

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PROPOSTA DE ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UNIDADE
DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO
RAMOS NAS ÁREAS ASSISTENCIAL E ORGANIZACIONAL**

ORIENTADORA:

- Rosita Saupe

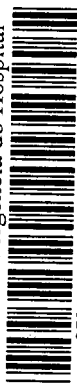
SUPERVISORAS:

- Vera Lucia D: Oliveira

- Lúcia Xavier dos Santos

Este trabalho será apresentado a
Coordenadoria do Curso de Gradua-
ção de Enfermagem da Universida Fe-
deral de Santa Catarina para ob-
tenção do grau em Enfermagem.

N.º Cham. TCC UFSC ENF 0029
Título: Proposta de atuação em enfermagem
na unidade de emergência do Hospital



972519835 Ac. 239583

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

RITA HELENA PACHECO
RUVANI FERNANDES DA SILVA
SUELENA HOSTERNO DE OLIVEIRA
TANIA MACHADO

VIII Unidade Curricular

Curso de Graduação em Enfermagem

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0029
Ex.1

Florianópolis, maio de 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PROPOSTA DE ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UNIDADE
DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO
RAMOS NAS ÁREAS ASSISTENCIAL E ORGANIZACIONAL**

RITA HELENA PACHECO
RUVANI FERNANDES DA SILVA
SUELANA HOSTERNO DE OLIVEIRA
TÂNIA MACHADO

VIII Unidade Curricular
Curso de Graduação em Enfermagem

Florianópolis, maio de 1987.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
2.3 Plano de Ação	13
3. DEFINIÇÃO DE TERMOS	22
4. CRONOGRAMA	25
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
7. ANEXOS	34
8. APÊNDICES	39

Perguntais-me como me tornei louco. Aconteceu assim:

Um dia, muito tempo antes de muitos deuses terem nascido, despertei de um sono profundo e notei que todas as minhas máscaras tinham sido roubadas - as sete máscaras que eu havia confeccionado e usado em sete vidas - e corri sem máscara pelas ruas cheias de gente, gritando: "Ladrões, ladrões, malditos ladrões!" Homens e mulheres riram de mim e alguns correram para casa, com medo de mim.

E quando cheguei à praça do mercado, um garoto trepado no telhado de uma casa gritou: "É um louco!". Olhei para cima, para vê-lo. O sol beijou pela primeira vez minha face nua. Pela primeira vez, o sol beijava minha face nua, e minha alma inflamou-se de amor pelo sol, e não desejei mais minhas máscaras. E, como num transe, gritei: "Benditos, benditos os ladrões que roubaram minhas máscaras!"

Assim me tornei louco.

E encontrei tanto liberdade como segurança em minha loucura: a liberdade da solidão e a segurança de não ser compreendido, pois aquele que nos compreende escraviza alguma coisa em nós.

(GIBRAN KHALIL GIBRAN)

"SEJAMOS LOUCOS, MAS SEJAMOS NÓS!"

1. INTRODUÇÃO

O projeto aqui apresentado é uma proposta de atuação na área de Saúde do Adulto em Intercorrências Clínicas, elaborado por uma equipe de quatro alunos, representados por Rita Helena Pacheco, Ruvani Fernandes da Silva, Suelena Hosterno de Oliveira e Tânia Machado, da VIII Unidade Curricular - Enfermagem Assistencial Aplicada - do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no primeiro semestre letivo de 1987, será desenvolvido na Unidade de Emergência do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), localizado na Cidade de Florianópolis, Centro.

Usando das prerrogativas desta unidade curricular, última do curso, optamos por esse campo de estágio, pois a emergência do HGCR segundo nosso entendimento, oferece melhores opções para o aprendizado, sendo que no decorrer de nossa graduação esta área não foi explorada, e nem nos foi oferecido acesso a mesma.

Julgamos que este estágio será de grande valia e auxiliará no enriquecimento do nosso currículo e para nossa vida profissional.

Para um melhor entendimento de emergência nós acadêmi-

cos optamos por um estágio extra-curricular de 60 horas no referido setor, para com isso conseguirmos obter subsídios para a elaboração deste.

Para Orientação e Supervisão deste projeto, ter-se-á uma Professora Enfermeira - Rosita Saupe - pertencente ao Corpo Docente do Departamento de Enfermagem da respectiva Universidade e duas Enfermeiras funcionárias do HGCR - Vera Lúcia Dias de Oliveira e Lúcia Xavier dos Santos atuantes na emergência, nos respectivos períodos: vespertino e matutino.

O período estabelecido para a elaboração e operacionalização deste é de 12/03/87 à 03/07/87, compreendendo uma carga horária total de 300 horas, sendo 80 horas para planejamento, seminários e relatórios e 220 horas para estágio prático de 4 horas diárias por aluno perfazendo um turno de 8 horas, conforme escala (pags. 27, 28 e 29).

A Fundação Hospital de Santa Catarina (FHSC), foi instituída pelo Governo do Estado, através da Lei nº 3.765 de 15 de dezembro de 1965, alterada pela Lei nº 4.547 de 31 de dezembro de 1970.

Segundo estatuto vigente é uma entidade de caráter beneficente, dotada da personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede na cidade de Florianópolis, e jurisdição em todo território catarinense.

O HGCR, foi inaugurado no dia 30 de janeiro de 1966, pelo Ilmo. Sr. Governador do Estado Dr. Celso Ramos. Este também foi o seu último dia no governo pois no dia seguinte assumia a Governança do Estado de Santa Catarina o Dr. Ivo Silveira.

Curiosamente, registra-se que o mesmo hospital foi reinaugurado em 07/11/66 pelo então Governador do Estado de Santa

Catarina, Dr. Ivo Silveira, recebendo a denominação de "Hospital Governador Celso Ramos".

A iniciativa do empreendimento deveu-se à comissão dos servidores públicos do Estado de Santa Catarina, órgão de classe que mais batalhou pela concretização da idéia, pretendendo-se inicialmente atendimento exclusivo aos servidores estaduais.

De acordo com a Lei nº 3.765 de 13 de dezembro de 1965, publicada no Diário Oficial do Estado, de 27 de dezembro de 1965, o hospital integrava-se ao patrimônio da antiga Fundação Médica Hospitalar Catarinense, atualmente Fundação Hospitalar de Santa Catarina.

O HGCR não possui uma filosofia própria, documentada, segue uma política baseada na assistência, pesquisa e orientação comunitária.

Em termos de estrutura organizacional o HGCR possui, ligados diretamente a Direção Geral, três divisões: Médica, Administrativa e Técnica, sendo que o Serviço de Enfermagem está subordinada à Divisão Técnica.

