

UNIDADE DE EMERGÊNCIA

PERÍODO DE 2003 A 2010

Elaborado por:

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**

Coordenador da Unidade de Emergência

OUTUBRO – 2010

Coordenadoria UE

Coordenadores

Prof. Dr. Carlos Eli Piccinato / 2003 - setembro de 2007

Prof. Dr. Antonio Pazin Filho / outubro de 2007 – até a presente data

Supervisão Médica

Dr. José Paulo Pintyá / 2003 – março de 2008

Dr. Fábio Fernandes Neves – 2008 / abril de 2010

Prof. Dr. Octávio Marques Pontes Neto – maio de 2010

Supervisão Administrativa

Ivan Silva – Agosto de 2001 – até a presente data

Supervisão de Enfermagem

Lisandra Maria Baptista – 2003 – até a presente data

Assessoria Administrativa

Maria Adelina Gaviolli Fortunato Costa

Eni Ferreira de Pinho

Expediente da Coordenadoria

Maria Alice Carabolante França

Simone Aparecida Ferreira Brocanelli

Rosa Helena Rivoiro

Stela Maris Bernardes C. da Silva Prado

Responsáveis Técnicos

Maria José Leite da Silva / Laboratórios

Sonia Cassiolato / Farmácia

Edna de Almeida Monteiro / Serviço Social

Silvia Helena Gallo Tenan / Psicologia

Marinella Bavaresco / Nutrição

Frâncico Leonardo Alcaide Lotufo / Infra Estrutura

Carmen Sandra de Paula Vieira / Unidade Respiratória

Gestores / Gestão 2006-2007 reconduzidos 2008-2009.

Bloco Cirúrgico

Gestora – Sylvia Cristina Nogueira da Silva - Enfermeira
CTI

Gestor - Dr. Moisés Medina Gomide - Intensivista

Laboratório

Gestora – Maria José Leite da Silva- Biologista

Sala de Urgência

Gestora – Karina Angélica Tresso

Acolhimento e Comunicação

Gestora – Edna de Almeida Monteiro – Assistente Social

Centro de Estudos

Gestor – Dr. Luis Donizeti da Silva Stracieri - Cirurgião

Infra Estrutura

Gestor – Francisco Leonardo Alcaide Lotufo– Engenheiro

Clínica Cirúrgica

Gestor – Luis Marcelo Valadares de Souza – Enfermeiro

Farmácia

Gestora – Sonia Cassiolato - Farmacêutica

Neuroclínicas

Gestora – Nilce Mara da Silva – Enfermeira

Pediatria

Gestor – Dr. Max Lima

Nutrição

Gestor – Everaldo Costa Reis – Nutricionista

Queimados

Gestora – Alessandra Dezem Mendes Cologna - Enfermeira

Gestores – Gestão 2010-2011

Bloco Cirúrgico

Gestora – Adriana Gonçalves Bosco Moura - Enfermeira
CTI

Gestor – Cristiane Mota Machado - Enfermeira

Laboratório

Gestora – Tânia Mara Alves de Macedo - Biologista

Sala de Urgência

Gestora – Karina Angélica Tresso

Acolhimento e Comunicação

Gestora – Hellen Taciane Paschoalotto Leite - Psicóloga

Centro de Estudos

Gestor – Dr. Luis Donizeti da Silva Stracieri

Infra Estrutura

Gestor – Francisco Leonardo Alcaide Lotufo – Engenheiro

Clínica Cirúrgica

Gestor – Paloma Mithie Rebouças Ynohaie - Enfermeira

Farmácia

Gestora – Sirlei Teresinha de Alcantara - Farmacêutica

Neurologia

Gestora – Frederica Montanari Lourençato – Assistente Social

Clínica Médica

Gestora – Julia Pereira Soares Bitar – Enfermeira

Pediatria

Gestor – Dra Regina Maria Antunes Mattiello

Nutrição

Gestor – Everaldo Costa Reis - Nutricionista

Queimados

Gestora – Alessandra Dezem Mendes Cologna - Enfermeira

SAMSP

Gestor – Dr. Sérgio Innocente – Médico

Responsáveis Técnicos das áreas Médicas

Disciplina	Responsável
Cirurgia de Urgência	Prof. Dr. Sandro Scarpelini
Ortopedia	Prof. Dr. Maurício Kfuri Júnior
Neurocirurgia	Dr. José Luiz Romeo Boulosa
Psiquiatria	Profa. Dra Cristina Marta Del' Ben
Neurologia	Prof. Dr. Octávio M.Pontes Neto
Ginecologia e Obstetrícia	Prof. Dr. Daniel Guimarães Tiezzi
Pediatria	Profa Dra Palmira Cupo Profa. Dra. Silvia Evelyn Hering
MI Pediátrico	Profa. Dra. Maria Célia Cervi
Unidade de Queimados	Prof. Dr. Jayme Adriano Farina Jr.
Radiologia	Prof. Dr. Jorge Elias Júnior Prof. Dr. Valdair Francisco Muglia
Cirurgia Cabeça e Pescoço	Dr. Gerson Felisbino dos Reis
Oftalmologia	Dra Flavia Augusta Attie de Castro
Clinica Medica	Prof. Dr. Antonio Pazin Filho
CTI Adulto	Dr. Moises Medina Gomide
CTI Pediátrico	Profa. Dra. Ana Paula de Carvalho Panzeri Carlotti
Unidade Coronariana	Dr. Carlos Henrique Miranda

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO	15
2) EXTENSÃO (ASSISTÊNCIA)	17
a) ESTRUTURA FÍSICA	17
b) EQUIPAMENTOS.....	34
c) PESSOAL.....	44
d) ADMINISTRAÇÃO.....	47
GESTÃO COMPARTILHADA	47
GERENCIAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS	55
ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO DE FLUXO	60
AUDITORIA EXTERNA.....	69
e) DESAFIOS E CRISES	70
ANÁLISE DE INDICADORES.....	71
SUPERLOTAÇÃO.....	72
CATÁSTROFES.....	78
f) PROJETOS EM IMPLANTAÇÃO.....	84
3) ENSINO.....	94
4) PESQUISA.....	100
5) CONCLUSÃO	103
6) ANEXOS	104
a) DISCURSO DE POSSE – PROF. DR. ANTONIO PAZIN FILHO – SETEMBRO 2007. 104	
b) BALANCETE FINANCEIRO – INVESTIMENTO EM ESTRUTURA FÍSICA	107
c) BALANCETE FINANCEIRO – INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS	110
d) TERMO ADITIVO – UNIDADE CORONARIANA.....	121
e) OFÍCIO PARA AQUISIÇÃO DO TERRENO JUSTAPOSTO À U.E.	142
f) A GESTÃO COMPARTILHADA NA UE: COMO ESTAMOS? O QUE QUEREMOS?	146
g) ESTATUTO DA SALA DE URGÊNCIA.....	176

h)	REGIMENTO DO CENTRO INTEGRADO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	217
i)	BANCO DE TECIDOS.....	224
j)	REGULAMENTO PARA UTILIZAÇÃO DAS SALAS DE AULA.....	230
k)	PLANEJAMENTO – UPC - UE.....	237
l)	RELAÇÃO DE TRABALHOS CADASTRADOS JUNTO AO CEES.....	240
m)	IMPACTO DA CENTRALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA EM SÃO PAULO	246
n)	COMUNICAÇÃO CRM / PROMOTORIA PÚBLICA– SUPERLOTAÇÃO U.E.....	252
o)	PREPARO DE SEDATIVOS DILUÍDOS PARA ADMINISTRAÇÃO EM BEIRA-LEITO	256
p)	PROJETO DE ADEQUAÇÃO DE DIÁLISE PARA PACIENTES AGUDOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO HCFMRP-USP.....	258
q)	UNIFORMIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO NOS MURAIIS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	265
r)	UTILIZAÇÃO DA UTI MÓVEL PARA TRANSPORTE EXTERNO.....	272
s)	PROJETO OXÍMETROS DE PULSO.....	276

TABELAS

Tabela 1 – Princípios relativos à estrutura física a serem considerados em investimento futuro na Unidade de Emergência.....	33
Tabela 2 – Descrição das metas estruturais a serem atingidas no curto, médio e longo prazo	34
Tabela 3 – Investimentos em equipamentos e estrutura física de acordo com a fonte e ano ...	41
Tabela 4 – Princípios a serem considerados na aquisição de equipamentos de elevado custo para a Unidade de Emergência.....	42
Tabela 5 – Metas de Curto, Médio e Longo Prazo para aquisição de equipamentos de alto custo para a Unidade de Emergência.....	43
Tabela 6 – Reposição de Funcionários na U.E. em 2008 de acordo com categoria e fonte pagadora	46
Tabela 7 – Ampliação de Funcionários na u.E. em 2008 de acordo com a categoria e fonte pagadora	46
Tabela 8 – Gestão Administrativa – U.E.	48
Tabela 9 – Gestão Técnica – U.E.	50
Tabela 10 – Arrecadação e Gastos em Capacitação, Consumo, Material Permanente e Infraestrutura de acordo com o Ano.....	56
Tabela 11 – Distribuição do Número de Leitos na U.E. de acordo com o Andar e Ano.....	58
Tabela 12 - Características dos pacientes maiores de 12 anos que tiveram solicitação de terapia intensiva de acordo com área de solicitação entre 01 de outubro e 21 de janeiro de 2010.....	68
Tabela 13 – Pontos Fortes e Oportunidades de Melhoria para a U.E. Segunda Avaliação do CQH.....	70
Tabela 14 – Parâmetros de interesse para o desempenho da U.E. de janeiro de 2003 a setembro de 2010.	71
Tabela 15 – Projetos para serem desenvolvidos no curto, médio e longo prazos para a U.E.	93
Tabela 16 – Características do atendimento a pacientes com o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na Divisão Regional de Saúde XIII (Ribeirão Preto) de acordo com o ano de atendimento.....	129
Tabela 17 - Características do atendimento a pacientes com o diagnóstico de Angina Instável (AI) na Divisão Regional de Saúde XIII (Ribeirão Preto) de acordo com o ano de atendimento	129
Tabela 18 – Estimativa Populacional DRS XIII – Ribeirão Preto - 2007	130

Tabela 19 - LEITOS UTI TIPO I, II E III CREDENCIADOS PARA DRS XIII- RIBEIRÃO PRETO	132
Tabela 20.....	134
Tabela 21.....	134

FIGURAS

Figura 1 – Foto aérea do terreno justaposto à U.E. recentemente adquirido pela FAEPA na esquina das ruas Marechal Deodoro e Bernardino de Campos. Os Bloco A e B da U.E. estão assinalados pelas letras em branco e as casas justapostas ao estacionamento estão assinaladas pela seta em negro.....	22
Figura 2 – Planta esquemática dos Blocos A e B e área de apoio atuais (assinalados em cinza e descritos pelas letras A e B em branco) e do terreno justaposto à U.E. em que se pretende construir o Bloco C no longo prazo.	23
Figura 3 – Revitalização dos jardins da U.E. A – antes; B – depois.....	23
Figura 4 – Capela U.E - Processo de atendimento religioso.	24
Figura 5 – Recepção à pacientes e visitantes (A- Antes; B- Depois)	24
Figura 6 – Ouvidoria(A) e Sistema de controle de visitantes(B)	25
Figura 7 – Reforma do Controle de Leitos da U.E. (A-Antes; B= Depois).....	25
Figura 8 – Cantina da U.E.....	26
Figura 9 – Refeitório dos médicos e residentes reformado	26
Figura 10 – Refeitório dos Servidores (A; B = Antes; C;D = Depois)	27
Figura 11 – Realocação e reforma do Recursos Humanos (A= Antes; B – Depois).....	27
Figura 12 – Reforma da Distribuição (A;B= Antes; C;D= Depois)	28
Figura 13 – Reforma da Engenharia Clínica – CECIN – (A;B = Antes; C;D = Depois)	28
Figura 14 – Reforma do SAMSP	29
Figura 15 – Readequação do Semi-Intensivo da Clínica Médica	29
Figura 16 – Readequação do 3º Andar Bloco B – Instalação da Neurologia (A;B = Antes; C;D = Depois)	30
Figura 17 – Instalação da Unidade Coronariana (A;B = Antes; C;D = Depois)	30
Figura 18 – Reforma do Centro Cirúrgico	31
Figura 19 – Realocação e reforma do Banco de Sangue.....	31
Figura 20 – Reforma da Central de Material.....	32
Figura 21 – Visita do Secretário de Saúde do Estado de São Paulo (Dr. Barradas) – Inauguração da UCO.	32
Figura 22 – Investimento em equipamentos de acordo com o ano.....	39

Figura 23 - Cama com monitorização de sinais vitais da UCO.	40
Figura 24 – Exemplos de equipamentos adquiridos	41
Figura 25 – Comparação entre os recursos financeiros investidos na U.E. segundo a fonte de acordo com o ano.....	42
Figura 26 – Distribuição do número de exames de laboratório solicitados pelo CTI de Janeiro a Novembro de 2008.....	52
Figura 27 – Informações individualizadas enviadas pela Farmácia conjuntamente com os medicamentos	53
Figura 28 – Descrição das informações que compõem o Boletim Informativo do Gestor (BIG) 54	
Figura 29 – Proporção do investimento em capacitação de pessoal quando comparado ao crédito de acordo com o ano.....	57
Figura 30 - Número de Leitos de Terapia Intensiva na U.E.-HCFMRP-USP de acordo com o ano e categoria.....	59
Figura 31 – Faturamento SUS-U.E. de acordo com o ano.	60
Figura 32 - Número de procedimentos de radiologia intervencionista realizados na U.E. de acordo com o mês e ano. Obs: Não estão incluídos os procedimentos de angiocoronariografia.	61
Figura 33 - Número médio mensal de procedimentos de radiologia intervencionista realizados na U.E. de acordo com o ano. Obs: Não estão incluídos os procedimentos de angiocoronariografia.....	61
Figura 34 - Média mensal de casos com Síndrome Coronariana Aguda atendidos no HCFMRP-USP de acordo com o ano e para o 1º trimestre de 2010	62
Figura 35 – Levantamento sobre risco ocupacional para tuberculose entre auxiliares de enfermagem da Sala de Urgência quando comparados com auxiliares de enfermagem em outras instituições e com a população de Ribeirão Preto em 2003.....	63
Figura 36 – Instalação de isolamento respiratório na Sala de Urgência da U.E.-HCFMRP-USP	64
Figura 37 – Sala de Isolamento Respiratório com Pressão Negativa na Sala de Urgência da U.E.....	64
Figura 38 – Impacto sobre o retardo para isolamento respiratório após a admissão na Sala de Urgência dos pacientes com suspeita de tuberculose atendidos entre fevereiro e abril de 2004 e 2007.....	65
Figura 39 – Selo de Conformidade do CQH conferido à U.E.	70
Figura 40 – Situação de superlotação da Sala de Urgência em 31 de agosto de 2010.....	74
Figura 41 – Superlotação de hospitais com reflexo sobre o atendimento na UE – Fonte: JORNAL “A CIDADE” Ribeirão Preto 27/10/2010 – Quarta-feira – pág. A 5.....	75

Figura 42 – Evolução da porcentagem de pacientes encaminhados em regime de “Vaga Zero” para a Unidade de Emergência de janeiro de 2007 a junho de 2010.	75
Figura 43 – Evolução da porcentagem de casos encaminhados em “vaga zero” de acordo com o complexo regulador de Janeiro a Junho de 2010	76
Figura 44 - Proporção dos Casos Encaminhados em Vaga Zero que foram Internados de acordo com o Complexo Regulador.....	76
Figura 45 – PROPORÇÃO DE CASOS ENCAMINHADOS EM “VAGA ZERO” QUE EVOLUÍRAM AO ÓBITO DURANTE A INTERNAÇÃO DE ACORDO COM O COMPLEXO REGULADOR DE JANEIRO A JUNHO DE 2010.	77
Figura 46 – PROPORÇÃO DE CASOS ENCAMINHADOS EM “VAGA ZERO” QUE EVOLUÍRAM AO ÓBITO EM MENOS DE 24 HORAS DA CHEGADA DE ACORDO COM O COMPLEXO REGULADOR DE JANEIRO A JUNHO DE 2010.	77
Figura 47 – PORCENTAGEM DOS CASOS ENCAMINHADOS EM “VAGA ZERO” DE ACORDO COM A ESPECIALIDADE DE ENCAMINHAMENTO E COMPLEXO REGULADOR DE JANEIRO A JUNHO DE 2010.	78
Figura 48 – Gripe H1N1 – Distribuição de Casos atendidos no Complexo HC de acordo com a evolução e semana epidemiológica DE 2009.	81
Figura 49 – Isolamento Respiratório (ampliação): 4 quartos no 3º andar; 2 quartos no 2º andar, 1 quarto na Pediatria e no CTI-4º.....	81
Figura 50 – Repercussão da inadequação do sistema de drenagem e rede de esgotos para lidar com chuvas torrenciais no final de 2009	82
Figura 51 – Vistoria da VISA – Medicamentos diluídos em condições inadequadas.....	82
Figura 52 – Vistoria da VISA – Excesso de fiação, ferrugem e mobiliário inadequado.....	82
Figura 53 – Vistoria da VISA – Sistema de escoamento de diálise inadequado.....	83
Figura 54 – Sistema eletrônico de Ouvidoria	90
Figura 55 – Distribuição do número absoluto e proporcional de exames de imagem realizados na U.E. no ano de 2008 de acordo com o tipo.....	90
Figura 56 – Exemplo de exame de imagem digitalizado sendo avaliado através do sistema Athos.	91
Figura 57 – Número de computadores da U.E. com sistema de programas de computador para os meses de maio, julho e novembro de acordo com o tipo.....	91
Figura 58 – Proposta de modificação do atendimento do modelo vertical (centralizado em áreas) para o modelo horizontal (centralizado no paciente – rotas de atendimento).....	92
Figura 59 – Número de atividades realizadas nas salas de aula e anfiteatro da U.E. de acordo com o tipo e ano	97
Figura 60 – Anfiteatro e Salas de Aula da Unidade de Emergência.....	97

Figura 61 – Sistema de Vídeo-Conferência – Doação da FMRP-USP.....	97
Figura 62 – Sala de treinamento do CIA.....	98
Figura 63 – EIXO LONGITUDINAL DE EMERGÊNCIAS PARA A GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA FMRP-USP.....	98
Figura 64 – Website do II Congresso de Emergências em Saúde da U.E.-HCFMRP-USP.....	99
Figura 65 – Número de trabalhos cadastrados no Centro de Estudos de Emergências em Saúde de acordo com o ano	102
Figura 66 – Distribuição do número de atendimentos por infarto agudo do miocárdio (IAM) e angina instável (AI) para a Divisão Regional de Saúde XIII (Ribeirão Preto) de acordo com o ano de atendimento.....	136
Figura 67 – Comparação entre a relação IAM/AI e a proporção de pacientes atendidos na UEHCFMRP-USP para a Divisão Regional de Saúde XIII (Ribeirão Preto) de acordo com o ano de atendimento.....	136
Figura 68 - Planta do Segundo Pavimento da U.E. – HCFMRP – USP com as áreas ocupadas pela Neurologia e Clínica Médica na situação atual (A) e após a reestruturação (B) proposta.	137
Figura 69 - Planta do Terceiro Pavimento da U.E. – HCFMRP – USP na situação atual (A) e após a reestruturação (B) proposta.	138
Figura 70 - Algoritmo simplificado do Centro de Dor Torácica da Divisão de Cardiologia do HCFMRP-USP.....	139
Figura 71 - Número de procedimentos dialíticos realizados em pacientes internados (Internas) no CTI adulto e em pacientes internados em leitos convencionais (Externas) da U.E. de acordo com o ano.....	259
Figura 72 - – Planta Esquemática do 2o Andar Bloco B da U.E.-HCFMRP-USP	262
Figura 73 - Planta Esquemática do 3o Andar Bloco B da U.E.-HCFMRP-USP	263
Figura 74- Mural do Grupo Gestor	267
Figura 75 - Mural de Área Técnica.....	269
Figura 76 - Mural Comunitário Interno	270
Figura 77 - Mural Comunitário Externo	271

1) INTRODUÇÃO

Realizar um relatório das atividades da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP(U.E.) é uma tarefa árdua, pois desde a sua inauguração, a U.E. tem enfrentado inúmeros problemas, crises e desafios que motivaram conquistas, mas principalmente diversificação de sua atuação como referência terciária do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII). Além disso, toda essa diversidade se torna ainda mais complexa frente à inserção externa com o município de Ribeirão Preto, outros municípios da DRS XIII e de outras regionais e instâncias públicas de auditoria e fiscalização. Finalmente, toda essa atividade deve contemplar não só a assistência oferecida ao Sistema Único de Saúde, mas também o Ensino e a Pesquisa, à medida que a U.E. deve ser vista de modo indissociável da FMRP-USP.

Para auxiliar a compreensão, esse relatório irá se limitar aos anos de 2003 a 2010, com ênfase no período posterior à setembro de 2007, quando se iniciou as atividades do atual coordenador. Será buscada uma análise crítica dos desafios e conquistas nos domínios da Extensão (Assistência), Ensino e Pesquisa, procurando deixar claro os princípios que nortearam as decisões e que deverão ainda influenciar os próximos passos da U.E. no futuro próximo. Os documentos mais pertinentes que resumiram pontos importantes do que será descrito serão arrolados nos anexos desse documento, pois entende-se que possam ser base futura de referência para conquistas semelhantes.

Embora esse relatório esteja sendo elaborado pelo coordenador da U.E., em nenhum momento deve ser perdida a perspectiva do envolvimento de diversos profissionais que auxiliam na hercúlea tarefa de assistência diária. Procurou-se listar todos os representantes desses profissionais através de seus gestores e responsáveis técnicos, sabendo-se do risco de se incorrer em erro de esquecer a participação de algumas pessoas, a quem antecipadamente solicitamos perdão, rogando para que se sintam incluídas nas enormes conquistas que serão listadas aqui. Esses agradecimentos devem ser estendidos às equipes administrativas da

Unidade Campus, cuja participação é muitas vezes negligenciada pela distância, mas que tornam tudo possível.

Esse relatório é mais uma oportunidade de transparência nas atividades desenvolvidas na U.E., a exemplo da sua estrutura de gestão compartilhada e dos relatórios anuais de prestação de contas à comunidade que são realizados. Esperamos que auxilie os diversos elementos envolvidos na gestão da U.E.

Ribeirão Preto, 31 de outubro de 2010.

Prof. Dr. **Antonio Pazin Fiho**

Coordenador das Atividades da Unidade de Emergência

HCFMRP-USP

2) EXTENSÃO (ASSISTÊNCIA)

a) ESTRUTURA FÍSICA

Um dos problemas mais complexos enfrentados pela U.E. é o fato de sua estrutura física ter sido construída há mais de 60 anos, numa realidade extremamente diferente das necessidades atuais. Esse fato tem levado à contínua reestruturação, com reformas de área física praticamente constantes ao longo do período em estudo.

Alterar estrutura nessas condições é um desafio, pois muitas das informações referentes ao encanamento, eletricidade e suporte estrutural foram perdidas ao longo dos anos ou estão desatualizados frente às inúmeras reformas que o prédio já sofreu, acrescentando um componente de incerteza. Não foram incomuns atrasos em prazos decorrentes de problemas não-previstos que tiveram que ser contornados durante as obras, muitas vezes com custos adicionais. Frente a esse problema, um dos princípios a serem considerados em qualquer obra que se realize na U.E. é o mapeamento de instalações elétricas, encanamentos e estrutura física, mesmo que isso implique em ampliação de prazo. Um exemplo claro pode ser ilustrado pelo desconhecimento das tomadas elétricas que estão ligadas ao gerador de energia suplementar em caso de falha de energia externa. Isso pode colocar em risco a vida de inúmeros pacientes que dependam de suporte ventilatório, por exemplo.

Além desse fator, cabe à crítica de que alguns desses incidentes que ocorreram nas obras poderiam ter sido evitados com um planejamento mais adequado. Essa crítica será constante ao longo desse relatório e se tornou um princípio administrativo. Os detalhes de como esse planejamento está sendo realizado serão descritos no item Administração.

Um outro ponto que foi identificado como complicador foi o início de inúmeras obras simultâneas. Apesar dessas obras terem sido terceirizadas,

não se deve deixar de ter presente que a administração e acompanhamento passa necessariamente pelo CECIN, cuja equipe residente na U.E. é extremamente limitada e se encontra sobrecarregada. Além disso, muitas vezes utilizou-se a estratégia de se empregar equipe do próprio CECIN para finalização de detalhes em algumas áreas, para limitar o teto orçamentário que implicaria em processo licitatório mais demorado. Em que se pese a necessidade dessa estratégia, não foram infrequentes os atrasos decorrentes da exiguidade de mão-de-obra para atender diversas reformas simultâneas. O acompanhamento dessas obras exigiu envolvimento adicional da Coordenadoria da U.E. para que pudessem ser concluídas e, mesmo assim, implicou em atrasos e retrabalho (reformas em áreas já reformadas), que poderiam ter sido evitadas por supervisão mais próxima e intensa da obra.

Um exemplo importante desse problema foi a ativação do 3º andar Bloco B (Neurologia). Após a finalização da obra, observou-se que havia vazamentos nos banheiros da área, com repercussão sobre o Laboratório localizado no andar inferior. Houve necessidade de se desativar leitos para que as reformas pudessem ser realizadas, o que implicou em custos adicionais e prejuízo no atendimento dos pacientes. Frente a essas situações, até que se consiga equacionar a equipe residente do CECIN na U.E., deve-se ter como princípio a execução cronológica de reformas necessárias.

As necessidades de área de apoio também cresceram muito nos últimos anos e não puderam ser consideradas em sua plenitude na readequação de espaços na U.E. Um dos principais exemplos para área de apoio diz respeito ao armazenamento de roupas, que sofreu enorme ampliação com a terceirização do serviço. Também é importante ressaltar que a enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia e outras áreas que venham a atuar no futuro na U.E., como fonoaudiologia, tem sofrido enorme ampliação de suas atividades e necessitam de área que antes não era considerada por inexistência desses serviços. Cabe ressaltar que esses serviços são regulados por normas técnicas especiais, que estão se tornando cada vez mais exigentes

e motivo de fiscalização pela Vigilância Sanitária, como recentemente ocorreu no Centro de Terapia Intensiva da U.E.

Contornar essas necessidades sempre implica em redução da área disponível para o atendimento direto à pacientes. Frente à pressão para maior número de leitos que a U.E. enfrenta todos os dias, houve sempre decisão em se reduzir ao máximo os espaços destinados ao apoio, o que tem sido questionado por auditoria externa e motivado reformas emergenciais, inclusive com desativação de leitos, como foi o caso do que ocorreu no 2º Andar Bloco A (Clínica Médica) em 2010, após visita da Vigilância Sanitária. A única alternativa disponível para se contornar essa limitação é ampliação de área, o que foi conseguido recentemente com a aquisição do terreno justaposto à U.E. Em que se pese que a ocupação desse terreno é uma meta de longo prazo, as duas casas justapostas adquiridas em conjunto podem ser utilizadas para ampliar a área de apoio permitindo melhor reequacionamento dos espaços.

O planejamento adequado das áreas de apoio deve ser levado em consideração nas reformas de estrutura, avaliando-se se os projetos de expansão serão custo-efetivos. Deve ser lembrado que muitas das áreas terão pleito para ensino e pesquisa na interface com a FMRP-USP num futuro próximo.

A aquisição do terreno justaposto à U.E. pela FAEPA em 2009 representa a demanda por ampliação, já preconizada em diversos momentos na trajetória da U.E. É fato que diversas áreas são inadequadas para fornecer o atendimento necessário ou estão se tornando frente à crescente informatização e complexidade tecnológica por que passa a medicina. Essas demandas têm motivado a reestruturação constante da U.E., sendo que o planejamento de se centralizar áreas de atuação com demandas similares de acordo com os andares já contribuiu sobremaneira para o atendimento. Mesmo assim, muitas demandas ainda não são possíveis de serem sanadas, sendo a principal o equacionamento adequado da Sala de Urgência. Essa área é inadequada para o atendimento prestado, estando fora de diversas regras de funcionamento e

necessitando de novos investimentos para corrigir problemas, como o sistema de ar condicionado e vazamentos em um dos boxes de atendimento que se encontra bloqueado. A reforma dessa área é complexa e tem sido postergada para quando as obras em curso em outros locais da U.E. tenham sido concluídas e o planejamento estratégico dessa área tenha sido melhor equacionado.

Embora o terreno traga perspectivas concretas de ampliação, deve-se ter presente que se trata de perspectiva de longo prazo. Frente a isso, medidas intermediárias devem ser implementadas até que esse objetivo seja atendido. Isso tem sido feito através de princípios administrativos que norteiam reformas ou ampliações.

Um primeiro princípio tem sido a centralização de áreas de Terapia Intensiva no Bloco B. Terapia intensiva pediátrica no primeiro andar, UCO no segundo andar, CTI no terceiro e quarto andares. Nesse Bloco B, também espera-se ampliar as áreas de Terapia Intensiva existentes e a ampliação da UCO para transformá-la em Unidade Vascular, de modo a contemplar também o atendimento de pacientes com procedimentos de intervenção radiológica e trombólise de casos agudos de Acidente Vascular Encefálico. Essa diretriz encontra respaldo também em linha de fomento do Ministério da Saúde, que permitirá buscar recursos adicionais na forma de Termo Aditivo, de modo similar ao que foi feito no planejamento inicial da UCO.

Outro ponto a ser considerado são as áreas do Bloco B equivalentes à MI infantil no 1º andar. Essas áreas estão sendo desativas para fins de assistência e direcionadas para apoio. Isso se deve em função do problema de manutenção de corpo de enfermagem dedicado a essas áreas com um número de leitos restrito pelo tamanho do local. Assim, no 2º andar, essa área que antigamente era ocupada pelo isolamento da Neuro-Clinica, foi desativada e está sendo destinada à central de tratamento de água para diálise, à readequação da Toxicologia e da Doppler ecocardiografia de modo a permitir a ampliação da UCO, à instalação de quarto de plantão para a UCO e à

instalação de uma extensão administrativa da UPC na U.E. No 3º andar, essa área foi destinada ao Banco de Sangue com a transferência da Unidade Respiratória para o 5º andar. No 4º andar, essa área é ocupada pela Recuperação anestésica, mas não significa problemas para equacionamento de enfermagem, pois essa é mesclada à equipe do Centro Cirúrgico. Resta apenas o equacionamento da área da MI infantil, que já sofreu problemas com restrição de funcionários no final de 2009, tendo que ser temporariamente interditada. Isso é um ponto a ser rediscutido em adequação da área da Pediatria, principalmente com o início das atividades do HC Criança.

Apesar de todas essas considerações, a estrutura física sofreu diversas adequações no período em questão que estão listadas nas tabelas e exemplificadas nas figuras. Constituem uma conquista tanto para o público atendido como para os funcionários da U.E. Novos desafios ainda terão que ser enfrentados, como a definição do que se pretende construir no Bloco C, permitindo uma nova reacomodação dos espaços. Até que isto aconteça, um princípio que também está sendo levado em consideração é que as reformas só sejam definitivas em áreas que não se pretende modificar. Como exemplo, pode ser citado a reforma dos banheiros do 2º andar, para atender às exigências da Vigilância Sanitária. Essas áreas continuarão a ser áreas de internação mesmo com a construção do novo Bloco, sendo o investimento de maior duração.

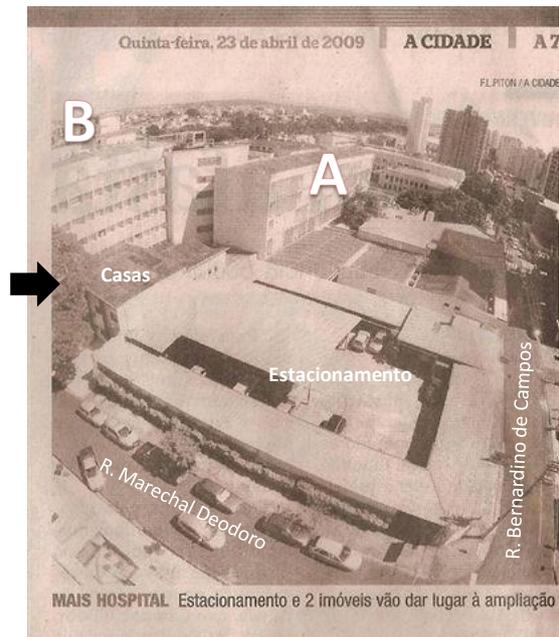


FIGURA 1 – FOTO AÉREA DO TERRENO JUSTAPOSTO À U.E. RECENTEMENTE ADQUIRIDO PELA FAEPA NA ESQUINA DAS RUAS MARECHAL DEODORO E BERNARDINO DE CAMPOS. OS BLOCO A E B DA U.E. ESTÃO ASSINALADOS PELAS LETRAS EM BRANCO E AS CASAS JUSTAPOSTAS AO ESTACIONAMENTO ESTÃO ASSINALADAS PELA SETA EM NEGRO.

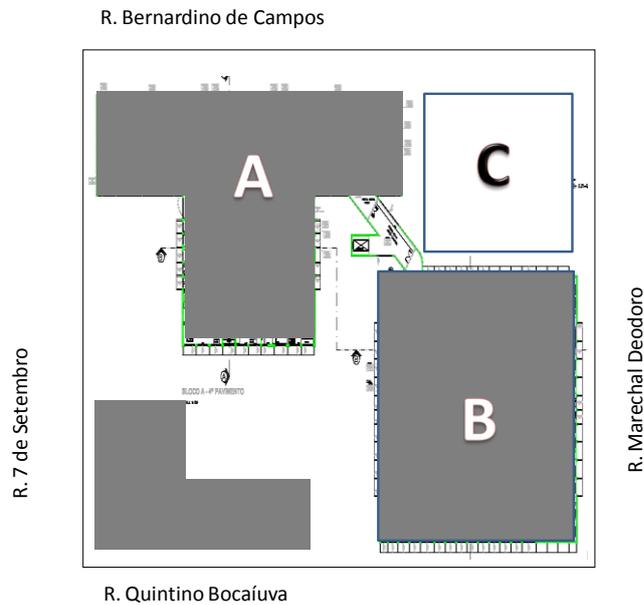


FIGURA 2 – PLANTA ESQUEMÁTICA DOS BLOCOS A E B E ÁREA DE APOIO ATUAIS (ASSINALADOS EM CINZA E DESCRITOS PELAS LETRAS A E B EM BRANCO) E DO TERRENO JUSTAPOSTO À U.E. EM QUE SE PRETENDE CONSTRUIR O BLOCO C NO LONGO PRAZO.



FIGURA 3 – REVITALIZAÇÃO DOS JARDINS DA U.E. A – ANTES; B – DEPOIS

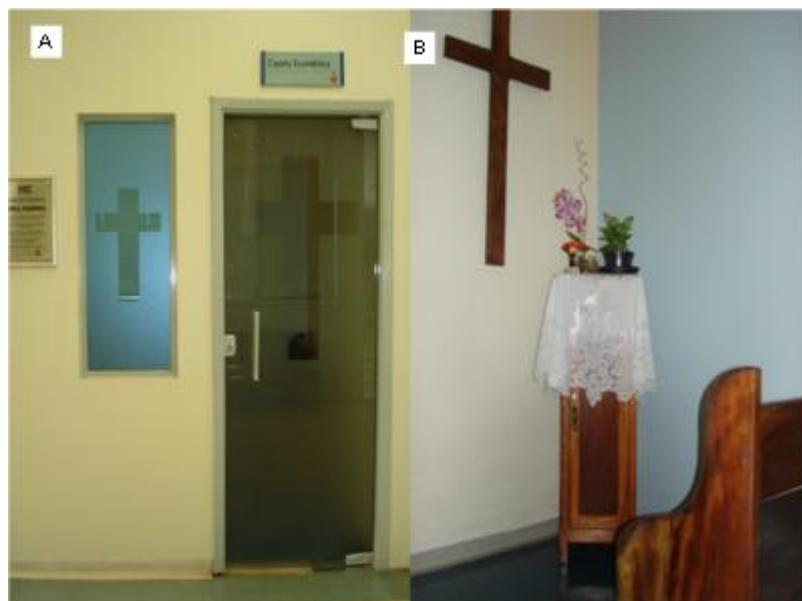


FIGURA 4 – CAPELA U.E - PROCESSO DE ATENDIMENTO RELIGIOSO.



FIGURA 5 – RECEPÇÃO À PACIENTES E VISITANTES (A- ANTES; B- DEPOIS)

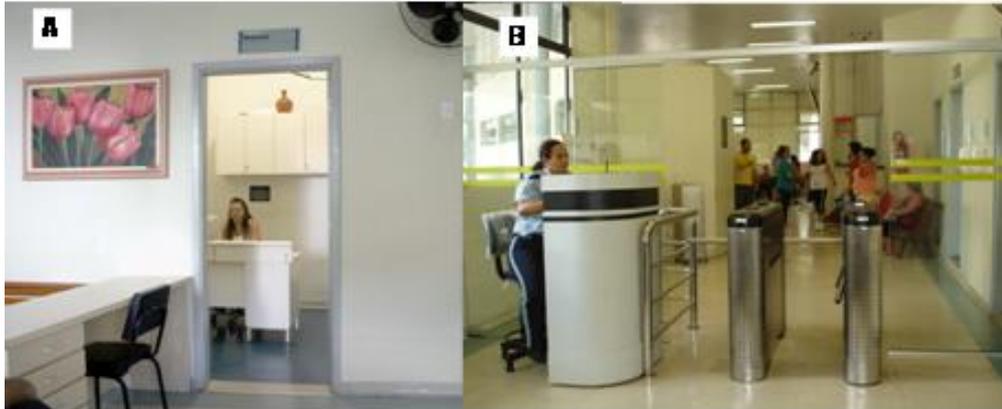


FIGURA 6 – OUVIDORIA(A) E SISTEMA DE CONTROLE DE VISITANTES(B)



FIGURA 7 – REFORMA DO CONTROLE DE LEITOS DA U.E. (A-ANTES; B= DEPOIS)



FIGURA 8 – CANTINA DA U.E.



FIGURA 9 – REFEITÓRIO DOS MÉDICOS E RESIDENTES REFORMADO



FIGURA 10 – REFEITÓRIO DOS SERVIDORES (A; B = ANTES; C;D = DEPOIS)



FIGURA 11 – REALOCAÇÃO E REFORMA DO RECURSOS HUMANOS (A= ANTES; B – DEPOIS)



FIGURA 12 – REFORMA DA DISTRIBUIÇÃO (A;B= ANTES; C;D= DEPOIS)



FIGURA 13 – REFORMA DA ENGENHARIA CLÍNICA – CECIN – (A;B = ANTES; C;D = DEPOIS)

Ex-Banco de Leite

Atualmente
SAMSP



FIGURA 14 – REFORMA DO SAMSP

Clínica Médica – 2º A

Semi Intensivo



FIGURA 15 – READEQUAÇÃO DO SEMI-INTENSIVO DA CLÍNICA MÉDICA



FIGURA 16 – READEQUAÇÃO DO 3º ANDAR BLOCO B – INSTALAÇÃO DA NEUROLOGIA (A;B = ANTES; C;D = DEPOIS)



FIGURA 17 – INSTALAÇÃO DA UNIDADE CORONARIANA (A;B = ANTES; C;D = DEPOIS)

Centro Cirúrgico



FIGURA 18 – REFORMA DO CENTRO CIRÚRGICO



FIGURA 19 – REALOCAÇÃO E REFORMA DO BANCO DE SANGUE.



FIGURA 20 – REFORMA DA CENTRAL DE MATERIAL



FIGURA 21 – VISITA DO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (DR. BARRADAS) – INAUGURAÇÃO DA UCO.

TABELA 1 – PRINCÍPIOS RELATIVOS À ESTRUTURA FÍSICA A SEREM CONSIDERADOS EM INVESTIMENTO FUTURO NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

PRINCÍPIOS	DESCRIÇÃO
Mapear a infra-estrutura	Deve-se incluir como objetivo o mapeamento da infra-estrutura, considerando que muito desse mapeamento está desatualizado.
Execução cronológica das obras	Até que se consiga ampliar a equipe residente do CECIN na U.E., as obras devem ser sucessivas e não simultâneas, de modo a permitir intensa supervisão, mesmo quando terceirizadas.
Considerar áreas de apoio	Considerar a inclusão de áreas de apoio no planejamento de obras, adequando-as de acordo com a legislação sanitária vigente. Considerar que essas normas estão sendo readaptadas frequentemente e se tornando mais rígidas.
Centralização de Terapia Intensiva no Bloco B	1º - CTI Pediátrico 2º - UCO 3º - CTI Neuro-Clínico 4º - CTI Cirúrgico
Desativação da área restrita do Bloco B	Entende-se por área restrita o equivalente às áreas ocupadas atualmente pela MI infantil, antigo isolamento respiratório da Neuro-Clínica, Banco de Sangue e Recuperação Anestésica. Com exceção da recuperação anestésica que divide a equipe de enfermagem com o Centro Cirúrgico, manter uma equipe para o número restrito de leitos que podem ser acomodados nessas áreas não é custo-efetivo e gera problemas de manutenção de escala.
Priorizar as reformas de áreas em que não se planeja a realocação	Investimentos em estrutura devem ser priorizados em áreas nas quais não se planeja realocação, como por exemplo, as enfermarias do Bloco A.

TABELA 2 – DESCRIÇÃO DAS METAS ESTRUTURAIS A SEREM ATINGIDAS NO CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO

PRAZO	Obra	Descrição
CURTO	Reformas em curso	Banheiros do 2º andar Bloco A; Banco de Tecidos
	Reformas previstas com início em 2010	Central de Diálise 2º andar Bloco B; Sala de diálise para agudos – 3º andar Bloco B; Unidade de Pesquisa Clínica – 2º andar Bloco B Ampliação da UCO – Unidade Vascular – 2º andar Bloco B Adequação da Toxicologia
MÉDIO	Ocupação do antigo SAMSP	Área destinada aos serviços de apoio – almoxarifado e rouparia.
	Reforma da Sala de Urgência	Adequação do sistema de ar condicionado. Correção de Vazamentos. Considerar que esse item deve envolver reestruturação dos processos e a possível ampliação (primeira etapa) da construção do Bloco C.
	Ampliação Psiquiatria	Deslocamento das áreas de rouparia e higiene e limpeza do Térreo Bloco B para o antigo SAMSP Readequação de consultórios e ampliação de mais 2 leitos de atendimento (ampliação de 25% da capacidade) Adequação às normas de atendimento
LONGO	BLOCO C	Construção do Bloco C com estimativa de pelo menos 6 andares e um heliporto.

b) EQUIPAMENTOS

O investimento em equipamentos tem se transformado em desafio constante pela crescente complexidade dos casos encaminhados para a U.E. e pelo avanço tecnológico que a medicina tem sofrido. Soma-se a isso o fato de que todos os recursos disponíveis são utilizados de modo praticamente ininterrupto, aumentando sobremaneira o desgaste. Todo esse contexto é agravado pela limitação orçamentária que só tem permitido a reposição/atualização de equipamentos já existentes, sem que seja possível o investimento em novas tecnologias que devem ser objetivo de uma instituição do porte da U.E.

Com relação à equipamentos, os maiores problemas se constituem nos destinados à recursos de diagnóstico e intervenção por imagem e nos destinados à terapia intensiva senso lato (não só a realizada nas áreas fechadas, bem como a manutenção de pacientes críticos em salas de urgência e enfermarias).

Os recursos de imagem foram ampliados no período em questão, com a incorporação de novos equipamentos de ultra-som e Doppler ecocardiografia, inserção de radiologia intervencionista e adaptação do aparelho para que possa servir também a exames cardio-vasculares. Foi realizada a atualização tecnológica de um dos aparelhos de tomografia computadorizada e a aquisição de aparelho para digitalizar imagens, reduzindo o custo com material de consumo (filmes) e estocagem. No entanto, esses aparelhos estão sobrecarregados pelo uso, têm enfrentado manutenção constante e já se encontram defazados do ponto de vista de atualização tecnológica. Somado a isso, a diretriz administrativa de digitalização e incorporação dos exames de imagem ao prontuário médico, requer tecnologia mais atualizada para a interface com os Sistemas HC. A inexistência de recursos mais atuais, como a ressonância magnética, tem forçado a transferência dos pacientes para o Campus, geralmente em períodos noturnos, nos quais a equipe de assistência está diminuída, o que inviabiliza a transferência em muitas ocasiões.

Todos esses pontos permitem antever que será necessário um grande investimento no médio prazo em exames de imagem, tanto para a atualização dos recursos já disponíveis, como para o acréscimo de recursos como a ressonância magnética. O elevado custo desses equipamentos forçará o HC a buscar outros recursos além do orçamento existente, sendo uma linha interessante a que já foi aventada de se utilizar recursos de pesquisa como a FINEP. Embora esses recursos devam ser perseguidos, não se pode deixar de ter presente que eles exigem investimento em estrutura física que devem ser contemplados no projeto, sendo que o HC não tem condições de sustentar esses investimentos como contrapartida. Sem dúvida, a ocupação do terreno deverá contemplar um parque de imagem mais moderno, com melhores instalações e que possa oferecer sua capacidade adicional à requisitada pela U.E. para o atendimento de exames externos. Não se pode deixar de ter presente que essa é uma área que tem sofrido evolução rápida e que os recursos terapêuticos se constituem nas intervenções de maior impacto na urgência, sendo premente a estruturação adequada.

Os equipamentos destinados ao suporte crítico de pacientes, como respiradores, monitores, oxímetros, dentre outros, utilizados não só nas áreas fechadas de terapia intensiva, mas também em diversas outras áreas (sala de urgência, enfermarias, recuperação anestésica, salas cirúrgicas) são um ponto importante do investimento. Esses equipamentos são de custo elevado e a frota existente na U.E. tem sido mantida atualizada frente à priorização da aquisição desses equipamentos, bem como da sua manutenção. A manutenção é um ponto fundamental e tem sido conseguida pelo trabalho diferenciado da Unidade Respiratória. Essa área concentra a limpeza e manutenção desses equipamentos, gerenciando também sua distribuição. Trata-se de uma estratégia fundamental na U.E. e que ainda requer a injeção de novos investimentos e ampliação de pessoal como será detalhado abaixo.

Para se contornar as necessidades de investimento em equipamento de suporte crítico, algumas estratégias foram empreendidas, como por exemplo, a implantação do sistema de comodato das bombas de infusão de medicamentos. Essa estratégia deslocou o custo de investimento em material permanente (aquisição das bombas) que são fornecidas pelo fabricante para utilização do material de consumo. Isso permitiu que se reservasse recursos para investimento em outros materiais. Também está sendo utilizada recentemente na solução da problemática das máquinas de diálise da U.E.

Também foi instituída a estratégia de centralização de alguns equipamentos, utilizando-se níveis diferenciados de complexidade de acordo com a necessidade da área. Como exemplo está a situação dos oxímetros, tendo sido estruturado projeto de substituição dos oxímetros mais complexos, restritos agora à terapia intensiva fechada e ao centro cirúrgico, por aparelhos mais simples, portáteis, que permitam a avaliação periódica em áreas de menor complexidade.

Outra estratégia adotada foi o planejamento anual das aquisições a serem realizadas pela U.E. Ao final de cada ano, desde 2007, centralizou-se a solicitação de materiais nos gestores, que priorizam suas solicitações e as encaminham à Coordenadoria. Essas solicitações são então agrupadas e determina-se uma priorização institucional da U.E. que é enviada ao Campus. É dada a devolutiva aos gestores do que foi priorizado, os motivos e a possibilidade de fontes alternativas para equacionar pleitos não atendidos. Os investimentos são agrupados predominantemente em projetos que atendam múltiplas áreas e exigências de segurança. Essa estratégia possibilitou não só um planejamento do que adquirir, como possibilitou o gerenciamento dessa aquisição pela Coordenadoria, que acompanha todo o processo reduzindo o tempo de tramitação. Dessa forma, nos últimos três anos, as solicitações da U.E. foram entregues dentro do ano de solicitação, o que não aconteceu em alguns períodos anteriores. Um outro ponto importante dessa estratégia é que a programação

antecipada do recurso a ser investido permite que seja realizada com recursos HC, desonerando a FAEPA. Situações não-planejadas geram demandas emergenciais que só podem ser sanadas através da FAEPA.

Mesmo com essa priorização, o orçamento destinado à U.E. não permite que se solucione no mesmo ano alguns dos problemas definidos como institucionais. Para se contornar esse dilema, a necessidade é fracionada em grupos, adquirindo-se progressivamente em anos sucessivos o planejado e priorizando a distribuição dos novos equipamentos para as áreas de maior uso. Como exemplo, pode-se citar a aquisição/substituição de toda a frota de desfibriladores da U.E., que se encontrava defazada e sem garantias de manutenção. Houve a compra progressiva de equipamentos ao longo dos últimos três anos até a completa reposição de todos os aparelhos. Para que se pudesse uniformizar a tecnologia e otimizar a aquisição de material de consumo, utilizou-se solicitação de dispensa de licitação, adquirindo-se equipamentos de mesma especificação técnica. O mesmo processo de compra progressiva está sendo feito com respiradores, camas de terapia intensiva e monitores.

Todos esses processos resultaram em investimento da ordem de R\$ 10.031.300,40 no período de 2003 a 2010, sendo nítido um investimento crescente nos últimos 3 anos. Mesmo com esse investimento crescente, a U.E. tem necessidades especiais para investimentos de alto porte, que não podem ser contempladas pelo orçamento do HCFMRP-USP e deverão envolver captação específica de recursos.

Algumas áreas que irão requerer investimentos futuros de moderado a elevado porte devem ser destacadas. A Unidade de Queimados, localizada no 4º andar Bloco A, é referência estadual para procedimentos quaternários na área e tem solicitações antigas de climatização e melhoria da infraestrutura. Necessita, por força de legislação, de leitos de terapia intensiva com destinação exclusiva, além de investimentos em pessoal especializado. Todas essas necessidades não podem ser contempladas pelo orçamento

da U.E. e já foi sugerido a elaboração de termo aditivo específico para a área a exemplo do que foi feito para a UCO.

O Centro Cirúrgico necessita revisão dos procedimentos utilizados. Os recursos tecnológicos para monitorização anestésica e procedimentos video-laparoscópicos devem ser ampliados, com profundo impacto na morbi-mortalidade dos pacientes que possam ser atendidos por esses métodos. Essa área requer estudo e planejamento à parte, que também irá requerer investimentos adicionais. No mesmo sentido, os procedimentos de endoscopia e broncoscopia estão sendo cada vez mais requisitados por diversas áreas e deverão ser ampliados.

Finalmente, complementando o projeto bem-sucedido da UCO, um termo aditivo suplementar deverá transformá-la em Unidade Vascular, sendo que essa estratégia poderá ser utilizada para substituição do aparelho de intervenção radiológica.

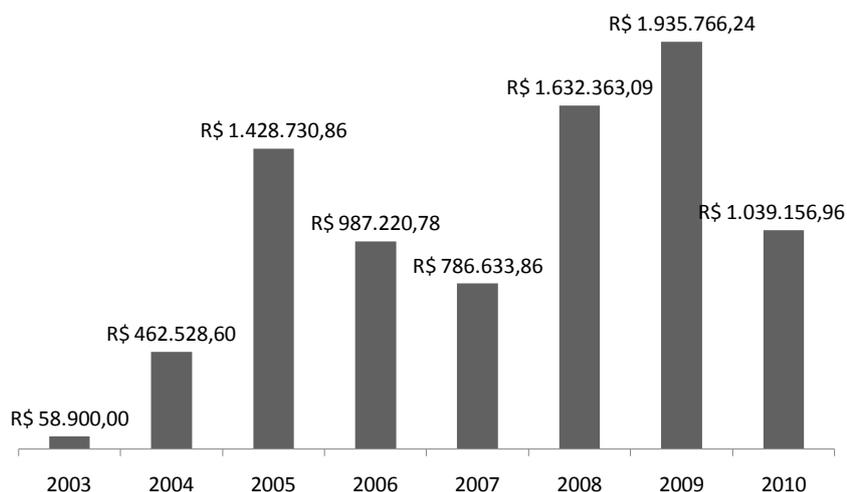


FIGURA 22 – INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS DE ACORDO COM O ANO.

Para 2010, utilizou-se apenas os equipamentos já faturados.



FIGURA 23 - CAMA COM MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS DA UCO.



FIGURA 24 – EXEMPLOS DE EQUIPAMENTOS ADQUIRIDOS

TABELA 3 – INVESTIMENTOS EM EQUIPAMENTOS E ESTRUTURA FÍSICA DE ACORDO COM A FONTE E ANO

	Recursos				totais com terreno	
	HC	FAEPA -	IMÓVEIS	U.E.		T.A.
2003	R\$ 0,0	R\$ 31.900,0		R\$ 27.000,0	R\$ 0,0	R\$ 58.900,0
2004	R\$ 395.455,8	R\$ 38.366,9		R\$ 28.705,9	R\$ 0,0	R\$ 462.528,6
2005	R\$ 413.204,0	R\$ 659.443,6		R\$ 356.083,3	R\$ 0,0	R\$ 1.428.730,9
2006	R\$ 829.315,0	R\$ 144.905,8		R\$ 13.000,0	R\$ 0,0	R\$ 987.220,8
2007	R\$ 366.054,0	R\$ 331.099,1		R\$ 89.480,7	R\$ 0,0	R\$ 786.633,9
2008	R\$ 633.797,0	R\$ 998.566,1		R\$ 0,0	R\$ 0,0	R\$ 1.632.363,1
2009	R\$ 1.098.390,0	R\$ 262.537,9	R\$ 1.700.000,0	R\$ 28.460,0	R\$ 546.378,3	R\$ 3.635.766,2
2010	R\$ 809.405,4	R\$ 92.108,5		R\$ 137.643,1	R\$ 0,0	R\$ 1.039.157,0
TOTAL	R\$ 4.545.621,2	R\$ 2.558.927,9	R\$ 1.700.000,0	R\$ 680.373,0	R\$ 546.378,3	R\$ 10.031.300,4

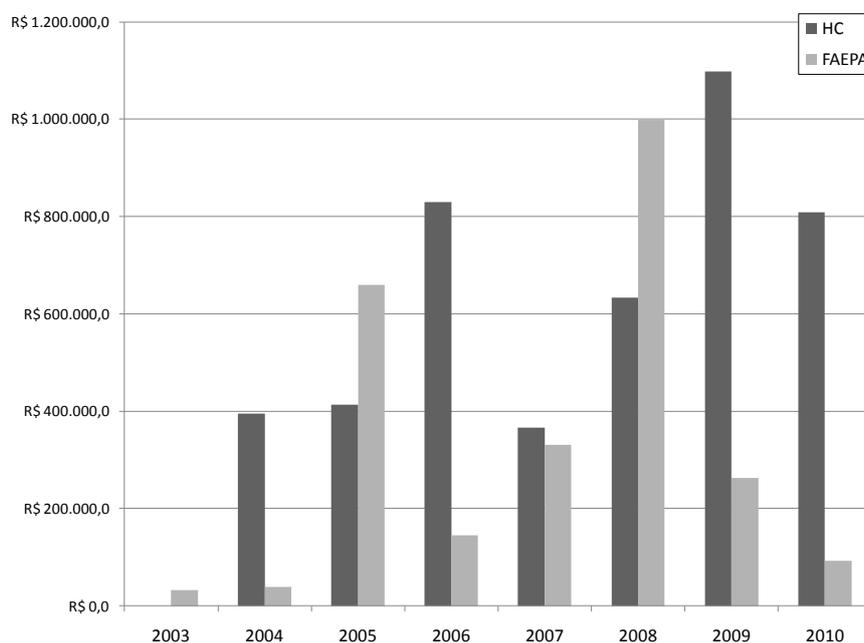


FIGURA 25 – COMPARAÇÃO ENTRE OS RECURSOS FINANCEIROS INVESTIDOS NA U.E. SEGUNDO A FONTE DE ACORDO COM O ANO.

Para 2010, utilizou-se apenas equipamentos já faturados.

TABELA 4 – PRINCÍPIOS A SEREM CONSIDERADOS NA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ELEVADO CUSTO PARA A UNIDADE DE EMERGÊNCIA.

Princípio	Descrição
Modernização dos recursos de imagem para diagnóstico e intervenção	<p>Equipamentos atuais já estão defazados e sofrendo manutenção frequente pela utilização ininterrupta.</p> <p>Necessário o investimento em técnicas mais modernas de diagnóstico, como a ressonância magnética.</p> <p>As técnicas de intervenção em imagem são as que apresentam maior impacto em situações de emergência e precisam ser ampliadas.</p> <p>Os recursos devem ser buscados além do orçamento anual, que é escasso e não satisfará as necessidades, mesmo que destinado integralmente a essa finalidade.</p> <p>Deve-se ter presente na busca desses recursos a necessidade de contrapartida institucional ou se incluir solicitação de infra-estrutura</p>

	no contexto do projeto.
Fortalecimento da Unidade Respiratória	<p>A Unidade Respiratória congrega os recursos de suporte crítico mais caros da U.E.</p> <p>Garante a limpeza, manutenção e distribuição racional dos equipamentos.</p> <p>Precisa de investimentos de pessoal.</p>
Comodato	Avaliar a possibilidade de se transformar em comodato, como estratégia de reduzir o investimento em material permanente.
Complexidade progressiva	<p>Atualmente há equipamentos de diversos níveis de complexidade que realizam funções básicas necessárias.</p> <p>Essas exigências aumentam em complexidade de acordo com a área de cuidado.</p> <p>De acordo com a complexidade, o custo dos equipamentos aumenta.</p> <p>Avaliar se é possível adquirir equipamentos mais simples, para áreas de complexidade intermediária, com reflexos sobre o custo.</p>
Planejamento e priorização centralizada nos grupos gestores	<p>Fortalecer o processo de planejamento e priorização das necessidades pelos gestores das áreas.</p> <p>Centralização da priorização na Coordenadoria.</p> <p>Estabelecimento de metas institucionais.</p> <p>Acompanhamento dos processos de aquisição.</p> <p>Compra progressiva em anos sucessivos.</p>
Uniformização de tecnologia por área	<p>A uniformização de tecnologia pode facilitar o treinamento, reduzindo manutenção decorrente do mau uso.</p> <p>Também tem impacto na compra de material de consumo necessário.</p> <p>Restrições jurídicas impedem ou limitam esse processo para todo o hospital.</p> <p>Pode-se, no entanto, centralizar os equipamentos por área, o que se justifica pela intercomunicação de aparelhos, como na centralização dos sinais de monitores em central exclusiva se os aparelhos forem do mesmo fabricante.</p>

TABELA 5 – METAS DE CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ALTO CUSTO PARA A UNIDADE DE EMERGÊNCIA

PRAZO	DESCRIÇÃO
CURTO	Manter a aquisição progressiva de monitores, respiradores e camas de terapia intensiva
MÉDIO	Investimento em equipamentos de imagem – tomografia computadorizada. Elaboração de termo aditivo para a Unidade de Queimados. Investimento em técnicas de video-laparoscopia cirúrgica. Investimento em bronco-fibrosopia. Reposição do equipamento de intervenção radiológica – termo aditivo Unidade Vascular/UCO.
LONGO	Investimento em equipamentos de imagem – ressonância Ampliar capacidade de intervenção radiológica.

c) PESSOAL

O maior problema enfrentado pela U.E. diz respeito ao gerenciamento de pessoal. A U.E. tem enfrentado problemas graves com afastamento de pessoal, forçando inclusive interrupção temporária de atendimento. Esse problema é multifatorial e deve ser destacado que a Coordenadoria não gerencia diretamente o processo, que é centralizado no Campus.

O problema pode ser equacionado em duas áreas distintas. Uma primeira área diz respeito à reposição de funcionários já previsto no quadro do HC, mas que se encontram afastados por motivos de saúde, sem que seja autorizada a reposição pelo Estado. Esse problema implica em sobrecarga para a FAEPA, que se constitui na única alternativa para que não haja interrupção do serviço oferecido. Durante o período desse relatório, houve intensa busca para se autorizar a reposição de funcionários, que foi conseguida em 2008. Nova crise foi estabelecida em 2009 com a permissão de que funcionários aposentados pudessem reassumir suas funções até dois anos após seu desligamento. Isso levou o Estado a

bloquear a reposição até que se completasse dois anos. A nova crise também foi sanada com medidas da Procuradoria Jurídica.

Uma outra área diz respeito à expansão ou ampliação do quadro de pessoal. Como muitas das vagas estão bloqueadas pelo problema levantado acima, as vagas que deveriam ser utilizadas para ampliação de serviços só podem ser conseguidas através da FAEPA. Em virtude do uso excessivo dessa estratégia, a FAEPA está enfrentando restrições legais para novas contratações e novas alternativas deverão ser buscadas. Ainda no concernente à expansão de novos serviços, um ponto importante que dificulta o processo é que o quadro do HC é determinado por legislação, o que impede a criação de novos cargos necessários, como fisioterapia, serviço social e psicologia, que só podem ser ampliados via FAEPA. Deve ser empreendida a modificação desse sistema legislativo, que já está em estudo.

Embora os problemas jurídicos destacados tenham implicações importantes, o afastamento por problemas de saúde contribui sobremaneira para agravar a redução do número de servidores. Políticas para redução do absenteísmo devem ser implementadas, sendo necessário o fortalecimento da medicina do trabalho.

Além dos problemas destacados acima, também é importante destacar a burocracia para reposição das vagas quando autorizadas. A realização de concursos e do processo de admissão dos selecionados implica num retardo de dois a três meses até que se consiga a reposição. Isso se reflete na sobrecarga de trabalho dos servidores na ativa, aumentando afastamento por problemas de saúde e a necessidade de pagamento de plantões extras para se manter a escala de trabalho. Também foram necessárias contratações emergenciais em diversas ocasiões. Agilizar o processo de reposição e contratação, com terceirização de exames admissionais e demissionais é uma estratégia que sem dúvida trará impacto positivo ao sistema.

Um outro fator complicador na reposição e contratação de novos servidores diz respeito à qualificação da mão-de-obra. Isso pode ser sentido principalmente pela Enfermagem. Vários concursos têm sido realizados para se repor enfermeiros e auxiliares, mas apesar do elevado número de inscritos, poucos atingem as notas mínimas do processo seletivo.

TABELA 6 – REPOSIÇÃO DE FUNCIONÁRIOS NA U.E. EM 2008 DE ACORDO COM CATEGORIA E FONTE PAGADORA

REPOSIÇÃO	HC	FAEPA	TOTAL
APOIO	14	9	23
ENF	24	10	34
MED	8	2	10
Total	46	21	67

TABELA 7 – AMPLIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS NA U.E. EM 2008 DE ACORDO COM A CATEGORIA E FONTE PAGADORA

AMPLIAÇÃO	HC	FAEPA	TOTAL
APOIO	0	7	7
ENF	2	23	25
MED	3	0	3
Total	5	30	35

Um outro fator concernente a pessoal que a U.E. tem desenvolvido diz respeito à capacitação. Novas iniciativas para capacitar continuamente os funcionários para exercer suas atribuições estão sendo desenvolvidas. Essa capacitação tem como princípio o fomento parcial, de modo a conscientizar o funcionário de que ele também está ganhando com o processo, aumentando sua dedicação. Também é princípio de capacitação que essa deva ser o suficiente para atingir os objetivos da U.E., pois em situações anteriores, muitos funcionários foram capacitados além do necessário,

desligando-se após o término da capacitação. A capacitação também está sendo individualizada de acordo com a urgência, de modo a reciclar o pessoal em atividades mais críticas para o desenvolvimento imediato das atividades que mais interrompem o fluxo do serviço. Finalmente, a capacitação prioriza atividades que atinjam o maior número de servidores ou que tenham impacto multiplicador.

