

realizar as adaptações de instalações, equipamentos e serviços para atender às necessidades de pacientes com deficiências físicas, sensoriais, cognitivas ou mobilidades reduzidas. Isso inclui entradas e corredores amplos, sinalização clara e acessível, banheiros adaptados, entre outros aspectos que contribuem para um acesso inclusivo.

Principais Elementos de Acessibilidade que serão Prioritários no **POLICLINICA DE ICÓ/CE**

ACESSIBILIDADE FÍSICA:

Entradas com rampas e portas largas ou elevadores com Botões em Braile e Sinais Sonoros;

Banheiros Adaptados com Barras de Apoio E espaço para Manobra de Cadeiras de Roda;

Leitos Acessíveis, com regulagem e Altura compatível com o Paciente;

Sinalização Tátil no Piso e Corrimãos, com Pictogramas e Braille que vai facilitar a navegação na Unidade de Saúde.

Corredores Ampliados: Corredores espaçosos permitem a circulação de cadeiras de rodas, macas e outros Dispositivos de Mobilidade.

Equipamentos Médicos Acessíveis: Equipamentos adaptados permitem que pacientes com deficiências recebam atendimento com conforto e segurança.

Capacitação de Funcionários: Funcionários treinados em acessibilidade podem fornecer um atendimento mais eficiente e respeitoso para todos os pacientes.

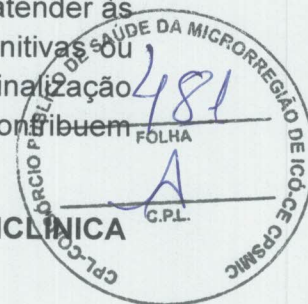
ACESSIBILIDADE PARA COMUNICAÇÃO:

É essencial que garantir que todos os Pacientes com deficiência auditiva, visual ou intelectual compreendam as informações:

Sinalização Visual e Tátil Clara: com Pictogramas;

Intérpretes de Libras: (Língua Brasileira de Sinais) ou acesso remoto a esse serviço;

Materiais Informativos em Braille: Letras Ampliadas ou Formatos Digitais Acessíveis;



Comunicação Clara e Adaptada: Por parte da Equipe Médica com Linguagem Simples.

ACESSIBILIDADE ATITUDINAL:

Ênfase na Postura dos Profissionais da Unidade de Saúde:

Treinamento Contínuo para lidar com Pacientes com deficiência de forma empática e respeitosa;

Eliminar Preconceitos e Estigmas em relação às limitações do Paciente;

Promover Autonomia, permitindo que o Paciente participe das decisões sobre seu tratamento;

ACESSIBILIDADE TECNOLÓGICA:

Uso da Tecnologia para facilitar o Atendimento:

Sistemas de Agendamento Online Acessível;

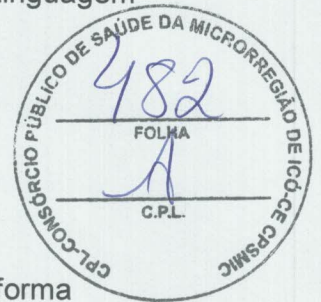
Totens de Autoatendimento com Acessibilidade;

Prontuários Eletrônicos compatíveis com Leitores de Tela;

Recepção

Recepção: local destinado ao primeiro atendimento do usuário. O usuário ao chegar à unidade será acolhido e deverá retirar a senha que o acompanhará durante todo o seu tempo de permanência no serviço. Em seguida, o usuário será chamado ao atendimento para a abertura de ficha de Atendimento e encaminhado à sala de pré atendimento. Posteriormente, será direcionado ao setor adequado ao seu atendimento. A consulta com o profissional médico respeitará os critérios da especialidade.