A emergência foi inaugurada em março de 1972, está localizada no andar térreo do HGCR em área de acesso próprio que facilita o fluxo de clientes, contendo: sala de espera; sala de admissão; sala de espera para pacientes em observação; posto de enfermagem com rouparia; dois quartos para repouso com três leitos cada; um banheiro feminino; um banheiro masculino onde se localiza o expurgo; três consultórios; uma sala de reanimação; uma sala de medicação; uma sala de curativo; uma sala de cirurgia aséptica; uma sala de cirurgia séptica; uma sala para guarda de material e uma sala de lanche para os funcionários. No anexo nº 1 apresentamos a planta física da emergência, incluindo todas as

salas citadas.

No que se refere aos recursos humanos a emergência possui, 38 funcionários que estão assim distribuídos:

- 02 Enfermeiros

01 manhã	01 tarde
(6 horas)	(6 horas)

- 04 Técnicos de Enfermagem

02 manhã/tarde	02 noturno
(12 horas)	(12 horas)

- 10 Auxiliares de Enfermagem

06 manhã/tarde	04 noturno
(05 - 12 horas)	(12 horas)
(01 - 6 horas)	

- 13 Atendentes

08 manhã/tarde	05 noturno
(05 - 12 horas)	(12 horas)
(03 - 6 horas)	

- 08 Auxiliares Administrativos

04 manhã/tarde	04 noturno
(02 - 12 horas)	(12 horas)
(02 - 6 horas)	

- 01 Mensageiro

01 manhã/tarde
(8 horas)

Observação: Dos 13 atendentes, 1 encontra-se em licença de gestação que prolongar-se-a por todo o 1º semestre de 1987.

Análise Quantitativa dos Recursos Humanos

Segundo ALcoforado o cálculo do pessoal para emergência

e atividades específicas deve ser calculado com base de 3,5 horas de enfermagem por paciente nas 24 horas, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{nº de horas de enf. nas 24 horas} \times \text{nº de leitos de repouso} \times \text{dias da semana}}{\text{jornada de trabalho}} + 20\%$$

Assim, temos:

$$\frac{3,5 \times 6 \times 7}{40} + 20\% = 3,7 + 20\% = 3,7 + 0,74 = 4,44 \approx 4$$

Para sala de reanimação; higienização; sala de cirurgia asséptica e séptica; 3 consultórios; sala de observação e medicação temos:

$$\frac{\text{nº de atendimentos (média diária)} \times \text{nº de horas} \times \text{dias da semana}}{\text{jornada de trabalho}} + 20\%$$

Ou seja:

$$\frac{110 \times 3,5 \times 7}{40} + 20\% = 67,3 + 20\% = 13,46 + 67,3 = 80,76 \approx 81$$

Segundo os dados acima obtidos acreditamos que ocorre uma grande deficiência no número de funcionários existentes, pois segundo Alcoforado o número ideal seria 85 funcionários nas 40 horas, sendo que atualmente contamos somente com 38 funcionários nas 40 horas, incluindo os 20% de férias, licenças e outros.

Acreditamos através dos dados obtidos que para uma melhor assistência, sendo esta sem riscos, essa falta de funcionários torna o atendimento deficiente colocando em risco a demanda que dele se utiliza.

Para nós esses 85 funcionários devem ser divididos pelas diferentes categorias conforme segue:

- 05 Enfermeiros:

02 matutino

02 vespertino

01 noturno

- 30 Funcionários no noturno:

12 auxiliares ou técnico

18 atendentes

- 30 Funcionários no diurno:

15 no matutino

15 no vespertino

Sendo que dos 15 funcionários:

05 devem ser auxiliares ou técnicos

10 atendentes

- 10 escriturários:

03 matutino

03 vespertino

04 noturno

- 10 Funcionários:

Para férias, licenças, folgas e outros.

Acreditamos que 3,5 horas diárias por pacientes e 40 horas semanais por funcionários de enfermagem, segundo preconiza Alcoforado, são insuficientes. Julgamos que a jornada de trabalho dos funcionários não deveria ultrapassar 30 horas semanais pelo ambiente estressante, atividades, esforços físicos e ambiente insalubre requerendo maior resistência do organismo e um período diário de 5 horas de trabalho.

Cálculo de pessoal com estes mesmos dados:

nº de horas de enf. nas 24 horas X nº de leitos de repouso X dias da semana +20%
jornada de trabalho

Para sala de repouso:

$$\frac{3,5 \times 6 \times 7}{30} + 20\% = 4,9 + 20\% = 0,98 + 4,9 = 5,88 \approx 6$$

$\frac{\text{nº de atendimentos (média diária) X nº de horas X dias da semana}}{\text{jornada de trabalho}} + 20\%$

Para atendimento da demanda:

$$\frac{110 \times 3,5 \times 7}{30} + 20\% = 89,83 + 20\% = 17,9 + 89,83 = 107,73 \approx 108$$

Total de funcionários: 114

Julgamos que o ideal seriam 5 horas diárias por 30 horas semanais por funcionário onde iríamos ter uma assistência de enfermagem adequada e com isso melhorando o nível da mesma.

Porém, visto que a área física da emergência do HGCR é insuficiente para a demanda, o grupo em consenso acha que este número de funcionários pode levar a ociosidade.

Creemos que o número de 38 funcionários hoje atuantes na emergência do HGCR é deficitário como já foi anteriormente mencionado.

Após uma longa análise sobre o cálculo de pessoal segundo Alcala, nós acadêmicos juntamente com Professoras do Departamento de Enfermagem da UFSC e Enfermeiras da FHSC acreditamos que o adequado seriam 52 funcionários que devem ser distribuídos pelas diferentes categorias e turnos conforme segue:

- Enfermeiros:

Áreas	Manhã	Turnos:	
		Tarde	Noite
Todas	01	01	02

- Técnicos ou Auxiliar:

Áreas	Manhã	Turnos Tarde	Noite
Repouso (6 leitos)	02	02	04
Sala de Curativo	01	01	-
Sala de cirurgia séptica	01	01	02
<u>Asséptica</u>	01	01	
Reanimação	01	01	02
Consultórios (3)	03	03	04
Sala de observação (paciente externo)	01	01	-
- <u>Atendentes:</u>			
Transporte	01	01	-
Material (limpeza, preparo e outros)	01	01	02
- <u>Auxiliar Administrativo:</u>			
Recepção (um de 8 horas)	02	01	02
Escrituração	01	01	02
- <u>Mais 20% para licenças e férias</u>			

Sendo a emergência um local de alto risco, julgamos que o pessoal atuante neste setor deve ter um melhor nível qualitativo, e não só quantitativo, com isso consideramos um maior número de enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares.

"Planejar" é prever e perscrutar o futuro, é traçar um programa de ação, determinar o fim que se deve colimar e encontrar os melhores meios para atingi-lo, submetendo o plano às modificações sugeridas pela experiência e pelos fatos"².