Atualmente, o processo está sendo refinado, sendo direcionado para três níveis de capacitação. O primeiro nível é o nível básico, envolvido diretamente com a prestação de serviços. Isso pode ser exemplificado pela capacitação continuada de enfermeiros e auxiliares e pelo curso de capacitação para utilização do sistema de ordem de serviço para os funcionários da manutenção. O segundo nível envolve a capacitação em princípios básicos de administração, voltado para os gestores das diversas áreas. Visa prover referencial para interpretação de indicadores e estabelecimento de novos processos. O terceiro nível é a capacitação da administração central da U.E., voltado para gerenciamento de projetos e liderança.

d) ADMINISTRAÇÃO

GESTÃO COMPARTILHADA

A administração da U.E. foi radicalmente modificada com a instalação do processo de gestão compartilhada há cerca de 10 anos. Esse processo, em que se propõe que se descentralize a gestão de diferentes áreas, responsabilizando as pessoas que nelas trabalham, foi de extrema importância para a U.E. Em que se pese o seu sucesso, a implantação da modificação cultural necessária é lenta e progressiva, requerendo esforços constantes. Ocorreu a desmotivação em alguns momentos ao longo do período desse relatório e foi necessária a reativação do processo. A

consulta pública para referendar o processo realizada em 2008, foi também um estímulo para que ele se reativasse.

Para exemplificar a modificação cultural necessária, identificou-se que apesar de quase 10 anos de implantação, ainda não havia clareza sobre o papel do gestor e dos responsáveis técnicos pelas diversas áreas de atuação. Em projeto realizado em 2009 junto aos grupos gestores, foi construída a definição do que deveria ser atribuição do gestor e do responsável técnico.

TABELA 8 – GESTÃO ADMINISTRATIVA – U.E.

Âmbito / Ações	Planejamento	Acompanhamento	Avaliação
Gestão De Pessoas	- fomentar reflexão sobre o processo de trabalho multiprofissional da UF.	- criar espaços de diálogo multiprofissional para resolução de conflitos internos da UF.	- realizar reuniões de avaliação do andamento multiprofissional na UF.
	- gerenciar a equipe de trabalho através do levantamento das necessidades de RH.	- discutir com a administração supervisores e responsáveis técnicos da U.E providências para a adequação do quadro funcional da UF.	
Gestão Operacional	- realizar planejamento administrativo através do estabelecimento de metas e objetivos comuns às categorias profissionais que atuam na U.E.	- realizar reuniões com equipe multiprofissional para pautar necessidades/ problemas administrativos e assistenciais. - receber e analisar necessidades das várias categorias profissionais.	- analisar conjuntamente os processos de ouvidoria.
	- elaborar, com a equipe multiprofissional, protocolos de rotinas de rotinas de organização da UF (ex.: horários de banhos, de coleta de	- Supervisionar a organização da UF com vistas ao cumprimento dos protocolos de rotinas.	- avaliar continuamente a qualidade da prestação de serviços da UF, através da revisão da necessidade da adequação das rotinas pré

	exames, de visitas ...)		estabelecidas.
	- desenvolver indicadores de desempenho	- compilação e acompanhamento de dados estatísticos relativos aos indicadores de desempenho	e - mensurar serviço da UF (quantitativo / qualitativo) através da elaboração de relatórios estatísticos dos indicadores de desempenho previamente definidos.
Gestão Financeira	- planejar a programação de materiais	- identificar a necessidade de aquisição de materiais e equipamentos.	- adequar periodicamente o centro de custos às necessidades até da equipe técnica.

PRINCÍPIOS: articular a equipe multiprofissional da unidade funcional através da motivação para participação no grupo gestor com vista à tomada de decisão grupal.

GESTÃO ADMINISTRAÇÃO CONSISTE EM: 1- coordenar o grupo funcional; 2 – representar a unidade funcional junto ao conselho de gestores; 3 – promover, quando necessário, articulações com outras unidades funcionais, com os supervisores e responsáveis técnicos e com a administração da U.E.

TABELA 9 – GESTÃO TÉCNICA – U.E.

Âmbito \ Ações	Planejamento	Acompanhamento	Avaliação
Gestão De Pessoas	- identificar necessidades de redimensionamento de pessoal	- supervisionar confecção de escala. - realizar freqüência mensal dos servidores - controlar escala dos servidores	- elaborar relatório de pessoal para o RH (freqüência, escala, férias)
	- identificar necessidades de capacitação da equipe técnica.	- estimular o aprimoramento técnico. - promover condições de treinamento contínuo da equipe técnica.	- valorizar a competência técnica através de avaliações periódicas.
	- identificação da necessidade de capacitação em liderança quando a função técnica exigir.	- promover condições para o desenvolvimento de liderança quando a função técnica exigir.	
Gestão Operacional	- elaborar manuais técnicos que garantam a homogeneidade dos serviços prestados da diferentes unidades funcionais.	- supervisionar as rotinas de trabalho de modo a zelar pela qualidade do serviço prestado pela categoria.	- revisar periodicamente as metodologias de trabalho (manuais, protocolos, normas, técnicas e de segurança) de modo de promover a melhoria contínua dos processos de trabalho, através da proposição de novas soluções técnicas e éticas.
	-elaborar protocolos de acordo com as normas (legislação específica) que atendam o perfil de atividades de cada unidade funcional.	- acompanhar / supervisor o cumprimento dos protocolos nas rotinas das unidades funcionais.	Avaliar a pertinência de continuidade, incluindo avaliação dos manuais técnicos.
	- planejar as condições técnicas e de segurança do trabalho profissional para cada unidade funcional.	- fomentar junto ao grupo gestor das unidades funcionais as condições de trabalho dentro das normas técnicas, éticas e de segurança exigidos	

	pela profissão.	
	- dar divulgação contínua de informações técnicas com vistas à segurança.	
	- propor novos projetos de trabalho para a categoria profissional.	- coordenar conjuntamente a implantação destes novos projetos.
Gestão Financeira	- fazer a programação de materiais de consumo.	- adequar periodicamente o centro de custos às necessidades até da equipe técnica.

PRINCÍPIOS: fomentar a participação ativa da equipe técnica nos processos de tomada de decisões nas ações de planejamento, acompanhamento e avaliação.

GESTÃO TÉCNICA CONSISTE EM : 1- coordenar e/ou supervisionar a equipe técnica da categoria profissional; 2 – representar a categoria profissional junto à equipe de planejamento; 3 – dar suporte técnico aos grupos gestores quando solicitado e 4 – promover articulações multidisciplinares.

Frente a essa definição, promoveu-se nova eleição para os grupos gestores, que foram reconstituídos. Foi então reativado o conselho dos gestores, com a presença da equipe da coordenação em reuniões mensais, em que além de se discutir os diversos problemas, cada gestor tem trazido uma apresentação da sua área, enfatizando as conquistas e desafios a serem implementados. Esse processo tem garantido unidade à gestão, permitindo que os exemplos bem sucedidos de uma determinada área sejam transpostos para outra. Para facilitar o processo administrativo e compreensão da estrutura do HC-FMRP-USP, as diversas instâncias administrativas estão sendo convidadas a fazer apresentações para os gestores, a exemplo do processo de faturamento. Além disso, todas as reuniões estão sendo documentadas através de atas, que estão disponíveis em formato digital. Esse processo já começa a dar frutos com iniciativas administrativas dos gestores, que tem inclusive sido premiadas externamente, como o trabalho *“Otimização da Prescrição Eletrônica, baseada no Estudo Avaliativo, desenvolvido pela Farmácia da Unidade de Emergência”*, realizado pela Farmácia da U.E., que recebeu o *Prêmio*

Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos em 2009 e a Certificação em Tricotomia Segura – Categoria Ouro fornecido pela 3M ao Centro Cirúrgico.

Também é um exemplo a ser seguido o trabalho desenvolvido pela cooperação entre o grupo gestor do Laboratório e do CTI com relação à solicitação de exames, realizado em 2008. Através de técnicas de gestão, houve redução de cerca de 50% no número de exames solicitados no CTI adulto, sem prejuízo para os pacientes. Esse trabalho adquire importância porque os recursos poupados na realização desses exames são redirecionados para outros exames necessários no Laboratório, como troponina e NT-pró-BNP.

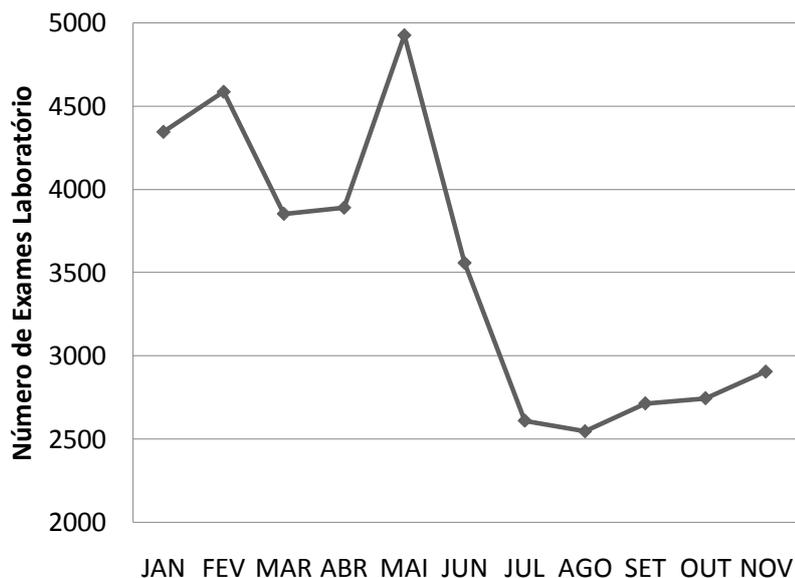


FIGURA 26 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMER DE EXAMES DE LABORATÓRIO SOLICITADOS PELO CTI DE JANEIRO A NOVEMBRO DE 2008.



FIGURA 27 – INFORMAÇÕES INDIVIDUALIZADAS ENVIADAS PELA FARMÁCIA CONJUNTAMENTE COM OS MEDICAMENTOS

Como motivação adicional ao processo, os diversos níveis de gestão estão sendo capacitados em princípios de administração. Destaca-se aqui o curso de MBA-FUNDACE realizado por alguns componentes da U.E. em 2009-2010 em conjunto com a administração do Campus. Mais recentemente, os gestores da U.E. estão sendo parcialmente subsidiados na realização de um curso de extensão em administração promovido pela FAAP. Trata-se de um curso fechado para os gestores, voltado para os processos administrativos desenvolvidos na U.E., no qual os gestores são capacitados utilizando exemplos de indicadores de suas próprias áreas.

Também merece destaque o Boletim Informativo dos Gestores (BIG), relatório mensal com os indicadores de cada área que são distribuídos pela Coordenadoria. Esses relatórios são compilações de dados obtidos do HC, particularizados para cada área, sendo composto por diversos parâmetros, ilustrados na figura abaixo. A cada mês, os parâmetros são atualizados, mantendo-se a série histórica dos meses anteriores. O comportamento de um indicador em função do tempo é mais importante do que o seu comportamento isolado para esse projeto. Procura-se fornecer parâmetros que o gestor possa modificar em sua esfera de atuação ou que auxiliem na

identificação de problemas que possam ser resolvidos por intervenções administrativas de esfera superior. O impacto dessas medidas ainda não foi avaliado em virtude a instalação recente.



Boletim Informativo do Gestor

1. Informações relativas à produção e custos:

- **Avaliação hospitalar:**
 - ambulatoriais:** porcentagem de pacientes atendidos: regulados, retornos, outros enfermaria: produção (internação; alta; transferência, óbito, taxa ocupação; duração média internação; giro cama)
 - cirúrgico:** número de cirurgias realizadas/suspensas por especialidade
- apresenta valores totais, relacionados a Pessoal, Material de Consumo, Serviço de Terceiros; custos gerais
- **Custos:** gerais
- **Faturamento:** apenas para as áreas que produzem receita
- **Comparativo produção/custo:** custo médio leito/dia
- **Intervenções programadas:** para atuação/ações de melhoria: número de exames laboratoriais, radiológicos; devolução de medicamentos à Farmácia, número de cópias de impressão; material de consumo
- **Demanda reprimida do atendimento do Serviço de Fisioterapia:** apenas para áreas de atuação da Fisio

2. Informações relativas a relacionamento com clientes

- Pesquisa de Satisfação** - somatória da porcentagem de bom + ótimo
por tipo: reclamações, sugestões, denúncia, elogios, pedido de informações
- Manifestações da Ouvidoria** - informações

3. Indicadores de Risco
Índice de Infecção Hospitalar

4. Informações relativas a PESSOAS
Índice de absenteísmo
Número de acidentes do trabalho ocorridos: por tipo e categoria profissional; dias parados.
Número de consultas realizadas no SAMSP-U.E: comparecimento e falta

5. Informações Relevantes
Explicações ou informações pertinentes a unidade funcional

FIGURA 28 – DESCRIÇÃO DAS INFORMAÇÕES QUE COMPÕEM O BOLETIM INFORMATIVO DO GESTOR (BIG)

Em que se pese todo esse investimento, deve ser lembrado que o sistema de gestão existente ainda não foi efetivado junto ao Estado de São Paulo, existindo exclusivamente embasado em portaria da Superintendência do HC. Apesar de burocrático, esse quesito é um complicador adicional, pois ao se relacionar com o Campus, a estrutura de gestão compartilhada se choca com a estrutura hierarquizada mais rígida de cargos e funções. Também deve ser ressaltado que os gestores não são remunerados para exercer suas funções, em parte pela inexistência desse contexto na estrutura do HC. Esses entraves deverão ser revistos e a estrutura de gestão deve ser oficializada.

A implantação do processo de Gestão Compartilhada também implicou em remanejamento de verbas que ficam sobre controle direto da U.E. Esses recursos, que consistem numa porcentagem do valor arrecadado pela U.E. e são repassados via FAEPA, são cotizados entre os grupos gestores com a finalidade precípua de capacitação, mas também têm sido utilizados para arcar com custos adicionais não previstos em consumo, material permanente e infra-estrutura. O esmorecimento do processo de gestão ocasionou a retenção de recursos nos grupos gestores e esse ponto também está sendo discutido junto ao Conselho de Gestores e na Comissão de Planejamento da U.E. Uma decisão tomada pela Coordenadoria da U.E. nos últimos anos, associada ao processo de fomento ao processo de gestão, foi a de que os repasses de verba aos gestores serão realizados durante o ano, mas na eventualidade desses recursos não serem utilizados e da inexistência de pleitos, esse montante é recolhido e utilizado para atender às necessidades definidas no processo de priorização de investimento. Isso sem prejuízo do investimento em capacitação de pessoal que é a função primordial desse recurso.

GERENCIAMENTO DE RECURSOS FINANCEIROS

O montante de recursos destinado à U.E. e a sua utilização geral de acordo com a alínea de débito estão listados na tabela. Pode-se observar que frente às decisões acima, o investimento em material permanente aumentou progressivamente nos últimos anos, muito embora o montante repassado tenha sofrido queda e apenas nos últimos dois anos haja tendência à recuperação. Com relação à capacitação, se considerarmos a porcentagem que esse item tem representado na U.E. frente ao montante de recursos repassados (crédito), pode-se ver que houve uma recuperação, atingindo 17,4% em 2010, devendo ser levado em consideração que os dados são pertinentes até outubro desse ano.

Em que se pese a decisão administrativa de investimento na U.E. para suprir demandas que não podem ser contempladas pela restrição

orçamentária do HCFMRP-USP, deve ser ressaltado que esse recurso não deve ser utilizado dessa forma. A U.E. necessita de investimento contínuo e o recurso FAEPA não é suficiente, nem tem essa finalidade.

TABELA 10 – ARRECADAÇÃO E GASTOS EM CAPACITAÇÃO, CONSUMO, MATERIAL PERMANENTE E INFRAESTRUTURA DE ACORDO COM O ANO

	CRÉDITO		débito			
		CAPACIT	CONSUMO	PERMAN	INFRA ESTR	TOT DESP
2003	R\$ 294.906,27	R\$ 37.711,09	R\$ 44.062,48	R\$ 82.122,70	R\$ 48.241,73	R\$ 212.138,00
2004	R\$ 291.447,59	R\$ 31.591,01	R\$ 29.536,09	R\$ 123.857,99	R\$ 160,00	R\$ 185.145,09
2005	R\$ 388.666,88	R\$ 13.092,56	R\$ 71.393,13	R\$ 101.499,66	R\$ 0,00	R\$ 185.985,35
2006	R\$ 462.199,51	R\$ 7.821,72	R\$ 58.034,55	R\$ 466.565,76	R\$ 446,00	R\$ 532.868,03
2007	R\$ 282.246,67	R\$ 3.282,81	R\$ 101.072,90	R\$ 149.397,07	R\$ 0,00	R\$ 253.752,78
2008	R\$ 215.547,32	R\$ 32.326,12	R\$ 52.927,12	R\$ 137.978,67	R\$ 7.909,39	R\$ 231.141,30
2009	R\$ 318.829,69	R\$ 28.986,66	R\$ 76.583,85	R\$ 133.370,16	R\$ 5.285,00	R\$ 244.225,67
2010	R\$ 213.634,79	R\$ 37.159,25	R\$ 145.924,81	R\$ 267.130,74	R\$ 7.500,00	R\$ 457.714,80

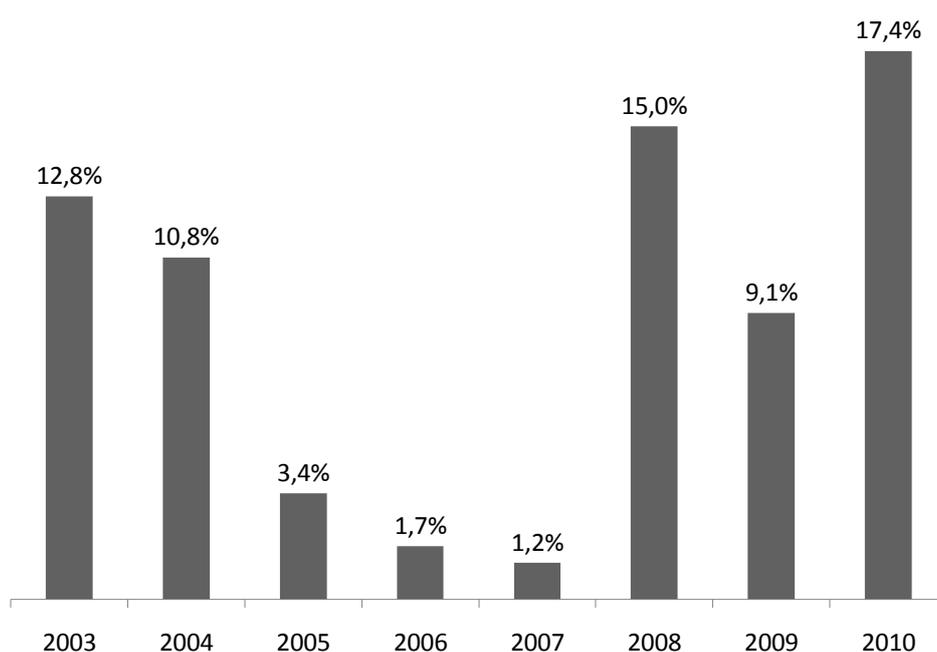


FIGURA 29 – PROPORÇÃO DO INVESTIMENTO EM CAPACITAÇÃO DE PESSOAL QUANDO COMPARADO AO CRÉDITO DE ACORDO COM O ANO

A ampliação de recursos pode ser implementada de diversas formas. Mesmo que o montante de investimento necessário para fomento deva ser nitidamente ampliado, o que requer intervenção junto ao Governo do Estado de São Paulo, atualmente o HC aderiu a um sistema de gestão por metas. Esse sistema faz com que o faturamento seja maior quando as metas previamente pactuadas são atingidas, responsabilizando os profissionais pelo montante de recursos que podem ser adquiridos e tornando importante sua conscientização. Essa estratégia está diretamente relacionada com o princípio de gestão compartilhada da U.E. O exemplo emblemático da importância disso é o fato de que toda a atividade de serviço social e psicologia realizada na Sala de Urgência não estar sendo faturada, apesar de ser preconizado que possa ser feito em regime de ambulatório, se o paciente ficar menos do que doze horas na U.E. Na internação, como se paga um montante fixo por leito, esses atendimentos não são cobrados.

Um outro método de se aumentar os recursos é a ampliação da capacidade de atendimento, haja vista que o lucro é uma proporção entre o necessário para manter a estrutura (custos) e o retorno obtido (faturamento). Os custos de manutenção podem ser divididos em custos fixos e variáveis, na dependência da sua variação com o incremento de produção. De um modo geral, os custos fixos são elevados e qualquer ampliação da capacidade pode ter impacto significativo nessa equação. Nos últimos anos, a U.E. empreendeu ampliação de leitos conforme ilustrado na tabela, totalizando um aumento de 10% de sua capacidade. Além da ampliação, houve especialização dos leitos, criando-se leitos como os de Terapia Intensiva e Unidade Coronariana, que são melhor remunerados pelo SUS, além de atenderem a vocação da U.E.

Em conjunto, as estratégias de melhor documentação do serviço que já é executado, ampliação de capacidade e especialização de leitos implica

em maior arrecadação. Isso pode ser observado no incremento de arrecadação observado na U.E. nos últimos 2 anos passando de um basal de 7-9 milhões no período de 2003 a 2008 para 15 milhões em 2009. Apesar dos dados referentes a 2010 ainda não estarem completos, estima-se que o mesmo patamar de 15 milhões seja mantido. Esse montante representa cerca de 20% do custo para manutenção da U.E., um aumento em relação aos 14% de 2007. Outros tipos de financiamento respondem pelos outros 80% necessários para a manutenção da U.E., mas é importante observar que essas estratégias implicaram em aumento de arrecadação não proporcional ao aumento do custo para sua implementação.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS NA U.E. DE ACORDO COM O ANDAR E ANO

ANDAR	ESPECIALIDADE	2007	2008	2009
4º	QUEIMADOS	8	10	10
3º e 4º	CTI ADULTO	16	17	17
3º	CIRURGIA	21	21	21
	GO	6	5	5
	ORTOPEDIA	12	12	12
	NEUROLOGIA	0	0	21
2º	CLINICA MÉDICA	24	24	30
	NEUROLOGIA	19	19	0
	UCO	0	0	7
1º	PEDIATRIA	24	24	24
	MI-INFANTIL	8	8	8
	UTI-PED	6	8	8

T	PQU	6	6	6
TOTAL		150	154	169
N LEITOS AMPLIADOS		0	4	15

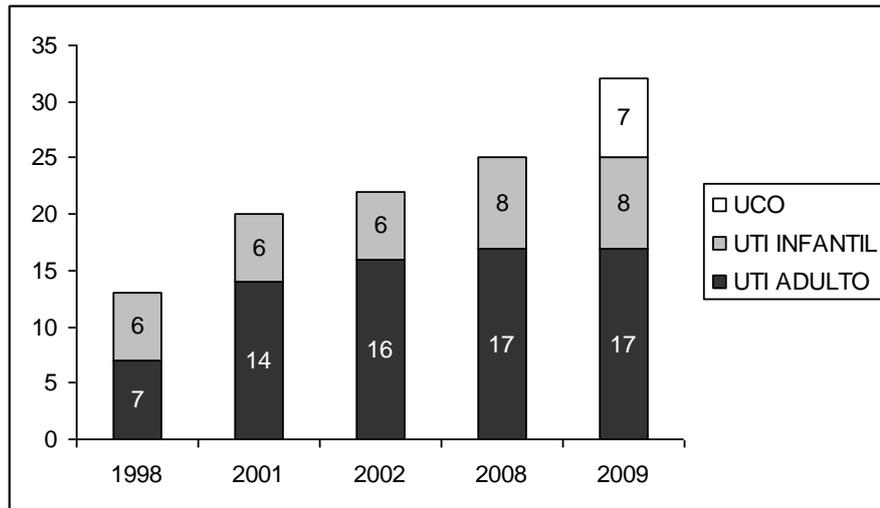


FIGURA 30 - NÚMERO DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA NA U.E.-HCFMRP-USP DE ACORDO COM O ANO E CATEGORIA

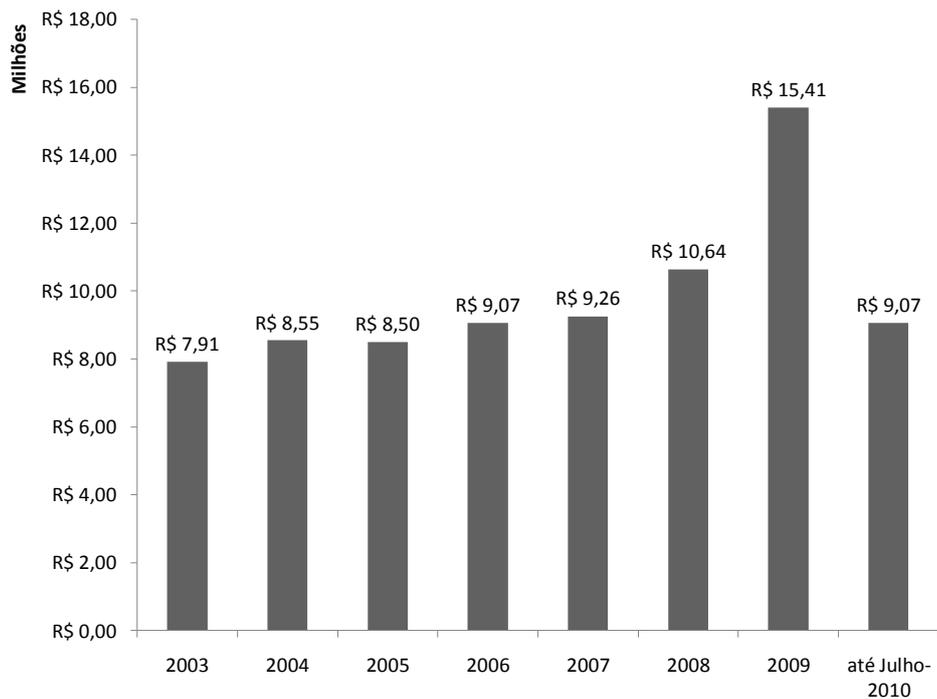


FIGURA 31 – FATURAMENTO SUS-U.E. DE ACORDO COM O ANO.

ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO DE FLUXO

Além de aumento do faturamento, ampliação de leitos específicos é uma estratégia de gerenciamento de fluxo de pacientes. Esse fato é perceptível por três exemplos de caso realizados durante o período desse relatório. Em primeiro lugar, deve-se citar o exemplo da destinação de um leito exclusivo para arteriografia no CTI do 3º andar. A destinação no CTI do 3º andar do que seria o oitavo leito daquela unidade, mas que não foi ativado por falta de recursos de monitorização, garantiu a execução de procedimentos de radiologia intervencionista, beneficiando pacientes que anteriormente deveriam ser encaminhados para procedimentos neurocirúrgicos. A decisão deste leito exclusivo foi tomada porque anteriormente estes pacientes eram direcionados para a Recuperação do Centro Cirúrgico, limitando a realização de procedimentos por falta de escoamento dos pacientes operados. A figura ilustra o aumento do número de procedimentos realizados, que se elevou após a instalação desse leito em setembro de 2009. Também ilustra a interrupção frequente dos procedimentos em virtude de manutenção corretiva do equipamento de arteriografia.

Somando-se a esses dados a remuneração que esses procedimentos implicam e o benefício para os pacientes, deve-se ter presente a necessidade de priorização de um novo equipamento. No entanto, esse exemplo é ilustrativo de que o aumento da capacidade, sem gerenciamento da sua utilização, garantido-se o fluxo de atendimento, pode não ser efetivo, devendo ser considerado no planejamento estratégico.

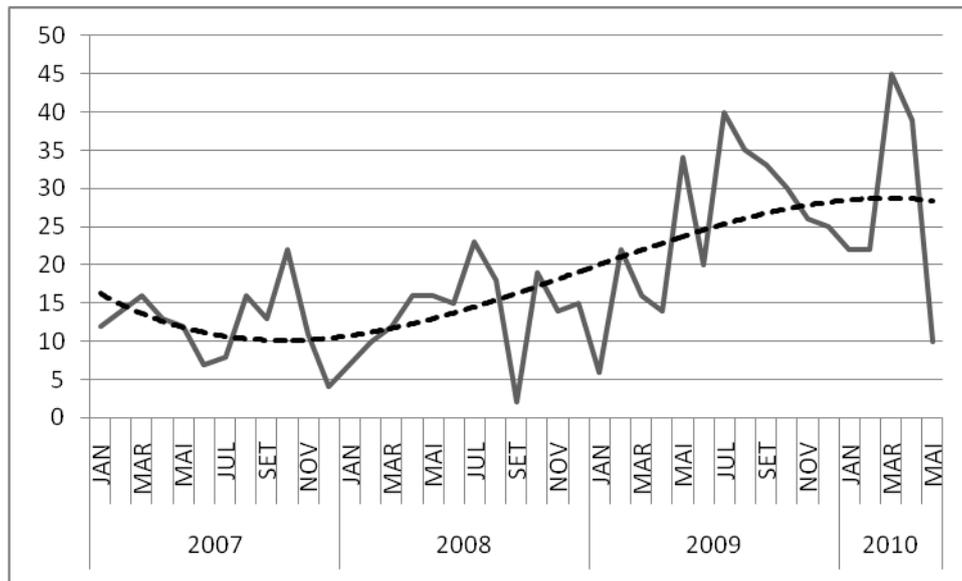


FIGURA 32 - NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA REALIZADOS NA U.E. DE ACORDO COM O MÊS E ANO. OBS: NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS PROCEDIMENTOS DE ANGIOCORONARIOGRAFIA.

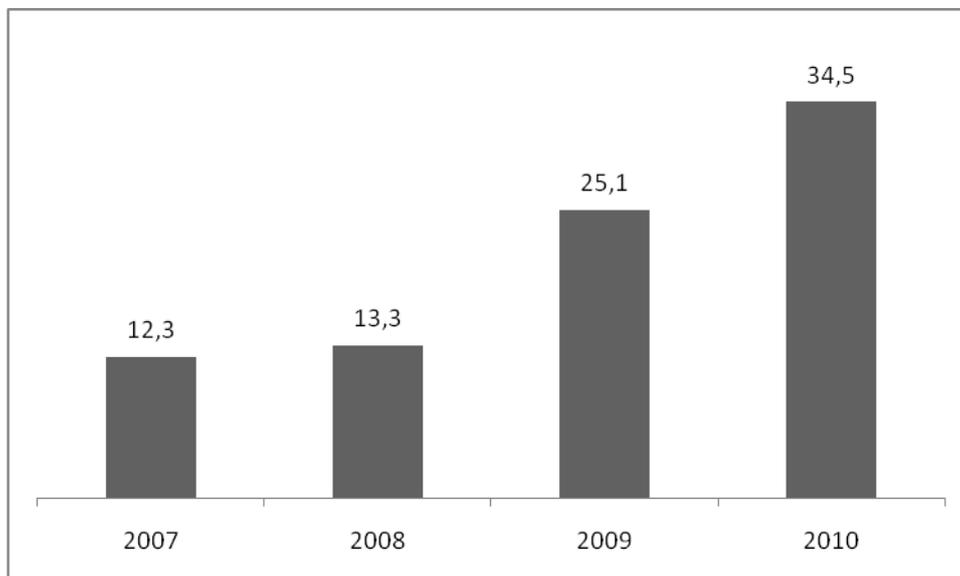


FIGURA 33 - NÚMERO MÉDIO MENSAL DE PROCEDIMENTOS DE RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA REALIZADOS NA U.E. DE ACORDO COM O ANO. OBS: NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS PROCEDIMENTOS DE ANGIOCORONARIOGRAFIA.

O segundo exemplo diz respeito ao atendimento de pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas (SCA). O estabelecimento da Regulação Médica trouxe inúmeros benefícios para as condições de trabalho da Unidade de Emergência, mas um efeito colateral deletério foi a redução de encaminhamento de pacientes com SCA. A figura abaixo demonstra o número médio mensal de pacientes atendidos com SCA na U.E. para os anos de 2000 a 2010. Com a implantação da UCO em setembro de 2009, houve recuperação da tendência de desvio de casos para outros estabelecimentos. Atualmente a U.E. tem recebido em média 47,2 casos de SCA por mês, superior inclusive ao maior número documentado em 2003 e representando um aumento de 231,8% em relação à média mensal de 20,4 atendidos em 2007.

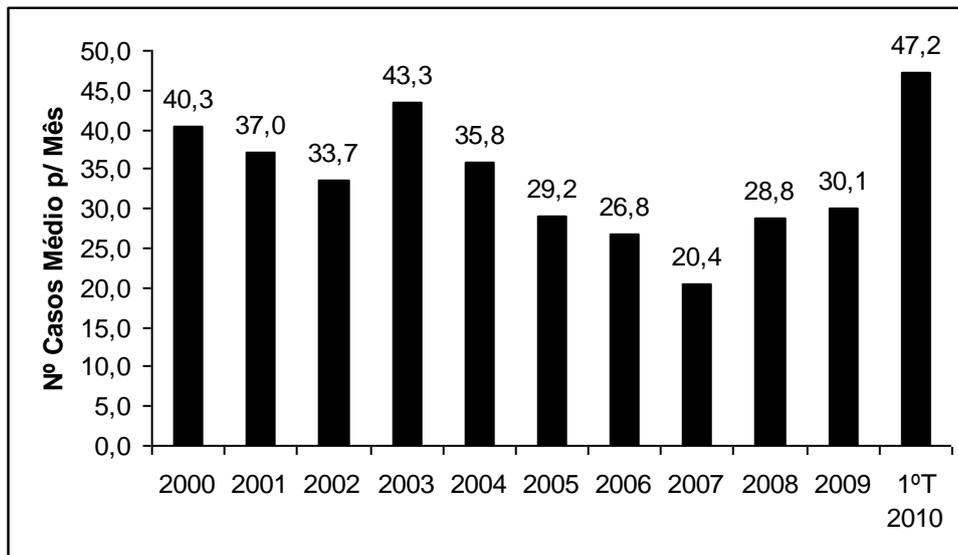


FIGURA 34 - MÉDIA MENSAL DE CASOS COM SÍNDROME CORONARIANA AGUDA ATENDIDOS NO HCFMRP-USP DE ACORDO COM O ANO E PARA O 1º TRIMESTRE DE 2010

O terceiro exemplo de destinação exclusiva de leitos também teve impacto no concernente à segurança dos funcionários da U.E. Em 2003, um levantamento sobre a prevalência de tuberculose em profissionais de enfermagem demonstrou risco ocupacional elevado na U.E. Provavelmente

em decorrência da centralização de pacientes críticos com tuberculose em uma área fechada, com funcionários em regime de trabalho superior a 30 horas semanais. Frente a esses dados, foi planejado a inserção de um leito de isolamento respiratório na Sala de Urgência, instalado em 2006. Esse leito tem condições adequadas de isolamento respiratório, incluindo pressão negativa. Posteriormente à sua instalação, foi realizada a avaliação do retardo de isolamento para pacientes admitidos com suspeita de tuberculose, notando-se redução significativa. Ainda não foi feita a avaliação da incidência de tuberculose em profissionais de enfermagem após a instalação do leito, em virtude do tempo de incubação prolongado da doença, mas a notificação de casos pela vigilância epidemiológica diminuiu drasticamente.

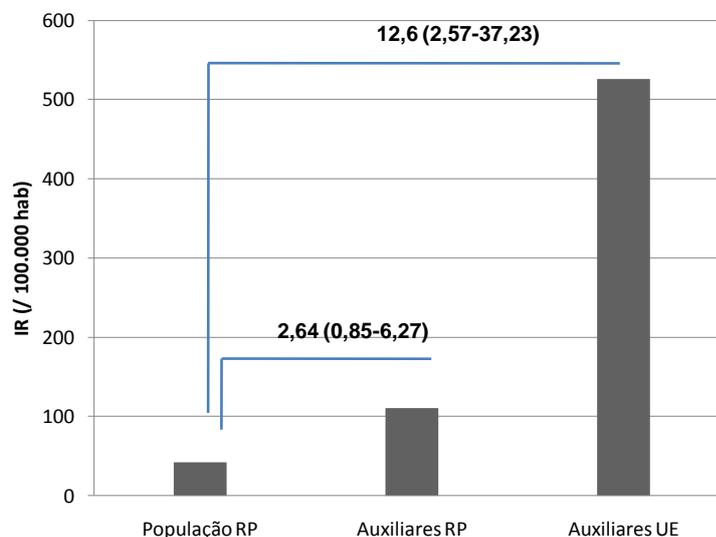


FIGURA 35 – LEVANTAMENTO SOBRE RISCO OCUPACIONAL PARA TUBERCULOSE ENTRE AUXILIARES DE ENFERMAGEM DA SALA DE URGÊNCIA QUANDO COMPARADOS COM AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM OUTRAS INSTITUIÇÕES E COM A POPULAÇÃO DE RIBEIRÃO PRETO EM 2003.

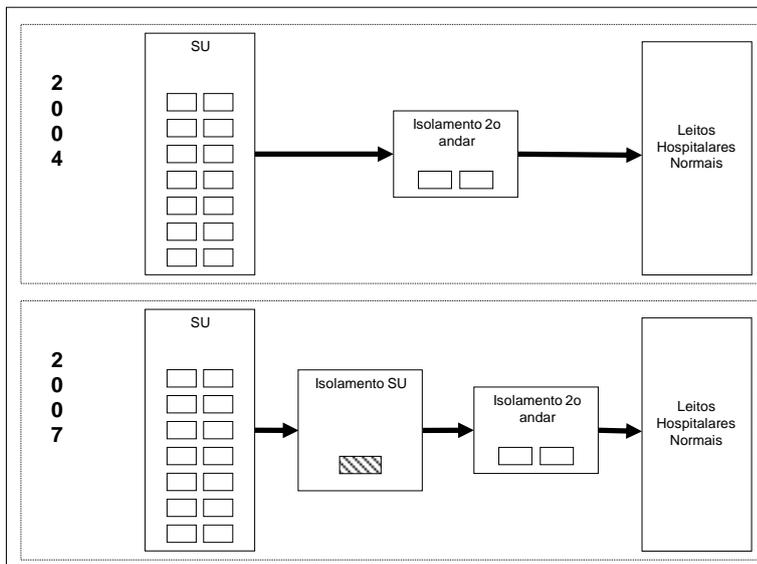


FIGURA 36 – INSTALAÇÃO DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO NA SALA DE URGÊNCIA DA U.E.-HCFMRP-USP



FIGURA 37 – SALA DE ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO COM PRESSÃO NEGATIVA NA SALA DE URGÊNCIA DA U.E.

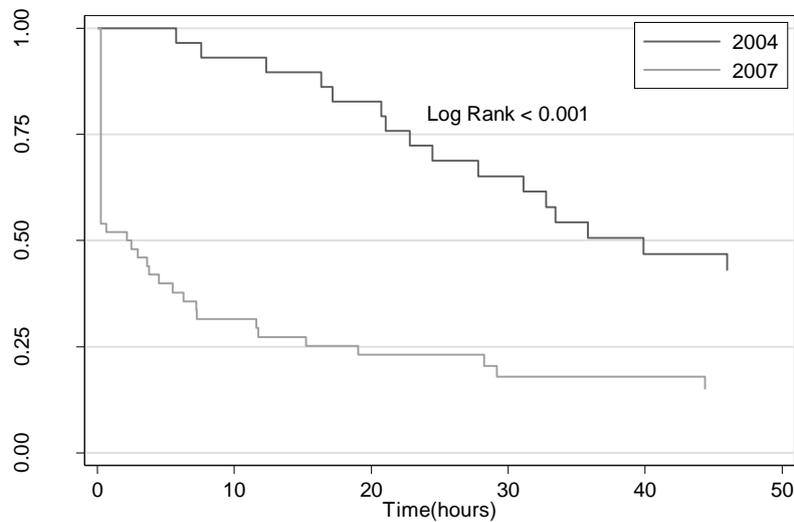


FIGURA 38 – IMPACTO SOBRE O RETARDO PARA ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO APÓS A ADMISSÃO NA SALA DE URGÊNCIA DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE ATENDIDOS ENTRE FEVEREIRO E ABRIL DE 2004 E 2007.

A otimização de processos não pode ser dependente exclusivamente da área física, em virtude das limitações existentes. A estratégia de destinação de leitos exclusivos é apenas um exemplo de organização de processos. Outro problema que está sendo equacionado com processos é a demanda de vagas para a Terapia Intensiva. A demanda por leitos críticos é intensa, havendo fila de espera para pacientes albergados em condições não-adequadas como a Sala de Estabilização Clínica, a Sala de Politraumatizados e a Recuperação Anestésica. Os esforços atuais da U.E. têm sido voltados para estruturação de processo, com a instalação do Sistema Eletrônico de Internação em Terapia Intensiva, que visa priorizar os pacientes em virtude da demanda ser maior do que a capacidade instalada. Também permite a compilação de dados que auxiliam na estruturação de processos e planejamento futuro.

Basicamente, este sistema de priorização funciona de forma que toda solicitação deve ser realizada através do formulário eletrônico disponível nos “Sistemas HC”. A seqüência de admissão no CTI é determinada pelos

seguintes critérios de gravidade e prognóstico, sendo os pacientes avaliados diariamente pelo plantonista do CTI:

Prioridade 1 - pacientes gravemente doentes, que necessitam de tratamento que não pode ser oferecido fora do CTI. São pacientes cujo investimento é ilimitado, visto que não apresentam morbidades prévias e a doença atual tem bom prognóstico;

Prioridade 2 - pacientes que necessitam de monitorização contínua e possível intervenção imediata. Apesar de poderem apresentar morbidades prévias, não há limitação de investimento, visto que a intercorrência aguda tem bom prognóstico;

Prioridade 3 - são pacientes gravemente enfermos, mas com reduzida possibilidade de recuperação, devido à doença de base ou a característica do evento agudo. Normalmente são estabelecidos limites aos esforços terapêuticos;

Prioridade 4 - são pacientes com baixo benefício de internação em CTI (Portadores de condições irreversíveis e com final de vida iminente; casos onde deve ser considerada a instituição de cuidados paliativos; pacientes sem instabilidade clínica, ou seja, casos onde o tratamento adequado pode ser fornecido em leito de internação comum).

Após realizada a priorização pelo médico intensivista, estas prioridades são cotejadas com as necessidades logísticas estabelecidas pela administração e pactuadas na Equipe de Planejamento. Neste processo, pacientes que apresentam prioridades semelhantes são repriorizados dependendo das necessidades do sistema pelo impacto geral que a decisão pode ocasionar. Assim, por exemplo, a liberação de leitos da recuperação do centro cirúrgico é utilizada como desempate para evitar o travamento do

sistema. Este processo já se encontra em curso desde outubro de 2009 e já possibilita dados para se planejar adequações necessárias. Os benefícios desta documentação foram inclusive reconhecidos pelo HC Campus, que implementou a mesma rotina de estratificação.

Em relatório gerencial decorrente deste sistema, compreendendo o período de 01 de outubro de 2009 a 31 de janeiro de 2010, foram documentadas 331 solicitações de vagas de terapia intensiva para adultos, das quais apenas 147 (44,4%) foram contempladas. Fato bastante preocupante é que cerca de 40% dos pacientes não contemplados evoluíram a óbito. Além disso, aqueles que foram transferidos ao CTI esperaram em média 25,3 horas pela vaga, com retardo na instalação de medidas de suporte terapêutico intensivo e conseqüentes repercussões assistenciais.

A distribuição das solicitações para CTI adulto e excluindo-se os pacientes de Unidade Coronariana por terem indicação específica, de acordo com a área de atuação Clínica (Clínica Médica e Neurologia) ou Cirúrgica (Cirurgia Geral e Trauma, Ortopedia, Neurocirurgia, Cabeça e Pescoço e Ginecologia e Obstetrícia) pode ser avaliada na tabela.

Os dados apresentados permitem algumas considerações. Em primeiro lugar, apenas 44,4% das solicitações foram atendidas, mas se fossem considerados apenas aqueles com Prioridade 1, o sistema favoreceu que 70,2% dos pacientes fossem admitidos, apesar do retardo já mencionado. Apesar de não se dispor de dados anteriores ao período de estabelecimento do sistema para comparação, este dado permite a inferência de que o estabelecimento do sistema de classificação trouxe vantagens para garantir o acesso aos pacientes que necessitam de maior cuidado. Em segundo lugar, haveria a necessidade de se garantir vagas pelo menos para os pacientes com prioridades 1 e 2 (81,4% das solicitações), implicando a necessidade de aumento de vagas de terapia intensiva. Mas este dado deve ser interpretado de modo cuidadoso, pois como a demanda externa

(município de Ribeirão Preto e DRS XIII) do sistema é muito alta, o aumento do número de leitos de terapia intensiva permitiria um maior afluxo de pacientes que atualmente está represado pelo Sistema de Regulação. Fica claro também que os pacientes clínicos são mais idosos e com maior contingente de pacientes do gênero feminino, diferindo em termos de indicação de terapia intensiva dos pacientes cirúrgicos principalmente pela presença de instabilidade hemodinâmica. Em virtude de suas comorbidades, elevando o número de pacientes com prioridade 2, e das priorizações administrativas para garantir o funcionamento de leitos cirúrgicos, houve menor acesso dos pacientes clínicos com prioridade 1 à terapia intensiva.

TABELA 12 - CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES MAIORES DE 12 ANOS QUE TIVERAM SOLICITAÇÃO DE TERAPIA INTENSIVA DE ACORDO COM ÁREA DE SOLICITAÇÃO ENTRE 01 DE OUTUBRO E 21 DE JANEIRO DE 2010

	Área Cirúrgica	Área Clínica	TOTAL	Valor p
Número de Solicitações	133(40.8)	198(59.2)	331	
Idade em anos (média; dp)	49.7(19.6)	54.2(19.4)	52.2(19.6)	0.04
Gênero Masculino (%)	98 (73.7)	110 (55.5)	208(62.8)	0.001
Indicação de Terapia Intensiva				
Ventilação Mecânica (%)	98 (73.7)	154 (77.8)	252(76.1)	0.392
Aminas Vasoativas (%)	29 (21.8)	84 (42.4)	113 (34.1)	0.000
Alteração de Consciência (%)	90 (67.6)	129 (65.1)	219 (66.1)	0.635
Prioridade				0.000
1	80 (72.7)	68 (39.7)	148 (52.6)	
2	21 (19.1)	60 (35.1)	81 (28.8)	
3	3 (2.7)	29 (16.9)	32 (11.4)	
4	6 (5.4)	14 (8.2)	20 (7.1)	
Atendido (%)	73 (54.9)	74 (37.3)	147 (44.4)	0.002

Atendidos 1 entre os que tinham prioridade ¹	63 (78.3)	41 (60.2)	104 (70.2)	0.014
---	-----------	-----------	------------	-------

AUDITORIA EXTERNA

A U.E. também foi envolvida no processo de Qualidade do HCFMRP-USP, sendo realizado a capacitação dos gestores e estabelecido um Subcomitê de Qualidade. Na primeira visita executada pela auditoria externa, foram identificados pontos fortes e oportunidades de melhoria para todas as áreas visitadas. Na segunda visita, a U.E. não foi sequer visitada, pois se compreendeu que os pontos que deveriam ser revistos não lhe diziam respeito.

As oportunidades de melhoria identificadas já foram sanadas e a U.E. recebeu o selo de conformidade do CQH, restando agora a tarefa contínua de melhoria para as próximas visitas. O Subcomitê de Qualidade permanece em atuação e já está sendo realizada capacitação dos gestores para próximas visitas.

É importante ressaltar que esse processo representa um crivo externo às atividades desenvolvidas na U.E., sendo relevante o fato de ter sido selada. No entanto, os esforços para melhoria continuada irão requerer maior investimento em gerenciamento, pois as atividades estão sendo desenvolvidas com sobrecarga para os gestores, que já não são remunerados para essas atividades, conforme anteriormente ressaltado.

TABELA 13 – PONTOS FORTES E OPORTUNIDADES DE MELHORIA PARA A U.E. SEGUNDA AVALIAÇÃO DO CQH

PONTOS FORTES

- 1) Sistema redundante de emergência de energia elétrica;
- 2) Setor de informática atendendo aos processos e partes interessadas;
- 3) Integração/Articulação com os principais serviços de saúde da região;
- 4) Reuniões de análise crítica do ambulatório Unidade de Emergência;
- 5) Reuniões específicas para análise de prioridades de investimentos;
- 6) Formulação de estratégias para implantação do centro de cirurgias de epilepsia;
- 7) Sistema de Comunicação para novos clientes no Hemocentro e Hemodiálise;
- 8) Plano de Gerenciamento de Resíduos;
- 9) Sistema Organizacional do SAME;
- 10) Compartilhamento do Sistema de Informação com os parceiros regionais (Unidade de Emergência);
- 11) Disseminação do Programa Qualidade para todas as Unidades. Apresentação e disseminação dos indicadores em todas as Unidades (Programa Gestão à Vista);
- 12) Serviço de Educação Continuada da Unidade de Emergência; e
- 13) Plano de viabilidade econômica da Unidade de Emergência.

OPORTUNIDADES DE MELHORIA

- 1) Monitoramento dos acessos da Unidade de Pediatria;
- 2) Sistema para efetividade das portas corta fogo;
- 3) Adequação do local de armazenamento de resíduos sólidos;
- 4) Interação com Fornecedores, visando o atendimento das necessidades estratégicas; e
- 5) Comissão de ética de enfermagem.



FIGURA 39 – SELO DE CONFORMIDADE DO CQH CONFERIDO À U.E.

e) DESAFIOS E CRISES

ANÁLISE DE INDICADORES

A Tabela congrega alguns parâmetros de interesse que merecem análise mais detalhada. Uma das críticas frequentes que a U.E. vem recebendo diz respeito à queda progressiva do número de atendimentos que estão sendo realizados no período em estudo, caindo de 44914 em 2003 para 34846 em 2009 (queda de 22,1%). Isso também se refletiu no número de pacientes internados, reduzindo de 12108 em 2003 para 9513 em 2009 (queda de 21,4%). Essa queda se manteve, mesmo com a abertura de leitos no Hospital Estadual e na Mater, que deveriam ter propiciado o aumento desses indicadores ao invés da sua diminuição.

Esse achado deve ser contextualizado ao perfil de pacientes atendidos pela U.E., que objetiva ser a referência terciária para o município de Ribeirão Preto e para a DRS XIII. Ao mesmo tempo que se observa essa queda, pode-se notar um aumento do número de procedimentos cirúrgicos (aumento de 13,9% comparando-se 2008 a 2003), do número de angiografias diagnósticas (aumento de 33,8%), do número de procedimentos de intervenção por angiografia em pacientes com problemas neurológicos (aumento de 584%) e aumento da taxa de mortalidade de 5,7% em 2003 para 7,1% em 2009 (em 2010 já chega a 7,8% até junho).

Esses dados permitem a conclusão de que o perfil de gravidade dos pacientes atendidos na U.E. está sendo cada vez maior com o passar dos anos. Atende-se menor número de pacientes, mas a gravidade é muito maior, o que implica em maior tempo de internação, maior necessidade de cuidados intensivos e maior gasto. Nesse sentido, a U.E. tem realizado o seu papel.

TABELA 14 – PARÂMETROS DE INTERESSE PARA O DESEMPENHO DA U.E. DE JANEIRO DE 2003 A SETEMBRO DE 2010.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
--	------	------	------	------	------	------	------	------

Número de atendimentos na U.E. (Excluindo OFT)	44918	39441	40038	37953	35062	34972	34846	14476
Atendimentos Oftalmo	3630	3716	4062	4103	3974	5931	8464	5933
Número de internações	12108	11584	11466	10032	9675	9693	9513	6881
Número de cirurgias realizadas	3829	3381	3697	4081	3948	4363	4152	3182
Número de angiografias por cateter-diagnóstico	396	288	382	377	541	530	402	178
Número de Procedimentos de Radio intervenção	25	13	39	117	131	152	171	56
Número de Cateterismos	-	-	-	-	-	49	96	48
Taxa de Mortalidade	5,7	6,7	6,5	6,9	6,7	6,9	7,1	7,8

SUPERLOTAÇÃO

A consequência direta dessa concentração de pacientes graves tem sido a superlotação da sala de urgência, que tem se transformado em local de internação improvisada em muitas situações. Situações que haviam desaparecido com a instalação do sistema de regulação em 2000, voltaram a ser prevalentes, acarretando em prejuízo para os pacientes. As repercussões desse processo têm sido noticiadas pela mídia com frequência.

A pressão do sistema tem aumentado de modo importante, com o aumento de encaminhamento de pacientes em situação de vaga zero para a U.E., sendo que em muitas ocasiões, esses encaminhamentos são inadequados. Esse fenômeno tem sido notado tanto para o sistema de

regulação municipal quanto para o regional, embora talvez por motivos diferentes.

Levantamento executado no primeiro semestre de 2010 para os casos encaminhados em “Vaga Zero” demonstra que apresentam baixa taxa de mortalidade na chegada (em até 24 horas da chegada) e taxa de internação e mortalidade intra-hospitalar semelhantes aos dos pacientes encaminhados em situação regular. As especialidades com maior demanda por leitos em situação de “Vaga Zero” foram Neurologia, Ortopedia e Clínica Médica. Esses achados sugerem que o mecanismo de “Vaga Zero” tem sido utilizado de modo inadequado por ambos os complexos reguladores, refletindo mais a falta de vagas para internação no sistema do que a gravidade do paciente encaminhado.

Deve ser ressaltado que esse levantamento só foi possível frente à informatização do sistema de recepção de encaminhamentos pelo complexo regulador. Esse sistema foi instalado na U.E. sendo que todos os encaminhamentos são cadastrados e classificados de acordo com o complexo regulador, condições de encaminhamento e número da autorização de encaminhamento. Como todo atendimento cadastrado é vinculado ao atendimento do paciente, é possível rastrear o desfecho dos pacientes atendidos, possibilitando a discussão baseada em dados objetivos do que está acontecendo. O estatuto da sala de urgência também criou ferramentas para que esses encaminhamentos sejam documentados em caso de controvérsia, possibilitando ao gestor rastrear as intercorrências e fornecer dados ao complexo regulador. Finalmente, o sistema também propicia que todos os documentos encaminhados com o paciente seja escaneado e arquivado eletronicamente juntamente com os dados referentes àquele atendimento do paciente.

O sistema de regulação tem passado por diversas modificações e sofrido demanda por maior número de leitos de internação. Em específico, o sistema de regulação regional passou por uma transformação importante

durante o ano de 2009, quando houve a centralização do processo na capital durante o período noturno e finais de semana. Isso levou a enormes flutuações na demanda por internação, provavelmente em decorrência do desconhecimento da estrutura instalada na DRS XIII por parte dos médicos-reguladores da capital. Já o complexo regulador de Ribeirão Preto tem sofrido com a falta de vagas para internação, muito embora a U.E. utilize mais de 60% da sua capacidade para internar munícipes de Ribeirão Preto.

Inúmeros mecanismos foram utilizados para tentar contornar esses problemas. Os mecanismos internos de facilitação do fluxo de pacientes já foram detalhados. Somado a esses mecanismos, foi tentado estabelecer contato com os gestores do município e da DRS XIII através da documentação de processos inadequados de regulação médica, que são enviados regularmente para os gestores. Não obstante essas iniciativas, a U.E. atingiu níveis inaceitáveis de superlotação e foi forçada a se resguardar, comunicando o ministério público (Promotoria da Cidadania) e o Conselho Regional de Medicina. Aparentemente, as medidas judiciais serão as únicas capazes de prover melhorias para essa situação de guerra.

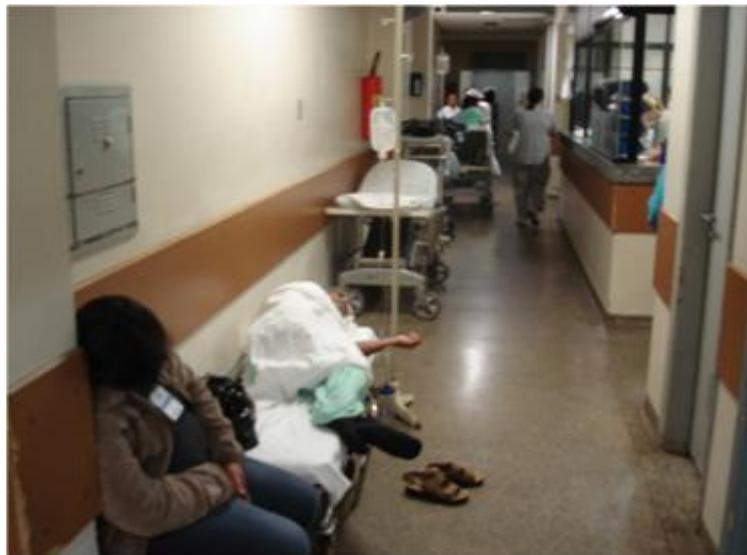


FIGURA 40 – SITUAÇÃO DE SUPERLOTAÇÃO DA SALA DE URGÊNCIA EM 31 DE AGOSTO DE 2010.

SAÚDE Beneficência Portuguesa tem de improvisar quartos pagos por convênios para acomodar pacientes

Hospitais sofrem por superlotação

Santa Casa chega a acomodar oito pessoas em local onde cabiam apenas quatro devido à demanda

ANA PAULA SOUSA
reportagem publicada em 27/10

A Santa Casa, a Beneficência Portuguesa e a Unidade de Emergência do HIC (Hospital das Clínicas) de Ribeirão Preto ficaram superlotados ontem pelos atendimentos de urgência do SUS no município.

A Beneficência tinha 149 pacientes internados pelo SUS no início da tarde de ontem, cerca de 40 a mais do que as previstas no contrato firmado com a Secretaria da Saúde. Cinco pessoas aguardavam no bloco cirúrgico por uma vaga. Outras sete precisaram ser alojadas em áreas improvisadas.

"Usamos até as áreas de convênio para tentar acomodar os pacientes", afirma o médico Sidelân Nunes.

Na espera

A Soteline Rosa Maria Viana, de 61 anos, estava acomodada em um dos gramatizados do hospital desde o último domingo,

por falta de vaga. "Eles me colocaram aqui porque eu tive um infarto. Já vou andando, mas vejo que está tudo lotado e não tem o que fazer", diz.

Nessa sala improvisada ao lado, o bombeiro Aristides de Sousa, 53, aguardava um exame para elucidar a suspeita de trombose. "Passo a noite no posto de saúde à espera de transferência para um hospital. Faltam algumas macas, isso aqui é um hotel cinco estrelas", afirma.

A Santa Casa afirmou, por meio de assessoria de imprensa, que também enfrenta superlotação. Para dar conta da demanda de pacientes, foram acomodadas oito pessoas nas vagas de emergência que cabiam quatro.

A Unidade de Emergência do HIC também confirmou que não tinha vaga.

CAPACIDADE

Ribeirão Preto tem mais de 800 leitos para atendimento no SUS. Desse total, cerca de 300 são de urgência e emergência.



NÃO HÁ VAGAS Pacientes se aglomeram todo o tempo na Beneficência Portuguesa devido à superlotação

OUTRO LADO

Saúde diz que interrompeu fluxo

O secretário da Saúde de Ribeirão Preto, João Miranda, afirmou que a Beneficência Portuguesa solicitou a interrupção do fluxo de pacientes.

"Encaminhamos recomendação para a regulação para que fosse a interrupção até que eles se organizassem", contou.

Miranda disse que há

problema crônico de exaustão de pacientes em hospitais, mas que o volume de pessoas que ficam internadas não é tão grande.

"Não temos um volume que justifique essa eterna falta de vagas. Dos dois mil atendimentos que fazemos, 1,5 mil são resolvidos nos postos."

Segundo Miranda, de

ve haver falta na gestão dos leitos hospitalares.

O coordenador da Central de Regulação Municipal, Marcelo Dinardi, diz que o fluxo de pacientes é muito variável, mas falta estrutura médica e hospitalar para atender à demanda. "Não vemos reserva técnica e trabalhadora sempre no limite".

FIGURA 41 – SUPERLOTAÇÃO DE HOSPITAIS COM REFLEXO SOBRE O ATENDIMENTO NA UE – FONTE: JORNAL “A CIDADE” RIBEIRÃO PRETO 27/10/2010 – QUARTA-FEIRA – PÁG. A 5

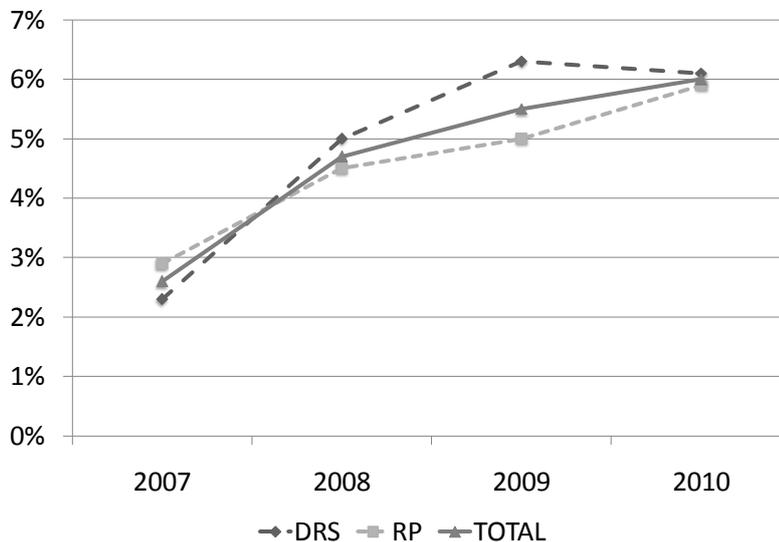


FIGURA 42 – EVOLUÇÃO DA PORCENTAGEM DE PACIENTES ENCAMINHADOS EM REGIME DE “VAGA ZERO” PARA A UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE JANEIRO DE 2007 A JUNHO DE 2010.

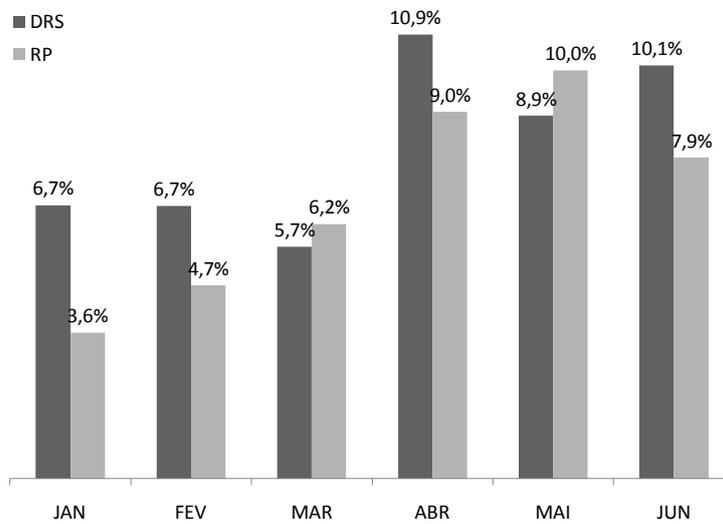


FIGURA 43 – EVOLUÇÃO DA PORCENTAGEM DE CASOS ENCAMINHADOS EM “VAGA ZERO” DE ACORDO COM O COMPLEXO REGULADOR DE JANEIRO A JUNHO DE 2010

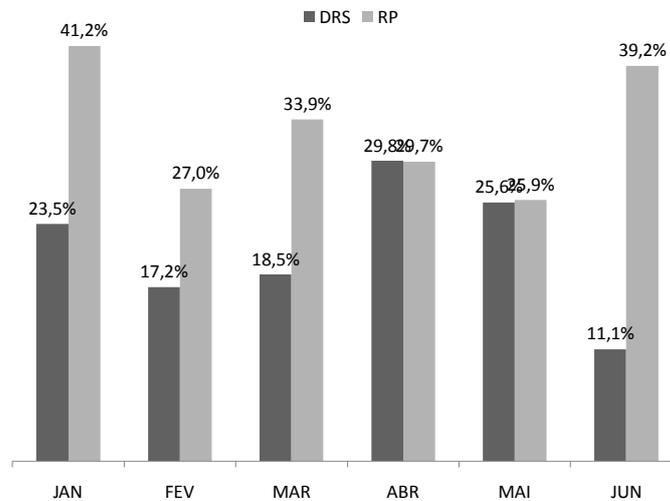


FIGURA 44 - PROPORÇÃO DOS CASOS ENCAMINHADOS EM VAGA ZERO QUE FORAM INTERNADOS DE ACORDO COM O COMPLEXO REGULADOR.

