

GESTÃO DE MATERNIDADE PÚBLICA



Isabelle Matos Pinheiro
Antonio Carlos dos Santos Souza
Bruno Santos Oliveira
Gabriel Muniz Cerqueira
Renan Mascarenhas Queiroz
Osmar Tavares do Nascimento



GESTÃO DE MATERNIDADE PÚBLICA

**Isabelle Matos Pinheiro
Antonio Carlos dos Santos Souza
Bruno Santos Oliveira
Gabriel Muniz Cerqueira
Renan Mascarenhas Queiroz
Osmar Tavares do Nascimento**



São Paulo – 2019

Copyright © Autores diversos

Projeto gráfico:

Editora Ixtlan

Diagramação:

Márcia Todeschini

Capa:

Castilaine Carmo

SOUZA, Antonio Carlos dos Santos; PINHEIRO Isabelle Matos; OLIVEIRA, Bruno Santos (organizadores)

Gestão de maternidade pública – São Paulo/SP - Ed. Ixtlan, Outubro/2019

ISBN: 978-85-8197-820-8

1. Sistema único de saúde
2. Maternidade pública
3. Gestão de serviços de saúde

CDD 610

Editora Ixtlan - CNPJ 11.042.574/0001-49 - I.E. 456166992117

DIREITOS PRESERVADOS – É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (Lei Federal 9.610/1998) é crime previsto no art. 184 do Código Penal.

Agradecimento

À Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão pelo apoio a esta obra
através do Projeto nº 140012 - ESTABELECIMENTO DE UM
PROGRAMA DE COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO CIENTÍFICO E
TECNOLÓGICO, AMPARADO PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA
RELATIVA À CAPACITAÇÃO E COMPETITIVIDADE DO SETOR DE
TI, ABRANGENDO ATIVIDADES DE PESQUISA,
DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO

Conselho Editorial

Prof. Dr. Igor de Matos Pinheiro

Prof. Dr. Luiz Cláudio Machado dos Santos

Prof. Dr. Romilson Lopes Sampaio

Prof. Dr. Ronaldo Pedreira Silva

Prof. Dr. Wilson Otto Gomes Batista

Revisão Técnica

Prof. Reinaldo dos Santos Souza

Dedicamos a Deus e às famílias

Prefácio

Diversas abordagens trabalham de forma relevante para a gestão da maternidade pública, ofertando à comunidade possibilidades de metodologias, técnicas e ferramentas em administração pública e saúde.

No contexto de uma maternidade pública, em geral, os profissionais desempenham atividades assistenciais e administrativas que se interdependem e, portanto, precisam ser entendidas com um único processo de gestão. O objetivo principal nesta instituição de saúde é atender a mulher no pré, intra e pós-parto, com base na humanização do atendimento, além de prevenir complicações, priorizar a satisfação do usuário da saúde pública, incluindo familiares e cuidadores.

O desejo de confecção desse livro é a difusão do conhecimento sobre um modelo de gestão de maternidade pública, proposta pelo Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento da UFBA, UNEB, IFBA, SENAI, UEFS e LNCC, em conjunto com a equipe do Labrasoft - Laboratório de Desenvolvimento de Software. Para tanto, foram consideradas a dimensão epistemológica e a dimensão ontológica, nos seguintes desafios:

- Bem-estar e realização do paciente, familiares e profissionais envolvidos;
- Transparência e melhoria da comunicação com o paciente, familiares, profissionais e comunidade usando um sistema de representação do conhecimento;
- Pré-avaliação dos procedimentos;
- Melhoria contínua do serviço e do cuidado.

Este livro é destinado a estudantes, profissionais e gestores de instituições públicas de saúde.

Lista de Siglas

ACR - Acolhimento e Classificação de Risco
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CME - Central de Material Esterilizado
CO - Centro Obstétrico
CRPA - Centro de Recuperação Pós-Anestésica
DML - Depósito de Material de Limpeza
EA - Evento Adverso
EAS - Estabelecimento de Assistência à Saúde
ICP - Infraestrutura de Chaves Públicas
IG - Idade Gestacional
LOA - Lei Orçamentária Anual
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
PCIH - Programa de Controle de Infecção Hospitalar
PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional
PI - Plano Interno
PPA - Plano Plurianual
RC - Rede Cegonha
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
RN - Recém-nascido
SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SND - Serviço de Nutrição e Dietética
UTI-A - Unidade de Terapia Intensiva Adulta
UTI-N - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Conteúdo

1	Introdução	1
I	Setores de Assistência Direta à Paciente	3
2	Capítulo 2 - Ambulatório	5
2.1	Pré-natal	7
2.2	Puerpério e Puericultura	8
3	Capítulo 3 - Emergência Obstétrica	11
3.1	Rede Cegonha	13
3.2	Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrica	14
3.3	Maternidade Segura	16
4	Capítulo 4 - Centro Obstétrico	19
4.1	Parto Normal	21
4.2	Operação Cesariana	22
5	Capítulo 5 - Alojamento Conjunto	23
6	Capítulo 6 - Unidade de Terapia Intensiva	27
6.1	Unidade de Terapia Intensiva Adulto	29
6.2	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	32
6.2.1	Método Canguru	35
6.2.2	Hora do Sono	36
II	Setores de Assistência Indireta à Paciente	39
7	Capítulo 7 - Infecção Hospitalar	41
7.1	Controle de Infecção Hospitalar	41
7.2	Central de Material Esterilizado	46
7.3	Lavanderia Hospitalar	47
7.4	Serviço de Higienização Hospitalar	49

8	Capítulo 8 - Serviço de Nutrição e Dietética	51
8.1	Nutrição Hospitalar	51
8.2	Banco de Leite Humano	54
9	Capítulo 9 - Serviço Social	57
10	Capítulo 10 - Laboratório	59
11	Capítulo 11 - Farmácia	63
11.1	Organização do Serviço de Farmácia	63
11.2	Sistema de Distribuição de Medicamentos	65
11.3	Kits Procedimentos	67
11.4	Controle de Antimicrobianos	67
11.5	Dispensação de medicamentos submetidos a controle especial	68
III	Setores Administrativos	71
12	Capítulo 12 - Engenharia Clínica e Manutenção Predial	73
12.1	Engenharia clínica	73
12.2	Manutenção predial	73
13	Capítulo 13 - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME	77
13.1	Arquivo	78
14	Capítulo 14 - Administrativo Financeiro	81
14.1	Contas Médicas	81
14.2	Faturamento	81
14.3	Orçamentário	82
14.4	Financeiro	83
14.5	Tesouraria	84
14.6	Pregões	85
15	Capítulo 15 - Estoque e Almoxarifado	87
16	Capítulo 16 - Serviços Internos e de Apoio	91
16.1	Protocolo	91
16.2	Veículos	92
16.3	Comunicação	92
16.4	Portaria	93
17	Referências	95
	Índice Remissivo	101

1

Introdução

As maternidades são organizações de saúde singulares, pois cuidam, ao mesmo tempo, de duas pessoas que não apresentam necessariamente doença. A gestação e o parto são processos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional, e as intervenções devem ser cuidadosamente avaliadas em termos de risco e benefício tanto para mãe como para o filho. O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê.

A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas. Cerca de 98% dos partos acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados (BRASIL, 2017c).

Em junho de 2011 o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O livro "Gestão de Maternidade Pública" apresenta uma abordagem consolidada sobre os principais setores envolvidos no atendimento a mulher e recém-nascido. Dividido em capítulos, a primeira parte considera as unidades destinadas ao acolhimento e cuidado direto da paciente, traduzindo o fluxo de atendimento interno: Ambulatório, Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, e Unidade de Terapia Intensiva. A segunda parte considera serviços que traduzem cuidados indiretos à paciente e recém-nascido: Infecção Hospitalar, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, Laboratório e Farmácia. Na terceira parte são abordados ambientes responsáveis pelo apoio administrativo, discriminados em Engenharia Clínica e Manutenção Predial, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, Administrativo Financeiro, Estoque e Almojarifado, e Serviços Internos e de

Apoio.

Neste contexto, a Gestão de Maternidade Pública deve considerar a diversidade das unidades de atendimento quanto ao grau de complexidade, aos recursos disponíveis, ao perfil do usuário atendido, à baixa previsibilidade de eventos nas emergências , às estratégias de gestão de leitos, à comunicação entre as equipes, e à intersetorialidade para o desenvolvimento de uma assistência responsável e de qualidade.

Parte I

Setores de Assistência Direta à Paciente

2

Capítulo 2 - Ambulatório

O setor do Ambulatório destina-se ao atendimento básico de saúde ao indivíduo e à realização de procedimentos que não indiquem a internação hospitalar, tais como os exames de imagem (radiografia, tomografia, ultrassonografia e ressonância), os testes funcionais e as biopsias.

Na maternidade, o ambiente ambulatorial deve promover consultas obstétricas e de neonatologia, necessitando de estrutura de apoio diagnóstico em Ultrassonografia e Ecocardiograma fetal. Faz-se necessário uma equipe multidisciplinar de saúde envolvida no cuidado direto ao paciente e composta por enfermeiros, nutricionistas e médicos ginecologista/obstetra e neonatologista.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de atendimento eletivo e assistência à saúde em regime ambulatorial:

- **Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, coleta de material para exame;**
- **Realizar vigilância epidemiológica através de coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças, etc.;**
- **Promover ações de educação para a saúde, através de palestras, demonstrações, treinamento, campanha;**
- **Realizar vigilância nutricional através das atividades contínuas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional;**
- **Realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsia, etc);**

- Realizar procedimentos diagnósticos que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas;
- Realizar procedimentos terapêuticos, que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas;
- Executar e registrar a assistência médica e de enfermagem por período de até 24 horas;
- Realizar treinamento especializado para aplicação de procedimento terapêutico e/ou manutenção ou uso de equipamentos especiais.

Neste cenário, um sistema que controle as informações ambulatoriais auxiliará o registro e o acompanhamento dos dados de cada paciente, a evolução durante as semanas gestacionais e a supervisão gradativa da saúde do feto e da gestante. Histórico, relatórios, listagem de cada consulta realizada devem constar no sistema, para acesso fácil dos profissionais.

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAME PRÉ-NATAL

NOME PRONTUÁRIO DIGITALIZÁVEL EXAME PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Bruno



	Nome	Prontuário	CNS	RG	Data de Nascimento
Selecionar	RN DE BRUNO CHAGAS DOS SANTOS	362459		C.NASC.A/358	28/7/2005
Selecionar	RN- BRUNO JESUS SANTOS	501452			01/01/1809
Selecionar	MARIA RENATA BRUNO BRITO DA CRUZ	502625		0575509481	01/01/1809
Selecionar	IRACI REBOUCAS BRUNO	519165		1138210854	2/12/1985
Selecionar	RN DE IRACI REBOUCAS BRUNO	523167		1138210854	4/10/2007
Selecionar	MARY HELEN BRUNO DOS SANTOS	612788		0498411060	3/8/1974
Selecionar	ABENILDE BRUNO NEIVA	628370		02533161-20	3/9/1961
Selecionar	GEANE CRISTINA BRUNO MACHADO	654608		0902036580	1/9/1985

Figura 2.1: Imagem de solicitações de exames pré-natal com dados simulados e fictícios

Uma assistência pré-natal e de puerpério de qualidade deve ser garantida às gestantes e à seus parceiros/as, com amplo acesso aos serviços de saúde e com foco no diagnóstico precoce da gestação e seu imediato acompanhamento pelas equipes de saúde.

2.1 Pré-natal

O atendimento pré-natal é a assistência na área da enfermagem e da medicina prestado à gestante, visando melhorar e evitar problemas para a mãe e a criança nesse período e no momento do parto.

As consultas de pré-natal devem ser realizadas por médicos e enfermeiros de maneira intercalada, reservando 30 minutos de atendimento por gestante, em virtude da complexidade desta assistência. Dessa forma, recomenda-se a realização mínima de sete ou mais consultas durante o pré-natal, sendo a periodicidade destes atendimentos mensal para até 28 semanas de idade gestacional (IG), quinzenal da 28^a à 36^a semana, e semanal da 36^a até o parto. É importante assegurar o preenchimento adequado da Caderneta da Gestante e a prática de ações educativas e integrativas em saúde, sejam estas individuais ou coletivas, destacando que não há, em nenhuma hipótese, a possibilidade de alta do pré-natal (BRASIL, 2017b).

Confirmada a gravidez (por teste rápido), conforme Linha de Cuidado do Pré-natal da Rede Cegonha, deve ser ofertada a realização dos testes rápidos para sífilis e HIV, mediante concordância da gestante, além de solicitado os exames de triagem da gestante em amostra de soro ou sangue, exames imunohematológicos e outros de análises clínicas (BRASIL, 2017b).

A gestante deve aderir ao acompanhamento pré-natal inserindo as consultas na sua rotina, iniciativa que ajuda a evitar as complicações relacionadas ao estado gestacional, tais como parto prematuro e aborto.

Gestação, parto e puerpério de risco são situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis (BRASIL, 2013a).

Risco materno, fetal e neonatal, de acordo com a Portaria 1.020 de 29 de maio de 2013 (BRASIL, 2013a), podem ser definidos como:

- **Risco Materno - probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher;**
- **Risco Fetal - condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal;**
- **Risco Neonatal - conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido (RN), com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde.**

Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão (BRASIL, 2013a):

- **Acolher e atender a gestante de alto risco referenciada;**

- **Elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto;**
- **Garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos;**
- **Realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes;**
- **Garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário;**
- **Garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde;**
- **Manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação;**
- **Assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids;**
- **Alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde.**

2.2 Puerpério e Puericultura

No momento da alta hospitalar, é preconizado que a maternidade realize o encaminhamento da puérpera e do RN através da estratégia de “Alta Segura” para o atendimento ambulatorial.

Recomenda-se a consulta puerperal em até 10 dias após a alta da maternidade, preferencialmente com 7 dias, incluindo também a visita ao RN. Se possível, os agendamentos de consulta puerperal e do RN devem ser no mesmo período não só para facilitar o deslocamento de ambos, mas também para avaliar o vínculo e demais aspectos importantes que envolvam a relação da mãe/pai/família e o bebê (BRASIL, 2017b).

São objetivos da primeira visita domiciliar realizada à puérpera e ao RN:

- **Avaliar o estado geral da mulher e do RN;**

- Investigar as relações familiares (comunicação entre os membros familiares, papéis de cada membro e a organização familiar);
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde;
- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde;
- Escutar e oferecer suporte emocional à família durante os atendimentos;
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
- Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
- Identificar sinais de depressão puerperal, geralmente, com início entre a 2^a e 3^a semana do puerpério;
- Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do RN;
- Identificar sinais de perigo à saúde da puérpera e da criança;
- Orientar sobre os métodos disponíveis para planejamento reprodutivo (BRASIL, 2017b).

A consulta puerperal deverá ser realizada por médico ou enfermeiro e é de vital importância para o acompanhamento da saúde da puérpera e do RN. A avaliação da qualidade da atenção à saúde da mulher deve ocorrer por meio do acompanhamento e avaliação dos seguintes indicadores:

- Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal;
- Proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (até a 12^a semana de gestação);
- Número absoluto de casos de morte materna;
- Número absoluto de casos de mortes fetais e infantis;
- Realização de consulta de puerpério até o 10^o dia pós-parto;
- Realização de consulta do RN em até 7 dias de vida (BRASIL, 2017b).