Sem planejamento os acontecimentos ficam sujeitos ao acaso, não há rendimento do trabalho, há perda de tempo, esforço, energia e recursos materiais e financeiros.

A mudança é uma das características marcantes no mundo; no planejamento temos que levar em conta o impacto e a resistência a mudança, adaptando os métodos de ação constantemente².

O planejamento processa-se através da organização, sendo a organização o estado de alguma coisa que está apta para desempenhar determinadas funções.

O planejar envolve a participação harmônica de várias pessoas, no nosso caso: equipe de enfermagem, paciente, família e outros profissionais, além do uso de raciocínio na tomada de decisões, na atuação e principalmente na documentação (registros), das atividades implementadas, com isto a finalidade do planejamento não é acrescentar trabalho, mas levar o enfermeiro e sua equipe a conhecer as necessidades básicas do paciente e do serviço a fim de que, de acordo com os recursos disponíveis, possam ser atendidas.

Analisando, após uma revisão bibliográfica de conteúdos científicos sobre administração de enfermagem chegamos ao consenso que "planejar" é o mínimo no que podemos nos embasar para utilizarmos a metodologia científica em nossas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática da assistência de enfermagem levando em consideração que acreditamos em uma assistência planejada e livre de riscos para o paciente.

O conceito de emergência, por mais amplo e diversificado que seja, implica sempre em uma situação crítica, que pode ser definida, de modo abrangente, como aquela em que o indivíduo entra em desequilíbrio, por enfrentar um obstáculo que se antepõe a seus objetivos de vida. Desta maneira, a condição de emergência se reveste, frequentemente, do imprevisto ou, ao menos, da subitaneidade, o que permite apenas estreita margem para a aplicação de medidas profiláticas. Além disso, há uma tendência universal para encarar

os acidentes agudos de modo fatalista, o que resulta em atitudes passivas ou omissas, em relação ao início do tratamento e, sobretudo, à organização assistencial. É evidente que outra deveria ser a colocação exatamente pela escassa aplicabilidade de prevenção, dever-se-ia enfatizar a eficácia e a prontidão da terapêutica.

Segundo Mac Eachern, apud trabalho: Proposta de Assistência de Enfermagem a Indivíduos na Emergência do HGCR, "considera-se emergência a situação de iminente risco de vida a merecer diagnóstico preciso e ação imediata, decisiva".

"A urgência caracteriza-se por processos clínicos ou cirúrgicos que, apesar de sua gravidade não acarretam perigo de vida".

Portanto de acordo com esses conceitos só poderiam ser rotulados como emergência ou urgência os pacientes que exigirem solução imediata para seus males. Mas, reconhecem os autores que os serviços de emergência atendem larga e ostensivamente a casos que nada tem de urgência ou de emergência.

Acreditamos que o estado de emergência é representado por um conjunto de sinais e sintomas, associados a um nível particular (individual), onde se põem em risco as funções de órgãos vitais, de forma reversível ou não, necessitando, portanto, de um tratamento rápido e eficaz.

2. OBJETIVOS

Os altos índices de morbidade e mortalidade de causa súbita, fatores sócio-econômicos correlatos e razões administrativas implícitas, determinaram a criação de organizações assistenciais de emergência, em vários países. Apesar das características específicas, da diversidade de recursos, da densidade populacional, de dificuldades topográficas próprias e de níveis culturais diferentes, estas organizações apresentam semelhanças de estrutura e objetivos básicos.

As características principais da unidade de emergência devem ser a facilidade de acesso aos meios de transporte, isolamento relativo, a especialização do pessoal, a diversidade de material e a alta rotatividade dos leitos. Esta não deve ser transformada em uma mini-enfermaria, procurando-se evitar mesmo a curta permanência.

Nesta unidade, o paciente e seus familiares, geralmente em situação de crise, mantêm o primeiro contato com o hospital. Deste contato inicial vai depender o conceito que aquelas pessoas farão do nosocômio e da equipe de atendimento, levando-os ao relacionamento amistoso e à conseqüente colaboração no trata-

mento ou aos atritos e as manifestações agressivas. Em tais circunstâncias o paciente e seus acompanhantes chegam à unidade com toda carga emocional de medo, ansiedade, revolta, discrença, temores, perdas somáticas e ou funcionais e outras, esperando da equipe que os receba a segurança, calor humano, a sinceridade e a orientação necessária. Dai a importância do preparo técnico e psicológico de toda equipe, no sentido de prestar assistência adequada, identificar sentimentos e corresponder às expectativas dos circunstantes.

2.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para uma melhor operacionalização assistencial e organizacional em emergência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Durante a execução deste projeto e no horário coberto pelos acadêmicos pretendemos:

Na área assistencial:

- 2.2.1 Prestar assistência de enfermagem aos pacientes com suspeita de problema (s) cardíaco (s), incluindo avaliação dos resultados das ações.
- 2.2.2 Assistir a todas as vítimas de acidentes ou politraumatizados.
- 2.2.3 Proporcionar assistência de enfermagem a pessoas que se apresentam em crise de conversão.
- 2.2.4 Caracterizar a demanda que procura o serviço durante o período de desenvolvimento deste estágio.

Na área organizacional:

- De recursos Humanos:

2.2.5 Promover condições para que o pessoal de enfermagem desenvolva uma melhor relação pessoa X pessoa.

- De instrumentos administrativos:

2.2.6 Elaborar as normas e rotinas do setor.

2.2.7 Tentar viabilizar a implantação das normas e rotinas.

2.3 PLANO DE AÇÃO

Por "plano de ação" entendemos o conjunto de ações, procedimentos e técnicas que serão executadas visando a consecução dos objetivos específicos. Assim, para normatizar o plano seguiremos o seguinte esquema:

- a) Citação do objetivo;
- b) Descrição de sua operacionalização;
- c) Aprazamento e;
- d) Avaliação.

Como os objetivos específicos representam o parcelamento do objetivo geral, este será avaliado qualitativamente conforme os níveis em que aqueles forem atingidos.

OBJETIVO 2.2.1:

a) Enuciado:

Prestar assistência de enfermagem aos pacientes com suspeita de problema (s) cardíaco (s), incluindo avaliação dos resultados das ações.

b) Operacionalização ou estratégias:

Durante todo o período de realização do estágio, nos

horários cobertos pelos alunos que compõem o grupo, todos os clientes que procurarem a emergência com suspeita de problema(s) cardíaco (s) serão atendidos pelo estagiário, cumprindo-se os seguintes procedimentos:

1. Receber o paciente;
2. Dar apoio psicológico;
3. Anamnese;
4. Encaminhar o paciente ao médico;
5. Acompanhar a consulta médica;
6. Prestar assistência conforme necessidade do paciente;
7. Observar evolução do paciente;
8. Orientar e/ou encaminhar conforme necessidade do paciente e;
9. Preencher o instrumento nº 1. (ANEXO, 2)

c) Aprazamento:

Este objetivo será desenvolvido no período de 02/04/87 à 24/06/87.

d) Avaliação:

Este objetivo será considerado atingido se ao término deste estágio o grupo atender no mínimo 80 pacientes conforme a demanda.