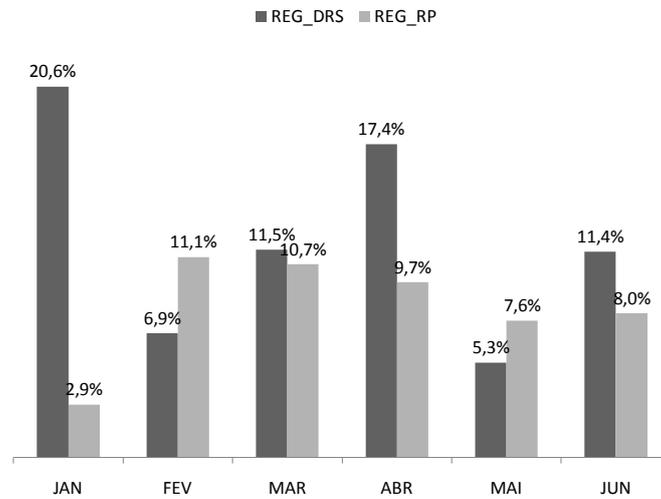


FIGURA 45 – PROPORÇÃO DE CASOS ENCAMINHADOS EM “VAGA ZERO” QUE EVOLUÍRAM AO ÓBITO DURANTE A INTERNAÇÃO DE ACORDO COM O COMPLEXO REGULADOR DE JANEIRO A JUNHO DE 2010.

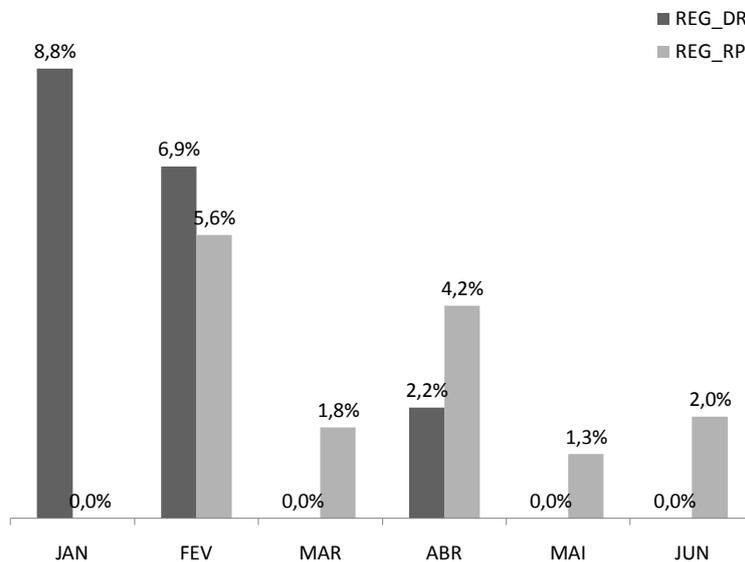


FIGURA 46 – PROPORÇÃO DE CASOS ENCAMINHADOS EM “VAGA ZERO” QUE EVOLUÍRAM AO ÓBITO EM MENOS DE 24 HORAS DA CHEGADA DE ACORDO COM O COMPLEXO REGULADOR DE JANEIRO A JUNHO DE 2010.

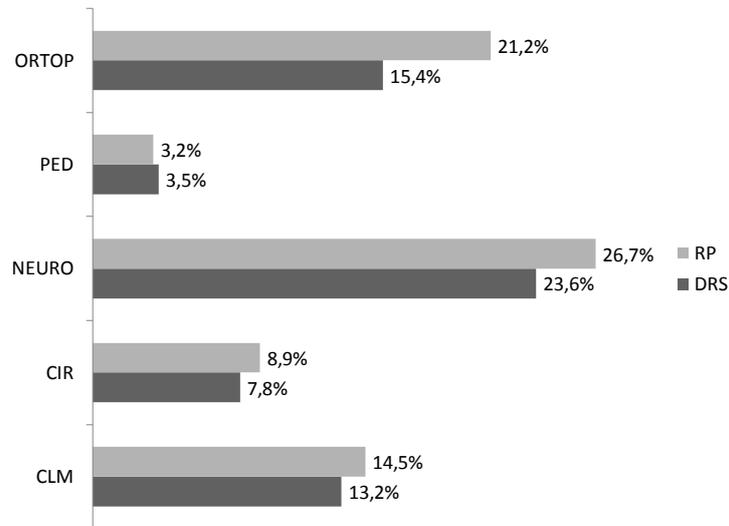


FIGURA 47 – PORCENTAGEM DOS CASOS ENCAMINHADOS EM “VAGA ZERO” DE ACORDO COM A ESPECIALIDADE DE ENCAMINHAMENTO E COMPLEXO REGULADOR DE JANEIRO A JUNHO DE 2010.

CATÁSTROFES

Em que se pese todo o problema com superlotação crônica que a U.E. enfrenta, nos últimos anos tem se somado a esse problema a ocorrência de situações inesperadas que aumentam a demanda ou reduzem a capacidade de atendimento.

O primeiro exemplo a ser citado diz respeito às epidemias que se tornaram frequentes durante o período em estudo. Iniciou-se em 2003 com a suspeita de casos de SARS (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto), prosseguindo em 2005 com a suspeita da Gripe Aviária e finalmente atingindo casos suspeitos e confirmados em 2009, com a Gripe H1N1. Essas epidemias geram demanda suplementar em excesso, que são direcionados para a U.E. que exerce não só a função de gerenciamento dos casos encaminhados, mas também de suporte para todas as instâncias do sistema.

Esse problema teve inúmeras consequências, mas o impacto mais positivo foi a reestruturação das condições internas com a ampliação de leitos de pressão negativa necessários para o atendimento, diminuição das barreiras de transferência de casos para o HC Campus e mesmo nas dependências da U.E. Também teve reflexos externos, com o estabelecimento de pactuação para o atendimento com outras instâncias do município de Ribeirão Preto e região. É importante ressaltar que essas epidemias estão crescendo em importância e a U.E. deverá cada vez mais ser solicitada para lidar e liderar situações de catástrofes iguais a essas.

Um segundo problema se constitui em redução da capacidade de atendimento em decorrência de problemas agudos. Um desses problemas que merece destaque diz respeito às inundações que a U.E. sofreu nesse período em virtude de fortes chuvas e da inadequação de sistemas de esgoto para drenagem na região perimetral. Esse problema ocasionou o refluxo de esgoto para dentro da U.E., sendo necessária interrupção temporária do atendimento e esforços de mutirão para limpeza.

Cabe aqui o comentário que o serviço de limpeza da U.E. foi terceirizado durante o período em questão, como iniciativa do governo do Estado de São Paulo para reduzir o efetivo de apoio. Esse processo gerou graves consequências e, ao final, impôs à U.E. que o processo fosse revertido, com contratação de efetivo próprio pela FAEPA. Essas novas contratações foram insuficientes para gerir as necessidades de limpeza da U.E., principalmente frente às demandas das novas legislações, como a requisição de equipe individualizada para os Centros de Terapia Intensiva. Será necessário rever essas premissas, efetivando contratação em número adequado para atender às necessidades.

Também é exemplo de redução da capacidade, resultando em superlotação, a interdição de leitos para atender exigências sanitárias. A recente visita da Vigilância Sanitária às áreas de terapia intensiva da U.E. resultou em autuação por inadequação de processos de aplicação de

medicamentos, condições de limpeza e de tratamento de água para diálise. Em que se pese que essas autuações foram embasadas em legislação pertinente e estavam corretas, elas refletem a sobrecarga de serviço sobre as áreas de terapia intensiva, que apresentam ocupação total contínua, com os problemas de pessoal anteriormente ressaltados. Essas exigências levaram à redução de dois leitos da Clínica Médica em definitivo e à interdição de dois leitos de Terapia Intensiva de adulto e de sete leitos da Clínica Médica em condições transitórias (que já se estendem por seis meses) para que as exigências possam ser atendidas. Esse é um dos motivos que leva à superlotação de pacientes críticos na Sala de Estabilização Clínica, Sala de Politraumatizados e Recuperação Anestésica, onde são atendidos também em condições inadequadas e que não foram projetadas para essa demanda. Deve ficar claro que a U.E. tem interesse em atender às exigências sanitárias, mas isso tem impacto direto na sua capacidade de atendimento.

As medidas para correção do que foi levantado pela VISA já estão em andamento, com a implantação e correção de processos, bem como reformas solicitadas.

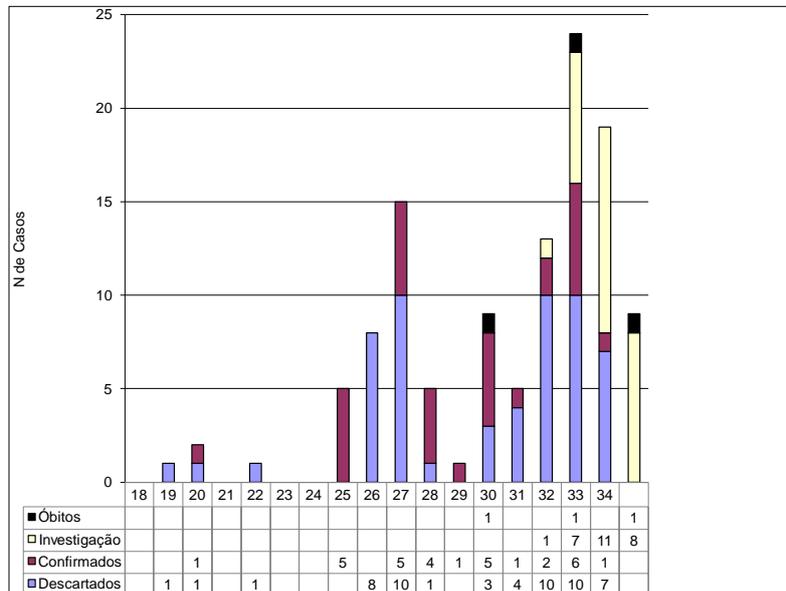


FIGURA 48 – GRIPE H1N1 – DISTRIBUIÇÃO DE CASOS ATENDIDOS NO COMPLEXO HC DE ACORDO COM A EVOLUÇÃO E SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE 2009.



FIGURA 49 – ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO (AMPLIAÇÃO): 4 QUARTOS NO 3º ANDAR; 2 QUARTOS NO 2º ANDAR, 1 QUARTO NA PEDIATRIA E NO CTI-4º.



FIGURA 50 – REPERCUSSÃO DA INADEQUAÇÃO DO SISTEMA DE DRENAGEM E REDE DE ESGOTOS PARA LIDAR COM CHUVAS TORRENCIAIS NO FINAL DE 2009



FIGURA 51 – VISTORIA DA VISA – MEDICAMENTOS DILUÍDOS EM CONDIÇÕES INADEQUADAS



FIGURA 52 – VISTORIA DA VISA – EXCESSO DE FIAÇÃO, FERRUGEM E MOBILIÁRIO INADEQUADO



FIGURA 53 – VISTORIA DA VISA – SISTEMA DE ESCOAMENTO DE DIÁLISE INADEQUADO

f) PROJETOS EM IMPLANTAÇÃO

Diversos projetos ainda estão sendo implantados na U.E., devendo ser finalizados nos próximos dois anos. Estão sendo desenvolvidos de modo a respeitar diretrizes maiores do complexo HC.

Uma diretriz do HC tem sido a digitalização de informação, de forma a reduzir espaço de armazenamento, facilitar a rastreabilidade e produzir indicadores. Isso está sendo implementado em vários projetos. O prontuário eletrônico já é uma realidade em alguns pontos do complexo HC, como o Hospital Estadual, por exemplo. Estima-se que para o início de 2011, já esteja disponível também na U.E. Foi retardada a sua implantação em função de questionamentos referentes à certificação e assinatura eletrônica, mas que já estão equacionados. Também houve retardo em virtude do desenvolvimento de fichas eletrônicas específicas para cada especialidade. Embora essas fichas ainda não estejam disponíveis, tomou-se a decisão de se progredir com a implantação da ficha básica, sendo as demais implantadas progressivamente. A implantação desse sistema irá eliminar o transporte de prontuários médicos do HC para a U.E. e trará todos os benefícios da informatização. Ainda serão necessárias algumas modificações em processos, que estão sendo estudadas.

No mesmo sentido, já houve o início da informatização de exames de imagens. Os aparelhos de ultra-som e tomografia já têm capacidade de exportar imagens digitais para o Sistema Athos desde 2008 e em 2009, a U.E. adquiriu um sistema para digitalizar as imagens de radiografia, eliminando repetição desnecessária de exames estraviados, reduzindo espaço para armazenamento e facilitando a interpretação ao fornecer ferramentas básicas de mensuração das imagens. Embora esse sistema seja custo-efetivo e tenha significado enormes reduções de custo, como

eliminação da impressão de filmes radiográficos, um efeito colateral foi o transtorno para áreas cirúrgicas que necessitam acesso às imagens durante o procedimento. Para contornar esses problemas, serão instalados monitores maiores nas salas cirúrgicas e outras áreas críticas num primeiro momento, sendo a expansão para as enfermarias e demais áreas contempladas num segundo momento. Esse projeto compreende também a ampliação de capacidade de armazenamento para estocar as imagens digitais, segurança para que essas imagens não sejam perdidas (redundância do armazenamento) e integração ao prontuário digital.

O investimento na organização de processos que a U.E. tem realizado nos últimos anos também deverá ser informatizado. Estão sendo desenvolvidos e testados os processos que posteriormente são encaminhados para informatização. Como exemplo, pode-se citar a informatização do processo de ouvidoria. A ouvidoria é uma exigência legal para instituições públicas e gera enorme quantidade de papel e de informações que não são utilizadas pela dificuldade de rastreabilidade. Desde 2009, a U.E. tem buscado informatizar o processo, que já passou por inúmeros problemas, mas está novamente em teste a partir de outubro de 2010.

Outro processo que está em estudo e que deverá ser informatizado é o Boletim Informativo dos Gestores. Os indicadores reunidos nesse projeto estão sendo produzidos manualmente a partir de dados do HC. Nessa fase, ainda está sendo testado a importância desses indicadores para decisão gerencial. Tão logo se estabeleça quais são os indicadores necessários, sua obtenção deverá ser estruturada para que ocorra de modo automático. No longo prazo, deverá ser instaurada uma página na intranet de auxílio à gestão, em que cada gestor tenha as informações necessárias de modo ágil.

A solicitação eletrônica de vagas para terapia intensiva trouxe agilidade e transparência ao processo, reduzindo atrito entre as equipes. Esse

processo equacionou um gargalo do sistema, pois a terapia intensiva recebe solicitações de várias áreas (centro cirúrgico, sala de urgência, enfermarias, etc). O sucesso dessa empreitada levantou a necessidade e possibilidade de se equacionar outros gargalos do sistema, como por exemplo, as vagas para enfermaria. A enfermaria também recebe solicitações de diversas áreas, como Centro Cirúrgico, Sala de Urgência, Terapia Intensiva, etc. De modo similar a terapia intensiva, a solicitação eletrônica de vagas para internação em enfermaria irá propiciar transparência ao processo, reduzindo atrito. Esse sistema deverá ser desenvolvido em 2011.

A informatização também implica em custos de manutenção e licença de programas de computador. Esses custos podem ser reduzidos pela adoção de programas livres, como a plataforma BOffice. Embora esses programas não atendam todas as demandas administrativas das esferas mais elevadas de decisão, frente à necessidade de interface externa, para as esferas internas significa importante economia. As esferas internas são as de maior número e necessitam de menor complexidade em termos de programas de computador para elaboração de tarefas. Frente a isso, estabeleceu-se que os funcionários da U.E. sejam treinados em BOffice. Além disso, foram disponibilizados modelos de ofícios e planilhas eletrônicas utilizadas mais frequentemente pelos gestores, agilizando a utilização e reduzindo complexidade. Com essa meta, o número de computadores para os quais estão sendo adquiridas licença para utilização está declinando e a instalação de software livre está aumentando nos computadores da U.E. A implantação dessa meta está sendo reforçada pelo treinamento de gestores na plataforma livre.

Grandes esforços estão sendo empreendidos para informatização de processos, mas nem sempre os usuários estão sendo treinados para utilização do sistema. Um exemplo maior desse problema é a dificuldade em utilização do sistema eletrônico de ordens de serviço. Apesar do sistema ter sido desenhado para albergar todas as necessidades, ele não está

sendo alimentado de modo adequado, pois os responsáveis pela execução não tem treinamento e alguns não tem familiaridade com o uso do computador. Para contornar essas limitações, estabeleceu-se a meta de treinamento continuado na utilização do sistema HC para os diversos níveis. Esses cursos deverão ser progressivos e a sala de informática do CIA já está começando a ser utilizada com essa finalidade.

A segurança digital também é um ponto importante a ser considerado. Nesse sentido, computadores destinados para gerenciamento de pacientes em áreas de atendimento, terão outros programas desativados e as interfaces de portas USB desativadas. Isso irá reduzir o inserção de vírus no sistema, que já é elevada. Também irá impedir que exames de pacientes sejam copiados, sem a adequada aprovação de instâncias éticas.

Com relação à processos, dois projetos ambiciosos estão em instalação. O primeiro se constitui na implantação do estatuto da sala de urgência, um esforço para estabelecer regras de funcionamento para todas as equipes em atendimento nesse setor. Ele inclui aspectos de gerenciamento interno, como redução do tempo de espera para que o paciente seja transferido para um leito disponível, bem como aspectos externos, como regras para facilitar o contato com a Regulação Médica. Envolveu a discussão de várias situações, sendo que o produto resultante foi submetido aos Departamentos Clínicos da FMRP, sancionado pelo Conselho Deliberativo e agora resta o desafio de progredir com a sua implantação.

A mudança de processo também está sendo planejada para a modificação da Terapia Intensiva na U.E. O assunto já se estende por vários anos, com o pleito de áreas clínicas de ter acesso à terapia intensiva. Após estudo da exequibilidade do processo, foi tomada a decisão de se criar centros de terapia intensiva preferencialmente dedicados para atendimento clínico (3º andar) ou cirúrgico (4º andar). Esse projeto está agora em fase de elaboração dos requisitos a serem contemplados, pois irá

requerer contratação de pessoal, adequação às exigências legais, equipamentos, etc. Estima-se que tenha início em 2011.

Nesse mesmo sentido, o projeto mais ambicioso que está em elaboração diz respeito à mudança cultural pela qual a U.E. deverá passar. Atualmente o atendimento está centrado em clínicas e não no paciente. Isso se traduz na fragmentação do processo de atendimento, motivando problemas na interface externa e interna. Na interface externa, é complicado o fato de que a Regulação Médica deve lidar com várias equipes que dividem os mesmos recursos. Isso implica que algumas clínicas aceitem pacientes para avaliação enquanto outras recusem em função da superlotação. Também é complicador interno, à medida que o fluxo dos pacientes é interrompido pelos feudos formados pela capacidade destinada às áreas de atuação.

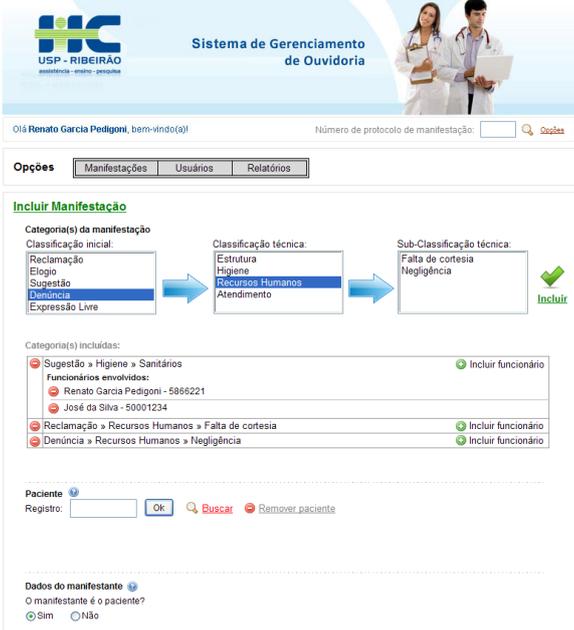
Para equacionar esses problemas, a exemplo do enfrentado pelo acesso ao CTI, está sendo desenvolvido um sistema de rotas de atendimento. Esse sistema irá determinar o fluxo que cada paciente deverá percorrer dentro da U.E., favorecendo o atendimento continuado ao longo de toda a internação pela mesma equipe de saúde, incluindo não só a equipe médica, bem como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc. Também implicará na unificação das equipes que estão em atuação na sala de urgência, garantindo que a interface externa ocorra com uma ou duas instâncias ao invés das doze atuais.

Um outro processo que está sendo implantado diz respeito ao fortalecimento da figura do médico contratado nas diversas equipes em atendimento na U.E. Exemplos bem sucedidos de gerenciamento como os da Clínica Médica, no qual o médico assistente responde 24 horas pelo gerenciamento do fluxo, favorecendo com que o residente centralize o seu tempo no cuidado dos pacientes, já estão sendo implementados na Neurologia e sendo estudados para a Ortopedia. Esse sistema irá garantir maior agilidade nos processos de atendimento, principalmente em áreas

cirúrgicas, em que se tem como objetivo que toda cirurgia seja monitorada por um contratado 24 horas por dia, agilizando a rotatividade das salas.

O centro cirúrgico é um ponto nevrálgico da U.E. sendo motivo de crises diárias em virtude de superlotação. Embora isso possa ser em parte decorrente de sobrecarga de encaminhamento de pacientes para a U.E., ou seja, fatores externos sobre os quais o controle é limitado e envolve representação política, não se pode fugir do fato de que fatores internos também estão envolvidos. O estabelecimento do regimento do centro cirúrgico, anterior ao período desse relatório, foi uma tentativa de organizar esses fatores, tendo se constituído num avanço. Foi alvo da administração desse período buscar reforçar sua implantação, embora em vários momentos isso não pudesse ser feito e mecanismos de gerência facultados ao supervisor médico, criados para serem exceção, se tornaram frequentes. Deve ser ressaltado que esse estatuto foi elaborado a partir de estimativas de tempo gasto para cada cirurgia e na epidemiologia prevalente na época. Por ocasião de sua elaboração, já se antevia a necessidade de alterações no mosaico em decorrência de estimativas mais precisas, decorrentes da informatização dos dados.

A solicitação eletrônica de cirurgias e o sistema de rastreabilidade nas salas cirúrgicas já estão em funcionamento, permitindo que os dados coletados referentes aos procedimentos mais comuns, tempo gasto em cada cirurgia, presença de supervisor em campo, dentre outros possam agora ser extraídos do sistema e sejam base para revisão do estatuto, bem como pleito para modificações de processo. Esse sistema também permitirá a revisão do centro de custo do centro cirúrgico, reduzindo gastos.



Sistema de Gerenciamento de Ouvidoria

Olá Renato Garcia Pedigoni, bem-vindo(a)! Número de protocolo de manifestação:

Opções:

Incluir Manifestação

Categorial(s) da manifestação

Classificação inicial: Reclamação, Elogio, Sugestão, **Denúncia**, Expressão Livre

Classificação técnica: Estrutura, Higiene, **Recursos Humanos**, Atendimento

Sub-Classificação técnica: Falta de cortesia, Negligência

Categoria(s) incluídas:

<input type="checkbox"/> Sugestão » Higiene » Sanitários	<input checked="" type="checkbox"/> Incluir funcionário
Funcionários envolvidos:	
<input checked="" type="checkbox"/> Renato Garcia Pedigoni - 5966221	
<input checked="" type="checkbox"/> José da Silva - 50001234	
<input checked="" type="checkbox"/> Reclamação » Recursos Humanos » Falta de cortesia	<input checked="" type="checkbox"/> Incluir funcionário
<input checked="" type="checkbox"/> Denúncia » Recursos Humanos » Negligência	<input checked="" type="checkbox"/> Incluir funcionário

Paciente

Registro:

Dados do manifestante

O manifestante é o paciente? Sim Não

FIGURA 54 – SISTEMA ELETRÔNICO DE OUVIDORIA

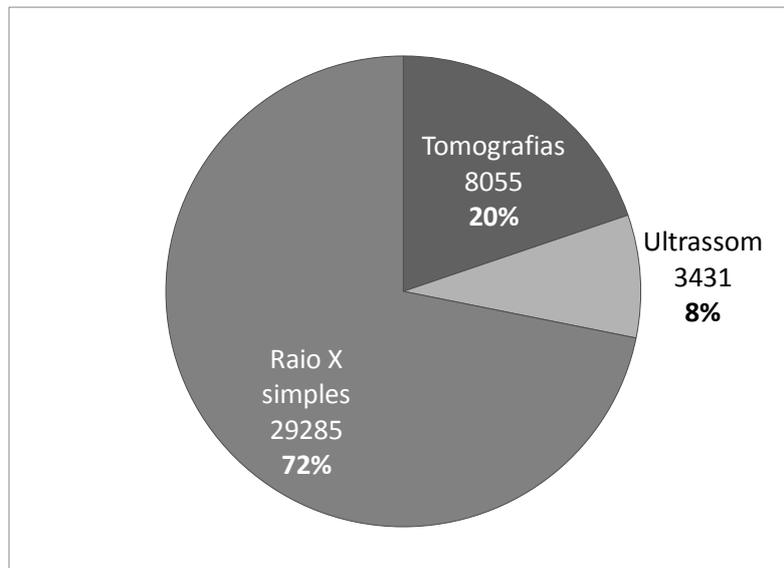


FIGURA 55 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO ABSOLUTO E PROPORCIONAL DE EXAMES DE IMAGEM REALIZADOS NA U.E. NO ANO DE 2008 DE ACORDO COM O TIPO.

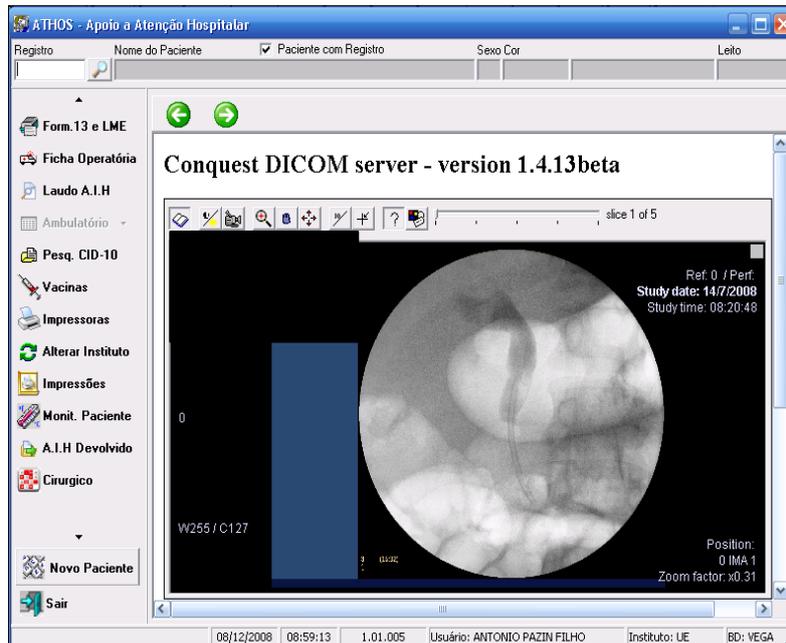


FIGURA 56 – EXEMPLO DE EXAME DE IMAGEM DIGITALIZADO SENDO AVALIADO ATRAVÉS DO SISTEMA ATHOS.

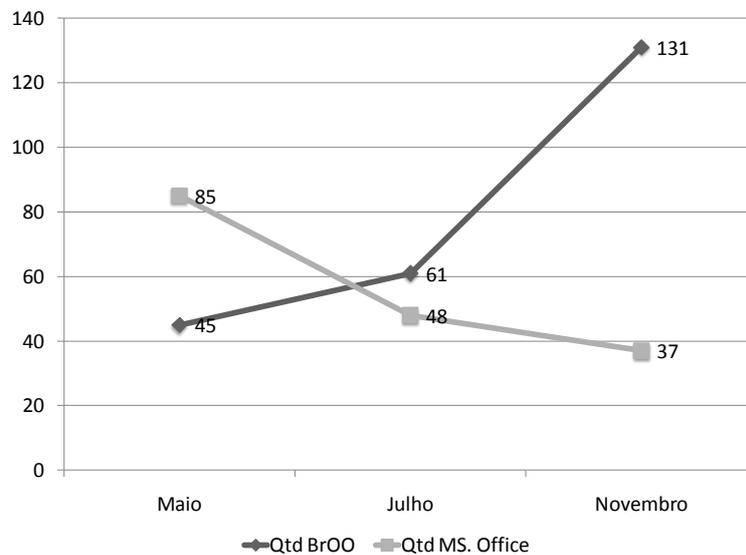


FIGURA 57 – NÚMERO DE COMPUTADORES DA U.E. COM SISTEMA DE PROGRAMAS DE COMPUTADOR PARA OS MESES DE MAIO, JULHO E NOVEMBRO DE ACORDO COM O TIPO.

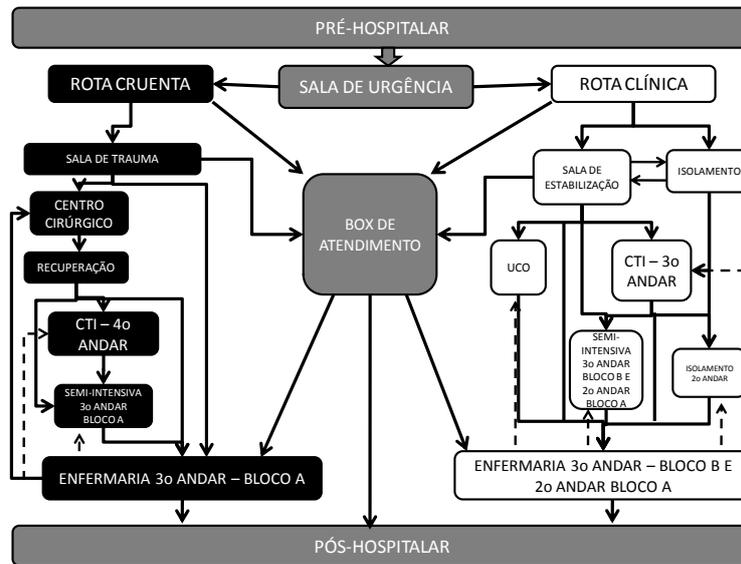


FIGURA 58 – PROPOSTA DE MODIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO DO MODELO VERTICAL (CENTRALIZADO EM ÁREAS) PARA O MODELO HORIZONTAL (CENTRALIZADO NO PACIENTE – ROTAS DE ATENDIMENTO)

TABELA 15 – PROJETOS PARA SEREM DESENVOLVIDOS NO CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZOS PARA A U.E.

PRAZO	PROJETO	OBSERVAÇÕES
CURTO	Instalação do prontuário eletrônico	Já foi tomada a decisão de instalar o prontuário eletrônico de modo similar ao HE. Versões futuras mais elaboradas serão instaladas progressivamente. Inicialmente o prontuário será restrito à parte médica, sendo que as anotações de enfermagem e outros profissionais de saúde deverão aguardar maiores investimentos em infra-estrutura (maior disponibilidade de computadores).
	Digitalização de Imagens	Continuação do investimento em aparelhos de digitalização. Integração ao prontuário eletrônico. Equipar as áreas com estações de leitura dos exames de melhor qualidade.
	Ouvidoria	Disponibilização do sistema eletrônico de ouvidoria. Gerar indicadores para acompanhamento
MÉDIO	Migração para software livre	Direcionada para áreas de gestão de menor complexidade e com interface interna. Investimento em capacitação. Fornecimento de modelos dos ofícios e planilhas a serem utilizados.
	Treinamento em utilização dos sistemas HC	Direcionado para os usuários. Avaliar a necessidade de inclusão digital.
	Especialização da Terapia Intensiva	Elaboração do processo visando investimento em pessoal, equipamento e estrutura. Observar necessidades legais recém-implementadas – equipe própria de higiene e limpeza.
LONGO	Boletim Informativo dos Gestores	Informatização do BIG
	Sistema eletrônico de solicitação de vagas em enfermaria	Baseado na experiência bem-sucedida do sistema de vagas para terapia intensiva.
	Revisão do estatuto do centro cirúrgico	Com base nos dados objetivos oriundos do sistema de agendamento de cirurgias e rastreabilidade intra-sala.
	Estabelecimento de rotas de atendimento	Reduzir interface com a Regulação Médica. Propiciar o atendimento centrado no paciente e não nas equipes.

3) ENSINO

A U.E. sempre foi um local de ensino de graduação e residência médica desde a sua implantação. Com a organização do sistema de saúde, houve melhoria das condições de ensino na U.E. e nota-se um aumento importante do número de alunos dos cursos de medicina e enfermagem que buscam a U.E. como campo de ensino. Também é crescente a busca por alunos dos cursos de fisioterapia e nutrição.

Essa busca gera demandas assistenciais que devem ser gerenciadas. Assim, por exemplo, há necessidade de se equacionar alimentação, com aumento do número de refeições fornecidas pelo Serviço de Nutrição da U.E. Há maior procura pelo estacionamento, gerando atrito com funcionários. Também há maior consumo de roupas para centro cirúrgico.

Além dessas demandas, também é maior a demanda por salas para reuniões, sendo que os espaços destinados para esse fim são exíguos. Para contornar esse problema, em 2003 estabeleceu-se o regimento para utilização das salas da U.E. Esse regimento organiza a utilização das salas, sendo gerenciadas pelos funcionários do Centro de Estudos de Emergências em Saúde (CEES). Através desse regimento, foi possível um aumento progressivo do número de reuniões realizadas na U.E. de 705 em 2005 para 1015 em 2009 (aumento de 43,9%) sem que houvesse aumento do número de salas. Esse aumento se deu inclusive com períodos de interdição do uso de algumas salas de aula para reformas, o que justifica, por exemplo, a redução do número de atividades em 2008. Além disso, ele permite a coexistência entre atividades administrativas e didáticas, sendo que as atividades administrativas sofreram incremento nos últimos 3 anos.

Além da organização da utilização, houve investimento na modernização dos recursos disponíveis em cada sala. Recentemente, houve também a

doação de um aparelho de video-conferência pela FMRP-USP, sendo crescente a utilização desse recurso para estabelecer rede de treinamento com o HC Campus, sem necessidade de deslocamento de funcionários. Também há aumento crescente da conexão externa com outras cidades.

O estabelecimento da sala de treinamento do CIA também foi um ganho para a U.E. Vários treinamentos sobre o uso de sistemas HC e assuntos relacionados à informática estão sendo realizados nas suas dependências.

O estabelecimento e organização de docentes da FMRP-USP em projetos de ensino de graduação na U.E. fomentou o investimento da FMRP-USP na U.E. Exemplo emblemático foi a contratação do primeiro funcionário não-docente que atua na U.E., vinculado à Seção de Graduação, e que gerencia os cursos em execução, provendo suporte ao corpo docente. Os cursos estão sendo cadastrados na U.E. para prover dados à administração, auxiliando na organização das demandas a serem atendidas.

A consolidação de um núcleo de professores voltados para a emergência, que estão desenvolvendo um eixo longitudinal de ensino em graduação em medicina, também está sediado na U.E. Esse grupo está implantando o projeto e para se consolidar, propôs a criação do Centro Integrado de Emergências em Saúde (CIES) que foi aprovado pela Congregação da FMRP-USP e está em tramitação junto à Assessoria Jurídica da USP. Recentemente, esse projeto foi discutido no Planejamento da U.E. sendo decidido pela fusão com o CEES. Esse era o plano original da criação do CEES, ou seja, se tornar a ponte entre a U.E. e a FMRP-USP, sendo a base para seu corpo docente. Essa nova instituição deverá prover maior estruturação para o ensino de graduação na U.E., possibilitando maior investimento da FMRP-USP.

Além do ensino voltado para a graduação, o CEES também tem sido a base para cursos de extensão universitária, de acordo com o preconizado pela USP. O funcionário provido pela FMRP-USP está auxiliando o cadastro

como cursos de extensão de diversas atividades didáticas que anteriormente eram realizadas sem que houvesse registro. A burocracia necessária para que esses cursos ocorram estão sendo vencidas e o número de cursos cadastrados é crescente.

O núcleo de professores envolvidos na Emergência também tem capitaneado a realização de congressos para divulgar junto à comunidade a experiência adquirida pelos profissionais da U.E. ao exercer seu papel de referência terciária para a DRS XIII. Em 2009, foi realizado o I Congresso de Emergências em Saúde da U.E., com 290 inscritos. Em 2010, foi realizada a segunda versão, com 450 inscritos. Nesse congresso, as emergências são apresentadas como eixos clínico e cirúrgico, buscando a integração de áreas afins, num esforço para modificar a cultura no sentido da meta estabelecida para a U.E.

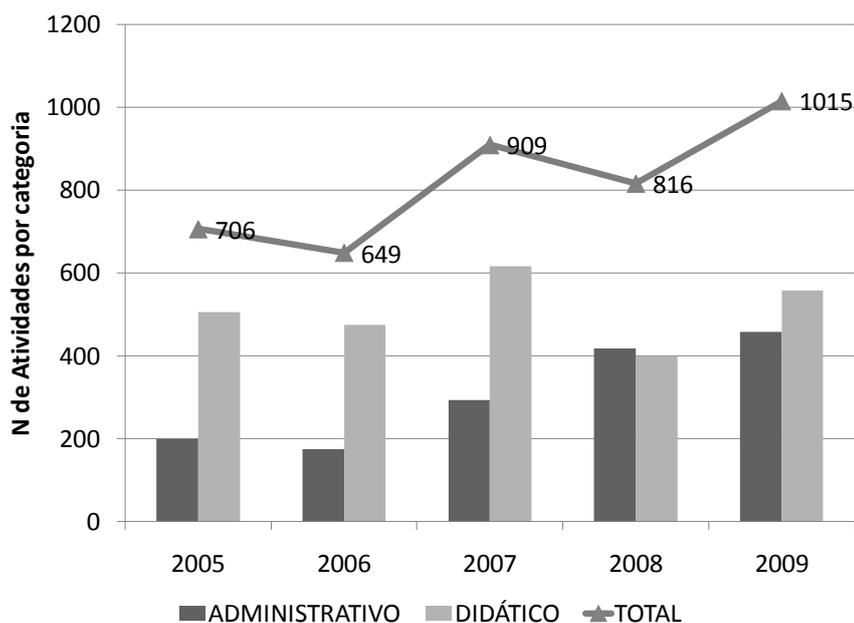


FIGURA 59 – NÚMERO DE ATIVIDADES REALIZADAS NAS SALAS DE AULA E ANFITEATRO DA U.E. DE ACORDO COM O TIPO E ANO



FIGURA 60 – ANFITEATRO E SALAS DE AULA DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA



FIGURA 61 – SISTEMA DE VÍDEO-CONFERÊNCIA – DOAÇÃO DA FMRP-USP



FIGURA 62 – SALA DE TREINAMENTO DO CIA

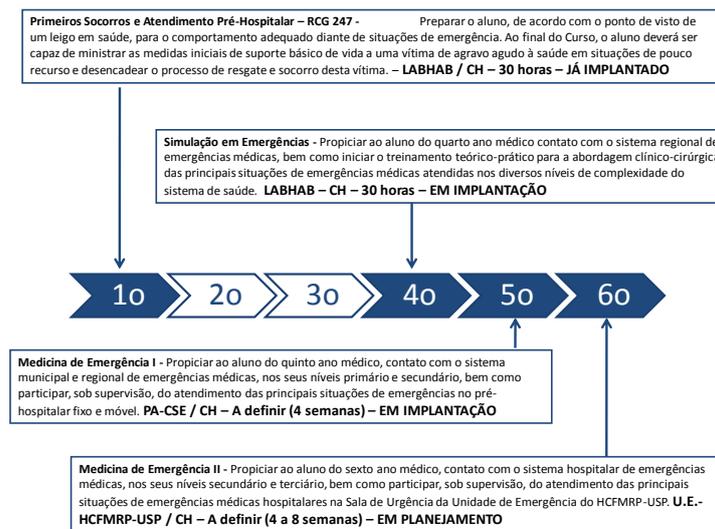


FIGURA 63 – EIXO LONGITUDINAL DE EMERGÊNCIAS PARA A GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA FMRP-USP



FIGURA 64 – WEBSITE DO II CONGRESSO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE DA U.E.-HCFMRP-USP

4) PESQUISA

De modo similar ao ensino, a pesquisa na U.E. também tem exigências peculiares que foram por muito tempo negligenciadas em virtude da ausência de condições pela sobrecarga assistencial. Embora essa sobrecarga ainda exista, as condições atuais são mais propícias e passíveis de melhor equacionamento para atender às demandas legítimas do corpo docente.

O primeiro passo para isso é conhecer as necessidades dos projetos desenvolvidos na U.E. Para tanto, desde 2003 foi estabelecido o processo de cadastrar-se os projetos de pesquisa junto ao CEES, onde um corpo de docentes analisa os processos do ponto de vista da exequibilidade, ou seja, se envolverá recursos da U.E. e como essas exigências serão contornadas. Após essa análise, é dada ciência ao Coordenador da U.E. e o projeto é enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa. Embora essa diretriz tenha sido traçada naquela ocasião, há nítida subnotificação dos projetos, sendo o cadastro realizado basicamente por docentes sediados na U.E. ou externos ao corpo docente da FMRP-USP. Não é incomum que projetos que não foram cadastrados no CEES envolvam necessidades que devam ser supridas em caráter emergencial pela administração que não estava ciente de suas necessidades. O atrito desnecessário gerado com o corpo docente deve ser eliminado pela melhor gerência do processo.

A instalação do CIES também deverá resolver essa problemática. Propõem-se que ele seja a base para estruturação da pesquisa na U.E., sendo passível de fomento pela FMRP-USP de modo similar ao que já se documentou para o ensino. Para que isso aconteça, ele deverá ser a ligação com um braço da Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP-USP que deverá ser instalado na U.E.

A instalação de um entreposto da UPC na U.E. permitirá local para sediar uma enfermeira e um gerente de pesquisa, que serão responsáveis pela execução dos projetos cadastrados. O local sedido, embora pequeno, permitirá o armazenamento de kits para coleta de material, formulários e termos de consentimento, sendo que a estocagem do material deverá ser feita nas dependências da UPC no Campus. Para viabilizar a implantação do projeto, a U.E. irá fornecer parte dos recursos arrecadados com a cantina, que foram destinados pelo Planejamento para a implementação de novos projetos. Uma das funções da UPC será cadastrar os projetos e atrair recursos externos com estudos multicêntricos que irão custear a estrutura. Os docentes que desenvolverem projetos próprios também serão solicitados a contribuir com verba de instituições de fomento.

Para que esse processo funcione, será necessário o treinamento do pessoal de toda a U.E., pois ao contrário do sistema implantado no Campus, conhecido como modelo fechado, no qual foram desenvolvidas instalações em paralelo à atividade do SUS, na U.E. será necessário o desenvolvimento de um modelo aberto. Esse modelo preconiza que a assistência e pesquisa ocorram simultaneamente, tornando necessário o conhecimento das prerrogativas por todos os funcionários e fiscalização por enfermeiros e gerentes de pesquisa.

Através da implantação desse modelo de gerência, espera-se profissionalizar a pesquisa desenvolvida na U.E., buscando-se meios de sustentá-la economicamente, atraindo o corpo docente da FMRP-USP para a U.E.

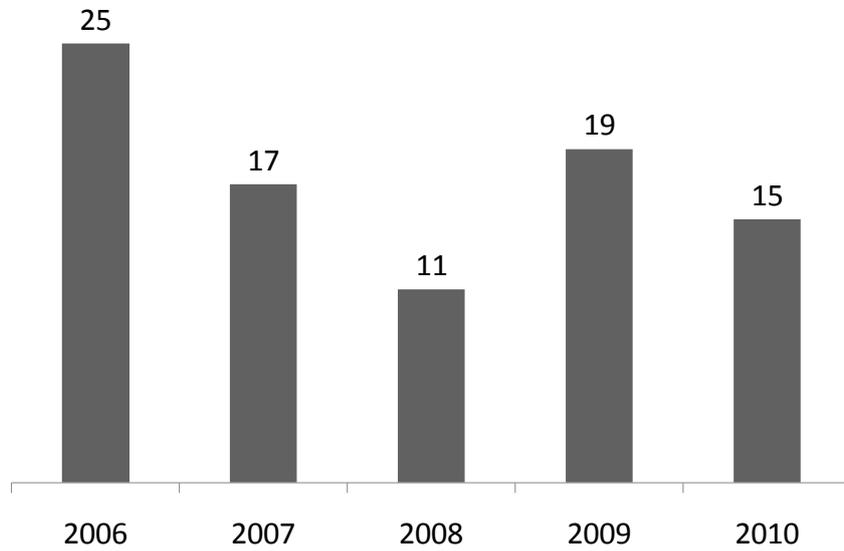


FIGURA 65 – NÚMERO DE TRABALHOS CADASTRADOS NO CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE DE ACORDO COM O ANO

5) CONCLUSÃO

A U.E. passou por inúmeras modificações, incluindo crises e conquistas, ao longo do período desse relatório. Houve investimento e organização crescentes em suas atividades e muitos desafios ainda deverão ser enfrentados, mas pode-se concluir que o objetivo de ser referência terciária para emergências para o município de Ribeirão Preto e para a DRS XIII continua sendo perseguido.

6) ANEXOS

a) DISCURSO DE POSSE – PROF. DR. ANTONIO PAZIN FILHO – SETEMBRO 2007.

Início agradecendo a indicação do meu nome para esta importante função de coordenar a Unidade de Emergência. Sei que existem diversos docentes extremamente capazes e que poderiam exercer esta função. A indicação do meu nome reflete minha presença em tempo integral na UE e o apoio e a confiança do Departamento de Clínica Médica, para o qual estendo meus agradecimentos.

A tarefa de coordenar a UE é um desafio de grandes proporções. Em primeiro lugar, esse desafio é composto pela necessidade de fazer juz aos meus antecessores, que modificaram drasticamente as condições de atendimento oferecidas na UE. Considero obrigação inerente ao cargo dar continuidade a esse trabalho.

A melhoria das condições de assistência oferecida pela UE teve inúmeras repercussões, muitas das quais ainda não podemos mensurar em sua plenitude. Uma dessas conseqüências, no entanto, merece destaque. Ao se reduzir a sobrecarga, cria-se condições para que outras atividades que foram por muito tempo suprimidas, voltem a florescer. Nesse contexto, nota-se nos últimos anos crescente atividade de ensino e de pesquisa na UE. Dessa forma, acredito que a melhor maneira de equacionar a minha inserção na UE na posição de coordenador seja através do trinômio ENSINO, PESQUISA e ASSISTÊNCIA.

O ENSINO de Graduação sempre foi um dos pontos altos da UE, local onde alunos de diversos estágios do curso médico sempre encontraram espaço para o aprendizado prático. As modificações curriculares do curso de Medicina e a expansão de novos cursos oferecidos pela FMRP-USP deverão ser concatenadas e nesse sentido, algumas iniciativas já foram implementadas e devem ser fortalecidas, como é o caso do CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE. Esse espaço abriga docentes, assistentes e alunos e já conta com apoio da FMRP-USP. Cabe à coordenação lutar para que esse espaço seja aprimorado e expandido, garantindo também que as iniciativas incipientes em Pós-graduação sejam também maximizadas. É interessante observar que a emergência vem se estruturando como especialidade no Brasil e no mundo, o que gera uma pressão natural para que novos cursos se estruturarem no contexto universitário. A estruturação da UE e da região em que está inserida

são condições fundamentais para que venhamos a desenvolver um papel pioneiro na implantação e direcionamento dessas modificações curriculares. Entendo que além da necessidade de prover recursos estruturais para que essas mudanças encontrem apoio na UE, cabe também ao seu coordenador lutar para que sejam contempladas e apoiadas pelas diversas instâncias da Universidade.

A PESQUISA sempre esteve presente na UE. É comum que diversos protocolos de pesquisa sejam continuamente realizados em nossas dependências, principalmente no que se refere à coleta de material e inclusão de pacientes. No entanto, apenas recentemente se começa a ter noção de sua magnitude com a centralização nas dependências do CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE. Cabe à coordenação favorecer que a PESQUISA seja implementada na UE de modo organizado e que não prejudique as atividades de ensino e assistência. A centralização de esforços, a exemplo da recém-lançada Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP-USP, deverá ser implementada para que possamos acomodar essa demanda. Entendo que o adequado equacionamento da atividade de PESQUISA seja a estratégia primordial para se garantir a presença do recurso mais valioso que a Faculdade de Medicina pode oferecer para a UE – seu corpo docente.

A ASSISTÊNCIA é sem dúvida a atividade que a UE realiza em plenitude. Quero deixar meu testemunho do empenho dos funcionários da UE em suas diversas esferas para garantir o excelente nível de atendimento oferecido à população. Ao longo dos anos, as modificações empreendidas na UE a tem tornado um exemplo de responsabilidade social pela transparência de suas atividades. Garantir a ASSISTÊNCIA oferecida requer trabalho administrativo de grandes dimensões em duas frentes. Uma primeira frente é EXTERNA, constituída pela interação com outras instituições de saúde no município de Ribeirão Preto e região, para os quais a UE tem sido referência não só no plano concreto de encaminhamento de pacientes, como também no plano abstrato como modelo para estruturação dessas instituições. Essa tarefa é complexa e requer participação extra-muros, mas é fundamental para a sobrevivência da UE. É importante observar que a inclusão de novas instituições no sistema de saúde, muitas das quais sob influência da FMRP e de seu hospital universitário, podem acrescentar alterações no fluxo de pacientes para as quais a UE deverá estar alerta e se adaptar de modo responsável, seguindo os preceitos da legislação pertinente.

Outra interface é a INTERNA. Compreende a estruturação das dependências da UE para o atendimento de pacientes cada vez mais complexos e em condições críticas que nos são encaminhados. Essa estruturação vem ocorrendo, mas deverá ser agilizada, pois como bem demonstrou a recente crise enfrentada pela UE, estamos inseridos num sistema que não nos deixa outra opção. Mas as alterações estruturais não são tão complexas como a necessidade de equacionar a interação das diversas áreas que atuam na UE e dividem os esparsos recursos disponíveis. Deveremos buscar a otimização dos recursos, provendo

condições para que possamos oferecê-los 24 horas por dia se assim for necessário. Tenho a certeza de que embora isso possa envolver necessidade de ampliação de pessoal e de equipamentos, também envolve a necessidade de melhor gerenciamento do pessoal e recursos já disponíveis. Compreendo que este seja talvez o embate mais duro a ser executado.

Estou certo de que o que expus são metas ambiciosas e que necessitam de melhor equacionamento para que frutifiquem. Ciente dessa necessidade, me proponho a iniciar as minhas atividades desenvolvendo um plano de metas para a UE. Entendo que estas propostas irão envolver ampla discussão com as diversas áreas de atuação e espero contar com a participação de todos.

Como mensagem final, gostaria de enfatizar no entanto, que o que devem esperar de mim como coordenador é que eu seja um advogado da UE junto à administração. Paraphrasing the President Kennedy, my motto should be *“Não pergunte o que a UE pode fazer por você, mas o que você pode fazer pela UE”*.

Muito obrigado!

b) BALANCETE FINANCEIRO – INVESTIMENTO EM ESTRUTURA FÍSICA

Processo	Início	Término	Descrição	Valor*
7466/2004	24/09/2004	10/06/2005	Nutrição e Lactário e mobiliário	R\$ 810.000,00
402/2005	10/07/2005	18/09/2005	Unidade Respiratória - 3ºB	R\$ 40.000,00
586/2005	12/09/2005	13/11/2005	Quartos Docentes - 6ºB	R\$ 36.000,00
8366/2005	25/07/2005	13/10/2005	Isolamento do Térreo (S.U.)	R\$ 73.000,00
HC 8368/2005	25/08/2005	30/11/2005	Sistema Climatização Isolamento S.U.	R\$ 42.000,00
1044/2004	12/02/2005	30/08/2005	Sistema de para-raios	R\$ 45.000,00
VS 373/05	04/10/2005	15/12/2005	Sist. Climat. Tomógrafo e Artériografia	R\$ 8.000,00
VS 413/05	11/11/2005	11/12/2005	Sist. Climat. Centro Cirúrgico	R\$ 6.500,00
845/2005	18/12/2005	07/01/2006	Bate-macas; diversas áreas	R\$ 9.000,00
990/2005	19/12/2005	21/03/2006	Reformas e serviços de impermeab.	R\$ 29.000,00
77/2006	30/01/2006	20/02/2006	Reforma Portaria Funcionários	R\$ 12.800,00
1026/2005	01/11/2005	31/01/2006	Pisos Salas 1 e 4 do CC, 4ºB	R\$ 15.500,00
10052/2005			Reformas da Acreditação	R\$ 41.600,00
989/2005	01/02/2006	26/03/2006	Climatização diversas áreas UE	R\$ 37.000,00
2615/2006			Implantação de CFTV	
VS 455/2006	25/08/2006	05/09/2006	Climatização Salas Tomógrafo 1 e 2	R\$ 7.600,00
1180/2006	24/10/2006	11/12/2006	Reforma Vigilância Epidemiológica	R\$ 10.000,00
			Ouvidoria, Ser. Social, Adm. Hospitalar	R\$ 4.400,00
1055/2006	25/09/2006	20/10/2006	Móveis Ouvidoria, Ser. Social, etc	R\$ 5.500,00
721/07	25/10/2007	28/01/2008	adequações na área do Centro Cirúrgico	R\$ 21.000,00
407/2006	03/08/2006	13/09/2006	Reforma Porão Bloco C - CIQ	R\$ 11.600,00

62/2007	07/03/2007	07/05/2005	Sala Tomógrafo 2 (AT-167)	R\$ 21.800,00
OS/SSE	10/01/2007		CPD-UE, Sala de Aula e Vililância	R\$ 20.000,00
	29/06/2007		CPD, Sala de Aula e Vililância (Móveis)	
OS/SSE			Antigo SAMU - Secretaria Enfermagem	R\$ 15.000,00
254/2007	02/07/2007	13/08/2007	Cobertura Banco de Sangue (antigo)	R\$ 7.000,00
679/2007	29/06/2007	13/08/2007	Reforma monta-carga CC-UE	R\$ 7.800,00
1421/2007	28/12/2007	25/06/2008	Reforma 4º e 5º pav. UE	R\$ 740.000,00
OS/SSE	13/02/2008		SAMSP-UE	R\$ 15.000,00
985/2007	31/01/2008		Móveis 5º pav., Sala de Aula CIA	
995/2008	13/10/2008	09/02/2009	Neurologia - 3º pav. B	R\$ 129.000,00
478/2008	01/07/2008	05/01/2009	Manutenção, Assoc., Distrib. e Refeitório	R\$ 100.000,00
			Arteriografia (almox.), copa Raio-X	R\$ 5.000,00
399/2008	07/07/2008	04/09/2008	Cantina e Capela	R\$ 20.000,00
			Pressão negativa isolam. CTI 4ºB	R\$ 1.500,00
	14/11/2008	01/12/2008	Depósito resíduos comuns	R\$ 3.000,00
828/2008	15/09/2008	14/12/2008	Controle de Leitos	R\$ 40.000,00
	10/02/2009		Piscina CCI-UE	R\$ 7.000,00
OS/VS			Sala 3, Centro Cirúrgico - 4ºB	R\$ 8.000,00
	13/09/2009	30/10/2009	Quarto Pediatria (antiga sala TV) 6ºB	R\$ 5.000,00
			Autoclaves Central Material 5ºB	
OS/SSE			Enfs 209 e 210 - Isolamento PN	R\$ 28.000,00
1758/2008	22/04/2009	19/08/2009	Banco de Sangue 3ºB	R\$ 62.000,00
			Pressão negativa isolam. 3ºA	R\$ 40.000,00
			CFTV - complemento	R\$ 60.000,00
HC 2295/2009	30/12/2009	31/10/2010	Alarme de incêndio	R\$ 210.000,00
			UCO - 2ºB	R\$ 15.000,00
HC 9919/09	15/03/2010	31/10/2010	Banco de Tecidos	R\$ 205.000,00

HC 13146/09	05/04/2010	15/11/2010	Climatização Banco de Tecidos	R\$ 220.000,00
932/2010	14/06/2010	25/08/2010	Enfs 201 e 203 - semintensivo 2ºA	R\$ 32.500,00
	25/08/2010	15/11/2010	Enfs 202, 204, 206 e 208 - 2ºA	R\$ 27.000,00
OS/SSE			Adequações na CTI 4ºB - VISA	R\$ 10.000,00
TOTAL				R\$ 3.320.100,00

c) BALANCETE FINANCEIRO – INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS

Ano	MATERIAL	QT	VAL.EST.
2003	ESTABILIZADOR 1,5 KVA C/ 4TOMADAS	1	R\$ 150,0
2003	FOCO CIRÚRGICO DE DUPLA CÚPULA	2	R\$ 27.000,0
2003	CENTRÍFUGA BIO ENG, MOD. BE 4004/4000	1	R\$ 2.375,0
2003	CENTRÍFUGA BIO ENG, MOD. BE 4004/4000	1	R\$ 2.375,0
2004	IMPRESSORA CÓDIGO DE BARRAS	1	R\$ 1.800,0
2004	IMPRESSORA TÉRMICA ELTON SC 2844	1	R\$ 2.052,2
2004	LEITOR DE CÓDIGO DE BARRAS	1	R\$ 713,8
2004	APARELHO DE OSMOLARIDADE (OSMÔMETRO)R\$38.000,00 (50% deptos)	1	R\$ 19.000,0
2004	EXPANSOR DE PELE (US\$6.470,59X 3,00=R\$19.411,77	1	R\$ 19.411,8
2004	LAVADORA ULTRA-SÔNICA	1	R\$ 51.000,0
2004	FOCO CIRÚRGICO DE TETO C/ DUAS CÚPULAS	1	R\$ 43.500,0
2004	CONJ. DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ 03 LÂMINAS CURVAS	1	R\$ 300,0
2004	GELADEIRA VERTICAL TIPO PASS-THROUGH P/ LACTÁRIO	2	R\$ 8.100,0
2004	PASS-THROUGH VERTICAL REFRIGERADO, EM AÇO INOX	1	R\$ 4.050,0
2004	PASS-THROUGH VERTICAL QUENTE, EM AÇO INOX	1	R\$ 3.440,0
2004	LAVADORA DE LOUÇAS C/ KIT MOTOBOMBA	1	R\$ 30.300,0
2004	BATERIA DE PANELA BASCULANTE, EM AÇO INOX	1	R\$ 24.500,0
2004	DESCASCADOR DE ALIMENTOS, DE MESA EM AÇO INOX	2	R\$ 2.430,0
2004	FORNO COMBINADO ELÉTRICO, 380 VOLTS C/ RACK	1	R\$ 27.000,0
2004	RESFRIADOR/CONGELADOR RÁPIDO	1	R\$ 34.930,0
2004	REFRIGERADOR INDUSTRIAL C/6 PORTAS, EM AÇO INOX	2	R\$ 13.800,0
2004	MESA LISA EM AÇO INOX, MED.1200X700X850MM	2	R\$ 2.194,0

2004	MESA LISA EM AÇO INOX, MED.1800X700X850MM	1	R\$ 1.669,0
2004	MÁQUINA DE FABRICAR GELO EM DROPS, CAP.150KG/DIA	1	R\$ 5.600,0
2004	PROCESSADOR ELÉTRICO DE ALIMENTOS, CAP.120/200KG/H	1	R\$ 1.424,8
2004	CARRO ABERTO P/ TRANSPORTE DE BANDEJA	10	R\$ 12.770,0
2004	MESA P/ REFEITÓRIO MED. 100X75CM	14	R\$ 6.230,0
2004	CADEIRA P/ REFEITÓRIO EM ESTRUTURA DE AÇO	56	R\$ 7.112,0
2004	CARRO FECHADO P/ TRANSPORTE DE BANDEJA	8	R\$ 22.472,0
2004	EXTRATOR DE SUCO	2	R\$ 260,0
2004	BALANÇA ELETRÔNICA CAPAC. 15 OU 20 KG	1	R\$ 650,0
2004	REFRESQUEIRA ELÉTRICA CAPAC. 20L	2	R\$ 3.000,0
2004	FOGÃO ELÉTRICO DE MESA	2	R\$ 820,0
2004	LIQUIDIFICADOR INDUSTRIAL CAPAC. P/ 2 LITROS	4	R\$ 1.540,0
2004	FATIADOR AUTOMÁTICO DE FRIOS, EM AÇO INOX	1	R\$ 1.780,0
2004	FOGÃO INDUSTRIAL A GÁS	1	R\$ 1.073,0
2004	MONITOR P/ MICROCOMPUTADOR DE 15 POLEGADAS	1	R\$ 395,0
2004	CARDIOVERSOR/DEFIBRILADOR C/ MARCAPASSO EXT.(R\$25.000,00)	1	R\$ 7.410,0
2004	TERMODESINFECTORA MICROPROCESSADA	1	R\$ 67.111,0
2004	PAINEL DE CABECEIRA DE LEITO HOSP. TIPO RÉGUA	10	R\$ 7.980,0
2004	CONJ. DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ 03 LÂMINAS CURVAS	1	R\$ 300,0
2004	CARDIOVERSOR/DEFIBRILADOR C/ MARCAPASSO EXT.(R\$25.000,00)	1	R\$ 7.410,0
2004	CONJ. DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ 03 LÂMINAS CURVAS	1	R\$ 300,0
2004	ELETROCARDÍOGRAFO	1	R\$ 16.700,0
2005	BRACKET FECHADO	8	R\$ 1.852,0
2005	SWITCH D' LINK	2	R\$ 953,1
2005	IMPRESSORA CÓDIGO DE BARRAS	1	R\$ 1.800,0
2005	SWITCH D'LINK DES 355 - 48 PORTAS 10/100MBPS	1	R\$ 3.930,0