3

Capítulo 3 - Emergência Obstétrica

O setor de Emergência destina-se à prestação de atendimento imediato de assistência à saúde de pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência), por livre demanda ou referenciada de outras unidades de saúde. Com funcionamento ininterrupto (24 horas por dia), necessita de suporte dos serviços de diagnóstico terapêutico para elucidação dos casos. Deve possuir leitos de triagem, de observação e de reanimação para os pacientes que necessitem permanecer neste ambiente por menos de 24 horas, indicando o encaminhamento dos mesmos para as unidades de internação se o tempo de permanência ultrapassar esse período.

A solicitação de transferência de pacientes internados em outra unidade de saúde deve ocorrer através do encaminhamento da ficha de referência para a assistente social, procedendo com a avaliação médica de autorização ou não da transferência. Os pacientes resgatados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) dispensam esta burocracia, procedendo apenas com o contato telefônico ou via rádio.

A estratégia de gestão de leitos hospitalares, objeto escasso e de alto custo, é elemento central para a geração de receitas do hospital, aumentando a capacidade de internações mensais. Otimizar a disponibilidade de leitos representa maximizar a ocupação/desocupação da unidade, reduzindo o tempo de espera dos pacientes e das transferências internas.

A gestante que, espontaneamente busca o serviço hospitalar, é conduzida para a consulta de enfermagem no setor de Classificação de Risco. Em seguida, recebe atendimento médico (obstetra), que definirá a conduta de atendimento, encaminhamento a paciente para:

- **atendimento ambulatorial;**
- **administração de medicamento;**

- observação na emergência por um período máximo de 24 horas;
- evolução para o parto (sala de pré-parto ou de parto);
- estabilização de intercorrências na sala de Reanimação;
- internação no alojamento conjunto;
- ou internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de atendimento imediato de assistência à saúde nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade):

- fazer triagem para os atendimentos;
- prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;
- fazer higienização do paciente;
- realizar procedimentos de enfermagem;
- realizar atendimentos e procedimentos de urgência;
- prestar apoio diagnóstico e terapêutico por 24hs;
- manter em observação o paciente por período de até 24hs;
- fornecer refeição para o paciente.

Nos casos com risco de vida (emergência) e nos casos sem risco de vida (urgências de alta complexidade) (BRASIL, 2002a):

- prestar o primeiro atendimento ao paciente;
- prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;
- fazer higienização do paciente;
- realizar procedimentos de enfermagem;
- realizar atendimentos e procedimentos de emergência e urgência de alta complexidade;
- prestar apoio diagnóstico e terapia por 24hs;
- manter em observação o paciente por período de até 24hs;
- e fornecer refeição para o paciente.

Os kits para atendimento às emergências devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril. A quantidade dos materiais e medicamentos deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda. Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente para lâminas de laringoscópio e tubos endotraqueais, por exemplo (BRASIL, 2010).

3.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha (RC) é uma iniciativa do Ministério da Saúde/MS lançada pelo Governo Federal em 2011 (BRASIL, 2011), com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. A RC incentiva a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida (BRASIL, 2017a).

O foco estratégico da RC está na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal, ampliando o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde (BRASIL, 2017a).

Trata-se de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, afirmando que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher, parceiro(a) e sua família.

A Rede Cegonha articula os seguintes objetivos (BRASIL, 2017a):

- **Fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;**
- **Fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção a gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade;**
- **Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal.**

A Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais (BRASIL, 2017a):

- **Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;**
- **Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;**
- **Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;**
- **Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;**
- **Gestão democrática e participativa na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/ acompanhantes, trabalhadores e gestores.**

3.2 Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrica

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015a) traduz-se o acolhimento como recepção do usuário nos serviços de saúde desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos hospitais e das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência (BRASIL, 2017a).

O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Possui como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais (BRASIL, 2017a).

3.2. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICA 15

O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos. O Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente (BRASIL, 2017a).

A Classificação de Risco é destinada a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a) instituiu o Protocolo de Classificação de Risco em linguagem universal, como ferramenta de apoio à decisão clínica para as urgências obstétricas. A busca da pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permite um atendimento rápido e seguro, com base nas evidências científicas existentes. A partir de uma análise sucinta e sistematizada, a utilização do protocolo evita a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica e as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, e viabiliza o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade em tempo adequado para cada caso.

Os Protocolos de Classificação de Risco utilizam categorias chaves de decisão dos fluxogramas, definidos como (Brasil, 2017a):

1. Alteração do nível de consciência/estado mental;
2. Avaliação da respiração e ventilação;
3. Avaliação da circulação;
4. Avaliação da dor (escalas);
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos);
6. Fatores de risco (agravantes presentes).

Após a classificação de risco, o fluxo de atendimento é determinado da seguinte forma:

- **CLASSIFICAÇÃO VERMELHA (atendimento imediato):**

- [•] **O atendimento ocorre diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte;**

- [•] **As medidas de suporte de vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada / atendida pelo Suporte Avançado do SAMU-192.**

- **CLASSIFICAÇÃO LARANJA** (atendimento em até 15 minutos):
 - [•] O atendimento deverá ocorrer no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para a prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu risco potencial demanda o atendimento o mais rápido possível;
 - [•] As medidas de suporte de vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede e a paciente deverá ser transportada / atendida pela Ambulância de Suporte Avançado do SAMU-192.
- **CLASSIFICAÇÃO AMARELA** (atendimento em até 30 minutos):
 - [•] O atendimento deverá ocorrer no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para a prioridade do atendimento.
- **CLASSIFICAÇÃO VERDE** (atendimento em até 120 minutos):
 - [•] Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.
- **CLASSIFICAÇÃO AZUL** (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação):
 - [•] Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço;
 - [•] Caso não ocorra a pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência, deverá ser garantido o atendimento na maternidade.

3.3 Maternidade Segura

Os serviços obstétricos guardam especificidades e, ainda que a gravidez e o parto sejam processos fisiológicos, podem ocorrer emergências que necessitem de respostas rápidas.

Os serviços precisam estar preparados para assistir tanto à mãe como ao bebê e, com esse objetivo, devem ter capacidade de coordenação de pessoas, equipamentos e processos de trabalho bem estabelecidos. O acesso a serviços obstétricos bem estruturados e em tempo hábil é essencial para garantir um parto e nascimento seguros.

A morte materna é o evento adverso (EA) mais grave que pode ocorrer, sendo indicado a promoção de melhorias na qualidade e segurança do cuidado dos serviços obstétricos. Para isso, é fundamental conhecer o perfil dos eventos adversos dessas organizações, e os fatores relacionados à prestação do cuidado que influenciam sua qualidade e segurança (REIS, 2014).

Morte materna é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1995), como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em razão de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas que se referem a ela, porém não em virtude de causas acidentais ou incidentais.

A morte materna é considerada um evento sentinela. E sua ocorrência alerta para o fato de que houve alguma falha no cuidado prestado, devendo deflagrar um conjunto de medidas para que suas causas sejam esclarecidas e corrigidas. Trata-se, também, de um importante indicador da qualidade do sistema de saúde, em especial relacionado ao acesso aos serviços, à adequação e à oportunidade do cuidado (BENAGIANO e THOMAS, 2003).

Nesse contexto, a OMS (2017) elaborou um instrumento denominado "Lista de Verificação para Partos Seguros", com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados às gestantes. Este documento organiza as práticas essenciais de parto, baseadas em evidências, com foco nas principais causas de morte materna, de nati-mortos por causas intraparto e de mortes neonatais que ocorrem em unidades de saúde, em todo o mundo. Cada item da "Lista de Verificação" é uma ação crítica que, se não for cumprida, poderá provocar sérios danos à mãe, ao recém-nascido ou a ambos.

As quatro causas mais frequentes da morte materna no Brasil são hemorragia grave, transtornos da pressão arterial (eclampsia e pré-eclampsia), infecções e aborto inseguro (REIS, 2014).

De acordo com Reis (2014), no caso da atenção ao parto, vários fatores de risco assistenciais devem ser controlados, visando a redução na ocorrência de eventos adversos, conforme descrito à seguir.

- **Fatores de risco relacionados à estrutura:**

- **recurso humano (número de profissionais, formação dos profissionais, composição da equipe, escalas de trabalho);**

- **equipamentos/instrumental compatível com o perfil assistencial e o número de partos e intervenções obstétricas realizadas;**

- **transporte disponível para mãe e o recém-nato;**

- **serviços de apoio (hemoterapia, laboratório);**

- **instalações físicas e sua conservação;**

- **relação de medicamentos, com protocolos de uso;**

- [•] modelo de atenção ao parto (diretrizes e protocolos);
- Fatores de risco relacionados ao processo:
 - [•] treinamentos;
 - [•] trocas de plantão/turno estruturadas com incorporação de técnicas de comunicação e transmissão de informações relevantes;
 - [•] adesão e implementação dos protocolos clínicos;
 - [•] implementação de rotinas e adesão aos procedimentos operacionais;
 - [•] fornecimento de serviços de apoio em tempo hábil (exames, hemocomponentes e medicamentos);
 - [•] organização e completude dos prontuários/processos clínicos;
 - [•] incentivo e orientação para o uso de técnicas não farmacológicas de controle da dor;
 - [•] presença de acompanhante em todas as fases do trabalho de parto e parto.
- Fatores de risco relacionados à forma como o sistema de saúde está estruturado:
 - [•] Características quanto à universalidade, descentralização, distribuição, cobertura da rede de serviços e financiamento;
- Fatores de risco relacionados ao modelo de atenção ao parto:
 - [•] local do parto;
 - [•] tipo de profissional assistente;
 - [•] tipo de parto;
 - [•] técnicas de indução/aceleração do parto;
 - [•] uso de episiotomia, analgesia e de outras tecnologias.

4

Capítulo 4 - Centro Obstétrico

O Centro Obstétrico (CO) é destinado a realização de procedimentos obstétricos e ginecológicos, funcionando em regime de 24 horas ao dia para atendimento às emergências e à livre demanda das parturientes. Deve possuir sala de pré-parto, sala para parto normal e sala para operação cesariana.

As atividades desenvolvidas no Centro Obstétrico, de acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são:

- **recepcionar e transferir parturientes;**
- **examinar e higienizar parturiente;**
- **assistir parturientes em trabalho de parto;**
- **assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;**
- **proceder a lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos;**
- **assistir partos normais;**
- **realizar partos cirúrgicos;**
- **assegurar condições para que acompanhantes das parturientes possam assistir ao pré-parto, parto e pós-parto;**
- **realizar curetagens com anestesia geral;**
- **realizar aspiração manual intra-uterina (AMIU);**
- **prestar assistência médica e de enfermagem ao RN, envolvendo avaliação de vitalidade, identificação, reanimação (quando necessário) e higienização;**

- **realizar relatórios médicos e de enfermagem e registro de parto;**
- **proporcionar cuidados pós-anestésicos e pós-parto;**
- **garantir o apoio diagnóstico necessário.**

As gestantes que efetuarem visitas à maternidade, durante a gravidez, para conhecer a rotina da instituição, se sentirá mais segura no ato da internação e no momento do parto.

No primeiro acesso da gestante à maternidade, a partir do setor da Emergência, esta deverá ser avaliada pelo médico obstetra e pelo enfermeiro, sendo encaminhada ao Centro Obstétrico em companhia do familiar se houver indicação do parto.

A admissão no Centro Obstétrico inicia-se com a checagem do nome da paciente e observação do partograma (evolução do trabalho de parto), procedendo com a condução ao leito, oferta de medidas de conforto (banho, troca de roupa, etc), orientação quanto a respiração durante e após as contrações e a posição de conforto no pré-parto (decúbito lateral esquerdo) (BRASIl, 2014).

No trabalho de parto, a gestante receberá informações sobre os procedimentos que lhes serão executados. A permanência do acompanhante durante o trabalho de parto traz benefícios para a redução nas taxas de cesárea, duração do trabalho de parto e pedidos de anestesia, além de ajudar a evitar a depressão pós-parto e influenciar positivamente na formação dos laços afetivos familiares, caso o pai ocupe esta posição de destaque (BRASIL, 2016a). O acompanhante deverá ser orientado pelos profissionais de saúde a fim de conduzir com calma a assistência à parturiente.

Após o parto normal sem intercorrências, o bebê permanece junto à mãe, e ambos são encaminhados ao alojamento conjunto, onde podem receber visitas de seus familiares. É fornecida orientações sobre o aleitamento materno e sobre o retorno para a consulta de puerpério e de puericultura, e o bebê já recebe a vacina BCG (bacilo calmette-guérin) antes da alta hospitalar.

As puérperas em pós-operatório imediato de cesariana podem ser encaminhadas para o Centro de Recuperação Pós-Anestésico (CRPA) antes da transferência para o alojamento conjunto. Este setor, vinculado por proximidade e por compartilhamento de recursos humanos e materiais com o Centro Obstétrico, destina-se ao atendimento da paciente, prevenindo complicações provenientes da anestesia ou do procedimento cirúrgico.

A proposta do Parto Humanizado surgiu a partir da criação da Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005), alterando a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Além deste objetivo principal, a prática

do parto humanizado, deve promover os direitos das mães, dos bebês e dos familiares nos serviços de saúde através do (BRASIL, 2017c):

- **acesso aos métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;**
- **estímulo ao contato imediato, pele a pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;**
- **estímulo ao aleitamento materno ainda no ambiente do parto; adoção do Método Canguru, quando indicado.**

4.1 Parto Normal

Anualmente, o Brasil registra cerca de 3 milhões de nascimentos, 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de tecnologias e procedimentos em busca de um parto mais seguro, contribuindo com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais (BRASIL, 2016a).

Por outro lado, a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças, expõem as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, tais como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana e aspiração naso-faríngea. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade, são rotineiras e atingem quase a totalidade das mulheres e recém-nascidos assistidos em hospitais no Brasil (BRASIL, 2016a).

No entanto, percebe-se que a prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas, com uma maior ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento, e modificações nos ambientes do nascimento, tornando-o mais acolhedor e com rotinas mais flexíveis (BRASIL, 2016a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a), surgem também outras modalidades de assistência em ambientes não hospitalares, como o parto domiciliar e em centros de nascimento dentro ou fora dos hospitais. Questiona-se também o predomínio do profissional médico na assistência, com o fortalecimento das Enfermeiras obstétricas e Obstetizes como atores importantes no processo assistencial.

A diversidade de práticas clínicas nos diversos ambientes de atenção e a grande variedade de condutas destinadas ao manejo de situações semelhantes, podem conduzir a aplicação inadequada do conhecimento ou mesmo na não aplicação da prática mais eficaz. Nesse sentido, as diretrizes clínicas baseadas em evidências apresentam-se como ferramenta de consulta para

os profissionais na sua atividade diária e na tomada de decisões para uma assistência focada na qualidade (BRASIL, 2016a).

4.2 Operação Cesariana

A população obstétrica brasileira é caracterizada atualmente por um elevado contingente de mulheres com cesarianas prévias, apresentando indicadores de taxa de cesariana no Brasil de 56%, e com ampla variação entre os serviços públicos e privados (40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados) (BRASIL, 2015b).