O conceito a ser atribuído para este objetivo será: regular - bom e ótimo, sendo que regular será atender 60 pacientes, bom será atender 80 pacientes e ótimo será atender mais de 80 pacientes conforme instrumento nº 1. (ANEXO, 2)

OBJETIVO 2.2.2:

a) Enuciado:

Assistir a todas as vítimas de acidentes ou politraumatizados.

b) Operacionalização ou estratégias:

Durante todo período de realização do estágio, nos horários cobertos pelos alunos que compõem o grupo, todos clientes que procurarem a emergência acidentados ou politraumatizados serão atendidos pelo estagiário, cumprindo-se os seguintes procedimentos:

- 1 . Receber e transportar os pacientes em maca ou cadeira de roda conforme necessidade e acomodá-lo na posição correta;
- 2 . Dar apoio psicológico;
- 3 . Observar sinais e sintomas característicos destes e;
- 4 . Verificar sinais vitais.

Em caso de acidentados procediremos da seguinte forma:

- 1 . Limpeza dos locais com ferimentos e tricotomia se necessário;
- 2 . Encaminhar a sala de cirurgia;
- 3 . Em caso de hemorragia intensa fazer curativo compressivo;
- 4 . Preparar a sala de cirurgia;
- 5 . Comunicar o médico;
- 6 . Circular durante o ato cirúrgico;
- 7 . Fazer curativos quando necessário;
- 8 . Dar orientações conforme necessidade;
- 9 . Preencher nota débito conforme apêndice nº 4 e;
10. Desinfecção concorrente da sala de cirurgia.

Em caso de politraumatizados procediremos da seguinte forma:

1. Conforme o local da fratura teremos como conduta bandagens ou tala gessada;
2. Encaminhar a ortopedia ou RX conforme conduta médica e;
3. Dar orientações.

c) Aprazamento:

Este objetivo será desenvolvido no período de 02/04/87 à 24/06/87.

d) Avaliação:

Este objetivo será alcançado se ao término do estágio, o grupo atender aproximadamente 40 casos de acidentes e/ou politraumatizados e se ao final do mesmo percebemos que nossa destreza manual foi aprimorada.

OBJETIVO 2.2.3:

a) Enuciado:

Proporcionar assistência de enfermagem a pessoas que se apresentam em crise de conversão.

b) Operacionalização ou estratégias:

Durante todo o período de realização do estágio, nos horários cobertos pelos alunos que compõem o grupo, conforme a disponibilidade dos mesmos, os clientes que procurarem a emergência em crise de conversão serão atendidos pelo estagiário, cumprindo-se os seguintes procedimentos:

1º Passo: Preparação

1. Procurar o Assistente Social Psiquiátrico do HGCR e um Professor Enfermeiro Psiquiátrico da UFSC, para obtermos melhores subsídios neste assunto;

2. Fazer um estudo sobre crise de conversão e;
3. Apresentar a todos os funcionários da emergência o resultado do nosso estudo.

2º Passo: Atendimento

1. Receber o paciente e transportar adequadamente para um local tranquilo;
2. Iniciar conduta conforme aprendizado;
3. Tentar amenizar e/ou tirar o paciente da crise sem uso de medicação e;
4. Descrever os resultados obtidos.

c) Aprazamento:

Este objetivo será desenvolvido no período de 02/04/87 à 24/06/87.

d) Avaliação:

Este objetivo será considerado atingido se ao término deste estágio nosso plano de ação for cumprido, atribuindo um conceito para o alcance deste objetivo, que será: regular - bom e ótimo. Sendo que regular será conseguir amenizar e/ou tirar 9 pacientes em crise de conversão, bom será 12 e ótimo será mais que 12 pacientes em crise de conversão.

OBJETIVO 2.2.4:

a) Enuciado:

Caracterizar a demanda que procurar o serviço durante o período de desenvolvimento deste estágio

b) Operacionalização ou estratégias:

1. Registrar toda demanda enquanto permanecermos na unidade conforme instrumento nº 2; (ANEXO, 3)
2. Avaliar a demanda por nós registrada.

c) Aprazamento:

Este objetivo será desenvolvido no período de 02/04/87 à 24/06/87.

d) Avaliação:

Este objetivo será considerado atingido se ao término deste estágio toda demanda for registrada e avaliada conforme instrumento nº 2. (ANEXO, 3)

OBJETIVO 2.2.5:

a) Enuciado:

Promover condições para que o pessoal de enfermagem desenvolva uma melhor relação pessoa X pessoa.

b) Operacionalização ou estratégias:

Durante todo período de realização do estágio, nos horários cobertos pelos alunos que compõem o grupo, acreditamos que a relação pessoa X pessoa é de suma importância para uma equipe.

Julgamos que uma integração entre o pessoal de enfermagem e destes com os pacientes é vital para que haja um bom funcionamento da unidade.

Creemos que os pacientes e seus acompanhantes chegam à unidade com toda a carga emocional de medo, ansiedade, revolta e descrença, esperando da equipe que os recebe a segurança, o calor humano, a sinceridade e a orientação necessária. Com isto, cumprimos os seguintes procedimentos:

1. Propiciar meios para uma melhor relação pessoa X pessoa entre funcionários e estagiários;
2. Convocar uma reunião com as Enfermeiras da unidade para debater sobre uma melhor relação pessoa X pessoa;

3. Promover um feedback entre o grupo e funcionários para melhor entendimento da situação por nós detectada e;
4. Observar a relação pessoa X pessoa e intervir se necessário.

c) Aprazamento:

Este objetivo será desenvolvido no período de 02/04/87 à 24/06/87.

d) Avaliação:

Este objetivo será alcançado se ao término deste estágio conseguirmos propiciar uma melhor relação pessoa X pessoa entre o pessoal de enfermagem e os pacientes.

OBJETIVO 2.2.6:

a) Enuciado:

Elaborar as normas e rotinas do setor.

b) Operacionalização ou estratégias:

Tendo em vista a ausência de normas e rotinas oficializadas no setor, o grupo em consenso, julga necessária a elaboração das mesmas. Acrescentamos que existe um regulamento da unidade de emergência conforme apêndices 1, 2 e 3. Com isto procederemos da seguinte forma:

1. Reunir um funcionário de cada categoria para ser formada uma comissão que irá elaborar as normas e rotinas da emergência e;
2. Realizar reunião com os funcionários colocando-os ao par do instrumento.

c) Aprazamento:

Este objetivo será desenvolvido no período de 02/04/87 à 24/06/87.

d) Avaliação:

Este objetivo será alcançado se ao término deste estágio conseguirmos elaborar 20 das normas e rotinas e que as mesmas sejam aprovadas pela chefia de enfermagem.