2005	MESA AUXILIAR DE INOX C/ RODÍZIO E 02 BANDEJAS1,00X0,50X0,85M	1	R\$ 472,0
2005	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO (US\$267.000,00X2,22+R\$40.000,00 DESP. IMP.)	1	R\$ 632.740,0
2005	CÂMARA DE CONSERV. DE PLASMA - 35°C (FREEZER)	1	R\$ 16.400,0
2005	ULTRA-SOM TERAPÊUTICO	1	R\$ 1.070,0
2005	TENS/FES CLÍNICO PORTÁTIL	1	R\$ 830,0
2005	INFRA VERMELHO COM PEDESTAL	1	R\$ 490,0
2005	LASER FISIOTERAPÊUTICO	1	R\$ 3.500,0
2005	NO BREAK 700W	1	R\$ 1.148,8
2005	AUTOCLAVE HOSPITALAR C/BARREIRA (2 PORTAS) 365 L	1	R\$ 84.120,0
2005	MÁQUINA DE CORTAR CABELO, MARCA WAHL	1	R\$ 108,9
2005	NO BREAK 700W	1	R\$ 1.148,8
2005	FOCO CIRÚRGICO DE TETO	2	R\$ 55.000,0
2005	VENTILADOR DE PAREDE DE 60CM DE DIÂMETRO, PRETO	1	R\$ 120,0
2005	MONITOR DE VÍDEO P/ MICROCOMPUTADOR	1	R\$ 400,0
2005	OSCILOSCÓPIO DIGITAL	1	R\$ 7.990,0
2005	MULTÍMETRO DIGITAL	1	R\$ 1.592,0
2005	ANALISADOR E SIMULADOR DE OXÍMETRO DE PULSO (US\$14.062,00X2,75=R\$38.702,84)	1	R\$ 30.221,9
2005	ANALISADOR E SIMULADOR DE BOMBA DE INFUSÃO(US\$23.379,000X2,75=R\$64.346,02)	1	R\$ 50.001,4
2005	ANALISADOR E SIMULADOR DE VENTILADOR PULMONAR(R\$38.625,05)	1	R\$ 39.500,0
2005	CARRO MACA FOWLER HIDRÁULICO	10	R\$ 69.860,0
2005	ELEVADOR HIDRÁULICO (R\$4.360,00)	1	R\$ 4.360,0
2005	SELADORA FILETECOM 62CM DE SOLDA, PEDAL...	1	R\$ 680,0
2005	VENTILADOR PULMONAR MICROPROCESSADO (RESPIRADOR) -5XR\$46.400,00=>R\$232,000,00	5	R\$ 232.000,0
2005	ESTABILIZADOR DE 1,0 KVA	1	R\$ 50,0
2005	VENTILADOR MED. 50CM C/ SUPORTE DE PAREDE-220V	1	R\$ 120,0
2005	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	1	R\$ 43.500,0

2005	MESA DE CABECEIRA C/MESA DE REFEIÇÃO ACOPLADA - LAFIX	10	R\$ 3.740,0
2005	MESA DE CABECEIRA C/MESA DE REFEIÇÃO ACOPLADA-LAFIX	24	R\$ 7.992,0
2005	CAMA FOWLER ELÉTRICA	18	R\$ 131.040,0
2006	VÍDEO GASTROSCÓPIO GIF-1TQ 160 - OLYMPUS	1	R\$ 77.600,0
2006	APARELHO DE AR CONDICIONADO 12000 BTUS, 220V	1	R\$ 1.050,0
2006	POLÍGRAFO CARDÍACO	1	R\$ 67.580,0
2006	APARELHO DE FAX	1	R\$ 686,0
2006	CENTRAL FAD 100	1	R\$ 35.000,0
2006	BALANÇA ELETRÔNICA CAPAC. 200 KG C/ RÉGUA	1	R\$ 1.760,0
2006	REFRIGERADOR CÔNSUL CRA30E	1	R\$ 899,0
2006	FOCO GINECOLÓGICO C/ESPELHO E HASTE FLEXÍVEL	1	R\$ 420,0
2006	BANCO GIRATÓRIO ASSENTO ESTOFADO BASE 5 RODÍZIOS	1	R\$ 130,0
2006	ESCADA C/ DOIS DEGRAUS MOD. LX PISO BORRACHA ANTI-DERRAPANTE	3	R\$ 285,0
2006	ARMÁRIO COR CINZA, MED. 1630X900X410, 2 PORTAS	3	R\$ 900,0
2006	CADEIRA FIXA, TIPO EXECUTIVA, C/ ASSENTO DE TECIDO	3	R\$ 222,0
2006	CADEIRA TIPO PRESIDENTE C/ BASE GIRATÓRIA, C/RODÍZIO, REVEST. TECIDO	5	R\$ 1.015,0
2006	CADEIRA TIPO SECRETÁRIA,C/BASE GIRATÓRIA, REVEST. TECIDO	3	R\$ 381,0
2006	RELÓGIO DE PONTO ELETRÔNICO, CODIN MD 400	1	R\$ 2.662,0
2006	CARRINHO DE BEBÊ	2	R\$ 304,7
2006	FRIGOBAR CAPAC. 80 LITROS	1	R\$ 720,0
2006	BANQUETA C/ RODAS E REGULAGEM DE ALTURA	1	R\$ 125,0
2006	CONJUNTO C/3 BANQUETAS P/ RPG	1	R\$ 187,0
2006	MESA AUXILIAR C/ 2 GABINETES EM FERRO	1	R\$ 155,0
2006	CAMA ELÁSTICA RECLINÁVEL 90CM C/JOGO DE 4 BOLAS	1	R\$ 570,0
2006	PARALELA EM INOX	1	R\$ 810,0
2006	DIVÃ ARMÁRIO C/ CABECEIRA REGULÁVEL, MARFIM	1	R\$ 585,0

2006	DERMATOMO À BATERIA	1	R\$ 44.300,0
2006	TERMODESINFECTORA MICROPROCESSADA	1	R\$ 179.500,0
2006	NO BREAK 800 VA	1	R\$ 1.026,9
2006	GARROTE PNEUMÁTICO	1	R\$ 6.405,0
2006	ARCO CIRÚRGICO PORTÁTIL	1	R\$ 365.000,0
2006	MESA CIRÚRGICA	1	R\$ 56.000,0
2006	FORNO MICROONDAS CAPAC. 27 LITROS	1	R\$ 399,0
2006	ESTANTE EM AÇO AISI 304 C/ 5 PRATELEIRAS, C/4 RODÍZIOS	10	R\$ 11.000,0
2006	VENTILADOR DE 50CM DE DIÂMETRO C/SUORTE DE PAREDE	3	R\$ 360,0
2006	BALANÇA ELETRÔNICA PESADORA DE MESA CAP. 3 KG	1	R\$ 565,0
2006	BALANÇA ELETRÔNICA PESADORA DE MESA CAP. 30 KG	1	R\$ 749,0
2006	BATEDEIRA PLANETÁRIA C/ 5 VELOCIDADES	1	R\$ 469,0
2006	FORNO MICROONDAS, 27 LITROS	1	R\$ 285,0
2006	LIQUIDIFICADOR INDUSTRIAL CAPAC. P/ 15 LITROS	1	R\$ 620,0
2006	LIQUIDIFICADOR DOMÉSTICO C/ 4 VELOCIDADES	3	R\$ 285,0
2006	VENTILADOR DE 60CM DE DIÂMETRO C/SUORTE DE PAREDE	1	R\$ 115,0
2006	MANOVACUÔMETRO	1	R\$ 689,2
2006	SECADORA DE TRAQUÉIAS (R\$13.000,00)	1	R\$ 13.000,0
2006	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO C/ CAPNOGRAFIA	2	R\$ 98.000,0
2006	BALANÇA ELETRÔNICA JÚNIOR 15 KG	1	R\$ 896,0
2006	FOCO DE LUZ FRIA SEM ESPELHO	1	R\$ 280,0
2006	POLTRONA MODELO MT1020T - COR CR 11	18	R\$ 12.510,0
2006	REFRIGERADOR CÔNSUL CRC 08-76 (FRIGOBAR)	1	R\$ 720,0
2007	ESTABILIZADOR 1500VA	2	R\$ 464,0
2007	ESTABILIZADOR DE 1500 VA	1	R\$ 232,0
2007	TERMINAL - THIN CLIENT (R\$7.695,00)	9	R\$ 7.695,0
2007	MONITOR P/ MICRO LCD DE 15 POLEGADAS (R\$4.725,00)	9	R\$ 4.725,0

2007	SERVIDOR (R\$8.550,00)	1	R\$ 8.550,0
2007	NO-BREAK DE 3,2 KVA (R\$4.900,00)	1	R\$ 4.900,0
2007	PROJETOR MULTIMÍDIA + TELA DE PROJEÇÃO (R\$3.475,00)	1	R\$ 3.475,0
2007	RACK C/ 4 BANDEJAS (R\$7.347,66)	1	R\$ 7.347,7
2007	BRACKET DE 6" 570M (R\$250,00)	1	R\$ 250,0
2007	LIVRO: "ESCREVENDO CÓDIGO SEGURO"	1	R\$ 137,0
2007	APARELHO DE ULTRA-SOM (US\$36.900,00X2,10+R\$13.000,00 DESP. IMP.))	1	R\$ 90.490,0
2007	ESTAÇÃO DE TRABALHO P/ O SISTEMA DE HEMODINÂMICA P/ SIST. DE ANGIOGRAFIA-UE (US\$65.000,00X2,17+R\$22.000,00) WOORK STATION	1	R\$ 163.050,0
2007	IMPRESSORA A LASER	1	R\$ 1.490,0
2007	VENTILADOR MED. 50CM C/ SUPORTE DE PAREDE-BIVOLT	1	R\$ 150,0
2007	INVERSOR DE FREQUÊNCIA	1	R\$ 3.564,0
2007	MICROCOMPUTADOR + GRAVADOR DE DVD-RW	2	R\$ 7.480,0
2007	NO BREAK DE 1.500 WATTS	1	R\$ 510,0
2007	APARELHO DE ANESTESIA (CARRO)	1	R\$ 60.000,0
2007	SISTEMA MICROPROCESSADO DE MICROMOTORES CIRÚRGICOS (PERFURADOR)	1	R\$ 36.878,0
2007	NO BREAK DE 1,5 KVA	1	R\$ 1.326,8
2007	MICROSCÓPIO BINOCULAR C/ QUATRO OBJETIVAS	1	R\$ 5.000,0
2007	CALDEIRÃO INDUSTRIAL A GÁS, CAPC. 200 LITROS	1	R\$ 7.900,0
2007	REFRIGERADOR HORIZONTAL, MED. 2500X700X850MM (R\$6.347,00)	1	R\$ 6.347,0
2007	REFRIGERADOR HORIZONTAL, MED. 2000X700X850MM (R\$5.826,00)	1	R\$ 5.826,0
2007	MESA RETANGULAR, MED. 1200X800X760MM (R\$7.980,00)	16	R\$ 7.980,0
2007	CADEIRA REDONDA COR BEGE (R\$7.990,40)	64	R\$ 7.990,4
2007	CADEIRA TIPO EXECUTIVA P/ DIGITADOR, COM BRAÇO (R\$2.200,00)	10	R\$ 2.200,0
2007	CADEIRA TIPO EXECUTIVA P/ DIGITADOR, SEM BRAÇO (R\$570,00)	3	R\$ 570,0
2007	CADEIRA TIPO INTERLOCUTOR, SEM BRAÇO (R\$96,00)	2	R\$ 96,0

2007	NO BREAK 600 VA	1	R\$ 1.798,0
2007	CAMA P/ UTI ADULTA, C/ BALANÇA EMBUTIDA (R\$20.000,00)	1	R\$ 20.000,0
2007	ASPIRADOR PORTÁTIL	1	R\$ 212,0
2007	OTOSCÓPIO, MARCA MISSOURI TK	2	R\$ 420,0
2007	ASPIRADOR PORTÁTIL	1	R\$ 212,0
2007	ELETROCARDÍOGRAFO, MODELO ECG 12 DERIVAÇÕES,C/ 3 CANAIS, MARCA ECAFIX, SEM CARRINHO	1	R\$ 5.980,0
2007	CADEIRA GIRATÓRIA, SEM BRAÇO	5	R\$ 790,0
2007	NO BREAK 600 VA	1	R\$ 1.798,0
2007	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	1	R\$ 19.800,0
2007	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO (R\$20.000,00)	1	R\$ 0,0
2007	VENTILADOR (RESPIRADOR) PULMONAR	3	R\$ 186.000,0
2007	AP. DE ULTRA-SOM (AP. DE DOPPLER ECOCARDIOGRAMA)	1	R\$ 83.000,0
2008	SISTEMA DE RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL-CR	1	R\$ 135.000,0
2008	DETECTOR FETAL PORTÁTIL MD700 LX, MICROEM	1	R\$ 270,0
2008	MÁQUINA DE HEMODIÁLISE	1	R\$ 43.000,0
2008	BALANÇA ELETRÔNICA P/ ADULTO	6	R\$ 5.592,0
2008	CAMA FOWLER ELETRÔNICA	7	R\$ 182.000,0
2008	ELETROCARDÍOGRAFO	3	R\$ 53.400,0
2008	ÓCULOS PROTEÇÃO RADIOLÓGICA EM CHUMBO DE 0,75MM	5	R\$ 2.375,0
2008	CAMA FAWLER ELÉTRICA P/ OBESO,C/ COLCHÃO	1	R\$ 7.950,0
2008	DERMÁTOMO À BATERIA	3	R\$ 125.100,0
2008	IMPRESSORA DE CÓDIGO DE BARRA	5	R\$ 4.075,0
2008	COAGULADOR POR ARGÔNIO	1	R\$ 25.000,0
2008	BANCADA P/ CONFECCIONAMENTO INSTRUMENTAL (MESA)	3	R\$ 21.000,0
2008	CARRINHO P/ PORTA PAPEL E CAMPOS DESCARTÁVEIS	2	R\$ 2.374,0
2008	PROTETOR DE TIREÓIDE	10	R\$ 873,1
2008	AVENTAL C/ PROTEÇÃO DAS COSTAS C/02 PORTA-	5	R\$ 2.741,0

AVENTAIS DE PAREDE P/ 05 AVENTAIS			
2008	VÍDEO GASTROSCÓPIO GIF-Q160, MARCA OLYMPUS	1	R\$ 85.000,0
2008	BRONCOFIBROSCÓPIO + MICROCÂMERA	1	R\$ 55.000,0
2008	LEITOR DE CÓDIGO DE BARRAS	1	R\$ 780,0
2008	LEITOR DE CÓDIGO DE BARRAS	1	R\$ 780,0
2008	ESTANTE EM AÇO C/ 6 PRATELEIRAS	24	R\$ 4.680,0
2008	OFTALMOSCÓPIO INDIRETO, BINOCULAR	1	R\$ 5.486,0
2008	PROTETOR DE TIREÓIDE	6	R\$ 523,9
2008	CONJ. DE SAIA E BLUSA P/HEMODINÂMICA C/ 02 PORTA-AVENTAIS DE PAREDE P/ 05 SAIAS E 02 PORTA AVENTAIS TIPO CABIDE P/ 05 BLUSAS	11	R\$ 11.801,2
2008	CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR	6	R\$ 142.800,0
2008	VENTILADOR (RESPIRADOR) MECÂNICO NÃO INVASIVO BIPAP	2	R\$ 70.000,0
2008	VENTILADOR (RESPIRADOR) MECÂNICO MICROPROCESSADO	5	R\$ 294.500,0
2008	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	6	R\$ 183.336,0
2008	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO	3	R\$ 145.326,0
2008	BOMBA DE INFUSÃO DE SERINGA	8	R\$ 21.600,0
2009	FOGÃO C/2 BOCAS	1	R\$ 246,3
2009	CARRO DE EMERGÊNCIA	7	R\$ 19.950,0
2009	CARRO DE EMERGÊNCIA	2	R\$ 5.700,0
2009	MANOVACUÔMETRO DIGITAL	2	R\$ 4.578,0
2009	MANÔMETRO DE CUFF	3	R\$ 5.625,0
2009	APARELHO NEURODYN II - TENS E FES	1	R\$ 791,0
2009	FRIGOBAR 76 OU 79 LITROS	2	R\$ 1.274,0
2009	CARRO CURATIVO EM INOX C/ BALDE E BACIA	2	R\$ 1.380,0
2009	CARRO P/ MEDICAÇÃO C/ 4 GAVETAS	3	R\$ 2.100,0
2009	ESCADA DE 02 DEGRAUS EM INOX	28	R\$ 5.460,0
2009	PORTA SACO (HAMPER) EM INOX	10	R\$ 1.680,0
2009	TORPEDO DE O2 P/ TRANSPORTE, C/ CARRINHO	3	R\$ 3.390,0

2009	CONJUNTO DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/LÂMINAS CURVA 1, 3 E 4	4	R\$ 1.861,3
2009	APARELHO DE PRESSÃO ARTERIAL, DE PAREDE, TIPO ANERÓIDE (ESFIGMOMANÔMETRO)	28	R\$ 6.804,0
2009	NEGATOSCÓPIO DE 02 CORPOS	2	R\$ 920,0
2009	CADEIRA DE BANHO REFORÇADA C/ ASSENTO	5	R\$ 1.170,0
2009	POLTRONA MODELO MT1020A - COR PRETA, ESTRUTURA BEGE	9	R\$ 6.615,0
2009	CRIADO MUDO C/ MESA AUXILIAR	28	R\$ 10.920,0
2009	CADEIRA ERGONÔMICA DIGITADOR, C/ RODÍZIO, C/ BRAÇO, TECIDO COR PRETA	12	R\$ 2.088,0
2009	CADEIRA FIXA, SEM BRAÇO, COR PRETA	22	R\$ 1.716,0
2009	CAMA ELETRÔNICA FAWLER	7	R\$ 171.500,0
2009	CAMA ELETRÔNICA FAWLER (R\$24.500,00)	1	R\$ 24.500,0
2009	CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR MOD. XL, MARCA PHILIPS	2	R\$ 52.000,0
2009	VENTILADOR (RESPIRADOR) PULMONAR DE TRANSPORTE	1	R\$ 34.500,0
2009	VENTILADOR (RESPIRADOR) PULMONAR NÃO INVASIVO-BIPAP	2	R\$ 52.000,0
2009	VENTILADOR (RESPIRADOR) MECÂNICO MULTIPROCESSADO	3	R\$ 168.000,0
2009	MARCAPASSO CARDÍACO EXTERNO	3	R\$ 21.000,0
2009	CATRACA MODELO GABINETE (R\$3.960,00)	2	R\$ 3.960,0
2009	CADEIRA OFTALMO/OTORRINO C/ POSIÇÃO TIPO MACA 180° E ENCOSTO 90°	1	R\$ 3.895,0
2009	MONITOR DE SINAIS VITAIS PORTÁTIL	4	R\$ 62.164,0
2009	VENTILADOR (RESPIRADOR) PULMONAR	4	R\$ 217.600,0
2009	CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR MOD. XL, MARCA PHILIPS	6	R\$ 156.000,0
2009	AUTOCLAVE DE VAPOR SATURADO,C/BARREIRA, 365 LITROS	2	R\$ 405.080,0
2009	TERMODESINFECTORA MICROPROCESSADA, MARCA CISA	1	R\$ 172.454,0
2009	APARELHO DE ELETROTERRAPIA (AP.STIMUPLEX HNS 12	2	R\$ 6.560,0
2009	TORNIQUETE (GARROTE PNEUMÁTICO)	1	R\$ 7.998,0
2009	CENTRAL DE VÍDEO+FONTE DE LUZ +TROLLEY+MONITOR+NOBREAK+VIDEOGASTROSCÓPIO	1	R\$ 241.092,0

GIF-XTQ160 (OLYMPUS)			
2009	BALANÇA ELETRÔNICA DIGITAL DE PISO CAP. 300 KG	1	R\$ 1.691,2
2009	CARRO ABERTO P/ TRANSPORTE DE MATERIAL EM GERAL	2	R\$ 3.506,3
2009	CARRO FECHADO P/ TRANSPORTE DE BANDEJA TÉRMICA	2	R\$ 10.000,3
2009	LAVADORA DE LOUÇAS, MED. 85X60X60CM	1	R\$ 2.000,0
2009	REFRIGERADOR HORIZONTAL (GELADEIRA)	2	R\$ 17.457,5
2009	CARRO EM AÇO, P/ CARGA E DECARGA DE AUTOCLAVE BAUMER	1	R\$ 5.664,4
2009	SELADORA AUTOMÁTICA	1	R\$ 2.550,0
2009	MÁQUINA DESENTUPIDORA ELÉTRICA COMPLETA	1	R\$ 2.340,0
2009	CONJUNTO DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ LÂMINAS CURVAS 2,3,4	1	R\$ 399,0
2009	CONJUNTO DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ LÂMINAS CURVAS 2,3,4	1	R\$ 399,0
2009	CONJUNTO DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ LÂMINAS CURVAS 2,3,4	2	R\$ 798,0
2009	CONJUNTO DE LARINGOSCÓPIO ADULTO C/ LÂMINAS CURVAS 2,3,4	1	R\$ 399,0
2009	GUINDASTE OU ELEVADOR HIDRÁULICO, CAPAC. P/ ELEVAR NO MÍNIMO 200KG	1	R\$ 3.990,0
2010	APARELHO DE PRESSÃO NEGATIVA (UNID. DE DESCONTAMINAÇÃO)	2	R\$ 12.725,9
2010	SERRA DE GESSO MARCA STRYKER, MODELO 940	2	R\$ 15.628,5
2010	CAMA FOWLER ELÉTRICA METABÓLICA C/ BALANÇA	8	R\$ 180.160,0
2010	CAMA FOWLER ELÉTRICA METABÓLICA C/ BALANÇA(R\$30.000,00X3=R\$90.000,00)	3	R\$ 90.000,0
2010	OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL GE DATEX-OHMEDA TUFFSAT C/SENSOR (OXY-F1-H)	2	R\$ 3.200,0
2010	OXÍMETRO DE PULSO PORTÁTIL GE DATEX-OHMEDA TUFFSAT C/SENSOR ADULTO/PED (OXY-W4-H)	3	R\$ 4.350,0
2010	CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR MOD. XLM4735A, MARCA PHILIPS	2	R\$ 52.000,0
2010	MONITOR MULTIPARAMÉTRICO MODELO INTELLIVUE MP50, MARCA PHILIPS	5	R\$ 195.000,0
2010	VENTILADOR/RESPIRADOR MECÂNICO NÃO INVASIVO (BIPAP)	3	R\$ 94.551,0
2010	VENTILADOR/RESPIRADOR DE TRANSPORTE	1	R\$ 36.558,0

2010	MÁQUINA DE HEMODIÁLISE	1	R\$ 41.000,0
2010	AQUECEDOR CORPORAL WARMTOUCH 220 VOLTS (MANTA TÉRMICA)	1	R\$ 7.995,0
2010	ELEVADOR DE TRANSFERÊNCIA VERTICAL DE PACIENTE C/ BALANÇA P/ 150 KG (GUINCHO/JACK)	1	R\$ 15.824,5
2010	PERFURADOR (MOTOR) PORTÁTIL PNEUMÁTICO TIPO CANETA AIR PEN DRIVE (ET-01.7a)	1	R\$ 58.700,0
2010	PERFURADOR (MOTOR) PORTÁTIL PNEUMÁTICO TIPO CANETA AIR PEN DRIVE (ET-01.7b)	1	R\$ 39.000,0
2010	PERFURADOR (MOTOR) PORTÁTIL PNEUMÁTICO COMPACT AIR DRIVE (ET-01.7c)	1	R\$ 55.000,0
2010	PERFURADOR (MOTOR) PORTÁTIL PNEUMÁTICO COMPACT AIR DRIVE (ET-01.7d)	1	R\$ 33.000,0
2010	BATEDEIRA PLANETÁRIA INDUSTRIAL. CAPAC. 30L (R\$22.900,00)	1	R\$ 22.900,0
2010	ELEVADOR DE TRANSFERÊNCIA VERTICAL E HORIZONTAL DE PACIENTE C/ BALANÇA P/ 250 KG (GUINCHO/JACK)	1	R\$ 21.341,0
2010	CARRO FUNCIONAL C/SACO AMARELO (KIT PROMOCIONAL-NYKTO3)	20	R\$ 18.600,0
2010	CARRO (FIBERGLASS) C/ TAMPA BIPARTIDA LINHA HOSPITALAR 65X127X85CM	20	R\$ 16.300,0
2010	MÁQUINA (LAVADORA)DE ALTA PRESSÃO (TIPO WAP) 220V	2	R\$ 580,0
2010	COUGH ASSIST 110V-RESPIRONICS (SIMULADOR DE TOSSE)-R\$24.743,10	1	R\$ 24.743,1
UE Total			R\$ 8.284.300,4

d) TERMO ADITIVO – UNIDADE CORONARIANA

INTRODUÇÃO

A Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (U.E. –HCFMRP-USP) é referência terciária para o atendimento de emergências da Divisão Regional de Saúde (DRS) XIII (Região de Ribeirão Preto). Recentemente, as Portarias 210/2004 e 1169/2004 criaram os centros de referência para assistência cardiovascular no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo foi elevado ao nível de Centro de Referência em Cardiologia.

Para se adequar às referidas portarias, atuando efetivamente como Centro de Referência, a U.E. – HCFMRP-USP deve se adaptar para poder proporcionar atendimento de emergência cardio-vascular. Este documento irá primeiramente revisar a literatura especializada, na busca de recomendações sobre como este atendimento deve ser realizado e as necessidades para a DRS XIII. Posteriormente, serão descritas a situação atual do atendimento da U.E.-HCFMRP-USP e a proposta de adequação da U.E., detalhando-se as medidas necessárias no plano estrutural, de equipamentos e de pessoal e salientando-se as medidas que já foram implementadas pelo HCFMRP-USP. Finalmente, serão listadas as necessidades pendentes para que sejam tomadas providências cabíveis junto aos órgãos competentes.

Serão utilizadas como diretrizes as referidas portarias, a legislação vigente sobre Terapia Intensiva ou as diretrizes de Sociedades de Cardiologia Brasileira ou Internacionais quando disponíveis para justificar as solicitações deste documento. Na ausência de qualquer documentação pertinente, será utilizada a série histórica da U.E.-HCFMRP-USP ou as normas vigentes no HCFMRP-USP.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS CÁRDIO-VASCULARES

O atendimento de emergências cárdio-vasculares sofreu diversas alterações nas últimas décadas(1). O avanço científico no conhecimento da fisiopatologia das principais condições clínicas cardiológicas, como as síndromes coronarianas agudas (SCA)(1), os distúrbios do ritmo cardíaco(2-4) e a insuficiência cardíaca(5-7), tiveram repercussão na sobrevivência dos pacientes. No entanto, a implementação destes recursos também requereu a reestruturação dos serviços de saúde, com repercussão sobre o Relatório Gestão Ue-Hcfmrp-Usp 2003-2010

custo(4;7;8). Dentre as inúmeras modificações, as que dizem respeito às SCA foram as mais expressivas tanto em termos de redução de morbi-mortalidade como nas demandas sobre o sistema de saúde. Destacam-se as necessidades logísticas e estruturais para a instalação de Unidades Coronarianas (UCO)(1), protocolos de trombólise química e mecânica(9) e dos Centros de Dor Torácica (CDT)(10;11), que serão detalhadas a seguir.

UNIDADES CORONARIANAS

As Unidades Coronarianas foram propostas como centros de observação para pacientes com infarto agudo do miocárdio para prevenção de morte por arritmia (fibrilação ventricular) no início da década de 60(1). A simples instituição do recurso de desfibrilação em tempo hábil foi responsável pela redução de 50% da mortalidade hospitalar de pacientes infartados e gerou a disseminação deste modelo assistencial(1).

A implantação das UCOs concretizou a modificação conceitual do atendimento a pacientes infartados que passaram a ser encarados como casos graves, que necessitavam de ambiente de terapia intensiva e profissional especializado no seu tratamento. Isto implicou que as UCOs fossem estruturadas desde o seu início com equipamentos e pessoal similares aos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) geral, implicando em elevado custo hospitalar para o paciente admitido(12).

Com a consolidação da implantação foi ocorrendo gradativamente a ampliação do espectro dos pacientes atendidos nessas Unidades. O que inicialmente se propunha apenas à monitorização de pacientes infartados foi sendo estendido para todo o espectro das SCA e, posteriormente, para o atendimento de pacientes com suspeita clínica de SCA(12;13). Essa modificação foi natural em decorrência da centralização do cardiologista nessas UCOs, tornando lógica a estratégia de se centralizar o atendimento a pacientes com suspeita clínica de SCA nessas unidades. No entanto, a instituição dessa política se constituiu na primeira crise desse modelo assistencial, haja vista que o custo financeiro era proibitivo(12;13). A maioria dos pacientes com suspeita clínica de SCA são de baixa probabilidade e baixo risco, principalmente em centros que não dispõem de um sistema de regulação de fluxo, não necessitando muitas vezes de internação, quanto mais em ambiente de terapia intensiva. Dessa crise surgiram os Centros de Dor Torácica (CDT)(10), na tentativa de sistematizar o atendimento de pacientes com suspeita clínica de SCA na Sala de Urgência, evitando os custos da admissão hospitalar.

O redirecionamento de pacientes de baixa complexidade para outros modelos assistenciais, como os CDTs(10), somado a maior sobrevida de pacientes com SCA em virtude dos procedimentos de reperfusão (trombólise química e mecânica e revascularização miocárdica)(8;14) implicou no aumento da complexidade e gravidade dos pacientes atendidos. O perfil dos pacientes admitidos nas UCOs previamente à instalação de métodos de reperfusão, na maior parte constituídos por pacientes com o primeiro infarto, passou a ser o de um paciente com múltiplos eventos e várias intervenções prévias. Além

disso, pacientes com insuficiência cardíaca descompensada(7), choque cardiogênico, doença valvar grave, distúrbios do ritmo cardíaco(3;4), complicações de procedimentos percutâneos(8) e infecção relacionada à dispositivos também têm sido admitidos nestas unidades frente à disponibilidade de cardiologistas. Estas transformações fazem com que o que inicialmente foi proposto como uma unidade de observação vá se tornando aos poucos indistinguível de uma unidade de terapia intensiva(12).

Esse redimensionamento do perfil dos pacientes admitidos nas UCOs tem motivado uma melhor definição do papel a ser desenvolvido por essas unidades no plano estrutural, de equipamentos necessários e do perfil do profissional atuante(13). Essa redefinição tem levado em conta também a inserção dessa unidade no sistema de saúde ao qual ela estará vinculada, partindo-se do princípio de que esta unidade será a referência terciária para os atendimentos de SCA(15).

REPERFUSÃO

Muito embora o papel da trombose sobre placa coronariana tenha sido sugerido em 1910, apenas no início dos anos 80 foram disponibilizados os primeiros agentes trombolíticos endovenosos para uso em grande escala. Essas medicações iniciaram a chamada “*era trombolítica*” no manejo de pacientes infartados e a eficácia desse tratamento já está consolidada na literatura(1). O benefício é documentado para todos os trombolíticos desenvolvidos, sugerindo efeito de classe.

De particular importância na utilização dos trombolíticos é a rapidez da sua utilização em relação ao início do quadro. A taxa de reperfusão cai exponencialmente à medida que se prolonga o tempo entre o início do quadro clínico e o início da trombólise(16). Muito embora esta limitação seja conhecida desde os primeiros estudos sobre trombólise, estudos sobre a eficácia do trombolítico no “*mundo real*” têm demonstrado que a eficácia obtida nos estudos não é reproduzida no dia-a-dia das salas de urgência, sendo o retardo da aplicação dos trombolíticos um possível fator responsável(11). Esta observação salienta o fato de que não é suficiente a disponibilização da medicação, sendo que ela deve ser associada à estruturação da equipe para o pronto atendimento da condição.

Baseado nesses fatos, diversas propostas foram estudadas como a utilização de trombólise pré-hospitalar, em países onde o tempo para se alcançar a sala de emergência é superior a 30 minutos, ou a instalação de unidades similares às unidades de trauma, que consideram o paciente infartado como uma emergência prioritária no serviço, no qual cada minuto conta(10;11;15). A melhor tática a ser empregada não é conhecida, sendo que em princípio, todas estas alternativas são válidas, devendo ser implementadas na dependência das condições locais.

Em que se pese que a comodidade de aplicação em qualquer ambiente de emergência seja uma grande vantagem, a trombólise química apresenta diversas limitações, como contra-indicação por condição clínica do paciente (presente em cerca de 30% dos casos em algumas séries), não-reperfusão (15%) e reoclusão nos primeiros 3 meses após o infarto (30%)(16). Estas limitações têm motivado o

desenvolvimento da reperfusão mecânica, através da angioplastia coronariana transpercutânea(ACTP)(11;15).

Diversos estudos têm demonstrado tanto a eficácia da ACP como técnica de reperfusão, bem como a sua superioridade em relação aos trombolíticos endovenosos quando realizados com até 90 minutos da chegada ao serviço de emergência e em centros com experiência no procedimento(11;15). Equivale dizer que estes resultados só podem ser obtidos no contexto de um serviço de emergência bem organizado, pois o procedimento só terá sentido se realizado adequadamente e em tempo hábil.

Embora a técnica de ACP seja comprovadamente superior, novamente, a exemplo das UCOs, o custo para a sua manutenção é elevado(15). Este aspecto torna proibitivo a disseminação de unidades com capacidade para ACP em cada sala de emergência, enfatizando a necessidade de centralização e hierarquização do sistema(15). No entanto, a política de remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS) tem incentivado a disseminação destes centros de intervenção.

Em resumo, a reperfusão é uma pedra fundamental no tratamento do paciente com infarto agudo do miocárdio, reduzindo a morbi-mortalidade. Pode ser obtida por trombólise química ou mecânica. Muito embora haja evidências para a superioridade da trombólise mecânica, esta requer uma hierarquização do sistema em virtude do elevado custo.

CENTROS DE DOR TORÁCICA

Ao contrário das UCOs, os CDTs são reconhecidos como uma política de triagem e otimização do atendimento dos pacientes com SCA(10;11). Podem ser instituídos como uma unidade à parte na Sala de Emergência, a exemplo das Unidades de Trauma, ou como uma política diferenciada de atendimento dentro das dependências existentes.

Ao levar em consideração todo o espectro de pacientes atendidos com suspeita clínica de SCA, os CDTs realizam um papel regulador do fluxo, priorizando o atendimento de pacientes com infarto estabelecido, triando casos de SCA de alto risco e alta probabilidade para intervenção precoce e direcionando para a rede os casos de menor gravidade para investigação ambulatorial. Considerando que o número de casos de SCA sem supra de ST (ou seja, excluindo-se o infarto com supra) é naturalmente maior do que os casos com supra, tendendo esta diferença a aumentar à medida que o sistema se organiza, o investimento em políticas de saúde que levem em consideração este amplo espectro das SCA é desejável.

Estudos da implantação do modelo de atendimento das Unidades de Dor Torácica demonstram o benefício de sua utilização, mas deve ser ressaltado que este modelo foi implementado em estados norte-americanos com salas de urgência de “porta aberta”, ou seja, sem sistema de regulação médica(10;11). No contexto de um sistema hierarquizado de saúde, este modelo pode não surtir os mesmos efeitos, pois

os pacientes atendidos já são previamente triados, aumentando a probabilidade de SCA e sendo praticamente impossível evitar a investigação diagnóstica no ambiente hospitalar. Em sistemas hierarquizados, ainda carecemos de maiores evidências que certifiquem a validade do processo.

Em que se pese estas limitações, este modelo tem sido reproduzido para outros problemas de saúde pública em emergência, como a insuficiência cardíaca e a doença pulmonar obstrutiva crônica.

OUTROS PROBLEMAS CARDIO-VASCULARES

Embora as SCA representem o maior contingente de pacientes com emergências cardíovasculares, outras situações se constituem em problemas graves muito embora mais raros, como por exemplo, a dissecação aguda de aorta. Estas afecções são graves e de mortalidade elevada e requerem muitas vezes intervenção cirúrgica precoce. A estruturação do sistema deve levar em consideração a necessidade de intervenção cirúrgica e, a exemplo do exposto para os procedimentos coronarianos percutâneos, a centralização destes procedimentos é regra geral, em virtude de diminuir custo e da redução do número de procedimentos em decorrência das intervenções percutâneas.

EM SUMA

A abordagem dos pacientes com emergências cardíovasculares é onerosa, requerendo hierarquização do sistema para otimização de recursos. Diversas abordagens devem ser concatenadas para a utilização correta destes recursos, conforme previsto nas portarias que constituem os Centros de Referência. Seguindo estas normas, a U.E. procura se organizar para prover estes recursos.

CONDIÇÕES ATUAIS DE ATENDIMENTO E ADEQUAÇÃO NECESSÁRIAS PARA O ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS CÁRDIO-VASCULARES NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

ESTRUTURA

A U.E não dispõe de estrutura diferenciada para atendimento às urgências cardíovasculares, sendo o mesmo realizado nas dependências da Sala de Urgência (SU) destinada aos atendimentos não-traumáticos. Os pacientes que se encontram em estado mais crítico por ocasião da admissão são atendidos na Sala de Estabilização Clínica (SEC) ou na Sala de Atendimento ao Politraumatizados. Cada uma destas unidades dispõe de cinco leitos monitorizados, mas que estão constantemente ocupados.

Em virtude de sua função de referência terciária, a Unidade de Emergência do HCFMRP-USP recebe elevado número de pacientes da DRS XIII e do município de Ribeirão Preto. Muito embora a U.E. concentre um grande número de especialidades, as áreas de Clínica Médica e Neurologia respondem em conjunto por quase 50% dos atendimentos na Sala de Urgência, que em muitas ocasiões requerem internação hospitalar. O perfil do paciente admitido pela NeuroClínica na Unidade de Emergência é o de um paciente idoso, com inúmeras comorbidades que prolongam a internação uma vez que o motivo precipitante já tenha sido resolvido. Este tipo de paciente é preferencialmente direcionado para a U.E. e os pacientes com emergências cárdio-vasculares deixam de ser absorvidos por falta de espaço físico, sendo redirecionados para outros estabelecimentos (**Tabelas 1 e 2 e Figuras 1 e 2**).

As **Tabelas 1 e 2** descrevem as características do atendimento aos pacientes com infarto agudo do miocárdio e demais síndromes coronarianas agudas para a DRS XIII de acordo com o ano. Pode-se observar que o número de pacientes com infarto agudo têm aumentado, sendo o inverso verdadeiro para os pacientes com as demais síndromes coronarianas (**Figura 1**). Também é possível observar que a proporção dos casos atendidos no centro de referência terciária (U.E.-HCFMRP-USP) vem diminuindo com os anos, como é melhor ilustrado na **Figura 2**. A **Figura 2** também ilustra que após o início da Regulação Médica em 2002, o número de pacientes com SCA atendidos na U.E. reduziu drasticamente e que a proporção de infartos em relação ao número de outras síndromes coronarianas agudas na DRS XIII aumentou. Tal fato pode refletir a falta de detecção precoce dos casos de angina instável, por falta de acesso à mecanismos de triagem como os Centros de Dor Torácica.

Também pode ser observado das **Tabelas 1 e 2** que o custo do paciente atendido com SCA vem aumentando nos últimos anos, enquanto a permanência hospitalar diminuiu, tornando plausível a suposição de que a elevação do custo reflita a elevação do número de procedimentos e exames subsidiários realizados nestes pacientes. É digno de nota também que a mortalidade dos pacientes infartados apresentou redução significativa nos últimos anos, o que também pode refletir a intervenção percutânea precoce.

Os pacientes atendidos com SCA na U.E., caso constatada a necessidade de internação hospitalar, são encaminhados para as dependências da Unidade Coronariana ou para a Enfermaria de Cardiologia do HC-CAMPUS. A Unidade Coronariana do HC-CAMPUS conta com cinco leitos apenas e é constantemente ocupada, principalmente por pacientes que são submetidos à intervenções percutâneas. Considerando-se as recomendações de 1 leito para cada 100.000 habitantes, a DRS XIII teria necessidade de pelo menos 12 leitos de UCO (**Tabela 3**), ou seja, perfazendo um déficit de 7 leitos. Ao se considerar os leitos de Terapia Intensiva cadastrados na DRS XIII (**Tabela 4**), observa-se que exclusivamente como UCO apenas o HC-CAMPUS dispõe de leitos específicos para UCO e demais especialidades (Tipo III).

Frente a esta situação, novas táticas devem ser propostas, como a delimitação de leitos exclusivos para o atendimento de pacientes com urgências cárdio-vasculares nas dependências da U.E. que possibilite o encaminhamento e atendimento dos pacientes com SCA.

Frente às limitações de área física da SU, o atendimento inicial continuará sendo nas dependências atuais, mas propõe-se que a área de Semi-Intensiva localizada no segundo andar bloco B (**Figura 3**) seja transformada em Unidade Coronariana, para que os pacientes sejam rapidamente transferidos para este ambiente após o diagnóstico inicial. Esta Unidade tem capacidade para 7 leitos, requerendo pouca reforma, já que atualmente já comporta pacientes com perfil próximo ao que será esperado para os pacientes com SCA. Com poucas reformas estruturais, esta área estará pronta para atendimento, desde que equipada adequadamente (vide item EQUIPAMENTO).

Para que a U.E. não seja privada de leitos de Semi-Intensiva de NeuroClínica, tão necessários ao atendimento da DRS XIII, propõe-se que a área atualmente desativada no terceiro andar bloco B seja restaurada e ocupada pela Neurologia (**Figura 3**). A área permite que se desloque os leitos de Neurologia alocados atualmente no segundo andar Bloco A e Bloco B (**Figura 2**), bem como os 3 leitos de Semi-Intensiva neurológicos. Inclusive, será possível a ampliação para um quarto leito de semi-intensiva para a Neurologia e adequação de isolamentos de contato e respiratório. Os custos desta reforma podem ser absorvidos pelo HC-FMRP-USP como contrapartida institucional (**Tabela 5 e 6**), sendo o maior limitante a carência de pessoal.

A área do segundo andar Bloco A desocupada pela Neurologia será utilizada para transferir os leitos de semi-intensiva e isolamento respiratório da Clínica Médica, permitindo inclusive a ampliação de 3 leitos.

PESSOAL

Em termos de pessoal, o atendimento aos pacientes com emergências cárdio-vasculares é realizado pelo mesmo pessoal alocado para o atendimento da SU e demais enfermarias e áreas de Terapia Intensiva da U.E., principalmente no concernente ao pessoal de enfermagem. A reestruturação da U.E. há 8 anos estabeleceu uma sistemática de acolhimento com equipe multidisciplinar que atende às demandas de toda a unidade(17).

No que diz respeito à equipe médica, vale a pena ressaltar que diversos dos médicos contratados da Clínica Médica são cardiologistas e que a Divisão de Cardiologia do HC-FMRP-USP disponibiliza um residente de cardiologia em período integral para atendimento na U.E. sob supervisão direta dos docentes da Divisão.

Por iniciativa da Divisão de Cardiologia estabeleceu-se também o Centro de Dor Torácica desde 1998, sendo disponibilizados protocolos de atendimento (**Figura 5**) e supervisão contínua dos pacientes

admitidos. O CDT envolve não somente a disponibilização dos protocolos, mas também o treinamento efetivo de médicos e demais profissionais de saúde em protocolos de aceitação internacional(18).

Em que se pese estas iniciativas, a principal limitação da U.E. atualmente é a incapacidade de ampliação do seu quadro de pessoal de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), o que tem limitado inclusive a ocupação da área proposta para alojar a Neurologia (terceiro andar Bloco B – **Figura 4**). Estimativa realizada pela Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP aponta que seria necessária a contratação de **30 auxiliares de enfermagem e 18 enfermeiros** para possibilitar a ampliação proposta. No concernente ao efetivo médico, estima-se que seriam necessários mais **3 profissionais** para supervisão da UCO, com formação em cardiologia e terapia intensiva.

Além do efetivo para a abertura da UCO e ampliação da área de NeuroClínica, deve ser ressaltado que a proposta inclui a capacitação da U.E. para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em cineangiocoronariografia, sendo necessária a contratação de **2 profissionais médicos capacitados em hemodinâmica intervencionista, 2 enfermeiros e 6 auxiliares de enfermagem**.

Ainda como parte do apoio ao serviço médico, deve-se prever a contratação de **1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social e 1 nutricionista** para reforçar a equipe multidisciplinar que dá apoio aos pacientes internados na U.E.

EQUIPAMENTO

Em termos de equipamento, a SU é capacitada para o atendimento inicial, dispendo de monitorização, eletrocardiógrafo e cardioversor. Para a capacitação da área proposta, é necessário a aquisição de diversos equipamentos (**Tabela 5**), sendo que os monitores já estão sendo adquiridos pelo HCFMRP-USP como parte da contrapartida institucional (**Tabela 6**).

A necessidade de equipamento compreende também a capacitação da U.E. para a realização de exames subsidiários como a Doppler ecocardiografia e a adequação do sistema de radiologia intervencionista para a realização de exames cineangiocoronariográficos diagnósticos e de intervenção. Estas necessidades também estão sendo realizadas com verba do HCFMRP-USP como contrapartida da instituição (**Tabela 6**).

Em que se pese o investimento já realizado (**Tabela 6**), sem recursos adicionais de equipamento (**Tabela 5**) e contratação de pessoal, a adequação da U.E. para o atendimento de emergências cardíovasculares não será exequível.

INTEGRAÇÃO COM O HC-CAMPUS

Com as reformas propostas de estrutura, pessoal e equipamento, a U.E.-HCFMR-USP poderá exercer seu papel de referência terciária para emergências cardíaco-vasculares. Deve ficar claro, no entanto, que este papel deverá ser exercido em atuação conjunta com os recursos existentes no HC-CAMPUS, para onde os pacientes que requeiram investigação mais detalhada ou procedimentos mais complexos, como cirurgia cardíaca eletiva deverão ser transferidos.

TABELA 16 – CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO A PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) NA DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE XIII (RIBEIRÃO PRETO) DE ACORDO COM O ANO DE ATENDIMENTO

ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
N DRS XIII	351	281	370	376	475	569	631	590
N UEHCFMRP-USP	118	134	129	127	137	129	119	114
% Casos atendidos na UEHCFMRP-USP	33.6	47.7	34.9	33.8	28.8	22.7	18.9	19.3
Taxa de Mortalidade	18.5	13.9	11.9	14.1	12.2	10.7	9.8	9.5
Custo total (p/R\$1,000.00)	R\$ 833	R\$ 630	R\$ 960	R\$ 964	R\$ 1,490	R\$ 2,233	R\$ 1,835	R\$ 1,715
Custo corrigido pelo número de casos (p/R\$1.000,00)	R\$ 2.3	R\$ 2.2	R\$ 2.5	R\$ 2.5	R\$ 3.1	R\$ 3.9	R\$ 2.9	R\$ 2.9
Permanência Hospitalar	9.2	8.9	7.6	7.4	7.0	6.4	6.2	5.3

* N (número); UEHCFMRP-USP – Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

** Dados extraídos da página do DataSUS em janeiro de 2008 e complementados com informações do serviço de Dados Médicos do HCFMRP-USP

TABELA 17 - CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO A PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE ANGINA INSTÁVEL (AI) NA DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE XIII (RIBEIRÃO PRETO) DE ACORDO COM O ANO DE ATENDIMENTO

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
N DRS XIII	1378	1549	1663	1730	1629	1433	1581	1250
N UEHCFMRP-USP	366	310	275	393	293	221	202	131
% Casos atendidos na UEHCFMRP-USP	26.6	20.0	16.5	22.7	18.0	15.4	12.8	10.5
Taxa de Mortalidade	3.1	3.4	2.6	3.4	2.9	2.2	2.3	2.2
Custo total (p R\$ 1.000,00)	R\$ 2,978	R\$ 3,565	R\$ 4,670	R\$ 5,505	R\$ 5,459	R\$ 4,213	R\$ 3,513	R\$ 2,737
Custo corrigido pelo número de casos (p/R\$1.000,00)	R\$ 2,161	R\$ 2,302	R\$ 2,808	R\$ 3,182	R\$ 3,351	R\$ 2,940	R\$ 2,222	R\$ 2,190
Permanência Hospitalar	7.1	6.2	6.2	6.0	5.6	5.9	5.9	5.3

* N (número); UEHCFMRP-USP – Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

** Dados extraídos da página do DataSUS em janeiro de 2008 e complementados com informações do serviço de Dados Médicos do HCFMRP-USP

TABELA 18 – ESTIMATIVA POPULACIONAL DRS XIII – RIBEIRÃO PRETO - 2007

REGIÃO HORIZONTE VERDE	POPULAÇÃO	% POPULAÇÃO DRS
Barrinha	28.762	2,3
Dumont	7.433	0,59
Guariba	32.935	2,63
Jaboticabal	74.446	5,94
Monte Alto	46.905	3,74

Pitangueiras	34.648	2,77
Pontal	35.528	2,84
Pradópolis	15.497	1,24
Sertãozinho	108.183	8,64
População abrangida	384.337	30

REGIÃO	POPULAÇÃO	% POPULAÇÃO
AQUÍFERO GUARANY		DRS
Cravinhos	33.390	2,67
Guatapar	6.854	0,55
Jardinópolis	36.351	2,9
Luis Antonio	8.284	0,66
Ribeirão Preto	567.917	45,34
Sta Rita do Passa Quatro	27.848	2,2
Sta Rosa de Viterbo	23.340	1,86
São Simão	15.110	1,21
Serra Azul	8.527	0,68
Serrana	40.590	3,24
Populao abrangida	768.211	60

REGIÃO	POPULAO	% POPULAO
VALE DAS CACHOEIRAS		DRS
Altinópolis	17.045	1,36

Batatais	57.072	4,56
Brodowski	19.990	1,6
Cajuru	22.666	1,81
Cássia dos Coqueiros	3.004	0,24
Sta Cruz da Esperança	1.886	0,15
Sto Antonio da Alegria	6.282	0,5
População abrangida	127.945	10
POPULAÇÃO DRS XIII	1.280.493	

TABELA 19 - LEITOS UTI TIPO I, II E III CREDENCIADOS PARA DRS XIII- RIBEIRÃO PRETO

HOSPITAL	MUNICÍPIO	TIPO I	TIPO II				TIPO III			
			Adulto	Ped.	Neonat.	Espec.	Adulto	Ped.	Neonatal	UC O/E SP
Beneficência Portuguesa	Ribeirão Preto	-	06	-	-	-	-	-	-	-
Sta Casa Mis. Rib. Preto	Ribeirão Preto	-	08	01	05	08	-	-	-	-
Instituto Santa Lydia	Ribeirão Preto	-	02	-	-	-	-	04	06	-
Hospital São Francisco	Ribeirão Preto	-	02	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Mat. São José	Sertãozinho	-	06	-	04	-	-	-	-	-
Sta Casa de Mis. e Asilo dos Pobres	Batatais	-	07	-	-	-	-	-	-	-
HCFMRP/FAEPA	Ribeirão Preto	-	-	-	-	-	26	14	24	07

OBS. Os Hospitais localizados no município de Ribeirão Preto, exceto HCFMRP/FAEPA, estão atendendo urgência/emergência apenas dos munícipes de Ribeirão Preto.

TABELA 20

Planilhas de Equipamentos e Materiais para na UCO					
Equipamentos Médico-hospitalares	Qtde total	valor estimado	unit.	valor estimado	total
Carro Maca Hidráulico	1	12.000,00			12.000,00
Guindaste com balança para pesar paciente	1	30.000,00			30.000,00
Ventilador Pulmonar de Transporte	1	30.000,00			30.000,00
Bomba Volumétrica de Infusão	28	8.000,00			224.000,00
Bomba de Seringa	28	6.000,00			168.000,00
Cardioversor/Desfibrilador Cadíaco	2	25.000,00			50.000,00
Ventilador Mecânico não Invasivo Bipap	2	16.000,00			32.000,00
Ventilador Mecânico Multiprocessado	3	70.000,00			210.000,00
Marcapasso Cardíaco Externo	3	10.000,00			30.000,00
Cama Fawler Eletrônica	7	8.500,00			59.500,00
Eletrocardiografo	2	35.500,00			71.000,00
Balão Intra-Aórtico	1	150.000,00			150.000,00
Central de Monitorização	1	26.000,00			26.000,00
Total					1.092.500,00

TABELA 21

CONTRAPARTIDA INSTITUCIONAL

Providências	Valor
Aquisição de aparelho de Doppler ecocardiografia para realização de exames transtorácicos adultos e pediátricos, exames transesofágicos e ecocardiografia de estresse	R\$ 83.000,00
Monitores cardíacos multiparamétricos (7)	R\$ 315.000,00
Ventilador Mecânico Multiprocessado (4)	R\$ 280.000,00
Adequação para ativação do 3º andar - Neurologia	R\$ 50.000,00
Total	R\$ 862.000,00

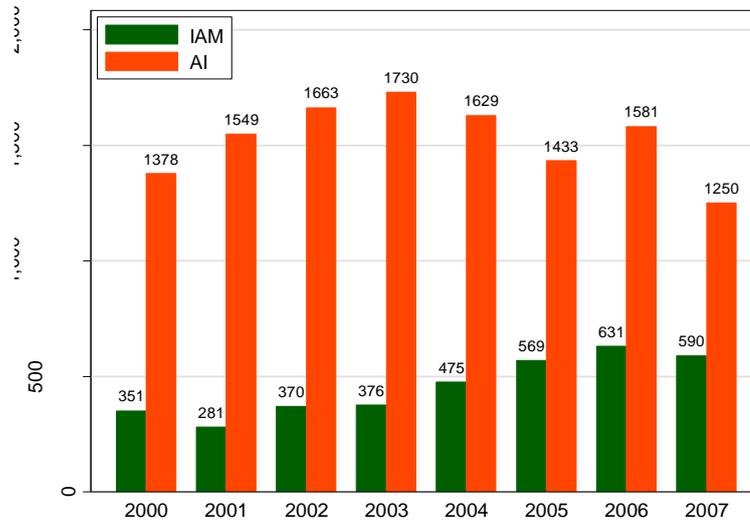


FIGURA 66 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) E ANGINA INSTÁVEL (AI) PARA A DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE XIII (RIBEIRÃO PRETO) DE ACORDO COM O ANO DE ATENDIMENTO.

* Dados extraídos da página do DataSUS em janeiro de 2008

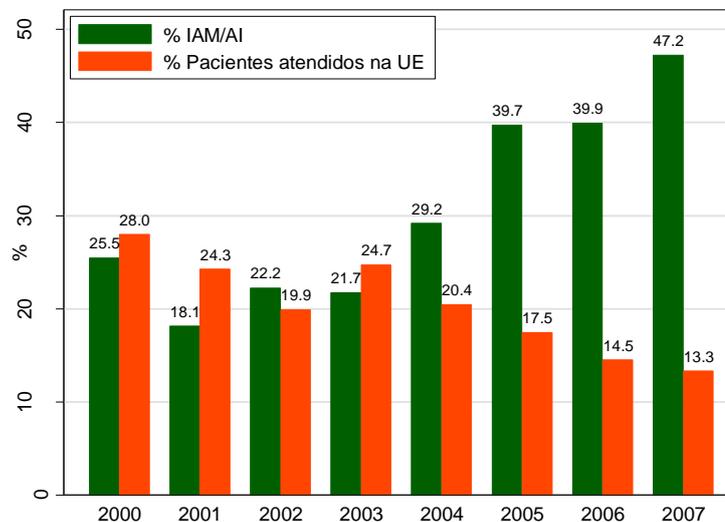


FIGURA 67 – COMPARAÇÃO ENTRE A RELAÇÃO IAM/AI E A PROPORÇÃO DE PACIENTES ATENDIDOS NA UEHCFMRP-USP PARA A DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE XIII (RIBEIRÃO PRETO) DE ACORDO COM O ANO DE ATENDIMENTO

* Dados extraídos da página do DataSUS em janeiro de 2008 e complementados com informações do serviço de Dados Médicos do HCFMRP-USP

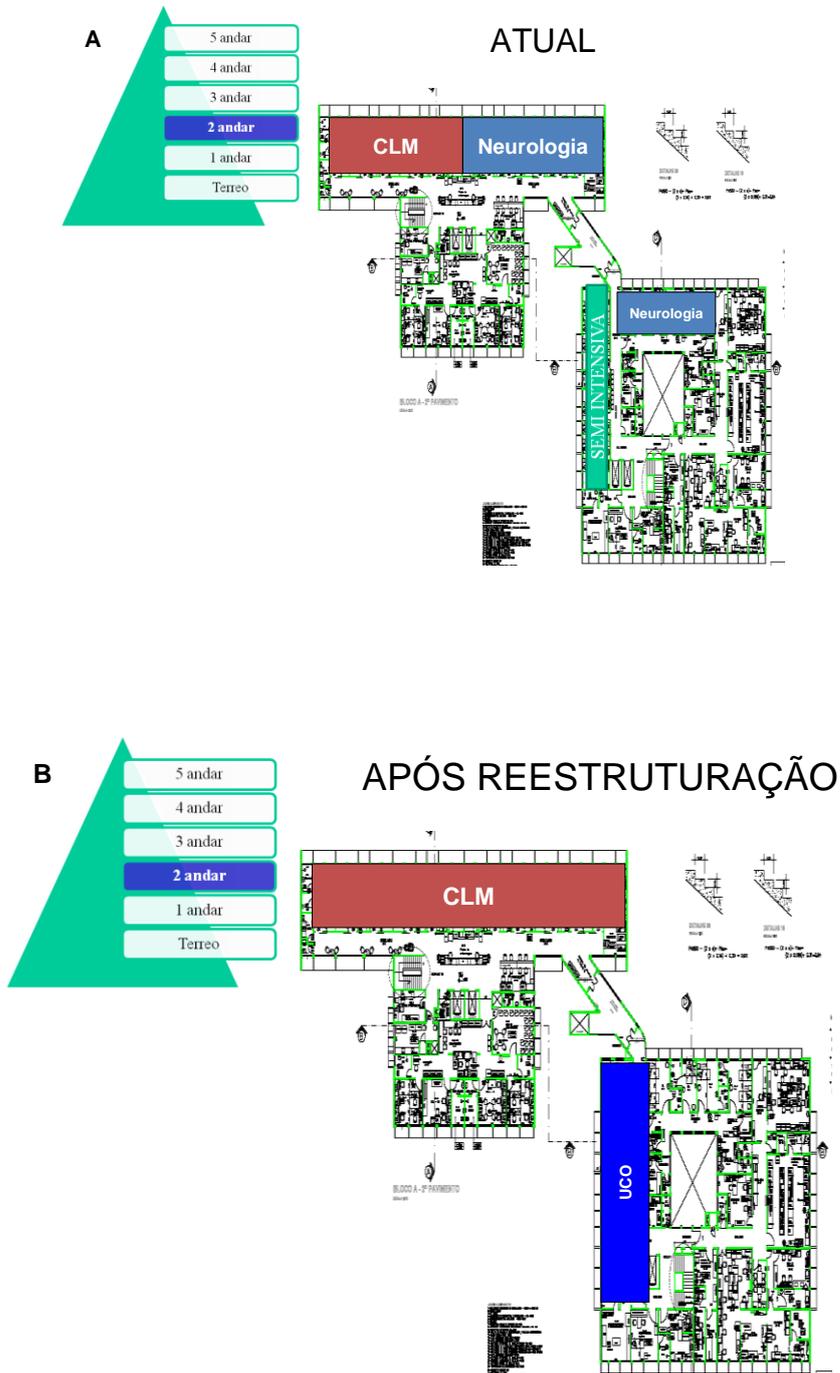


FIGURA 68 - PLANTA DO SEGUNDO PAVIMENTO DA U.E. – HCFMRP – USP COM AS ÁREAS OCUPADAS PELA NEUROLOGIA E CLÍNICA MÉDICA NA SITUAÇÃO ATUAL (A) E APÓS A REESTRUTURAÇÃO (B) PROPOSTA.

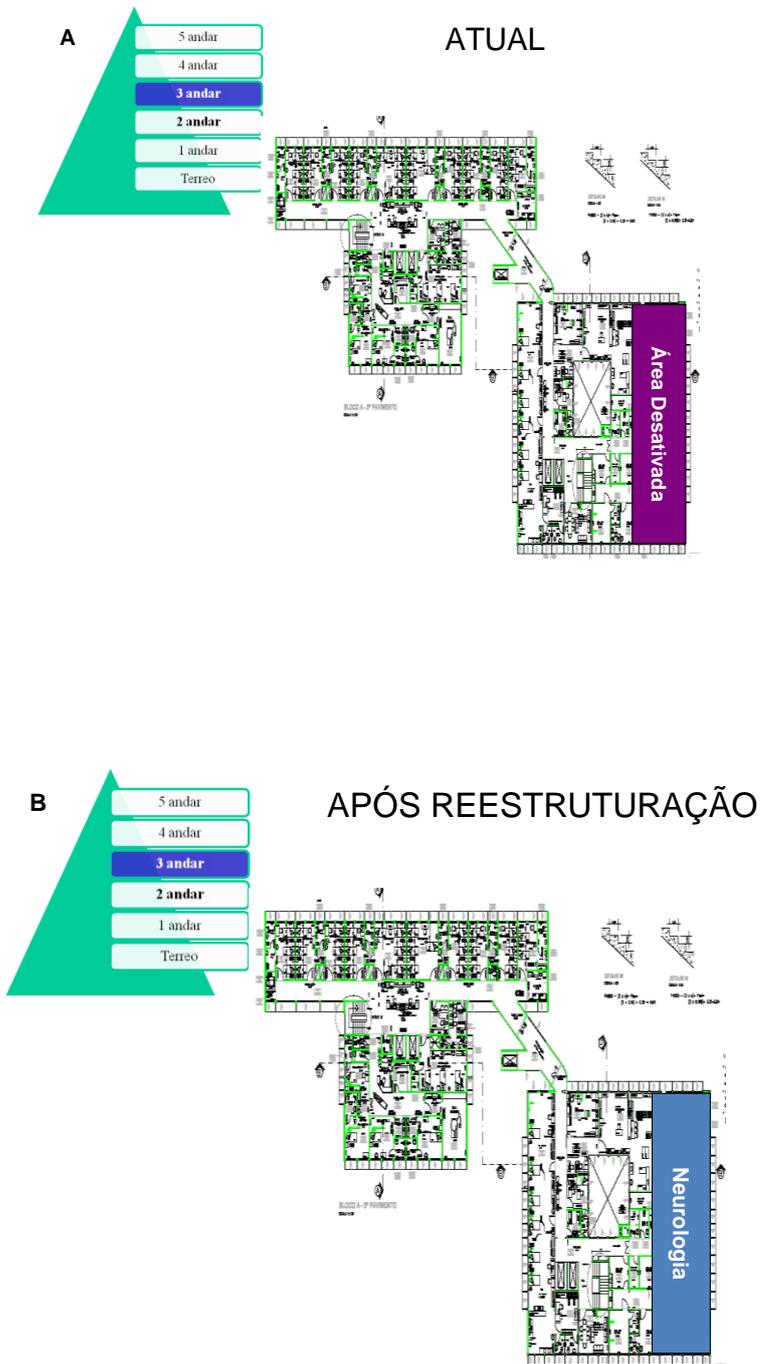


Figura 69 - Planta do Terceiro Pavimento da U.E. – HCFMRP – USP na situação atual (A) e após a reestruturação (B) proposta.

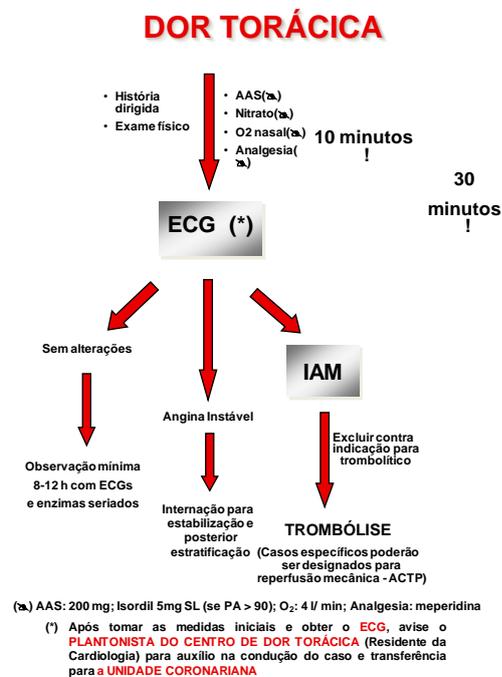


Figura 70 - Algoritmo simplificado do Centro de Dor Torácica da Divisão de Cardiologia do HCFMRP-USP

CONCLUSÃO

O HCFMR-USP foi elevado à condição de referência terciária para pacientes com problemas cardiológicos. Esta condição inclui o atendimento às emergências cárdio-vasculares, que é função da sua Unidade de Emergência.

Para que a U.E. possa desenvolver esta função é necessário a adequação em termos de estrutura (realocação de áreas com destinação de leitos exclusivos), pessoal (incluindo principalmente profissionais de enfermagem) e equipamentos (para equipar os leitos de UCO, exames subsidiários como Doppler ecocardiografia e cardiologia intervencionista).