Considera-se que a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves, sendo efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal quando realizada por recomendação médica, possuindo grande valor na obstetrícia moderna. Entretanto, a operação cesariana é frequentemente utilizada de forma desnecessária, sem razões médicas que justifiquem seus benefícios. A Organização Mundial da Saúde concluiu que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (BRASIL, 2015b).

Além das implicações da cesariana na morbimortalidade materna e neonatal, a operação afeta a formação do vínculo materno-infantil, o custo, o futuro reprodutivo da mulher e possíveis repercussões de longo prazo deste modo de nascer na criança (NICE, 2011).

São complexas as causas do uso excessivo da operação cesariana no Brasil, podendo ser citada a (BRASIL, 2015b):

- **metodologia de assistência ao nascimento centralizada na atuação de obstetras individuais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe;**
- **características socioculturais;**
- **qualidade dos serviços que assistem aos partos, com pouca capacidade de acolher a mulher;**
- **características da assistência pré-natal, sem objetivo de preparar as mulheres para o parto de forma adequada.**

5

Capítulo 5 - Alojamento Conjunto

A Unidade de Alojamento Conjunto é destinada à prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação para pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos) (BRASIL, 2016b). Deve possuir leitos de internação e de isolamento, posto de enfermagem, rouparia, sala de guarda de materiais, posto para prescrição médica, depósito para material de limpeza (DML) e sala de Utilidades.

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de assistência à saúde em regime de internação adulto:

- **proporcionar condições de internar pacientes, em ambientes individuais ou coletivos, conforme faixa etária, patologia, sexo e intensividade de cuidados;**
- **executar e registrar a assistência médica diária;**
- **executar e registrar a assistência de enfermagem;**
- **prestar assistência nutricional e distribuir alimentação a pacientes (em locais específicos ou no leito) e a acompanhantes (quando for o caso);**
- **prestar assistência psicológica e social.**

São objetivos do Alojamento Conjunto:

- **aumentar os índices de aleitamento materno;**
- **estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho;**
- **permitir aprendizado materno sobre como cuidar do RN;**

- **reduzir o índice de infecção hospitalar cruzada;**
- **estimular a participação do pai no cuidado com o RN;**
- **possibilitar o acompanhamento da amamentação, sem rigidez de horário, visando esclarecer às dúvidas da mãe e incentivá-la nos momentos de insegurança;**
- **favorecer troca de experiências entre as mães.**

Diariamente, as pacientes são avaliadas pelo obstetra e, nos casos de intercorrências, os plantonistas da Emergência e/ou do Centro Obstétrico devem ser acionados para fornecer o atendimento. Existindo necessidade de avaliação por especialistas médicos, esta demanda poderá ser suprida via atendimento ambulatorial, com agendamento prioritário para as pacientes internadas.

O Alojamento Conjunto destina-se também ao recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanecendo com a mãe 24h por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Este sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde materna e neonatal.

Conforme a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de assistência à saúde em regime de internação de recém-nascidos até 28 dias (neonatologia):

- **alojar e manter sob cuidado os recém-nascidos sadios;**
- **proporcionar condições de internar recém-nascidos, patológicos, prematuros e externos que necessitam de observação;**
- **executar e registrar a assistência médica diária;**
- **executar e registrar a assistência de enfermagem;**
- **prestar assistência nutricional e dar alimentação aos recém-nascidos;**
- **executar o controle de entrada e saída de RN.**

Os critérios para admissão do RN no alojamento conjunto incluem:

- **RN a termo, apropriado para Idade Gestacional e sem patologia, com boa vitalidade, boa sucção, adequado controle térmico, sem risco de infecção (situações de risco de infecção: mãe febril, recebendo antibiótico, bolsa rota há mais de 24 horas, RN nascido fora do centro obstétrico);**
- **peso de nascimento superior a 2.500g menos de 4.000g;**

- boletim de Apgar igual ou superior a 7 no primeiro minuto de vida;
- em caso de cesariana, o RN será evado para a mãe entre 2 e 6 horas após o parto, respeitando-se as condições maternas;

Os critérios para não-admissão do RN no alojamento conjunto incluem:

- Apgar abaixo de 7 no primeiro e no quinto minuto;
- RN com peso acima do percentil 90 ou abaixo do percentil 10 para a idade gestacional;
- malformação que impeçam a amamentação;
- alto risco de infecção;
- RN de mãe diabética;
- icterícia precoce;
- patologias diagnosticadas ao exame imediato.

A informatização e a organização dos procedimentos executados no alojamento conjunto, exige a implantação de um sistema que possibilite:

- cadastro das internações das pacientes com base nos leitos disponíveis, incluindo o leito de isolamento;
- agendamento do parto conforme programação do Centro Obstétrico ou por demanda espontânea através do setor da Emergência (não agendado previamente).

Gerenciamento de Leitos

Cadastrar um Leito

Local: -1 HS - ENFERMARIA - SUBSOLO  

Nome do Leito:

Disponível
 Leito de isolamento
 Excedente

Todos os Leitos

	Leito	Local	Está Disponível	Leito de Isolamento	Excedente
Editar ou Excluir	163 OBS001	-1 HS - ENFERMARIA - SUBSOLO	Sim	Não	Não
Editar ou Excluir	164 OBS002	-1 HS - ENFERMARIA - SUBSOLO	Sim	Não	Não
Editar ou Excluir	165 OBS003	-1 HS - ENFERMARIA - SUBSOLO	Sim	Não	Não
Editar ou Excluir	166 OBS004	-1 HS - ENFERMARIA - SUBSOLO	Sim	Não	Não

Figura 5.1: Imagem de gerenciamento de leitos retirada com dados simulados e fictícios.

6

Capítulo 6 - Unidade de Terapia Intensiva

Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é definida como área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. (BRASIL, 2010). A UTI poderá dispor de uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo, que lhe dará suporte adequado para a alta programada do paciente.

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de assistência à saúde em regime de internação de pacientes em regime de terapia intensiva:

- proporcionar condições de internar pacientes críticos, em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco, faixa etária (exceto neonatologia), patologia e requisitos de privacidade;
- executar e registrar a assistência médica intensiva;
- executar e registrar a assistência de enfermagem intensiva;
- prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagens, hemotérico, cirúrgico e terapêutico durante 24 horas;
- manter condições de monitoramento e assistência respiratória 24 horas;
- prestar assistência nutricional e distribuir alimentação aos pacientes;
- manter pacientes com morte cerebral, nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplante, quando consentida;

- **prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes.**

A infraestrutura deste ambiente deve contribuir para a manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização. Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas, podendo compartilhar entre si os ambientes de apoio.

A UTI deverá possuir leitos de internação e leito de isolamento, destinados à pacientes com gravidade no pré-parto, pós-parto imediato e no pós-parto tardio, posto de enfermagem, rouparia, sala de guarda de materiais, posto para prescrição médica, depósito para material de limpeza (DML) e sala de Utilidades/Expurgo.

A equipe multiprofissional mínima recomendada deve ser dimensionada quantitativa e qualitativamente de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e a legislação vigente, e legalmente habilitada para o atendimento intensivo (BRASIL, 2010).

PROFISSIONAL	QUANTIDADE MÍNIMA/LEITO EM CADA TURNO
Médico diarista/rotineiro*	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração
Médico plantonista	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração
Enfermeiro assistencial	01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração
Fisioterapeuta**	01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração
Técnico de enfermagem***	01 (um) para cada 02 (dois) leitos
Auxiliar administrativo	01 (um) exclusivo da unidade
Auxiliar de Serviços Gerais	01 (um) exclusivo da unidade

*Título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto e Título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal

**Total de 18 horas diárias de atuação;

*** Acrescentar 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;

O diarista, médico é responsável pela visita ao paciente, realizando as prescrições e discutindo as condutas com os plantonistas e, para cada dia da semana, há um plantonista médico na unidade em regime de 24 horas, responsável pelas intercorrências ou procedimentos exigidos no cuidado aos pacientes.

Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos, e os médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI (BRASIL, 2010).

6.1 Unidade de Terapia Intensiva Adulto

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) é destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição (BRASIL, 2010).

Deve apresentar formalmente um Responsável Técnico médico com título de especialista em Medicina Intensiva, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, ambos com especialização em terapia intensiva adulto ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave (BRASIL, 2010).

Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI-A, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais (BRASIL, 2010):

- **cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios;**
- **equipamento para ressuscitação manual do tipo balão autoinflável, com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;**
- **estetoscópio;**
- **conjunto para nebulização;**
- **quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão");**
- **fita métrica**
- **equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura, e pressão arterial não-invasiva;**
- **materiais para punção lombar;**
- **materiais para drenagem líquórica em sistema fechado;**
- **oftalmoscópio;**
- **otoscópio;**
- **negatoscópio;**
- **máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos;**

- materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;
- aspirador a vácuo portátil;
- equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal ("cuffômetro");
- ventilômetro portátil;
- capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos;
- equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;
- materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos;
- materiais para drenagem torácica em sistema fechado;
- materiais para traqueostomia;
- foco cirúrgico portátil;
- materiais para acesso venoso profundo;
- materiais para flebotomia;
- materiais para monitorização de pressão venosa central;
- materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- materiais para punção pericárdica;
- monitor de débito cardíaco;
- eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;

- kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;
- marcapasso cardíaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
- equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos;
- materiais para curativos;
- materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;
- dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente;
- poltrona com revestimento impermeável, destinada à assistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração.
- maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico(s) para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- cilindro transportável de oxigênio;
- relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos;
- refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura.

6.2 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N) é um espaço destinado ao tratamento de recém-nascidos que apresentem intercorrências clínicas ou cirúrgicas no nascimento, ou nasceram com baixo peso, ou não estão aptos para respirar, sugar e deglutir.

Geralmente localizada em maternidades com capacidade de atendimento às gestações de risco, A UTI Neonatal possui leitos de internação destinados a pacientes clínicos e cirúrgicos provenientes da emergência, centro obstétrico/cirúrgico ou enfermaria, posto de enfermagem, rouparia, sala de guarda de materiais, posto para prescrição médica, depósito para material de limpeza (DML) e sala de Utilidades/Expurgo.

Composta por uma equipe multiprofissional envolvida no cuidado deste bebê, a UTI Neonatal possui características, equipamentos e materiais específicos para a faixa etária entre 0 e 28 dias (BRASIL, 2010) e biotipo do paciente, que serão importantes para dar ao bebê um ambiente adequado para seu crescimento e recuperação.

Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Neonatal, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais (BRASIL, 2010):

- incubadora com parede dupla;
- equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
- estetoscópio;
- conjunto para nebulização;
- dois (02) equipamentos tipo seringa para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- fita métrica;
- equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura, pressão arterial não-invasiva;
- berços aquecidos de terapia intensiva para 10% dos leitos;
- equipamento para fototerapia: 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
- estadiômetro;

- balança eletrônica portátil: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos;
- oftalmoscópio;
- otoscópio;
- material para punção lombar;
- material para drenagem líquórica em sistema fechado;
- negatoscópio;
- capacetes e tendas para oxigenoterapia: 1 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;
- aspirador a vácuo portátil;
- capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;
- ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos;
- equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01(um) para cada 05 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;
- materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga), 1 (um) por leito;
- materiais para drenagem torácica em sistema fechado;
- material para traqueostomia;
- foco cirúrgico portátil;
- materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);
- material para flebotomia;
- materiais para monitorização de pressão venosa central;

- materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;
- materiais para cateterismo umbilical e exsanguíneo transfusão;
- materiais para punção pericárdica;
- eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;
- kit ("carrinho") contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;
- equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;
- equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração, sendo que as tiras de teste devem ser específicas para neonatos;
- materiais para curativos;
- materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;
- incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, cardioscopia) específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências, 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- cilindro transportável de oxigênio;
- relógio e calendário de parede;
- poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração;

- **refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos: 01 (um) por unidade, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas".**

A UTI Neonatal deve apresentar formalmente um Responsável Técnico médico com título de especialista em Pediatria e área de atuação em Neonatologia, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, ambos com especialização em terapia intensiva neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave (BRASIL, 2010).

6.2.1 Método Canguru

O Método Canguru consiste na modalidade assistencial neonatal, preconizada pela Norma Brasileira de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2013a), que implica em contato pele a pele precoce entre os pais e o filho, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa maneira, uma participação maior dos pais no cuidado do seu recém-nascido prematuro.

O objetivo é estabelecer maior apego, segurança, incentivo ao aleitamento materno e melhor desenvolvimento da criança. A assistência para a mãe e a criança ocorrerá de forma integral, preferencialmente, em alojamento conjunto. Além disso, busca-se (BRASIL, 2013a):

- **Proporcionar ao recém-nascido prematuro o contato precoce com sua mãe, reduzindo seu isolamento nas unidades neonatais e propiciando o restabelecimento do vínculo afetivo mãe-bebê prematuro;**
- **Substituir o calor mecânico da incubadora pelo calor transmitido pela mãe, ao se colocar o bebê prematuro em contato pele a pele com ela, diminuindo os riscos da hipotermia e da hipertermia, causados por falhas desses equipamentos;**
- **Ensinar e incentivar a mãe do bebê prematuro a cuidar do seu filho desde o início da vida, tornando-a apta aos cuidados com o bebê após a alta hospitalar;**
- **Promover o aleitamento materno, evitando o desmame precoce;**
- **Liberar precocemente os bebês prematuros do ambiente hospitalar, antes que atinjam peso convencional de 2000g, diminuindo o tempo de permanência hospitalar e o risco de infecção.**

No Método Canguru o atendimento aos bebês prematuros baseia-se nas suas condições clínicas e não no seu peso. O primeiro passo é estabilizar o bebê, processo que pode demorar, dependendo do grau de prematuridade e desconfortos respiratórios, por exemplo. De acordo com suas condições, o bebê é encaminhado a uma unidade de terapia intensiva ou intermediária, ou diretamente à mãe ou ao pai. A partir daí, num período experimental dentro da maternidade, a mãe e/ou o pai aprende (em) cuidados, alimentação, técnicas de estímulo à sucção, etc. Desde o começo, busca-se favorecer o vínculo entre os pais e o bebê, mantendo-se o bom senso capaz de estabelecer os devidos limites de segurança (BRASIL, 2013b).

O método considera sempre o binômio mãe-filho. Uma equipe interdisciplinar dá orientação aos pais quanto ao funcionamento e benefícios do método. Em relação ao bebê, tão logo supere eventuais problemas críticos de saúde, é amarrado ao corpo da mãe (diretamente em contato com a pele) em posição vertical, junto ao seio, apenas de fralda, não havendo necessidade de nenhum tipo especial de tecido para a confecção da bolsa. A posição vertical é utilizada para evitar o refluxo gástrico-esofágico e a bronco-aspiração. As mães são instaladas em camas elevadas e aconselhadas a dormir sentadas, na posição ereta, para que o bebê se mantenha sempre nessa posição. (TOMA, 2003).

As mães são constantemente orientadas para estimular a amamentação do bebê, sendo proibido bicos, chupetas, chuquinhas e mamadeiras. O aleitamento exclusivo tem papel fundamental no programa, dadas as propriedades imunológicas e nutritivas do leite materno. As mães de bebês prematuros produzem um leite especial, com maior teor protéico, de calorias, de sódio e menor de lactose do que o leite a termo (37 a 42 semanas de idade gestacional). Quando é necessária alguma complementação alimentar, ou quando o bebê é incapaz de sugar, é oferecido leite por meio de seringas, copinhos ou conta-gotas (TOMA, 2003).