A garantia do acesso da população deve ser uma responsabilidade do serviço de saúde, sendo a recepção uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

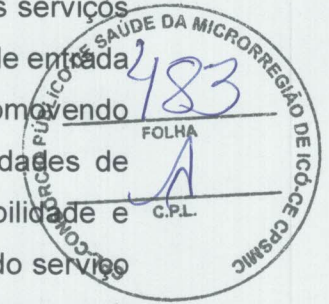


A recepção deve possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando-se como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

O serviço de saúde deve se organizar para assumir a sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minimizar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolubilidade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (PNAB-MS 2012). Tais princípios se aplicam a todos os níveis de assistência, levando-se em consideração as características dos mesmos e as necessidades dos usuários.

Visando garantir a qualidade do atendimento, sistematicamente a equipe de Gestão de Pessoas da Coordenação Administrativa realizará treinamento para atendimento, com o objetivo de qualificar o profissional técnico/administrativo para prestação de um bom atendimento, buscando qualidade e satisfação do usuário. Neste treinamento, serão abordados os seguintes conteúdos:

- Formas de Comunicação;
- Conceito de atendimento;
- Objetivo do atendimento;
- Técnicas de atendimento;
- Atendimento preferencial e prioritário;
- Atendimento telefônico;
- Qualidade no atendimento;
- Atendimento com foco no usuário;



Postura e ética no trabalho;
Organização do local de trabalho;
Apresentação pessoal;
Espírito de equipes.

Assim, entende-se que haverá a garantia da organização do atendimento ao usuário visando adequado direcionamento, otimização dos recursos e garantia do acesso que, por fim, contribuirá para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.



Tempo de espera – urgência e emergência

CONCEITUAÇÃO

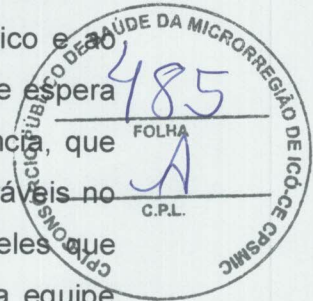
Tempo médio transcorrido entre a chegada do paciente no Pronto Atendimento/Pronto-Socorro e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco:

- Em cinco níveis: emergente – risco imediato à vida [vermelho], muito urgente – risco iminente à vida [laranja], urgente – potencial ameaça à vida/potencial evolução para sérias complicações [amarelo], pouco ou menos urgente [verde] e não urgente [azul] (Ministério da Saúde, 2002; Mackway-Jones, Marsden e Windle, 2006).
- Em três níveis: emergente – risco de morte com necessidade de atenção imediata; urgente – necessidade de cuidados médicos, mas não há risco de morte; não urgente – necessidade de algum tipo de atenção médica, contudo o tempo de atendimento não é um fator crítico (Andrade, 2010).

tempo de espera conforme a categoria de risco é um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência. A redução dos tempos de

253


espera, especialmente dos pacientes graves, pode melhorar a qualidade da assistência, proporcionando mais prontamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento específico para a condição do paciente. Longos tempos de espera contribuem para a superlotação dos serviços de urgência e emergência, que podem levar a uma série de problemas, incluindo resultados desfavoráveis no tratamento e na evolução dos pacientes, maior sofrimento para aqueles que esperam, recusa de recebimento de ambulâncias, alta tensão para a equipe assistencial e ambientes estressantes e desagradáveis (Bittencourt e Hortale, 2009; Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2012a).



Definição de Termos utilizados no Indicador:

- a) Numerador – somatório do tempo em minutos transcorrido entre a chegada de cada paciente ao Pronto Atendimento/Pronto-Socorro até a avaliação médica inicial, incluindo o tempo despendido na recepção e triagem/acolhimento com classificação de risco, em um mês. Deve existir um sistema de registro de atendimentos que permita a medição destes diversos tempos (recepção – triagem e triagem – avaliação médica inicial).
- b) Denominador – Número de pacientes admitidos no Pronto Atendimento/Pronto Socorro, em um mês.

Recomenda-se a estratificação em cinco níveis, pois as escalas que assim procedem apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do quadro clínico real do paciente. Dentre estas escalas/protocolos se destacam: Emergency Severity Index (ESI), Australasian Triage Scale (ATS), Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), e Manchester Triage System – Protocolo de Manchester (Souza, 2009). No entanto, também são aceitáveis sistemas de estratificação em três níveis de risco (Andrade, 2010).