OBJETIVO 2.2.7:

a) Enuciado:

Tentar viabilizar a implantação das normas e rotinas.

b) Operacionalização ou estratégias:

Após um período de experiência com a unidade, foi notado pelo grupo a não existência de um instrumento que nos colocasse a par das normas e rotinas da unidade.

Julgamos importante que após ser realizada a elaboração destas, haja uma melhor compreensão e boa assimilação, por parte dos funcionários, para que quando colocada em prática venha diminuir a incidência de riscos de vida e acidentes a pacientes e a toda equipe. Com isto tivemos como conduta:

1. Viabilizar a implantação das normas e rotinas do serviço;
2. Planejar com a comissão sobre o método de implantação;
3. Expor ao grupo o instrumento;
4. Supervisionar os funcionários frente as normas e rotinas do serviço;
5. Dar orientações em forma de feedback;
6. Registrar no livro de relatório diário, os comportamentos observados na equipe, quanto ao cumprimento

das normas e rotinas do serviço e;

7. Avaliar a implantação.

c) Aprazamento:

Este objetivo será desenvolvido no período de 02/04/87
à 24/06/87.

d) Avaliação:

Este objetivo será alcançado se ao término deste estágio a maioria dos funcionários tenham assimilado e colocado em prática 50% das normas e rotinas do serviço.

3. DEFINIÇÃO DE TERMOS

Para uma melhor compreensão deste projeto técnico de assistência de enfermagem em uma unidade de emergência, os autores resolveram definir alguns termos, apresentando-os conforme o entendimento que orientará sua execução.

1. Rotina:

Conjunto de elementos que especifica a maneira exata pelo qual uma ou mais atividades devem ser realizadas.

2. Normas:

É o que se estabelece como base ou medida para realização ou avaliação de alguma coisa.

3. Anamnese:

Levantamento detalhado aos antecedentes fisiológicos e patológicos do doente e de seus familiares, com a finalidade de facilitar o diagnóstico.

4. Crise de Conversão:

Segundo Seldon, 1964, as reações de conversão ou histeria "São distúrbios neuróticos caracterizados pela diminuição ou alteração de uma função motora ou sensorial, apresentando um comportamento reativo a uma causa problema que originou o conflito

do paciente.

5. Feedback:

Ação iniciada ou concluída que com uma análise podem fazer mudanças ou não de desempenho.

6. Área Assistencial:

Inclue todas as ações, atividades, planos, providências e avaliação da assistência de enfermagem a ser prestada aos pacientes que procurarem o serviço.

7. Área Organizacional:

Inclue todas as ações, atividades, planos, providências e avaliação que visam o adequado funcionamento organizacional do serviço, como suporte a assistência a ser prestada aos clientes, pelos profissionais que atuam na área.

8. Relação Pessoa X Pessoa:

Fundamentados em MINZONI^{*}:

Enfermeiro é uma pessoa, um ser único diferente dos outros pelas experiências de vida e que adquiriu conhecimento específico e habilidade para cuidar dos outros.

A definição de cliente utilizada no presente trabalho é a definição de paciente.

Cliente é considerado uma pessoa que passa por experiências emocionais profundas e precisa aprender através de sua experiência e com ajuda do enfermeiro, novas formas de enfrentar os problemas e tensões através de uma compreensão maior de seu próprio EU e do outro.

* MINZONI, M. A. Assistência ao cliente mental internado em Ribeirão Preto, 1975. Tese de livre docência em enfermagem psiquiátrica defendida na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. pg. 21 e 22.

Relação pessoa X pessoa é um processo interpessoal pelo qual o enfermeiro ajuda a um cliente a enfrentar a situação de crise em uma relação sujeito X sujeito.

4. CRONOGRAMA

Elaboração do projeto: 12/03 à 27/03/87

Nós acadêmicos decidimos optar pelo início da elaboração do projeto antecipadamente, por acreditar-mos que este período prolongar-se-ia, nos dando oportunidade para um melhor levantamento de subsídios, revisão de literatura e tempo de execução e revisão do trabalho.

Com isso descriminamos nossas atividades conforme segue:

Dia	Atividades Desenvolvidas	Nº Horas
18/11/86	Reunião orientadora	03
09/02/87	Reunião orientadora	04
11/02/87	Execução do trabalho	04
12/02/87	Reunião enfermeira da emergência do HGCR	02
18/02/87	Execução do trabalho	05
24/02/87	Reunião orientadora	03
27/02/87	Execução do trabalho	05
06/03/87	Execução do trabalho	04
09/03/87	Reunião orientadora	03

		26
10/03/87	Execução do trabalho	04
11/03/87	Reunião coordenadora 8 ^a fase	02
12/03/87	Execução do trabalho	04
13/03/87	Reunião orientadora	01
16/03/87	Execução do trabalho	03
18/03/87	Reunião enfermeira da emergência do HGCR	02
20/03/87	Execução do trabalho	03
23/03/87	Execução do trabalho	02
24/03/87	Execução do trabalho	05
26/03/87	Execução do trabalho	05

Apresentação do planejamento: 30 e 31/03 e 01/04/87

31/03 - 09:00 horas - emergência do HGCR

Execução do planejamento: 02/04 à 24/06/87 (conforme escala, pags. 27, 28 e 29).

Elaboração do relatório: 25/06 a 30/06

Apresentação do relatório: 01 a 03/07/87

02/07 - 09:00 horas - emergência do HGCR

ESCALA DE ABRIL

DIAS ACAD.	02	03	06	07	08	09	10	13	14	15	21	22	23	24	27	28	29	30
	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI
SUELENA	N	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
TÂNIA	N	N	N	N	N	N	N	T	N	T	N	N	N	N	T	N	T	N
RITA	N	T	N	T	N	T	N	N	N	N	T	N	T	N	N	N	N	N
RUVANI	N	N	T	N	T	N	T	N	T	N	N	T	N	T	N	T	N	T

T = 15:00 às 19:00 horas

N = 19:00 às 23:00 horas

ESCALA DE MAIO

DIAS ACAD.	04	05	06	07	08	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	
SUELENA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	M
TÂNIA	M	M	M	M	M	M	M	M	N	M	M	M	N	N	N	M	N	M	T	T	T
RITA	N	M	N	M	N	M	N	M	M	M	N	M	M	M	M	M	M	M	T	T	T
RUVANI	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	M	M