A alta do bebê ocorre quando este se encontra em condições clínicas estáveis, em regime de aleitamento exclusivo, apresentando curva de ganho ponderal ascendente, e quando a mãe estiver preparada para manejá-lo. No domicílio, a mãe é orientada a permanecer em contato com o bebê, até que este complete pelo menos um mês de vida, ou até que se cumpram as 40 semanas de gestação.

6.2.2 Hora do Sono

O manuseio constante e descontrolado, os ruídos excessivos, os estímulos visuais e táteis, e o ambiente em que o recém-nascido (RN) prematuro permanece após o nascimento influenciam significativamente no seu desenvolvimento durante e após o período de internação, podendo essa interferência ser positiva ou negativa a depender da intensidade dos estímulos provocados.

Existem seis estados comportamentais do sono em RN descritos por

Lanzelot (2007):

1. Sono profundo: Olhos fechados, respiração regular, sem atividade espontânea, sem movimentos oculares. Com manutenção de um nível de tônus motor;
2. Sono leve: olhos fechados, movimentos rápidos dos olhos, respiração irregular. Tônus muscular mais baixo;
3. Sonolência: Olhos abertos ou fechados, respiração irregular;
4. Alerta: Alerta, com olhar vivo, mínima atividade motora;
5. Alerta com atividade: olhos abertos, considerável atividade motora, pode estar choramingando;
6. Choro: Choro forte.

O sono profundo é importante para o desenvolvimento encefálico, é restaurador e anabólico, diminui a temperatura corporal, necessitando de um menor consumo de oxigênio, com menor estresse além de ser o estado mais semelhante ao intra-uterino. Já o choro tem sua intensidade diretamente relacionada a frequência cardíaca, aumento no consumo de energia, diminuição na saturação de oxigênio no sangue e no cérebro e aumento na produção de cortisol. Durante a gestação o feto com 32 semanas permanece 90 a 95% do tempo em estados de sono profundo, indeterminado ou leve, passando para 80 a 90% quando aproximado do bebê a termo (LANZELOT, 2007).

Na UTI neonatal, bebês pré-termo mudam seu estado comportamental 6 vezes/hora, sendo 78% das vezes associado com o manejo da enfermagem ou ruídos ambientais. Eles têm dificuldades em completar um ciclo de sono, pois adormecem no sono leve e demoram cerca de 30 minutos para atingir o sono profundo que dura até 20 minutos, necessitando assim, ficar de 60 a 70 minutos sem serem perturbados (LANZELOT, 2007).

Nesse contexto, para o cuidado do RN internado na UTI neonatal ser eficaz, é necessário que a equipe multiprofissional esteja apta a prestar assistência, adaptando o ambiente ao paciente e não o paciente ao ambiente.

A rotina da “Hora do Sono”, inserida ao protocolo de humanização, pretende estabelecer horários diários de silêncio absoluto na promoção do sono aos RNs durante o internamento na UTI neonatal, buscando minimizar o estresse, promovendo a aceleração da recuperação dos pacientes e a melhoria da qualidade da assistência.

A rotina é iniciada na admissão do RN na UTI, após avaliação da equipe multiprofissional e estabilização do estado clínico. O ambiente deve ser organizado, silenciando os alarmes dos equipamentos e celulares, apagando as luzes, identificando com avisos os principais acessos à unidade,

controlando o acesso de pessoas, proibindo conversas paralelas, adiando procedimentos internos e externos nos RNs, promovendo silêncio absoluto durante, ao menos, uma hora ao dia.

Dessa forma, é possível proporcionar uma assistência humanizada, contribuindo com a qualidade de vida dos pacientes no ambiente intra e extra hospitalar (pós alta) ao viabilizar a aceleração do ganho de peso e a alta precoce.

Parte II

Setores de Assistência Indireta à Paciente

7

Capítulo 7 - Infecção Hospitalar

A Infecção Hospitalar (Instucional ou Nasocomial) é qualquer infecção adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta. Este tipo de infecção pode representar complicação proveniente da abordagem diagnóstica ou terapêutica, na medida em que demanda tratamento complementar (gastos com antibióticos) e aumento da permanência hospitalar, da morbidade e da mortalidade.

A Infecção Comunitária é aquela constatada ou que se encontre em período de incubação durante a admissão do paciente, desde que não relacionada com internações anteriores.

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar, torna-se necessário um Serviço e Comissão responsáveis pela prevenção e controle das Infecções Hospitalares.

7.1 Controle de Infecção Hospitalar

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) é responsável por desempenhar ações com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. O SCIH é de apoio técnico e responsável pela execução das atividades propostas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é responsável por planejar as ações para prevenção e controle das infecções hospitalares. A criação da CCIH é baseada na Lei n. 9.431 de 06 de janeiro de 1997 e na portaria 2616/98 (BRASIL, 1998a), e caracteriza-se por ser um órgão deliberativo de assessoria à Direção Geral e de execução autônoma do Programa de Infecção Hospitalar (PCIH), direcionadas a redução das infecções

hospitalares.

O Programa de Controle de Infecção e Hospitalar (PCIH) tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações sistemáticas, direcionadas a redução da incidência e gravidade das infecções hospitalares (BRASIL, 1998a).

À CCIH compete elaborar, implantar, estabelecer diretrizes, manter e avaliar o PCIH, adequando-o as necessidades da instituição. Esta comissão é composta por profissionais da área da saúde, de nível superior, designados como membros consultores e executores, além do presidente a quem compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH.

Os membros consultores são representantes dos serviços de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Microbiologia e Administração. Os membros executores representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e, serão responsáveis pela execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

A Administração Geral deve constituir formalmente a CCIH, nomeando os componentes por meio de Resolução, proporcionar a infra-estrutura correta a operacionalização da CCIH, aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH, e assegurar o cumprimento das regulamentações de Controle de Infecção Hospitalar.

São atribuições dos membros consultores do SCIH:

- **Representantes Médicos:**

- [•] Implementar com a CCIH as ações de controle de infecção hospitalar nas equipes médicas.

- **Representantes de Enfermagem:**

- [•] Incentivar a adesão máxima do corpo funcional de Enfermagem à política de controle de infecção hospitalar adotada pela CCIH.

- **Representantes da Farmácia:**

- [•] Elaborar relatórios mensais sobre consumo, custo e frequência de uso de antimicrobianos;

- [•] Elaborar protocolos em conjunto com os membros da CCIH para o uso de antimicrobianos;

- [•] Elaborar rotina para a prescrição racional dos antimicrobianos em comum acordo com a equipe médica;

- [•] Elaborar a padronização de antimicrobianos do hospital, junto com os membros da CCIH;

- [•] Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como o uso e o controle interno da qualidade destes produtos;

- Representantes da Microbiologia

- [•] Elaborar e divulgar normas atualizadas para a coleta de material em exames microbiológicos;
- [•] Validar as técnicas utilizadas para isolamento, identificação e testes de suscetibilidade dos microorganismos;
- [•] Produzir e emitir relatório, para a CCIH, relacionado ao microorganismo identificado;
- [•] Comunicar à CCIH o crescimento de bactérias multi-resistentes em material biológico.

São atribuições dos membros executores do SCIH:

- Enfermeiro:

- [•] Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, pelo método prospectivo;
- [•] Executar investigação de surto;
- [•] Solicitar ao laboratório coleta de materiais suspeitos de contaminação para a investigação bacteriológica;
- [•] Elaborar e fornecer parecer técnico, junto com os membros da CCIH, quanto a aquisição de materiais e equipamentos, bem como quanto as reformas e as instalações prediais;
- [•] Avaliar e orientar medidas de isolamento e precauções junto a equipe multiprofissional;
- [•] Estabelecer normas e rotinas para a central de material de esterilização, e controlar a qualidade da esterilização por meio de testes biológicos ou químicos;
- [•] Elaborar e atualizar manuais técnico-operacionais para a enfermagem, higienização e lavanderia;
- [•] Monitorar o descarte e fluxo de material contaminado dentro do hospital;
- [•] Monitorar a qualidade da roupa hospitalar;
- [•] Monitorar os procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização;
- [•] Normatizar em conjunto com os outros membros da CCIH/SCIH o uso de Germicidas;
- [•] Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto aos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização.

- **Médico Infectologista:**
 - [•] Participar da investigação epidemiológica junto com as equipes das unidades e demais membros da CCIH/SCIH;
 - [•] Supervisionar, revisar e assessorar tecnicamente os casos levantados pela vigilância epidemiológica da unidade;
 - [•] Executar investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas dos surtos, apoiado pelos membros da CCIH/SCIH;
 - [•] Assessorar o corpo clínico na racionalização do uso de antimicrobianos;
 - [•] Assessorar a direção geral do hospital nas questões relativas ao controle das infecções hospitalares;
 - [•] Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da equipe;
 - [•] Acompanhar os resultados de exames laboratoriais dos paciente internados em uso de antimicrobiano ou não.
- **Representantes da Administração:**
 - [•] Avaliar e deliberar as solicitações da SCIH quanto a prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - [•] Apoiar os atos do SCIH para difusão de medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar.

Para o controle da infecção hospitalar, a instituição de saúde deve:

- Participar do Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, realizando a vigilância epidemiológica de casos de surtos e implantando medidas imediatas de controle;
- Realizar busca ativa, diagnosticando casos de infecção hospitalar, avaliando dados do prontuário do paciente, analisando resultados de exames bacteriológicos e outros exames complementares, para elaboração de dados estatísticos;
- Notificar os casos diagnosticados ou suspeitos das doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), ou ainda infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados, instituindo medidas de controle necessárias, e enviando as fichas aos órgãos competentes;
- Elaborar, divulgar e encaminhar, relatórios sobre os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar e as ações para o controle das mesmas;

- Elaborar, adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, em conjunto com a equipe multiprofissional, com ótica ao controle e profilaxia das infecções hospitalares, e à eficiência do tratamento e promoção da saúde;
- Capacitar a equipe de saúde quanto a prevenção do controle das infecções hospitalares, cooperando assim com o desenvolvimento de recursos humanos e qualidade;
- Promover o uso racional de antimicrobianos, germicidas, e materiais médico-hospitalares, elaborando um programa de controle do uso, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Assessorar atividades de controle microbiológico da água, dieta e destino adequado do lixo, para assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Emitir parecer técnico de materiais e equipamentos médico-hospitalar;
- Elaborar normas para a prevenção de infecção hospitalar nos setores de manutenção de equipamentos, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, ar condicionado, cozinha, depósito de lixo, transporte, limpeza, desinfecção, e esterilização;
- Examinar e proceder a adequação dos projetos de modificação de planta física, relacionados às infecções hospitalares;
- Elaborar, implementar e supervisionar normas e rotinas técnico-operacionais relacionadas ao ambiente hospitalar, com base em documentos, legislação pertinente e boletins estatísticos;
- Avaliar o uso de antibióticos, verificando fichas de previsão, observando a compatibilidade com os protocolos ou orientação do serviço de controle de infecção;
- Realizar análise da qualidade operacional do centro de material esterilizado, monitorando os laudos da análise bacteriológica;
- Realizar programas educativos relativos a prevenção e controle de infecção hospitalar;
- Realizar visitas técnicas às unidades de internação a fim de verificar os processos, validade de medicamentos, acondicionamento de enxoval e materiais, utilização de precauções

básicas, limpeza e conservação do ambiente, e outras medidas preventivas de infecção hospitalar;

- Realizar orientação aos acompanhantes e visitantes sobre medidas preventivas de infecção hospitalar;
- Realizar orientação e notificação de acidentes ocupacionais envolvendo material biológico;

7.2 Central de Material Esterilizado

A Central de Material Esterilizado (CME) é destinada ao preparo e esterilização de material e instrumental utilizados em exames, tratamentos e intervenções cirúrgicas, obedecendo a normativas de controle de infecção hospitalar.

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de condições de esterilização de material médico, de enfermagem, laboratorial, cirúrgico e roupas:

- receber, desinfetar e separar os materiais;
- lavar os materiais;
- receber as roupas vindas da lavanderia;
- preparar os materiais e roupas (em pacotes);
- esterilizar os materiais e roupas, através dos métodos físico (calor úmido, calor seco e ionização) e/ou químico (líquido e gás), proporcionando condições de aeração dos produtos esterilizados a gás;
- fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
- armazenar os materiais e roupas esterilizadas;
- distribuir os materiais e roupas esterilizadas;
- zelar pela proteção e segurança dos operadores.

A equipe da CME deve também:

- Receber/enviar material e instrumental, conferindo-os, observando o estado de conservação, tipo e quantidade;
- Registrar recebimento/distribuição de materiais estéreis e/ou desinfetados, verificando área de origem/destino;

- Registrar os procedimentos executados, anotando em livro de ocorrências e em relatórios os dados referentes ao material utilizado na esterilização e desinfecção;
- Preparar invólucro de esterilização de materiais;
- Auxiliar a monitorização do ciclo das autoclaves;
- Manter a área de trabalho em ordem, verificando a higienização do ambiente e a conservação das tecnologias disponíveis no setor.

7.3 Lavanderia Hospitalar

A lavanderia hospitalar representa um serviço de apoio ao atendimento dos pacientes, por envolver o processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, e em quantidade adequada a todas às unidades do hospital.

A eficácia de seu funcionamento depende da eficiência do hospital, refletindo-se especialmente nos aspectos de controle das infecções (prevenção de Infecções Cruzadas e Hospitalares); fornecimento de enxoval limpo para conforto e segurança do paciente; e fornecimento de uniformes para os colaboradores.

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de condições de lavagem das roupas usadas:

- coletar e acondicionar roupa suja a ser encaminhada para a lavanderia (externa ao Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS) ou não);
- receber, pesar as roupas e classificar conforme normativas atuais;
- lavar, centrifugar e secar a roupa;
- costurar e/ou confeccionar, quando necessário, a roupa;
- passar a roupa através de calandra, prensa ou ferro;
- separar e preparar (dobragem, etc.) as demais roupas lavadas;
- armazenar as roupas lavadas;
- separar e preparar os pacotes da roupa a ser esterilizada;
- distribuir as roupas lavadas;

- zelar pela segurança dos operadores;
- limpar e desinfetar o ambiente e os equipamentos.

Os operadores de máquina de lavar são divididos conforme a área de atuação dentro da Lavanderia: coleta, separação e lavagem da roupa suja; retirada da roupa lavada, centrifugação e secagem; dobragem, estocagem e dispensação do enxoval limpo; costura.