Objetivando a comparabilidade com os modelos de classificação de risco em três níveis, nas análises de desempenho individual, das categorias e do conjunto de hospitais participantes, os tempos de espera dos modelos de classificação de risco em cinco níveis serão agregados da seguinte maneira: emergente/ muito

254


urgente (Níveis 1 e 2), urgente (Nível 3) e pouco urgente/ não urgente (Níveis 4 e 5).

Os pacientes que dão entrada e são acolhidos e classificados quanto ao risco ou recebem tratamento, mas vão a óbito ainda no Pronto Atendimento/Pronto Socorro, devem ser incluídos.

Os pacientes que chegam mortos ao Pronto Atendimento/Pronto Socorro devem ser excluídos.

Interpretação

É desejável atingir valores mais baixos de tempo de espera na Urgência e Emergência. Longos tempos de espera podem ser produzidos pelo afluxo de um grande número de pacientes não graves ao Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, em decorrência de dificuldades de acesso a consultas em consultórios médicos, policlínicas e clínicas da família. A falta de leitos hospitalares disponíveis, impedindo que pacientes graves já estabilizados sejam transferidos dos serviços de Urgência e Emergência para unidades de internação, provoca um entrave no fluxo de pacientes que resulta em um aumento do tempo de espera.

Periodicidade de Envio dos Dados: Mensal

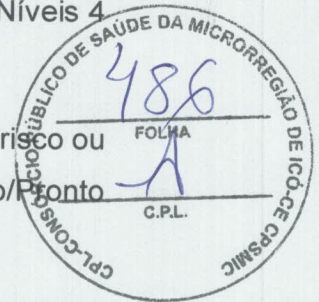
Público-alvo: Pacientes atendidos nos serviços de Urgência e Emergência dos hospitais

Usos:

- Melhoria interna da qualidade da assistência à saúde.
- Comparação de desempenho hospitalar (benchmarking).
- Monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde.

Meta

Modelos de Classificação de Risco em Cinco Níveis:



255


Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação), ESI 1: avaliação médica imediata.

Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência), ESI 2: avaliação médica em até 10 minutos.

Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente), ESI 3: avaliação médica em até 30 minutos.

Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente), ESI 4: avaliação médica em até 60 minutos.

Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente), ESI 5: avaliação médica em até 120 minutos.

Modelos de Classificação de Risco em Três Níveis:

Nível 1 – Emergente: avaliação médica imediata.

Nível 2 – Urgente: avaliação médica em até 30 minutos.

Nível 3 – Não Urgente: avaliação médica em até 120 minutos.

Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador

Entre as intervenções destinadas à redução do tempo de espera na urgência e emergência adotadas por diferentes hospitais, em âmbito nacional e internacional, se destacam:

(1) Implantação de sistemas de triagem que priorizem o atendimento aos pacientes graves, em situação de urgência e emergência, utilizando-se para este fim a aplicação, por profissionais de saúde, de nível superior, com treinamento específico, de escalas/protocolos que estratifiquem o risco e determinem o tempo alvo para avaliação médica (Souza, 2009; Camargo, 2012).



256


(2) Criação de unidades ou de portas de entrada para atendimento exclusivo de pacientes não graves, desviando-os das áreas destinadas aos pacientes graves, em situação urgência/emergência, desafogando assim o fluxo do Pronto Atendimento/Pronto-Socorro (Camargo, 2012).

(3) Implantação de sistemas de alerta de pico durante períodos de superlotação do Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, que permitam a realocação das equipes de maneira a manter as metas de tempo de espera para as categorias mais urgentes (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2012b; c; d; e; f; Camargo, 2012).

(4) Aplicação de princípios enxutos (lean) para melhorar o fluxo de pacientes através do Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, resultando em redução do tempo de espera e maior satisfação do paciente (Silberstein, 2006; Ng et al., 2010; Camargo, 2012).

