para a saúde.

É importante ressaltar que a recepção e a expedição podem ou não estar localizadas no mesmo espaço, no entanto, este espaço deve estar separado das outras áreas do almoxarifado.

Recomenda-se que cada setor (medicamentos e produtos para a saúde) tenha profissional responsável.

Os almoxarifados precisam ser estruturados para desempenhar as atividades de:

- Recebimento;
- Estocagem e guarda;
- Conservação e
- Controle de estoque.

A localização do almoxarifado deve ser estratégica, em função da logística de distribuição.

➢ **Condições físicas:**

- Piso – deve ser plano, de fácil limpeza e resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos.

- Paredes – constituídas de alvenaria, devem ser pintadas com cor clara, lavável e devem apresentar-se isentas de infiltrações e umidade. Pelo menos uma das quatro paredes deve receber ventilação direta, através de abertura localizada, no mínimo, a 210 cm do piso. Esta abertura deve estar protegida com tela metálica para evitar a entrada de insetos, pássaros, roedores, etc.
- Pé direito – A altura mínima recomendada é de 6 m na área de estocagem e de 3 m nas demais áreas.
- Portas – de preferência esmaltadas ou de alumínio, contendo fechadura e/ou cadeado.
- Teto – de preferência de laje, mesmo que do tipo pré-moldada. Deve-se evitar telhas de amianto porque absorvem muito calor.
- Sinalização interna – As áreas e estantes, além dos locais dos extintores de incêndio, precisam ser identificadas.
- Instalações elétricas – devem ser mantidas em bom estado, evitando-se o uso de adaptadores. O quadro de força deve ficar externo à área de estocagem e as fiações devem estar em tubulações apropriadas.

Equipamentos.

Os equipamentos devem ser pensados em função do espaço físico e do volume operacional do almoxarifado.

- Estantes – são adequadas para medicamentos desembalados ou acondicionados em pequenas caixas. As estantes modulares de aço ou de madeira revestida por fórmica, são mais indicadas porque permitem fácil manuseio.
- Estrados – são apropriados para caixas maiores, não devem ultrapassar 120 cm no lado maior.
- Escadas – para movimentação dos estoques quando os medicamentos estiverem desembalados ou acondicionados em caixas menores.
- Carrinhos para transporte - a escolha dos mesmos depende do volume operacional do almoxarifado.
- Sistema de condicionamento de ar – utilizado para o controle adequado da temperatura nos locais de armazenagem de medicamentos. Devem ser pensados em função das condições dos ambientes.
- Ventiladores – na impossibilidade de instalação de aparelhos de ar condicionado, deve ser previsto o uso de ventiladores.
- Exaustores – são úteis porque ajudam na ventilação do ambiente.

- Termômetros – são recomendados os termômetros que registram as temperaturas máximas e mínimas para a medição na área de estocagem. Também devem ser usados termômetros adequados para a medição das temperaturas das câmaras frias ou refrigeradores.
- Higrômetro – usado para a medição da umidade nas áreas de armazenamento.
- Armários de aço com chave – destinados ao armazenamento de medicamentos sujeitos a controle especial, quando o volume estocado é pequeno. No geral é preferível dispor de sala fechada para este fim.

- Extintores de incêndio – devem ser adequados aos tipos de materiais armazenados e devem estar fixados nas paredes e sinalizados conforme normas vigentes. É recomendável a consulta ao Corpo de Bombeiros sobre os locais apropriados para a instalação dos mesmos, bem como sobre a sinalização e especificações necessárias. Devem ter ficha de controle de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga.
- Câmara fria – utilizada, principalmente, para a conservação entre 2 e 8ºC de volumes maiores de medicamentos termolábeis.
- Refrigerador – para estocagem entre 2 e 8ºC.

Outros:

- Caixas plásticas para transporte.
- Caixas de isopor para transporte.
- Cesto com tampa.
- Lacres.
- Armários, escrivaninhas e cadeiras.
- Linha de telefone direta.
- Máquinas de calcular.
- Pontas de rede (internet).
- Computadores.
- Impressoras.

Limpeza

NORMAS E ROTINAS: HIGIENE E LIMPEZA		
Sugerido por: **Enfermeiras Implantação**		
Estabelecido em:	Próxima Revisão:	Nº Revisão:
Executor: **Agentes de Asseio**		

DIRETRIZES

- Gestão compartilhada;
- SUS- Sistema Único de Saúde;
- Ética Profissional
- Humanização

HIERARQUIA

- A higiene e limpeza está diretamente ligada ao gerente da mesma.
- Gestor local: autoridade maior na Unidade de Saúde.

NOSSO OBJETIVO

- Obedecer às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento das necessidades do cliente, bem como as demais legislações (Constituição Federal, Códigos Civil, Penal, CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, Estatutos, Códigos de Ética e Disciplina, Leis Administrativas);
- Organizar os serviços prestados pela Higiene e Limpeza;
- Padronizar a execução das tarefas, dando continuidade ao serviço, independente de quem o faça;
- Otimizar o serviço ofertado.

TRABALHO EM EQUIPE

Toda equipe de trabalho é um espaço de relacionamento, onde se explicitam características pessoais, interesses e preferências, posturas de várias ordens (ideológicas, acadêmicas, histórias de vida), implicando em necessidade de conhecê-los e combiná-los aos objetivos de um projeto ou de uma organização. Ao mesmo tempo, trata-se de criar um ambiente em que as pessoas desenvolvam relacionamentos positivos e valorizados, pois equipes são fontes de auxílio e apoio, de troca de afetos diversos, e o trabalho deve ser organizado de tal forma que minimize os agentes estressores, promovendo condutas adequadas e padronizadas a todos os seus membros. Onde os envolvidos buscam o mesmo objetivo, visando sempre o bem-estar dos pacientes.

DEVERES GERAIS

- Comparecer à repartição nas horas de trabalho ordinário e nas de extraordinário, quando convocado;
- Dever de assiduidade e pontualidade, o colaborador deve comparecer e desempenhar as atribuições sob sua responsabilidade, observando o horário de funcionamento e a necessidade do serviço.
- Chegar com 10 minutos de antecedência para receber e passar o plantão.
- Relatar as intercorrências em livro ata do setor,
- Comunicar o supervisor do setor toda e qualquer intercorrência.
- Executar os serviços que lhe competirem e desempenhar com zelo e presteza os trabalhos de que for incumbido;
- Deve aplicar conhecimentos e capacidades na realização de suas funções, com presteza, dispensando atenção, dedicação e cuidado.
- Tratar com urbanidade os colegas e o público**,** atendendo a este último sem preferências pessoais;
- Valorizar o inter-relacionamento entre todos os funcionários para o bom desempenho do serviço**,** deve dispensar tratamento com respeito, civilidade e cortesia.
- Obedecer às ordens superiores, devendo representar, imediatamente, por escrito, contra as manifestações ilegais;
- Neste inciso está inserido o princípio da legalidade. E a obediência não é à pessoa do chefe, mas ao exercício da competência que lhe é atribuído pelas leis e regulamentos. Estando assim o colaborador obrigado a cumprir as ordens pela via hierárquica, salvo se ilegais.
- Zelar pela economia e conservação do material que lhe for confiado;
- É dever de todos os colaboradores zelar pela economia do material de consumo e assegurar a manutenção e não permitir o desvio ou danos no equipamento permanente.
- Apresentar-se ao serviço em boas condições de asseio e convenientemente trajado ou com uniforme que lhe for determinado;

- Deve-se apresentar em boas condições de higiene pessoa, discrição e conveniência no traje, ou uso de uniforme quando for obrigatório.
- Manter o espírito de cooperação e solidariedade com os companheiros de trabalho;
- Deve manter sempre inter-relacionamento, integração e referencia - espírito de cooperação auxilia na qualidade dos serviços.
- Sugerir providências tendentes à melhoria e aperfeiçoamento do serviço;
- Cumpre ao colaborador sugerir melhoria e aperfeiçoamento do serviço, primando pela qualidade dos mesmos.

PROIBIÇÕES

- Permanência de outros colaboradores que não seja do setor.
- Referir-se publicamente de modo depreciativo, a seus superiores hierárquicos, ou criticar em informação parecer ou despacho, as autoridades e atos da administração, podendo em trabalho assinado manifestar, em termos, aos superiores, seu pensamento sob ponto de vista doutrinário ou de organização de serviço, com o fito de colaboração e cooperação;
- Retirar, sem prévia permissão da autoridade competente, qualquer documento ou objeto de repartição;
- Atender reiteradamente as pessoas, na repartição, para tratar de assuntos particulares;
- Tratar de assuntos particulares ou interesses estranhos ao serviço, durante horário de trabalho.
- Manifestações de apreço ou desapreço e fazer circular ou subscrever lista de donativos no recinto da repartição;
- Manifestação de sentimentos pessoais, pois a finalidade da administração pública é prestação de serviços.
- Valer-se do cargo para lograr proveito pessoal;

- Usar os recursos públicos para atender interesse próprio ou de outrem, desviando a finalidade que é o interesse público.
- Empregar material do serviço público em atividade particular;
- Desvio de material (é uma forma de lograr proveito próprio).
- Receber propinas, comissões, presentes e vantagens de qualquer espécie, em razão das suas atribuições;
- Receber qualquer vantagem para realização de trabalho ou ato administrativo direcionado a interesse de terceiro, é uma conduta ilícita, configura o crime de corrupção, artigos 317 do código penal corrupção passiva, que é solicitar ou receber vantagem indevida e artigo 333, corrupção ativa, oferecer ou prometer vantagem indevida ao servidor para praticar, omitir ou retardar ato de oficio.

PONTUALIDADE E ASSIDUIDADE

A pontualidade e assiduidade são sinônimas de compromisso e responsabilidade, além de serem fatores importantes para a avaliação de desempenho.

- Ser frequente, não faltar;
- Registrar o ponto no relógio digital;
- Dirigir-se ao seu posto de trabalho de imediato;

IMPORTANTE:

- Prorrogação de horas, horas extras, descontos de horas, horário de banco, falta abonada, declaração, SOMENTE com a autorização da gerencia da Unidade ou da chefia imediata.
- Na iminência de ausência, entrar em contato com sua chefia.