Em que se pese que parte destas medidas já estão sendo implementadas pelo HCFMRP-USP, a efetivação desta adequação não será possível sem investimento adicional em equipamento e pessoal, o que se constitui no objetivo da presente proposta.

REFERÊNCIAS

- (1) Fuster V. 50th anniversary historical article. Myocardial infarction and coronary care units. *J Am Coll Cardiol* 2000 Apr;35(5 Suppl B):49B-51B.
- (2) Grantham HJ. Emergency management of acute cardiac arrhythmias. *Aust Fam Physician* 2007 Jul;36(7):492-7.
- (3) Pazin-Filho A, Pintya JP, Schmidt A. Distúrbios do ritmo cardíaco. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003;36:151-62.
- (4) Sharieff W, Kaulback K. Assessing automated external defibrillators in preventing deaths from sudden cardiac arrest: an economic evaluation. *Int J Technol Assess Health Care* 2007;23(3):362-7.
- (5) Collins S, Storrow AB, Kirk JD, Pang PS, Diercks DB, Gheorghiade M. Beyond pulmonary edema: diagnostic, risk stratification, and treatment challenges of acute heart failure management in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2008 Jan;51(1):45-57.
- (6) Miranda CH, Castro RBP, Pazin-Filho A. Abordagem da descompensação aguda da insuficiência cardíaca crônica. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003;36:179-86.
- (7) Silvers SM, Howell JM, Kosowsky JM, Rokos IC, Jagoda AS. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute heart failure syndromes. *Ann Emerg Med* 2007 May;49(5):627-69.
- (8) Kansagra SM, Curtis LH, Anstrom KJ, Schulman KA. Trends in operator and hospital procedure volume and outcomes for percutaneous transluminal coronary angioplasty, 1996 to 2001. *Am J Cardiol* 2007 Feb 1;99(3):339-43.
- (9) Tang HC, Wong A, Wong P, Chua TS, Koh TH, Lim ST. Clinical features and outcome of emergency percutaneous intervention of left main coronary artery occlusion in acute myocardial infarction. *Singapore Med J* 2007 Dec;48(12):1122-4.
- (10) Ekelund U, Forberg JL. New methods for improved evaluation of patients with suspected acute coronary syndrome in the emergency department. *Emerg Med J* 2007 Dec;24(12):811-4.
- (11) Goodacre S, Cross E, Lewis C, Nicholl J, Capewell S. Effectiveness and safety of chest pain assessment to prevent emergency admissions: ESCAPE cluster randomised trial. *BMJ* 2007 Sep 29;335(7621):659.
- (12) Katz JN, Turer AT, Becker RC. Cardiology and the critical care crisis: a perspective. *J Am Coll Cardiol* 2007 Mar 27;49(12):1279-82.
- (13) Hasin Y, Danchin N, Filippatos GS, Heras M, Janssens U, Leor J, et al. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. *Eur Heart J* 2005 Aug;26(16):1676-82.

- (14) Schaer BA, Osswald S, Zellweger MJ, Jegge S, Sticherling C, Pfisterer M. Impact of contemporary emergency percutaneous coronary angioplasty for acute myocardial infarction on length of hospital stay. *Swiss Med Wkly* 2007 Jun 30;137(25-26):363-7.
- (15) Khot UN, Johnson ML, Ramsey C, Khot MB, Todd R, Shaikh SR, et al. Emergency department physician activation of the catheterization laboratory and immediate transfer to an immediately available catheterization laboratory reduce door-to-balloon time in ST-elevation myocardial infarction. *Circulation* 2007 Jul 3;116(1):67-76.
- (16) Marin-Neto JA, Maciel BC, Pazin-Filho A, Castro RBP. Conduas de emergência nas síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003;36:187-99.
- (17) Santos J, Scarpelini S, Lopes S, Ferraz C, Dallora M, Sá M. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina, Ribeirão Preto* 2003;36(2/4):498-515.
- (18) Pazin-Filho A, Schmidt A, Filipini C, Castro RBP, Rosa RM, Rosa MAF, et al. Simulação de pacientes - Cursos de suporte de vida - ACLS, BLS e PALS na FMRP-USP. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2007;40(2):204-12.

e) OFÍCIO PARA AQUISIÇÃO DO TERRENO JUSTAPOSTO À U.E.

Ribeirão Preto, 13 de fevereiro de 2009.

Of. Nº 418/2009

APF/sb/ DIR-UE

Referente: Aquisição de terreno justaposto à U.E.-HCFMRP-USP

Prezado Professor,

Como é do seu conhecimento, a Unidade de Emergência está finalizando as reformas de áreas de apoio e estruturais que permitirão a ocupação do 3º Andar Bloco B. A conclusão desta reforma possibilitará o deslocamento e ampliação dos leitos de Neurologia para esta área (total 21 leitos; ampliação 2 leitos), a concentração e ampliação dos leitos de Clínica Médica no 2º Andar Bloco A (total 32 leitos; ampliação 6 leitos) e a instalação da Unidade Coronariana no 2º Andar Bloco B (total 7 leitos; ampliação 7 leitos). A área na qual se localiza atualmente o isolamento do 2º Andar Bloco B que tem sido repetidamente apontada como inadequada para a assistência, será destinada ao apoio e a realocação das áreas de higiene e limpeza do Térreo Bloco B permitirá a ampliação de 3 leitos de Psiquiatria. Com isto, teremos a ampliação de 18 leitos, sendo importante ressaltar que os leitos de coronária são considerados leitos especializados de terapia intensiva e que dos 32 leitos de Clínica Médica, teremos 8 destinados à Semi-Intensiva (atualmente são 4) e 2 destinados a isolamento respiratório dentro das normas preconizadas.

Estas reformas trazem, no entanto, algumas considerações importantes que necessitarão de planejamento futuro. Em primeiro lugar, é importante considerar que toda área disponível para ampliação de leitos terá sido aproveitada, impossibilitando o atendimento de outros pleitos lícitos e justificados. São exemplos a necessidade de expansão de leitos de Ortopedia e a instalação de leitos de Oftalmologia frente à recente transposição do atendimento emergencial desta Disciplina para a U.E.

Em segundo lugar, deve ser apontada a necessidade de se criar novos espaços para necessidades que surgem com a especialização do Sistema de Saúde. Como exemplo pode ser apontada a instalação de leitos de Hebiatria, como rege a legislação pertinente e que tenderá a crescer com o início das atividades do HC Criança. Também deve ser considerado que a diferenciação do Hospital para o atendimento de Oncologia irá aumentar a demanda por complicações decorrentes da evolução natural da doença ou do seu tratamento. Deve ser ressaltado que atualmente a U.E. não tem condições de absorver esta demanda que já se inicia e que tem penalizado excessivamente algumas áreas, como é o caso da Clínica Cirúrgica.

Em terceiro lugar, deve ser considerado que muitas das áreas atualmente destinadas não estão completamente adequadas, sendo o exemplo mais importante a situação da Sala de Urgência. Esta área tem sido continuamente apontada pela Vigilância Sanitária e outros órgãos fiscalizadores como inadequada para o atendimento, sendo recomendadas medidas que reduziram demasiadamente a capacidade instalada. A pressão exercida pelos órgãos fiscalizadores pode ser sentida na necessidade de se desativar um leito de Ginecologia e Obstetrícia em 2008 para atender a relação número de leitos por quarto no 3º Andar Bloco A.

Em quarto lugar, a evolução de recursos diagnósticos e a implantação de novas tecnologias terapêuticas necessitam de área para instalação que a Unidade já não dispõe. A área de Radiologia está limitada pela Sala de Urgência em seu crescimento e necessita de instalação de novos recursos, como o recente pleito de área para implantação de Ressonância Magnética.

Em quinto lugar, é importante ressaltar que a Unidade de Emergência tem aumentado expressivamente a sua participação em projetos de pesquisa de diversas disciplinas, implicando no aumento do número de docentes e alunos de graduação e pós-graduação em suas dependências. O espaço destinado para acomodar este pessoal é restrito e já não atende as necessidades atuais.

Finalmente, é interessante observar que a Faculdade de Medicina e seu Hospital das Clínicas estão ampliando sua atuação extra-muros, migrando para um Complexo de instalações que necessitarão de apoio para situações de emergência. Como já é restrito o acesso à Unidade por sua taxa de ocupação persistentemente acima de 100%, este acesso deverá ficar ainda mais restrito se não houver ampliação de capacidade.

Frente a estas considerações, a retomada do plano de aquisição do terreno justaposto à U.E. é apropriada e se caracteriza como uma decisão estratégica para o crescimento da Unidade de Emergência a médio e longo prazo.

A aquisição deste terreno, que compreende cerca de um quarto do quadrilátero, possibilitará a construção de um novo bloco (Bloco C). Embora a idéia deva ser desenvolvida e discutida em todos os fóruns pertinentes, o plano inicial é a construção de um prédio de pelo menos seis andares, que poderão atender, entre outras, as seguintes demandas já encaminhadas ou detectadas por esta Coordenadoria:

1. Adequação da Sala de Urgência e do Centro de Imagens - A retirada de uma destas duas áreas do Térreo Bloco A permitiria a expansão da outra área. Esta redistribuição permitiria que fosse unificada a Sala de Urgência, que hoje se distribui em quatro ambientes distintos (Sala de Trauma, Sala de Estabilização Clínica, Boxes de Atendimento e Consultórios Especializados – Oftalmo, Otorrino e Cirurgia de Cabeça e Pescoço).
2. Adequação de leitos para Hebiatria
3. Adequação de leitos de Psiquiatria - A retirada da Psiquiatria e dos consultórios especializados do Térreo Bloco B, permitiria a readequação da área para atender às demandas crescentes de áreas de apoio, como a higiene e limpeza. Também seria a oportunidade de se deslocar para esta área o Morgue, que atualmente fica localizado na entrada da R. 7 de Setembro, justaposto à Nutrição.
4. Equacionar melhor a Semi-Intensiva da Clínica Médica.
5. Centralização das unidades de Terapia Intensiva, atualmente dispersas em 2 ambientes (3º e 4º Andar – Bloco B).
6. Instalar uma Unidade de Acidente Vascular Encefálico.
7. Ampliação do Centro Cirúrgico, da Recuperação Anestésica, que atualmente se constitui no gargalo do fluxo cirúrgico da Unidade e de leitos cirúrgicos que possam dar vazão e rotatividade.
8. Ampliação da capacidade de recursos diagnósticos e terapêuticos realizados por endoscopia digestiva e broncoscopia, bem como a ampliação dos leitos cirúrgicos.

9. Ampliação do Centro de Estudos de Emergências em Saúde e apoio para Pesquisa e Ensino, acomodando melhor os docentes e alunos em atuação na Unidade.

Deve ficar claro que estas são considerações preliminares, que deverão ser discutidas nos fóruns pertinentes. Muitas demandas ainda não foram encaminhadas a esta Coordenadoria deverão naturalmente ser incorporadas ao processo de elaboração do projeto, que deve ser plástico e prever adaptações futuras à medida que o perfil epidemiológico se modifique. O importante a ser considerado é que, sem a aquisição desta área pleiteada, a Unidade de Emergência está impossibilitada de crescimento, com repercussões extremamente danosas para os objetivos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e de seu Hospital das Clínicas.

Frente a este fato, venho solicitar formalmente e de modo veemente que seja retomada a discussão para aquisição do referido terreno.

Atenciosamente.

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**

Coordenador da Unidade de Emergência

HCFMRP-USP

f) A GESTÃO COMPARTILHADA NA UE: COMO ESTAMOS? O QUE QUEREMOS?

Relatório de Atividades

Consultoria Em Gestão de Relacionamentos

ConversAções Familiares Mediação e Consultoria Ltda

Metropolitan Bussiness Center – Av. Diederichsen, 400 – cjto. 1608

Fone: (16) 3021-5859 - Ribeirão Preto (SP) – 14020-250

Solicitação:

Consultoria para Avaliação do Processo de Gestão Compartilhada para Subsidiar Decisões Futuras.

Público Alvo

Gestores das Unidades Funcionais da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (UE)

Servidores da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (UE)

Projeto Desenvolvido:

A GESTÃO COMPARTILHADA NA UE:

COMO ESTAMOS? O QUE QUEREMOS?

Período:

de 15 de maio a 18 de setembro de 2008

Profissionais Responsáveis:

Dra. Marisa Japur – Psicóloga, Terapeuta de Grupo, Mediadora e Gestora de Relações Humanas

Dra. Cristina Ruffino – Pedagoga, Terapeuta Familiar, Mediadora e Gestora de Relações Humanas

Contexto da Solicitação do Projeto

Considerando a descontinuidade que o processo de gestão compartilhada na UE teve desde sua implantação até o início de 2008, a solicitação foi de criar mecanismos para identificar como as pessoas se situam neste processo atualmente, independentemente da forma de protagonismo que tiveram desde o início, para tomada de decisão sobre as ações subseqüentes deste processo.

Objetivos:

O projeto teve como propósito avaliar o atual estágio do processo de gestão compartilhada na UE, visando à tomada de decisão sobre a continuidade deste processo. Para tanto, teve os seguintes objetivos específicos:

Resgatar a diversidade das histórias vividas com relação ao processo de gestão compartilhada nesta unidade de modo a possibilitar a geração de enunciados sobre essa experiência, visando à construção de um instrumento de coleta de dados.

Desenvolver atividades reflexivas e conversacionais com os membros do Conselho de Gestores oferecendo a eles recursos e ferramentas para: (1) trabalharem junto à suas equipes coletando informações, (2) participando ativamente na construção do referido instrumento e (3) participando na elaboração das estratégias de coleta de dados em suas unidades.

Analisar os dados e apresentar estes resultados sob a forma de um diagnóstico do momento atual do processo de gestão compartilhada visando subsidiar as decisões subseqüentes a ele relacionadas.

Desenvolvimento

Conforme o projeto aprovado, estava previsto um total de 8 encontros na forma de Oficinas com o Grupo de Gestores ou Reuniões com a Equipe de Planejamento. Foram realizados um total de 10 encontros, considerando os ajustes às demandas que apareceram no decorrer do processo.

O objetivo geral dos encontros foi criar um contexto de pertencimento, participação e co-responsabilização dos gestores, ao mesmo tempo em que se oferecia recursos e ferramentas que favorecessem o trabalho em grupo para que pudessem:

Construir um instrumento de coleta de dados fiel à realidade daqueles aos quais o instrumento seria submetido;

Criar um contexto de participação e envolvimento dos servidores de modo que o instrumento fosse recebido entre eles com um diferencial de interesse;

Desenvolver estratégias de distribuição, incentivo e recolhimento do instrumento adequadas à dinâmica e funcionamento de cada UF;

Fomentar a co-responsabilidade entre os gestores das diferentes UF de modo que pudessem colaborar neste trabalho;

Dar um retorno aos gestores do resultado das análises de modo que eles formulassem os pareceres de modo informado.

Além destes objetivos, as oficinas tiveram, na sua condução, um convite permanente à reflexão sobre os efeitos no trabalho do grupo, resultante dos modos de apresentação e condução bem como da forma de conversa proposta.

Segue abaixo os objetivos específicos de cada encontro e/ou oficina, o número de participantes em cada uma¹ e a indicação do material produzido pelo grupo².

1ª Reunião - dia 15 /05/2008

Objetivo: Apresentação do Projeto para Equipe de Planejamento (EP) e Conselho Gestor (CG).

Nº Participantes: 28 participantes entre EP, gestores/representantes de 10 Unidades Funcionais e um representante de setor onde ainda não há Grupo Gestor (nas tabelas indicado como Outros).

1ª Oficina - dia 19/05/2008

Objetivos: (1) Adesão ao projeto; (2) Reflexões sobre as necessidades e possibilidades a partir do lugar de cada um para este trabalho – Conselho Gestor e Equipe de Planejamento; (3) Construção da agenda de trabalho do Conselho Gestor.

Nº Participantes: 24 participantes entre EP, gestores/representantes de 12 Unidades Funcionais e um representante de setor onde ainda não há Grupo Gestor.

¹ O número de presentes por oficina encontra-se no Anexo 1

2

Todo o material original e coleta de enunciados realizado pelos gestores e servidores que contribuíram estão na íntegra juntados à pasta do processo.

Resultados: (1) Expectativas com relação ao CG e a EP (Anexo 2); (2) Agenda de trabalho das Oficinas com o CG (Anexo 3); (3) Relatório enviado na forma de carta a todos os presentes (Anexo 4); (4) Carta para os Gestores (Anexo 5).

2ª Oficina - dia 27/05/2008 (1º Parte)

Objetivos: (1) Construção do grupo formado pelo Conselho Gestor, (2) construção conjunta de metáforas a partir de exercícios.

Nº Participantes: 23 participantes entre EP e gestores/representantes de 13 Unidades Funcionais.

Resultados: (1) Pedidos e ofertas de cada participantes para o grupo e coordenadoras visando a construção de um contexto propício ao trabalho cooperativo (Anexo 6);

3ª Oficina - 27/05/2008 (2º Parte)

Objetivos: (1) Relato das histórias particulares vividas com relação à gestão compartilhada; (2) Construção dos enunciados para início da construção do instrumento de coleta de dados para o projeto diagnóstico do processo de gestão compartilhada na UE.

Nº Participantes: 23 participantes

Produção do Grupo: (1) Histórias e os enunciados originais produzidos pelos gestores encontra-se na pasta do processo arquivada na unidade, a reprodução destes está no Anexo 7. Na pasta do processo encontra-se também as histórias e enunciados produzidos pelos servidores à partir da coordenação dos gestores.

4ª Oficina - dia 27/05/2008 (3º Parte)

Objetivos: (1) oferecer aos gestores ferramentas para promoverem boas conversas em suas unidades funcionais com a finalidade de colher novos enunciados.

Nº Participantes: 23 participantes.

Material de Apoio: Questionário reflexivo sobre as possibilidades de trabalho nas UF (Anexo 4)

5ª Oficina - dia 30/05/2008

Objetivos: (1) Oferecer suporte aos gestores para realizarem o trabalho de coleta de enunciados com suas equipes gestoras nas UF, (2) Possibilitar aos Gestores das UF identificarem os recursos e dificuldades de sua unidade, (3) favorecer a co-responsabilidade de todos os membros do Conselho Gestor na busca de estratégias de participação dos servidores.

Nº Participantes: 23 participantes.

MATERIAL DE APOIO: Avaliação da coleta de enunciados nas Unidades Funcionais (Anexo 5)

7ª Oficina - dia 05/06/2008

Objetivo: (1) Elaboração do questionário à partir dos enunciados produzidos por todas as UF.

Nº Participantes: 24 participantes

Produção do Grupo: Questionário produzido pelo Conselho Gestor para ser reproduzido para todos os servidores (Anexo 6)

8ª Oficina - dia 06/06/2008

Objetivo: (1) Preparação para a coleta de dados, (2) Construção conjunta de estratégias de distribuição e coleta dos questionários, (3) Avaliação do Trabalho até então.

Nº Participantes: 23 participantes

Material de Apoio: Estratégias de divulgação, incentivo à participação e coleta dos questionários (Anexo 7)

9ª Oficina - dia 09/09/2008

Objetivo: (1) Apresentação para o Conselho Gestor dos resultados das análises descritivas realizadas, (2) atividade para produção de pareceres sobre como estamos? O que queremos? para subsidiar as decisões da Equipe de Planejamento.

Nº Participantes: 23 participantes

Material de Apoio: Atividade em grupo para produção dos pareceres (Anexo 8)

Produção do Grupo: Pareceres (Anexo 9)

Reunião Final - dia 18/09/2008

Objetivo: (1) Apresentação para a Equipe de Planejamento dos resultados das análises descritivas realizadas, (2) Entrega dos pareceres dos grupos do Conselho Gestor.

Nº Participantes:

Instrumento Produzido

A partir das histórias produzidas e colhidas pelos gestores junto a suas Unidades Funcionais, foram elaborados os enunciados, posteriormente condensados em 120 afirmações sobre idéias e vivências com relação ao processo de gestão vivido na UE.

A análise das afirmações, na montagem do instrumento, mostrou que estas poderiam ser agrupadas em 6 variáveis com relação a: tempo de implantação; análise do processo e acesso à informações sobre o modelo. As variáveis foram assim definidas:

Com a implantação dos grupos gestores, eu acho que...

Durante o funcionamento dos grupos gestores, eu acho que...

No momento atual, em relação aos grupos gestores eu acho que...

Quanto às razões que interferiram no funcionamento dos grupos, eu acho que...

Neste tipo de gestão, através de grupos gestores, eu penso que...

Para planejar o futuro da Unidade de Emergência, eu...

Para tomada de decisões futuras, algumas variáveis nos pareceram poder ser úteis, tais como:

Unidade Funcional a qual pertence; sexo; idade; tempo de serviço na UE; escolaridade.

O Questionário na sua íntegra está no Anexo 8.

Análise dos Dados e Resultados

Os gráficos e tabelas são auto-explicativos.

Os resultados serão apresentados na seguinte ordem:

1. Perfil de Adesão Ao Projeto de Diagnóstico na Unidade de Emergência
2. Representatividade das Unidades Assistenciais e de Apoio na UE e no Diagnostico
3. Perfil de Adesão nas Unidades Assistenciais
4. Perfil de Adesão nas Unidades de Apoio
5. Representatividade das Unidades Assistenciais na UE e no Diagnostico
6. Representatividade das Unidades de Apoio na UE e no Diagnostico
7. Distribuição da Amostra Em Função das Variáveis Descritivas
8. Percentual de Concordância nos 20 itens de cada Categorias

Implantação dos Grupos Gestores

Funcionamento dos Grupos Gestores ao longo do tempo

Momento Atual dos Grupos Gestores

Razões que interferiram no Funcionamento dos Grupos Gestores

Concepções acerca de Gestão Compartilhada

Sobre o Futuro da Gestão Compartilhada na Unidade de Emergência

9. Itens Agrupados em Função do Percentual de Concordância

Mais de 60% de concordância (4 itens)

De 60% a 45% de concordância (19 itens)

De 44% a 30% de concordância (23 itens)

De 29% a 145% de concordância (45 itens)

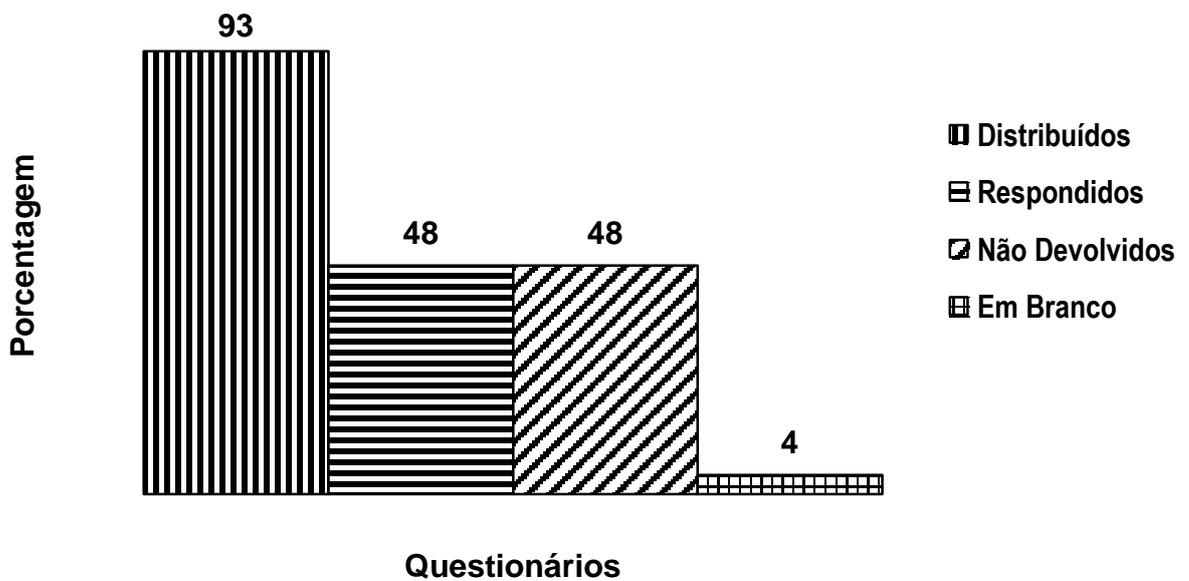
Menos de 15% de concordância (29 itens)

Por fim, serão apresentados os Principais Indicadores dos Resultados do Diagnóstico.

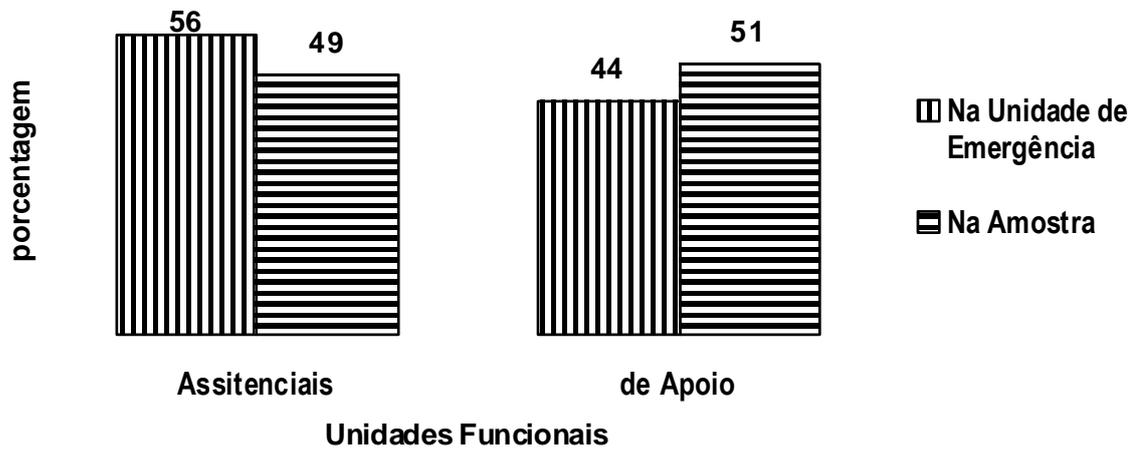
Indicadores do Processo do Diagnóstico

Indicadores dos Resultados do Diagnóstico

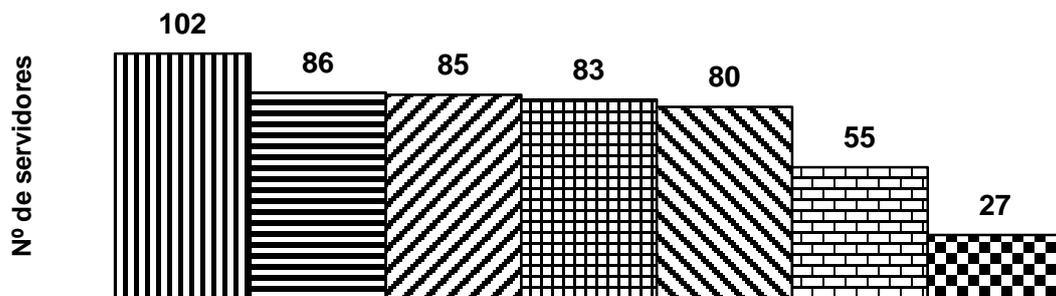
Perfil de Adesão ao Projeto de Diagnóstico na Unidade de Emergência (N=918)



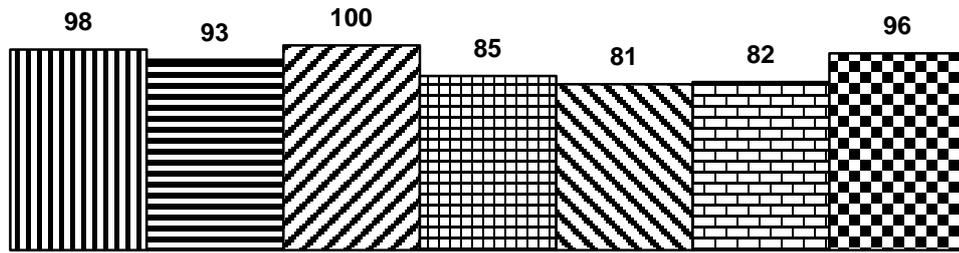
Representatividade das Unidades Assistenciais e de Apoio
na Unidade de Emergência e no Processo de Diagnóstico



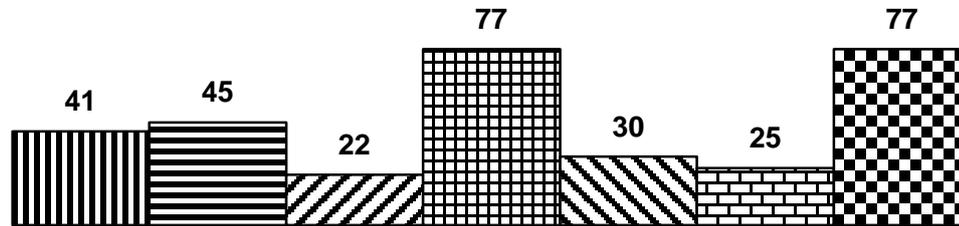
Perfil de Adesão nas Unidades Assistenciais (N=518)



% questionários distribuído

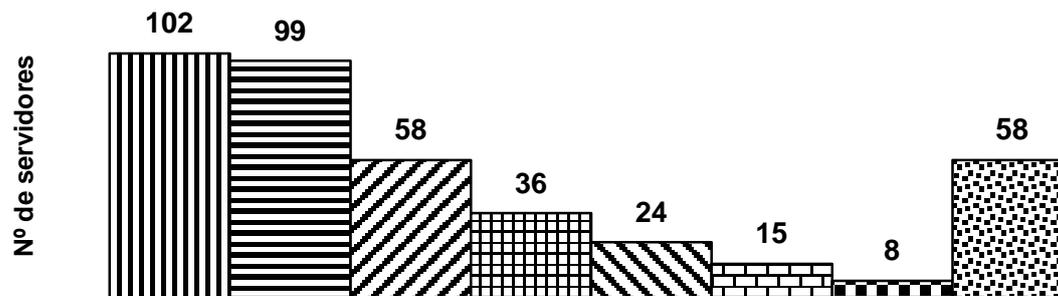


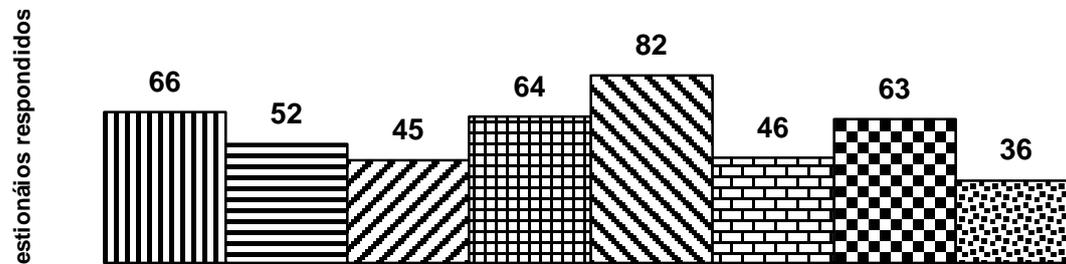
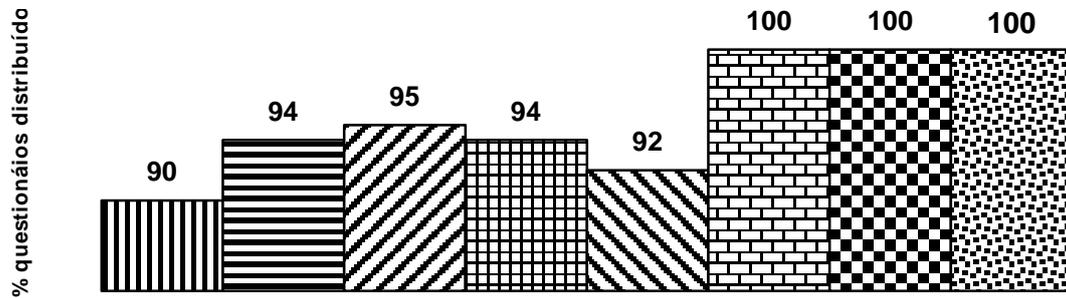
% questionários respondidos



- ▨ Pediatria ▨ S.Urgência ▨ B.Cirúrgico ▨ CTI
- ▨ Neuroclínica ▨ C. Cirúrgica ▨ U. Queimados

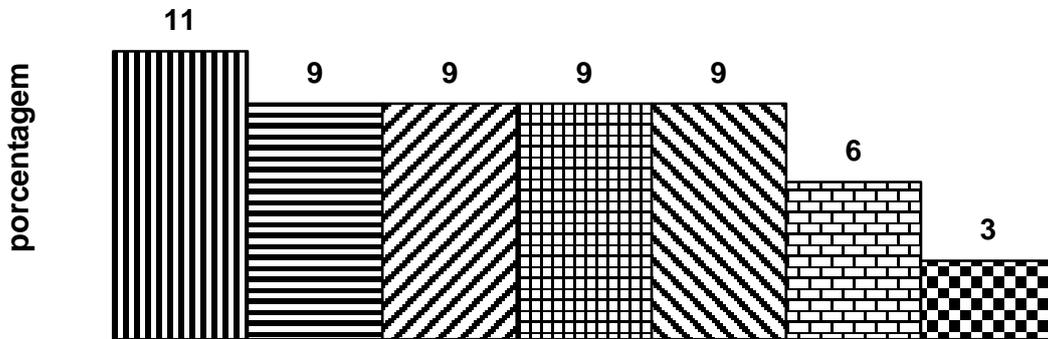
Perfil de Adesão nas Unidades de Apoio (N=400)



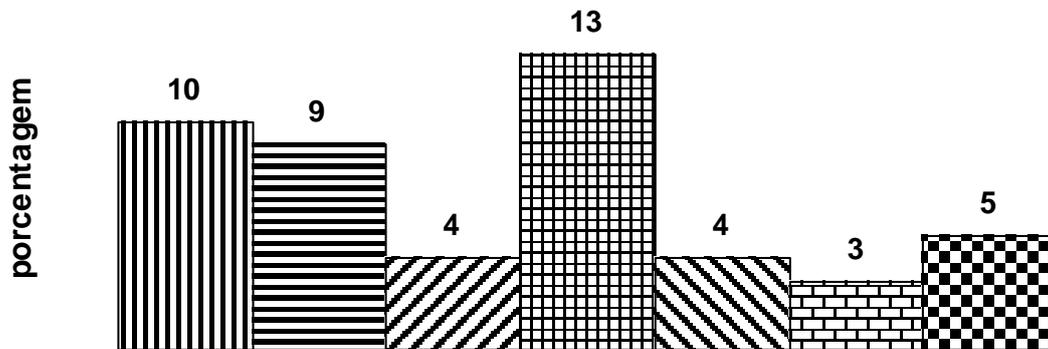


- Acolhimento
- Nutrição
- I.Estrutura
- Laboratório
- Farmácia
- SAMSP
- C.Estudos
- Outros

Representatividade das Unidades Assistenciais (N=518)



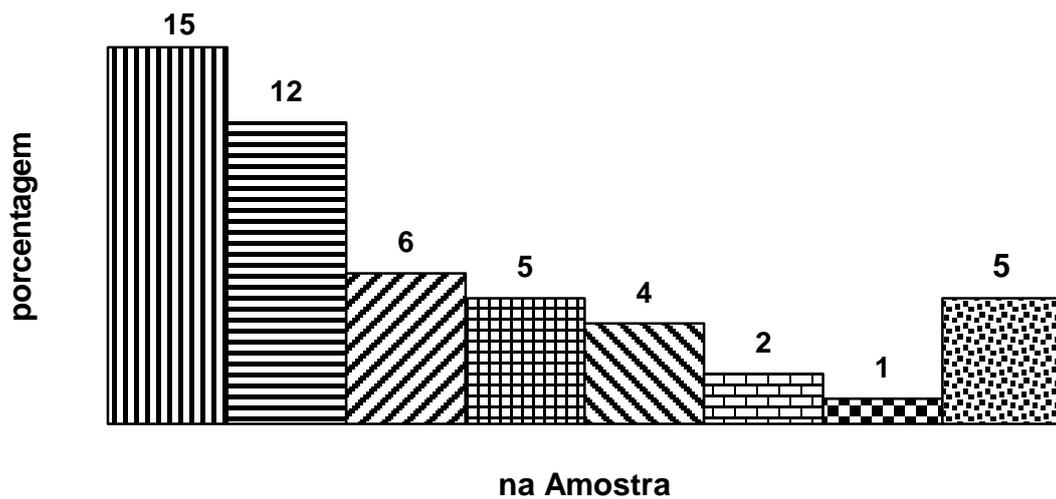
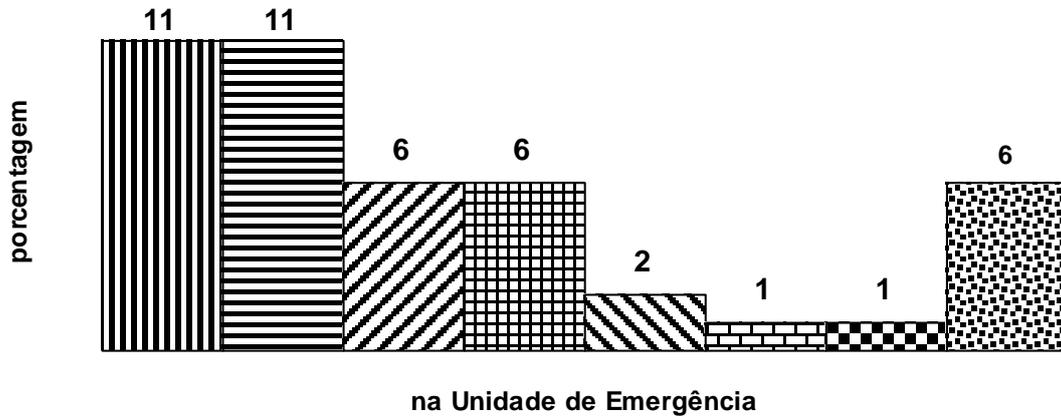
na Unidade de Emergência



na Amostra

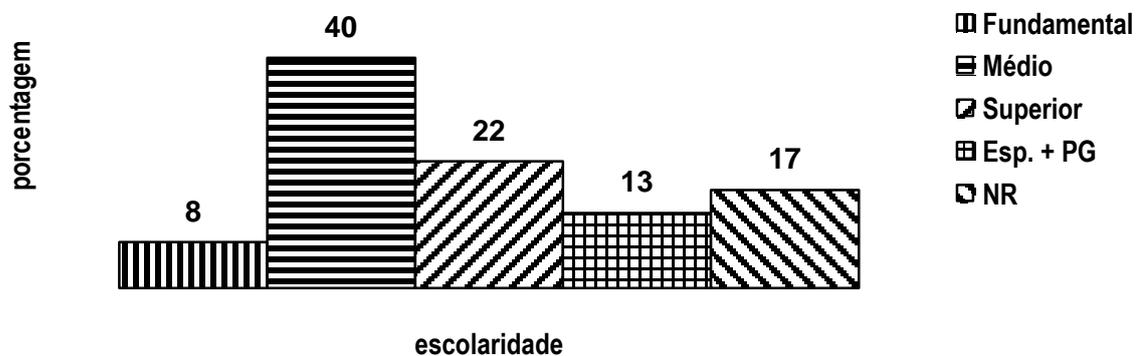
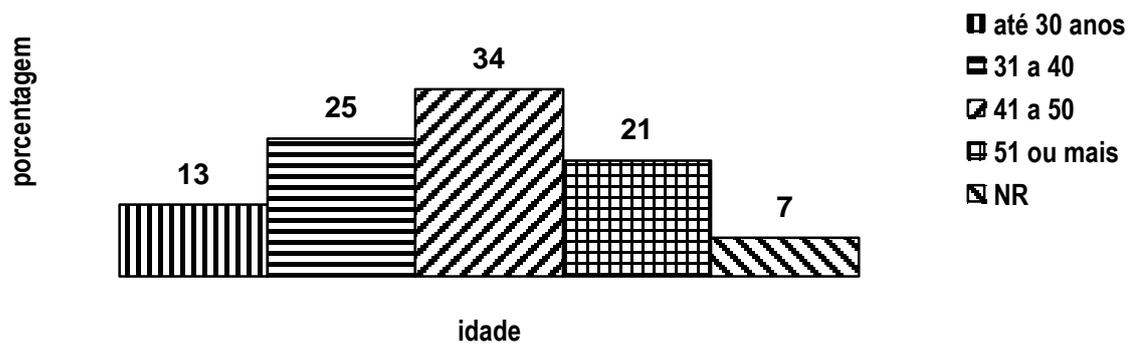
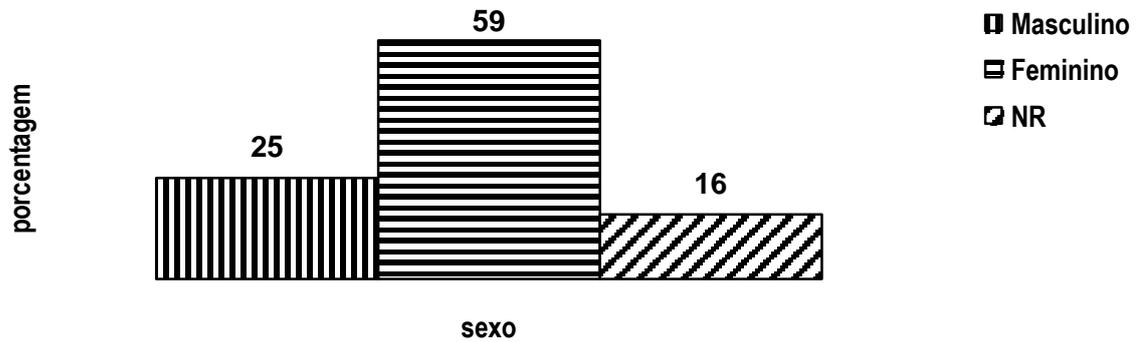
- | | | | |
|---|---|---|--|
|  Pediatria |  S.Urgência |  B.Cirúrgico |  CTI |
|  Neuroclínica |  C. Cirúrgica |  U. Queimados | |

Representatividade das Unidades de Apoio (N=400)

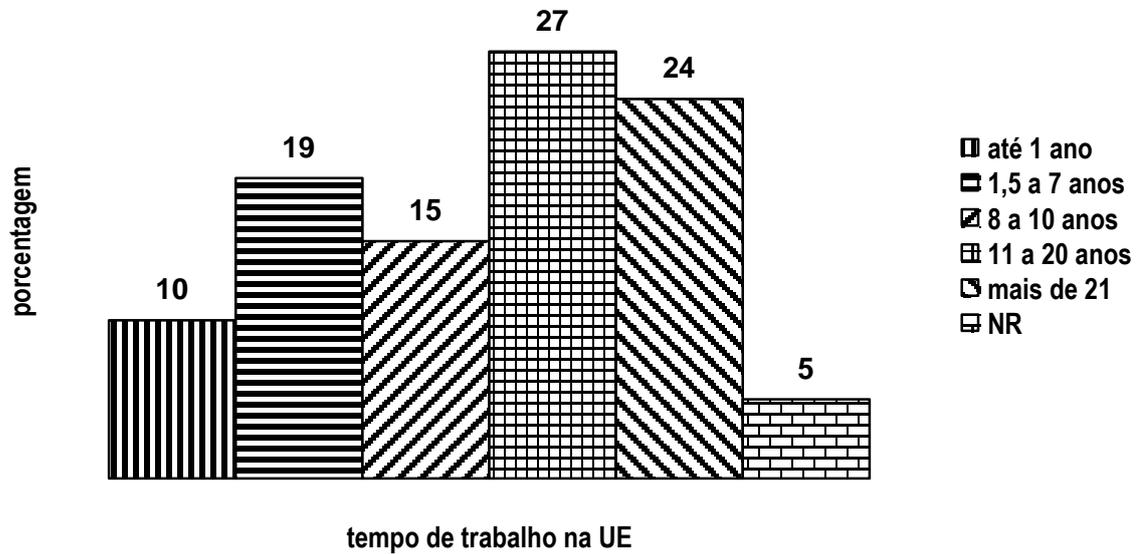


- | | | | |
|---|--|---|---|
|  Acolhimento |  Nutrição |  I.Estrutura |  Laboratório |
|  Farmácia |  SAMSP |  C.Estudos |  Outros |

Distribuição da Amostra em Função do Sexo, Idade e Escolaridade (N=409)



Distribuição da Amostra em Função do Tempo de Trabalho na UE (N=409)

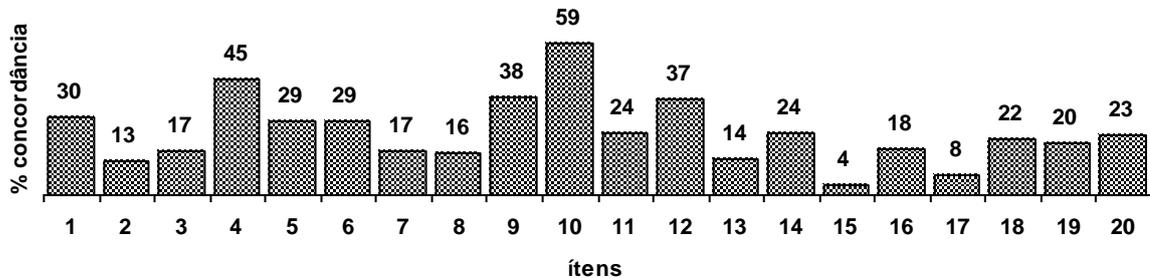


Tempo de Trabalho na UE em relação à Implantação da Gestão Compartilhada

até 1 ano	Conhecem o momento atual da Gestão Compartilhada
de 1,5 a 7 anos	Ingressaram após a implantação da gestão compartilhada
de 8 a 10 anos	Ingressaram durante a implantação da gestão compartilhada
11 a 20 anos	Já trabalhavam na UE quando no momento da implantação
mais de 21 anos	Já trabalhavam na UE há pelo menos 10 anos no momento da implantação

Percentual de Concordância nos 120 itens por Categorias

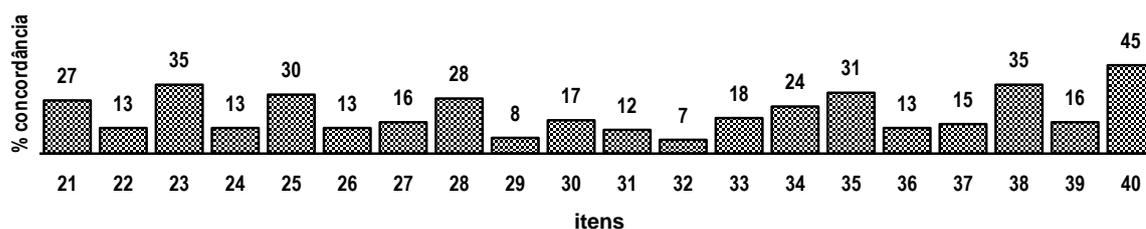
1. IMPLANTAÇÃO DOS GRUPOS GESTORES



Item	Com a Implantação dos Grupos Gestores, eu acho que...
10	as pessoas não foram bem informadas sobre como funciona esse processo (59%)
4	houve confusão entre o papel do gestor e do supervisor / responsável técnico (45%)
9	não houve tempo das pessoas entenderem a proposta (38%)
12	ficou um clima geral de confusão com relação ao que acontecia (37%)
1	ela gerou traumas e ressentimentos (30%)
5	eu senti que a implantação foi feita de forma autoritária (29%)
6	houve melhoria na qualidade dos serviços prestados pela unidade (29%)
14	as pessoas sentiram medo de deixar a forma conhecida de trabalhar (24%)
11	as pessoas que não aderiram foram vistas como resistentes (24%)
20	houve interferência de outros profissionais na minha área (23%)
18	os gestores passaram a ter tarefas para as quais não se sentiam preparados (22%)
19	não houve sensibilidade ao tempo que as pessoas precisavam para se envolver (20%)
16	os grupos começaram a trabalhar por imposição (18%)
7	quem teve dificuldade ou discordou foi descartado ou encostado (17%)
3	muitos chefes foram humilhados e desrespeitados (17%)
8	houve desrespeito às regras (16%)
13	logo me envolvi com o processo por acreditar nele (14%)

- 2 eu me senti bem informada (13%)
- 17 eu recebi orientação e capacitação para esse processo (8%)
- 15 gostei pois já tinha vivenciado esse tipo de gestão em outro lugar (4%)

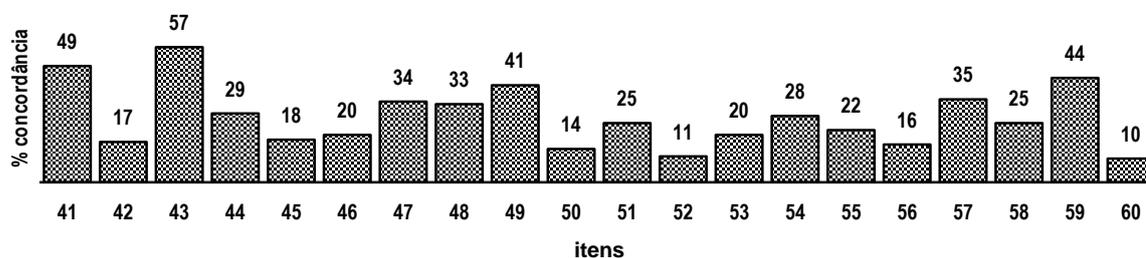
2. FUNCIONAMENTO DOS GRUPOS GESTORES AO LONGO DO TEMPO



Item	Durante o Funcionamento dos Grupos Gestores, eu acho que...
40	não mudou a centralização do poder de decisão (45%)
23	as coisas caminharam sem haver um processo de avaliação (35%)
38	gerou desconfiança, alguns assuntos discutidos no grupo gestor não eram divulgados (34%)
21	não mudou nada, os gestores passaram a funcionar como 'chefes' (33%)
35	não fazia diferença participar ou não do grupo gestor (31%)
25	as pessoas do meu grupo se dispersaram depois de um tempo (30%)
28	as expectativas não atendidas geraram mal estar (28%)
34	as alterações ocorridas foram, no geral, muito positivas (24%)
33	foi preciso algum tempo para que as pessoas comesçassem a funcionar em equipe (18%)
30	na minha unidade, as pessoas passaram a participar do processo de decisão (17%)
27	o gestor da minha unidade não tinha segurança em como fazer o trabalho (16%)
39	os assuntos discutidos no grupo gestor colocavam em 'dúvida' a confiabilidade do grupo (16%)
37	as sugestões apresentadas pelos gestores não eram aprovadas nas instâncias superiores (15%)
22	mesmo com a descontinuidade, meu grupo continuou ativo / vivo (13%)

- 26 com a mudança da coordenação da UE passei por um período de paralisia (13%)
- 24 foi preciso muito esforço para recuperar perdas que vieram de má gestão (13%)
- 36 houve maior companheirismo e respeito entre as pessoas (13%)
- 31 com a descontinuidade, perdemos a possibilidade de apresentar as necessidades da UF (12%)
- 29 pensei em desistir, mas não sou daqueles que pensa: “isso não é problema meu” (8%)
- 32 demorei um pouco, mas acabei entendendo a importância, e comecei a participar (7%)

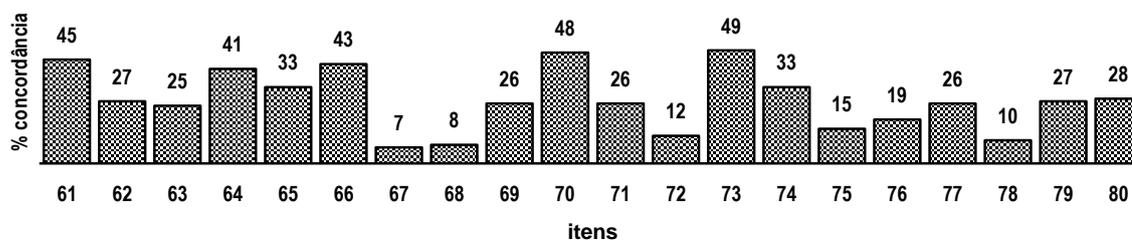
3. MOMENTO ATUAL DOS GRUPOS GESTORES



Item	No momento atual, em relação Grupos Gestores eu acho que...
43	ainda há muita dificuldade das pessoas funcionarem como equipe (57%)
41	eu ainda não sei bem qual o papel de cada um (49%)
59	eu não fico sabendo o que acontece no grupo gestor da minha unidade (44%)
49	ainda me falta conhecimento sobre esse assunto (41%)
57	na minha unidade, as decisões são tomadas pelos supervisores/ responsáveis técnicos (35%)
47	os colaboradores se sentem pouco úteis e desmotivados (34%)
48	sinto-me mais expectador (a) do que autor (a) (33%)
44	eu não tenho idéia de onde se pretende chegar com isso (29%)
54	na minha unidade funcional, as pessoas não têm consciência do que é isso (28%)
51	na minha unidade tem grupo gestor funcionando, mas pouco atuante (25%)
58	não há coordenação / integração entre os grupos (25%)
55	eu não me sinto ouvido (a) (22%)

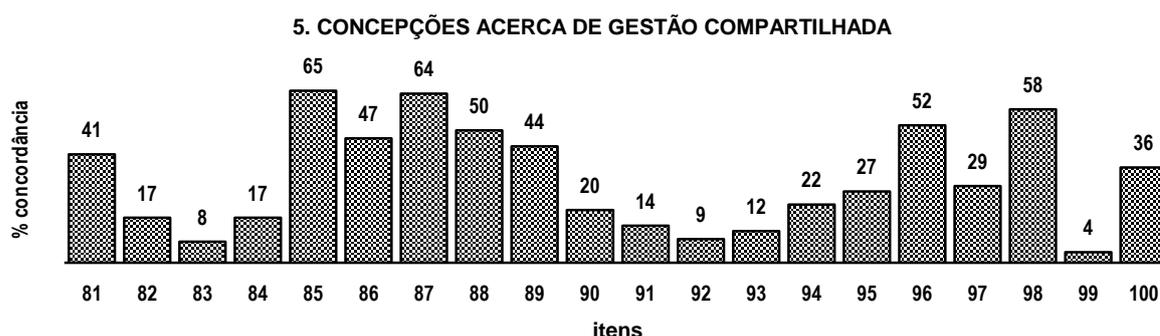
- 46 muitas pessoas estão dispostas a compartilhar suas idéias e vivências (20%)
- 53 ainda me falta experiência para participar ativamente (19%)
- 45 na minha unidade, o gestor desempenha adequadamente sua função (19%)
- 42 eu me sinto motivado para participar (17%)
- 56 o representante é discriminado ou não reconhecido pelos colegas (16%)
- 50 na minha unidade funcional há muita cobrança de todos (14%)
- 52 na minha unidade funcional passamos a valorizar a voz do grupo (11%)
- 60 na minha unidade, o gestor só ouve / aceita as opiniões iguais à sua (10%)

4. RAZÕES QUE INTERFERIRAM NO FUNCIONAMENTO DOS GRUPOS GESTORES



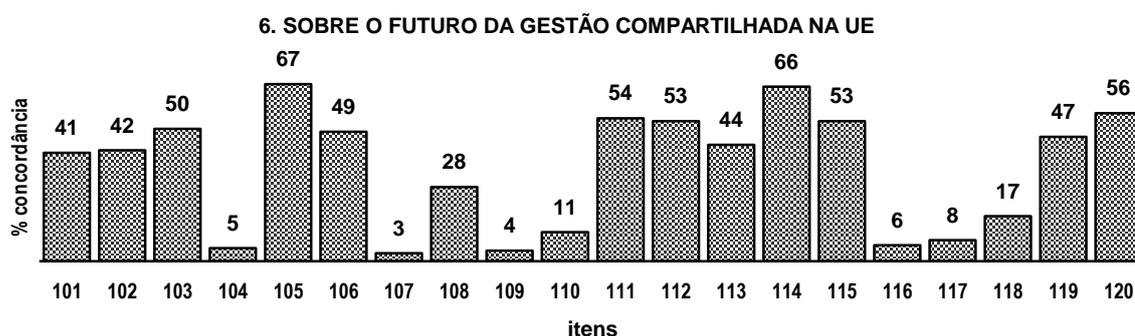
Item	Quanto às razões que interferiram no funcionamento dos Grupos Gestores, eu acho que...
73	é necessário saber melhor a função de cada um para que funcione (49%)
70	as pessoas esperavam que os gestores resolvessem os problemas (48%)
61	a cultura da instituição ainda é a de um modelo de gestão de cima para baixo (45%)
66	muitas pessoas não conseguiram ter as informações que precisavam (43%)
64	o desânimo atual é porque as mudanças esperadas não aconteceram (41%)
74	o gestor precisaria ter sido mais bem preparado quanto às suas posturas (33%)
65	os grupos desanimaram com o fracasso das decisões pouco compartilhadas (33%)
80	houve, em geral, muita falta de colaboração que culminou com a apatia atual (28%)
79	alguns fatos eram omitidos dos servidores (27%)
77	o grupo gestor acentuou os atritos entre os próprios servidores (26%)
71	houve descontinuidade da administração na manutenção desse processo (26%)

- 62 o excesso de vaidade pessoal atrapalhou o trabalho dos grupos (26%)
- 69 a confusão de papéis foi a causa do insucesso dos grupos gestores (26%)
- 63 os grupos que deram certo tinham à frente pessoas com aceitação e credibilidade (25%)
- 76 a falta de autonomia do gestor em relação às 'chefias' (18%)
- 75 a atuação dos docentes não respeitava o grupo gestor (15%)
- 72 funcionaram melhor os grupos que estavam mais próximos do gestor central (12%)
- 78 os grupos que funcionaram bem não apoiaram os que tiveram dificuldades (10%)
- 68 os grupos que deram certo foram vistos como uma ameaça (8%)
- 67 os grupos avançaram em função dos bons resultados que tiveram (7%)



Item	Neste tipo de gestão, através de Grupos Gestores, eu acho que...
85	participar é ajudar a levantar os problemas, mas também as soluções (65%)
87	os interesses comuns têm que estar acima dos individuais (64%)
98	as equipes precisam ser informadas das decisões institucionais (58%)
96	a participação se dá através de reuniões e distribuição de informações (52%)
88	é necessário haver reuniões mensais com a administração (50%)
86	neste processo é necessário que as pessoas confiem nos outros e em si mesmos (47%)
89	para ser bom, tem que haver integração entre os diferentes grupos da instituição (44%)
81	o gestor tem que ter facilidade para essa tarefa (41%)
100	os grupos gestores devem ser um processo paralelo à administração (36%)

- 97 não é importante ter nível universitário para ser gestor (29%)
- 95 o gestor precisa de autoridade para coordenar o grupo (27%)
- 94 o gestor precisa de autonomia em relação à coordenação central (22%)
- 90 os conflitos ficam evidenciados, mas isso é bom para a integração futura (20%)
- 84 espera-se que todas as solicitações feitas pelas UF sejam atendidas (17%)
- 82 a confusão é parte do processo de evolução administrativa da instituição (17%)
- 91 este tipo de gestão gera mais conflitos e isto é ruim para a unidade (14%)
- 93 não entendo nada de gestão, nem nesse modelo, nem em outro (12%)
- 92 para dar certo, todos os pedidos dos funcionários têm que ser atendidos (9%)
- 83 acho que com grupos menores esse processo é mais fácil (8%)
- 99 os grupos gestores devem substituir a administração (4%)



Itens	Para planejar o Futuro da Gestão Compartilhada na UE, eu acho que...
105	acho uma ótima idéia nós termos sido convidados a dar nossa opinião (67%)
114	acho importante que todos conheçam o processo, seus objetivos e limitações (66%)
120	acho que o grupo gestor tem que ter um envolvimento multiprofissional de forma atuante (56%)
111	acho importante estimular o relacionamento entre as unidades funcionais (54%)
112	penso que os grupos gestores precisam motivar os funcionários a participar (53%)
115	considero necessário que a coordenação informe suas decisões às unidades (53%)
103	acho que não devemos desistir, apesar de todos os problemas (50%)

106	acho que os futuros gestores precisam ser capacitados para coordenar grupos (49%)
119	acho importante estimular o relacionamento entre as unidades funcionais (47%)
113	acho que é necessário ter reuniões com a administração para avaliações (44%)
102	gostaria de ver o desenvolvimento de um modelo próprio para a UE (42%)
101	acredito que vale a pena investir num modelo de gestão através de grupos gestores (41%)
108	tenho vontade de me capacitar para que o processo aconteça (27%)
118	acho que pode ser complicado se o campus não funcionar no mesmo sistema (17%)
110	acho melhor ter uma gestão que respeita a hierarquia, porque todos já conhecem (11%)
117	não tenho interesse em participar deste tipo de gestão (8%)
116	penso que não há nada a ser feito pelo exemplo da experiência já fracassada (6%)
104	acho um modelo muito estranho para dar certo, prefiro desistir (5%)
109	preocupar-me com gestão atrapalha o exercício de minhas atividades profissionais (4%)
107	não estou interessado em ter preocupações relacionadas à gestão nenhuma (3%)

Itens Agrupados em Função do Percentual de Concordância

60% a 45% de concordância (19 itens) mais 4 itens acima de 60%

67%	acho uma ótima idéia nós termos sido convidados a dar nossa opinião
66%	acho importante que todos conheçam o processo, seus objetivos e limitações
65%	participar é ajudar a levantar os problemas, mas também as soluções
64%	os interesses comuns têm que estar acima dos individuais
59%	as pessoas não foram bem informadas sobre como funciona esse processo
58%	as equipes precisam ser informadas das decisões institucionais
57%	ainda há muita dificuldade das pessoas funcionarem como equipe
56%	acho que o grupo gestor tem que ter um envolvimento multiprofissional de forma atuante
54%	acho importante estimular o relacionamento entre as unidades funcionais
53%	penso que os grupos gestores precisam motivar os funcionários a participar

- 53% considero necessário que a coordenação informe suas decisões às unidades
- 52% a participação se dá através de reuniões e distribuição de informações
- 50% é necessário haver reuniões mensais com a administração
- 50% acho que não devemos desistir, apesar de todos os problemas
- 49% eu ainda não sei bem qual o papel de cada um
- 49% é necessário saber melhor a função de cada um para que funcione
- 49% acho que os futuros gestores precisam ser capacitados para coordenar grupos
- 48% as pessoas esperavam que os gestores resolvessem os problemas
- 47% neste processo é necessário que as pessoas confiem nos outros e em si mesmos
- 47% acho importante estimular o relacionamento entre as unidades funcionais
- 45% houve confusão entre o papel do gestor e do supervisor / responsável técnico
- 45% não mudou a centralização do poder de decisão
- 45% a cultura da instituição ainda é a de um modelo de gestão de cima para baixo

44% a 30% de Concordância (23 itens)

-
- 44% eu não fico sabendo o que acontece no grupo gestor da minha unidade
 - 44% acho que é necessário ter reuniões com a administração para avaliações
 - 44% para ser bom, tem que haver integração entre os diferentes grupos da instituição
 - 43% muitas pessoas não conseguiram ter as informações que precisavam
 - 42% gostaria de ver o desenvolvimento de um modelo próprio para a UE
 - 41% ainda me falta conhecimento sobre esse assunto
 - 41% o desânimo atual é porque as mudanças esperadas não aconteceram
 - 41% o gestor tem que ter facilidade para essa tarefa
 - 41% acredito que vale a pena investir num modelo de gestão através de grupos gestores
 - 38% não houve tempo das pessoas entenderem a proposta
 - 37% ficou um clima geral de confusão com relação ao que acontecia
 - 36% os grupos gestores devem ser um processo paralelo à administração
 - 35% as coisas caminharam sem haver um processo de avaliação
 - 35% na minha unidade, as decisões são tomadas pelos supervisores/ responsáveis técnicos

- 34% gerou desconfiança, alguns assuntos discutidos no grupo gestor não eram divulgados
- 34% os colaboradores se sentem pouco úteis e desmotivados
- 33% não mudou nada, os gestores passaram a funcionar como 'chefes'
- 33% sinto-me mais expectador (a) do que autor (a)
- 33% o gestor precisaria ter sido mais bem preparado quanto às suas posturas
- 33% os grupos desanimaram com o fracasso das decisões pouco compartilhadas
- 31% não fazia diferença participar ou não do grupo gestor
- 30% ela gerou traumas e ressentimentos
- 30% as pessoas do meu grupo se dispersaram depois de um tempo

29% a 15% de Concordância (45 itens)

- 29% eu senti que a implantação foi feita de forma autoritária
- 29% houve melhoria na qualidade dos serviços prestados pela unidade
- 29% eu não tenho idéia de onde se pretende chegar com isso
- 29% não é importante ter nível universitário para ser gestor
- 28% as expectativas não atendidas geraram mal estar
- 28% na minha unidade funcional, as pessoas não têm consciência do que é isso
- 28% houve, em geral, muita falta de colaboração que culminou com a apatia atual
- 27% alguns fatos eram omitidos dos servidores
- 27% o gestor precisa de autoridade para coordenar o grupo
- 27% tenho vontade de me capacitar para que o processo aconteça
- 26% o grupo gestor acentuou os atritos entre os próprios servidores
- 26% houve descontinuidade da administração na manutenção desse processo
- 26% o excesso de vaidade pessoal atrapalhou o trabalho dos grupos
- 26% a confusão de papéis foi a causa do insucesso dos grupos gestores
- 25% na minha unidade tem grupo gestor funcionando, mas pouco atuante
- 25% não há coordenação / integração entre os grupos
- 25% os grupos que deram certo tinham à frente pessoas com aceitação e credibilidade
- 24% as pessoas sentiram medo de deixar a forma conhecida de trabalhar

- 24% as pessoas que não aderiram foram vistas como resistentes
- 24% as alterações ocorridas foram, no geral, muito positivas
- 23% houve interferência de outros profissionais na minha área
- 22% os gestores passaram a ter tarefas para as quais não se sentiam preparados
- 22% eu não me sinto ouvido (a)
- 22% o gestor precisa de autonomia em relação à coordenação central
- 20% não houve sensibilidade ao tempo que as pessoas precisavam para se envolver
- 20% muitas pessoas estão dispostas a compartilhar suas idéias e vivências
- 20% ainda me falta experiência para participar ativamente
- 20% os conflitos ficam evidenciados, mas isso é bom para a integração futura
- 19% na minha unidade, o gestor desempenha adequadamente sua função
- 18% os grupos começaram a trabalhar por imposição
- 18% foi preciso algum tempo para que as pessoas comesçassem a funcionar em equipe
- 18% a falta de autonomia do gestor em relação às 'chefias'
- 17% quem teve dificuldade ou discordou foi descartado ou encostado
- 17% muitos chefes foram humilhados e desrespeitados
- 17% na minha unidade, as pessoas passaram a participar do processo de decisão
- 17% eu me sinto motivado para participar
- 17% espera-se que todas as solicitações feitas pelas UF sejam atendidas
- 17% a confusão é parte do processo de evolução administrativa da instituição
- 17% acho que pode ser complicado se o campus não funcionar no mesmo sistema
- 16% houve desrespeito às regras
- 16% o gestor da minha unidade não tinha segurança em como fazer o trabalho
- 16% os assuntos discutidos no grupo gestor colocavam em 'dúvida' a confiabilidade do grupo
- 16% o representante é discriminado ou não reconhecido pelos colegas
- 15% as sugestões apresentadas pelos gestores não eram aprovadas nas instâncias superiores
- 15% a atuação dos docentes não respeitava o grupo gestor

menos de 15% de Concordância (29 itens)

14%	logo me envolvi com o processo por acreditar nele
14%	na minha unidade funcional há muita cobrança de todos
14%	este tipo de gestão gera mais conflitos e isto é ruim para a unidade
13%	eu me senti bem informada
13%	mesmo com a descontinuidade, meu grupo continuou ativo / vivo
13%	com a mudança da coordenação da UE passei por um período de paralisia
13%	foi preciso muito esforço para recuperar perdas que vieram de má gestão
13%	houve maior companheirismo e respeito entre as pessoas
12%	com a descontinuidade, perdemos a possibilidade de apresentar as necessidades da UF
12%	funcionaram melhor os grupos que estavam mais próximos do gestor central
12%	não entendo nada de gestão, nem nesse modelo, nem em outro
11%	na minha unidade funcional passamos a valorizar a voz do grupo
11%	acho melhor ter uma gestão que respeita a hierarquia, porque todos já conhecem
10%	na minha unidade, o gestor só ouve / aceita as opiniões iguais à sua
10%	os grupos que funcionaram bem não apoiaram os que tiveram dificuldades
9%	para dar certo, todos os pedidos dos funcionários têm que ser atendidos
8%	eu recebi orientação e capacitação para esse processo
8%	pensei em desistir, mas não sou daqueles que pensa: "isso não é problema meu"
8%	os grupos que deram certo foram vistos como uma ameaça
8%	acho que com grupos menores esse processo é mais fácil
8%	não tenho interesse em participar deste tipo de gestão
7%	demorei um pouco, mas acabei entendendo a importância, e comecei a participar
7%	os grupos avançaram em função dos bons resultados que tiveram
6%	penso que não há nada a ser feito pelo exemplo da experiência já fracassada
5%	acho um modelo muito estranho para dar certo, prefiro desistir
4%	gostei pois já tinha vivenciado esse tipo de gestão em outro lugar

-
- 4% os grupos gestores devem substituir a administração
 - 4% preocupar-me com gestão atrapalha o exercício de minhas atividades profissionais
 - 3% não estou interessado em ter preocupações relacionadas à gestão nenhuma
-

Principais Indicadores do Projeto de Diagnóstico da Gestão Compartilhada na UE

1. Indicadores do Processo do Projeto de Diagnóstico

Indicadores do Alto Grau de Adesão do Conselho de Gestores ao Processo:

13 das 14 UF estiveram representadas em 100% das oficinas realizadas

participação ativa dos atuais gestores em todas as oficinas do projeto

gestores mobilizaram parceiros para acompanhar as oficinas

obtiveram colaboração dos pares na fase de construção do instrumento de coleta

atingiram 93% dos servidores na etapa de distribuição do questionário

Indicadores do Alto Grau de Adesão dos Servidores ao Processo:

48% de questionários respondidos (índice alto em coleta de dados à distância)

representatividade bastante equilibrada entre as unidades assistenciais e de apoio

interesse manifestado em conhecer os resultados do processo diagnóstico

2. Indicadores dos Resultados do Projeto de Diagnóstico

Indicadores da Motivação para a Continuidade da Gestão Compartilhada

67% acho uma ótima idéia nós termos sido convidados a dar nossa opinião

50% acho que não devemos desistir, apesar de todos os problemas

42% gostaria de ver o desenvolvimento de um modelo próprio de gestão compartilhada para a UE

41% acredito que vale a pena investir num modelo de gestão através de grupos gestores

Indicadores da Necessidade de Construir Expectativas Realistas sobre o Modelo de Gestão

- 48% as pessoas esperavam que os gestores resolvessem os problemas
- 41% o desânimo atual é porque as mudanças esperadas não aconteceram

Indicadores da Necessidade de Fomentar Práticas de Participação Coletiva

- 64% os interesses comuns têm que estar acima dos individuais
- 57% ainda há muita dificuldade das pessoas funcionarem como equipe
- 53% penso que os grupos gestores precisam motivar os funcionários a participar
- 47% neste processo é necessário que as pessoas confiem nos outros e em si mesmos

Indicadores da Necessidade de Produção e Circulação de Conhecimento / Informação

- 66% acho importante que todos conheçam o processo, seus objetivos e limitações
- 59% as pessoas não foram bem informadas sobre como funciona esse processo
- 58% as equipes precisam ser informadas das decisões institucionais
- 53% considero necessário que a coordenação informe suas decisões às unidades
- 49% é necessário saber melhor a função de cada um para que funcione
- 49% eu ainda não sei bem qual o papel de cada um
- 45% houve confusão entre o papel do gestor e do supervisor / responsável técnico
- 43% muitas pessoas não conseguiram ter as informações que precisavam
- 44% eu não fico sabendo o que acontece no grupo gestor da minha unidade
- 41% ainda me falta conhecimento sobre esse assunto

Indicadores das Expectativas sobre Gestão Compartilhada

- 65% participar é ajudar a levantar os problemas, mas também as soluções
- 56% acho que o grupo gestor tem que ter um envolvimento multiprofissional de forma atuante
- 54% acho importante estimular o relacionamento entre as unidades funcionais
- 52% a participação se dá através de reuniões e distribuição de informações
- 50% é necessário haver reuniões mensais com a administração
- 44% para ser bom, tem que haver integração entre os diferentes grupos da instituição

44% acho que é necessário ter reuniões com a administração para avaliações

Indicadores da Necessidade de Desenvolver Mecanismos para a Mudança Institucional

45% a cultura da instituição ainda é a de um modelo de gestão de cima para baixo

45% não mudou a centralização do poder de decisão

Indicadores da Necessidade de Formação para a Função Gestora

49% acho que os futuros gestores precisam ser capacitados para coordenar grupos

41% o gestor tem que ter facilidade para essa tarefa

Conclusão

Entendemos que a amostra é representativa da população em questão e que os indicadores apresentados acima sintetizam suas expectativas, possibilidades e anseios. Quer sejam:

Grande adesão dos atuais gestores ao processo diagnóstico;

Alto grau de adesão dos servidores ao processo de consulta.