M = 8:00 às 12:00 horas

N = 19:00 às 23:00 horas

ESCALA DE JUNHO

DIAS ACAD.	01	02	03	04	05	08	09	10	11	12	16	17	18	19	22	23	24
	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	TER	QUA	QUI	SEX	SEG	TER	QUA
SUELENA	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	T
TÂNIA	T	M	T	M	T	T	M	T	M	T	T	T	T	T	T	T	N
RITA	T	T	T	T	T	M	T	M	T	M	M	T	M	T	T	T	N
RUVANI	M	T	M	T	M	T	T	T	T	T	T	M	T	M	M	M	T

M = 8:00 às 12:00 horas
T = 14:00 às 18:00 horas
N = 23:00 às 23:00 horas

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há evidências da necessidade premente de se organizar e atualizar o sistema nacional de assistência em emergência. Pela multiplicidade dos aspectos envolvidos, de natureza social, econômica, financeira, administrativa, cultural e médica, tal propósito assume proporções de responsabilidade comunitária, exigindo a integração de vários órgãos (Universidade, Ministério da Saúde, INAMPS, Rede Hospitalar, Autoridades Federais, Estaduais e Municipais). Desnecessário enfatizar o caráter multiprofissional e interdisciplinar da organização.

Ressalta a possibilidade de regionalizar a assistência de emergência, seja geograficamente, pela distribuição de áreas urbanas a determinados hospitais, seja nosologicamente, pela destinação dos pacientes, de acordo com a natureza e a gravidade da injúria. Ressalta-se que enquanto nas pequenas cidades, a questão é estatisticamente pouco significativa, pois outras são as prioridades, nos grandes centros, em que as situações de emergência constituem problema crescente, a complexidade urbana e administrativa dificultam muito as perspectivas de planejamento. Concluimos que a oportunidade de organização e atualização do siste-

ma assistencial encontra condições favoráveis nas cidades de porte médio.

Finalmente, a disponibilidade de pessoal competente, de comunicações eficientes, de meios de transporte adequados e de recursos materiais satisfatórios constitui a essência da organização assistencial de emergência. A atribuição de responsabilidades definidas e o cumprimento de simples precauções podem fazer muito mais do que a multiplicidade e a sofisticação do equipamento.

Acreditamos que o período de execução deste planejamento é insuficiente, fazendo com que nós, acadêmicos, tivéssemos que utilizar de horas extras para sua consecução, o que efetivou-se através de uma participação assídua e persistente do grupo.

Julgamos que nosso maior obstáculo foi frente a escassa literatura nesta área.

Registramos também que o grupo manteve uma relação harmoniosa durante todos os momentos do desenvolvimento deste trabalho e bem como uma relação efetiva e produtiva com a orientadora Rosita Saupe, da colaboração acolhedora das supervisoras, pacientes, funcionários e professores, o que contribuiu significativamente para o enriquecimento do projeto e que com certeza nos acrescentou uma bagagem de conhecimentos para nosso futuro exercício da profissão.

Ao término da elaboração deste projeto, acreditamos que o êxito do mesmo dependerá não só do esforço e responsabilidade dos seus autores, como também da interação que se efetivar com as pessoas envolvidas no mesmo, e colaboração dos profissionais, com cuja experiência e conhecimentos contamos, nossas expectativas são muito positivas.

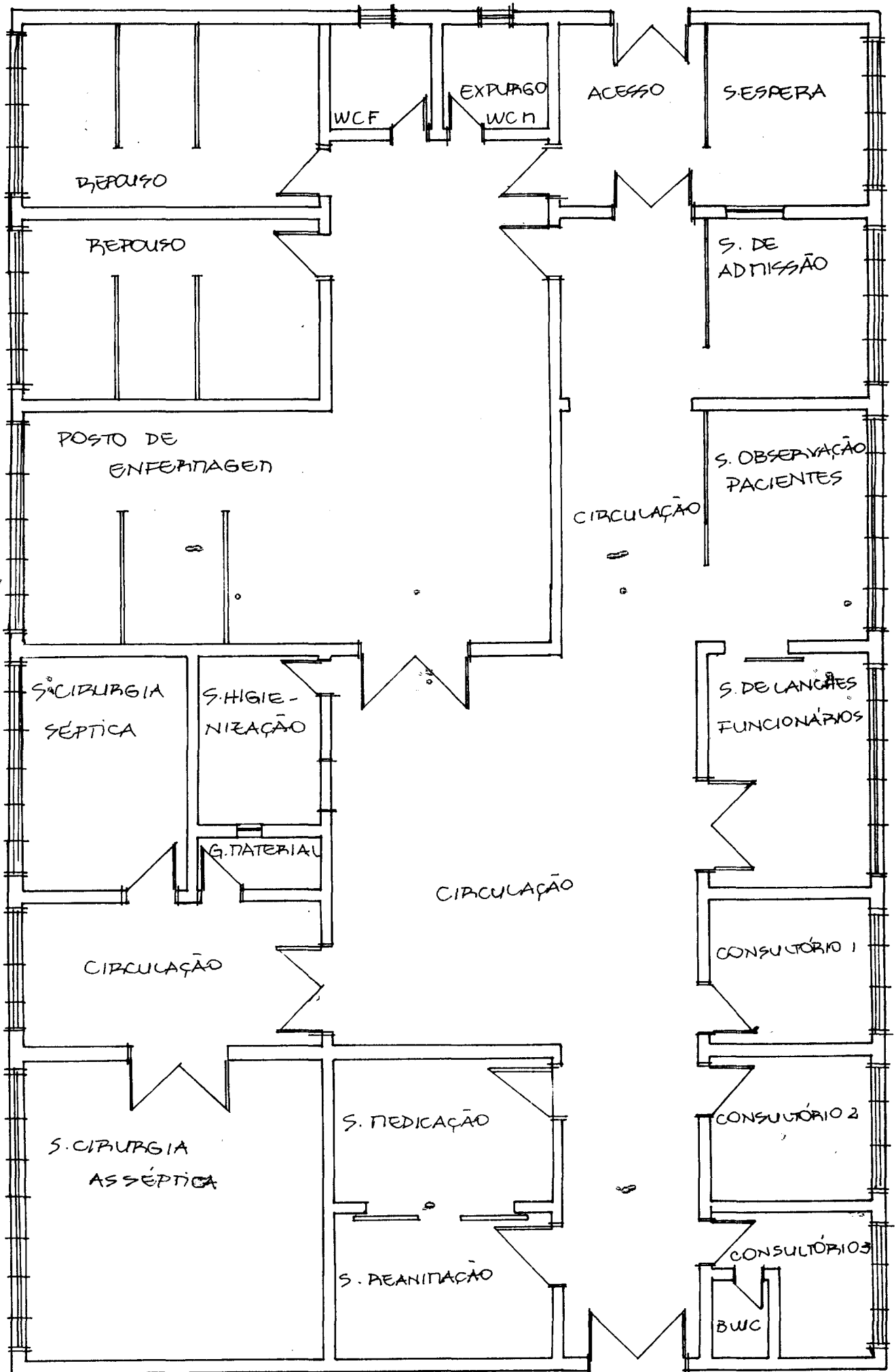
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . ALVES, E. Medicina de urgência. 6^a ed. São Paulo , Ateneu, 1976. 562 p.
- 2 . DANIEL, L. F. A enfermagem planejada. 3^a ed. São Paulo, E.P.U., 1981. caps. 1,2,3,4,10 e 11.
- 3 . ENFERMAGEM TEORIA, conceitos, princípios e processos. Rev. Esc. Enf. U.S.P. São Paulo, 8 (1): 7-15, mar. 1974.
- 4 . HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo, E.P.U., 1979. p. 9-31.
- 5 . KRON, T. Manual de enfermagem. 4^a ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
- 6 . LACHMANN, S. J. Distúrbios psicossomáticos, uma interpretação behaviorista - Livros técnicos e científicos. Editora Sociedade Anônima. Rio de Janeiro, 1974. pg. 66.
- 7 . MALTESE G. et alli. Grande dicionário brasileiro de medicina. 2^a ed. São Paulo, O.E.S.P. Maltese, 1985. pg. 365.
- 8 . MARTINS, M. R. O serviço de enfermagem: administração e organização. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em