POSTURA

- Apresentar-se adequadamente trajado no seu posto de trabalho;
- Estar higienizado;
- Uso de perfumes suaves;
- Aparência agradável;
- Homens com barba feita ou aparada;
- Mulheres com maquiagem discreta;
- Cabelos organizados;
- Manter-se em postura acolhedora;
- Sentar-se confortavelmente, de forma ergonômica;
- Não mascar chiclete;
- Não comer no local de trabalho (para tal encaminhar-se à copa);
- Não usar óculos de sol ou fone de ouvidos
- Celular desligado ou no modo de vibração (NUNCA atender celular durante o atendimento ao cliente. Ao término do atendimento, responder a ligação se caso urgente);
- Não acessar e-mail, redes sociais e outros similares;

- Se música presente deve ser suave e em volume baixo;
- Manter postura profissional, evitando piadas, riso alto, etc;
- Primar pela ética, não comentando sobre a vida alheia, principalmente de usuários e colegas de trabalho;
- Não julgar, comparar, rotulando ou atribuindo às pessoas designação ou denominação de maneira redutora que o defina (“aquela mala”, “o sabe tudo”, etc.).
- Ao cometer falhas, notificar ao seu superior hierárquico.

IDENTIFICAÇÃO

- Uso dos uniformes fornecidos.
- Uso de crachá de identificação, em lugar de fácil visualização.
- Orientação: uso de calçado fechado.

ROTINAS

- Antes de iniciar o trabalho, organizar o setor;
- Checar todo o material necessário para o plantão (baldes, rodos, panos, desinfetante, EPI´S, outros)
- Organizar as ferramentas de trabalho (carrinho de limpeza);
- Ao término do seu horário de trabalho, passe o plantão para ter o serviço e permanecer com as rotinas estabelecidas;
- Recomponha sua área de trabalho.

PARTE I - PERIOCIDADES E TIPOS DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ACORDO COM SETORES E UNIDADES

A- Unidade de Internação quartos comuns

- Limpeza concorrente diária
- Limpeza terminal, quando necessário.

B- Quartos de Isolamento de Contato

- Limpeza terminal
- Lavar com rodo de espuma com água, sabão e água sanitária no piso diariamente;
- Lavar com rodo de espuma com água, sabão e água sanitária nas paredes;
- Desinfecção diária com álcool a 70% no mobiliário- Esta área deverá possuir material próprio para sua limpeza (balde e panos);

C- Corredores

- Limpeza diária e sempre que necessária no piso
- Limpeza mensal e sempre que necessária de parede, teto
- Limpeza quinzenal e sempre que necessária de janelas, peitoris e basculantes
- Os corredores bem como as escadas deverão ser divididos em dois lados direito e esquerdo e sinalizados com placas de CUIDADO CHÃO MOLHADO para evitar acidentes.

D- Sala de procedimentos

- Sempre que necessário, após consulta ou exame médico:
- Recolher o lixo e resíduos em saco plástico
- Desinfecção de mesas e bancada- Limpeza e desinfecção semanal da geladeira. Utilizar álcool a 70% (friccionando 3vezes), exceto nas borrachas. Ao término de cada dia:
- Limpeza terminal

E- Posto de enfermagem

- Limpeza diária
- Limpeza mensal de paredes e teto

F - Limpeza dos Expurgos

- Sempre que necessário:
- Retirar o lixo devidamente ensacado
- Lavar cestas de lixo e substituir sacos plásticos
- Lavar tanque com água e sabão
- Limpar com pano úmido com água, sabão e água sanitária piso;
- Lavar pano de chão, rodos, com água e sabão;

- Retirar as luvas, lavar com água e sabão, enxaguar em água corrente e secar;

G - Limpeza da Sala de Preparo de Material e Esterilização (CME)

- Limpeza diária
- Retirar o lixo devidamente ensacado
- Lavar cestas de lixo e substituir sacos plásticos
- Desinfecção de mesas e bancada de preparo de material
- Passar pano úmido com água, sabão e água sanitária no piso
- Limpeza mensal de paredes e tetos
- Esta área deverá possuir material próprio para sua limpeza (balde e panos)

H - Limpeza da Sala de Guarda de Material (CME)

- Limpeza diária
- Retirar o lixo devidamente ensacado
- Lavar cestas de lixo e substituir sacos plásticos
- Desinfecção de mesas e bancada de preparo de material
- Passar pano úmido com água, sabão e hipoclorito no piso
- Limpeza mensal de paredes e tetos
- Esta área deverá possuir material próprio para sua limpeza (balde e panos)

I- Área Administrativa

- Limpeza diária
- Recolher o lixo e resíduos em saco plástico
- Limpeza mensal e sempre que necessária de parede, teto
- Limpeza semanal, desinfecção de mesas e mobílias

PARTE II - PROCESSAMENTO DE SUPERFÍCIES

1 – CLASSIFICAÇÃO DE SUPERFÍCIES SEGUNDO O RISCO POTENCIAL DE TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES

ÁREAS CRÍTICAS

- São aquelas com risco aumentado de transmissão de infecção e presença de pacientes com depressão da resistência anti-infecciosa e presença de matéria orgânica (sangue pus e outras). Ex: sala cirurgia, curativo, expurgo, laboratório e outros.

ÁREAS SEMI-CRÍTICAS

- São todas as áreas ocupadas por pacientes de:

- Doenças não-infecciosas;
- Doenças infecciosas de baixa transmissibilidade.

Ex: consultórios médicos e de enfermagem.

ÁREAS NÃO CRÍTICAS

- São todas as áreas das Unidades de Saúde não ocupadas por pacientes, ou cujo acesso lhes seja vedado.

Ex: copa, secretaria, etc.

Observações:

- As áreas críticas e semicríticas requerem limpeza e desinfecção diárias e as áreas não críticas apenas limpeza.

PARTE III- ROTINA TÉCNICA PARA LIMPEZA E/OU DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIE

1 - ROTINA DE TRABALHO DO FUNCIONÁRIO DA LIMPEZA

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O TRABALHO:

1- Lavar as mãos com água e sabão líquido ou sabão em barra e aplicar álcool glicerinado a 70% friccionando por 30 segundos:

- Antes de iniciar as tarefas de limpeza;
- Ao constatar sujidade;
- Antes e após uso de toalete;
- Após tossir, espirrar ou assoar o nariz;
- Antes de se alimentar;
- Após término das atividades.
- Não comer ou fumar quando executar tarefas de limpeza;
- Evitar o uso de bijuterias, joias e relógios durante a execução do trabalho.
- Usar uniforme durante o trabalho e o equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com as circunstâncias de risco.
- Preparar previamente todo o material necessário ao procedimento de limpeza e desinfecção a ser executado.
- Remover o lixo do recinto, as roupas sujas e o material usado para os locais devidos, antes de iniciar a limpeza.
- Não agitar peças de roupas, sacos de lixo, ou qualquer material contaminado, não espanar e não fazer varredura a seco nas áreas internas da Central de Material Esterilizado e Unidades de Saúde.
- Iniciar pelo mobiliário e/ ou paredes e terminar pelo piso.
- 9-Limpar com movimentos amplos, do lugar mais alto para o mais baixo e da parte mais distante para a mais próxima.
- Começar a limpeza sempre do fundo dos recintos, salas e corredores e prosseguir em direção à saída.

- Limpar primeiro uma metade do recinto e depois a outra metade, deixando espaço livre para passagem de pessoas, remoção de equipamentos e mobiliários.

2 - MATERIAIS E PRODUTOS DE LIMPEZA

PANOS:

Pano de chão:

- Utilizado para varrer, lavar e secar pisos. Deve ser de tecido forte, branco, embanhado ou aurelado e de tamanho suficiente para envolver o rodo ou vassoura.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos;
- Enxaguar
- Colocar para secar.

Pano para limpeza:

- Tecido macio embanhado ou aurelado, usado para remover poeira; pode ser umedecido em água, solução desinfetante ou álcool a 70%.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos
- Enxaguar;
- Colocar para secar.

VASSOURA DE FIO SINTÉTICO:

- Usada juntamente com o pano de chão.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Colocar para secar pendurada pelo cabo.

VASSOURA DE VASO SANITÁRIO:

- Utilizada para limpeza da parte interna do vaso sanitário.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
- Novamente;
- Para secar pendurada pelo cabo.

ESPONJAS:

Esponjas de aço:

- Usada para limpeza de superfícies com manchas ou resíduos. É descartável.

Esponja sintética:

- Usada na limpeza de superfícies que sofrem danos com esponjas de aço.

ESCADAS:

- Devem ser antiderrapantes com degraus emborrachados.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Secar com pano limpo.

BALDES:

- Devem ser de plástico rígido; geralmente são estabelecidas duas cores: uma para água e outra para solução detergente.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Colocar emborcados para secar.

PÁS DE LIXO:

- São de metal ou plástico com cabo longo de plástico ou madeira, usado para recolher pequenas porções de lixo e pó.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Esfregar com esponja de aço;
- Guardar pendurada pelo cabo.

RODO:

- Utilizado para a remoção de água e limpeza de piso com pano.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com hipoclorito a 1% se necessário;
- Colocar para secar pendurado pelo cabo;

ESPÁTULA DE AÇO:

- De aço inoxidável e cabo de madeira, usada para remover resíduos aderidos às superfícies.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Esfregar com esponja sintética;
- Secar com pano limpo.

DESENTUPIDOR DE VASOS E PIAS:

- É constituído de material emborrachado com cabo de madeira ou plástico.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% por 30min.;
- Enxaguar;
- Deixar secar pendurado pelo cabo.

ESCOVA MANUAL DE FIOS SINTÉTICOS:

- Usada para lavar superfícies com reentrâncias.

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito de sódio 1% por 30min., sempre que necessário;
- Enxaguar.

ARAME:

- Utilizado para retirar detritos no ralo e pequenos entupimentos, desprezar em recipiente rígido após o uso.

LUVAS DE AUTOPROTEÇÃO:

- Utilizada para contato com sangue ou líquidos corporais (material biológico)

Limpeza e conservação:

- Lavar com água e sabão;
- Fazer desinfecção com solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- Enxaguar;
- Secar;
- Guardar em local próprio.

3 - VARREDURAS ÚMIDAS

- Visa remover a sujidade do chão, devendo ser feita com pano limpo umedecido em água e sabão, a fim de evitar suspensão de partículas de poeira e dispersão de microrganismos.

EXECUÇÃO:

1- Reunir o material de limpeza:

- Baldes
- Vassoura e rodo
- Panos limpos
- Água e detergente líquido
- Pá de lixo
- Luvas
- Botas
- Touca

2-Colocar o EPI.

3-Preparar o ambiente para limpeza e reunir mobiliário leve para deixar a área livre;

4- Encher os baldes até a metade, um com água limpa e o outro com água e detergente líquido.

5-Imergir o pano no balde com solução detergente, retirar o excesso e enrolar na vassoura ou rodo.

6-Passar o pano no piso, sem retirar o pano do chão, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta, de forma que todas as áreas do piso sejam limpas.

7-Recolher a sujidade e jogar no lixo.

8- Imergir outro pano no balde de água limpa, torcer e enrolar na vassoura.

9- Retirar o sabão do piso, iniciando do fundo da sala e se dirigindo para a porta.

10- Secar o piso usando o pano bem torcido.