Motivação para a continuidade da Gestão Compartilhada;

Necessidade de construir expectativas realistas sobre o modelo de gestão;

Necessidade de fomentar práticas de participação coletiva;

Necessidade de produção e circulação de conhecimento/informação;

Expectativas pertinentes sobre gestão compartilhada;

Necessidade de desenvolver mecanismos para a mudança da cultura institucional e

Necessidade de formação para a função gestora.

Resta a análise política da viabilidade de efetivação de uma proposta que venha fomentar as condições de desenvolvimento de um modelo de gestão que venha responder às expectativas da instituição.

Ribeirão Preto, 18 de setembro de 2008-09-17

g) ESTATUTO DA SALA DE URGÊNCIA

COMISSÃO ELABORADORA

PREFÁCIO

ÍNDICE

1. Missão da Sala de Urgência
2. Estrutura e capacidade da Sala de Urgência
3. Admissão dos pacientes
 - 3.1. Direcionamento dos casos por especialidade médica
 - 3.1.1. Pacientes clínicos
 - 3.1.2. Pacientes traumatizados
 - 3.1.3. Pacientes pediátricos
 - 3.1.4. Pacientes portadores de urgências psiquiátricas
 - 3.1.5. Pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva
 - 3.2. Definição do mecanismo de “vaga zero” para encaminhamento compulsório de pacientes à Unidade de Emergência
 - 3.3. Procedimento no caso de demanda espontânea ou encaminhamento médico sem regulação
4. Normas de utilização dos leitos especiais
 - 4.1. Sala de estabilização clínica
 - 4.2. Sala de trauma (pacientes politraumatizados)
 - 4.3. Isolamento respiratório

- 4.4. Consultório de ginecologia
- 5. Egressão dos pacientes
 - 5.1. Terapia intensiva
 - 5.2. Unidade Coronariana
 - 5.3. Terapia semi-intensiva
 - 5.4. Cuidado paliativo humanizado
 - 5.5. Transferência para o HC Campus
 - 5.6. Transferência para o Hospital Estadual
 - 5.7. Alta hospitalar problema

Anexo 1 – Relatório de vagas da Unidade de Emergência

Anexo 2 – Relação das especialidades médicas e as hipóteses diagnósticas mais freqüentes

Anexo 3 – Atribuições do médico supervisor da sala de trauma

Anexo 4 – Formulário de notificação de problema com a regulação médica

COMISSÃO ELABORADORA

Adriana de Freitas Lovalho	<i>Médica da Neurologia</i>
Andréia Nakamura	<i>Responsável técnico da Sala de Urgência</i>
Antônio Pazin-Filho	<i>Coordenador da Unidade de Emergência e Responsável pelas Atividades da Clínica Médica na Unidade de Emergência</i>
Fábio Fernandes Neves	<i>Supervisor Médico da Unidade de Emergência e Médico da Clínica Médica</i>
Gerson Felisbino dos Reis	<i>Médico da Cirurgia de Cabeça e Pescoço</i>
José Luiz Romeu Boulosa	<i>Médico da Neurocirurgia</i>
Karina Angélica Tresso	<i>Gestora da Sala de Urgência</i>
Lisandra Maria Baptista	<i>Supervisora de Enfermagem da Unidade de Emergência</i>
Pedro Sérgio Magnani	<i>Médico da Ginecologia e Obstetrícia</i>
Rogério Carneiro Bittar	<i>Médico da Ortopedia e Traumatologia</i>
Sandro Scarpelini	<i>Docente da Cirurgia de Urgência</i>

PREFÁCIO

Gradativamente, nos últimos 10 anos, a interface externa da Unidade de Emergência com o Sistema de Regulação Médica vem sendo consolidada. Muitos problemas foram sendo detectados e corrigidos, mas muitos ainda persistem.

Embora alguns destes problemas passem por falhas de comunicação externa, não se pode negar que ainda temos diversos entraves dentro da Sala de Urgência da U.E. e de sua interface interna com outras áreas como as enfermarias, Centro de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.

Este regulamento surgiu do levantamento destas dificuldades e, entre agosto de 2008 e maio de 2009 foram realizadas 10 reuniões da comissão interdisciplinar para apontar os problemas e fazer propostas de como isto poderia ser solucionado. A base para este regulamento foi o sucesso alcançado com a implantação do regulamento do Centro Cirúrgico que, muito embora possa ser passível de críticas, tem facilitado em muito o trabalho dos gestores na solução de problemas do dia-a-dia.

Os problemas que tentamos equacionar neste regulamento são tão ou mais complexos, que aqueles enfrentados no Centro Cirúrgico e, tal como aquele, entendemos que deverá sofrer várias alterações ao longo da sua implantação. Ele será enviado e discutido em diversas instâncias, tanto internamente na Unidade, nos Departamentos do Campus e nas Centrais de Regulação para garantir sua legitimidade.

Tenho a certeza de que será um avanço no relacionamento interno e externo tornando nosso difícil trabalho de gerenciamento de pacientes críticos um pouco mais fácil.

Antônio Pazin-Filho

Missão da Sala de Urgência

A Unidade de Emergência está totalmente integrada ao Sistema Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, atendendo exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É credenciada como Unidade de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências do Tipo III, ou seja, capaz de atender casos de alta complexidade de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica, além de desempenhar atribuições de capacitação e aprimoramento de recursos humanos nesta área.

A Sala de Urgência é a porta de entrada do HCFMRP-USP para os pacientes do SUS, portadores de urgências e emergências médicas de alta complexidade, advindos de toda DRS XIII e macrorregião, encaminhados via Central Única de Regulação Médica (CURM).

Esta unidade assistencial tem a missão de admitir os portadores de urgências e emergências, estabilizar os sistemas vitais, realizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos iniciais e encaminhar os pacientes às unidades de internação adequadas às suas necessidades. O paciente não deve permanecer na Sala de Urgência por mais de 24 horas.

Estrutura e capacidade da Sala de Urgência

A sala de urgência dispõe de 28 leitos de apoio, distribuídos de acordo com o perfil assistencial (Figura 1):

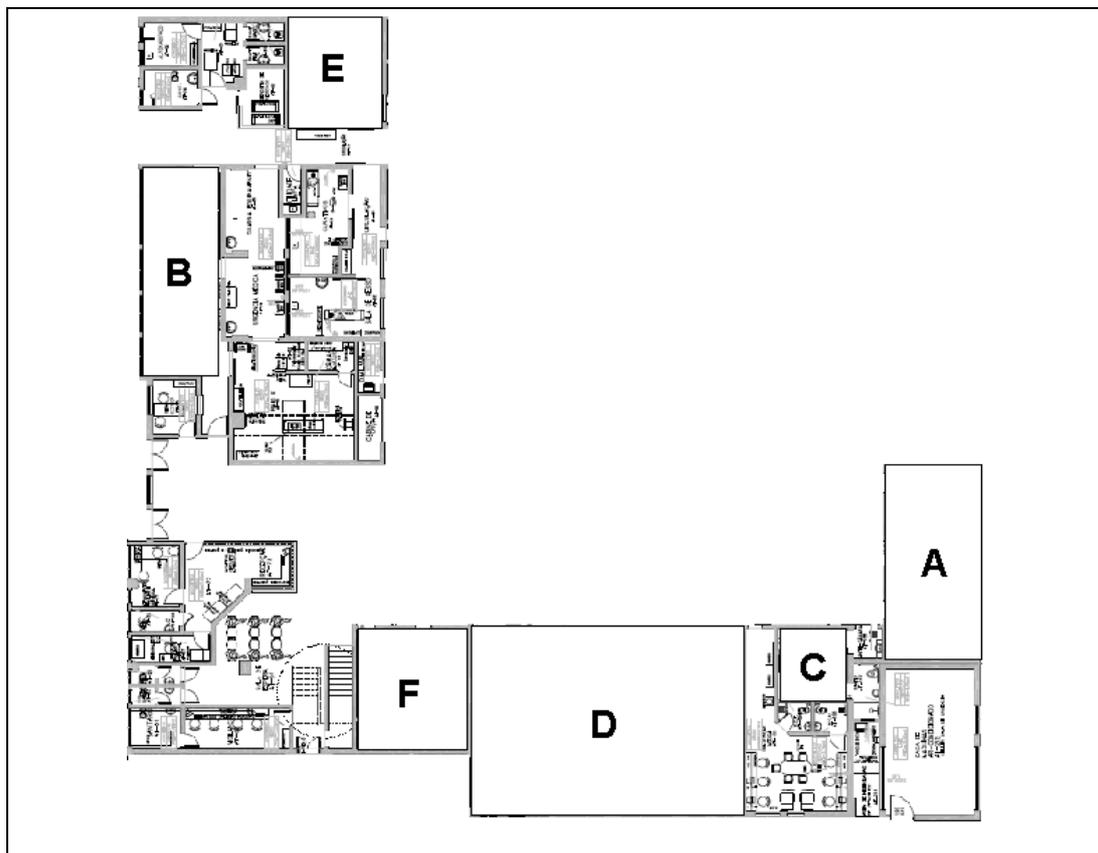


Figura 1 – Planta simplificada da Sala de Urgência da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP.

Leitos Monitorizados (11):

- A. 05 vagas de estabilização clínica (SEC)
- B. 05 vagas de atendimento às urgências traumatológicas
- C. 01 vaga de isolamento respiratório adulto

Leitos não monitorizados (17):

- D. 13 vagas de atendimento clínico (BOX)
- E. 02 vagas de atendimento ortopédico
- F. 02 vagas de atendimento ginecológico (sendo 01 para atendimento de vitimizados)

A infra-estrutura e os recursos humanos da Sala de Urgências foram dimensionados para o atendimento desta capacidade máxima instalada. Os plantonistas devem respeitar os limites, não aceitando novos pacientes diante da ausência de vagas, sob pena de serem responsabilizados pela eventual falta de recursos assistenciais.

Para a avaliação da disponibilidade de vagas no atendimento clínico (BOX), deve-se considerar a ocupação das enfermarias de adultos da Unidade de Emergência, exceto os leitos de psiquiatria e queimados. O relatório de ocupação hospitalar (Anexo 1) está disponível no mural da sala de urgência ou no Módulo SIH, através do caminho “Relatórios”, “Controle de Leitos” e “Ocupação de Leitos”.

Por exemplo, a presença de 16 pacientes no BOX (capacidade total de 13 leitos) associados a 05 leitos vagos nas enfermarias determina a existência de 02 vagas para atendimento clínico.

Admissão dos pacientes

A Unidade de Emergência não possui estrutura de pronto-atendimento ou triagem médica. Assim, todo atendimento médico neste hospital deve ser referenciado por profissional qualificado e autorizado pela Central Única de Regulação Médica (CURM). A admissão de pacientes por mecanismos alternativos fere o princípio da equidade do SUS.

Direcionamento dos casos por especialidade médica

Pacientes clínicos

São denominados pacientes clínicos todos adultos não portadores de lesões por causas externas ou doença psiquiátrica. Poderão ser direcionados pela regulação médica às seguintes especialidades:

- Cirurgia de cabeça e pescoço
- Cirurgia de urgência
- Clínica médica
- Ginecologia e obstetrícia
- Neurologia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia ⁽¹⁾
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia ^(1,2)

⁽¹⁾ Apenas atendimento ambulatorial de urgência; ⁽²⁾ Somente plantão noturno.

O espaço destinado aos pacientes clínicos (BOX) é compartilhado por todas estas especialidades, sendo fundamental a interação entre os plantonistas para definição das prioridades no fluxo dos casos.

Os plantonistas deverão ser acionados pela regulação médica através dos bipes específicos (pager), conforme relação a seguir. A telefonista da Unidade de Emergência só está autorizada a acionar o plantonista através do pager quando solicitada pela regulação médica. A relação das hipóteses diagnósticas mais frequentes e a clínica de destino estão dispostos no anexo 2.

Especialidade	BIPE
Cirurgia de cabeça e pescoço	7191
Cirurgia de urgência	7172
Clínica médica	7192
Ginecologia e obstetrícia	7177
Neurologia	7181
Neurocirurgia	7180
Ortopedia	7184
Oftalmologia	7183
Otorrinolaringologia	7163

Situações especiais:

- Pacientes egressos do hospital nos últimos 07 dias devem ser direcionados pela CURM à clínica que efetivou a alta hospitalar, desde que haja possível nexo causal com a internação anterior. Esta equipe deve receber o paciente, avaliar o motivo da reinternação e, se necessário, solicitar avaliação de outra especialidade.
- No caso de intercorrência de saúde envolvendo acompanhante de paciente, o primeiro atendimento deverá ser prestado pelo médico do paciente, que caso necessário, deverá solicitar pessoalmente avaliação de uma clínica específica.
- Pacientes portadores de doenças crônicas de alta complexidade em seguimento ambulatorial no HC Campus (oncologia, transplantados, hemodiálisados) devem ser admitidos pelo serviço que faz este acompanhamento. Exemplos:

- Um paciente em quimioterapia para tratamento de linfoma que desenvolve infecção do cateter totalmente implantável, deve ser admitido pela clínica médica (segue na hematologia), e não pela clínica cirúrgica que realizará o procedimento de retirada da prótese;
- Paciente em seguimento no ambulatório de neurologia por *miastenia gravis* que desenvolve pneumonia aspirativa deve ser admitido pela neurologia e não pela clínica médica;
- Paciente em seguimento na urologia por neoplasia metastática de próstata que apresenta lesão lítica vertebral com déficit neurológico novo deve ser admitido pela clínica cirúrgica e não pela neurologia.

Após a avaliação inicial, se descartada qualquer complicação relacionada à doença de base, poderá ser solicitada transferência para uma clínica específica, desde que haja concordância e disponibilidade de leitos para tal.

Pacientes traumatizados

São denominados pacientes traumatizados aqueles portadores de lesões advindas de causas externas, como quedas, acidentes automobilísticos, ferimentos de arma de fogo ou branca, queimaduras e afogamento.

Pacientes que requeiram cuidado terciário, mas não preencham critérios de politrauma abaixo especificados, devem ser direcionados à especialidade médica afim:

- Cirurgia de cabeça e pescoço
- Cirurgia de urgência
- Ginecologia e obstetrícia
- Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Ortopedia

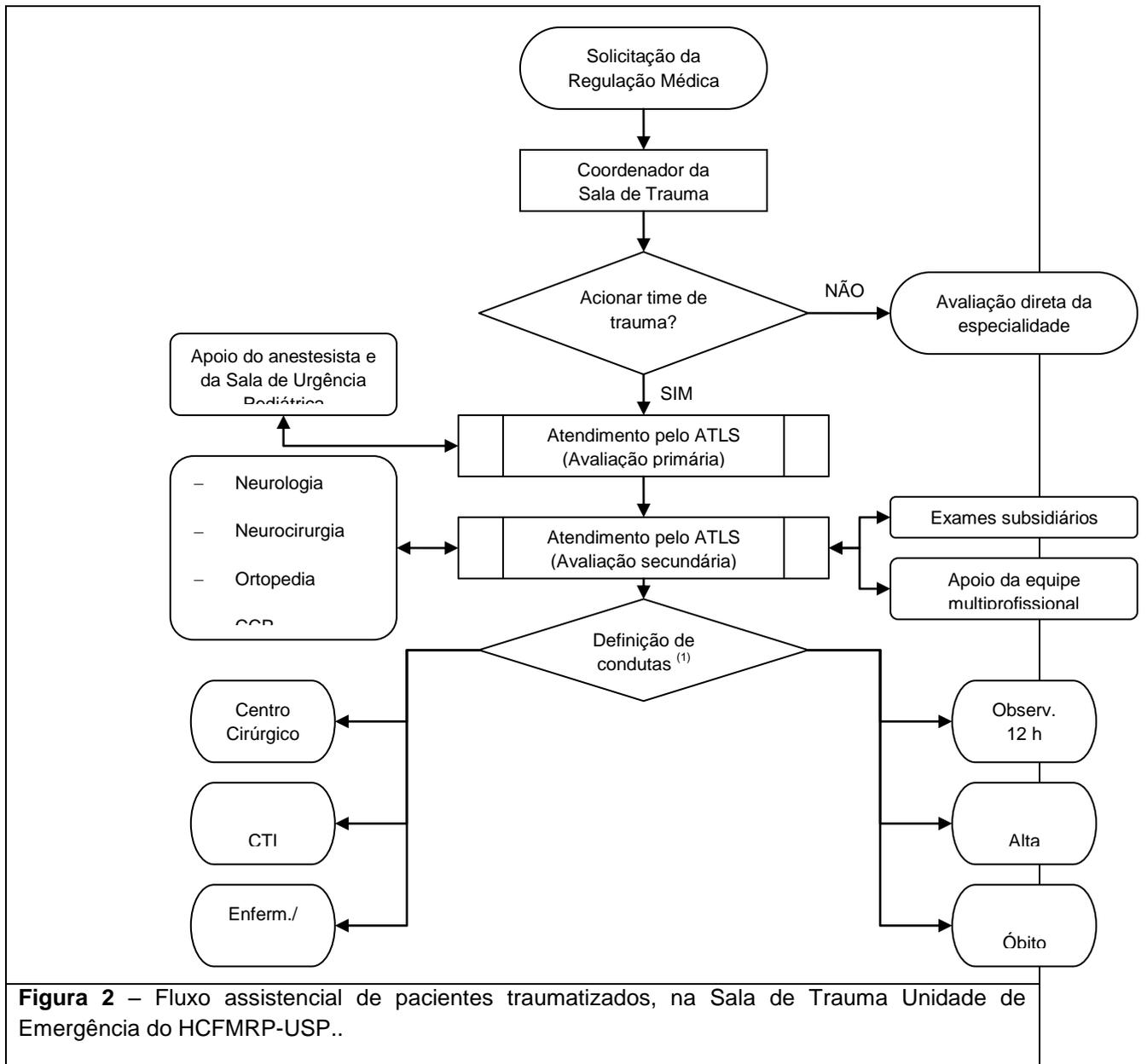
Os pacientes traumatizados de elevada gravidade devem ser direcionados à Sala de Trauma através do contato com o Médico Coordenador da Sala de Trauma (bipe 7295).

Este Coordenador detém, exclusivamente, a atribuição de decidir acionar ou não o time de trauma, composto pelos médicos residentes da Divisão de Cirurgia de Urgência e Trauma e a equipe especializada de enfermagem. Esta decisão deve basear-se nos seguintes critérios:

- Gravidade do paciente:
 - o Possibilidade de lesões com *Injury Severity Score* ≥ 16
 - o Trauma de múltiplos segmentos, definido por lesões em 2 ou mais segmentos: cabeça e pescoço, face, tórax, abdômen e conteúdo pélvico, extremidades e pelve, externo.
- Tempo decorrido após o trauma:
 - o ≤ 8 horas
- Origem da vítima:
 - o Diretamente da cena do trauma

O paciente que não se enquadrar aos critérios de acionamento do time de trauma será direcionado à clínica específica, que poderá aceitar ou não o caso de acordo com a disponibilidade de vagas.

A figura 2 esquematiza o processo de atendimento do paciente traumatizado.



(1)

- **Centro cirúrgico:** hemorragias cirúrgicas, lesões anatômicas graves, insuficiência respiratória, risco iminente de morte ou perda de membro ou função, compressão cerebral por massa expansiva;
- **CTI:** insuficiência respiratória aguda (vias aéreas ou ventilação), instabilidade hemodinâmica compensada, lesão neurológica que necessite de suporte de vida;
- **Enfermaria / semi-intensiva:** casos que necessitem de reparação semieletiva, instabilidade hemodinâmica rapidamente revertida, observação prolongada e observação em geral (na dependência de leitos);

- **Observação 12h:** casos de trauma leve ou moderado, história de óbito na cena, TCE;
- **Alta hospitalar:** nenhuma das anteriores. Paciente completamente autônomo, sem risco complicação ou necessidade de observação;
- **Óbito:** regularização da documentação para o IML

No caso do paciente receber alta da Sala de Trauma e nenhuma clínica se responsabilizar pelo seu cuidado, o destino do paciente será determinado pelo médico Coordenador da Sala Trauma.

Os casos omissos neste regulamento também devem seguir o direcionamento orientado pelo Médico Coordenador da Sala Trauma, cujas atribuições estão dispostas no anexo 3. As divergências de conduta poderão ser discutidas *a posteriori*, junto à Supervisão Médica da Unidade de Emergência.

Pacientes pediátricos

Os pacientes não traumatizados menores de 12 anos não são admitidos na Sala de Urgência. Eles devem ser direcionados ao ambulatório de pediatria da Unidade de Emergência, através do bipe 7217.

Pacientes portadores de urgências psiquiátricas

Os pacientes portadores de urgências psiquiátricas devem ser direcionados ao serviço de Psiquiatria da Unidade de Emergência, através do bipe 7186.

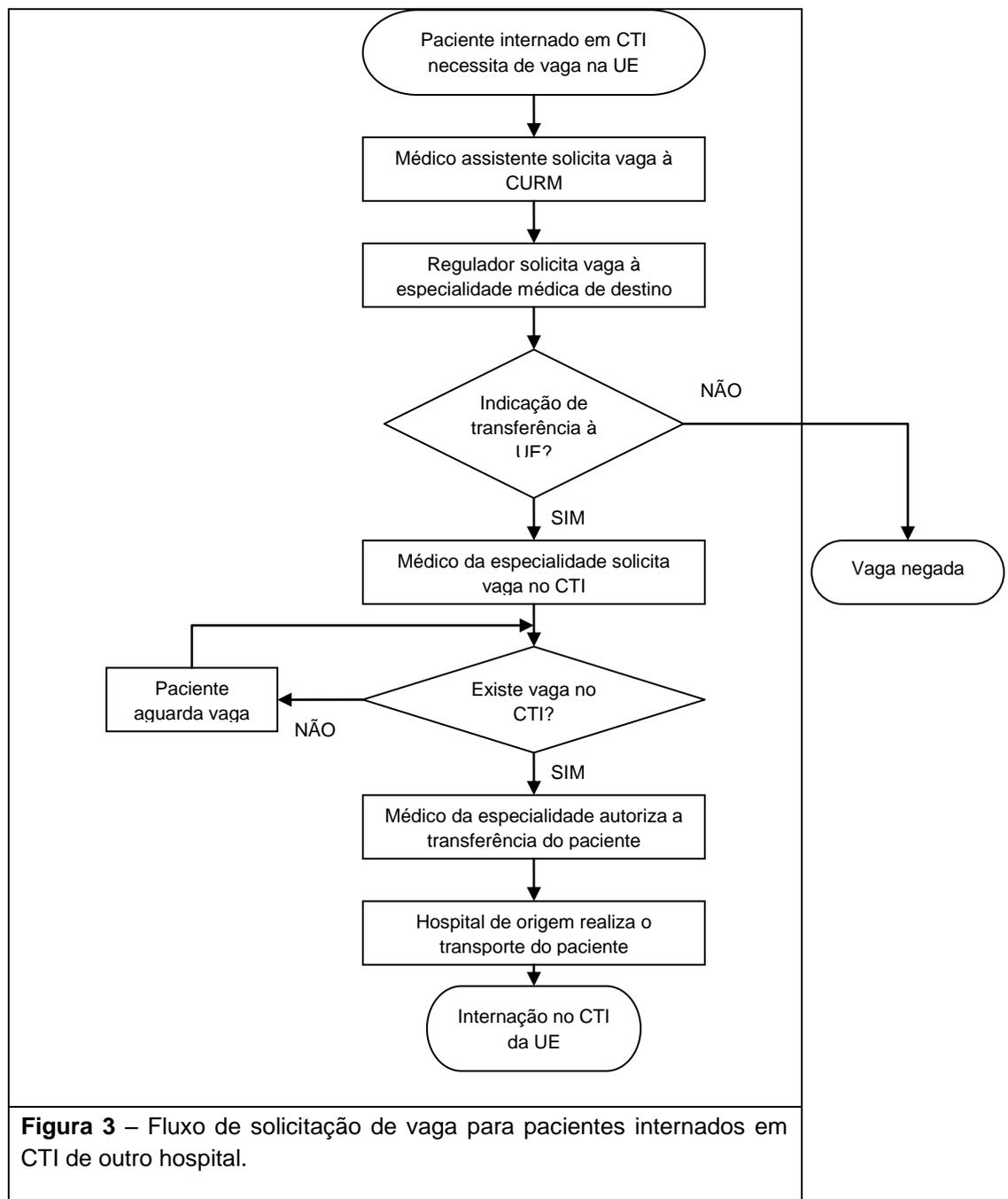
Pacientes internados em centro de terapia intensiva (CTI)

Os pacientes internados em CTI de outras unidades hospitalares podem necessitar de intervenções terciárias especializadas, indisponíveis no hospital de origem. Estes pacientes não devem ser admitidos em leitos da sala de urgência, mas diretamente em leito de terapia intensiva (CTI ou UCO).

Cabe ao plantonista da especialidade responsável pelo procedimento diagnóstico ou terapêutico solicitado, encaminhar pedido de vaga ao CTI ou à UCO, e contatar a regulação médica no momento do surgimento da vaga de terapia intensiva. No momento da alta do CTI, o paciente deve ser internado sob cuidado do serviço que aceitou o caso.

A única exceção é o paciente que vem realizar um procedimento específico e retorna, imediatamente, ao CTI de origem. Neste caso não é necessária a disponibilidade de vaga de terapia intensiva na UE.

A responsabilidade sobre o transporte deste paciente é da equipe do hospital solicitante. A figura 3 estabelece o fluxo assistencial para este tipo de paciente.



Definição de Mecanismo de “Vaga Zero” para encaminhamento compulsório de pacientes à U.E.

O dispositivo denominado “vaga zero” está previsto na Portaria Ministerial 2048 de novembro de 2002, tendo o objetivo de *“garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes”*.

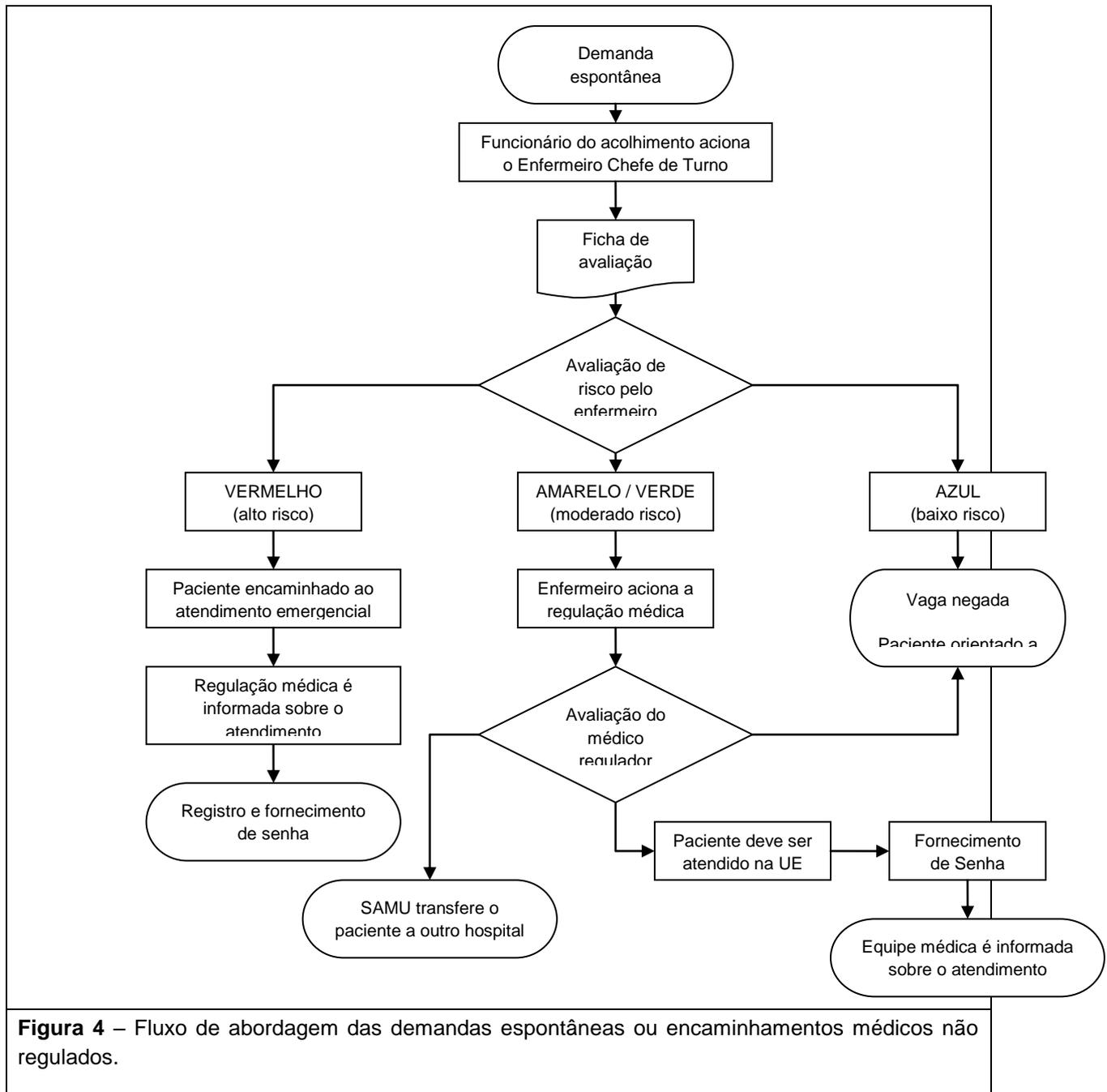
Este mecanismo deve ser utilizado na situação estado crítico, com risco iminente de morte ou dano permanente, diante da ausência manifesta de leitos por parte dos prestadores conveniados.

O médico regulador é reconhecido formalmente como autoridade pública na área da saúde, com suas prerrogativas e deveres estabelecidos por leis, portarias e regulamentos vigentes. No caso da necessidade de utilização do dispositivo de “Vaga Zero”, cabe aos hospitais conveniados ao SUS colaborar para que os pacientes sejam atendidos da melhor forma possível, mesmo diante da indisponibilidade de recursos. É importante que todo processo de encaminhamento e atendimento, seja documentado em prontuário médico de forma clara e minuciosa.

Entretanto, a utilização inadequada do dispositivo de “vaga zero” implica na prática da imprudência, ou seja, caracteriza-se como infração ética grave, devendo ser denunciada e investigada. No caso de impropriedade na utilização deste dispositivo, o plantonista da Unidade de Emergência deve preencher o *“Formulário para documentação de eventos relativos à regulação médica”*, disponível na intranet (anexo 4).

Procedimento no caso de demanda espontânea ou encaminhamento médico sem regulação

Todos os pacientes que necessitam de atendimento na UE devem ser direcionados via CURM, inclusive aqueles em atendimento no HC Campus, Hospital Estadual e CSE da Cuiabá. O paciente que procura a UE, ou é encaminhado sem regulação médica, deverá seguir o seguinte fluxo operacional.



Normas de utilização dos leitos especiais

Os leitos especiais da Sala de Urgência destinam-se ao atendimento dos pacientes internados neste espaço. É vedada a transferência de pacientes das enfermarias, sala de recuperação anestésica ou unidades fechadas para a Sala de Urgência.

Sala de estabilização clínica

A sala de estabilização clínica destina-se à recepção de pacientes não traumatológicos, que apresentam instabilidade de sistema vital. Estes leitos não são credenciados como leitos de terapia intensiva, devendo a permanência dos pacientes não ultrapassar 24 horas.

O controle das vagas desta sala é responsabilidade do médico assistente de plantão na Clínica Médica. Assim, este profissional deve autorizar a ocupação o leito por pacientes das diversas clínicas. Não é função deste profissional o cuidado médico dos pacientes das outras clínicas.

Sala de trauma

A sala de trauma tem a missão de admitir as vítimas de traumas graves de toda DRS XIII. Devido ao caráter imprevisível da demanda de sinistros, este espaço foi projetado para manter baixa taxa de ocupação e grande giro leito.

O controle destas vagas é de responsabilidade do Médico Supervisor da Sala de Trauma, que pode autorizar ou não a ocupação do espaço seguindo as normativas descritas no item 3.1.2.

Este espaço também pode ser utilizado para o atendimento inicial de traumas menos complexos, onde o paciente não preenche critérios de acionamento do time de trauma. Entretanto, a permanência dos pacientes com este perfil não deve ultrapassar 4 horas.

Excepcionalmente, o Supervisor da Sala de Trauma pode autorizar a ocupação deste espaço por pacientes clínicos, desde que seguidas as seguintes normas:

- A ocupação por pacientes clínicos deve limitar-se a dois leitos no máximo;
- Somente podem ocupar estas vagas os pacientes enviados pela regulação médica em mecanismo de vaga zero, ou aqueles que apresentarem instabilidade súbita na sala de urgência;
- A permanência de pacientes clínicos na sala de trauma deve ter duração inferior a 24 horas. Após este período o médico supervisor da sala de trauma deve entrar em contato com a clínica responsável pelo paciente e solicitar a retirada do mesmo;
- O paciente clínico internado na sala de trauma deve ser transferido para a sala de estabilização clínica, na primeira vaga disponível.

Isolamento respiratório

A unidade de isolamento respiratório da sala de urgência destina-se exclusivamente à acomodação de pacientes com diagnóstico, ou forte suspeita clínica, de doenças de transmissão aérea.

O paciente que durante o processo de regulação médica for identificado como alvo para o isolamento respiratório deve ser admitido diretamente nesta unidade. A permanência deste paciente nas áreas de circulação do hospital deve ser reduzida ao menor tempo possível, e sempre mantendo a utilização de máscara cirúrgica.

A duração do isolamento respiratório varia de acordo com a suspeita diagnóstica. Abaixo estão listadas as principais doenças transmitidas por via aérea. É importante reforçar a obrigatoriedade da utilização de máscara N95 pelos profissionais envolvidos no atendimento, quando se tratar de doença de transmissão por aerossóis.

Transmissão por gotículas	Tempo de isolamento*
Caxumba	9 dias
Coqueluche	5 dias
Difteria	Até 2 culturas negativas
Gripe	7 dias
<i>Haemophilus influenzae</i>	24 horas
Meningococo	24 horas
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Duração dos sintomas
Parvovirus B19 (eritema infeccioso)	7 dias
Rubéola	7 dias após o surgimento do rash

Transmissão por aerossóis	Tempo de isolamento*
Varicela ou herpes zoster	Duração dos sintomas
Sarampo	4 dias após o surgimento do rash
Tuberculose pulmonar	Até 3 baciloscopias negativas

*O tempo sugerido de isolamento não se aplica aos pacientes imunossuprimidos.

Fonte: CDC – 2007 Guideline for isolation precautions.

Consultórios de ginecologia:

Estes dois consultórios destinam-se exclusivamente ao atendimento inicial de mulheres encaminhadas para avaliação ginecológica ou pacientes, independente do gênero, vítimas de abuso sexual. No caso de vítimas do gênero masculino, o atendimento inicial cabe à Clínica Médica e o exame proctológico deverá ser realizado pela Cirurgia de Urgência. O protocolo de atendimento de vítimas de abuso sexual está disponível na intranet.

http://143.107.201.230/intranet/download/Protocolo_GO_UE1_11082009150145.doc

Egressão dos pacientes da Sala de Urgência

Centro de Terapia intensiva

Solicitação de vagas:

Toda solicitação deve ser realizada através do formulário eletrônico disponível no “Sistemas HC”. Não serão aceitos formulários incompletos.

Priorização dos casos:

A seqüência de admissão no CTI será determinada pelos seguintes critérios:

- a. Gravidade e prognóstico: os pacientes serão avaliados, diariamente, pelo plantonista do CTI e será determinada a indicação de cuidado intensivo, bem como o nível de prioridade:
 - i. **Prioridade 1:** pacientes gravemente doentes, que necessitam de tratamento que não pode ser oferecido fora do CTI. São pacientes cujo investimento é ilimitado, visto que não apresentam morbidades prévias e a doença atual tem bom prognóstico;
 - ii. **Prioridade 2:** pacientes que necessitam de monitorização contínua e possível intervenção imediata. Apesar de poderem apresentar morbidades

prévias, não há limitação de investimento, visto que a intercorrência aguda tem bom prognóstico;

iii. **Prioridade 3:** são pacientes gravemente enfermos, mas com reduzida possibilidade de recuperação, devido à doença de base ou a característica do evento agudo. Normalmente são estabelecidos limites aos esforços terapêuticos;

iv. **Prioridade 4:** são pacientes com baixo benefício de internação em CTI.

- Portadores de condições irreversíveis e com final de vida iminente. Casos onde deve ser considerada a instituição de cuidados paliativos;
- Pacientes sem instabilidade clínica, ou seja, casos onde o tratamento adequado pode ser fornecido em leito de internação comum.

b. Local de internação dos pacientes: caso mais de um paciente tenha o mesmo nível de prioridade, a posição na fila será definida pelo local de internação, de acordo com a seguinte seqüência:

- i. Sala de recuperação anestésica;
- ii. Sala de estabilização clínica e politrauma;
- iii. Demais locais.

c. Tempo da solicitação da vaga: caso permaneçam dois ou mais pacientes com características semelhantes, o tempo da solicitação da vaga será o critério de decisão.

Seguimento dos casos:

As clínicas se comprometem a avaliar, diariamente e sempre que acionadas, os pacientes internados no CTI, fazendo as sugestões pertinentes à condução do caso.

Alta do CTI:

Com o objetivo de aumentar a rotatividade do CTI, e por conseqüência a disponibilidades de vagas para a Sala de Urgência, define-se o seguinte fluxo de alta do CTI:

- O paciente de alta do CTI poderá ser direcionado a qualquer leito adulto disponível no hospital, independente da clínica responsável, com exceção dos leitos de psiquiatria;
- Preferencialmente, serão utilizadas as vagas disponíveis na clínica responsável pela internação. Caso isso não seja possível, será encaminhado a um leito de outra equipe em sistema de rodízio;
- O plantonista do CTI deve comunicar o responsável pela clínica que cuidará do paciente;
- A clínica de origem do paciente se compromete a devolver o leito na ocorrência da primeira alta hospitalar, não excedendo o prazo máximo de 48 horas.

Unidade Coronariana

O fluxo de pacientes da Unidade Coronariana da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP segue as mesmas regras descritas acima para o Centro de Terapia Intensiva, entretanto são candidatos a admissão nesta área apenas os portadores das seguintes afecções:

- 1- Angina instável e IAM sem supradesnivelamento do segmento ST;
- 2- IAM com supradesnivelamento do segmento ST;
- 3- Edema agudo de pulmão;
- 4- Dissecção de aorta Stanford B;
- 5- Bradiarritmias necessitando monitorização contínua ou implante de marca-passo;
- 6- Taquiarritmias que necessitem de monitorização ou intervenções para reversão do ritmo;
- 7- Marcapasso definitivo e cardioversor-desfibrilador implantável com sinais de disfunção;
- 8- Tromboembolismo pulmonar com instabilidade hemodinâmica ou para avaliação de trombólise.
- 9- Tratamento de complicações relacionadas a cateterismo cardíaco e angioplastia;
- 10- Pericardiopatias com sinais de restrição ao enchimento ventricular;
- 11- Morte súbita revertida desde que haja suspeita das afecções anteriores.

Terapia semi-intensiva

Critérios de utilização de leitos na Unidade Semi-Intensiva da Clínica Médica:

MISSÃO DA UNIDADE SEMI-INTENSIVA DA CLÍNICA MÉDICA

Esta Unidade destina-se ao cuidado de pacientes moderadamente graves ou em risco iminente de instabilidade. São exemplos de situações onde está indicada a admissão de pacientes para cuidado semi-intensivo:

- Egressos do CTI com a condição crítica resolvida;
- Síndrome coronariana aguda hemodinamicamente estável;
- Arritmia cardíaca hemodinamicamente estável, mesmo em uso de marca-passo provisório;
- Insuficiência cardíaca perfil hemodinâmico B;
- Urgência hipertensiva, sem evidência de lesão de órgão alvo;
- Insuficiência respiratória corrigida com ventilação mecânica não invasiva;
- Necessidade de desmame ventilatório em pacientes hemodinamicamente estáveis e com doença pulmonar em resolução;
- Intoxicações exógenas com estabilidade hemodinâmica e ventilatória;
- Sangramento digestivo com hipotensão responsiva a volume;
- Cetoacidose diabética em estágios iniciais de compensação;
- Tratamento precoce da sepse, na ausência de choque séptico;
- Insuficiência renal aguda;
- Pacientes hipersecretores que necessitam de fisioterapia respiratória intensiva;
- Qualquer paciente que necessite de cuidados de enfermagem intensivos, como balanço hídrico rigoroso, curativos frequentes, aspiração de vias aéreas, controle metabólico intensivo, infusão complexa de drogas;

Regras para a admissão de pacientes

- Esta Unidade é destinada, exclusivamente, aos pacientes da Clínica Médica da Unidade de Emergência. O empréstimo de leitos em situações especiais deve ser autorizado por médico assistente ou docente da Clínica Médica;
- Pacientes candidatos ao cuidado paliativo devem ser direcionados a enfermaria comum, independente do nível de gravidade;
- No caso da indisponibilidade de leitos de terapia intensiva, os pacientes criticamente enfermos poderão receber o cuidado inicial nesta unidade, enquanto aguardam vaga no CTI ou na UCO. É importante enfatizar que este tipo de ocupação deve ser excepcional, visto que a Unidade Semi-Intensiva não é credenciada como Centro de Terapia Intensiva e nem possui os mesmos recursos terapêuticos.

Critérios de utilização de leitos na Unidade Semi-Intensiva da Neurologia:

Missão da Unidade Semi-Intensiva da Neurologia

Esta Unidade destina-se a pacientes graves ou em risco iminente de instabilidade.

Perfil dos pacientes a serem admitidos na unidade semi-intensiva da neurologia:

- Hipertensão intracraniana;
- Coma;
- Insuficiência cardiovascular;
- Insuficiência respiratória;
- Desmame ventilatório;
- Sepsis;
- Hemorragia subaracnóideia;
- Lesão cerebelar hemorrágica ou isquêmica com efeito de massa;
- AVC em progressão;
- Meningoencefalites;

- Status epilepticus;
- Síndrome de Guillian-Barrè em progressão;
- Miastenia gravis descompensada;
- Manipulação de vasos cerebrais (radiologia intervencionista);
- Pacientes submetidos a tratamento neurológico agressivo, como trombólise, imunossupressão, plasmaferese;
- TCE com Glasgow abaixo de 12.

Regras para a admissão de pacientes

- Esta Unidade destina-se exclusivamente para a internação de pacientes da Neurologia e Neurocirurgia. O empréstimo de leitos deve ser feito somente com autorização do médico assistente ou docente responsável pelo plantão.
- Pacientes candidatos ao cuidado paliativo não devem ser admitidos nesta unidade, independente do nível de gravidade, devendo ser encaminhados à enfermaria;
- As vagas estabelecidas para neurocirurgia e neurologia são intercambiáveis, dependendo da necessidade de cada clínica naquele momento.

Crítérios de utilização de leitos na Unidade Semi-Intensiva Cirúrgica:

Estes leitos podem ser ocupados por pacientes de quaisquer especialidades cirúrgicas (cirurgia de urgência, ortopedia, CCP e GO), devendo obedecer aos critérios de indicação definidos por cada serviço.

Cuidado Paliativo

A Organização Mundial de Saúde define cuidado paliativo como uma abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de um paciente sem possibilidade de cura, ou apoio à sua família. São objetivos do cuidado paliativo:

- Tratar a dor e os outros sintomas angustiantes;

- Dar apoio social, psicológico e espiritual ao paciente e a família durante o processo de adoecer e morrer;
- Influenciar positivamente o curso da doença, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Os pacientes admitidos na Sala de Urgências com perfil de cuidado paliativo devem ser prioritariamente transferidos à enfermaria. Também deve ser acionada a equipe do acolhimento para que a abordagem multidisciplinar seja instituída já no início da internação.

Para auxiliar o médico na estratégia de controle dos sintomas, está disponível na sala de prescrição da Sala de Urgência o manual do INCA. Este documento também pode ser consultado na internet através do endereço eletrônico

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf

Transferência para o HC Campus:

A Unidade de Emergência é um hospital focado no atendimento de urgências e emergências. Os pacientes que evoluírem com estabilidade clínica, porém necessitarem permanecer internados por motivo de cuidado médico especializado ou procedimento de alta complexidade, devem ser transferidos para o HC Campus.

Deve ser enviado à especialidade destino, um pedido de interconsulta em formulário padrão do HC. É importante que o médico responsável pelo caso mantenha contato diário com a especialidade, obtendo a previsão da vaga, além de orientação para a condução do caso. Cópia da solicitação de interconsulta, bem como as orientações da especialidade devem ser minuciosamente documentadas no prontuário médico.

Transferência para o Hospital Estadual:

O Hospital Estadual de Ribeirão Preto é uma unidade hospitalar de complexidade secundária. Assim, o perfil de pacientes candidatos à transferência para este hospital deve ser respeitado:

Pacientes clínicos: pacientes com estabilidade clínica, que necessitam de uma breve internação para finalização de terapia. Está contra-indicada a transferência de enfermos que

necessitem de avaliação especializada ou propedêutica de alta complexidade. O anexo 5 mostra detalhes deste perfil de pacientes.

Pacientes ortopédicos: portadores de fraturas fechadas de clavícula, diáfise de úmero, diáfise de antebraço, punho, ossos do carpo, metacarpianos, falanges, patela, maléolo medial ou lateral, ossos do tarso, metatarsianos e lesões tendíneas.

Alta hospitalar problema:

A identificação precoce dos pacientes com provável dificuldade de desospitalização é fundamental para a atuação multidisciplinar. O serviço social deve ser acionado para avaliar as condições familiares, e se necessário, buscar as instituições de apoio adequadas.

Anexo 1 – Relatório de vagas da Unidade de Emergência:

Sigla	Enfermaria/Unidade	Leitos	Apoio	Ocupadas	Disponíveis	Excedentes
BOX	ATENDIMENTO CLÍNICO	0	14	13	1	0
ISR	ISOLAMENTO RESPIRATORIO ADULTO	0	1	1	0	0
EST	ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA	0	5	5	0	0
TRA	URGENCIAS TRAUMÁTICAS	0	5	3	2	0
PED	ATENDIMENTO PEDIÁTRICO UE	0	10	3	7	0
ESTP	ESTABILIZAÇÃO PEDIÁTRICA	0	2	0	2	0
GIN	ATENDIMENTO - GINECOLOGIA	0	1	2	0	1
ORT	ATENDIMENTO DE ORTOPEdia DA UE	0	2	2	0	0
ECCE	CLINICA CIRURGICA DA UE	13	0	11	2	0
ECGE	CLINICA GINECOLOGICA DA UE	5	0	5	0	0
ECME	CLINICA MEDICA DA UE	16	0	16	0	0
CCP	CIRURGIA DE CABECA E PESCOCO UE	3	0	2	1	0
BORE	ORTOPEdia DA UE	10	0	10	0	0
EMIE	MOLESTIA INFECCIOSA INFANTIL	8	0	6	2	0
EUEI	UNIDADE DE EMERGENCIA INFANTIL	24	0	17	7	0
ECNE	CLINICA NEUROLOGICA DA UE	9	0	9	0	0
ENCE	NEUROCIURGIA DA UE	6	0	6	0	0
EQUE	QUEIMADOS DA UE	10	0	9	1	0
EPQE	PSIQUIATRIA DA UE	6	0	5	1	0
REC	RECUPERACAO	0	7	5	2	0
ECTIE	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DA UE	17	0	16	1	0
ECTPE	CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA INF. DA UE	8	0	3	5	0
EIS02	ISOLAMENTO ADULTO NEURO CLINICA	6	0	6	0	0
EIS03	ISOLAMENTO ADULTO CIRURGICA	4	0	4	0	0
EUS02	SEMI INTENSIVA ADULTO NEUROCLINICA	7	0	7	0	0
EUS03	SEMI INTENSIVA ADULTO CIRURGICA	3	0	3	0	0
RAD	RADIO DIAGNOSTICO	0	1	0	1	0
Total ->		155	48	169	35	1

Anexo 2 – Relação das especialidades médicas e as hipóteses diagnósticas mais frequentes:

QUEIXAS	CLÍNICA	OBSERVAÇÃO
Abscessos cerebrais	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia
Abdômen agudo	Cirurgia de urgência	Vascular, inflamatório, obstrutivos, hemorrágicos.
Abdômen agudo	G.O	Cisto ovariano hemorrágico, torção de cisto ovariano, gravidez ectópica.
Abscessos	Cirurgia de urgência	Renais, hepáticas, esplênicos, mediastine, intra-abdominais.
Abscessos de partes moles em membros	Ortopedia	Exceto pé diabético que deverá ser admitido pela cirurgia de urgência
Acidente com animais peçonhentos	Clínica Médica	
Anafilaxia	Clínica Médica	
Anemia falciforme	Clínica Médica	Apenas pacientes em crise de falcização ou infecção
Anemia hemolítica	Clínica Médica	
Aneurismas cerebrais	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia
Aneurismas de aorta abdominal	Cirurgia de urgência	Ruptura ou dissecação
Arritmia cardíaca	Clínica Médica	
Artrite séptica	Ortopedia	
AVC	Neurologia	AVCI, AVCH, trombose venosa cerebral
Baixa de visão súbita	Oftalmologia	
Broncoespasmo grave	Clínica Médica	
Cálculos renais	Cirurgia de urgência	Apenas nas situações de obstrução com repercussão na função renal, infecção ou hematúria grave com obstrução de sonda vesical.
Cefaléia	Neurologia	Exceto quando suspeita de meningite que deverá entrar pela clínica médica
Celulite / Erisipela	Clínica Médica	Exceto fascíte necrotizante que deverá entrar pela clínica cirúrgica
Cetoacidose diabética	Clínica Médica	

ou Estado hiperosmolar hiperglicêmico		
Choque séptico	Clínica Médica	Exceto quando existir foco cirúrgico para sepse devendo entrar pela cirurgia
Cirrose hepática	Clínica Médica	Apenas pacientes com complicações agudas, como encefalopatia, hemorragia digestiva ou infecção.
Coma a esclarecer	Neurologia	
Complicações pós-operatórias de cirurgia ginecológica	G.O	Abdome agudo, abscesso, deiscência de sutura, sangramento, seroma, sub-occlusão intestinal. Somente casos operados no HC e no Centro de Referência Estadual à da Saúde da Mulher. Casos de outros serviços somente com autorização do Médico plantonista responsável e com consentimento da equipe da Cirurgia de Urgência da U.E.
Contusões cerebrais	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Corpo estranho corneano	Oftalmologia	
Crise convulsiva	Neurologia	Exceto paciente HIV positivo que deverá entrar pela clínica médica
Delírios e/ou Alucinações e/ou Comportamento Desorganizado e/ou Pensamento Desorganizado	PQU	Se causados por condição médica geral e/ou neurológica, encaminhar para clínica específica.
Dengue – forma grave	Clínica Médica	Apenas pacientes com sinais de alerta
Derrame pleural	Clínica Médica	
Diarréia aguda	Clínica Médica	Apenas os casos com comprometimento sistêmico
Discrasia sanguínea	Clínica Médica	Exceto quando secundário a anticoagulação acompanhada por outra clínica.
Disfunção de marcapasso ou CDI	Clínica Médica	
Dissecção Aguda de Aorta Abdominal	Cirurgia de urgência	
Dissecção Aguda de Aorta Torácica	Clínica Médica	
Distúrbio hidroeletrólítico	Clínica Médica	

Doença neuromuscular	Neurologia	Somente se necessitar de suporte de urgência e emergência de complexidade terciária
Dor abdominal	Cirurgia de urgência	
DPOC exacerbado	Clínica Médica	
Edema Agudo de Pulmão	Clínica Médica	
Empiema e outras lesões complicadas pleurais	Cirurgia de urgência	
Encefalopatia hepática	Clínica Médica	
Endocardite infecciosa	Clínica Médica	
Endoftalmites	Oftalmologia	Se não houver história de trauma ocular prévio, cirurgia ocular prévia ou lesão ocular prévia, pode-se tratar de endoftalmite endógena, devendo-se encaminhar para a Clínica Médica
Escara Infectada	Cirurgia de urgência	Problema de resolução secundária. Não deve ser encaminhado à U.E.
Estado confusional agudo (delirium)	Clínica Médica	
Farmacodermia	Clínica Médica	
Glaucoma agudo	Oftalmologia	Baixa de visão +dor importante +vômitos + pupila paralítica em midríase + hiperemia conjuntival
Glomerulonefrites	Clínica Médica	
Hanseníase - complicações	Clínica Médica	
Hantavirose	Clínica Médica	
Hematoma extradural agudo	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hematoma intracerebral hipertensivo	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hematoma intracerebral traumático	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hematoma subdural agudo	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela Sala de trauma e a neurologia como TCE, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.