As atividades desenvolvidas em cada área incluem:

- **Coleta:**
 - [•] Proceder com a coleta interna do enxoval em horários pré-estabelecidos, passando por todos os setores do hospital, transportando o enxoval para a área suja da lavanderia.
- **Área suja:**
 - [•] Realizar o processo de separação do enxoval conforme tipo de cor e sujidade;
 - [•] Escolher processos de lavagem corretos;
 - [•] Observar o funcionamento dos maquinários e dosadores de produtos;
 - [•] Proceder com a anotação da quantidade de roupa lavada e de maquinadas;
 - [•] Manter o ambiente limpo e organizado, para melhor andamento das atividades.
- **Área limpa:**
 - [•] Proceder com a retirada do enxoval das máquinas, colocando-o na centrífuga e posteriormente na secadora;
 - [•] Observar o funcionamento dos maquinários;
 - [•] Realizar a entrega do enxoval para as unidades;
 - [•] Realizar a lavagem dos carrinhos, bem como da área limpa 1 vez por semana;
 - [•] Manter o ambiente limpo e organizado, para melhor andamento das atividades.
- **Dobragem:**
 - [•] Realizar a dobragem do enxoval, confeccionando o KITS para ser entregue nos setores, bem como LAP cirúrgico a ser fornecido para o CME;
 - [•] Retirar roupas danificadas, registrando as quantidades, encaminhando-as ao setor de costura;

- [•] Verificar necessidade de reposição de enxoval;
- [•] Manter o ambiente limpo e organizado, para melhor andamento das atividades.
- Costura:
 - [•] Realizar conserto das roupas danificadas;
 - [•] Descartar as roupas que não servem para uso, após a avaliação do encarregado;
 - [•] Realizar controle da quantidade de enxoval descartado e o que retornou da costura;
 - [•] Manter o ambiente limpo e organizado, para melhor andamento das atividades.

Ao Encarregado reponsável do setor compete:

- Fazer levantamento da necessidade de material a ser reposto no estoque;
- Fiscalizar e inspecionar as máquinas, providenciando serviços de manutenção em máquinas, equipamentos, instalações elétricas e hidráulicas;
- Fiscalizar as anotações de peso do enxoval, bem como do desempenho das máquinas leve e pesada;
- Acompanhar o estoque de enxoval, participando da avaliação das roupas que serão retiradas de uso;
- Supervisionar a equipe da lavanderia.

7.4 Serviço de Higienização Hospitalar

O Serviço de Higienização Hospitalar é responsável por desempenhar as atividades de limpeza, descontaminação e desinfecção de áreas e superfícies, impedindo assim a proliferação de microrganismos prejudiciais à saúde humana. Além disso, quando adequadamente realizada, a higienização favorece a eficiência do atendimento, dando conforto e bem estar ao paciente e aos profissionais.

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), as atribuições deste serviço incluem prestação de limpeza e higiene do edifício, instalações, áreas externas, materiais, instrumentais e equipamentos assistenciais, bem como o gerenciamento de resíduos sólidos.

Além disso, o Serviço de Higienização Hospitalar possui como responsabilidade:

- Executar serviços de limpeza dos ambientes hospitalares, utilizando sabão, detergente e desinfetante, diluindo produtos, seguindo orientações do superior imediato, varrendo, retirando o pó, removendo resíduos, lavando pisos e paredes, coletando o lixo, para manter o local em condições adequadas de uso;
- Executar serviços de limpeza e desinfecção em bancadas, vidraria, pipetas, provetas e locais de trabalho, lavando, desinfetando e secando os aparelhos, utilizando produtos e equipamentos adequados, conservando e guardando aparelhagem e utensílios, para assegurar as condições de utilização;
- Realizar desinfecção localizada quando necessário;
- Realizar limpeza terminal preferencialmente após a desocupação do ambiente, contemplando também materiais, equipamentos, superfícies externas e internas;
- Arrumar enfermarias, banheiros e outras dependências, higienizando tecido de biombo, reabastecendo papel sanitário, papel toalha, sabonete e outras provisões;
- Higienizar leitos, cadeiras de rodas, macas e utensílios hospitalares, lavando e descontaminando, utilizando desinfetantes e outros produtos de limpeza;
- Inspeccionar a disposição de materiais e utensílios nas enfermarias, banheiros e outras dependências, observando faltas, providenciando reposição;
- Registrar entrada/saída de materiais de limpeza, anotando quantidade, tipo e setor de uso, obtendo controle do estoque;
- Registrar ocorrências e óbitos, anotando dados em livro específico, para controle interno da área;
- Remover corpos das unidades de internação, transportando em macas e encaminhando ao necrotério;
- Realizar semanalmente o sepultamento de placentas, fetos e peças anatômicas no cemitério da cidade.

A limpeza terminal nas salas do Centro Obstétrico deve ocorrer sempre após o procedimento cirúrgico ou parto e, em toda a unidade, uma vez por semana. Para os isolamentos, é recomendado a limpeza terminal sempre após a alta ou óbito, cozinha e CME a cada 15 dias, lactário 1 vez por semana, e demais setores de acordo à necessidade.

8

Capítulo 8 - Serviço de Nutrição e Dietética

O Serviço de Nutrição e Dietética (SND) é responsável pela produção das refeições servidas aos funcionários do administrativo, plantonistas (diurno e noturno), acompanhantes, e prioritariamente, assistência nutricional aos pacientes internados. Com atuação também na supervisão da produção de refeições, no Banco de Leite Humano e no Lactário, este último destinado ao preparo das dietas enterais industrializadas, a equipe é composta por nutricionistas, cozinheiro e copeira, distribuídos em escalas de plantão diurna e noturna.

O SND deve possuir no mínimo as seguintes áreas: área de abastecimento/recepção; despensa de alimentos e utensílios; área para guarda de utensílios; área de distribuição de alimentos e utensílios; área de pré-preparo; área de cozimento; área de distribuição (copa de pacientes e refeitório para os servidores); e área de higienização.

8.1 Nutrição Hospitalar

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de assistência alimentar a indivíduos enfermos e sadios:

- **receber, selecionar, controlar e armazenar alimentos, fórmulas, preparações e utensílios;**
- **distribuir alimentos e utensílios para preparo;**
- **fazer o preparo dos alimentos e fórmulas;**
- **fazer a cocção das dietas normais, desjejuns e lanches;**
- **fazer a cocção das dietas especiais;**

- fazer o preparo de fórmulas lácteas e não lácteas;
- fazer a manipulação das nutrições enterais;
- fazer o porcionamento das dietas normais;
- fazer o porcionamento das dietas especiais;
- fazer o envase, rotulagem e esterilização das fórmulas lácteas e não lácteas;
- fazer o envase e rotulagem das nutrições enterais;
- distribuir as dietas normais e especiais;
- distribuir as fórmulas lácteas e não lácteas;
- distribuir as nutrições enterais;
- distribuir alimentação e oferecer condições de refeição aos pacientes, funcionários, alunos e público;
- distribuir alimentação específica e individualizada aos pacientes;
- higienizar e guardar os utensílios da área de preparo;
- receber, higienizar e guardar utensílios dos pacientes;
- descontaminar e esterilizar os utensílios provenientes dos pacientes em quartos de isolamento;
- receber, higienizar e guardar as louças, bandejas e talheres dos funcionários, alunos e público;
- receber, higienizar e guardar os carrinhos;
- receber, higienizar e esterilizar os recipientes das nutrições enterais.

São atribuições do nutricionista:

- Organizar e supervisionar atividades técnicas, distribuindo as tarefas, orientando o trabalho dos coqueiros, acompanhando o preparo e distribuição das refeições, recebimento e armazenagem dos gêneros alimentícios;

- Elaborar cardápios e dietas especiais, mediante exame de prontuários e prescrição médica, discutindo com médicos casos clínicos, determinando tipo de dieta, quantidade e distribuição, e horários de alimentação de cada paciente, observando a aceitação dos alimentos pelos pacientes, e estudando meios e técnicas de introdução de produtos nutritivos;
- Estabelecer tipos de dietas, verificando prontuários e exames de laboratório, observando prescrições médicas, dados e preferências pessoais, realizando avaliação nutricional de pacientes, seguindo parâmetros antropométricos, bioquímicos, clínico e anamnese alimentar, efetuando cálculos de dieta, consultando tabela de composição química dos alimentos, e confeccionando o mapa dietético;
- Planejar mapas de refeições, retirando pacientes de altas, anotando admissão de novos enfermos, visitando pacientes, analisando carências alimentares, modificando dietas, programando refeições, para realização de exames ou cirurgias;
- Controlar a alimentação de pacientes com problemas renais, cardiopatas, diabéticos e outros casos, verificando exames laboratoriais, reavaliando ingestão alimentar e necessidades nutricionais de acordo com o histórico clínico;
- Realizar orientação dietoterápica a pacientes em alta hospitalar, examinando estado de nutrição, explicando horários e alimentos permitidos;
- Programar pedidos de alimentos, seguindo o planejamento de cardápio, avaliando a alimentação de indivíduos enfermos, e atendendo as necessidades alimentares individuais;
- Requisitar materiais de consumo;
- Promover treinamento à equipe do SND, racionalizando e melhorando o padrão técnico dos serviços;
- Realizar programas de educação nutricional, ministrando palestras, apresentando material didático, utilizando recursos audiovisuais, instruindo métodos adequados a cada caso, esclarecendo dúvidas, desenvolvendo atitudes e hábitos saudáveis.

Ao Copeiro compete:

- Preparar refeições rápidas, chá, sucos, mingau, lanches, dietoterapia na copa, lavando e cortando alimentos, seguindo dietas preestabelecidas;

- Arrumar mesas e utensílios, acondicionando talheres, dispondo ordenadamente pratos, baixelas e copos;
- Receber e distribuir refeições de acordo com a prescrição do Nutricionista, identificando dietas, seguindo horário predefinido, utilizando carrinhos, dispondo pratos, baixelas e talheres, para alimentar os pacientes;
- Recolher utensílios após as refeições, lavando, desinfetando por processo químico, secando e guardando, permitindo sua nova utilização;
- Controlar materiais, relacionando peças e suas respectivas quantidades, mantendo o estoque e evitando extravios;
- Manter a ordem e limpeza do local de trabalho, seguindo normas e instruções da nutricionista, lavando e secando utensílios da copa, piso e bancada, assegurando as condições de higiene do local;
- Retirar gêneros alimentícios, conferindo e armazenando os produtos, segundo solicitações da nutricionista.

O sistema de informação no SND da maternidade busca automatizar os processos de gestão nutricional, com base nos procedimentos anteriormente listados.

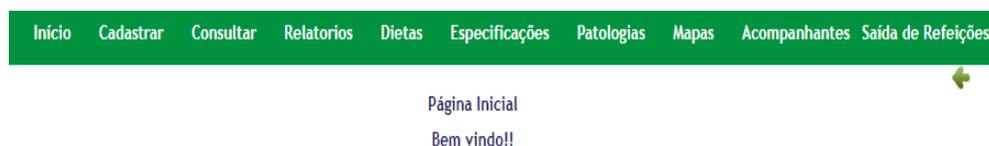


Figura 8.1: Imagem com uma sugestão de menu principal do módulo de Nutrição.

8.2 Banco de Leite Humano

O Banco de Leite Humano é o setor responsável pelo cadastro de doadoras e processamento do leite humano, possuindo como principal objetivo garantir o aleitamento materno de bebês com dificuldade na amamentação e no ganho de peso, e fornecer orientações às gestantes e puérperas sobre aleitamento e amamentação. Fazem parte da equipe os nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e técnicos em banco de leite humano.

O setor de Banco de Leite Humano possui cadastro de doadoras internas, mães de bebês internados na maternidade, e de doadoras externas, mães

de bebês que já receberam alta hospitalar. A coleta, preferencialmente, deve ocorrer na unidade, seguido de posterior processamento do leite, realização de exames para controle da qualidade, pasteurização e armazenamento do leite doado.

Para o sucesso do Aleitamento Materno, recomenda-se a implantação dos seguintes dez passos:

1. elaborar norma escrita sobre aleitamento materno;
2. capacitar a equipe de saúde para implementar a referida norma;
3. informar as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
4. ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
5. mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. não oferecer aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno a não ser que seja prescrito pelo médico;
7. praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. encorajar o aleitamento materno sob livre demanda, proibindo a amamentação cruzada;
9. não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito;
10. encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas logo após a alta do hospital ou do ambulatório.

9

Capítulo 9 - Serviço Social

O Serviço Social Hospitalar desenvolve um papel mediador da relação entre estado-município-instituição-família e usuário, possuindo como objetivo principal desenvolver ações de humanização dos serviços. Baseado em princípios éticos da profissão, o assistente social atua no âmbito das políticas que amparam os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na efetivação de benefícios facilitadores do tratamento, estando habilitado a propor, elaborar e executar serviços, programas e ações em qualquer área de atenção.

Cumprindo seu protocolo de intervenção, contribui para a humanização da assistência, acolhendo e ambientalizando as pessoas, ouvindo as experiências de vida, articulando as redes de serviços, compreendendo as histórias de vida e acompanhando os usuários/familiares em todas as etapas do tratamento, incluindo em situação de óbito.

Neste sentido, são atribuições do Serviço Social:

- **Executar programas de serviço social, realizando atividades de assistência a saúde, agilizando marcações de consultas, avisos de alta e óbitos, transferências para outras unidades hospitalares e enfermarias, conversando com familiares, explicando processos, solicitando recursos financeiros, ambulâncias e vale transporte, facilitando a integração e contribuindo para melhorar as relações humanas;**
- **Participar dos programas de saúde, promovendo e divulgando os meios profiláticos, preventivos e assistenciais, realizando anamnese social, entrevistando pacientes, mantendo contato com familiares, checando a relação de convivência, verificando situação sócio-econômica, mobilizando recursos necessários a complementação do tratamento médico;**
- **Realizar tratamento e prevenção de problemas de origem psicossocial e econômica que interferem no tratamento médico, utilizando meios e técnicas de orientação, motivação e apoio,**

mantendo contato com equipe de saúde multidisciplinar, discutindo a situação do paciente, contribuindo a recuperação do enfermo e sua reintegração na família;

- Realizar visita domiciliar, verificando situação sócio econômica, analisando recursos e carências, para comprovar a situação social do paciente;
- Encaminhar familiares ao Cartório de Registro Civil para emissão de Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Óbito, a partir dos documentos Declaração de Nascido Vivo (DNV) ou Declaração de Óbito (DO);
- Emitir atestado de comparecimento, quando necessário;
- Emitir autorização de acompanhamento de acordo com o grau de dependência do paciente, o Estatuto da Criança e Adolescente e a Lei do Acompanhante para maternidades;
- Localizar familiares de pacientes, orientando e fornecendo suporte material ao paciente, para melhorar sua situação e possibilitar a convivência harmônica entre os membros;
- Promover meios de captação de doadores de sangue, quando necessário, mantendo contato com os meios de comunicação de massa e sensibilizando familiares do paciente;
- Atender familiares das pacientes, fornecendo informações sobre a realização do procedimento, orientando sobre as normas e rotinas hospitalares;
- Assistir pacientes em alta hospitalar, orientando sobre cuidados pós-parto a nível ambulatorial.

10

Capítulo 10 - Laboratório

No âmbito do SUS , a implantação e o funcionamento dos laboratórios clínicos devem desenvolver ações de saúde de forma coerente com o modelo assistencial adotado, caracterizando-se como um serviço de apoio diagnóstico.