11- Limpar os rodapés.

12 - Recolocar o mobiliário no local original.

13-Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.

Observações:

- Este procedimento deve ser realizado diariamente;
- Toda área que permanece úmida ou molhada tem mais condições de albergar e reproduzir germes gram negativos e fungos, as áreas empoeiradas pode albergar germes gram positivos, microbactérias e outros. Conclui-se dessa forma que deve-se evitar excesso de água na limpeza, secar muito bem o piso e abolir varredura seca nos estabelecimentos de Saúde.

4 – LIMPEZAS DE PISOS

- Visa remover a sujidade mediante escovação.

EXECUÇÃO:

1-Reunir o material para lavagem:

- 2 baldes
- Vassoura e rodo
- Panos limpos
- Escova manual
- Água e detergente líquido
- Luvas de autoproteção
- Botas
- Touca

2-Colocar EPI;

3- Preparar o ambiente para a limpeza:

- Afastar os móveis da parede;
- Reunir o mobiliário leve para desocupar a área.

4-Encher a metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;

5-Colocar um pano seco na entrada da sala;

6-Imergir outro pano no balde com solução detergente e, sem retirar o excesso, enrolar na vassoura ou rodo;

7- Passar o pano no piso, molhando toda a área a ser escovada;

8-Esfregar a vassoura no piso, começando dos cantos em direção à porta;

9- Retirar a água suja, com rodo, até o ralo de escoamento;

10-Repetir toda operação até que a área fique limpa;

11-Limpar os rodapés com escova manual, se necessário;

12- Enxaguar o piso até retirar todo o sabão, utilizando o pano embebido em água limpa e enrolando no rodo ou vassoura;

13- Secar o piso, utilizando um pano limpo enrolado na vassoura ou rodo;

14- Recolocar o mobiliário no local original;

15 - Limpar o material de trabalho e guardar no local apropriado;

Observação:

- Este procedimento deve ser realizado quinzenalmente.

5 - LIMPEZAS DE JANELAS E PORTAS

- Consiste em retirar a poeira e manchas das janelas e portas de madeira, vidro ou metal.

EXECUÇÃO:

1- Reunir o material necessário:

- Escada
- 2 baldes
- Água
- Detergente líquido
- Esponja de aço fina
- Panos de limpeza
- Espátula
- Pano de chão
- Cinto de segurança
- Touca
- Botas
- Luvas de autoproteção

2-Colocar o EPI;

3-Preparar o ambiente para a operação; afastar os móveis e os equipamentos das janelas e portas;

4- Forrar o piso com pano de chão, colocando-o debaixo da janela ou porta;

5- Encher metade de dois baldes, um com água e outro com água e detergente líquido;

6-Imergir o pano no balde com água limpa e torcer;

7- Remover a poeira passando o pano de cima para baixo e da esquerda para a direita;

8-Imergir o outro pano no balde com solução detergente; retirar o excesso e passar no vidro, moldura da janela ou porta, soleira da janela e maçanetas;

9- Imergir o outro pano de limpeza no balde com água limpa;

10- Passar o pano em toda a extensão da janela ou porta para remover a solução detergente;

11-Secar a janela ou porta, com pano de limpeza seco;

12-Retirar o pano de chão colocado debaixo da janela ou porta;

13- Recolocar o mobiliário e equipamento no local original;

14-Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.

Observação:

- Este procedimento deve ser realizado quinzenalmente.

6 - LIMPEZAS DOS MOBILIÁRIOS, BANCADAS E EQUIPAMENTOS

- Consiste em retirar a poeira, lavar, retirar manchas, polir e escovar bancadas, móveis e equipamentos, diariamente.

EXECUÇÃO:

1- Reunir o material necessário:

- Panos de limpeza
- 2 baldes
- Água
- Detergente líquido
- Escova
- Touca
- Botas
- Luvas de autoproteção

2-Colocar o EPI;

3- Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;

4- Retirar os objetos de cima e, se possível, do interior do móvel ou equipamento a ser limpo;

5-Retirar a poeira do móvel ou equipamento com o pano úmido dobrado, para obter várias superfícies de limpeza;

6-Imergir o outro pano na solução detergente e retirar o excesso;

7- Limpar o móvel ou equipamento, esfregando o pano dobrado com solução detergente; se necessário usar a escova;

8-Retirar toda a solução detergente com pano umedecido em água limpa;

9- Enxugar o móvel ou equipamento;

10-Limpar o material de trabalho e guardar em local apropriado.

Observação:

- Este procedimento deverá ser realizado diariamente e sempre que necessário.

7 - LIMPEZAS DE TETOS E PAREDES

- Consiste em retirar a poeira e substâncias aderidas ao teto, paredes, luminárias e interruptores.

EXECUÇÃO:

1-Reunir o material de limpeza:

- Escada
- Baldes
- Vassoura
- 3 panos de chão
- Esponja de aço fina
- Escova
- Espátula
- Água
- Detergente líquido
- Touca
- Botas
- Luvas de autoproteção

2-Colocar o EPI;

3- Preparar o local para limpeza;

- Afastar os móveis e equipamentos das paredes
- Forrar os móveis e os equipamentos

4-Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;

5- Imergir um pano no balde com água limpa, retirar o excesso de água, enrolar na vassoura ou rodo;

6- Retirar o pó do teto e paredes, com o pano úmido fazendo movimentos em um único sentido;

7- Enxaguar delimitando pequenas áreas;

8-Imergir outro pano na solução detergente, torcer e enrolar o pano em uma vassoura;

9-Esfregar o pano no teto, sempre num mesmo sentido, iniciando de um dos cantos;

10-Imergir o pano limpo na água limpa, torcer e enrolar na vassoura;

11- Retirar toda solução detergente do teto;

12-Imergir o pano na solução detergente, torcer e enrolar na vassoura;

13-Esfregar o pano na parede, sempre no mesmo sentido;

14-Enrolar na vassoura o pano com água limpa e retirar toda solução detergente da parede;

15- Verificar se o teto e as paredes estão bem limpos, se necessário repetir a operação;

16- Retirar a forração dos móveis e equipamentos;

17-Recolocar o mobiliário e os equipamentos no local original;

18- Limpar o material de trabalho e guardar no local apropriado.

Observações:

- Deve-se dividir o local para limpeza em pequenas áreas para que seja feito o enxágue antes de secar a solução detergente.
- Paredes: iniciar na parte superior (próximo ao teto) até a metade da parede e deste ponto até a parte inferior (próximo ao piso).
- Este procedimento deverá ser realizado mensalmente.

8 - LIMPEZAS DE BANHEIROS

- Consiste em remover a sujidade, substâncias aderidas, detritos do teto, paredes, lavatórios, mictórios, instalações sanitárias e piso dos banheiros. Promove o controle de microrganismos, evitando transmissão de doenças, controla odores, mantém uma boa aparência e garante o conforto dos usuários.

EXECUÇÃO:

1-Recolher o lixo (conforme rotina);

2-Limpar tetos e paredes (conforme rotina);

3-Limpar janelas e portas (conforme rotina);

4- Limpar pias:

4.a. Separar o material necessário:

- Panos de limpeza
- Detergente líquido
- Sapóleo
- Esponja sintética
- Arame
- Luvas de autoproteção
- Avental
- Botas
- Touca

4.b. Colocar o EPI;

4.c. Umedecer a esponja de aço e espalhar o sapóleo sobre ela;

4.d. Esfregar a esponja sintética com sapóleo na parte interna da pia;

4.e. Passar a esponja com detergente líquido na torneira;

4.f. Retirar os detritos localizados no interior da válvula, usando um gancho de arame;

4.g. Esfregar a parte externa da pia, as torneiras e encanamentos sob a pia com pano umedecido em água e detergente líquido;

4.h. Enxaguar a parte interna e externa da pia com água limpa;

4.i. Secar a pia com um pano seco, polindo a torneira;

4.j. Limpar o material de trabalho e guardá-lo em local apropriado;

5- Limpar instalações sanitárias:

5.a. Separar o material necessário:

- Panos de limpeza
- Vassoura para vaso sanitário
- Escova sintética
- Baldes
- Água - detergente líquido
- Sapóleo
- Hipoclorito de sódio a 1%
- Botas

- Luvas de autoproteção
- Avental
- Touca

5.b. Colocar o EPI;

5.c. Encher metade dos baldes, um com água limpa e outro com água e detergente líquido;

5.d. Dar descarga no vaso sanitário;

5.e. Esfregar o tampo do vaso por cima e por baixo, com a escova sintética, usando solução detergente;

5.f. Espalhar sapóleo no pano embebido em solução detergente;

5.g. Esfregar o assento do vaso, por dentro e por fora com pano;

5.h. Esfregar a parte externa do vaso com pano embebido em solução detergente e sapóleo;

5.i. Enxaguar o tampo, o assento, a borda e a parte externa do vaso com água limpa;

5.j. Jogar solução detergente e sapóleo dentro do vaso, esfregando-o com vassoura de vaso, iniciando pela borda interna do vaso e terminando na saída de água;

5.k. Dar descarga no vaso sanitário continuando a esfregar a parte interna com vassoura de vaso, até a água ficar limpa;

5.l. Lavar a alavanca ou botão de descarga com pano umedecido em água e detergente;

5.m. Retirar o detergente com pano umedecido em água limpa;

5.n. Secar o tampo e o assento do vaso sanitário com pano limpo;

5.o. Secar a parte externa do vaso e a alavanca ou botão de descarga com pano limpo;

5.p. Limpar o material de trabalho e guardá-lo no local apropriado;

6- Lavar o piso (conforme rotina);

Observação:

- Este procedimento deverá ser realizado diariamente e sempre que necessário.

9 - LIMPEZA DO APARELHO DE AR CONDICIONADO

- Visa remover a sujidade do aparelho de ar condicionado.

EXECUÇÃO:

1- Separar o material necessário:

- Panos de limpeza
- 2 baldes
- Água
- Detergente líquido
- Touca
- Luvas de autoproteção

2-Colocar o EPI;

3-Desligar o aparelho de ar condicionado da tomada;

4- Retirar a tampa externa do aparelho;

5-Encher metade dos dois baldes, um com água e outro com água e detergente;

6-Imergir o pano de limpeza no balde com solução detergente e torcer;

7- Limpar a tampa externa do aparelho com o pano;

8-Passar o outro pano com água limpa na tampa externa do aparelho e remover toda a solução detergente;

9-Secar com pano limpo;

10-Retirar o filtro do aparelho;

11-Proceder a limpeza do filtro conforme orientações do fabricante;

12-Recolocar o filtro no aparelho.

13- Recolocar a tampa externa do aparelho.

14-Ligar o aparelho de ar condicionado na tomada.

15-Limpar o material de trabalho e guardar em local adequado.