Hematoma subdural crônico	Neurocirurgia	Normalmente são atendidas primeiramente pela neurologia, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Hemofilia	Clínica Médica	Sangramento ativo, hematomas, hemartrose.
Hemoptíase	Clínica Médica	Apenas os casos com dispnéia associada
Hemorragia digestiva (alta ou baixa)	Cirurgia de urgência	Exceto cirróticos que deverão ser admitidos pela Clínica Médica ou em uso de anticoagulantes que deverão entrar pela clínica que acompanha anticoagulação.
Hemorragia sub-aracnoidea espontânea	Neurocirurgia	
Hepatite Aguda	Clínica Médica	
Hérnia de disco	Neurocirurgia	Com quadro de dor intensa e rebelde e/ou déficit neurológico, mas podem ser encaminhados diretamente à Neurocirurgia.
Heteroagressividade	PQU	Se causados por condição médica geral e/ou neurológica, encaminhar para clínica específica.
Hipertensão Intracraniana	Neurologia	
Hidrocefalia	Neurocirurgia	Pacientes com quadro de hipertensão intracraniana e/ou com comprometimento do nível de consciência.
Icterícia obstrutiva com colangite.	Cirurgia de urgência	
Ideação Suicida e/ou Tentativa de Suicídio	PQU	Se intoxicação e/ou lesão devido à tentativa, encaminhar para clínica específica
Aborto infectado	G.O	
Abscesso de glândula de Bartholin	G.O	
Abscesso tubo-ovariano	G.O	
Doença inflamatória pélvica	G.O	
Endometrite puerperal	G.O	
Mastite puerperal com abscesso	G.O	
Infecção imunodeprimido em	Clínica Médica	Exceto quando seguir por neoplasia com outra clínica devendo ser atendido pela clínica de origem
Infecção Urinária	Clínica Médica	

Infecções da calota craniana (osteomielites)	Neurocirurgia	
Infecções da coluna vertebral (discites, espondilodiscites e osteomielites)	Neurocirurgia	
Ingestão de cáustico	CCP	
Insuficiência Adrenal	Clínica Médica	
Insuficiência Cardíaca	Clínica Médica	
Insuficiência Renal	Clínica Médica	Exceto pacientes portadores de patologia pós-renal, que deverão ser admitidos pela Cirurgia de Urgência
Insuficiência Respiratória	Clínica Médica	Exceto quadros secundários a doenças crônicas neurológicas ou musculares.
Intoxicações Exógenas	Clínica Médica	
Irritação ocular	Oftalmologia	Orientar lavar bastante com SF0,9%. Se não melhorar em 5 dias encaminhar à UE
Laceração palpebral	Oftalmologia	
Leptospirose	Clínica Médica	
Lesões de partes moles com necessidade de intervenção cirúrgica	Cirurgia de urgência	Síndrome de Fournier, fascite necrotizante, trombose hemorroidária, gangrena gasosa de extremidades.
Leucemia ou linfoma	Clínica Médica	Pacientes com complicações agudas.
Linfoadenomegalia	Clínica Médica	
Lupus Eritematoso Sistêmico	Clínica Médica	Pacientes com complicações agudas.
Malária	Clínica Médica	
Meningite	Clínica Médica	Exceto em pacientes com DVP ou pos operatório de neurocirurgia
Encefalite	Neurologia	Com alteração da consciência
Neoplasias	Todas as clínicas	O paciente portador de complicação de neoplasia ou do tratamento quimioterápico deve ser admitido pela clínica que faz o seu seguimento.
Neutropenia febril	Clínica Médica	Exceto quando seguir por neoplasia com outra clínica devendo ser atendido pela clínica de origem
Obstrução arterial aguda	Cirurgia de urgência	Embolias de extremidades / trombose.

Pancitopenia	Clínica Médica	
Pancreatite aguda	Cirurgia de urgência	
Abortamento retido	G.O	
Feto morto	G.O	
Ovo anembrionado	G.O	
Pé diabético	Cirurgia de urgência	Problema de resolução secundária. Não deve ser encaminhado à U.E.
Perfuração ocular	Oftalmologia	
Pericardite / Miocardite	Clínica Médica	
Pielonefrites	Clínica Médica	
Pneumonia	Clínica Médica	Exceto quando seguir por neoplasia com outra clínica devendo ser atendido pela clínica de origem
Pneumotórax espontâneo	Cirurgia de urgência	
Profilaxia de Raiva	Clínica Médica	
Psoite	Ortopedia	
Púrpuras	Clínica Médica	
Rebaixamento da consciência / síncope	Clínica Médica	Exceto paciente com déficit neurológico focal e crise convulsiva que deverão entrar pela neurologia.
Sangramento genital	G.O	
Aids e doenças oportunistas	Clínica Médica	
Sífilis secundária ou terciária	Clínica Médica	
Síndrome colestática	Clínica Médica	Exceto pacientes com obstrução de vias biliares extra-hepática que deverão entrar pela cirurgia.
Síndrome coronariana aguda	Clínica Médica	
Síndrome de abstinência	Psiquiatria	
Síndrome do olho vermelho	Oftalmologia	Só se associada a baixa de visão, dor ocular importante (sugerindo glaucoma agudo ou uveíte), ou lesão visível em córnea

Status epilepticus	Neurologia	
TCE	Neurologia	Somente se necessitar de suporte de urgência e emergência de complexidade terciária
Tétano	Clínica Médica	
Tireoidopatias	Clínica Médica	
Trauma ocular	Oftalmologia	Excluir politraumas, com seqüela Neurológica ou que necessite de outro atendimento clínico ou cirúrgico concomitante. Nesses casos devem entrar pela clínica respectiva que pedirá uma avaliação do oftalmologia.
Tromboembolismo pulmonar	Clínica Médica	Exceto se complicação de pós-operatório imediato ou paciente oncológico seguido em outra clínica.
Trombose venosa profunda	Cirurgia de urgência	
Tuberculose	Clínica Médica	Apenas se insuficiência respiratória ou complicação do tratamento.
Tumores cerebrais	Neurocirurgia	Pacientes com quadro de hipertensão intracraniana, com comprometimento do nível de consciência, ou com déficit neurológico (hemiparesia ou hemiplegia)
Tumores da coluna vertebral ou medula espinhal	Neurocirurgia	Pacientes com compressão do canal vertebral e consequente déficit neurológico (paraparesia ou paraplegia)
Uso Nocivo/ Síndrome Dependência (Álcool e outras Subst. Psicoat.)	PQU	Se condição médica geral e/ou neurológica comórbida prioritária, encaminhar para clínica específica.
Violência Sexual	G.O	

Anexo 3 – Atribuições do médico supervisor da sala de trauma:

A finalidade da presença do Supervisor na ST é de tornar possível a aplicação plena do protocolo de atendimento ATLS, já adotado pelo DCA e pelo HCRP há 10 anos (janeiro de 1994). Desde esta época o HC tornou um dos principais núcleos do ATLS nacionais, contabilizando, atualmente 100 cursos realizados.

Responsabilidades do Médico Assistente

- 1- Será o contato da U.E para com o Sistema Pré-hospitalar, sendo, portanto, a referência para acionamento da equipe da Sala de Trauma. Para tanto existe obrigatoriamente, a necessidade de que o médico esteja continuamente ciente da capacidade de atendimento das diversas especialidade envolvidas com o atendimento ao trauma (cirurgia geral, neurocirurgia, neurologia, ortopedia e cirurgia de cabeça e pescoço), bem como das condições dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (radiologia, terapia intensiva, bloco cirúrgico, etc.).
- 2- Será o responsável pela condução de todos os casos de trauma, no seu **Atendimento Inicial**, sendo o orientador das equipes de residentes e alunos, identificando a gravidade e distribuindo, ordenada e de acordo com a capacitação da equipe, a realização dos procedimentos necessários, assumindo a situação quando a complexidade assim o exigir.
- 3- Será o responsável pelo acionamento das diversas especialidades envolvidas com o trauma, seguindo o protocolo do **ATLS**, sempre o mais precocemente possível, inclusive informando previamente a chegada de casos com estabilização e diagnóstico já definidos.
- 4- Deverá zelar pelo bom relacionamento com as disciplinas especializadas, mantendo a execução de protocolos desenvolvidos em conjunto, lembrando que o compromisso da **Sala de Trauma é com a recepção e estabilização**

do paciente gravemente traumatizado. Continuando, como sempre, o tratamento definitivo das lesões de responsabilidades.

- 5- Será responsável pela administração dos espaços de atendimento na Sala de Trauma, providenciando as transferências dos casos para os leitos das enfermarias e/ou altas quando não houver necessidade da continuidade do tratamento por especialistas. Mantendo sempre o objetivo de resguardar o espaço da Sala de Trauma para a chegada de casos novos e graves.
- 6- Será responsável pela garantia da qualidade do preenchimento da documentação relacionada ao atendimento inicial do paciente.
- 7- Será responsável pelo desenvolvimento de educação continuada no ambiente de trabalho, para todos os membros da equipe, seguindo o programa a ser elaborado pelos docentes supervisores do setor.
- 8- Não será permitido que o médico se envolva no seu horário de plantão, com o tratamento definitivo dos pacientes, mesmo quando relativos à sua especialidade de origem, salvo em situações de catástrofes, para não permitir a falta de cobertura a novos casos.

Visando a manutenção do objeto original de compromisso com o atendimento integral ao traumatizado serão utilizados na definição das escalas de plantão os seguintes critérios de seleção:

- 1º Docentes FAEPA ou médicos assistentes do HCRP instrutores do ATLS
- 2º Docentes FAEPA ou médicos assistentes do HCRP das especialidades de cirurgia, neurocirurgia, ortopedia ou neurologia aprovados no curso ATLS para alunos.
- 3º Docentes FAEPA ou médicos assistentes HCRP de outras especialidades aprovados no curso ATLS para alunos.

Ribeirão Preto, dezembro de 2003.

Prof. Dr. Sandro Scarpelini
Docente da Disciplina de Cirurgia de Urgência
Departamento de Cirurgia e Anatomia

Anexo 5



Ribeirão Preto, 14 de Julho de 2009

ROTEIRO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DO HCFMRP (CAMPUS OU UNIDADE DE EMERGÊNCIA) PARA INTERNAÇÃO NO HOSPITAL ESTADUAL DE RIBEIRÃO PRETO (HERP)

O encaminhamento de pacientes do HCFMRP-USP (Campus, Unidade de Emergência ou Hemocentro) para internação e tratamento clínico no Hospital Estadual de Ribeirão (HERP) deve obedecer às seguintes etapas.

1. O médico assistente da Clínica Médica (CM) do HERP deverá ser contatado, previamente, pelo médico da equipe que deseja a transferência. Após discussão do caso por telefone, o médico assistente do HERP avaliará se o perfil clínico do paciente em questão se adéqua aos critérios de internação (vide abaixo).
2. Uma vez que o paciente foi aceito para internação no HERP, o médico do HC deverá entrar em contato com a Regulação Regional da DRS XIII (que controla o fluxo de pacientes para o HERP), informando os dados pertinentes, bem como o nome do médico assistente do HERP que aceitou o caso.
3. Atualmente o transporte dos pacientes é feito pelo SAMU. Assim, deverá ser feito contato também com a Regulação Municipal para solicitar o transporte.
4. O perfil clínico do paciente a ser internado no HERP deve obedecer aos seguintes critérios no momento da internação:
 - I. Ter idade igual ou superior a 12 anos.
 - II. Ser portador de afecções clínicas de média complexidade com diagnóstico clínico presumível ou já estabelecido sem necessidade de investigação clínica adicional.
 - III. Ter quadro clínico estável hemodinamicamente, sem a necessidade de droga vasoativa ou permanência em leito de monitorização contínua.

- IV. Não apresentar agudamente rebaixamento significativo do nível de consciência.
- V. Não ter necessidade de interconsultas com outras especialidades como ginecologia, psiquiatria, neurologia.
- VI. Não apresentar infecção de origem hospitalar por germe multi-resistente.
- VII. Não necessitar de propedêutica não disponível no HERP. Os recursos propedêuticos do HE são, a saber: laboratório de apoio para realização de exames básicos (24 horas), eletrocardiograma (24 horas), radiografia (período diurno na semana e matutino nos finais de semana), ultrassonografia e ecocardiografia (os dois últimos no período diurno na semana). Apesar de o serviço de endoscopia digestiva alta já estar em funcionamento, não serão aceitos pacientes com hemorragia digestiva.
- VIII. Ter perspectiva de alta hospitalar em curto período (máximo de 10 dias).

Obs:

1 – Pacientes em investigação de doença cardíaca isquêmica (angina instável, equivalente anginoso, etc...) de forma geral não se enquadram no perfil clínico para internação no HERP, tanto pela necessidade de monitorização nas primeiras 48 horas após o quadro anginoso, quanto pela necessidade quase universal de investigação/tratamento complementar em serviço terciário (cintilografia, cinecoronariografia, angioplastia etc.)

2 - Pacientes com neutropenia febril, pelo potencial de instabilização e complexidade da maioria dos casos, serão aceitos somente em condições excepcionais.

3 – As equipes das áreas cirúrgicas do HERP não estão estruturadas para realização de procedimentos de urgência/emergência. Assim, pacientes com patologias que possam necessitar de abordagem cirúrgica (pé diabético, úlceras por pressão infectadas, quadros abdominais não esclarecidos etc...), deverão ser avaliados pela equipe da cirurgia do HC antes de possível transferência ao HERP.

4 – Pacientes que necessitem de acompanhamento após a alta hospitalar em qualquer ambulatório do HCFMRP-USP deverão ter suas respectivas consultas agendadas antes de sua transferência ao HERP.

Prof. Dr. Alexandre Baldini de
Figueiredo

Médico CRM: 89575

Diretor Clínico do HERP

h) REGIMENTO DO CENTRO INTEGRADO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TÍTULO I

DO OBJETIVO E SEUS FINS

Artigo 1º – O Centro Integrado de Emergências em Saúde (CIES) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), vinculado à Diretoria da FMRP-USP, tem como objetivo atender aos interesses de ensino, pesquisa e assistência da FMRP-USP em Emergências.

Artigo 2º – O CIES tem por finalidades:

I – Estabelecer a integração e cooperação de áreas afins para o planejamento e desenvolvimento de programas de ensino, pesquisa e assistência à comunidade em emergência na FMRP-USP, em consonância com a Coordenação Administrativa da Unidade de Emergência, com a Diretoria do Centro de Saúde Escola “Joel Domingos Machado” e com a Clínica MATER;

II – Funcionar como base dos projetos didáticos institucionais e supra-departamentais para assuntos ligados à área de Emergência dentro da estrutura curricular definida pela Comissão de Graduação e aprovada pela Congregação da FMRP-USP;

III – Disponibilizar oportunidade de treinamento para estudantes da graduação, pós-graduação, residentes e outros profissionais da saúde;

IV – Estabelecer bases de colaboração e integração com outras Instituições de ensino e/ou pesquisa, visando o aprimoramento da Emergência na FMRP-USP, bem como com os gestores municipais e estaduais de saúde com o objetivo de proporcionar aprimoramento do atendimento em emergências nas unidades de saúde vinculadas funcionalmente à FMRP-USP.

Artigo 3º – O CIES reger-se-á pelo presente Regimento e pela legislação pertinente da USP e da FMRP-USP.

Artigo 4º – O CIES será localizado nas dependências da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Artigo 5º – Para atingir suas finalidades, o CIES poderá contar com docentes e funcionários da FMRP, envolvidos na área da Emergência, podendo ser incluídos docentes e outros profissionais de saúde de outras unidades acadêmicas como convidados.

Artigo 6º - Dos participantes e da vinculação ao Centro:

I - Poderão ser membros efetivos do CIES docentes e outros profissionais técnicos de nível superior, que tenham vínculo ativo com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

II- Poderão ser membros associados do CIES docentes e profissionais técnicos de nível superior, que tenham vínculo ativo com outras Unidades da Universidade de São Paulo ou com entidades associadas à Universidade de São Paulo;

Parágrafo 1º - Todos os docentes vinculados ao CIES deverão apresentar um projeto docente-assistencial e/ou de pesquisa ao Conselho do CIES envolvendo tema relacionado à área de Emergência;

Parágrafo 2º.- As solicitações de vinculação de membros associados deverão ser apreciadas pelo Conselho Deliberativo do CIES , desde que acompanhadas de aprovação prévia dos órgãos diretivos da Unidade ou da entidade associada da Universidade de São Paulo, com a qual mantém vínculo ativo;

Título II

DA ADMINISTRAÇÃO

CAPÍTULO I

DOS ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO

Artigo 7º - O CIES terá a seguinte estrutura administrativa:

I - O Conselho Deliberativo;

II - A Coordenadoria Administrativa e Acadêmica

CAPÍTULO II

DO CONSELHO DELIBERATIVO

Artigo 8º - O Conselho Deliberativo é o órgão máximo do CIES.

Artigo 9º - O Conselho Deliberativo terá a seguinte constituição:

- a) O Diretor da FMRP-USP ou seu representante por ele indicado;
- b) O Coordenador das Atividades Administrativas da Unidade de Emergência;
- c) Um docente de cada um dos Departamentos Clínicos da FMRP-USP, preferencialmente ligado à área de Emergência, indicado pelo respectivo Conselho Departamental;
- d) Um representante discente e seu suplente eleito entre os alunos de graduação da FMRP-USP;
- e) Um representante discente e seu suplente eleito entre os alunos de pós-graduação da FMRP-USP;

Parágrafo Único – A Presidência do Conselho Deliberativo caberá ao Diretor da FMRP-USP ou por seu representante.

Artigo 10 - O mandato do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho Deliberativo será coincidente com o do Diretor da FMRP-USP. Os demais membros terão mandato de 2 (dois) anos e os representantes discentes terão mandatos de 1 (um) ano, permitida uma recondução.

Artigo 11 - Compete ao Presidente:

- I - convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II - dirigir os trabalhos do Conselho, exercendo em suas deliberações, o direito de voto de qualidade, além de seu voto pessoal;
- III - convocar a Coordenadoria para transmitir as diretrizes emanadas do Conselho Deliberativo ou, a qualquer momento, para obtenção de informações e esclarecimentos julgados necessários pela Diretoria e pela Congregação da FMRP-USP.

Artigo 12 - O Conselho Deliberativo reunir-se-á no mínimo 6 (seis) vezes ao ano, quando convocado pelo seu Presidente ou pela maioria absoluta de seus membros.

Parágrafo 1º - O Conselho Deliberativo, cujas deliberações serão tomadas por maioria simples de votos, reunir-se-á com a presença de no mínimo 50% dos seus membros.

Parágrafo 2º - Fica estabelecida a exigência da aprovação por maioria absoluta dos membros votantes do Conselho Deliberativo na deliberação das seguintes matérias:

- a) eleição do Coordenador e seu suplente;
- b) proposta de alteração do presente Regimento;
- c) aprovação das contas da Coordenadoria.

Artigo 13 - Compete ao Conselho Deliberativo:

I - aprovar o programa das atividades a serem desenvolvidas no CIES, acompanhar o seu desenvolvimento e introduzir modificações que se mostrem necessárias ao seu aperfeiçoamento, observando as finalidades estabelecidas no presente regimento;

II - observar e fazer cumprir a lei, este Regimento, as normas internas do CIES, os regulamentos e resoluções das autoridades competentes;

III - aprovar os relatórios anuais das atividades e os balancetes financeiros;

IV - eleger o Coordenador e seu Suplente;

V - eleger seu Presidente e Vice-Presidente

VI - propor alterações deste Regimento;

VII - deliberar sobre casos omissos neste Regimento.

CAPÍTULO III

DA COORDENADORIA

Artigo 14 - A Coordenadoria é órgão de administração executiva do CIES, cabendo-lhe executar as diretrizes fundamentais e cumprir as normas gerais baixadas pelo Conselho Deliberativo e todos os atos administrativos regulares necessários ao funcionamento do CIES de acordo com o explicitado no presente Regimento.

Artigo 15 - A Coordenadoria do CIES será constituída de:

I - Um Coordenador e seu suplente;

II - Quatro diretorias subordinadas ao Coordenador nas seguintes áreas: Emergências Clínicas, Emergências Cirúrgicas e Trauma, Emergências Pediátricas e Aspectos Multidisciplinares em Emergência.

Parágrafo 1º - Os Diretores serão indicados pelo Coordenador. Os Diretores deverão ter vínculo funcional com a FMRP-USP.

Parágrafo 2º - A investidura nas funções de Coordenador, seu suplente e Diretores do CIES far-se-á mediante termo lavrado em livro próprio.

Artigo 16 - O Coordenador, seu suplente e os Diretores terão mandato de 02 (dois) anos permitida a recondução.

Artigo 17 - Compete ao Coordenador:

I - representar o CIES no que couber;

II - representar a FMRP-USP, nas questões ligadas a Área de Emergência, junto à direção do HCFMRP-USP;

III - convocar, ordinária e extraordinariamente, reuniões da Coordenadoria;

IV - dirigir e supervisionar atividades do CIES dentro de suas finalidades, obedecendo às diretrizes emanadas do Conselho Deliberativo;

V - praticar os atos necessários à administração do CIES, organizando-lhe os serviços;

VI - apresentar ao Conselho Deliberativo o plano de trabalho e a proposta orçamentária para cada exercício;

VII - comunicar ao Conselho Deliberativo que, através do seu Presidente, ouvirá as Comissões de Graduação, de Pós-Graduação e de Pesquisa da FMRP-USP sobre as solicitações de utilização do CIES nos programas didáticos ou de extensão e treinamentos e de pesquisa, oriundos dos Departamentos da FMRP-USP;

VIII - apresentar ao Conselho Deliberativo eventuais propostas de modificações no plano de trabalho e no orçamento, durante o exercício correspondente;

IX - apresentar ao Conselho Deliberativo o relatório anual das atividades e a prestação de contas do CIES;

X - encaminhar às autoridades competentes os documentos exigidos por lei, após aprovação pelo Conselho Deliberativo, quando couber.

XI – Participar das reuniões do Conselho Deliberativo, porém sem direito a voto.

Artigo 18 - Compete às Diretorias:

I - zelar pelo cumprimento dos preceitos éticos do exercício profissional no CIES;

II - coordenar as atividades dos programas definidos pelo Conselho Deliberativo em suas respectivas áreas de atuação, em consonância com as atividades fins do CIES;

III - coordenar e orientar todas as atividades administrativas e técnicas do CIES obedecendo ao padrão administrativo da FMRP-USP;

IV - exercer outras atividades, por deliberação do Coordenador;

V - colaborar na preparação de relatórios de atividades e no plano de trabalho a serem encaminhados pelo Coordenador Administrativo e Acadêmico, para apreciação pelo Conselho Deliberativo.

Artigo 19 - A Coordenadoria do CIES contará com apoio de funcionário técnico administrativo, lotado na FMRP-USP.

Parágrafo Único - O funcionário técnico administrativo ficará subordinado ao Coordenador do CIES e terá como responsabilidade acompanhar os trabalhos da Coordenadoria participando de suas reuniões e auxiliar o Coordenador no exercício de suas funções no CIES.

TÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 20 – O Presente Regimento entrará em vigor após sua aprovação pela Congregação da FMRP, podendo ser alterado através de proposta formulada pelo Conselho Deliberativo, desde que não contrarie as finalidades do CIES e seja ela aprovada pela Congregação da FMRP-USP.

REGIMENTO APROVADO NA 761ª SESSÃO ORDINÁRIA DA
CONGREGAÇÃO, DE 16.03.10

i) BANCO DE TECIDOS

1. Introdução

Bancos de Ossos existem no Brasil há muitas décadas, e todo hospital que tinha volume de cirurgias ortopédicas, em especial cirurgias de artroplastia de quadril, possuía um freezer numa área separada do centro cirúrgico, com controle de temperatura, onde eram estocadas as cabeças femorais imersas em solução de antibióticos para serem usadas como enxerto.

O uso de osso estocado (alógeno) proveniente de doadores vivos ou de doadores de órgãos, desperta bastante interesse porque é uma fonte ilimitada e inesgotável de enxerto, uma vez que a utilização de enxerto autólogo (do próprio paciente) é limitado, além de aumentar a morbidade da cirurgia.

Há um aumento crescente de cirurgias de revisão de artroplastias do joelho e do quadril, cirurgias de coluna, cirurgias ligamentares de joelho e de tumores músculo-esqueléticos que requerem grandes quantidades de enxerto de banco para serem realizadas com sucesso, bem como o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas específicas que necessitam do enxerto de banco para serem executadas, e com resultados às vezes superiores e seguramente menos mórbidas do que as técnicas convencionais.

Recentemente, houve o reconhecimento por parte dos organismos governamentais de que o uso de enxerto de tecido músculo-esquelético é uma forma de transplante e, por conseguinte, foi enquadrado como tal por normas governamentais específicas. Houve a proibição de funcionamento dos bancos que captavam cabeças femorais e tinham apenas aquele freezer numa área separada do centro cirúrgico pois eles não atendiam as novas exigências.

Estas exigências são baseadas em “standards” internacionais de Associações Americanas e Européias que organizaram de forma científica e eficaz a procura do doador ideal, a retirada de tecido ósseo, o seu transporte, armazenamento, processamento, empacotamento e distribuição. Tudo isso para assegurar que o enxerto ósseo seja seguro quanto a não transmissão de doenças e eficaz no seu papel biológico.

Regulamentando os Bancos de Tecidos Músculo Esqueléticos, cria-se uma demanda para uso destes enxertos não só em Ortopedia, mas em várias especialidades como Odontologia, Neurocirurgia, Plástica e Cirurgia Crânio-facial entre outras. Estima-se que nos Estados Unidos sejam usados mais de 1.500.000 enxertos ósseos em 2009.

O HCFMRPUSP na Área Ortopedia e Traumatologia tem tradição no uso de enxerto ósteo-fásquio-ligamentar. Possuía uma sistematização de captação de órgãos, visando obtenção de osso e ligamentos. Este sistema era baseado na captação de rins de doadores mortos, de longa tradição e pioneirismo nacional. A mesma rotina de captação e análise laboratorial de curto e longo prazo, visando diminuir a chance de transmissão de doenças era religiosamente seguida, antes da liberação do órgão captado. Com isto mais de 100 casos (a maior

experiência nacional até hoje!) de reconstrução alógena de ligamento cruzado anterior e muitos casos de transplante alógeno de osso no tratamento de pseudartroses e revisões de artroplastias foram beneficiados pelos órgãos captados. Infelizmente esta prática teve que ser interrompida, devido ao decreto do então Ministro da Saúde, Sr. José Serra, regulamentando o funcionamento dos Bancos de Tecido, incluindo exigências que à época não podíamos cumprir. Isto trouxe grande prejuízo a considerável número de pacientes, que tiveram que ser submetidos às técnicas tradicionais, com grandes desvantagens e limitações. Isto representou grande retrocesso ao HCFMRPUSP como Hospital de vanguarda.

HCFMRP-USP

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP é composto por duas unidades de atendimento: Campus e Unidade de Emergência.

É caracterizado como de complexidade terciária/quartenária sendo Centro de Referência Regional e Nacional para vários procedimentos.

A Unidade de Emergência - UE, localizada na área central da cidade, é referência para atendimento de urgência de média e alta complexidade para as cidades pertencentes ao Departamento Regional de Saúde - DRS XIII e retaguarda para o tratamento de alta complexidade para a macro região que abrange os Departamentos de Saúde de Araraquara, Franca, Barretos e São João da Boa Vista.

A Unidade Campus é voltada para as internações e atendimentos eletivos, dispõe de 692 leitos, e em 2008 realizou 24.407 internações e 572.423 consultas/procedimentos ambulatoriais.

Conta com um forte Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor que oferece, através da Disciplina de Ortopedia e Traumatologia, assistência médica especializada em Ortopedia Infantil, Cirurgia da Coluna, Cirurgia do Quadril, Cirurgia do Trauma e do Joelho, Cirurgia da Mão e do Membro Superior e Microcirurgia, e Oncologia Ortopédica, nos ambulatórios do HCFMRP-Campus, e seus docentes são responsáveis pelos atendimentos de Traumas e Urgências Ortopédicas, realizados na Unidade de Emergência em regime permanente.

2. Objetivo do Projeto

Re-criar o Banco de Tecidos do HCFMRP-USP.

Objetivos do Banco de Tecidos

Captar tecido ósteo-fáscio-ligamentar a partir do sistema de captação de órgãos de doadores de múltiplos órgãos ou de coração parado.

Processar e armazenar tecido, para utilização no tratamento de diversas doenças do aparelho locomotor e outras patologias.

Sanar a grave deficiência, que existe atualmente, na obtenção de enxertos alógenos para atender a população de nossa abrangência.

Futuramente suas atividades serão ampliadas visando a captação, processamento, armazenamento e distribuição de: pele, válvula cardíaca e membrana amniótica.

3. Justificativa

É crescente o número de pacientes com patologias complexas do aparelho locomotor que necessitam de algum tipo de enxerto (ósseo, ligamentar, osteo-condral e fascia) para a solução de seu problema.

Em muitas situações o enxerto autógeno, além de aumentar a morbi-mortalidade, é de quantidade insuficiente para o procedimento, sendo necessária a busca por outra fonte de enxerto.

Os Bancos de Tecidos existentes não conseguem suprir a nossa demanda, ficando sem solução os problemas dos nossos pacientes.

A possibilidade de uso de enxerto ósseo processado de doador cadáver é uma fonte segura e inesgotável de suprimento de enxerto para uso em procedimentos ortopédicos.

Uma das dez Organizações de Procura de Órgãos (OPOs) do Estado de São Paulo está sediada em nossa Instituição.

Apresentamos estatísticas favoráveis quanto à doação de órgãos - a segunda melhor do Estado.

A nossa equipe técnica é qualificada e cadastrada na Central de Notificação, Capitação e Distribuição de Órgãos - CNCDO, bem como o HCFMRP-USP.

Possuímos ativa Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

4. Área de Abrangência

O Projeto visa atender a população das cidades que compõem o DRS XIII e quando

necessário, se for possível, a população dos Departamentos Regionais de Saúde em que a UE serve de retaguarda para o tratamento de alta complexidade.

5. Projeto Arquitetônico

O Banco de Tecidos será instalado na Unidade de Emergência.

Ele utilizará a infra-estrutura do HC Campus e U.E. para os serviços de: copa, lavanderia, farmácia, limpeza, central de material, laboratórios, radiodiagnóstico, etc.

O projeto arquitetônico, que segue o estabelecido na Portaria GM n.º 1686/2002 e RDC n.º 220/2006, prevê áreas específicas para:

- recepção de tecidos
- guarda de materiais
- administração
- armazenamento de tecidos
- vestiário de barreira
- antecâmara
- processamento de tecidos - Sala Limpa com pressurização e controle de partículas e contaminação, de acordo com a legislação existente
- criopreservação
- liofilização

6. Cronograma

AÇÕES	2009											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Reforma da área destinada ao Banco de Tecidos												
Finalização do Projeto												
Aprovação / Ortopedia												
Aprovação / VISA												
Orçamento												
Licitação - R\$ 400.000,00												
Execução												
Equipamentos												
Especificação - CEC												
Licitação - R\$ 200.000,00												
Entrega dos equipamentos												
Mobiliários												
Especificação												
Orçamento												
Licitação												
Entrega / Instalação												
Instrumentais												
Especificação / Orçamento												
Solicitação instrumentais												
Entrega												
Material de consumo												
Abertura centro custo												
Especificação												
Programação												
Solicitação												
Pessoal												
Programação												
Contratação												
Treinamento												
Outros												
Elaboração Regimento Interno												
Elaboração Proced. Operacionais												
Credenciamento - SUS - GECON												

7. Interessados

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Departamento Regional de Saúde - DRS XIII

8. Orçamento estimado para a conclusão do Projeto

Especificação	Valor Estimado
Obra	400.000,00
Equipamentos	200.000,00
Pessoal/ano	150.000,00
Total	750.000,00

Obs.: não estão dimensionados os materiais de consumo e instrumentais.

9. Considerações Gerais

Nossa Equipe Técnica tem larga experiência de reconstrução do ligamento cruzado anterior com ligamento patelar alógeno - 100 casos, com grande sucesso - realizados antes da Portaria GM n.º 1686/2002, quando as atividades tiveram que ser interrompidas.

Atualmente não temos como solucionar o problema de nossos pacientes que necessitam de enxerto e nem para onde mandá-los.

O HCFMRP-USP é um dos principais hospitais universitários do país e possui toda estrutura física e técnica necessária para a implantação de um Banco de Tecidos.

j) REGULAMENTO PARA UTILIZAÇÃO DAS SALAS DE AULA

Considerando a grande demanda para o uso das salas de aula e a perspectiva de aumento do número de profissionais e de cursos de graduação e pós-graduação em atuação na Unidade de Emergência, faz-se necessário criar normas de utilização para otimizar os recursos disponíveis.

I. RECURSOS DISPONÍVEIS

SALA	RECURSOS
A (76 lugares)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projeção multimídia 2. Retroprojektor 3. Projetor de slides 4. Negatoscópio para 8 radiografias 5. Vídeocassete
B (44 lugares)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projeção multimídia 2. Retroprojektor 3. Projetor de slides 4. Negatoscópio para 1 radiografia 5. Videocassete
C (23 lugares)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroprojektor 2. Projetor de slides 3. Negatoscópio para 1 radiografia 4. Televisor e vídeocassete

<p>ANFITEATRO (239 lugares)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroprojektor 2. Projetor de slides 3. Microfone com fio (3) / Microfone sem fio (1) 4. Vídeocassete
---------------------------------------	---

- &1. Ao serem realizados os agendamentos no CEES, o usuário deverá informar o tipo de recurso a ser empregado e número de participantes.
- &2. A alocação das salas será prerrogativa da Coordenação do CEES respeitando-se quais recursos foram solicitados no agendamento e o número de participantes.
- &3. É vedado ao usuário realizar troca de salas sem o prévio conhecimento da secretaria do CEES.
- &4. Como os recursos disponíveis são mutáveis ao longo do tempo, o agendamento das salas deve informar qual o recurso a ser utilizado. Na eventualidade do recurso estar temporariamente indisponível em uma das salas, poderá ser utilizado o de uma outra sala, caso esteja disponível. **Estes arranjos só serão efetuados com 24 horas de antecedência.**

II. CRITÉRIOS PARA UTILIZAÇÃO

A) Tipo de Reunião

TIPO	PERIODICIDADE
------	---------------

	REGULAR	ESPORÁDICO
DIDÁTICO	A	B
ADMINISTRATIVO	C	D

- A. *Cursos de Graduação, Pós-Graduação sensu lato ou sensu stricto e Extensão Universitária de periodicidade pelo menos mensal.*
- B. *Cursos de Graduação, Pós-Graduação sensu lato ou sensu stricto e Extensão Universitária esporádicos, com duração inferior a um mês.*
- C. *Reuniões administrativas dos grupos gestores da Unidade de Emergência e Comissões atuantes nesta unidade com periodicidade pelo menos mensal.*
- D. *Reuniões administrativas dos grupos gestores da Unidade de Emergência e Comissões atuantes nesta unidade, esporádicas, com duração inferior a um mês.*

&5. Todas as atividades realizadas no CEES deverão ser cadastradas, objetivando a natureza do evento.

&6. Será obedecida a seguinte ordem no agendamento dos cursos: A, B, C e D.

&7. A Coordenação do CEES poderá resolver situações específicas de impasse de agendamento no caso de considerações especiais.

B) Dos Horários

- &8. Os horários de funcionamento das salas de aula serão estabelecidos pela Coordenação do CEES na dependência de disponibilidade de funcionários.
- &9. Os horários de agendamento para uso das salas deverão ser respeitados. O desrespeito a estes horários implicará em sanção.

C) Da Documentação

- &10. Todo participante das atividades agendadas deverá assinar lista de presença disponibilizada pelo CEES em cada uma de suas salas.

D) Das atividades regulares

- &11. A reserva para atividade regular deverá ser aprovada em reunião anual realizada especificamente para este fim pelo Conselho de Representantes do CEES.
- &12. Na reunião anual serão respeitados os horários previamente estabelecidos no ano anterior, desde que a taxa de ocupação tenha sido superior a 70% e obedecido o exposto nos &2 e 6.
- &13. Poderão ser realizadas reservas para atividades regulares fora da reunião prevista no &10 desde que aprovado pelo Conselho de Representantes do CEES e desde que o horário e sala solicitados não estejam comprometidos previamente.
- &14. Será realizada revisão trimestral da taxa de ocupação das salas agendadas. Aquelas atividades que tiverem taxa de ocupação inferior a 50% estarão sujeitas à sanção.

E) Das reservas esporádicas

&15. Devem ser realizadas preferencialmente com antecedência de **uma semana.**

&16. Havendo salas disponíveis, poderão ser utilizadas, desde que a secretaria do CEES esteja ciente da atividade, seja informada sobre a atividade a ser desenvolvida e seja devidamente cadastrada.

F) Da manutenção

&17. É responsabilidade do CEES a manutenção dos recursos audiovisuais disponíveis nas salas de aula. Estes recursos serão conferidos após cada atividade programada.

&18. É dever do usuário zelar pela preservação dos recursos disponíveis nas salas de aula.

G) Das sanções

&19. Caso a taxa trimestral de ocupação das salas agendadas em caráter regular seja inferior a 50%, a reserva estará automaticamente suspensa para o próximo trimestre e o usuário perderá o direito de prioridade no agendamento anual previsto no &11 e 12.

- &20. Caso o horário agendado em caráter esporádico não seja utilizado, o usuário perderá a preferência em novos agendamentos caso haja conflitos de interesse.
- &21. O não preenchimento das listas de presença nas salas será considerado como se o horário não tenha sido utilizado e o usuário estará sujeito às sanções previstas nos & 19 e 20.



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Endereço: Rua Bernardino de Campos, 1000 - Bairro: Higienópolis
CEP 14015-130. Fone: (16) 602-1225 - Fax: (16) 602-1248

Unidade de Emergência

Assinalar:

ANFITEATRO

SALA A

SALA B

SALA C

DEPARTAMENTO / CLÍNICA:

SOLICITANTE:

TELEFONE: RAMAL:

REGADOS PARA: RAMAL:

AULA / CURSO:

PÚBLICO ALVO:

Nº DE PARTICIPANTES:

PERÍODO DO CURSO / AULA:

DATA:/...../..... DIA DA SEMANA:

.....

.....

HORÁRIO: _____ : _____ horas às _____ : _____ horas
(Início) (término)

RECURSO ÁUDIO VISUAL:

.....

.....

.....

NOME E RAMAL

Observação:

- *A não utilização do agendamento deverá ser comunicado com antecedência, pois poderá sofrer cancelamento automático.*
- *Deverá ser entregue ao Centro de Estudos uma cópia da lista de presença de cada aula realizada.*

k) PLANEJAMENTO – UPC - UE

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2010.

Memorando Nº 1348/2010

APF / macf / DIR-UE

Ilustríssimo Senhor

Prof. Dr. Milton Roberto Laprega

Superintendente do HCFMRP-USP

Referente: Unidade de Pesquisa Clínica – U.E.

Prezado Professor,

Considerando que diversos projetos de pesquisa são realizados na U.E. a cada ano, há vários anos a U.E. tem procurado documentar esses projetos no Centro de Estudos de Emergências em Saúde. Nesse ambiente, um corpo de revisores compostos por docentes tem avaliado a exeqüibilidade do projeto na Unidade, que posteriormente é enviado para a Comissão de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP. Em que se pese que esse processo já melhorou o processo, ainda há necessidade de se estruturar o cuidado com protocolos de pesquisa na Unidade. É reclamação freqüente de diversos pesquisadores que as condições oferecidas deixam muito a desejar, sendo necessário um investimento em Pesquisa Clínica. Modos para aprimorar esse processo vêm

sendo discutidos pelos docentes envolvidos na U.E. capitaneados por essa Coordenadoria há vários meses.

Considerando que, concomitantemente a esse desejo, está ocorrendo à implantação do Eixo de Emergências da FMRP-USP, coordenado pelos docentes em atividade na U.E. Como parte desse processo, houve o pleito da criação do CENTRO INTEGRADO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, para que os diversos docentes envolvidos pudessem se vincular, sem prejuízo da sua vinculação departamental, tendo sido aprovado na Congregação da FMRP-USP em sua 761ª reunião. Esse regimento também foi discutido na Reunião de Planejamento da U.E. que acatou a sugestão de fundir o Centro de Estudo de Emergências em Saúde com esse novo Centro, de forma que pudesse se concretizar o planejamento inicial de vinculação com a FMRP-USP. Nesse novo Centro, pretende-se unir as iniciativas de pesquisa de modo mais coordenado, com a possibilidade de se angariar recursos para manter a estrutura apropriada.

Considerando que a implantação da Cantina na U.E. há mais de um ano, proveu novos recursos à U.E. e que 60% do montante oriundo foi destinado pelo Planejamento para a implantação de novos projetos pela Coordenadoria.

Considerando que a readequação de áreas na U.E. abriu a possibilidade de novos projetos institucionais, sendo agora possível destinar uma área para o gerenciamento de pesquisa clínica. Muito embora a área ainda seja pequena frente às necessidades, ela pode ser adaptada e iniciar o processo de documentação necessário.

Frente a todas essas considerações, a Coordenadoria da U.E. está dando continuidade à implantação desse projeto. Nas deliberações sobre como se implantar esse processo, sempre foi tido presente que as decisões da Unidade não podem ser contrárias às decisões institucionais, quer do HCFMRP-USP, quer da FMRP-USP. Portanto, em reunião realizada nessa Coordenadoria com integrantes da Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP-USP, foi amplamente discutido o melhor modelo de se implantar um entreposto de gerenciamento de protocolos de pesquisa na U.E., sob coordenação conjunta da UPC e do CIES.

Vários modelos foram discutidos, sendo apontado que ao contrário do modelo instalado no HC Campus, considerado “fechado”, ou seja, em que o atendimento à Pesquisa foi desenvolvido isoladamente do cuidado dos demais pacientes, o modelo a ser instalado na U.E. deve ser do tipo “aberto”. Nesse modelo, o cuidado aos pacientes de pesquisa é concomitante aos demais pacientes, sem que haja destinação de leitos exclusivos. Esse modelo é o único viável para a U.E. e exige modificação cultural dos funcionários, com treinamento continuado e supervisão intensa.

Para atender esses princípios, decidiu-se por estabelecer princípios para o estabelecimento desse processo, que serão considerados no estabelecimento de um regimento a ser aprovado por todos os envolvidos:

1. A U.E. irá disponibilizar o montante de 60% do recurso angariado com a cantina para esse projeto. Temos a noção de que o montante é insuficiente, mas com o investimento progressivo e atração de protocolos de pesquisa, a estrutura deverá se pagar.
2. Será realizado o treinamento de enfermagem da U.E. para que haja envolvimento com a pesquisa, de modo progressivo. Serão identificados profissionais da U.E. que possam assumir a função de enfermeiros de pesquisa para auxiliar nos protocolos.
3. Toda a equipe da U.E. deverá estar em contato e seguindo diretrizes do HCFMRP-USP e da FMRP-USP.
4. Será equipada uma sala no 2º andar Bloco B para sediar a UPC. Nessa sala serão alojados os termos de consentimento, computadores e armazenamento de material específico para coleta.
5. O material biológico que for coletado deverá ser centrifugado no Laboratório e encaminhado à UPC no Campus para armazenamento e/ou processamento.
6. A UPC irá designar uma gerente de projetos para a U.E. para auxiliar na estruturação do processo.

Acreditamos que com essas modificações, a pesquisa clínica na U.E. irá passar por um forte incremento. Estamos copiando os possíveis interessados no projeto para que se sintam livres para se manifestar.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Antonio Pazin Filho

Coordenador da Unidade de Emergência

HCFMRP-USP

I) RELAÇÃO DE TRABALHOS CADASTRADOS JUNTO AO CEES

Cadastro	Trabalho	Autor	Área	Orientador/ Co - Orientador
Nº 01/2006	Estudos Clínico Multicêntrico, randomizado, em pacientes com trauma grave.	Dr. Sandro Scarpelini	Cirurgia	
Nº 02/2006	Estudo do Papel da oxigenação sanguínea na regulação do sistema IGF.	Rodrigo Custódio	Pediatria	Prof. Carlos E. Martinelli Jr.
Nº 03/2006	Análise da influência de estimulações calóricas seriadas nos déficits neurológicos.	Caroline Maira M. Pittoli	Fisioterapia	Prof. João Leite
Nº 04/2006	Análise da Variabilidade da frequência Cardíaca como índice Preditivo no Processo de Extubação	Janaína E. Santana e Kairo Caproni	Fisioterapia	Dr. Hugo Celso
Nº 05/2006	Infecção em unidade de terapia intensiva e a manutenção do ambiente biologicamente seguro.	Alunos	Escola de Enfermagem	Profa. Denise
Nº 06/2006	Uso da Ventilação não invasiva após extubação como prevenção de traqueostomia.	Andréia P. de Melo e Merielly E. C. de Souza	Fisioterapia	Elaine C. Silva Franciele C. M. Clapis / Franciele C.M. Clapis
Nº 07/2006	Avaliação da força muscular respiratória durante o desmame da ventilação.	Rita de Cássia V. Passareli.	Fisioterapia	Rodrigo M. Tonella
Nº 08/2006	Síndrome de Pusher em hospital universitário terciário.	Taiza Elaine Grespan	Fisioterapia	Dr. João Pereira Leite
Nº 09/2006	Treinamento muscular Respiratório com indivíduos em Ventilação Mecânica.	Carolina Prata Gama/Daniela C. Oliveira/Noemi M. Souza	Fisioterapia	Franciele e Roberta
Nº 10/2006	Efeito da fisioterapia respiratória sobre modulação do sistema nervoso autônomo em pacientes internados no Setor de Pediatria	Cynthia Pelegriano	Fisioterapia	Prof. Hugo
Nº 11/2006	Presença de Complicações devido a Admin. De alimentação por via oral em pacientes Traqueostomizados que utilizam cânula com CUFF	Jamille Lays Marrara	Fono	Paula de C. Issa Okubo
Nº 12/2006	Projeto de Bioética em pacientes vítimas em Emergência Traumáticas e não Traumáticas	Leandro Donizete Ramos	Não consta	Profa. Célia Luiza Reuly Rocha / Brodowski
Nº 13/2006	A Prática Pedagógica aplicada a crianças hospitalizadas	Talita Aparecida Souza	Pedagogia	Profa. Nair Elias/Profa. Eliane Ester

Nº 14/2006	Perda e luto na equipe de enfermagem de Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência.	Adriana Gonçalves Bosco	Enfermagem	Profa. Renata Curi Sabati
Nº 15/2006	Reparação Tecidual e analgesia do paciente queimado através da experiência ao Campo magnético	Larissa Araújo Costa	Fisioterapia	Prof. João Eduardo
Nº 16/2006	Análise da Influência de estimulações calóricas seriadas nos déficits funcional, neuropsicológico.	Ana Carolina Dias Garcia	Fisioterapia	Prof. João Leite
Nº 17/2006	Perfil clínico e epidemiológico das Urgências Oculares em Pronto Socorro.	Dr. Daniel Felipe Alves Cechetti	Oftalmo	Prof. Eduardo M. Rocha
Nº 18/2006	Infecção associada aos caracteres de hemodiálise e venoso central em pacientes portadores de insuficiência renal aguda de uma UTI	Viviane Ferreira	Enfermeira	Prof. José Abraão
Nº 19/2006	Perfil das principais manifestações de linguagem apresentada por pacientes neurológicos adultos internados em uma enfermaria.	Débora Henning Fernandes	Fono	Paula de C. Issa
Nº 20/2006	Estresse oxidativo e capacidade antioxidante no pós operatório de cirurgia reparadora de pacientes com seqüelas de queimaduras	Paula Pileggi Vinha	Nutro	Prof. Júlio Sérgio Marchini
Nº 21/2006	Extubação x traqueostomia: Diretrizes para tomada de decisão em pacientes com tempo limite de intubação.	Elaine Gonçalves e Bárbara Neuppmann	Fisioterapia	Elaine Caetano Silva
Nº 22/2006	Análise e aprimoramento do protocolo Montreal – Toulouse versão Alpha para realizaçãodas afasias.	Fabiana Couto Garcia	Fisioterapia	Dr. Osvaldo Massaiti Takayanagui
Nº 23/2006	Estudos de indicadores de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.	Fernanda de Paula Rossini	Enfermagem	Profa. Clarice Ferraz
Nº 24/2006	A avaliação da ocorrência de exposição ocupacional com material biológico como estratégia para intervir junto aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre normas de biossegurança.	Silmara Elaine Malaguti	Enfermagem	Profa. Elucir
Nº 25/2006	Avaliação da condição clínica bucal e microbiota do paciente crítico com entubação orotraqueal em um hospital geral escola.	Mariângela Pada. Pace	Odontologia	Profa. Denise Andrade
Nº 01/2007	Incidência de úlcera por pressão e fatores de risco em pacientes internados com fratura de fêmur	Andréa M. Faustin	Enfermagem	Profa. Dra. Maria Helena Larcher Caliri
Nº 02/2007	O estresse entre enfermeiro que atuam em unidades CTI	Vivian Aline Preto	Psiquiatria	Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão
Nº 03/2007	A conseqüência do trauma na reestruturação do cotidiano de pacientes atendidos na U.E	Francine Malta Salim	Terapia Ocupacional	Profa. Dra. Marisyra Mara
Nº 04/2007	Estudo de caso sobre viabilidade de migração do pacote "Microsoft Office"	Eduardo Gula/Fabiano L.	Informática	Profa. Dra. Sílvia Tenan

Azevedo					
Nº 05/2007	O papel da reação em cadeia da polimerase (PCR) de largo espectro convencional	Dr. Marcos Borges	Clínica Médica	Prof. Benedito Fonseca	
Nº 06/2007	Contribuição para a melhoria da logística de ocupação de leitos de isolamento na U.E	Prof. Pazin	Clínica Médica	Prof. Pazin	
Nº 07/2007	Tuberculose ocupacional em hospital terciário	Prof. Pazin	Clínica Médica	Prof. Pazin	
Nº 08/2007	Avaliação da capacidade e eficiência do atendimento	Dr. Marcos Borges	Clínica Médica	Prof. Pazin	
Nº 09/2007	Análise da influência de estimulações calóricas seriadas oscilação postural na posição sentada.	Tárcia Pinheiro Ferreira	Fisioterapia	Prof. Colafêmina	
Nº 10/2007	Análise da influência de estimulações calóricas seriadas oscilação postural na posição sentada...	Patrícia de Souza Mello	Fisioterapia	Prof. Colafêmina	
Nº 11/2007	“ Impacto da Organização do Sistema de Saúde sobre o Perfil dos Pacientes Atendidos com Insuficiência Cardíaca em Sala de Urgência em Nível Terciário”	Maria Lúcia B. Piruzeli	Clínica Médica	Prof. Dr. Pazin/Prof. Andre Schmidt	
Nº 12/2007	“Análise fenotípica e genotípica de amostras de Pseudomonas aeruginosa isoladas e pacientes, profissionais da saúde, e equipamentos do CTI da Unidade de Emergência	Denissani Apda. Ferrari	Técnica de Laboratório	Prof. José Fernando de C. Figueiredo	
Nº 13/2007	“Assistência de Enfermagem ao Paciente Politraumatizado com Dor na Unidade de Terapia Intensiva”	Viviane Ferreira	Enfermeira	Viviane Ferreira	
Nº 14/2007	“ A importância do brincar como recurso lúdico de estimulação: avaliação e orientação a pais de crianças de 0 a 2 anos hospitalizadas”	Sabrina G. Beutner	T. Ocupacional	Profa. Luzia Pfeifer	
Nº 15/2007	“ Avaliação do status da Tiamina em pacientes com traumatismo cranioencefálico grave”	Dr. Ronycley Rocha Resende	CTI	Dra. Selma Freira de Carvalho da cunha	
Nº 16/2007	“ Atividade Inflamatória e Perda Urinária de Retinol em Paciente com AIDS “	Dr. Fábio Fernandes Neves	Clínica Médica	Prof. Dr. Hélio Vannucchi e Prof. Dr. José Fernando de C. Figueiredo	
Nº 17/2007	“Análise de novos marcadores séricos de inflamação no tromboembolismo pulmonar”	Dr. Antonio Pazin Filho	Clínica Médica	Dr. Antonio Pazin Filho	
Nº 01/2008	Gerência de Enfermagem: O cuidado e a Unidade de Terapia Intensiva.	Lucieli Dias Pedreschi Chaves	Enfermagem	Lucieli Dias Pedreschi Chaves	
Nº 02/2008	Avaliação microbiológica de todos endotraqueais e luvas de látex após a aspiração de vias aéreas de pacientes críticos com ou sem pneumonia em unidade de	Paula Regina de Souza	Enfermagem	Profª Drª Denise de Andrade	

terapia intensiva

Nº 03/2008	Gerência do cuidado de enfermagem em Unidade de Emergência traumática	Ana Lidia C. Sajioro	Enfermagem	Profª Drª Clarice AP. Ferraz
Nº 04/2008	Gereciamento de recursos materiais: o papel do enfermeiro de UTI	Naiara C. de Oliveira	Enfermagem	Liscieli Dias P. Chaves
Nº 05/2008	A transformação da gestão em hospital público do município de Ribeirão Preto	Profª Drª Andrea Bernardes	Enfermagem	
Nº 06/2008	Subnotificação de Acidentes com material biológico pela equipe de enfermagem de um hospital escola do interior Paulista	Luiza Nesti Tayar	Enfermagem	Drª Silvia Rita Marin da Silva Canini
Nº 07/2008	Presença de Sintomatologia depressiva, níveis de auto-estima e resiliência entre mulheres em abortamento	Mariana Gondim Mariutti	Enfermagem	Profª Drª Antonieta Regina Ferreira Furegato
Nº 08/2008	Monitorização da temperatura corporal e dosagem de vasopressina plasmática em pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico	Flávia Helena Pereira	Enfermagem	Profª. Drª Evelin Capellari Cárnio
Nº 09/2008	Aspectos emocionais da mãe em relação ao filho queimado no pós- alta hospitalar	Larissa Mazzi	Enfermagem	Profª Drª Lucia Aparecida Ferreira
Nº 10/2008	Perfil Demográfico e Epidemiológico de Pacientes em Sala de Urgência de um Hospital de Ensino no Município de Rib Preto	Monica Franco Coelho	Enfermagem	Prof.ª Dr.ª Lucieli D>P. Chaves
Nº 11/2008	Gerência do cuidado de Enfermagem em Unidade de Emergência Traumática	Ana Lidia C. S. Azevedo	Enfermagem	Prof.ª Dr.ª Clarice Aparecida Ferraz
Nº 03/2009	Protocolo para Avaliação da Síndrome de Abstinência Alcoólica pela Enfermagem	Profª Dra. Margarita Villar Luis	Enfermagem	Profª. Dra. Margarita Antonia V. Luis
Nº 04/2009	Regionalização e Hierarquização: Reflexos das Diretrizes da Reforma Sanitária em um Serviços de Atendimento Psiquiátrico de Urgência.	Aluno – Felipe Pinheiro de Figueiredo	Psiquiatria	Profª. Drª Cristina Marta Del-Bem
Nº 05/2009	Avaliação do Papel Prognostico da Alfa-1 Glicoproteína Ácida e de seus efeitos sobre a Falência da Migração de Netrofilos em pacientes com Sepse	Dr. Romualdo Barroso de Sousa	Clínica Médica	Prof. Dr. Antonio Pazin Filho
Nº 06/2009	Acurácia da Procalcitonina em detectar Infecções em Pacientes com Neoplasia Hematológica com Neutropenia Febril	Dr. Bruno Andraus Filardi	Clínica Médica	Prof. Dr. Antonio Pazin Filho
Nº 07/2009	Avaliação dos Níveis Séricos da Proteína de fase aguda Alfa-1 glicoproteína ácida e sua correlação com a quimiotaxia de neutrófilos e expressão do receptor de quimiocinas CXCR2 em pacientes com diabetes mellitus	Profª. Drª. Ana Paula de Carvalho Panzeri, Profª Drª Palmira Cupo e Prof. Dr. Fernando de Queiroz Cunha	Pediatria	Profª Drª. Ana Paula de Carvalho Panzeri

Nº 08/2009	Periodicidade da Troca da Sonda Gástrica (Levine) em crianças: uma lacuna na assistência de Enfermagem	Aline M.Bonini Moysés e Tatiana G.M. Molinari	Enfermagem	Profª Drª Emilia Campos de Carvalho
Nº 09/2009	Avaliação da função Adrenal em Crianças Gravemente doentes	Marcela Maria de Aquino	Médica	Profª drª Ana Paula C.P.Carlotti
Nº 10/2009	Perfil Clínico e Sócio-Demográfico dos Pacientes Internados no centro de Terapia Intensiva da UE do HCFMRP-USP	Juliana de Jesus Alves	Enfermagem	Profª Drª Ana Maria Laus
Nº 11/2009	Etnografando Unidades de Emergência	AnaElisa Santiago/Clarissa Lima/Florra Serra/Karina Silveira	Antropologia	Prof. Dr.Piero de Camargo Leirner-São Carlos
Nº 12/2009	Traumas Físicos em Crianças de Zero a Nove Anos no Município de Ribeirão Preto	Marilurdes Farias	Enfermagem	Profª Drª Elisabeth Meloni Vieira
Nº 13/2009	Avaliação do Perfil da Coagulação e do Uso de Hemocomponentes em Traumatizados atendidos na UE HCFMRP-USP	Patrícia Nunes Soares	Acadêmica Medicina	Prof. Dr. Sandro Scarpelini
Nº 14/2009	A atuação do assistente social junto às famílias em atuação de AVC. (PROJETO NÃO REALIZADO A PEDIDO DA ALUNA).	Patrícia Magário Benini	Serviço Social-Neurologia	Profª. Drª. Eliane Vecchi Pereira
Nº 15/2009	O Excesso de Carga Horária de Trabalho de enfermagem e sua Relação com o Estresse.	Rita de Cássia de Marchi Dalri Barcellos	Enfermagem	Profª. Drª. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi
Nº 16/2009	Resposta metabólica Aguda à suplementação endovenosa de lipídios em pacientes queimados.	Paula Vinha Pillegi	Queimados	Prof. Dr. Julio Sergio Marchini
Nº 17/2009	Cuidados Paliativos: Conceituação e atuação da equipe multiprofissional na perspectiva dos profissionais de saúde.	Amanda Pacciulio Mota	T.O/Pediatria	Profª Drª Marysia Mara R. do Prado Carlo
Nº 18/2009	Adaptação Transcultural e Validação do Cardiac Learning Needs Inventory para Utilização no Brasil e em Portugal	Profª.Drª Lídia AP Rossi e Rosana AP. Spadoti Dantas	Enfermagem	Profª. Drª. Luzia Elaine Galdeano
Nº 19/2009	Estudo Comparativo da Carga de Trabalho de Enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS) em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino	Profª. Drª. Ana Maria Laus	Enfermagem	Profª. Drª. Ana Maria Laus
Nº 01/2010	O Acolhimento ao Familiar acompanhante do Idoso em Situação de Urgência/Emergência	Mestranda Hellen Taciane Paschoalotto Leite	Enfermagem	Profª Drª Sueli Marques
Nº 02/2010	Conhecendo a vida ocupacional do paciente queimado por auto-agressão após sua alta hospitalar	Mestranda Janaína Teresinha da Silva Junqueira Assis	Terapia Ocupacional	Profª Drª Toyoko Saeki

Nº 03/2010	Estudos Epidemiológico dos pacientes internados na UE HCFMRP-USP	Aluna Mariana Silva Matos	Fisioterapia	MS. Adriana da Costa Gonçalves
Nº 04/2010	Estudo sobre a Infecção Plaquetária por vírus do Dengue e Pesquisa desta Infecção em doadores de sangue	Doutoranda Leny Lobo Dias	Virologia	Profº Drº Luiz Tadeu Moraes Figueiredo
Nº 05/2010	Identificação da carga de trabalho de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS) em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de ensino	Enfermeira Fernanda Collinetti Pagliarini	Enfermagem	Profª Drª Ana Maria Laus
Nº 06/2010	Fragilidade de Idosos Internados na Clínica Médica da Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Geral	Graduanda Luana Baldin Storti	Enfermagem	Profª Drª Sueli Marques
Nº 07/2010	Coping Religioso-Espiritual em Profissionais de Enfermagem	Aluna Pós-graduação Lilian Carla de Jesus	Enfermagem	Profª Drª Ana Maria Pimenta de Carvalho
Nº 08/2010	Stress Laboral na Equipe de Enfermagem do Setor de Emergências do HCRP e suas repercussões	Aluna mestrado Eliana Maria Corsi	Enfermagem	Profª Drª Margarita Antonia Villar Luis
Nº 09/2010	Monitorização da Pressão Intracraniana em Pacientes com Traumatismo Cranioencefálico fechado por método minimamente invasivo (transdutor extracraniano): Comparação com registro invasivo ventricular/parenquimatoso.	Médico Assistente Neurocirurgia Dr. Koji Tanaka	Médica	Dr. Koji Tanaka
Nº 10/2010	O processo de trabalho do enfermeiro em um Centro de Terapia Intensiva: análise das competências profissionais e estratégicas de gerenciamento.	Profª Drª Silvia Helena Henriques Camelo	Enfermagem	Profª Drª Silvia Helena Henriques Camelo
Nº 11/2010	Demanda de pacientes com diabetes mellitus atendidas em um hospital de urgência e emergências.	Tatiane Aparecida Martins	Enfermagem	Profª Drª Maria Lúcia Zanetti
Nº 12/2010	Adesão às precauções-padrão entre profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva de um hospital universitário do interior paulista.	Fernanda Maria Vieira Ferreira	Enfermagem	Profª Drª Elucir Gir
Nº 13/2010	Incidência, fatores de risco e prognóstico da coagulopatia associada ao traumatismo craneoencefálico em crianças atendidas na UE HCFMRP-USP	Docente FAEPA Alessandra Kimie Matsumo	Docente	Alessandra Kimie Matsumo
Nº 14/2010	Avaliação dos Registros de Enfermagem relacionados à aferição da pressão arterial	Kleber Alessandro Rodrigues	Enfermagem	Profª Drª Leila Maria Marchi Alves
Nº 15/2010	Estimulação Elétrica em Lesões Cutâneas	Rosana Caetano Gomes	Fisioterapia	Profº Drº Rinaldo Roberto de Jesus Guirro

m) IMPACTO DA CENTRALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA EM SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 14 de dezembro de 2009.

Referente: Regulação Médica

Ilmo Sr.

Ronaldo Dias Capeli

MD Diretor Técnico de Departamento de Saúde

DRS XIII – Ribeirão Preto

Prezado Senhor,

Em relação ao processo de transferência da Regulação Médica para a Central em São Paulo durante os períodos noturnos e finais de semana iniciado no último dia 16 de setembro, já tive oportunidade de me manifestar inicialmente em ofício datado de 21 de setembro.

Agora que já se passaram quase 3 meses de funcionamento do novo esquema, venho relatar alguns pontos que requerem equacionamento.

Em anexo, encontra-se gráfico do número de pacientes encaminhados pela Regulação Regional nos meses de setembro, outubro e novembro de 2009 (**Figura 1**), dispostos de acordo com o dia do mês e da semana. No gráfico há uma seta cheia em negro, assinalando o dia 16 de setembro, quando se iniciou o processo de Regulação centralizado em São Paulo. As setas vazias (em branco) apontam o número elevado de casos que estão sendo encaminhados na segunda-feira para este estabelecimento.

O gráfico ilustra que após o início da centralização da Regulação em São Paulo, estamos sofrendo a diminuição do número de casos nos finais de semana e aumento na segunda-feira, ocasionando uma variação cíclica. Anteriormente, como ilustrado no gráfico do mês de setembro, atendíamos cerca de 20 pacientes por dia da Regional. Agora, em algumas segundas-feiras, chegamos a um número acima de 40 encaminhamentos.

Este comportamento é preocupante, pois trabalhamos constantemente com capacidade máxima e um aumento de 100% do número de pacientes encaminhados não pode ser facilmente absorvido. Até o momento, compreendendo a situação de adaptação, temos tentado colaborar o máximo possível, mas estamos notando um aumento crescente do número de encaminhamentos a este estabelecimento na tentativa de nos adaptar. Deve ficar claro também, ao se analisar estes dados que, como atendemos também a Regulação do Município de Ribeirão Preto, a redução de pacientes encaminhados nos finais de semana não implica em redução de capacidade ocupada, mas simplesmente que nossa capacidade deixa de ser ocupada pela Regional, passando a receber pacientes da Municipal.

Embora o gráfico da **Figura 2** sugira que não houve aumento do encaminhamento de pacientes da Regulação Municipal, haja vista que a proporção de encaminhamentos permanece constante, deve-se ter presente que o que interessa neste fenômeno de encaminhamento é o valor de momento, ou seja, podemos continuar atendendo o mesmo número de pacientes, mas se eles estão concentrados em um período do mês, isto limita a entrada de outros pacientes naquele dia. Talvez o fenômeno não tenha sido tão sentido pela U.E. pois tivemos o acréscimo de 15 (quinze) leitos neste período nas áreas de Neurologia e Clínica Médica, que respondem por 50% desses encaminhamentos.