Administração de Saúde, 1983.

- 9 . MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conceitos e definições em saúde. Brasília, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde , 1977. pg. 36.
10. PIRES, C. C. Intervenção psico-social junto dos pacientes do HCCR, Florianópolis, 1983.
11. VERA, A. Metodologia da pesquisa científica. 6^a ed. Porto Alegre, Globo, 1980. pg. 223.
12. WANER, C. G. Enfermagem em emergência. 2^a ed. Rio de Janeiro, R.J., Interamericana, 1980.

7. ANEXOS



CONTROLE DOS PACIENTES CARDÍACOS NA EMERGÊNCIA DO HGCR
 INSTRUMENTO Nº 1 B

CONDUTA		RESULTADOS			ACADÊMICO
SINAIS VITAIS	EXAMES REAL.	MEDICAÇÃO	ORIENT.	EVOLUÇÃO PCTE	

8. APÊNDICES

Unidade de Emergencia

Disposições Gerais:

A Unidade de Emergencia do Hospital Governo Celso Ramos, destina-se ao atendimento dos pacientes externos que, exigindo tratamento de urgencia, procuram o Hospital. Atende, também quando solicitada pelos médicos residentes, aos pacientes internados nas diversas unidades de interna hospitalar (casos urgentes).

2- A Unidade de Emergencia atuara complementando o atendimento prestado pelos demais hospitais da FHSC que não disponham dos recursos técnicos e humanos para tal fim.

3 - Atenderá indiscriminadamente a todos os pacientes que a procurarem, independente de sua situação previdenciaria, configurada a urgencia médico/cirurgica.

4 - A Unidade de Emergencia disporá de uma equipe de 6 médicos diariamente, em revezamento de 2 para cada turno de 4 horas assim distribuidos: das 8 às 12 - 12 às 16 - 16 às 20, exetutando-se sábados após às 12 horas, domingos feriados e dias santos. E de uma equipe de plantonistas das 20 às 8 horas nos dias úteis, das 12 às 8 horas aos sábados e 8 às 8 horas nos domingos, feriados e dias santos.

5 - Os médicos lotados na Unidade de Emergencia deverão ser, preferencialmente polí-valentes e com treinamento em medicina de urgencia.

6 - Deverá possuir um chefe que poderá delegar poderes de supervisão a um médico assistente, e não terá atividades médicas de carater continuo na emergencia. Ditará normas e rotinas para o bom funcionamento do serviço bem como as medidas disciplinares cabiveis.

7 - Trimestalmente ocorrerão palestras através de especialistas do corpo clinico do hospital, com a finalidade de estabelecer rotinas de atendimento e de tratamento médico de urgência.

8 - E condição basica para o bom andamento do serviço a passagem de plantões bem como a permanencia no local de trabalho.

Atendimento Interno

1 - Ao chegarem os doentes ao setor de emergência serão imediatamente encaminhados ao consultório médico, sala de cirurgia ou de reanimação se for o caso onde será examinado pelo médico de serviço.

1.1 - Não será permitida, sob nenhum pretexto a presença de acompanhantes nas dependências da emergência, salvo quando maior de sessenta anos. Nesta eventualidade será permitida a presença de apenas um acompanhante.

1.2 - É proibido fumar nas dependências internas da emergência.

1.3 - Simultaneamente com o exame inicial do doente será preenchido o boletim de emergência.

2 - O boletim de emergência deverá ser assinado pelo médico que atendeu o paciente ao término do atendimento ou ao encerrar o plantão.

2.1 - O boletim de emergência assinado passará ao plantão seguinte onde continuará recebendo as observações e prescrições médicas - anexo a papeleta de repouso.

2.2 - A nenhum paciente será permitido continuar por mais de 48 horas nos quartos de repouso a não ser em casos excepcionais e após autorizado pela chefia do serviço.

2.3 - Após 48 horas deverá ser internado ou com alta, encaminhado ao ambulatório ou residência.

2.4 - A identificação do boletim de emergência deverá ser preenchido pela escriturária e em letra de forma.

2.5 - Quando o doente necessitar de exame radiológico, o médico responsável pelo atendimento o solicitará em impresso próprio, promovendo a remoção do doente para o setor radiológico sempre acompanhado do boletim de emergência.

2.5.1 - O radiologista ou técnico de raios X deverá sempre anotar no boletim de emergência ou ficha de evolução, os exames executados.

3 - Diagnosticado o caso clínico será imediatamente iniciada a terapêutica.

3.1 - As suturas de ferida superficiais e não complicadas serão executadas na sala de cirurgia asséptica.

3.2 - As suturas complicadas por infecção ou as drenagens de abscessos, extração de unhas encravadas curativos serão executados n

sala de cirurgia asseptica.

3.3 - As feridas de abdome e tórax com suspeita de penetração não poderão ser sulturadas sem a opinião do especialista.

3.4 - As feridas de face não poderão ser sulturadas a não ser pelo cirurgião plastico o qual orientará o tratamento decidindo a conduta a seguir.

3.5 - As feridas da mão bem como as localizadas nas imediações das articulações e dos tendões somente deverão ser atendidas por especialistas

3.6 - O primeiro curativos do queimado será executado na sala de cirurgia septica de acôrdo com as normas a serem oportunamente determinadas.