Observação:

- Este procedimento deverá ser feito quinzenalmente.

10 - LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE BEBEDOURO

- Visa remover poeira e substâncias aderidas no bebedouro, com o objetivo de evitar a contaminação da água.

EXECUÇÃO:

1-Separar o material necessário:

- 2 baldes

- 3 panos de limpeza
- Escova para reentrâncias
- Água
- Detergente líquido
- Touca
- Botas
- Luvas de autoproteção
- Álcool a 70%

2-Colocar o EPI;

3- Desligar o bebedouro da tomada;

4-Encher metade dos dois baldes, um com água e outro com água e detergente;

5-Imergir o pano de limpeza no balde com solução detergente e torcer;

6- Passar o pano no bebedouro, fazendo movimentos retos, sempre de cima para baixo;

7-Molhar a escova no balde com solução detergente;

8- Utilizar a escova para lavar ao redor do dispositivo de saída da água e o acionador de água;

9- Passar o outro pano com água limpa no bebedouro e remover toda a solução detergente;

10 - Friccionar álcool a 70% ao redor do dispositivo de saída de água, acionador de água e local de escoamento de água. Repetir o procedimento três vezes;

11- Ligar o bebedouro na tomada;

12-Limpar o material de trabalho e guardar em local adequado.

Observação:

- - Este procedimento deverá ser realizado diariamente e sempre que necessário.

PARTE IV - RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- Os resíduos de Serviços de Saúde são provenientes de hospitais, ambulatórios, consultórios médicos e odontológicos, laboratórios, farmácias, zoonose e outros que, por suas peculiaridades físicas e biológicas, podem apresentar riscos à saúde humana ou ao meio ambiente quando impropriamente tratados, armazenados, transportados e destinados inadequadamente.

1- Tipos de Resíduos:

1.1. Material Biológico

1.2. Sangue e Hemoderivados

1.3. Resíduos Cirúrgicos

1.4. Resíduos Perfurocortantes

1.5. Animais Contaminados

1.6. Resíduos de Assistência ao Paciente

1.7. Resíduos Especiais (radioativos farmacêuticos e químicos)

1.8. Resíduos Comuns (doméstico).

2-Recolhimento do lixo:

- Consiste em recolher todos os resíduos de uma Unidade, acondicionando-os de forma adequada e manuseando-os o mínimo possível.
- É a operação que precede todas as rotinas técnicas de limpeza e desinfecção.
- Deve ser iniciada, sempre, da área menos contaminada para a mais contaminada.

EXECUÇÃO:

1 - Reunir o material para recolher o lixo:

- Sacos de lixo de material plástico;
- Botas;
- Luvas de autoproteção.

2-Colocar o EPI;

3-Recolher o saco de lixo que se encontra na lixeira, amarrando bem as bordas;

4-Colocar um saco de lixo novo na lixeira, fixando-o firmemente nas bordas;

5-Transportar o lixo recolhido até o depósito para a remoção pela coleta externa.

Observações:

- As lixeiras devem ser lavadas com água e sabão, semanalmente e sempre que necessário;
- Verificar as regras básicas de acondicionamento do lixo de acordo com o tipo de resíduos;
- Para o transporte do lixo é recomendado a utilização de carrinho fechado. Este carrinho deverá ser higienizado após sua utilização;
- Deve-se evitar, durante o transporte de resíduos, o cruzamento com pessoas e/ou material limpo nos corredores e elevadores.

3 - Regras básicas de acondicionamento:

3.1. Acondicionar os resíduos em sacos plásticos brancos leitosos especificados na NBR 9190, de forma que os mesmos preencham até 2/3 do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do conteúdo, para evitar o transbordamento na hora da coleta;

3.2. Os resíduos perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes resistentes, reforçados impermeáveis e grandes o suficiente para receber o material de uso diário do local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, a fim de evitar acidente de trabalho. Ao ser descartado, o recipiente deve estar devidamente fechado, envolvido em saco plástico branco leitoso identificado “material cortante”;

3.3. O lixo contaminado deve ser recolhido em saco de lixo duplo identificado “contaminado”;

3.4. Para facilitar a identificação e o manuseio do resíduo comum, deve-se adotar um padrão de cor (cor clara, exceto a branca leitosa), conforme norma técnica da S.L.U. e ABNT – NBR9190;

3.5. As lixeiras devem necessariamente possuir tampa;

3.6. Os resíduos enquadrados na categoria especial não são coletados pela S.L.U.;

3.7. Em caso de contêineres, os mesmos devem estocar os resíduos corretamente acondicionados e oferecer condições adequadas para manuseio;

3.8. Os resíduos não devem ficar expostos na via pública e sim em contêineres e/ou recintos exclusivos

PARTE V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Prover normas de conduta pessoal e de procedimentos, assegurando satisfação no trabalho para todo pessoal da equipe e higiene e limpeza, e reconhecimento dos mesmos como membros vitais da equipe de saúde. Proporcionando oportunidades de desenvolvimento profissional e de educação a todo pessoal do serviço através de programas de orientação, treinamento e educação contínua.

Sistemática de programas de manutenção de equipamentos (inclusive rádios para comunicação), computadores e impressoras.

O Sistema de Gestão de Tecnologia em Saúde com plataforma web utilizado para cadastro e arquivo de atividades voltadas para Engenharia Clínica e infraestrutura, é umas das ferramentas mais importantes para eficiência da gestão de tecnologia em saúde. Sua implantação deve ser iniciada em paralelo ao processo de inventario, uma vez que o processo cadastral é minucioso e demorado, devendo ser realizado com muita cautela para que não haja erros nos cadastros. A experiência observada com contratação anterior do serviço de engenharia clínica demonstrou que permitir que a empresa contratada se responsabilize pelo desenvolvimento de um sistema para somente após realizar a implantação para cadastramento prejudica o desenvolvimento do serviço, uma vez que não se trata de simples manutenção, mas sim da gestão de todo um parque de equipamentos de cada unidade. Por isso, o tempo decorrido até a efetiva implantação e cadastramento de todos os bens pertencentes a cada unidade precisa ser realizado no menor tempo possível de modo que a Administração não fique desprovida das informações necessárias sobre o funcionamento dos seus equipamentos. Por este motivo, o IAPP já possui um sistema de gestão que seja adequado às

necessidades do serviço desde antes da licitação, para que assim, a sua implantação e cadastramento sejam realizados com maior celeridade.

O IAPP desenvolve e implanta um Plano Anual de Manutenções Preventivas de modo a reduzir a necessidade de manutenção corretiva, prevendo e evitando danos futuros, observando falhas em estágios iniciais. Será desenvolvido um Planejamento Semestral e Anual de Manutenções Preventivas e que deverá ser divulgado para os responsáveis de cada setor assistencial, de modo que sejam disponibilizados os equipamentos quando na data programada. O Planejamento será desenvolvido com base na análise da criticidade da unidade, considerando as recomendações do fabricante e avaliando o risco físico associado ao paciente, a função do equipamento e requisitos de manutenção. Critérios adicionais, além destes especificados, poderão ser aplicados, mediante aprovação Toda manutenção preventiva realizada deve gerar um documento denominado “Ordem de Serviço de Manutenção Preventiva”, ou similar, com no mínimo as seguintes informações: Número da Ordem de Serviço; Dados de identificação do equipamento; Data de realização da preventiva; Data de realização da próxima preventiva; Código dos equipamentos/instrumentos de medição utilizados do Coordenador do Setor de Engenharia Clínica

Entende-se por atendimento inicial a prestação de serviços básicos nos equipamentos, independente da complexidade tecnológica envolvida, para verificação das condições de utilização do equipamento, analisando eventuais problemas relacionados com as instalações ordinárias e especiais, verificando acessórios e eventuais procedimentos inadequados por parte dos usuários, incluindo a execução de testes operacionais.

As Ordens de Serviço de Manutenções Corretivas deverão ser abertas sempre que houver um chamado ou quando uma falha for detectada durante as Inspeções Diária e execução das Manutenções Preventivas ou Calibrações. Devem ser executadas conforme orientação dos manuais dos fabricantes dos equipamentos e registradas, sendo posteriormente assinadas pelos

responsáveis (ou por quem estes designarem) dos Setores nos quais os equipamentos encontram-se ou são utilizados. Os serviços serão executados, mediante uma solicitação de manutenção corretiva, por parte da fiscalização, Superintendência da unidade, chefe ou funcionário do setor, por telefone, software de gerenciamento, e-mail ou por escrito, sempre dando ciência à Coordenação de Engenharia Clínica

Todas as atividades de Manutenção Corretiva deverão ser documentadas registradas em sistema informatizado (software) específico, informando no mínimo: identificação do equipamento, o defeito apresentado, o diagnóstico do problema, descrição clara das ações tomadas para sua correção, identificação do executor de cada uma das ações, horário de abertura, atendimento e encerramento da ordem de serviço, intervalo início-fim de cada atividade, material aplicado e seus valores, bem como cópia da referida nota fiscal.

Calibração: Operação que estabelece, sob condições especificadas, numa primeira etapa, uma relação entre os valores e as incertezas de medição fornecidos por padrões rastreados e as indicações correspondentes com as incertezas associadas. Numa segunda etapa, utiliza esta informação para estabelecer uma relação visando à obtenção de um resultado de medição a partir de uma indicação.

Teste de Segurança elétrica: Conjunto de testes que avaliam a resistência de isolação, a resistência de aterramento e fuga de corrente elétrica (para a terra e através do gabinete e do paciente) de um equipamento eletrônico. Os testes de segurança elétrica deverão ser aplicados conforme a classe do equipamento e o tipo de suas partes aplicadas, determinando respectivamente o tipo e o grau de proteção contrachoque elétrico.

Qualificação: Processo que corresponde à ação de verificação, quando um equipamento trabalha corretamente e produz os resultados esperados. Deverão ser aplicáveis dois tipos de qualificação:

- Qualificação operacional: comprovação, mediante testes, que o equipamento está funcionando como previsto e atende às necessidades do processo ao qual se destina. A qualificação operacional deverá incluir: calibração de parâmetros especificados; avaliação dos parâmetros críticos; verificação dos itens de segurança; testes nas condições limite especificados; verificação dos itens especificados; treinamento de pessoal.

- Qualificação de desempenho: deverá consistir na verificação sistemática da eficácia do (s) equipamento (s) no processo, com a finalidade de garantir que o (s) produto (s) final (is) possa (m) ser produzido (s) e reproduzido (s) conforme a qualidade exigida. Ou seja, verificar se o equipamento funciona como previsto durante o seu uso rotineiro.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA	EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	6 MESES
	EQUIPAMENTOS REGULARES	12 MESES
CALIBRAÇÃO	EQUIPAMENTOS CRÍTICOS	6 MESES
	EQUIPAMENTOS REGULARES	12 MESES
TESTE DE SEGURANÇA ELÉTRICA	CONSULTAR A CLASSE E TIPO DE EQUIPAMENTO	

10. FARMÁCIA

A fim de melhor entender os serviços prestados por uma farmácia de uso hospitalar, segue abaixo algumas definições:

Dispensação - ato de fornecimento e orientação ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos a título remunerado ou não.