Um ponto positivo da Regulação centralizada foi ser efetuada por médicos, o que talvez explique a queda da porcentagem de casos encaminhados em Vaga Zero (**Figura 3**), equiparando-se ao da Central do Município de Ribeirão Preto, que também é composta apenas por médicos. O conceito de vaga-zero parece ser diferente entre os reguladores da capital e os da regional e deve ser uniformizado. Como não temos condição no momento de auditar todos os casos de vaga-zero, não temos noção se este resultado significa adequação ou subnotificação. Por outro lado, e de difícil mensuração, ainda estamos notando encaminhamentos inadequados de casos que deveriam ser direcionados para outros estabelecimentos, principalmente casos ginecológicos. Anteriormente já ressaltamos o desconhecimento por parte dos reguladores das referências internas pactuadas e solicitamos que sejam reforçadas.

A interrupção do processo de informatização do sistema de Regulação em nossa DRS XIII limita o levantamento de novos dados que possam dar devolução mais apropriada do processo.

Atenciosamente.

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**
Departamento de Clínica Médica

C/ cópia

Prof. Dr. **Milton Roberto Laprega**

MD Superintendente do HCFMRP-USP

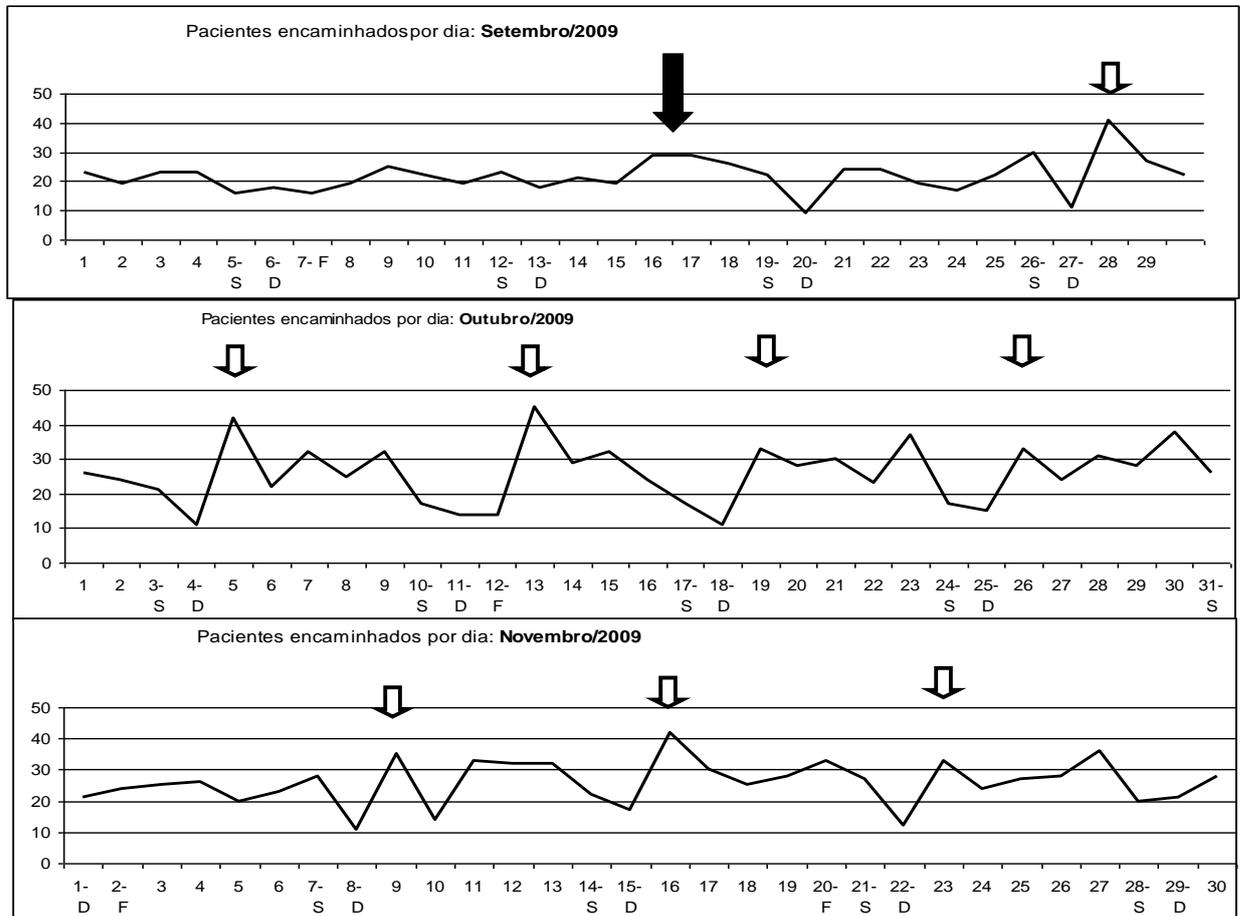


Figura 1 – Distribuição do número de casos admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP encaminhados pelo Complexo de Regulação da DRS XIII para os meses de setembro, outubro e novembro de 2009. A seta em negro cheia marca a data da transferência do processo de regulação na Central da Capital durante os períodos noturnos e finais de semana. As setas brancas (vazias) marcam as datas do mês que caíram na segunda-feira.

Proporção de Encaminhamento de Acordo com Complexo Regulador

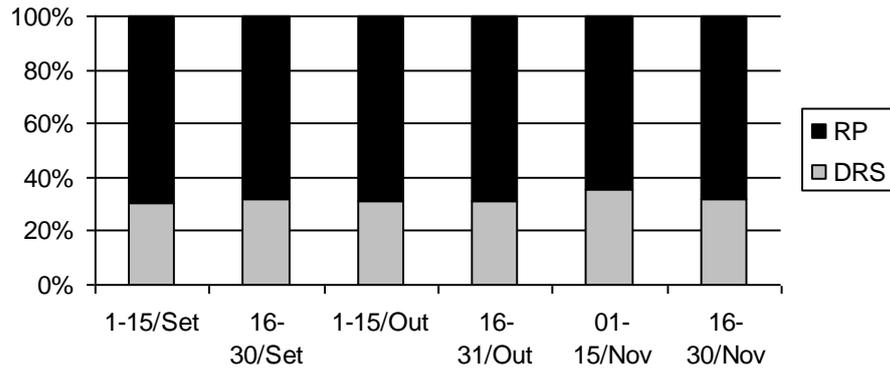


Figura 2 – Proporção de casos admitidos na U.E.-HCFMRP-USP de acordo com o Complexo Regulador de Origem de acordo com as quinzenas dos meses de setembro, outubro e novembro de 2009.

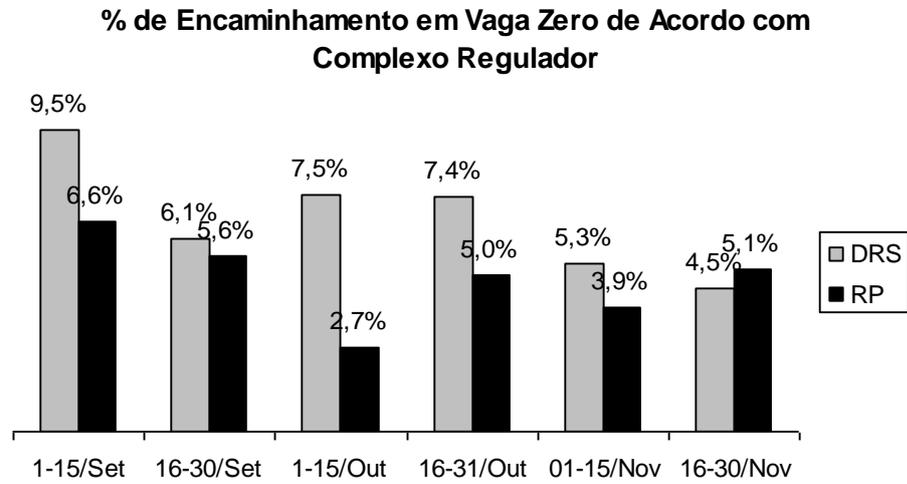


Figura 3 – Distribuição da proporção de casos encaminhados em Vaga Zero para a U.E.-HCFMRP-USP de acordo com o Complexo Regulador e quinzena dos meses de setembro, outubro e novembro de 2009.

n) COMUNICAÇÃO CRM / PROMOTORIA PÚBLICA– SUPERLOTAÇÃO
U.E.

Ilmo Sr.

Dr. Isaac Jorge Filho

MD Presidente do CREMESP-RP

Ribeirão Preto, 31 de agosto de 2010.

Referente: Superlotação da Unidade de Emergência

Prezado Senhor,

Venho comunicar a situação de excessiva demanda vivenciada pela Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo nos últimos meses. Na presente data atingimos número excessivo de pacientes na sala de urgência, em muito superior às condições de atendimento, similar ao existente anteriormente à instalação do processo de Regulação Médica. Tal fato nos leva a presente comunicação, no sentido de proteger os profissionais em atuação na Unidade de Emergência.

Como é do seu conhecimento, foi recentemente apresentado ao CRM ocorrências no processo de Regulação Médica que descaracterizam princípios básicos do seu gerenciamento.

Comunico que todas as medidas possíveis para garantir o atendimento estão sendo tomadas, incluindo transferências para o HC Campus, Hospital Estadual e diversos outros estabelecimentos em municípios da DRS XIII. Também não podemos atribuir esta superlotação ao

processo de greve dos médicos residentes, pois as atividades de urgência e emergência não foram interrompidas.

Solicito a atenção deste Conselho a problema de elevada gravidade que sem dúvida irá repercutir na qualidade do atendimento prestado.

Atenciosamente.

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**

Coordenador da Unidade de Emergência

Ilmo Sr.

Dr. **Sebastião Sérgio da Silveira**

MD Promotor da Cidadania

Ribeirão Preto, 31 de agosto de 2010.

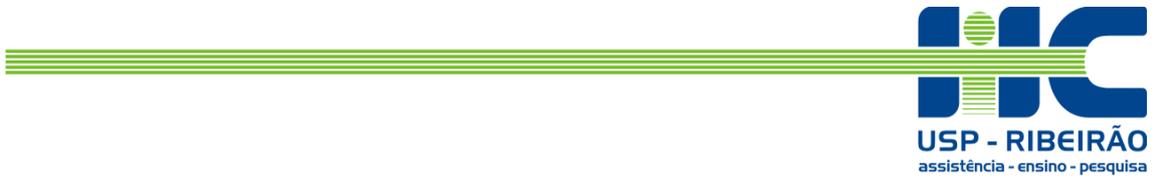
Referente: Superlotação da Unidade de Emergência

Prezado Senhor,

Venho comunicar a situação de excessiva demanda vivenciada pela Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo nos últimos meses. Na presente data atingimos número excessivo de pacientes na sala de urgência, em muito superior às condições de atendimento, similar ao existente anteriormente à instalação do processo de Regulação Médica. Tal fato nos leva a presente comunicação, no sentido de solicitar auxílio para proteger os pacientes em atendimento na Unidade de Emergência, que estão tendo seu tratamento prejudicado pela presente situação.

Comunico que todas as medidas possíveis para garantir o atendimento estão sendo tomadas, incluindo transferências para o HC Campus, Hospital Estadual e diversos outros estabelecimentos em municípios da DRS XIII. Também não podemos atribuir esta superlotação ao processo de greve dos médicos residentes, pois as atividades de urgência e emergência não foram interrompidas.

Sua intervenção em mediar a comunicação entre as instâncias de saúde envolvidas no processo de Regulação Médica é oportuna, já demonstrando resultados em situações anteriores de similar gravidade.



Atenciosamente.

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**

Coordenador da Unidade de Emergência

o) PREPARO DE SEDATIVOS DILUÍDOS PARA ADMINISTRAÇÃO EM BEIRA-LEITO

CIRCULAR INTERNA

Ribeirão Preto, 07 de maio de 2010.

Referente: Preparo de sedativos diluídos para administração em beira-leito

No último dia 29 de abril de 2010, recebemos visita da Vigilância Sanitária do Município de Ribeirão Preto nas Unidades de Terapia Intensiva da Unidade de Emergência. Nesta visita, foram identificadas várias inconformidades que estão sendo equacionadas.

Uma das principais inadequações, que gerou um AUTO DE INFRAÇÃO (nº 14373) foi decorrente de “*Executar prática de manter medicação de uso parenteral preparada, a saber, aspirada em seringa para uso posterior*”. Isto decorre da prática de se diluir ampolas de sedativos para aplicação progressiva até que se atinja a dose necessária e, para se evitar o desperdício da medicação, mantém-se à beira-leito a medicação já diluída na espera de ser novamente necessária. Esta prática, apesar de ter sido identificada no CTI, diz respeito a qualquer área da U.E. que lide com pacientes críticos.

Cabe informar que esta prática propicia infecção hospitalar por se constituir em ambiente de cultura e, além disso, não se pode garantir que a medicação continue efetiva após a diluição se não for armazenada em condições previstas pela Farmácia Hospitalar.

Informamos a todas as unidades que é vedado esta prática, devendo a medicação remanescente ser devidamente desprezada em recipiente adequado logo após a sedação ter sido atingida. Os mesmos princípios são válidos para qualquer medicamento diluído que não for imediatamente utilizado.

Atenciosamente.

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**

Coordenador da Unidade de Emergência

p) PROJETO DE ADEQUAÇÃO DE DIÁLISE PARA PACIENTES
AGUDOS ATENDIDOS NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO
HCFMRP-USP

Relacionado a: Auto de Infração – Divisão de Vigilância Sanitária - nº 14372 – “Manter más condições de Terapia Intensiva Adulto (3º e 4º andar) e infantil, a saber: sujidade nos equipamentos, estrutura física com canalizações expostas com vazamento, expurgos improvisados compartilhando suas funções com banheiros, drenos de pacientes encostando no piso e demais detalhadas na PFSIVISA nº 003084/2010”

INTRODUÇÃO

A situação da diálise na U.E. sempre foi um assunto a ser resolvido. Muito embora a U.E. já tenha contado com toda uma área destinada à diálise no 3º andar Bloco B na década de 1980, a mudança das instalações para o Campus deixou a Unidade desguarnecida deste tipo de procedimento. Com a hierarquização do Sistema de Saúde, a complexidade dos pacientes internados aumentou consideravelmente e os pacientes que necessitavam do procedimento tinham que ser transferidos para o Campus para executar o procedimento.

Em virtude desta problemática, o CTI da U.E. adquiriu uma máquina de diálise e passou a realizar os procedimentos dos pacientes, sendo que a Disciplina de Nefrologia do Departamento de Clínica Médica exercia a função de supervisão. Muito embora esta solução tivesse equacionado o processo no interior da Terapia Intensiva, diversos pacientes sob responsabilidade da Clínica Médica na Unidade de Emergência que vinham a necessitar do procedimento, continuavam a ser transferidos para o Campus, principalmente no período noturno.

Esta situação levou à solicitação por parte da Clínica Médica de que os pacientes internados em outras áreas que não a Terapia Intensiva, passassem a ser atendidos naquela unidade para a execução dos procedimentos. Na ocasião, esta decisão foi fundamentada no fato de que ainda havia capacidade ociosa no CTI e o número de procedimentos externos era de pequena monta, embora representasse risco para os pacientes que precisassem ser transportados. Isto pode ser comprovado na Figura 1, que ilustra o número de sessões de diálise em pacientes internados no CTI (Internas) e o número em pacientes internados em áreas externas ao CTI (externas). Pode-se observar que nos anos de 2004 a 2006, o contingente de procedimentos externos foi pouco expressivo e embasava a decisão de que o CTI fosse capaz de absorver a necessidade de diálise da UE.

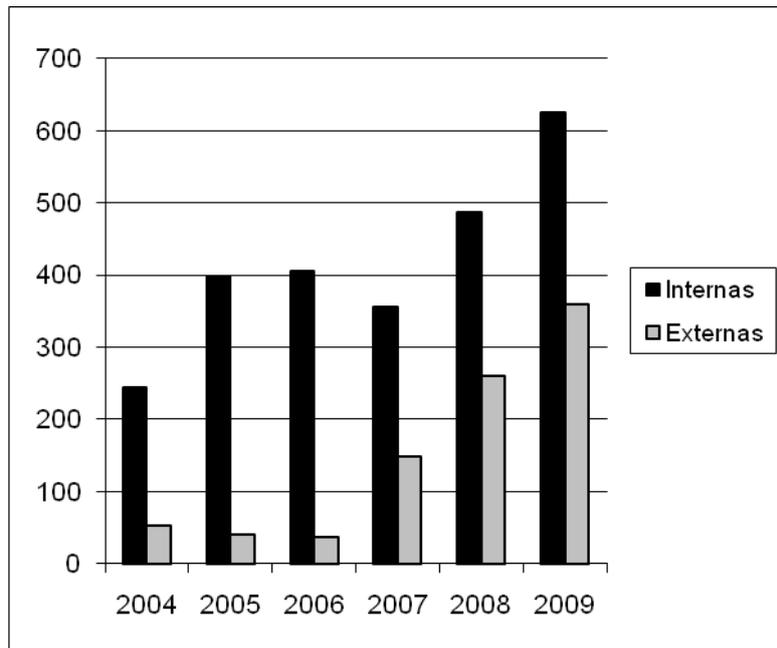


FIGURA 71 - NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DIALÍTICOS REALIZADOS EM PACIENTES INTERNADOS (INTERNAS) NO CTI ADULTO E EM PACIENTES INTERNADOS EM LEITOS CONVENCIONAIS (EXTERNAS) DA U.E. DE ACORDO COM O ANO.

No entanto, a partir de 2007 houve aumento considerável do número de procedimentos dialíticos realizados tanto em pacientes internos como externos à Terapia intensiva (Figura 1). Embora os fatores determinantes deste processo não sejam totalmente esclarecidos, este assunto está sendo constantemente discutido com a Coordenadoria da U.E. pelo Responsável Técnico do CTI. Ao longo dos anos, houve considerável investimento em equipamentos, com a ampliação da capacidade de uma máquina de hemodiálise em 2004 para as atuais 3 máquinas e uma máquina de osmose reversa para tratamento de água e a adaptação de sistema de drenagem de água na beira de todos os leitos de CTI para facilitar a adaptação da aparelhagem. A ampliação da capacidade, aumentando a possibilidade de se realizar o procedimento, pode ter sido um dos fatores que implicaram em aumento da demanda, mas outros fatores também tem sido explorados. A padronização das indicações de diálise tem sido buscada com afinco em diversas reuniões e tem havido o apoio da Divisão de Nefrologia do Departamento de Clínica Médica para supervisão dos procedimentos. A Divisão de Nefrologia tem escassez de médicos supervisores em virtude da demanda elevada no Campus, mas designou o Dr. Miguel Moysés Neto (matrícula 30000091), comissionado federal, para exercer esta função.

Cabe ressaltar que o crescente número de procedimentos realizados têm desgastado as máquinas disponíveis, exigindo elevada manutenção. Também levou o grupo gestor do CTI a priorizar em para 2009 e novamente para 2010 a aquisição de novos equipamentos de diálise, incluindo a máquina de osmose reversa. Isto foi selecionado como prioridade da U.E. na utilização de verbas de investimento anual, mas em virtude da limitação orçamentária de 2010,

não foi possível ser atendida. Na reunião do Comitê Assessor de Materiais da Assessoria Técnica na qual este assunto foi discutido em 2010, optou-se por se aguardar a resolução de transferência de recursos do Estado de São Paulo para o HC enfrentada no início do ano para que este assunto voltasse a discussão, devendo ser repriorizado em junho de 2010.

Paralelamente a esta problemática que deve ser resolvida, a infra-estrutura da U.E. nunca esteve adequada para realizar tratamento de água para os procedimentos dialíticos. Até o final de 2009, esta decisão era aceitável, pois se compreendia que o tratamento da água e a utilização de osmose reversa só eram fundamentais para pacientes em procedimentos crônicos que realizam múltiplas sessões de diálise por semana. Como a média de procedimentos dos pacientes que necessitam de diálise na U.E. gira em torno de 3 a 4 procedimentos, o tratamento de água era considerado dispensável ou não obrigatório. No final de 2009, a publicação da norma técnica 006/2009 GGES/ANVISA, passou a exigir o tratamento de água e a osmose reversa para todos os procedimentos agudos, colocando a U.E. em situação inadequada, pois apesar de 3 máquinas de hemodiálise, dispomos de apenas uma máquina de osmose reversa. Em visita de inspeção recente realizada pela VISA do município de Ribeirão Preto, esta inadequação foi apontada.

Todos estes problemas foram discutidos em reunião recente, realizada em 26 de abril de 2010, que contou com a presença da Profa. Elen Romão, recém-contratada pela Divisão de Nefrologia do Departamento de Clínica Médica, que tem como uma de suas responsabilidades a supervisão da diálise em pacientes agudos. Nesta reunião, todos estes problemas foram resgatados e foi proposta a solução de se adquirir um novo tipo de equipamento de diálise que já traz incluído o sistema de tratamento de água e de osmose reversa. Este tipo de aparelho é novo no mercado e foi proposto e testado no HC Campus, sendo rejeitado porque naquela unidade já há o tratamento de água instalado, o que garante um custo de aproximadamente R\$ 180,00 por sessão de diálise, muito inferior ao custo de R\$ 350,00 por sessão com este novo sistema. No entanto, considerando o investimento que a U.E. teria que fazer em termos de tratamento de água e na aquisição de novos equipamentos, esta solução foi novamente levantada e estudada pelo CAM, sendo aprovada em sua última reunião. Vantagem adicional e importante é que este novo tipo de equipamento é fornecido em sistema de comodato, sendo vantajoso quando se realizam mais do que 60 sessões por mês (atualmente a U.E. realiza cerca de 90 procedimentos). A instalação deste novo sistema permite também que todas as adaptações realizadas à beira dos leitos de CTI para adequar as máquinas de diálise possam ser removidas, acatando as recomendações da VISA e favorecendo melhor acesso dos profissionais de saúde ao leito para cuidado e limpeza. Finalmente, os aparelhos atualmente disponíveis na U.E. poderão ser transferidos para o Serviço de Diálise no HC Campus.

Frente a estas considerações, o presente projeto visa adequar a situação da hemodiálise de pacientes agudos na U.E.

PROPOSTA

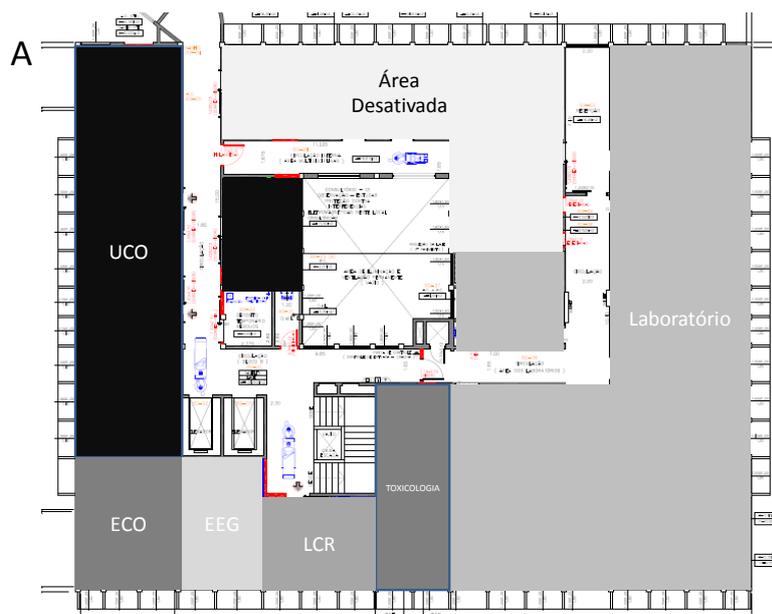
ESTRUTURA FÍSICA

Considerando que a solução para técnica encontrada (máquinas de diálise em sistema de comodato que já incluem tratamento de água e osmose reversa) necessitam de local apropriado para que o sistema seja instalado. Deve ser esclarecido que estes equipamentos são móveis e podem ir até à beira do leito com todo o sistema de água embutido. No seu interior há um compartimento com água tratada, que é utilizado para a sessão de diálise, e outro compartimento que recebe a água após a sua utilização. Quando a sessão é terminada, o aparelho deve ser reconduzido a esta sala e conectado a uma estação que irá remover a água residual e suprir o aparelho com nova quantidade de água tratada para uma próxima sessão. Frente a isto, faz-se necessária uma sala para acomodar esta estação.

A proposta é que esta estação seja acomodada no 2º andar Bloco B como ilustrado na Figura 2B ou no 3º andar Bloco B, como ilustrado na Figura 3B. A decisão de qual lugar será utilizado para isto requer parecer técnico da firma que fornece o equipamento. Se ambos forem adequados, a prioridade será no 2º andar Bloco B (Figura 2B).

Considerando o elevado número de procedimentos externos ao CTI, a proposta inclui a construção de uma sala de diálise para pacientes agudos que funcionaria de 2ª a 6ª feira no período comercial (7 às 19 horas). Esta sala iria retirar os casos externos do CTI (cerca de 1/3 dos procedimentos dialíticos como ilustrado na Figura 1). Deve ficar claro que os procedimentos de urgência necessários no período noturno e aos finais de semana continuarão a ser realizados no CTI.

Para esta sala, será priorizado o espaço que não for utilizado para a estação de tratamento de água. A prioridade é para o 3º andar Bloco B, pois o efetivo de enfermagem que será alocado para esta sala poderá ser utilizado no CTI caso não haja procedimentos a serem realizados no momento.



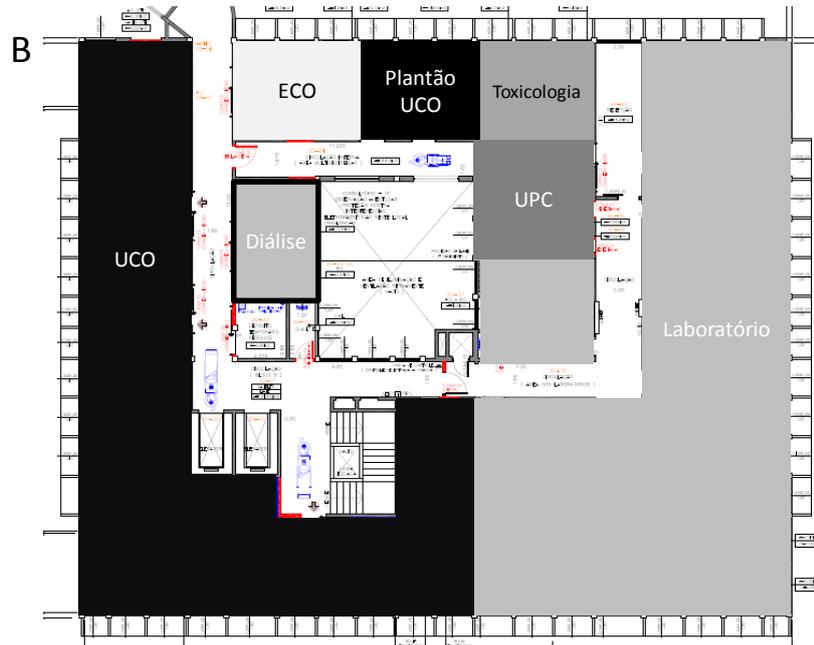


FIGURA 72 - -- PLANTA ESQUEMÁTICA DO 20 ANDAR BLOCO B DA U.E.-HCFMRP-USP

A - SITUAÇÃO ATUAL - AS ÁREAS DE LABORATÓRIO (ECO; LÍQUOR -LCR; ELETROENCEFALOGRAFIA - EEG), A TOXICOLOGIA E AS ÁREAS DESATIVADAS ESTÃO SENDO REARRANJADAS.

B - SITUAÇÃO A SER ATINGIDA COM A EXPANSÃO DA UCO, A INCORPORAÇÃO DO LCR AO LABORATÓRIO, A TRANSFERÊNCIA DO EEG PARA A NEUROLOGIA E A READEQUAÇÃO DO QUARTO DE PLANTÃO DA UCO PARA ADEQUAÇÃO DE UMA ÁREA DE DIÁLISE.

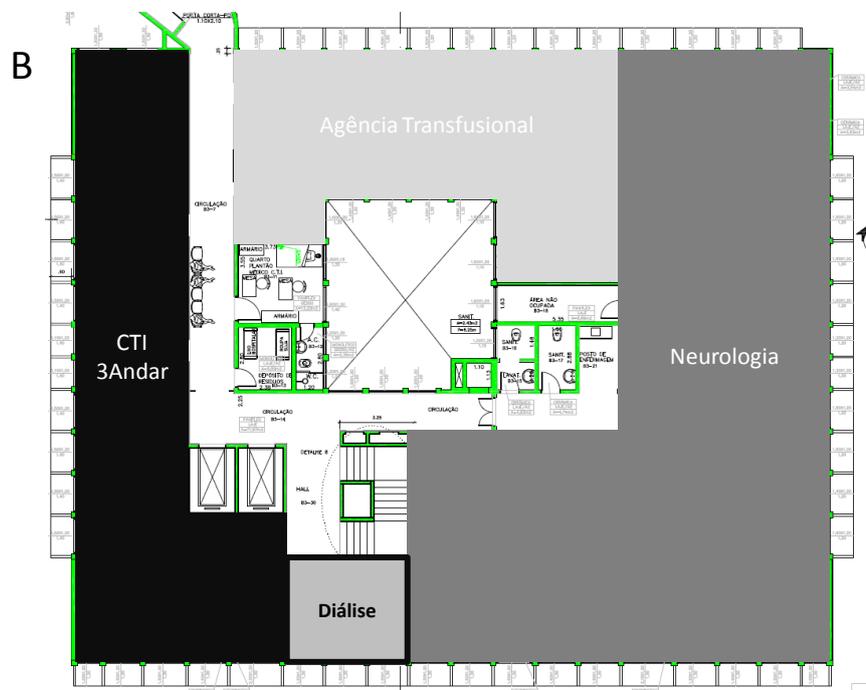
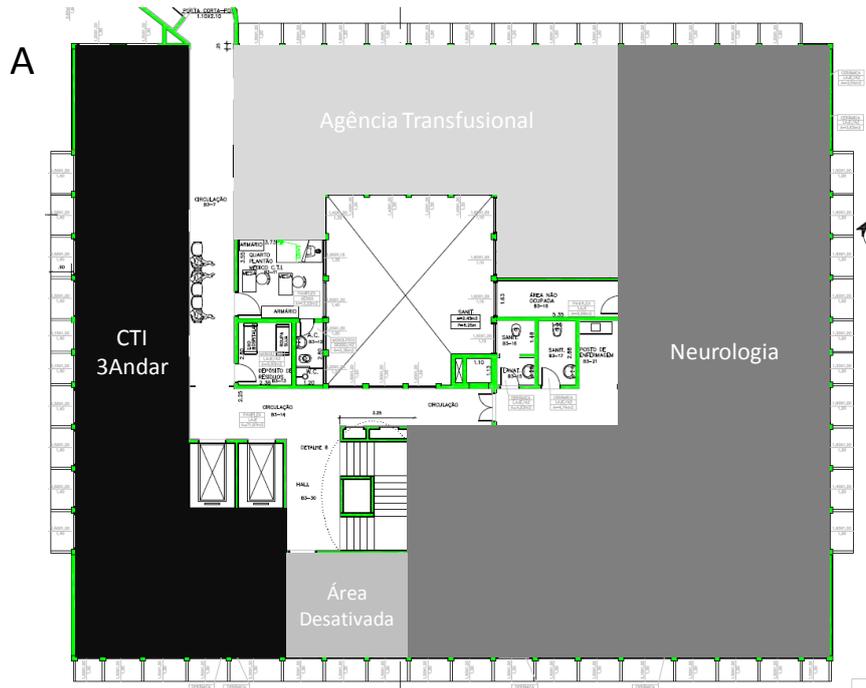


FIGURA 73 - PLANTA ESQUEMÁTICA DO 30 ANDAR BLOCO B DA U.E.-HCFMRP-USP

A – SITUAÇÃO ATUAL; B – SITUAÇÃO A SER ATINGIDA – A ÁREA DESATIVADA DEVERÁ SER DESTINADA À DIÁLISE DURANTE A READEQUAÇÃO DO CTI DO 3º ANDAR PARA ADEQUAÇÃO DE EXPURGO E EXIGÊNCIAS DA VISA.

EQUIPAMENTOS

Compreende-se a aquisição em sistema de comodato de 3 (três) máquinas de hemodiálise com as características previamente descritas e já em estudo pelo CECIN. As máquinas atualmente em uso, bem como o sistema de osmose reversa portátil serão remanejados para o Setor de Diálise do Campus que já dispõe de tratamento de água.

PESSOAL

ENFERMAGEM – para que a sala funcione no período estipulado, será necessária a contratação de 3 auxiliares de enfermagem.

MÉDICO – será necessária a contratação de um profissional médico com especialização em nefrologia para supervisão dos casos. O Dr. Miguel Moisés é comissionado federal e já está aposentado. A introdução de um médico com 24 horas semanais permitirá a avaliação de todos os casos externos e consultoria dos casos internados no CTI, estabelecendo protocolos e auxiliando na identificação de problemas e motivos para o crescente número de procedimentos dialíticos identificados.

COORDENAÇÃO

A coordenação técnica será realizada pelas Disciplinas de Nefrologia e de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica. O médico contratado será vinculado administrativamente à Divisão de Emergências Clínicas e executará os protocolos segundo orientação da Divisão de Nefrologia, sendo que uma de suas funções será a de orientar os residentes de nefrologia em estágio na UE.

q) UNIFORMIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO NOS MURAIIS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Senhor(a) Gestor(a),

Considerando que a comunicação visual na forma de murais é um modo importante de difundir informação para a população da Unidade. Vale ressaltar que este continua sendo um meio importante de comunicação mesmo em que se pese outras alternativas, como a página da intranet do HC.

Considerando que estes murais não estão sendo gerenciados de modo adequado, não sendo incomum o excesso de cartazes e mistura de informações importantes da instituição com avisos de congressos ou de propagandas pessoais de funcionários.

Considerando que a falta de regras tem implicado em desatualização da informação a ser difundida.

Frente a estas considerações, esta Coordenadoria resolve uniformizar a informação através de murais. Os murais da U.E. serão redistribuídos, sendo garantido murais para cada grupo gestor e murais para pontos estratégicos de comunicação com o público externo e interno. A partir desta data, teremos apenas 4 tipos de murais na U.E. – GRUPO GESTOR (FIGURA 1); ÁREA TÉCNICA (FIGURA 2); COMUNITÁRIO INTERNO (FIGURA 3); COMUNITÁRIO EXTERNO (FIGURA 4) - que estão exemplificados nas figuras em anexo a este documento.

Cada mural terá um responsável que deverá afixar e retirar as informações enviadas de acordo com as datas informadas nos ofícios. A partir de agora, toda comunicação que for encaminhada terá uma data para ser afixada e uma data para ser removida conforme dados em anexo.

Os recursos para a organização dos murais de acordo com as Figuras em anexo serão garantidos inicialmente por esta Coordenadoria, sendo a manutenção dos mesmos após isto de responsabilidade das áreas a que foram destinados. Todos os murais terão proteção de vidro que serão lacrados com chave que ficará com o responsável.

As áreas de terem dispersão geográfica significativa, como, por exemplo, o grupo gestor da Sala de Urgência, poderão dispor de dois murais, mas com conteúdos idênticos.

Os gestores que desejarem divulgar quaisquer informações para outros grupos deverão encaminhar esta solicitação para a Coordenadoria, aos cuidados da Sra. Eni Pinho, que encaminhará para os murais na seção COMUNICAÇÕES DA COORDENADORIA. O mesmo se aplica para as comunicações de outras entidades no Campus.

Os murais serão fiscalizados pela Coordenadoria e as informações que não estiverem dentro das regras serão retiradas dos murais. Fica também proibido a colocação de panfletos e cartazes fora dos murais. Caso isto aconteça, o serviço de higiene e limpeza está orientado a remover estes cartazes.

Vale a pena ressaltar que algumas áreas técnicas possuem murais próprios no interior de suas salas, como por exemplo os murais de gerência de enfermagem. Esta norma não se aplica a estes murais, que continuarão a ser de responsabilidade dos mesmos. Esta norma se aplica apenas a murais externos colocados em áreas de circulação pública.

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**

Coordenador da Unidade de Emergência

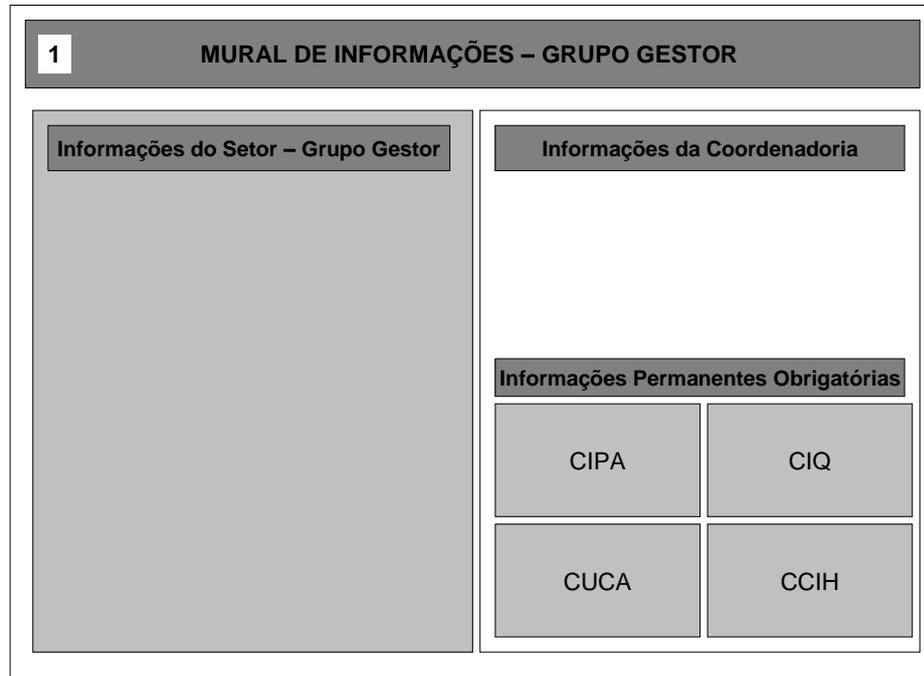


FIGURA 74- MURAL DO GRUPO GESTOR

RESPONSÁVEL – GESTOR

ÁREAS A QUE SE APLICA – Acolhimento e Comunicação; Farmácia; Nutrição; Laboratório; Infraestrutura; Neurologia; Clínica Médica; Queimados; Pediatria; Sala de Urgência; SAMSP; Clínica Cirúrgica; Bloco Cirúrgico; CTI.

1. **INFORMAÇÕES DO SETOR – GRUPO GESTOR** – Nesta área devem ser afixadas comunicações de interesse interno do grupo. A colocação de informações nesta área deverá ser solicitada pelos membros do grupo ao Gestor que será o responsável pela manutenção do painel.
2. **INFORMAÇÕES GERAIS – COORDENADORIA** – Nesta área do mural deverão ser afixadas as informações enviadas pela Coordenadoria. Estas poderão compreender aquelas de origem interna da Coordenadoria da U.E. bem como as oriundas da Superintendência, Diretoria Clínica e outras instâncias da Administração Central que a Coordenadoria julgar de interesse ou seja solicitada a divulgar.

3. **INFORMAÇÕES PERMANENTES OBRIGATÓRIAS** – estas informações se constituem em exigência legal que devem estar visíveis a todos os membros do grupo. São constituídas por informações da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes); CIQ (Comissão Interna de Qualidade); CUCA (Comissão de Uso de Controle de Antimicrobianos) e CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar).



FIGURA 75 - MURAL DE ÁREA TÉCNICA

RESPONSÁVEL – GESTOR DO CEES

ÁREAS A QUE SE APLICA – Sala de Urgência (Sala de Prescrição); Bloco Cirúrgico; CEES.

1. **ENSINO** – Nesta área do mural deverão ser afixadas as informações relacionadas a Congressos, Eventos, Palestras, programas de graduação e pós-graduação. Avisos das Comissões de Graduação e Pós-Graduação, da Diretoria e outras instâncias da FMRP-USP.
2. **PESQUISA** – Nesta área devem ser afixados projetos de pesquisa em andamento pelas diversas disciplinas em atividade na U.E. Os projetos só serão afixados se houver aprovação dos mesmos pela Comissão de Ética em Pesquisa e o aval do CEES. As regras para o tempo de afixação dos projetos serão estipuladas pelo CEES.
3. **ASSISTÊNCIA** – Para este espaço ficam reservadas escalas de plantão, chamadas para protocolos clínicos de atendimento, informações de como se obter atendimento para situações específicas, como vitimizados, atendimento ao óbito, etc.

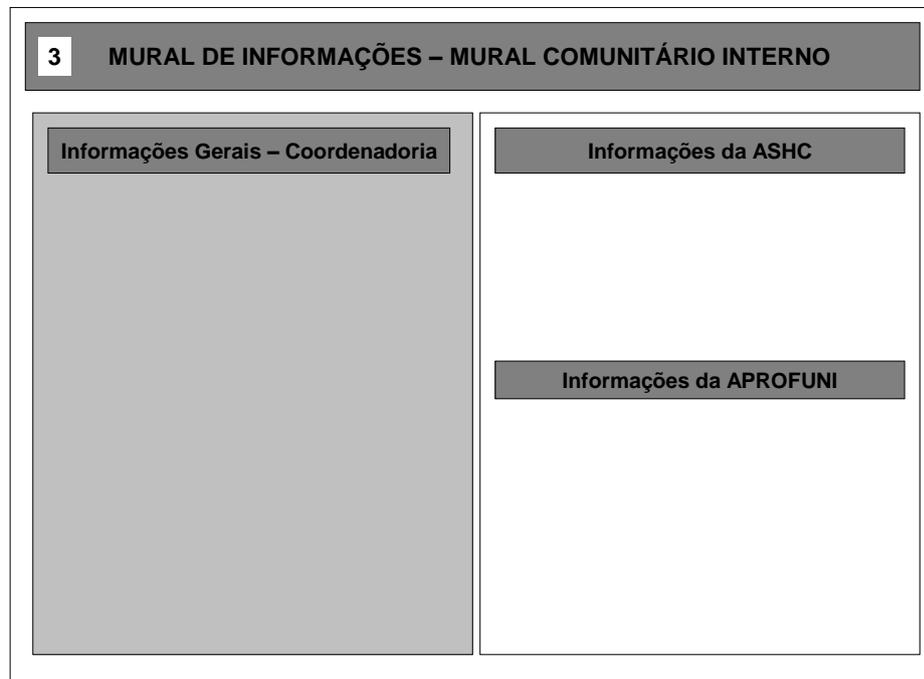


FIGURA 76 - MURAL COMUNITÁRIO INTERNO

RESPONSÁVEL – GESTOR DO ACOLHIMENTO E COMUNICAÇÃO

ÁREAS A QUE SE APLICA – Mural da entrada dos funcionários (R. 7 de Setembro)

1. **INFORMAÇÕES GERAIS – COORDENADORIA** – Nesta área do mural deverão ser afixadas as informações enviadas pela Coordenadoria. Estas poderão compreender aquelas de origem interna da Coordenadoria da U.E. bem como as oriundas da Superintendência, Diretoria Clínica e outras instâncias da Administração Central que a Coordenadoria julgar de interesse ou seja solicitada a divulgar.
2. **INFORMAÇÕES REFERENTES À ASHC** – Nesta área devem ser afixadas comunicações de interesse da Associação dos Servidores do Hospital das Clínicas. Quaisquer informações a serem afixadas nesta área são de responsabilidade da ASHC.
3. **INFORMAÇÕES REFERENTES À APROFUNI** – Nesta área devem ser afixadas comunicações de interesse da Associação dos Profissionais de Nível Universitário do Hospital das Clínicas. Quaisquer informações a serem afixadas nesta área são de responsabilidade da APROFUNI.

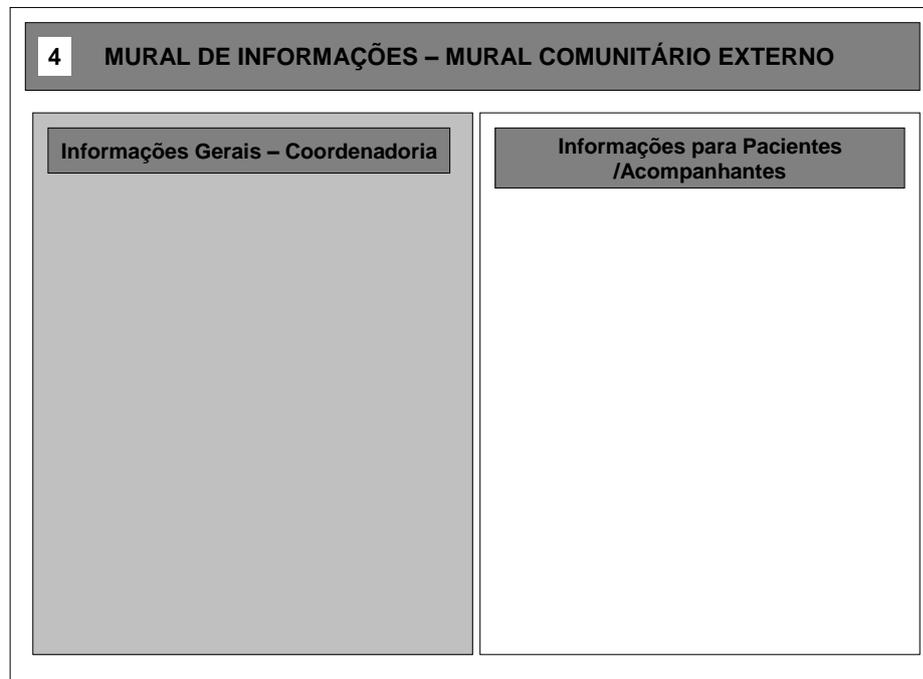


FIGURA 77 - MURAL COMUNITÁRIO EXTERNO

RESPONSÁVEL – GESTOR DO ACOLHIMENTO E COMUNICAÇÃO

ÁREAS A QUE SE APLICA – Mural do saguão de entrada, da sala de espera da Sala de Urgência, da sala de Espera da Pediatria, da Sala de Espera do Queimados e da Sala de Espera da Psiquiatria/Oftalmo/Otorrino.

1. **INFORMAÇÕES GERAIS – COORDENADORIA** – Nesta área do mural deverão ser afixadas as informações enviadas pela Coordenadoria. Estas poderão compreender aquelas de origem interna da Coordenadoria da U.E. bem como as oriundas da Superintendência, Diretoria Clínica e outras instâncias da Administração Central que a Coordenadoria julgar de interesse ou seja solicitada a divulgar.
2. **INFORMAÇÕES PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES** – Nesta área devem ser afixadas comunicações de interesse de pacientes e acompanhantes.

r) UTILIZAÇÃO DA UTI MÓVEL PARA TRANSPORTE EXTERNO

Ribeirão Preto, 04 de março de 2010.

Ilmo Sr.

Prof. Dr. Oswaldo

MD Diretor Clínico do HCFMRP-USP

Referente: Utilização da UTI Móvel para transporte externo

Prezado Professor,

Cabe-me relatar um evento importante relacionado ao transporte de pacientes críticos e motivado por este evento tecer considerações e sugestões para equacionar melhor o processo.

No último dia 03 de março, a UTI móvel responsável pelo transporte de pacientes críticos entre a U.E. e o Campus foi disponibilizada pela Diretoria Clínica para transporte de um paciente para São Paulo, segundo informações que nos foram prestadas por telefone. Fomos informados deste fato por volta das 15h00, quando dois pacientes da U.E. já se encontravam no Campus para a realização de angioplastia coronariana (**Paulo Pereira Batista – 0940066J; Ivan de Oliveira – 0939582D**). Em virtude do deslocamento da UTI móvel para São Paulo e da indisponibilidade de leitos críticos para receber os pacientes pós-procedimentos no HC Campus, estes pacientes tiveram que ser transportados novamente para a Unidade de Emergência em ambulância comum. Após a chegada na U.E., já no ambiente da UCO, um dos pacientes transportados (P.P.B) desenvolveu parada cardíaca em fibrilação ventricular e foi prontamente revertido, felizmente evoluindo sem sequelas.

Em que se pese a ausência de complicações maiores, a situação ilustra toda a falha de um processo e para fundamentar as considerações finais, descrevo os problemas e indicadores que temos atualmente sobre transporte de pacientes críticos no HC. Também tecerei algumas considerações sobre novos problemas surgidos e informações recentes.

1. O transporte de pacientes críticos está regulamentado pela **Norma de Serviço nº 52/2005** (em anexo). Não é do nosso conhecimento que esta norma tenha sido revogada ou atualizada e, segundo a referida norma, a coordenação da UTI móvel é de responsabilidade do Coordenador da Unidade de Emergência (Item V), sendo que na sua indisponibilidade, o Supervisor Médico da U.E. (item V) deve ser o responsável. Estes dois profissionais deverão tomar decisões sobre priorização de remoções se houver mais de uma solicitação (item VIII).
2. A mesma norma preconiza que o transporte para outras unidades que não o fluxo entre Campus-U.E. pode ser autorizado tanto por estes profissionais, bem como pelo Diretor Clínico e/ou pelo Superintendente (item VIII). Muito embora não haja priorização de quem deve responder prioritariamente, pelo item V, é nosso entendimento que o Coordenador da U.E. deveria ser o primeiro a ser consultado para evitar problemas como o ilustrado no caso em questão. Isto não tem ocorrido e a liberação da UTI móvel para transportes externos tem sido realizada pela Diretoria Clínica, sendo que a comunicação de que isto ocorreu nos é feita pelo Serviço de Transportes, após o fato consumado. Isto já gerou problemas anteriores, inclusive com necessidade desta Coordenadoria solicitar auxílio externo ao SAMU da Prefeitura de Ribeirão Preto para a transferência de pacientes da U.E. para o Hospital Estadual em mais de uma ocasião. Cabe esclarecer que este recurso não está sendo mais disponibilizado pela Prefeitura a não ser em situações especiais.
3. A Coordenadoria da U.E. tem se esforçado para manter a UTI móvel em funcionamento, mas tem enfrentado inúmeros problemas:
 - a. Originalmente deveriam ser duas unidades funcionantes. Uma delas encontra-se desativada pela inexistência de equipe qualificada.
 - b. Para garantir o funcionamento da unidade disponível, direcionamos uma auxiliar de enfermagem readaptada para realizar os transportes durante o dia, de segunda a sexta-feira. Esta decisão permitiu redução da sobrecarga sobre os funcionários dos locais que necessitam transporte, que segundo o item VI da referida norma, devem compor a equipe de transporte.

- c. No entanto, fora do período comercial, os transportes continuam a ser realizados pelos auxiliares de enfermagem do local de origem do paciente. Isto tem se revelado um problema principalmente para a realização de exames de ressonância magnética, que só são disponibilizados para a U.E. durante o período noturno. Estes transportes garantem que a equipe do local de origem do paciente fique desfalcada de um profissional de enfermagem por períodos de 8 a 12 horas. Isto nas condições atuais de afastamentos de profissionais tem nos forçado a suspender o transportes destes pacientes para que os demais não sejam prejudicados por ausência de cuidados.
- d. O crescimento das Unidades Extra-Muros do Complexo HCFMRP-USP tem implicado no aumento da transferência de pacientes entre estas unidades. De particular importância tem sido o transporte para o HERP, pois isto agiliza a alta de pacientes menos complexos da U.E. Muito embora isto seja efetuado através da Regulação, na maioria dos casos temos liberado nossas ambulâncias comuns para transporte destes pacientes. Muito embora isto não implique em utilização da UTI móvel num grande contingente, o pessoal de transporte (motorista e auxiliar de enfermagem) são os mesmos, retardando a transferência. Quando esta movimentação se dá para fora de Ribeirão Preto, este problema se acentua junto ao Setor de Transportes.
- e. Os transportes são realizados em virtude de diversas condições clínicas dos pacientes. Uma destas condições, que foi motivo de comunicação recente desta Coordenadoria para a Diretoria Clínica (**Correspondência nº 1832/2010**), diz respeito aos transportes para a realização de oxigenoterapia hiperbárica. Nesta correspondência, dentre diversos problemas, já apontávamos os que implicavam em diminuição do efetivo de profissionais de enfermagem nos locais de origem dos pacientes encaminhados.
- f. Outro tipo de transporte tem sido decorrente da transferência de pacientes para realizar procedimentos de angioplastia. Com o início das atividades da UCO na U.E. era de se esperar que este tipo de transporte aumentasse. No entanto, de Janeiro a Setembro de 2009, tivemos 83 (45.6%) dos 182 transportes realizados para a hemodinâmica. Após a abertura da UCO em setembro até a presente data, 64 (40.2%) dos 159 transportes realizados foram para a hemodinâmica. Embora a hemodinâmica já tenha iniciado suas atividades na U.E., ainda não está implementado a angioplastia (procedimentos intervencionistas), estando previsto o seu início para este mês. Esperamos que com o início destas atividades, haja redução significativa do número de transportes.
- g. Recentemente, recebemos visita do COREN e foi distribuída uma nova **Portaria 2.048** – *Normatiza e estabelece diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, em substituição à Portaria 814-MS* (em anexo), sendo que para as características da nossa UTI móvel (Tipo D), será necessário que a equipe seja composta por enfermeiro capacitado e não mais por auxiliares. Isto nos forçará a reavaliar a equipe presente nos horários comerciais que resolvia grande parte do problema.
- h. Os equipamentos constantes na UTI móvel são motivos de ordens de serviço para reparo constantemente. Isto em decorrência do material disponível ser diferente do presente nas diversas unidades e os nossos funcionários não estão treinados para a sua utilização. Os problemas maiores têm sido detectados com o respirador da UTI móvel. No momento, estamos realizando estudo para avaliar a possibilidade de

substituí-lo por um respirador mais apropriado de transporte que ficaria na Unidade Respiratória ao invés da UTI móvel e que sairia do local onde o paciente se encontra e percorreria todo o trajeto até o final do transporte. Isto reduziria em muito o problema de quebra e possibilitaria que o respirador presente na UTI móvel não ficasse parado. O problema para que esta solução seja implementada diz respeito aos transportes externos, pois o respirador não ficaria fixo.

- i. Com relação à pessoal, além do problema enfrentado com enfermagem, temos que considerar os demais membros da equipe. Com relação à parte médica, esta tem sido realizada por residentes, muitos deles de primeiro ano e sem treinamento específico de Medicina de Transporte. Esta área, com o crescimento das UTI móveis, tanto terrestre quanto aéreo, já é reconhecida como especialidade em diversos países. Nossos residentes não têm treinamento específico e esta deficiência se maximiza quando os transportes realizados são de longa distância, como os realizados para fora do município de Ribeirão Preto. Vale ressaltar que, muitos de nossos médicos assistentes também não têm treinamento nesta área de atuação.
- j. Os motoristas que realizam os transportes da UTI móvel são coordenados pelo Serviço de Transporte durante o período comercial e nos períodos noturnos, há um motorista de plantão na U.E. A implantação do sistema centralizado de controle de motoristas pelo Serviço de Transporte é recente e foi acordada junto com esta Coordenadoria. Até o momento está funcionando, mas temos a informação de que o Serviço de Transportes também tem enfrentado muitas limitações de equipe e tem realizado estudo para implementação de uma equipe de transporte. Estas limitações são maiores também para transporte fora do município de Ribeirão Preto.
- k. A maior limitação para a implantação de uma equipe de transporte até o momento era da ordem de contratação de pessoal. Só no concernente à enfermagem haveria a necessidade de contratação de 7 enfermeiros para cobertura de 24 horas.
- l. Nesta linha de raciocínio, devemos lembrar que o transporte de pacientes pode envolver riscos para os profissionais envolvidos, sendo que até o momento não há nenhuma iniciativa para seguro de saúde, seguro de vida ou insalubridade para os profissionais que realizam este tipo de atividade. Especificamente no caso de médicos residentes, isto pode acarretar implicações maiores à medida que realizem esta atividade sem supervisão.

Frente a todas estas considerações, acredito que o processo de transporte críticos deva ser revisto, propondo-se alterações de curto prazo (imediatas), que envolvem ajustes de processo e investimento baixo, e de médio e longo prazo, que envolvem decisão institucional sobre a política de transportes a ser empregada. As considerações abaixo são sugestões para estas medidas e devem ser cotejadas com outras iniciativas já em curso na instituição.

De curto prazo, sugiro:

1. Que a **Norma de Serviço Nº 52/2005** seja atualizada, sendo mantido os preceitos originais.
2. Que os transportes para fora de Ribeirão Preto, sejam realizados através da contratação de serviço externo especializado. Isto terá impacto em redução de sobrecarga de enfermagem, redução do efetivo descoberto em plantões e melhoria da qualidade do transporte oferecido aos pacientes.

3. Uma opção que pode ser estudada é a reativação da segunda UTI móvel, mas que envolverá investimentos de material e pessoal.
4. Que os transportes executados entre o Campus e a U.E. continuem a ser executados pela nossa UTI móvel nos moldes previstos originalmente pela **Norma de Serviço Nº 52/2005** até que haja decisão institucional sobre a política de remoção de pacientes.
5. Em caráter emergencial, deve ser ressaltado que a decisão do COREN deve ser levada em consideração e a adequação de enfermagem para compor a equipe de transporte requer contratação imediata.

Para o médio e longo prazo, acredito que a decisão envolva a revisão da política institucional de transporte. Isto envolverá um estudo mais amplo, sendo possível tanto a decisão de se estabelecer um serviço próprio como se optar por uma política de terceirização. Frente às considerações levantadas neste documento, é meu parecer inicial de que a opção de terceirização envolva maior qualidade e menos riscos para o HCFMRP-USP, restando agora o estudo de custo-benefício.

Atenciosamente

Prof. Dr. **Antonio Pazin Filho**

Coordenador da Unidade de Emergência

s) PROJETO OXÍMETROS DE PULSO

Ribeirão Preto, 19 de fevereiro de 2010.

Referente: Oximetria – Utilização de Aparelhos na Unidade de Emergência

Prezado(a) Gestor(a) e/ou Responsável Técnico,

Como é do seu conhecimento, a Unidade de Emergência vem desenvolvendo um projeto de Planejamento Estratégico nos últimos dois anos com bons resultados, sendo que no ano de 2009 foram atingidas mais de 90% das metas de aquisições de equipamentos.

À similaridade do processo desenvolvido em 2008 e 2009, ao final de 2009 foi solicitado aos gestores suas pendências e novas necessidades, com priorização de compra. Estas prioridades foram avaliadas pelas instâncias técnicas do HC, resultando posteriormente na priorização institucional que foi encaminhada à Administração Central.

Ao avaliarmos as necessidades para 2010, foi observado que diversas áreas solicitaram oxímetros de pulso, que resultou no levantamento dos dados deste ofício e nas decisões constantes no final.

A Unidade de Emergência possui 40 aparelhos de oximetria patrimoniados, sendo que no período de 2004-2009 tivemos baixa de 13 aparelhos (32,5% do total). Estes aparelhos foram inutilizados em virtude de danos irreparáveis e sua substituição não se concretizou por falta de recursos orçamentários. Dos 27 aparelhos restantes, no levantamento feito por ocasião deste ofício, 5 se encontram no conserto (18,5% da capacidade restante), o que nos deixa com 22 aparelhos em uso.

No estudo para se realizar a reposição progressiva destes aparelhos, levantou-se os motivos de quebra e o custo de aquisição de novos aparelhos para suprir as necessidades. Vários fatos devem ser ressaltados em relação à quebra dos aparelhos e custos:

- As quebras decorrem de cuidado inadequado dos aparelhos. Muitos relatórios solicitados para evidenciar o motivo do evento são lacônicos, mas permitem depreender que houve queda do aparelho quando o paciente se movimentou na cama ou ao ser transportado. Não é possível pelos relatórios a identificação dos funcionários envolvidos para se fornecer treinamento ou se tomar as medidas administrativas cabíveis.
- No período de 2004-2010 foram solicitadas 184 ordens de serviço para conserto dos aparelhos em atividade, totalizando um valor de R\$ 51.977,19.
- Uma das quebras mais freqüentes diz respeito à inutilização do sensor do aparelho. O número de ordens de serviço para este tipo de conserto é muito superior, sendo que apenas nos últimos 6 meses de 2009, tivemos 34 ordens que totalizaram R\$ 13.143,10.
- O custo de um aparelho novo, no modelo utilizado pela Unidade até o momento gira em torno de R\$ 4.500,00 e o do sensor em R\$ 840,00. Se fossemos realizar a reposição dos 13 aparelhos dados como baixa, teríamos um custo de R\$ 58.500,00, o que corresponde a 10% do montante de orçamento destinado à Unidade de Emergência para o ano de 2010.
- Há disponível um oxímetro mais simples, utilizado apenas para verificação esporádica de oximetria, que tem sido testado pela Unidade para o projeto de Sinais Vitais da Enfermagem na Sala de Urgência. Este aparelho tem custo em torno de R\$ 1420,00 e o sensor de R\$ 481,00.

Estas observações nos levaram a ponderar que, a simples substituição dos aparelhos não é suficiente, devendo ser tomadas providências para que haja a redução de quebras dos aparelhos, o que significa atuar em processo.

Frente a estas considerações, a utilização de oxímetros de pulso na Unidade de Emergência passará a seguir 3 ordens de prioridade que estão listadas na tabela abaixo.

PRIORIDADE	APARELHO	OBSERVAÇÕES
I		<p>Pacientes com necessidade de monitorização intermitente – será utilizado da mesma forma que monitorização de outros sinais vitais.</p> <p>Serão mantidos nas enfermarias sob controle da enfermagem.</p>
II		<p>Pacientes com necessidade de monitorização temporária, mas intensiva – realização de procedimentos (endoscopia; arteriografia) ou intervenções terapêuticas curtas (ajuste de oxigênio terapia).</p> <p>Armazenagem na Unidade Respiratória – PREENCHER FICHA para SOLICITAÇÃO</p> <p>Se necessário mais do que 6 horas de monitorização – indicação de CTI</p>
III		<p>Pacientes com necessidade de monitorização de vários sinais vitais (PA; FC; etc) – Restrito à áreas de CTI; UCO e Semi-Intensiva.</p>

Para que se viabilizem estas decisões, diversas providências estão sendo tomadas por esta Coordenadoria.

1. Levantamento das condições dos monitores das áreas fechadas – todos os monitores que estão sem oximetria incluída serão revistos e buscaremos atualização para implantação. Foi estabelecido como meta para a Unidade a aquisição de 5 monitores por ano para os anos de 2010 a 2012, totalizando 15 novos aparelhos. Com estes aparelhos, poderemos redistribuir os aparelhos existentes, agrupando monitores de marcas similares e implementando centrais de monitorização. Estas centrais de monitorização poderão se comunicar diretamente com o Sistema de Sinais Vitais da Enfermagem, poupando trabalho.
2. Aquisição de oxímetros de pulso simplificados – serão adquiridos 10 novos aparelhos, que somados aos já 4 existentes, totalizarão 14. Estes aparelhos serão utilizados para atendimento da prioridade I e irão acrescentar à Enfermagem a responsabilidade por registrar a oximetria como sinal vital quando prescrito pelo médico. No projeto em curso, na Sala de Urgência, temos como objetivo que a Enfermagem registre os sinais vitais, peso e altura de todos os pacientes admitidos.
3. Com relação aos aparelhos existentes para a Prioridade II, esperamos que com estas medidas as solicitações diminuam e possamos avaliar a real necessidade destes aparelhos, que serão priorizados para aquisição num segundo momento.
4. Cruzamento das informações de solicitação de aparelhos Prioridade II com o Sistema de Solicitação de Vagas de CTI – para controle das medidas tomadas, as solicitações de aparelhos Prioridade II serão cotejadas com a Solicitação Eletrônica de CTI e servirão como indicador do uso recomendado da oximetria.

Atenciosamente.

Prof. Dr. Antonio Pazin Filho

Coordenador da Unidade de Emergência