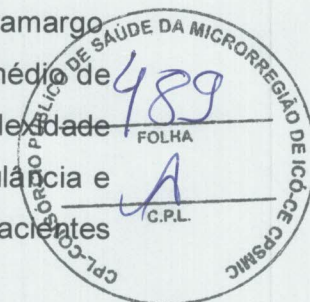
Limitações:

Como a distribuição dos tempos de espera é altamente assimétrica, isto é, uma pequena percentagem dos atendimentos têm tempos de espera muito longos, o tempo de espera médio é muito afetado por esta distribuição distorcida. Uma alternativa, menos afetada por esses extremos, é utilizar o tempo de espera mediano (Hing e Bhuiya, 2012).

Observa-se que, mesmo em hospitais acreditados com protocolos de acolhimento e classificação de risco implantados, um número não desprezível de prontuários não têm o registro do horário da avaliação médica inicial, impedindo a determinação do tempo de espera. Em um serviço de emergência da Zona Norte do Rio de Janeiro, referência para a saúde suplementar, 21,0% dos prontuários não tinham a hora de início do atendimento médico anotada. Após treinamento específico da equipe de saúde, este índice diminuiu para 8,2% (Neto, 2009b). Não há um consenso de como computar o tempo de espera dos pacientes que desistem de atendimento na emergência por espera excessiva.



O percentual desses pacientes pode atingir cifras significativas (Camargo 2012), e sua exclusão pode levar a uma falsa diminuição do tempo médio de espera. Há evidências de que o afluxo de pacientes de baixa complexidade (pacientes pouco urgentes e não urgentes, que não chegam de ambulância e recebem alta para casa) não aumenta o tempo de espera para outros pacientes (Schull, Kiss e Szalai, 2007).



Assim, medidas destinadas a reduzir o número desses pacientes, não necessariamente determinam a redução do tempo médio de espera para o primeiro contato médico de pacientes graves. Independentemente da motivação para a procura do serviço de emergência, a esmagadora maioria dos pacientes não tolera esperar por mais de 1 hora, mesmo aqueles que simplesmente vão a procura de uma receita (Fernandes, 2011). Assim, mesmo cumprindo a meta para as situações não urgentes, o tempo de espera percebido como excessivo pode ser uma causa importante de reclamações e de insatisfação dos clientes (Camargo, 2012).

Equipe de portaria e segurança

SEGURANÇA

Cuidar e zelar pelos bens patrimoniais e valores e vidas (pacientes, familiares e profissionais) que transitam diariamente pelo Centro de Especialidades, de forma humanizada e autônoma, sendo preventiva, ostensiva e imparcial, por meio de:

Permissão de entrada e saída de pessoas, triando e controlando o fluxo nas portas, através dos crachás e catracas;

Patrimônio com controle;

Impedimento do ingresso de pessoas e/ou veículos não autorizados, bem como saída de bens patrimoniais;

Registro de fatos ocorridos, contatando a segurança do campus e/ou a polícia (ocorrências);

Ostensividade para prevenção de atos dolosos.

258


PORTARIA E RECEPÇÃO

Contribuir para a qualificação da assistência prestada com humanização e agilidade no atendimento e orientação correta aos usuários, por meio da Recepção, acolhimento, orientação e encaminhamento aos usuários em geral, incluindo acompanhamento quando necessário;

Pesquisa de informações necessárias para atendimento correto aos usuários.



Objetivos	Execução
Controlar acesso e saída de pessoas nas portarias de entrada	Triagem e redução de acessos desnecessários
Controlar e registrar entrada e saída de materiais e equipamentos	Segurança de bens patrimoniais
Registrar ocorrências	Documentação de fatos para providências administrativas e gerenciais.
Controlar visita a pacientes	Redução de acessos para melhoria da assistência prestada
Operar elevador de pacientes	Paciente atendido com agilidade e segurança
Recolher e armazenar pertences de pacientes	Segurança de bens particulares
Realizar abertura e trancamento de portas	Garantia de outros serviços
Rondar ambientes internos e externos	Prevenção a delitos
Abertura e fechamento de geladeira para entrega/ recebimento de corpos	Controle de recebimento e entrega de corpos
Recepcionar, acolher e prestar orientações aos usuários em geral	Usuário satisfeito e bem orientado



Programa de Educação Permanente.

PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Os serviços na área da saúde apresentam complexidade crescente, seja pela rapidez com que técnicas e tecnologias se modernizam, seja pela percepção de que a atenção ao indivíduo, à família ou à comunidade deve ser entendida em seu contexto e relações mais amplas. Cuidar da saúde não se trata apenas de atendimento curativo específico ou uma ou outra ação isolada. Entretanto, na prática, observa-se a persistência de condutas e processos

260

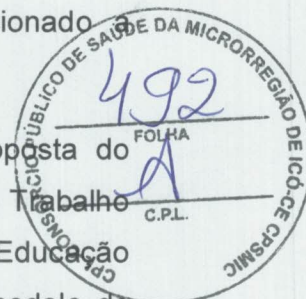

característicos de um modelo de assistência fragmentado, direcionado a procedimentos e individualizado.

A Política de Educação Permanente em Saúde é uma proposta do Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão de Educação na Saúde (DEGES), com a finalidade de promover mudanças no modelo de formação do Sistema Único de Saúde (SUS) e impulsionar a integralidade da atenção à saúde; favorecendo a articulação intersetorial e tendo como foco principal as necessidades dos usuários.

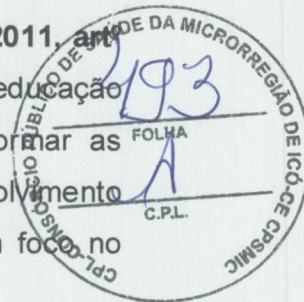
Segundo o Ministério da Saúde, a Educação Permanente é a aprendizagem no ambiente de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Nesse contexto destaca-se a aprendizagem significativa, que possibilita a transformação das práticas profissionais.

A Educação Permanente em Saúde vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população.

Na educação permanente os projetos de ensino devem estar de acordo com os interesses de todos os envolvidos, atendendo aos anseios e às necessidades dos participantes, aos objetivos da instituição e a finalidade do trabalho – a qualidade da assistência a saúde. Com este intuito, a Educação Permanente da Rosa Branca parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas.



De acordo com a **Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador, do Sistema Único da Saúde – SUS, no Protocolo 008/2011**, art. 3º, entre as diretrizes, pressupõe-se a promoção de processos de educação permanente nos estabelecimentos de saúde para qualificar e transformar as práticas de saúde; organizar ações e os serviços, favorecendo o desenvolvimento pessoal e institucional dos trabalhadores e dos gestores do SUS, com foco no desenvolvimento do trabalho em equipe e na interdisciplinaridade.



O projeto de implantação e intervenção, aqui proposto pela **ROSA BRANCA**, é a criação do Grupo de Trabalho Humanizado, será implementado no Núcleo de **Educação Permanente em Saúde do POLICLÍNICA DE ICÓ/CE**, que atende a população da cidade e regiões. Esta unidade contará com um quadro funcional de colaboradores que desenvolveram suas atividades na assistência ao usuário do SUS. Neste sentido, acreditamos que este projeto será muito importante para os colaboradores da saúde da unidade, pois pressupõe a aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, intervindo diretamente na prática, buscando a melhoria dos serviços ofertados aos usuários e das condições de trabalho para os trabalhadores.

Objetivos:

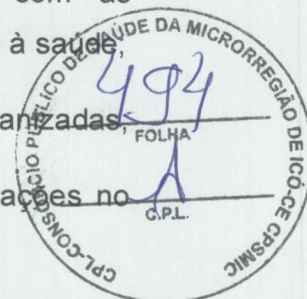
Implantar o Grupo de Trabalho Humanizado no POLICLÍNICA DE ICÓ/CE, com vistas a proporcionar valorização e cuidados aos trabalhadores, gestores e usuários de saúde.