Especialidade Farmacêutica - produto oriundo da indústria farmacêutica com registro no Ministério da Saúde e disponível no mercado.

Drogaria - estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.

Responsável Técnico - profissional habilitado inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

Produto - substância ou mistura de substâncias naturais (minerais, animais e vegetais) ou de síntese usada com finalidades terapêuticas, profiláticas ou de diagnóstico.

Armazenamento/Estocagem - procedimento que possibilita o estoque ordenado e racional de várias categorias de materiais e produtos.

Registro do produto - ato privativo do órgão competente do Ministério da Saúde destinado a comprovar o direito de fabricação do produto, submetido ao regime de vigilância sanitária.

Número de lote - designação impressa na etiqueta de um medicamento e de produtos submetidos ao regime de vigilância sanitária, que permita identificar o lote ou partida a que pertença.

Prazo validade do produto - data limite para utilização de um produto.

Produtos sujeitos a controle especial - medicamentos que contenham substâncias constantes das listas anexas à Portaria nº 344, de 12/05/98 e suas atualizações.

Notificação de Receita - documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos sujeitos a controle.

DISPENSAÇÃO	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 023**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Receber a receita e conferir, verificando se todos os campos obrigatórios estão devidamente preenchidos;

3) Checar com o paciente se necessita levar todos os medicamentos prescritos;

4) Separar os medicamentos. Anotar na receita do usuário as quantidades dispensadas; a data da dispensação e a rubrica do dispensador.

5) Verificar se o usuário está cadastrado no GEMM. Procedimento: a. Menu → Receita → Nova → Preencher campos nome e data de nascimento ou cartão SUS → Buscar paciente → Encontrar o paciente na nova janela que se abriu → Clicar na bolinha a direita; Obs.: Caso não esteja cadastrado, encaminhá-lo à recepção para providenciar cadastro.

6) Se for retorno da receita (uso contínuo). Procedimento: a. Menu → Receita → Completar → Inserir o número gerado na dispensação anterior → Pesquisar;

7) Digitar no sistema os campos obrigatórios: data da prescrição, local do receituário e n° do prescritor;

8) Digitar os medicamentos, conferindo os lotes físicos com os lotes do sistema, completando as quantidades prescritas e dispensadas de acordo com o tempo de tratamento exigido pela receita;

9) Adicionar cada medicamento prescrito e salvar a receita após o término da digitação dos medicamentos;

10) Em caso de uso contínuo, anotar o número fornecido pelo sistema na receita do usuário;

11) Conferir detalhadamente, junto com o paciente, cada medicamento que está sendo entregue e as respectivas quantidades. Orientar o paciente;

12) Verificar se o usuário tem dúvidas e esclarecê-las;

. Obs: Atentar para as apresentações disponibilizadas Erros na dispensação podem causar graves prejuízos aos usuários. Ao identificar um erro, solicitar que o usuário compareça na unidade ou solicitar visita imediata dos agentes comunitários de saúde para solucionar o problema.

RECOMENDAÇÕES

- Padronizar os procedimentos para adequada dispensação de medicamentos pelo sistema GEMM.

- A receita deve ser escrita de forma legível, sem rasuras e conter os seguintes dados obrigatórios de acordo com a Resolução n° 357, de 20 de Abril de 2001:

I. Nome completo do usuário;

II. Endereço do paciente ou a ficha familiar ou cartão SUS;

III. Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e tempo de tratamento;

IV. Identificação do prescritor: nome do profissional com sua inscrição (carimbo ou identificação legível) no Conselho Regional, assinatura;

V. Identificação da unidade com endereço ou do consultório com endereço

VI. Data da emissão.

Ao identificar usuários com dificuldades de entender como o tratamento deve ser desenvolvido anotar o nome, ficha familiar e telefone para contato em caderno destinado para este fim, passando o caso para a enfermeira da equipe na qual o usuário está cadastrado.

O mesmo procedimento deve ser realizado caso identifique-se problemas de adesão aos tratamentos prescritos.

Além disso, os farmacêuticos devem avaliar a necessidade de um cuidado mais próximo com estes usuários, verificando a possibilidade de uma consulta farmacêutica ou visita domiciliar, a fim de auxiliar o usuário na adesão ao tratamento.

RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 024**

PROCEDIMENTO

1) Receber os itens e documentos enviados, realizando uma conferência quantitativa, lote e validade de cada item recebido.

2) Ao identificar divergências, registrar no documento os itens não recebidos e repassar a informação para a gerência da unidade para que seja solucionado o problema.

3) Dar entrada do medicamento no sistema informatizado.

ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 025**

PROCEDIMENTO

1) Separar os medicamentos mantidos em estoque e os da dispensação.

2) Separar os medicamentos por formas farmacêuticas (comprimidos, cremes, injetáveis e líquidos).

3) Organizar os medicamentos separados por forma farmacêutica em ordem alfabética de princípio ativo.

4) Dispor os medicamentos nas prateleiras no sentido vertical da coluna, utilizando as que possibilitem acesso sem necessidade de escada. As caixas pesadas deverão ser acondicionadas abaixo das prateleiras, apoiadas em pallets.

5) Organizar a farmácia facilitando o fluxo de entrega.

6) Armazenar os medicamentos termolábeis em geladeira, observando as orientações do fabricante: insulina, sulfadiazina de prata.

7) Controlar a temperatura da geladeira, anotando em uma planilha as temperaturas do momento, máximas e mínimas, nos períodos da manhã, tarde e noite. Ao identificar irregularidades de funcionamento da geladeira comunicar a coordenação da unidade e acionar a manutenção. Providenciar armazenamento imediato dos termolábeis em outra geladeira disponível na Unidade, até o conserto.

8) Armazenar os medicamentos controlados em um armário de acesso restrito, que deve ser mantido trancado, coma chave guardada em local seguro na unidade de saúde. A disposição desses medicamentos no armário deverá seguir os mesmos critérios descritos nos itens acima.

9) Atualizar a planilha e alimentar o sistema informatizado.

OBSERVAÇÕES

- Para um armazenamento eficiente, os medicamentos devem estar dispostos de forma adequada para facilitar o acesso, a identificação, o manuseio e o controle.

- A farmácia deverá ser limpa duas vezes por dia.

- Não é permitido armazenar alimentos na farmácia, pois atraem insetos e roedores.

- Para os medicamentos termolábeis, a temperatura da geladeira deverá ser mantida entre 2ºC e 8ºC. Para evitar o congelamento da insulina é preciso armazená-la distante do freezer.

- Caso a insulina congele, deverá ser desprezada, pois se torna imprópria para a utilização.

- A temperatura da farmácia deverá atentar para ser de até 30º C, sendo medida e anotada em planilha diariamente pela manhã e às 15h00.

- A dispensação deverá estar preparada com os fracionamentos que possibilitem a rápida entrega do medicamento ao paciente no momento do atendimento. Os fracionamentos devem ser realizados de forma que seja possível a visualização do lote do medicamento e data de validade.

- Quando não estiverem visíveis, deverá ser colocada uma etiqueta de identificação.

MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 026**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Analisar a receita, observar tipos de medicamentos, tipo de receita, data de emissão, posologia e quantidade prescrita;

3) Orientar o paciente sobre a maneira adequada da administração do medicamento.

4) Anotar nas receitas:

a. O nome de quem está dispensando;

b. Data;

c. Quantidade dispensada;

d. Preencher na 1ª na via da receita o nome, RG e telefone do responsável pela retirada do medicamento.

e. Anotar a identificação do registro

5) Dispensar;

6) Arquivar a documentação relativa à movimentação pelo período de 2 (dois) anos para o controle das autoridades sanitárias, conforme solicitado pela Portaria 344. Obs: Para Talidomida seguir o POP 27

7) Realizar uma contagem diária dos medicamentos para um maior controle.

8) Gerar o livro de medicamentos controlados todo 5º dia útil do mês, gravado em CD/Pen drive ou impresso.

9) As quantidades a serem dispensadas de medicamentos que se apresentarem em embalagens que não permitam o atendimento exato da quantidade prescrita deverão seguir o informe de "orientações sobre fracionamento de medicamentos".

10) Atualizar a planilha e alimentar o sistema informatizado

Obs: Atentar para as apresentações disponibilizadas

MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344

Ácido Valpróico 250mg
Ácido Valpróico 250mg/5ml
Ácido Valpróico 500mg
Amitriptilina 25mg
Biperideno 2mg
Biperideno 5mg/ml
Carbamazepina 200mg
Carbamazepina 2% sol. oral
Carbonato de lítio 300mg
Clonazepan 2,5mg/ml
Clonazepan 2mg
Clorpromazina 100mg
Clorpromazina 25mg
Clorpromazina 4%
Clorpromazina 5mg/ml
Clorpromazina sol. oral
Diazepan 5mg
Diazepan 5mg/ml
Fenitoina 100mg
Fenitoina 50mg/ml
Fenobarbital 100mg
Fenobarbital 100mg/ml
Fenobarbital 4%
Fluxetina 20mg
Haloperidol 0,2%
Haloperidol 1mg
Haloperidol 5mg
Haloperidol 5mg/ml
Haloperidol Decanoato 50mg/ml
Imipramina 25mg

Levomepromazina 100mg
Levomepromazina 25mg
Levomepromazina 4%
Metilfenidato 10mg
Nortriptilina 25mg
Periciazina 4%
Sertralina 50mg
Talidomida 100mg

TALIDOMIDA	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 027**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Analisar a receita quanto ao CID e proceder conforme orientações abaixo:

Doenças	CID
Hanseníase: reação hansênica tipo eritema nodoso ou tipo II	A 30
DST/AIDS: úlceras aftóides idiopáticas em pacientes portadores de HIV/AIDS	B 23.8
Doenças crônico-degenerativas: • lúpus eritematoso sistêmico • lúpus eritematoso discóide • lúpus eritematoso cutâneo subagudo • doença enxerto contra hospedeiro	 M 32 L 93.0 L 93.1 T 86.0
Mieloma Múltiplo	C 90.0
Síndrome Mielodispásica (SMD) em pacientes refratários à eritropoetina: • Anemia refratária sem sideroblastos em anel • Anemia refratária com sideroblastos em anel • Anemia refratária não especificada	 D 46.0 D 46.1 D 46.4

Verificar os documentos:

• Notificação de Receita de Talidomida em 2 vias, assinada pelo médico, contendo o número da notificação emitido pela vigilância sanitária (canto superior esquerdo) e ainda se o impresso foi realizado pela imprensa oficial de São Paulo (canto inferior esquerdo);

• Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (Anexo V-A ou V-B da RDC 11/11, conforme o caso) em 3 vias, assinado pelo médico e pelo paciente. Lembrando que pacientes mulheres acima de 55 anos e homens devem apresentar o anexo V-A preenchido, enquanto que mulheres com idade inferior a 55 anos devem apresentar o anexo V-B preenchido.