As condições fundamentais para que os serviços laboratoriais cumpram adequadamente o seu papel incluem:

- **identificação da população de abrangência e do conjunto de ações necessárias, a ser ofertado;**
- **adoção da tecnologia mais pertinente para os diferentes tipos de exame, em cada situação específica;**
- **boa qualificação técnica dos profissionais;**
- **condições estruturais de trabalho adequadas;**
- **segurança de resultados fidedignos;**
- **custos aceitáveis;**
- **integração e cooperação com os profissionais de saúde e com a rede de serviços na qual os laboratórios estão inseridos.**

Nesse sentido, defini-se como atribuições do Bioquímico:

- **Gerir atividades do laboratório, organizando e controlando os programas e sua execução, estabelecendo os procedimentos específicos e normas a serem seguidas;**
- **Analisar operações de pesquisa e desenvolvimento relacionados a adoção de tecnologias e protocolos aplicados nos processos;**

- Supervisionar atividades desenvolvidas por técnicos e auxiliares de laboratório, acompanhando e orientando a execução dos serviços;
- Elaborar relatórios técnicos, conferindo e assinando laudos, checando resultados, fornecendo subsídios para o diagnóstico clínico e tratamento do paciente;
- Rever testes e análises de exames de sangue, fezes e urina, checando os dados, interpretando os resultados, lançando em sistema específico, evitando erros e oferecendo maior segurança;
- Providenciar atendimento laboratoriais de urgências;
- Pesquisar e desenvolver estudos para implantação e melhoria de exames e procedimentos diagnósticos, analisando produtividade, grau de confiabilidade e viabilidade econômica;
- Realizar hemograma e análise bioquímica do sangue, exames parasitológicos de fezes e sumário de urina, preparando amostras, programando analisadores hematológicos e bioquímicos, fornecendo subsídios para o diagnóstico clínico e tratamento do paciente.

São atribuições do Técnico de Laboratório:

- Receber material coletado, para realizar exames laboratoriais;
- Preparar material de exames, verificando listagem de pacientes, codificando amostras, e identificando placas, para proceder aos exames;
- Realizar exames bioquímicos, hematológicos, coagulação, bacteriológicos, imunológicos, parasitológicos e uroanálise, utilizando aparelhos, reagentes e materiais adequados a cada caso, efetuando a leitura, para complementar diagnósticos médicos;
- Interpretar resultados, checando exames, análises e testes, baseando em padrões de referência, confrontando com o quadro clínico do paciente, para elaboração de laudos;
- Orientar e controlar atividades da equipe auxiliar, indicando melhores técnicas, acompanhando o desenvolvimento dos trabalhos, garantindo a integridade física e fisiológica do material coletado, a exatidão dos exames e dos testes laboratoriais;

- **Requisitar material para ressuprimento da unidade laboratorial.**

São atribuições do Auxiliar de laboratório:

- **Coletar amostras de sangue, verificando requisição, utilizando técnicas, instrumentos e recipientes apropriados, orientando pacientes, indicando local e postura do corpo, acondicionando a amostra de acordo com os exames requisitados;**
- **Preparar recipientes de coleta, acrescentando anticoagulante, reagente, corante, de acordo com os exames requisitados;**
- **Registrar internamente os pacientes e o resultado de exames;**
- **Auxiliar atividades do laboratório, preparando meios de cultura.**

São atribuições do Auxiliar Administrativo do laboratório:

- **Atender e cadastrar pacientes, identificando, lançando dados em sistema específico, verificando requisições, para possibilitar a realização de exames;**
- **Etiquetar requisições de exames, para permitir a coleta e entrega de amostras de sangue;**
- **Executar lançamentos do histórico de exames clínicos, verificando dados emitidos pelos técnicos, digitando resultados, para entregar ao paciente;**
- **Processar correspondências e documentos internos;**
- **Requisitar material, preenchendo formulário, especificando produto e quantidade, solicitando assinatura da chefia, para manter o nível de estoque da área;**
- **Solicitar manutenção em equipamentos, para manter em condições adequadas de funcionamento.**

Na execução das atividades laboratoriais, a implementação de um sistema laboratorial permitirá a correlação dos dados dos pacientes com os resultados laboratoriais, verificação dos exames já homologados, e identificação de quais antibióticos foram utilizados no tratamento. Também é possível gerar etiqueta e formulários, histórico de atendimento, listagem de ocupação, resumo das atividades laboratoriais, e relatórios de indicadores de produção mensal.



Figura 10.1: Imagem de uma sugestão de menu inicial do módulo de laboratório.

Buscar Atendimento Coletados

Escolha um método de busca:

nº atendimento
 paciente
 prontuário
 data

11/01/2017 à 13/08/2019

Atendimentos Laboratoriais Coletados

Nº do Atendimento	Paciente	Tipo do Paciente	Prontuário / Cod Externo	Data do Atendimento	
138866	CADASTRAR PACIENTE TESTE	INTERNO	1520410	09/05/2019	ver exames
138865	CADASTRAR PACIENTE TESTE	INTERNO	1520410	09/05/2019	ver exames

Figura 10.2: Imagem de atendimentos coletados filtrados do módulo de laboratório com dados sintéticos e fictícios

11

Capítulo 11 - Farmácia

11.1 Organização do Serviço de Farmácia

Uma unidade de saúde que em sua organização conta com um serviço de farmácia bem estruturado, técnica e administrativamente, tem assegurado sua qualidade, economia e autonomia no que se refere aos medicamentos e produtos correlatos.

Seja qual for o tamanho e a complexidade do hospital, é fato comprovado que sem medicamento e correlatos não há sucesso na assistência ao paciente.

Os medicamentos representam uma parcela muito alta do orçamento dos hospitais, justificando, portanto, a implementação de medidas que assegurem o uso desses produtos. Através da farmácia, pode-se garantir o acesso racional, por meio de sistemas controladores da dispensação e distribuição, monitorando assim sua utilização.

De acordo com a Resolução nº 300, de 30 de janeiro de 1997 (CFE, 1997), do Conselho Federal de Farmácia, que regulamenta o exercício profissional em Farmácia de Unidade Hospitalar, Clínicas e Unidades de Saúde de natureza pública ou privada, Farmácia de Unidade Hospitalar é "uma unidade clínica de assistência técnica e administrativa, dirigida por profissional farmacêutico, integrada funcional e hierarquicamente nas atividades hospitalares".

No artigo 2º da supracitada Resolução, observa-se que a principal função da Farmácia Hospitalar é: "garantir a qualidade de assistência prestada ao paciente através do uso seguro e racional de medicamentos e correlatos, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica".

Segundo a Portaria nº 1083, de 15 de maio de 2001 (BAHIA, 2014) que define os Padrões de Qualidade da Assistência para Auto-Avaliação Hospi-

talar com Foco no Controle de Infecção Hospitalar, o farmacêutico deve ter acesso à prescrição médica antes de dispensar antimicrobianos ou qualquer outro medicamento. Além disso, destaca a necessidade da farmácia permanecer aberta por 24 horas, com o objetivo de cobrir a demanda, permitindo desta forma um controle efetivo e evitando o acúmulo de medicamentos nas unidades de internação.

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na prestação de assistência farmacêutica:

- **receber e inspecionar produtos farmacêuticos;**
- **armazenar e controlar produtos farmacêuticos;**
- **distribuir produtos farmacêuticos;**
- **dispensar medicamentos;**
- **manipular, fracionar e reconstituir medicamentos;**
- **preparar e conservar misturas endovenosas (medicamentos);**
- **preparar nutrições parenterais;**
- **diluir germicidas;**
- **realizar controle de qualidade;**
- **prestar informações sobre produtos farmacêuticos.**

O Serviço de Farmácia deverá ser dirigido por um Farmacêutico Responsável, contemplando a gestão da Farmácia de dispensação interna (central), das Farmácias Satélites ou equivalentes, do Programa de Treinamento para os Auxiliares de Farmácia e Farmacêuticos, e Gestão de estoque.

Atendendo as determinações da Resolução nº 300/97 (CFF, 1997), são competências do Farmacêutico Responsável:

- **Cumprir e fazer cumprir a legislação relativas às atividades hospitalares e à assistência farmacêutica;**
- **Organizar, supervisionar e orientar tecnicamente, todos os setores que compõem a farmácia hospitalar de forma a assegurar-lhe características básicas bem como contribuir para seu funcionamento em harmonia com o conjunto da unidade hospitalar;**
- **Assumir a coordenação técnica nas discussões para seleção e aquisição de medicamentos, germicidas e correlatos, garantindo sua qualidade e otimizando a terapia medicamentosa;**

- **Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, correlatos, germicidas e materiais médicos hospitalares;**
- **Estabelecer um sistema eficiente e seguro de dispensação de medicamentos para pacientes ambulatoriais e internados;**
- **Coordenar a elaboração de manuais técnicos e formulários próprios;**
- **Viabilizar a participação dos farmacêuticos como membro permanente nas comissões de farmácia e terapêutica ou de padronização de medicamentos, comissão de controle de infecção hospitalar, comissão de licitação ou de parecer técnico e comissão de suporte nutricional;**
- **Atuar junto a Central de Material de Esterilização na orientação de processo de desinfecção e esterilização de materiais;**
- **Elaborar e implementar um programa de treinamento para os auxiliares de farmácia e farmacêuticos;**
- **Estimular a implantação e o desenvolvimento da Farmácia Clínica;**
- **Estimular atividades de pesquisa.**

Recomenda-se também que os farmacêuticos realizem a dispensação dos medicamentos, e rondas frequentes nas unidades, orientando quanto ao uso das drogas e observando suas condições de armazenamento.

11.2 Sistema de Distribuição de Medicamentos

A distribuição de medicamentos faz parte das atividades da assistência farmacêutica. Possui como objetivo o uso correto e racional de medicamentos, garantindo a qualidade do atendimento e a rapidez na entrega, mediante utilização de um sistema de informação confiável.

O Sistema de Distribuição Coletivo ou de Estoque Descentralizado por unidade assistencial é uma modalidade de distribuição de medicamento a partir de uma requisição. Não são feitos em nome de pacientes, e as unidades de farmácia encaminham uma quantidade de medicamentos para serem estocados nas unidades assistências, que irão utilizar de acordo com as prescrições médicas. Não há vantagens no seu uso e pode levar a falta de controle, desvios, má conservação, erros de administração, diluição das responsabilidades no processo medicamentoso (PINTO, 2016).

No Sistema de Distribuição Individualizado Direto ou Indireto (dose individualizada) os medicamentos são distribuídos por paciente, geralmente por um período de 24 horas ou distribuição por turnos (manhã, tarde, noite), por meio da cópia da prescrição médica (direto) ou por meio da transcrição da prescrição (indireto) (PINTO, 2016).

Outra modalidade mais segura, mas também que necessita de maior investimento, é o Sistema de Distribuição por Dose Unitária, onde os medicamentos são distribuídos por paciente, por um determinado período de tempo, geralmente para 24 horas, podendo também ser feito por turno. Os medicamentos são separados por horários de administração e prontos para uso, conforme prescrição médica, individualizados e identificados para cada paciente (PINTO, 2016).

Funcionalmente deverá ser estabelecido rotinas para distribuição dos medicamentos. Como sugestão, indica-se que o médico diarista elabore a prescrição até às 12:00 horas, ficando para depois deste horário as intercorrências, as novas admissões de pacientes e as situações que necessitam de melhor avaliação médica. O Serviço de Farmácia terá até as 15 horas para dispensar os medicamentos.

Nas unidades de atendimento por demanda espontânea (Emergência e Centro Obstétrico), os medicamentos serão dispensados pela farmácia satélite.

Todas as prescrições médicas deverão ser interpretadas pelos farmacêuticos antes das doses serem preparadas pelos auxiliares de farmácia, com base na relação de medicamentos padronizados no estabelecimento de saúde.

No momento da entrega das doses dos medicamentos em cada unidade de internação, o pessoal de enfermagem fará a conferência dos medicamentos recebidos. Na mesma ocasião serão feitas as devoluções dos medicamentos não administrados nas 24 horas anteriores.

Os carros de emergência devem ter a lista básica dos medicamentos, materiais e equipamentos neles contidos e as quantidades mínimas necessárias para as 24 horas. A reposição dos medicamentos será realizada pelo Serviço de Farmácia mediante solicitação. Uma vez por mês o farmacêutico deverá conferir o carro de emergência, elaborando relatório.

A avaliação do sistema será efetuada através do acompanhamento dos seguintes indicadores:

- **Custo mensal com medicamentos;**
- **Custo mensal com antibióticos;**
- **Custo mensal com antibióticos de uso restrito;**
- **Custo mensal com material médico-hospitalar;**
- **Custo com pessoal;**

- Número global de solicitações ao Serviço de Farmácia;
- Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período diurno;
- Número de solicitações ao Serviço de Farmácia durante o período noturno.

11.3 Kits Procedimentos

Os kits procedimentos, montados e dispensados pelo Serviço de Farmácia, auxiliam na racionalização de custos ao indicar a quantidade ideal para execução da técnica. Estes devem ser dispensados após avaliação da necessidade individual do paciente, durante os turnos diurno e noturno.

Os kits procedimentos poderão ser montados conforme exemplo especificado abaixo:

Kit Procedimento para Sondagem Nasogástrica em Adulto

APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE	MATERIAL
Par	01	Luva de procedimento
Pacote	01	Compres. Gaze est. c/05 7,5x7,5
Unidade	01	Seringa descartável 20 ml s/agulha luer lok
Unidade	01	Máscara descartável
Unidade	01	Soro fisiológico 0,9 por cento 10 ml
Unidade	01	Sonda nasogástrica nº 14 ou 16

11.4 Controle de Antimicrobianos

O uso racional de antimicrobianos exige medidas de controle em relação à bacteriologia, a implantação de normas técnicas para a coleta de material (exames microbiológicos), a identificação de patógenos e de estudo da sua sensibilidade aos antimicrobianos, e a emissão regular de relatórios sobre o percentual de sensibilidade dos principais patógenos isolados em pacientes internados.

A Farmácia deve compor o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), gerindo o consumo de antimicrobianos através de:

- Levantamento do consumo de antimicrobianos;
- Padronização do uso de antimicrobianos, mantendo atualizada a relação de antibióticos, e sugerindo periodicamente ao SCIH a exclusão ou inclusão de agentes terapêuticos;

- Controle do uso de antibióticos de alto custo ou de elevada toxicidade;
- Orientação à equipe médica, através do SCIH, sobre custos, efeitos colaterais e ação terapêutica de novos agentes inseridos no mercado;
- Preparação e divulgação, através do SCIH, de tabela de incompatibilidade química afim de evitar combinação de medicamentos antagônicos administrados nos pacientes;
- Emissão de parecer técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes, antissépticos usados no processamento artigos, de áreas e superfícies fixas e assepsias;
- Fiscalização das condições de armazenamento e do prazo de validade dos antibióticos adquiridos e estocados.

11.5 Dispensação de medicamentos submetidos a controle especial

A dispensação de medicamentos submetidos a controle especial será feita mediante as exigências da Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

A notificação de receita não é necessária para os pacientes internados nos estabelecimentos hospitalares, oficiais ou particulares, porém, a dispensação deve ocorrer mediante receita ou outro documento equivalente, como a prescrição médica diária, subscrita em papel privativo do estabelecimento (BRASIL, 1998b).

Para os pacientes em tratamento ambulatorial, exige-se a emissão de receita (em duas vias) para os medicamentos sujeitos a controle especial e os receituários próprios de notificação de receita “A” (Entorpecentes) e “B” (Psicotrópicos).