Objetivos Específicos

❖ Assegurar a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisões, fortalecendo, valorizando e motivando os trabalhadores em seu desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional;

262


- ❖ Melhorar a interação nas equipes, qualificando-as para lidar com as singularidades dos sujeitos e com as práticas compartilhadas de atenção à saúde;
- ❖ Envolver gestores, trabalhadores e usuários nas ações e atitudes humanizadas;
- ❖ Trabalhar a sensibilização e conscientização para superar fragmentações no processo de trabalho e nas relações entre diferentes profissionais



Proporcionar mudanças no contexto de práticas e rotinas da dinâmica institucional, atualizando os conhecimentos existentes e possibilitando a aquisição de novos conhecimentos, por meio da realização de oficinas, grupos operativos com as coordenações, rodas de conversa com todos os atores, seminários e implantação do grupo de trabalho humanizado.

Buscar incentivar a constituição de mudanças significativas na qualidade do serviço assistencial prestado ao usuário e a atenção integral voltada ao trabalhador de saúde.

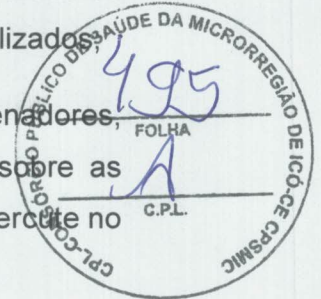
Plano de Ação

Implantação das ações que visem, por meio da aquisição de novos conhecimentos, reflexão e aperfeiçoamento das práticas nas rotinas dos setores da instituição, transformando o ambiente de trabalho e a qualidade da assistência prestada em algo mais coerente, saudável e acolhedor. Para obtenção desses resultados serão realizadas as seguintes ações:

1 – informar e convidar os trabalhadores para participar de reuniões e discussões referentes ao processo de trabalho no qual estão inseridos, visando à melhoria nos serviços prestados ao usuário e a qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador da saúde;

263

- 2 – Realizar atividades de sensibilização e conscientização através de cursos de capacitação, treinamentos, vivências e oficinas com profissionais especializados;
- 3 – Construir rodas de conversa com todos os atores envolvidos (coordenadores, gestores, trabalhadores da saúde, usuários) com o intuito de refletir sobre as questões que envolvem a dinâmica do trabalho e como essa atuação repercute no atendimento;
- 4 – Criar campanhas educativas destinadas à prevenção, orientação e informação sobre melhorias nas condições do trabalho, qualidade de vida e saúde do trabalhador. Essas campanhas devem envolver todos os profissionais e outros seguimentos diretamente relacionados aos servidores: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Saúde Ocupacional, gestão de pessoas e gestores. Desse modo, será incentivado o comprometimento de todos nas resoluções de conflitos relacionais e dificuldades laborais.
- 5 – Expor o projeto de intervenção e propor a inclusão do projeto de criação do Grupo de Trabalho Humanizado ao núcleo de Educação Permanente da Unidade;
- 6 – garantir local adequado para as atividades educativas na Unidade;
- 7 – Adquirir os materiais necessários para a realização das atividades educativas;
- 8 – Garantir equipe multiprofissional capacitada para realizar as oficinas;
- 9 – Realizar rodas de conversas com todos os atores envolvidos, especialmente trabalhadores e gestores, para reflexões sobre condições laborais e formas de ordenamento do trabalho, com vistas a fomentar soluções para os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho;
- 10 - Realizar, mensalmente, atividades de educação permanente, com os trabalhadores da saúde de acordo com as necessidades de cada setor, englobando temas relacionados à saúde do trabalhador;
- 11 – Realizar, a cada ano, atividade pontual, no dia do trabalhador, procurando valorizá-lo nas suas necessidades;



264



- 12 – Avaliar os resultados do projeto durante o ano com divulgação dos resultados alcançados.