Encaminhar o paciente à Unidade dispensadora de referência do Distrito, certificando-se da presença do farmacêutico, após conferência dos documentos. Se houver a ausência de algum documento, orientar o usuário.

O farmacêutico, no ato da dispensação do medicamento Talidomida, deverá preencher os campos existentes na embalagem secundária do referido medicamento e orientar o paciente sobre o uso correto, conforme a prescrição médica e os riscos relacionados.

Quanto a Notificação de Receita de Talidomida: a 1ª via será devolvida ao paciente devidamente carimbada e assinada pelo profissional farmacêutico, como comprovante da dispensação, e a 2ª via deverá ser retida pela unidade pública dispensadora.

Quanto ao termo de Responsabilidade/Esclarecimento: a 1ª via deverá permanecer no prontuário; a 2ª deverá ser arquivada na unidade; a 3ª via será devolvida para o paciente.

O farmacêutico da Unidade dispensadora somente poderá dispensar o medicamento Talidomida quando todos os itens da Notificação de Receita e do Termo de Responsabilidade/Esclarecimento estiverem devidamente preenchidos e legíveis.

Para os CIDs não autorizados pela RDC 11/11:

- Solicitar autorização à ANVISA através do DEVISA;

- Encaminhar para Departamento de Saúde - SMS.

- A solicitação deve estar acompanhada de:

• Formulário de Justificativa de Uso do Medicamento à Base de Talidomida

• 1cópia da Notificação de Receita;

• 1cópia de Estudos da literatura que comprovem a eficácia e segurança publicadas em revistas indexadas;

• Laudos e exames que comprovem o diagnóstico da doença

- Caso a continuidade do tratamento seja necessária, o prescritor deverá preencher, a cada nova solicitação de autorização, o Relatório de Evolução do Caso, acompanhado de cópia da Notificação de Receita de Talidomida.

- Estes documentos devem ser encaminhados ao DEVISA, aos cuidados do responsável para envio à ANVISA.

Observações:

• A ANVISA fará análise, aprovação e emissão da autorização à DEVISA.

• Caso seja aprovado ao DEVISA retransmitirá ao Distrito de referência – apoio da Assistência Farmacêutica – para informação ao paciente, prescritor e Unidade de Dispensação.

O DEVISA também comunicará o Departamento de Saúde – Assistência Farmacêutica – para liberação do medicamento à Unidade dispensadora.

• A dispensação do medicamento a base de Talidomida para estes casos deverá ocorrer mediante a apresentação da autorização emitida pela ANVISA, da Notificação de Receita de Talidomida preenchida pelo médico e do Termo Responsabilidade/Esclarecimento preenchido pelo paciente e pelo médico responsável pela prescrição.

3) O Livro de Controlado C3 (Talidomida) deverá ser “gerado” no sistema GEMM, a cada 3 meses, junto com o Mapa Trimestral.

4) Os documentos comprobatórios da movimentação de estoque do medicamento Talidomida deverão ser arquivados no estabelecimento pelo prazo de 10 anos, findo o qual poderão ser destruídos.

5) O estoque físico do medicamento a base de talidomida deve ser qualitativa e quantitativamente idêntico ao escriturado nos livros, bem como nos mapas e balanços anuais e trimestrais.

6) Os farmacêuticos das Unidades dispensadoras deverão imprimir e encaminhar trimestralmente a VISA Regional, até o dia 15 dos meses de Abril, Julho, Outubro e Janeiro de cada ano, o Mapa Trimestral Consolidado – MTC, com o registro das prescrições de medicamentos a base da substância Talidomida, em 3 vias.

7) Após o carimbo da autoridade sanitária competente, as vias do MTC terão o seguinte destino:

a) 1ª via será retida pela VISA Regional

b) 2 ª via será encaminhada à ANVISA pela VISA Regional

c) 3ª via será retida nas unidades públicas dispensadoras

8) O Mapa Trimestral Consolidado deverá ser arquivado pelo período de 2 (dois) anos.

9) Quando, por qualquer motivo, for interrompido o uso do medicamento à base de Talidomida, o prescritor e o dispensador devem orientar o paciente e/ou o seu responsável para que o devolva à unidade pública dispensadora.

10) As devoluções devem ser recebidas pelo farmacêutico, documentadas conforme Registro de Devolução de Talidomida pelo Paciente e enviadas para a autoridade sanitária competente a cada 3 meses, junto com o Mapa Trimestral Consolidado.

11) Os estoques do medicamento Talidomida destinados ao descarte deverão ser armazenados em local identificado, segregado, trancado com chave, devendo possuir registro da quantidade e localização, de modo a garantir a rastreabilidade.

12) O descarte do medicamento Talidomida deverá ser realizado exclusivamente por incineração.

OBSERVAÇÕES

- A Talidomida é um medicamento pertencente à lista C3 da Portaria Federal MS/SVS 344/98. Este medicamento somente poderá ser prescrito por médicos cadastrados na VISA e será dispensado exclusivamente nas farmácias do SUS, sendo proibido seu comércio.

- A regulamentação do medicamento Talidomida encontra-se na Resolução ANVISA RDC 11/2011. Para CID's autorizados no anexo III da RDC 11/2011 e atualizado na Resolução Anvisa RDC 50/2015 – Hanseníase, DST/AIDS, Doenças Crônico-Degenerativas, Mieloma Múltiplo e Síndrome Mielodisplásica (tabela Procedimento 1A) - a dispensação é imediata, quando apresentados os documentos necessários.

- Para CID's não previstos nessa Resolução, a autorização deve ser solicitada à ANVISA, através do DEVISA (Departamento de Vigilância em Saúde), apresentando os documentos previstos na Resolução – RDC 11/2011, artigos 28 e 29.

- Para mulheres em idade fértil e paciente do sexo masculino, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve prover os métodos contraceptivos durante todo o tratamento com talidomida e até 30 dias após o seu término.

- Os pacientes do sexo masculino devem ser orientados a utilizar preservativos durante todo o tratamento e até 30 após o seu término (artigo 19, § 3º e 4º).

- A receita terá validade de 20 dias, contados a partir da data da sua emissão, e somente dentro do Estado onde foi emitida.

- A quantidade máxima por prescrição não poderá ser superior à quantidade necessária para 30 dias de tratamento.

- É proibida a violação da embalagem secundária para a dispensação fracionada do medicamento Talidomida.

- Para dispensação do medicamento talidomida a unidade deve ser cadastrada na VISA local e cadastro deverá ser renovado anualmente.

ANTIBIÓTICOS	
Especialidade: *Farmácia*	**POP : 028**

PROCEDIMENTO

1) Acolher o usuário;

2) Receber a receita em duas vias, sendo a segunda retida na farmácia e a primeira devolvida ao paciente;

3) Observar se a receita apresenta-se de forma legível, dentro do prazo de validade e se possui todos os dados obrigatórios;

4) A quantidade a ser dispensada deve atender exatamente a prescrição.

5) Anotar a data da dispensação, quantidade dispensada e identificação do registro (nº da movimentação, lote e a validade);

Obs : Se em uma mesma receita há um ou mais antibióticos não disponíveis na rede pública: atestar em ambas receitas o medicamento dispensado, anotando a quantidade, o lote e a data da dispensação. Em seguida orientar o paciente de que será necessária uma cópia da primeira via para dispensação posterior em outro estabelecimento.

6) Realizar inspeção visual para verificar a identificação do medicamento, o prazo de validade e a integridade da embalagem;

7) Orientar o paciente quanto à posologia, estabelecendo com ele os melhores horários para cumpri-la e alertando da necessidade de seguir os horários e concluir o tratamento;

8) Arquivar a documentação relativa a movimentação pelo período de 2 anos, para o controle da Autoridade Sanitária, conforme define a RDC ANVISA 20/2011.

12. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Programa de Educação Permanente para Colaboradores

O Ministério da Saúde criou o Departamento de Gestão da Educação em Saúde e passou a ordenar a formação de pessoal que está inserido no SUS.

A criação deste departamento traz o foco para a Educação em Serviços da Saúde, de forma a realizar o encontro das práticas formativas com as práticas de atenção e gestão no setor, respeitando seu controle social.

Para entender o conceito da Educação Permanente, faz-se necessário aceitar que os atores do cotidiano são os principais detentores de tomadas de decisão quando se trata de acolhimento, respeito e cuidados com o ser humano.

Dentro desta visão a transformação que ocorrerá com a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deverá revelar mudanças nas relações, nos processos, nas atividades e, essencialmente nas pessoas.

Nesta esfera da gestão, será necessário desenvolver estratégias pedagogicamente adaptadas para os colaboradores das unidades de saúde, tendo em vista a diversidade de profissionais em relação às suas respectivas áreas de atuação.

O SUS não é apenas um sistema que assiste pessoas gratuitamente e isto pode ser confirmado no artigo 200 da Constituição Federal que define como sendo suas principais funções:

- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias relativas à saúde;

- Realizar ações de vigilância sanitária, controle de epidemias e de cuidados com a saúde do trabalhador;

- Participar na produção de remédios, equipamentos e outros produtos ligados à saúde;

- Organizar a formação de recursos humanos na área de saúde, como médicos, enfermeiros e outros profissionais;

- Participar na elaboração de políticas e planos de execução de ações de saneamento básico;

- Usar os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;

- Realizar a fiscalização e a inspeção de alimentos e o controle nutricional;

- Controlar e fiscalizar a produção, transporte, armazenamento e uso de substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas;

- Colaborar na proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho.

Isto posto, é possível elucidar a responsabilidade da gestão de hospitais e outras unidades de saúde, em todas as esferas, para com a educação permanente de colaboradores.

Tendo o SUS assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, percebeu-se positivas repercussões na educação permanente de colaboradores. Desta forma, o IAPP propõe-se a conduzir, nas unidades em que faz gestão, a Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde.

A Educação Permanente deve promover uma aprendizagem significativa, ou seja, deve ampliar e produzir sentidos. Assim sendo, as transformações das práticas profissionais devem estar baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ações em suas devidas áreas de atuação.

O processo de capacitação do pessoal da saúde será estruturado diante da problematização de seus respectivos processos de trabalho, objetivando a transformação positiva das práticas e da própria instituição.

As necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social, serão a referência para qualificar as mudanças necessárias.

A educação em serviço envolve mudanças nas estratégias de organização que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais e dos quadros dirigentes.

Os problemas da organização do trabalho devem ser resolvidos prioritariamente, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização.

A partir deste processo, sendo feito em cada serviço de saúde, é possível identificar as necessidades de capacitação e garantir a aplicabilidade das tecnologias e conteúdos estabelecidos.

Para desenvolver a capacidade de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo, a Educação Permanente utiliza um método descentralizador, ascendente e transdisciplinar. Desta forma, a possibilidade de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde é ampliada significantemente.

Propõem-se a criação de instâncias de articulação entre gestores do SUS, instituições formadoras, serviços, representações estudantis e instâncias de controle social, que serão espaços para que haja diálogo e negociação entre ações e serviços do SUS.

A educação em serviço é introduzida como política pública na área da saúde buscando promover uma saúde com excelência na qualidade.

Organização das Atividades de Educação Permanente

O INSTITUTO DE APOIO A POLÍTICAS PÚBLICAS visa capacitar e desenvolver os colaboradores que compõem o corpo assistencial, a fim de garantir a assistência com excelência.

Para tanto, faz-se necessário implantar e garantir a execução do modelo assistencial por meio da Educação Permanente, através da capacitação dos profissionais envolvidos, ensino, pesquisa e gestão, com a perspectiva interdisciplinar sempre com base nos princípios do SUS e da Política nacional de Humanização.

Sendo o Hospital um estabelecimento destinado ao diagnóstico e ao tratamento de doentes, onde se pratica também a investigação e o ensino, e a Unidade de Pronto Atendimento tendo como finalidade prestar um cuidado resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a outros serviços de atenção à saúde, é de suma importância que os profissionais dessas duas unidades estejam no programa de Educação Permanente.

Desde 2004 o Ministério da Saúde, lançou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que teve reorientações em sua implementação em 2007, voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde.

Nesta perspectiva, a Educação Permanente passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do SUS, a fim de alcançar perfis profissionais orientados pelas demandas da população, em cada realidade regional e nível de complexidade.

Como já mencionado anteriormente, o IAPP introduz a aprendizagem significativa no trabalho, realizada a partir das reflexões críticas dos profissionais em relação às necessidades no dia a dia, permitindo a transformação das práticas e a organização do trabalho, em que o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das pessoas e da instituição.

Funcionamento das Atividades

As atividades da EP serão desenvolvidas, continuamente, por meio de planos de ação, sendo:

- Identificação das necessidades de aprimoramento dos profissionais de enfermagem e dos serviços, por meio da coleta de dados em cada ambiente.

- Viabilização dos espaços para a realização dos treinamentos, oficinas, seminários, cursos, etc.

- Elaboração e divulgação do cronograma dos treinamentos.

- Sensibilização dos profissionais sobre a importância da participação nas atividades educativas.

Todas as atividades são desenvolvidas conforme a necessidade e respeitando o perfil de cada grupo profissional, de forma que todos recebam as capacitações previstas em cronograma.

Como já citado, muitas iniciativas de EP, se concretizam pela formalidade e necessidade técnica da Educação Continuada que se organiza segundo o cronograma do IAPP, por entendimento de que algumas temáticas devem ser continuadas e permanente.

A EP trabalha com ferramentas que buscam a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e uma melhor articulação para dentro e para fora das instituições, processo necessário para sustentação do modelo de cogestão.

Os treinamentos são divididos em 2 blocos:

1. Básico: constitui o treinamento mínimo obrigatório que todos os setores envolvidos com a assistência ao paciente devem desenvolver.

2. Específico: realizado de acordo com a necessidade de cada setor/equipe.

Nesta situação, além do treinamento, são planejados conjuntamente os processos de atualização de normas e rotinas, de avaliação e de supervisão sistemática.

Treinamentos Permanentes

O Treinamento Permanente pode ser entendido como um processo contínuo de Educação. Seu intuito é desenvolver os colaboradores, levando-os a melhorar suas competências e ter maior satisfação no trabalho, com a valorização profissional e institucional, tendo como papel estratégico a prática assistencial de excelência. Assim, fundamenta-se em uma prática baseada em evidências científicas, da capacidade de tomada de decisão, da preocupação em desenvolver a liderança, na comunicação verbal e escrita, na melhoria do relacionamento interpessoal, da visão no resultado que efetivamente colabora para o estabelecimento de uma excelente relação de cuidados entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família.

A capacitação da equipe é realizada por meio de um plano anual de desenvolvimento estratégico de treinamentos. Esta estratégia de treinamento é flexível mediante a necessidade de intervenção pontual na ocorrência de eventos, de não conformidades em processos, na busca ativa, nos resultados dos indicadores assistenciais, na implantação de rotinas e na capacitação específica de um procedimento técnico.

Módulo de Educação Permanente Multiprofissional

ÁREAS TRANSVERSAIS

Módulo - Práticas integradas

Acompanhamento dos eventos sentinela e eventos adversos.
Biossegurança.
Dispositivos intravasculares centrais e periféricos.
Isolamentos/ Precauções.
Linhas de cuidado.
Plano terapêutico.
Prevenção de Infecção Hospitalar.
Prevenção de pneumonia.
Prevenção de Quedas.
Prevenção de Úlceras por pressão.
Protocolos assistenciais.
Sustentabilidade.

Técnicas de comunicação.
Transferência de pacientes interna e externa.

Módulo - Cuidado Seguro

Identificação do paciente.
Treinamentos em segurança do paciente.
Higiene das mãos.
Pratica segura na utilização de medicamentos.
Segurança em narcóticos.
Papeis e responsabilidades da equipe.
Transferência interna.

ÁREAS ESPECÍFICAS

Módulo - Área especifica para corpo clinico

Atualização sobre normas e rotinas.
Atuação no plano terapêutico.
Atuação nas linhas de cuidado.
Cultura de qualidade.
Cultura de segurança.

Capacitação de liderança para gestores.
Interdisciplinaridade.

Módulo - Área especifica para enfermagem

SAE- Sistematização da assistência de enfermagem.
Taxionomias diagnósticas, de intervenção e de resultados de Enfermagem.
Classificação de complexidade dos cuidados em enfermagem – FUGULIN.
Condutas de enfermagem a pacientes com: Trauma Cranioencefálico (TCE) Trauma Raquimedular (TRM); Doenças cerebrovasculares; Acidente Vascular Cerebral - Isquêmico (AVCI); Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH); Malformação Arteriovenosa (MAV); Aneurisma Cerebral; Patologias neurológicas; Epilepsia;

Tumores Cerebrais; Neuromiopatias; Síndrome de Guillain-barré; Miastenia Grave; Hidrocefalia; Morte Encefálica.
Cuidados na administração de medicamentos.
Cuidados com drogas de alto alerta.
Cuidados na passagem de Sondas Nasogástrica e Nasoenteral.
Cuidados na manutenção de Cateteres Venosos Centrais.
Curativos e coberturas padronizadas.
Ventilação mecânica e gasometria arterial no paciente crítico adulto e pediátrico.
Assistência em parada cardiorrespiratória em adultos e crianças.
Coleta de exames e preparo e acompanhamento do cliente para exames.
Preparo do corpo pós-morte.
Enfermeiro como Gestor da Unidade e do Cuidado.
Enfermagem Clínica.

Módulo - Área especifica para Farmácia

Guia Terapêutico.
Formas Farmacêuticas.
Classes terapêuticas.
Vias de administração.
Dose Unitária.
Drogas de Alto Alertas.
Farmacovigilância.
Garantia e controle de qualidade- CTQF.
Dispensação de psicotrópicos.
Descarte de resíduos/ Conferencia do carro de emergência/ Dispensação de antimicrobianos.
Preparo de medicamentos.
Farmácia clínica e segurança do paciente.
Logística em farmácia hospitalar.
Gestão em Farmácia Hospitalar.

Módulo - Área especifica para Serviços Administrativos

Estrutura e organização do trabalho do auxiliar administrativo na Diretoria de Enfermagem
Habilidades Interpessoais no trabalho

Noções de Direito Administrativo e Processo Administrativo Disciplinar
Sistema informatizado e relatórios estatísticos
Atendimento e cadastro de usuários
Faturamento
Gestão de Suprimentos

Treinamento de Integração

O IAPP entende que o treinamento de integração, também conhecido como socialização organizacional, sendo um processo de aprendizagem de curta duração que, mediante uma técnica ou uma combinação de procedimentos e que visa introduzir novos colaboradores em suas devidas funções de forma que compreendam os aspectos sócias, técnicos e culturais da organização, bem como conhecimentos e competências de forma a melhorar seu desempenho no cargo atual, é de suma importância, ainda que tenhamos a Educação Permanente

Muito ocorre de uma Organização Social iniciar a gestão de uma unidade hospitalar pública e manter colaboradores da gestão anterior. Dentro desta perspectiva, também se faz necessário o treinamento de integração, tendo em vista que haverá uma nova cultura sendo inserido no ambiente de trabalho.

Realização do Programa de Integração

O IAPP sugere um Programa de Integração de pelo menos 2 dias, onde serão apresentados conteúdos informativos do funcionamento de diversos setores da unidade.

Conteúdos sugeridos:

- Recepção de Boas Vindas com apresentação dos Diretores e Coordenadores;

- Tour pela unidade;

- Breve história da Saúde Pública no Brasil e princípios do SUS;

- Processos relacionados a segurança do trabalho e Biossegurança;

- Características institucionais e físicas da unidade;

- Processos e fluxos do Departamento Pessoal, Hierarquias, Legislação Trabalhista, Organogramas e Fluxogramas da unidade.

- Direitos e deveres dos colaboradores da unidade;

- Relacionamento Interpessoal e etiqueta profissional;

- Apresentação do Manual de Normas e Rotinas do setor de trabalho, onde o profissional terá o descritivo das atividades desenvolvidas no setor que este prestará serviço.

Espera-se que com o Programa de Integração todos os funcionários contratados da unidade sintam-se acolhidos e demonstrem seu aprendizado na prática cotidiana, no atendimento e assistência; mantenham-se qualificados dentro das diretrizes institucionais e fundamentados

pelos princípios do SUS, trazendo benefícios para a instituição, retendo e motivando o profissional a dedicar-se ao trabalho reconhecendo a instituição como uma aliada na sua ascensão profissional e pessoal.