A receita impressa em formulário próprio deverá conter as seguintes informações:

- **Dados de identificação do emitente, impresso em formulário da instituição;**
- **Dados de identificação do usuário/paciente: nome e endereço completo;**
- **Nome do medicamento ou substância prescrita sob a forma da Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concen-**

11.5. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS SUBMETIDOS A CONTROLE ESPECIAL69

tração, forma farmacêutica, quantidade em algarismos arábicos e a posologia por extenso;

- Data de emissão;
- Assinatura do prescritor: quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no cabeçalho da receita, este poderá apenas assiná-la. No caso do profissional pertencer a uma instituição hospitalar, deverá identificar sua assinatura normalmente, de forma legível ou com carimbo, constando a inscrição no Conselho Regional;
- Dados de identificação do registro: na receita retida deverá ser anotando no verso, a quantidade aviada e quando tratar-se de formulários magistrais, também o número de registro da receita no livro correspondente.

Para a dispensação dos medicamentos controlados, é necessário o cumprimento das seguintes exigências:

- Entorpecentes:
 - [•] Emissão da receita “A” - possui validade de trinta dias a contar da data de sua emissão, e deverá estar acompanhada da justificativa do uso quando for adquirida em outra Unidade Federativa;
- Psicotrópicos:
 - [•] Emissão da receita “B” (cor azul) - possui validade de 30 dias contados a partir de sua emissão e somente será adquirida dentro da Unidade Federativa que conceder a numeração. A receita poderá conter no máximo cinco ampolas e para as demais formas farmacêuticas a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo sessenta dias;
- Outras substâncias ou medicamentos sujeitos a controle especial:
 - [•] Emissão de receita em duas vias, com validade de trinta dias a contar da data de sua emissão, poderá conter no máximo três substâncias ou medicamentos.

Parte III

Setores Administrativos

12

Capítulo 12 - Engenharia Clínica e Manutenção Predial

12.1 Engenharia clínica

O Setor de Engenharia Clínica possui atuação direta na gestão de tecnologias em saúde incorporadas pela instituição, fornecendo suporte para o desenvolvimento eficaz dos serviços disponíveis na maternidade.

As ações do Setor de Engenharia Clínica, distribuídas nas áreas administrativa e técnica, são desenvolvidas por profissionais capacitados no desempenho das atividades de:

- rotinas de manutenções corretivas e preventivas;
- verificações e calibrações de equipamentos de baixa e alta complexidade;
- especificação e formalização de processos de aquisição de equipamentos;
- contratação de serviços.

12.2 Manutenção predial

A manutenção predial envolve atividades e serviços que garantem a segurança, a conservação e a confiabilidade da edificação, o que inclui serviços preventivos e preditivos, sem desconsiderar que pode existir a demanda de ações corretivas. Está organizado para atender às demandas de projetos arquitetônicos e obras, reformas, adequações de áreas físicas, consertos e reparos diversos.

74 12. *CAPÍTULO 12 - ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO PREDIAL*

A manutenção predial preventiva é aquela que antecede o reparo. Por isso, ela está ligada à elaboração de um planejamento das atividades que conservam a capacidade funcional do edifício. Em maternidades, deve-se promover condições físicas e infraestrutura de conforto e segurança, com base nas exigências da Vigilância Sanitária e padrões recomendados para o funcionamento de instituições de saúde.

É o setor que supre todas as necessidades na parte de conservação geral do prédio, móveis, equipamentos e utensílios, buscando manter um bom funcionamento de todos os serviços dos hospitais, visto que o aspecto físico dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) está intimamente vinculado à funcionalidade,

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na execução da manutenção do estabelecimento:

- **receber e inspecionar equipamentos, mobiliário e utensílios;**
- **executar a manutenção predial (obras civis e serviços de alvenaria, hidráulica, mecânica, elétrica, carpintaria, marcenaria, serralharia, jardinagem, serviços de chaveiro);**
- **executar a manutenção dos equipamentos de saúde assistenciais, de apoio, de infra-estrutura e gerais, mobiliário e utensílios (serviços de mecânica, eletrônica, eletromecânica, ótica, gasotécnica, usinagem, refrigeração, serralharia, pintura, marcenaria e estofaria);**
- **guardar e distribuir os equipamentos, mobiliário e utensílios;**
- **alienar bens inservíveis.**

São atribuições na prestação de condições de infra-estrutura predial (BRASIL, 2002a):

- **De produção:**
 - [•] **abastecimento de água;**
 - [•] **alimentação energética;**
 - [•] **geração de energia;**
 - [•] **geração de vapor;**
 - [•] **geração de água e ar frio.**
- **De distribuição ou coleta:**
 - [•] **efluentes;**
 - [•] **resíduos sólido;**
 - [•] **resíduos radioativos.**

- De reservação, lançamento ou tratamento:
 - [•] água;
 - [•] gases combustíveis (GLP e outros);
 - [•] óleo combustível;
 - [•] gases medicinais;
 - [•] esgoto.

Total: 2062			
Relatório de Chamados para Manutenção - Emissão de (10/01/2009) até (10/09/2017)			
SOLICITANTE	SETOR	DATA EMISSÃO	STATUS

Figura 12.1: Imagem de relatórios de manutenção predial com dados sintéticos e fictícios.

76 12. *CAPÍTULO 12 - ENGENHARIA CLÍNICA E MANUTENÇÃO PREDIAL*

13

Capítulo 13 - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME

O setor de arquivo reúne informações documentais pertencentes ao prontuário do paciente, atendimento ambulatorial e procedimentos realizados. Possui como função básica guardar, conservar e disponibilizar os documentos que o integram, permitindo o seu amplo acesso.

Para o procedimento de arquivamento, indica-se classificar os tipos de arquivos, separar de acordo com a esfera governamental, agrupar os documentos e a natureza de cada um deles no que se refere ao formato, espécie e gênero, e definir os arquivos quanto ao acesso público ou privado.

Arquivos públicos são formados por conjuntos documentais de entidades de direito privado encarregadas de serviços públicos ou por documentos acumulados a partir das funções executivas, legislativas e judiciárias de âmbito municipal, estadual e federal. Arquivos privados são acumulados pelas pessoas físicas ou jurídicas, de caráter particular, em decorrência de suas atividades.

Os arquivos possuem ciclo de vida, e este é iniciado a partir da produção do documento e do encerramento do ato, ação ou fato que motivou a sua produção e sua frequência de uso, ou seja, sua vigência. Depois de destituído, o documento pode ser guardado em função da importância das informações nele contidas para a história da administração ou mesmo para tomadas de decisões pautadas nas ações do passado.

Os ciclos podem ser categorizados em três fases ou arquivos (BRASIL, 2004):

- **Arquivo Ativo, Corrente ou de Gestão - documentos estreitamente vinculados aos objetivos imediatos para os quais foram produzidos e que se conservam junto aos órgãos produtores**

em razão de sua vigência e frequência de uso, possuindo valor primário;

- **Arquivo Intermediário** - consultado ocasionalmente e originário dos arquivos correntes, aguardam o término do seu prazo precaucional para eliminação ou encaminhamento ao arquivo permanente, possuindo valor primário;
- **Arquivo Permanente** - formado por documentos de valor secundário, que devem ser guardados permanentemente e não podem ser eliminados/ descartados de forma alguma em decorrência de seu valor probatório e/ou informativo para o Estado ou sociedade.

13.1 Arquivo

Os documentos arquivados serão alvo de auditoria da Comissão de Revisão de Prontuário e Documentação Médica e Estatística, órgão colegiado de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários.

Compete à comissão:

- estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários;
- recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário;
- rever e avaliar os prontuários, durante o período de internação e após as altas, bem como, os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;
- avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico;
- devolver os prontuários médicos aos chefes de Serviços para que se ajustem aos padrões estabelecidos.
- revisar todos os prontuários glosados e, por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos: clareza e legibilidade, histórico do paciente e a precisão da anamnese, temporalidade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais, registros de atendimento.



Nro Ordem	Nº Prontuário	Nome	Idade	CNS	RG	CPF	Localização

Figura 13.1: Imagem do controle de arquivos do módulos de Arquivos com dados simulados e fictícios.

80 13. *CAPÍTULO 13 - SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME*

14

Capítulo 14 - Administrativo Financeiro

Este capítulo apresenta informações sobre os Serviços Administrativos Financeiros desenvolvidos nas unidades de saúde, considerando o grau de importância no controle de custos da organização. Evitar glosas e inadimplência são requisitos fundamentais para garantir a sustentabilidade financeira e a qualidade da assistência à saúde.

14.1 Contas Médicas

O sistema de contas médicas contém as informações sobre a internação do paciente, incluindo nome e dados pessoais do paciente, data de internação e alta, número do prontuário, laudo, AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e detalhamento do procedimento solicitado. É possível a emissão de relatórios do sistema, podendo filtrar por número do laudo, data de internação ou liberação do paciente, e por número do prontuário.

14.2 Faturamento

O faturamento auxilia o desenvolvimento de indicadores contábeis, análises de rentabilidade e relatórios gerenciais, contribuindo com o desempenho econômico da instituição. Os demonstrativos de vantagens e desvantagens competitivas relevantes nesse processo, demonstram a real capacidade de produção da empresa e sua participação no mercado.

O sistema de faturamento mensura e estabelece relatórios quanto às mudanças que ocorrem mensalmente, aos dados da ficha de faturamento, ao status de pendências e aos procedimentos glosados (erro de preenchimento do prontuário, prescrição que não condiz com o procedimento, falta de preenchimento da guia de Autorização de Internação Hospitalar).

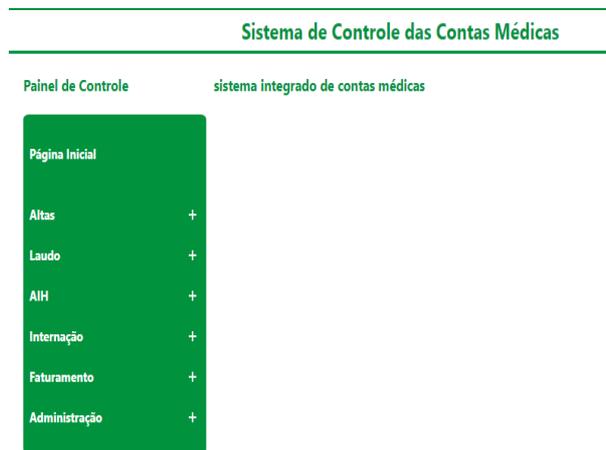


Figura 14.1: Imagem inicial do módulo de Contas Médicas com dados sintéticos e fictícios.

Os relatórios podem ser emitidos a partir de filtros referentes a data de internação, data de alta ou número de prontuário, com geração de indicadores dos processos e de produtividade, e visibilidade de prazos e qualidade de cada atividade, o que permite tomar ações imediatas de melhoria e auxiliar nas auditorias de prontuário.



Figura 14.2: Imagem da seção selecionada do faturamento do módulo de Contas Médicas com dados sintéticos e fictícios.

14.3 Orçamentário

O Setor orçamentário tem como atribuição acompanhar e controlar a movimentação orçamentária da instituição, visando fornecer informações, da-

filtrar por: data de internação data da alta prontuário todos

Paciente	Prontuário	Data Internação	Data da Alta	Nº Laudo	Nº AIH	Procedimento Realizado	
MONICA OLIVEIRA DOS SANTOS	1757673	21/11/2018	22/11/2018			0409060070	detalhes
ALINE SANTOS SOUSA	1757152	19/11/2018	21/11/2018			0409060070	detalhes
CRISTIANE FERREIRA DE JESUS	1757186	20/11/2018	21/11/2018			0409060070	detalhes
ROSANGELA DOS SANTOS DIAS	1757145	19/11/2018	21/11/2018			0409060070	detalhes

Figura 14.3: Imagem da subseção "gerenciar competências" da seção de faturamento com dados sintéticos e fictícios.

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
431	31	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	466

Figura 14.4: Imagem da subseção de "relatório Fichas Faturamento" com dados sintéticos e fictícios.

dos, estudos e projeções às instâncias deliberativas da Maternidade, referenciando a tomada de decisão quanto à distribuição e controle dos recursos orçamentários em acordo com as diretrizes delineadas na Lei Orçamentária Anual (LOA), Plano Plurianual (PPA), Plano Orientador e Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI).

É o setor que recebe, analisa e encaminha todas as demandas que afetam o orçamento da instituição, possibilita inserir orçamentos e empenho analisando a fonte de recursos, plano interno (PI) e elementos de despesa, o que pode-se observar o quanto o financeiro está atrelado avaliando liquidações, pagamentos e prestações de serviço, assim como, compras de materiais e equipamentos, despesas com diárias e passagens, pagamento de folha de pessoal, entre outras.

O módulo orçamentário automatiza as atribuições deste setor, como a dotação, que são valores monetários autorizados, consignados na Lei Orçamentária Anual (LOA) para atender a uma determinada programação orçamentária, gerenciamento dos empenhos de despesa, com dados referentes ao valor do orçamento, fornecedor, modalidade e o tipo, reforço e anulação dos empenhos e transferência po PI(Plano interno).

14.4 Financeiro

A execução orçamentária e financeira ocorrem concomitantemente, por estarem atreladas uma a outra.

Os sistemas de informação ajudam a agilizar os procedimentos e a diminuir possíveis erros humanos na rotina financeira da maternidade. Busca analisar a fonte de recursos e programas de trabalho informando os dados do saldo, descrição do crédito, programação financeira, data do crédito, valor

Inserir Orçamento	
Fonte de Recursos:	0100000000 ▾
Programa de Trabalho (PTRES):	001763 ▾
Plano de Trabalho:	GERAL ▾
Plano Interno (PI):	1ª REHUF 2015-879 PRIMEIRA PARCELA REHUF ▾
Elemento de Despesa:	33390.00-APLICAÇÕES DIRETAS ▾
	OK

Figura 14.5: Imagem da inserção de orçamento do módulo de orçamentário com dados sintéticos e fictícios.

do crédito e se a operação foi realizada em crédito ou débito.

Executar o Orçamento é realizar as despesas públicas nele previstas, seguindo à risca os três estágios da execução das despesas previstos na Lei nº 4320/64 (BRASIL, 1964): empenho, liquidação e pagamento.

O empenho é o primeiro estágio da despesa e pode ser conceituado como sendo o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado a obrigação de pagamento, pendente ou não, de implemento de condição.

A liquidação consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito. Ou seja, é a comprovação de que o credor cumpriu todas as obrigações constantes do empenho.

O último estágio da despesa é o pagamento e consiste na entrega de numerário ao credor do Estado, extinguindo dessa forma o débito ou obrigação. Este procedimento normalmente é efetuado por tesouraria.

Fonte	Programa	Orçamento		Financeiro	
		Crédito	Transferência	Recursos (R\$)	Transferência (R\$)
0100915002	001763	0,00	0,00	0,00	0,00
0112915002	001763	0,00	0,00	0,00	0,00
0151915002	001763	0,00	0,00	0,00	0,00
0312915002	001763	0,00	0,00	0,00	0,00
0112000000	002173	0,00	0,00	0,00	0,00
0299154003	002173	0,00	0,00	0,00	0,00
0280154215	002173	0,00	0,00	0,00	0,00

Figura 14.6: Imagem resumo financeiro com dados sintéticos e fictícios.

14.5 Tesouraria

A tesouraria é o setor encarregado da contabilidade, armazenamento ou transações de dinheiro. Basicamente os recursos financeiros da gestão da maternidade passam pela orientação desse setor.