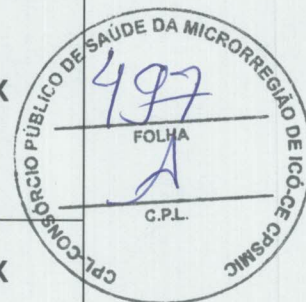
Cronogramas

❖ Cronograma Parcial / Inicial

ITEM	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
01 – Convocação de profissionais para formatação do GRUPO.	X			
02 – Divulgação e sensibilização entre os profissionais para o envolvimento no processo de aquisição de conhecimento e mudanças.	X	X		

265

03 – Reuniões com os diferentes atores envolvidos: CIPA, saúde ocupacional, gestores, gestão de pessoal para definição de ações conjuntas.		X	X	X
04 – Palestras, seminários e oficinas com profissionais capacitados no tema	X	X	X	X



❖ **Proposta de Cronograma Anual**

TEMA	PÚBLICO ALVO
Treinamento admissional: Higienização das mãos	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da recepção; Auxiliares administrativos.
Treinamento Admissional: Cálculo e administração de medicamentos	Equipe de enfermagem.
Pacote Office – Word, Excel e PowerPoint Básico.	Equipe administrativa; Equipe da farmácia; Almoxarifado.
Gerenciamento de resíduos	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da limpeza.
Descarte de material infectante perfurocortante	Equipe de enfermagem
Humanização da assistência	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia;

	Equipe da limpeza; Equipe da segurança; Equipe administrativa.
Ética e Postura Profissional	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da limpeza; Equipe da segurança; Equipe administrativa.
Trabalho em equipe	Equipe médica; Equipe de enfermagem; Equipe da farmácia; Equipe da limpeza; Equipe da segurança; Equipe administrativa.
Manutenção carro de emergência	Enfermeiros
Atendimento ao paciente em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	Equipe médica; Equipe de enfermagem.
Acolhimento com Classificação de Risco	Equipe de enfermagem; Equipe administrativa; Equipe médica.
Uso racional de materiais	Equipe de enfermagem
Registro de enfermagem	Equipe de enfermagem
Medidas de precaução padrão	Equipe de enfermagem
Uso racional dos cilindros de oxigênio	Equipe de enfermagem
Limpeza concorrente e terminal	Equipe de enfermagem; Equipe de limpeza




Uso de EPIs	Equipe de enfermagem; Equipe de limpeza
Segurança do paciente	Equipe médica; Equipe de enfermagem



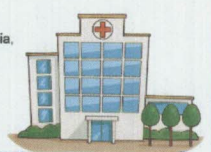
Exemplo de treinamentos ministrados:


Treinamento para equipe administrativa – Postura no atendimento ao cliente




Pronto Atendimento - Infantil

- Assistência na área de urgência e emergência;
- 24 horas/dia – 7 dias por semana;
- Atender à demanda com eficácia, eficiência, segurança, acolhimento e conforto.





Postura no atendimento ao cliente
Núcleo de Educação Permanente

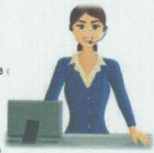



Recepção

- Não é somente o lugar por onde passam as pessoas;
- Primeiro contato do cliente com o serviço que procurou;
- Receber requer prática e disciplina, carinho com quem se recebe.


Descrição do cargo

- Prestar atendimento aos pacientes/clientes;
- Realizar a abertura de ficha de atendimento no sistema;
- Conferir documentação;
- Efetuar atendimento telefônico;
- Encaminhar pacientes para a Classificação de Risco;
- Esclarecer ao usuário sobre os serviços disponíveis na unidade de saúde;
- Passar as informações necessárias aos pacientes;
- Efetuar reposição de formulários;
- Encaminhar visitas;
- Realizar declaração de comparecimento quando solicitado pelo usuário;
- Manter a organização e ordem da bancada de trabalho.




EMPATIA
↓
Capacidade de colocar-se no lugar do outro



Treinamento para equipe assistencial – Registro de enfermagem

269