11 - PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

11.1 – ESTIMATIVA DE ATIVIDADE MENSAL

ATENÇÃO BÁSICA		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Consultas	400	Médico
Visita	30	Médico
Variados tipos de procedimentos	640	Dentista
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Pacientes Especiais	40	Dentista
Restauração em pacientes especiais	40	Dentista

Tratamento de canais em molares	7	Dentista
Tratamento de canais em outros dentes	28	Dentista
Periodontia	60	Dentista
Extrações	60	Dentista
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Dermatologia - consulta	300	Dermatologista
Gastrologia/Proctologia - consulta	320	Gastrologista/Proctologista
Ginecologia - consulta	240	Ginecologista
Nefrologia - Consulta	100	Nefrologista
TRATO DE ANIMAIS E CENTRO DE REFRERÊNCIA ANIMAL		
Serviços/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Manejo de animais (alimentação)	Todos que estiverem no canil diariamente	auxiliar
Manejo de animais (higienização)	Todos que estiverem no canil diariamente	auxiliar

Realizar procedimentos ordenados por veterinário	100%	auxiliar
Observação, manter sobre tutela	100 animais	auxiliar
Organização das dependências	100%	auxiliar
Castrações	40	Veterinário
Assistência/consulta	80 horas	Veterinário
CAPS		
Atividades/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Atendimentos	340	Médico
Atendimentos	280	Enfermeiro
Atendimentos	240	Triagem
Atendimentos	120	Grupos
Atendimentos	100	Oficina
Atendimentos	380	Psicólogo
Crianças autistas - Atendimento	35	Médico psiquiatra
Crianças autistas - Triagem	52	Triagem de psicóloga
Crianças autistas - Atendimento	170	Psicólogo
Visitas Domiciliares	50	Médico
Visitas Domiciliares	140	Enfermeiro
Visitas Domiciliares	130	Assistente Social/Psicólogo

Matriaciamento de rede	15	Médido matriciador
Matriaciamento de rede	15	Enfermeiro matriciador
Matriaciamento de rede	15	Equipe multimatriciadora
Matriciamento psicologia infantil	45	Psquiatra infantil
Matriciamento psicologia infantil	45	Psicólogo/TO/Assistente Social
Matriciamento psicologia infantil	45	Diversos
Evento de capacitação da rede - Luta Antimanicomial	1, no mês de maio	Equipe envolvida
Evento de conscientização e caminhada temática - Luta Antimanicomial	1, no mês de maio	Equipe envolvida
Evento de capacitação da rede -Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida
Evento aberto ao público e demais secretarias - Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida
CREAD		
Atividades/Procedimentos	**Quantidade Mensal Mínima**	**Membros/Profissionais**
Atendimentos ambulatoriais	430	Médico

Atendimentos ambulatoriais	230	Enfermeiro
Atendimentos ambulatoriais	230	Triagem
Atendimentos ambulatoriais	125	Grupos
Atendimentos ambulatoriais	120	Oficina
Atendimentos ambulatoriais	235	Psicólogo
Capacitação escolar (visitas)	10	Médico
Capacitação escolar (visitas)	10	Psicólogo
Capacitação escolar (visitas)	10	Equipe multiprofissional
Atendimento de crianças e adolescentes	240	Médico
Atendimento de crianças e adolescentes	240	Psicólogo
Atendimento de crianças e adolescentes	240	T.O./Enfermeiro
Matriaciamento de rede	10	Médido matriciador
Matriaciamento de rede	10	Enfermeiro matriciador
Matriaciamento de rede	10	Equipe multimatriciadora
Visitas domiciliares e Busca ativa	45	Médico

Visitas domiciliares e Busca ativa	130	Enfermeiro
Visitas domiciliares e Busca ativa	130	Equipe Multiprofissional
Evento de capacitação da rede - Luta Antimanicomial	1, no mês de maio	Equipe envolvida
Evento de conscientização e caminhada temática - Luta Antimanicomial	1, no mês de maio	Equipe envolvida
Evento de capacitação da rede -Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida
Evento aberto ao público e demais secretarias - Prevenção do Suicídio	1, no mês de setembro	Equipe envolvida
Capacitação da casa de passagem	1 visita	Médico
Capacitação da casa de passagem	2 visitas	Enfermeiro
Capacitação da casa de passagem	2 visitas	Equipe Multiprofissional

11.2 – DEMONSTRATIVO DE DESPESAS

PROPOSTA ECONÔMICA

Para a execução das ações de gestão prevista no Chamamento Público 03/2019, Edital 09/2019, o IAPP apresenta um custo mensal de **R$ 1.195.647,32** (um milhão, cento e noventa e cinco mil, seiscentos e quarenta e sete reais e trinta e dois centavos), totalizando o montante de **R$ 14.347.767,78** (catorze milhões, trezentos e quarenta e sete mil, setecentos e sessenta e sete reais e setenta e oito centavos) para os primeiros 12 (doze) meses de contrato, assim discriminado:

Despesa/Custeio	ANO											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1. Pessoal												
Salários	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71	R$ 220.251,71
Remuneração Executivos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Encargos Sociais	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36	R$ 78.189,36
Benefícios	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01	R$ 15.531,01
Provisões (13º e Férias)	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93	R$ 42.816,93
Outros Gastos	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27	R$ 41.515,27
TOTAL PESSOAL	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28	R$ 398.304,28
2. Serviços Contratados												
Serviços Assistenciais	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -

Contratos c/ Pessoa Jurídica	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00	R$ 108.000,00
Contratos c/ Pessoa Física	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00	R$ 2.000,00
Serviços Administrativos	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00	R$ 96.000,00
TOTAL CONTRATOS	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00	R$ 206.000,00
3. Materiais												
Medicamentos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Mat. Médico Hospitalar	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Gases Medicinais	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Material de Consumo em Geral	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00
Gêneros Alimentícios	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Material de Limpeza e Higienização	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Lavanderia	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Combustível	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL MATERIAL	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00	R$ 5.000,00
4. Serviços de Utilidade Pública												
Provedor Internet	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL SERVIÇOS	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
5. Despesas Financeiras												
Tarifas Bancárias	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00
TOTAL FINANCEIRAS	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00	R$ 2.200,00
6. Despesas Operacionais Diversas												

Seguros	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Viagens e Estadias	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Imposto em Geral	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Diversos	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00
TOTAL DIVERSAS	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00	R$ 2.300,00
TOTAL DESPESAS OPERACIONAIS	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**
7. DESPESAS/INVESTIMENTOS	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Jun**	**Jul**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**
Aquisição de Mobiliário	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Aquisição de Equipamento	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Aquisição de Veículos	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
Aquisição Eq. Informática	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL DE INVESTIMENTOS	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -
TOTAL GERAL DE DESPESAS	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**	**R$ 613.804,28**

11.3 – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA SEMANAL	NÚMERO	SALÁRIO	ÁREA DE TRABALHO
ASSISTENTE SOCIAL	30 H/SEM	2	R$ 2.910,75	ATEN. BÁSICA
AUXILIAR DE FARMÁCIA	40 H/SEM	6	R$ 1.451,93	ATEN. BÁSICA
ENFERMEIRO	40 H/SEM	3	R$ 4.177,08	ATEN. BÁSICA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40 H/SEM	6	R$ 1.712,31	ATEN. BÁSICA
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30 H/SEM	2	R$ 2.910,75	ATEN. BÁSICA
FONOAUDIÓLOGO	30 H/SEM	2	R$ 2.910,75	ATEN. BÁSICA
NUTRICIONISTA	40H/SEM	2	R$ 3.168,28	ATEN. BÁSICA
FISIOTERAPEUTA	30 H/SEM	1	R$ 2.910,75	ATEN. BÁSICA
PSICÓLOGO	40 H/SEM	1	R$ 3.168,28	ATEN. BÁSICA
ESTOQUISTA	40 H/SEM	1	R$ 1.168,37	ATEN. BÁSICA
RECEPCIONISTA	40 H/SEM	15	R$ 1.451,93	ATEN. BÁSICA
MÉDICO CLÍNICO GERAL	20 H/SEM	4	R$ 6.000,00	ATEN. BÁSICA
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	40 H/SEM	2	R$ 2.177,48	ESPECIALIDADES
ASSISTENTE SOCIAL	30 H/SEM	2	R$ 2.910,75	ESPECIALIDADES
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	40 H/SEM	6	R$ 1.451,93	ESPECIALIDADES
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	30 H/SEM	2	R$ 1.088,95	ESPECIALIDADES
C. DENTISTA BUCOMAXILO	30 H/SEM	1	R$ 3.993,49	ESPECIALIDADES
C, DENTISTA	40 H/SEM	5	R$ 5.324,65	ESPECIALIDADES
C. DENTISTA	30 H/SEM	2	R$ 3.993,49	ESPECIALIDADES
C. DENTISTA ENDODONTISTA	20 H/SEM	1	R$ 2.662,33	ESPECIALIDADES
C,. DENTISTA PERIODONTISTA	20 H/SEM	2	R$ 2.662,33	ESPECIALIDADES

ENFERMEIRO	40 H/SEM	1	R$ 4.177,08	ESPECIALIDADES
FISIOTERAPEUTA	30 H/SEM	1	R$ 2.910,75	ESPECIALIDADES
FONOAUDIÓLOGO	30 H/SEM	3	R$ 2.910,75	ESPECIALIDADES
PSICÓLOGO	40 H/SEM	2	R$ 3.168,28	ESPECIALIDADES
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40 H/SEM	9	R$ 1.712,31	ESPECIALIDADES
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30 H/SEM	2	R$ 2.910,75	ESPECIALIDADES
MÉDICO DERMATOLOGISTA	20 H/SEM	**2**	R$ 6.000,00	ESPECIALIDADES
MÉDICO GASTRO/PROCTO	20 H/SEM	**1**	R$ 6.000,00	ESPECIALIDADES
MÉDICO GINECOLOGISTA	20 H/SEM	**3**	R$ 6.000,00	ESPECIALIDADES
MÉDICO NEFROLOGISTA	10 H/SEM	**1**	R$ 3.000,00	ESPECIALIDADES
MÉDICO PSIQUIATRA	40 H/SEM	**1**	R$ 12.000,00	ESPECIALIDADES
MÉDICO PSIQUIATRA INFANTIL	20 H/SEM	**1**	R$ 6.000,00	ESPECIALIDADES
AGENTE ADMINISTRATIVO	40 H/SEM	1	R$ 1.451,93	CANIL/GATIL/CRSA
AUXILIAR DE MÉD. VETERINÁRIO	40 H/SEM	1	R$ 1.451,93	CANIL/GATIL/CRSA
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	40 H/SEM	2	R$ 1.712,31	CANIL/GATIL/CRSA
TRATADOR DE ANIMAIS	12 X 36	1	R$ 1.168,37	CANIL/GATIL/CRSA
MÉDICO VETERINÁRIO	20 H/SEM	**2**	R$ 6.000,00	CANIL/GATIL/CRSA
MÉDICO VETERINÁRIO (CASTRADOR)	20 H/SEM	**2**	R$ 7.500,00	CANIL/GATIL/CRSA