O setor possui um sistema que coordena de forma eficiente a solicitação de recursos, apresentando uma justificativa para tal necessidade, e uma

listagem apresentando esses recursos inseridos e demonstrando a saída dos recursos que foram autorizados para retirada.

Possui como atribuições:

- realizar controles diários dos extratos bancários, conferindo pagamentos e recebimentos, saldos, taxas e limites disponíveis das linhas de crédito, visando obter recursos da forma menos onerosa possível ou rentabilidades por meio dos investimentos;
- lançar, conferir e gerar relatórios diários, seus recebimentos e desembolsos, juros e encargos financeiros pagos ou recebidos;
- executar rotinas administrativas e financeiras.



Código	Data Entrada	Valor	Operador	Data Encerramento	Saldo	Ação
737	06/06/2019	R\$ 1.000,00		06/08/2019		Alterar Reabrir
725	07/05/2019	R\$ 1.000,00		29/05/2019		Alterar Reabrir
703	19/02/2019	R\$ 1.000,00		26/04/2019		Alterar Reabrir
675	26/10/2018	R\$ 1.000,00		12/02/2019		Alterar Reabrir

Figura 14.7: Imagem da entrada de recursos com dados sintéticos e fictícios.

14.6 Pregões

O pregão é uma modalidade de licitação, instituída pela Lei 10.520 de 2002 pelo governo brasileiro para a contratação de bens e serviços independentemente de valor estimado.

O Pregão eletrônico visa aumentar a quantidade de participantes e baratear o processo licitatório, uma vez que este depende de tempo e recursos do orçamento público (BRASIL, 2002b).

Permite, ainda, a ampliação da disputa, com a participação de maior número de empresas, de diversos estados, uma vez que é dispensável a presença dos licitantes no local, além de considera-se uma modalidade mais ágil e transparente, possibilitando uma negociação eficaz entre os licitantes, permitindo ainda, que a simplificação das etapas burocráticas que tornavam vagarosa a contratação, tornasse o processo final mais eficiente e menos custoso para a Administração Pública (BRASIL, 2002b).



Figura 14.8: Imagem inicial do módulo de pregão com dados sintéticos e fictícios.

15

Capítulo 15 - Estoque e Almoxarifado

A gestão de materiais tem como objetivo melhorar o fluxo logístico do material, melhorando o controle da compra e reposição do material. O setor de estoque/almoxarifado é destinado à armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno.

De acordo com a RDC N.50 (BRASIL, 2002a), são atribuições na execução de serviços de armazenagem de materiais e equipamentos: receber, inspecionar e registrar os materiais e equipamentos; armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo; e distribuir os materiais e equipamentos.

O controle de estoque representa uma etapa importante para o bom desempenho da instituição de saúde, demandando tempo da gestão e exigindo domínio sobre as movimentações de material e equipamento e sobre os processos de aquisição e substituição de tecnologias em saúde.

Cada material é cadastrado no sistema de estoque com informações importantes (nome, especificação, unidade de medida, código interno e quantidade do produto), auxiliando o fluxo de entrada e saída dos elementos. Deve ser incluído também dados dos fornecedores cadastrados, prazos de validade, controle de qualidade, e informações referentes a quantidade atual dos itens, e a quantidade mínima e máxima que são necessários para que não haja falta ou desperdício de materiais. O inventário dos produtos deve ser realizado regularmente.

Como demonstrativo da aquisição de material, devem ser emitidos relatórios sobre encerramento de balancete, montagem do inventário dos materiais, lançamentos efetuados ao longo do mês, dados gerados pelo empenho, nota de empenho.

O controle do almoxarifado assegura que este setor cumpra com suas funções de receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Nota de Empenho e Nota Fiscal); receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque; registrar em sistema

próprio as notas fiscais dos materiais recebidos.

Permite também:

- elaborar estatística de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados;
- viabilizar o inventário anual dos materiais estocados;
- garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
- organizar e manter atualizado os registros de estoque dos materiais existente.

Os materiais são dispensados pelo Almoarifado para as unidades de internação mediante requisição interna. Nas unidades de atendimento por demanda espontânea (Emergência e Centro Obstétrico), materiais médico-hospitares são dispensados pela farmácia satélite.

Nesse sentido, sistematizar a gestão do estoque e almoarifado auxiliará nas movimentações de entrada e saída dos produtos hospitalares e das perdas por questão de validade ou quebra do produto, emitindo também relatório de consumo mensal por centro de custo.



COD. INTERNO	DESCRICAO	
1	ALMOXARIFADO	EXCLUIR ATUALIZAR
2	FARMÁCIA	EXCLUIR ATUALIZAR
3	NUTRIÇÃO	EXCLUIR ATUALIZAR
4	SUB. FARMACIA SATELITE	EXCLUIR ATUALIZAR
5	SUB. FARMÁCIA KIT	EXCLUIR ATUALIZAR
6	SUB. LABORATÓRIO	EXCLUIR ATUALIZAR
7	SUB. MANUTENÇÃO	EXCLUIR ATUALIZAR
8	SUB. FARMÁCIA 5º ANDAR	EXCLUIR ATUALIZAR
9	SUB. FARMÁCIA SUBSOLO	EXCLUIR ATUALIZAR

Figura 15.1: Imagem do cadastro de itens para o controle do estoque com dados sintéticos e fictícios.

Em geral, na gestão do estoque e almoxarifado é utilizada a Curva ABC para identificar e classificar os produtos que tem maior rotatividade ou prioridade de reposição.

16

Capítulo 16 - Serviços Internos e de Apoio

16.1 Protocolo

Protocolo é o setor responsável pelo recebimento, registro, distribuição, controle da tramitação e expedição de documentos, com vistas ao favorecimento de informações aos usuários internos e externos. Compreende um conjunto de operações que possibilita o controle do fluxo documental, viabilizando a sua recuperação e o acesso à informação.



Figura 16.1: Imagem no menu principal do módulo de Protocolo com dados sintéticos e fictícios.

A tramitação eletrônica de documentos deverá prover mecanismos de verificação da autoria e integridade dos documentos em processos administrativos eletrônicos.

Os objetivos são assegurar a eficiência das ações governamentais, realizar os processos administrativos com segurança, transparência e economicidade, ampliar a sustentabilidade ambiental e facilitar o acesso do cidadão às instâncias administrativas.

A implantação de um sistema reduz significativamente os custos com papel, impressão, transporte e principalmente espaço físico para armazenamento dos documentos. Além da economia proporcionada, há um ganho

muito expressivo no tempo de tramitação digital de processos e documentos em relação ao físico.

Utiliza de assinaturas digitais garantindo a autoria, autenticidade e a integridade dos documentos. As assinaturas devem ser obtidas por meio de certificado digital emitido pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil, que mantém a segurança dos arquivos, com validade jurídica.

16.2 Veículos

As rotinas de gestão de veículos incluem manutenções, abastecimentos, controle de solicitações de transporte, controle de entrada e saída, e cadastro dos motoristas, oficinas, peças e serviços do setor.

O módulo permite fazer consultas por proprietário do veículo estacionado e emitir relatórios estatísticos sobre a movimentação e a utilização dos veículos. O prontuário do veículo é composto por:

- **dados cadastrais;**
- **status de disponibilidade do veículo (agendado, em uso, sem retorno, em manutenção, imobilizado para conserto);**
- **movimentações, despesas, ocorrências, seguro, condutores autorizados e usuários dos veículos.**



Figura 16.2: Imagem do menu principal do módulo de Veículos com dados sintéticos e fictícios.

16.3 Comunicação

O setor de Comunicação é responsável pela criação, formatação e produção de peças e campanhas publicitárias, bem como por sua divulgação.

As Relações Públicas trabalham com a imagem institucional e verificam como ela (marca) é entendida por seu público. Entendem-se públicos por: funcionários, pacientes, fornecedores, comunidade, governo, imprensa e entidades de classe. O campo de abrangência para a Assessoria de Comunicação é muito vasto. pacientes privados, estatais, partidos, clubes, sindicatos, Organizações Não Governamentais (ONGs), entre outros podem utilizar-se dos serviços oferecidos.

A Assessoria de Comunicação está intimamente ligada ao setor de marketing, endomarketing, comunicação interna, relacionamento com fornecedores, relacionamento com pacientes, comunicação empresarial, jornalismo empresarial, setor de pesquisa de marketing, marketing político, marketing educacional entre outras.

A comunicação interna engloba todas as práticas e processos comunicativos de uma determinada organização com o seu público interno, compreende os procedimentos comunicacionais que ocorrem na organização.

O sistema de informação tem o objetivo de abordar os assuntos relacionados à comunicação interna na organização como meio de divulgar os benefícios e resultados.

O sistema ajuda a compor o plano de comunicação social, fortalecendo o endomarketing da organização através de:

- **divulgação na intranet da organização sobre as atividades desenvolvidas pela Comunicação;**
- **produção do jornal interno;**
- **realização de pesquisas de satisfação e de clima organizacional;**
- **participação dos servidores nas criações de campanhas internas.**

16.4 Portaria

No gerenciamento de maternidade é de extrema importância controlar o acesso de pessoas à unidade de saúde, função desenvolvida pelo setor da Portaria. A utilização de um sistema eletrônico, automatizará a rotina de acompanhamento do acesso de visitantes, colaboradores, prestadores de serviço, veículos dos visitantes, distribuidores de produtos, dentre outros.

Nome	Leito	Nº Prontuário	Visitantes	CNS	Idade	RG	CPF	Etiqueta
Selecionar								
Selecionar								
Selecionar								

Figura 16.3: Imagem do controle de visitas do módulo de Portaria com dados sintéticos e fictícios.

O sistema permite gerenciar o histórico individual de visitação, emitir crachás de identificação provisórios ou não, controlar a permanência de materiais originários da portaria da maternidade, e controlar as reservas para empréstimos desses equipamentos.

Referências

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Portaria N. 1083, de 15 de maio de 2001, que define os Padrões de Qualidade da Assistência para Auto-Avaliação Hospitalar com Foco no Controle de Infecção Hospitalar. 3a Edição. 2014. Disponível em:

<http://siteantigo.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2015/06/17/Instrumento%20de%20Auto-avalia%C3%A7%C3%A3o%20Portaria%201083%20Revisada%20e%20ampliada%202014.pdf>

BENAGIANO, G. THOMAS, B. Safe motherhood: the FIGO initiative. *Int J Gynaecol Obstet* 2003 Sep;82(3):263-74.

BRASIL, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N. 4.320, de 17 de março de 1964. Estitui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e contrôle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320compilado.htm

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N. 2.616, de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do programa de controle de infecções hospitalares. 1998a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. 1998b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html

BRASIL, Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC N. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada. 2002a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html.

BRASIL, Casa Civil. Lei N. 10.520, de 17 de JULHO de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110520.htm.

BRASIL, Ministério da Justiça. Arquivo Nacional. Dicionário brasileiro de terminologia arquivística. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.arquivonacional.gov.br/download/dic_term_arq.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

BRASIL, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N. 7, de 24 de fevereiro de 2010: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em 24 agosto 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N, 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestão de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N. 1.020, de 29 de Maio de 2013a.

Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Volume 4: Humanização do parto e nascimento. Brasília, DF, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 16p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. 2015b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N. 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. 2016b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. [citado em 20 agosto de 2018]. Disponível em

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf.

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde: Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido, 2017b. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/3-Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Prenatal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem_nascido.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017c. 51 p. : il.

CFF, Conselho Federal de Farmácia, Resolução nº 300, de 30 de janeiro de 1997. Regulamenta o exercício profissional em Farmácia e unidade hospitalar, clínicas e casa de saúde de natureza pública ou privada. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/300.pdf>.

NICE. Caeserean section. London - UK. 2011. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/CG55.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2. ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo; 1995.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PINTO, V.B. Apresentação Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. OPAS/OMS – Representação Brasil. ISBN: 978-85-7967-108-1 Vol. 1, Nº 12, Brasília, julho de 2016.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. Maternidade segura, In:Sousa, Paulo (Org.). Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. – Rio de Janeiro,

EAD/ENSP, 2014.

TOMA, T.S. Método mãe-canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, V.19, N.9. p.233-142, out/dez 2003.

Índice Remissivo

- Administrativo, 1, 28, 51, 61, 91
Ambulatório, 1, 5, 6, 55, 78
- Contas médicas, 81, 82
- Emergência, 1, 2, 11–13, 15, 16,
19, 20, 24, 25, 31, 32, 34,
66, 88
- Exame, 5, 7, 8, 25, 44, 53, 60, 61
Exames, 5–8, 18, 43, 44, 46, 53,
55, 60, 61, 67
- Farmácia, 42, 45, 63–67, 88
Faturamento, 81–83
- Gestão, xi, 1, 2, 11, 14, 54, 64,
73, 77, 84, 87, 88, 92
- Gestação, 1, 6, 7, 9, 14, 17, 36
- Hospitalar, 1, 41, 42, 44, 47, 49,
51, 63, 64, 67, 81
- Infecção, 1, 24, 25, 35, 41, 42,
44–46, 64, 65, 67
- Internação, 5, 8, 11, 12, 20, 23,
24, 27, 28, 32, 36, 41, 45,
50, 64, 66, 78, 81, 82, 88
- Laboratório, xi, 1, 17, 43, 53,
59–62
- Leito, 2, 11, 20, 23, 25, 26, 28–34,
50
- Maternidade, xi, 1, 2, 5, 8, 13–16,
20, 32, 36, 54, 58, 73, 74,
83, 84, 93
- Nutrição, 1, 51, 53, 54
- Obstétrico, 1, 5, 14–17, 19–22, 24,
25, 32, 50, 66, 88
- Orçamento, 63, 83–85
- Paciente, 1, 5, 6, 11–13, 15, 16,
20, 23–25, 27–29, 31, 32,
34, 35, 37, 38, 41, 44, 47,
49, 51–54, 57, 58, 60, 61,
63, 65–68, 77, 78, 81, 92,
93
- Parto, 8, 17, 20, 21
- Prontuário, 18, 44, 53, 77, 78, 81,
82, 92
- Rede Cegonha, 1, 7, 13, 14
RN, 7–9, 19, 23–25, 36–38
- SUS, 1, 13, 20, 57, 59

O livro “Gestão de Maternidade Pública” apresenta uma abordagem consolidada sobre os principais setores envolvidos no atendimento a mulher e recém-nascido. Dividido em capítulos, a primeira parte considera as unidades destinadas ao acolhimento e cuidado direto da paciente, traduzindo o fluxo de atendimento interno: Ambulatório, Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, e Unidade de Terapia Intensiva. A segunda parte considera serviços que traduzem cuidados indiretos à paciente e recém-nascido: Infecção Hospitalar, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, Laboratório e Farmácia. Na terceira parte são abordados ambientes responsáveis pelo apoio administrativo, discriminados em Engenharia Clínica e Manutenção Predial, Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, Administrativo Financeiro, Estoque e Almoxarifado, e Serviços Internos e de Apoio.

Neste contexto, a Gestão de Maternidade Pública deve considerar a diversidade das unidades de atendimento quanto ao grau de complexidade, aos recursos disponíveis, ao perfil do usuário atendido, à baixa previsibilidade de eventos nas emergências, às estratégias de gestão de leitos, à comunicação entre as equipes, e à intersetorialidade para o desenvolvimento de uma assistência responsável e de qualidade.