3.7 - Os traumatizados com lesão evidente de fraturas expostas, esmagamentos de membros etc devem ser examinadas por especialistas, com exceção do atendimento clinico imediato.

3.8 - Nos casos de acidentes graves imediatamente após o ingresso do doente na emergência deverá ser determinado o respectivo grupo sanguíneo.

3.9 - Os setores de complementação diagnostico terapeutica, considerão absoluta prioridade, a qual hora do dia ou da noite, as solicitações de emergência.

4 - Todas as requisições de exames devem ter sua identificação em letra de forma.

5 - Estabelecido o diagnostico do caso clinico, preenchido o boletim de emergência e iniciado o tratamento imediato, o doente será encaminhado para um dos seguintes destinos:

- a) para a respectiva residencia
- b) para as salas de respusos
- c) para as unidades de internação
- d) para a unidade de terapia intensiva
- e) para a sala de operações
- f) para outro hospital privado ou público.

6 - Não será permitida a permanencia no hospital de doentes que, rigorosamente não necessitem internação.

8 - Terminada o socorro urgente os doentes devem ser encaminhados à secretária da emergência ou ao setor de seleção para efeito de cobrança dos serviços prestados.

9 - Nos casos em que o tratamento deve ser continuado no ambulatório indicar-se-á qual deve ser procurado.

10- Encaminhamento para as salas de repouso.

10.1 - Quando, após o socorro urgente, se decidir por um período de repouso nunca superior a 24/48 horas, será ele encaminhado às salas de repouso. Será obrigatoriamente acompanhado da papeleta de observação clínica pela qual é responsável o médico que efetuou o atendimento e decidiu ingresso na referida sala. Nenhum doente poderá ser encaminhado a sala de repouso sem a observação clínica.

10.2 - Diariamente às 8,30 horas impreterivelmente as salas de repouso deverão ser visitadas e tomadas as devidas providências de alta ou transferência. Esta tarefa será da responsabilidade do médico assistente da chefia do serviço ou do próprio chefe.

11- A assistência médica aos pacientes do repouso, será dada pelos elementos do serviço de emergência, salvo os casos de livre escolha.

12- Encaminhamento para as unidade de internação.

12.1 - Quando em um socorro urgente for evidente, de início a necessidade de internação definitiva, e deste que não haja vaga nas unidades de internação, o doente deverá ser diretamente encaminhado para as mesmas, respeitando-se todavia rigorosamente os dispositivos da rotina de internações.

12.2- Nenhum doente poderá ser diretamente internado sem papeleta completa com observação clínica exames solicitados diagnóstico definitivo ou provisório terapêutica imediata.

12.3- Simultaneamente a internação definitiva será encaminhado aviso a respectiva chefia dos serviços especializados, a qual fará a distribuição pelos médicos do serviço respectivo.

12.4- O encaminhamento para a unidade terapia intensiva deverá obedecer rigorosamente as normas já existentes para aquele setor.

Unidade de internação, pelo médico

REGULAMENTO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

CAPÍTULO I

DO CONCEITO

Artigo 1º - Unidade destinada à prática da medicina de urgência, onde se concentra equipe de saúde e administrativa, com experiência no manuseio do paciente com patologia aguda médico-cirúrgica, oferecendo condições máximas de segurança.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Artigo 2º - A Emergência tem como finalidade, prestar rapidamente atendimento global aos pacientes que a procuram.

Parágrafo - Para o atendimento acima deve manter, sob rigoroso controle, material Único necessário ao desempenho específico de suas funções, bem como zelar pelo conforto do seu pessoal.

CAPÍTULO III

DO PESSOAL

Artigo 3º - A Emergência é constituída de uma equipe de saúde e administrativa, sob a supervisão de uma chefia médica, subordinada à Divisão Médica.

Artigo 4º - Ao médico chefe caberá as funções administrativas e técnicas do serviço, como: organizar escalas, padronizar condutas e técnicas, providenciar substituições, propor penalidades, fazer relatório anual, propor modificações que visem o aprimoramento do serviço.

Artigo 5º - À enfermeira chefe caberá as funções administrativas e técnicas do setor como: organizar escalas, padronizar condutas e técnicas, providenciar substituições, fazer relatório e planejamento anuais, propor modificações que visem o aprimoramento no serviço.

Artigo 6º - A equipe de saúde da emergência se comporá de tantos profissionais quantos forem exigidos pela demanda e pela qualidade do atendimento.



Artigo 7º - A equipe de saúde se comporá de: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de serviços médicos e assistenciais, escriturários, mensageiros, porteiros e agentes de segurança.

Artigo 8º - Na ausência do médico chefe da unidade, as decisões serão tomadas pelo Chefe de Turno, previamente designado pela Chefia da Unidade.

CAPÍTULO IV.

DA ADMISSÃO DE PESSOAL

Artigo 9º- Nenhum componente da equipe médica será admitido sem prévia experiência em Unidade de Emergência e avaliação da chefia, ouvida a equipe integrante.

Artigo 10º- Nenhum componente da equipe de enfermagem será admitido sem prévio treinamento e sem a avaliação dos enfermeiros da unidade.

CAPÍTULO V

DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

Artigo 11º- O doente que tiver acesso ao recinto da Emergência, será encaminhado aos consultórios médicos ou salas de tratamentos especializados.

Parágrafo - Paralelamente ao encaminhamento, deverá ser providenciada a documentação hábil e o preenchimento da identificação do paciente, pelo pessoal do setor administrativo.

Parágrafo - Na condição de o associado não possuir documentação necessária, o mesmo ou seu acompanhante mais próximo, será responsabilizado no sentido de providenciar os papeis dentro de um período máximo de 48 horas.

Artigo 12º- Após definida a situação clínica do doente, o mesmo terá um dos seguintes destinos:

Parágrafo

1º - Encaminhamento domiciliar, em condições de alta.

Parágrafo

2º - Encaminhamento para tratamento ambulatorial.

Parágrafo

3º - Encaminhamento para repouso na Emergência, o qual não deverá ultrapassar as 48 horas.

SECRETARIA DA SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA

Parágrafo

4º - Encaminhamento direto para unidade de internação, UTI, CC.

CAPÍTULO VI

DO ACESSO DOS PACIENTES À EMERGÊNCIA

Artigo 13º- Todo e qualquer paciente que necessitar atendimento imediato, ou assim o entender, terá acesso ao serviço, independente de qualificação institucional.

Artigo 14º- Somente o doente e seu acompanhante mais próximo, se necessário, terão acesso ao recinto da Emergência.

CAPÍTULO VII

DA RESPONSABILIDADE MÉDICA

Artigo 15º- A decisão da internação do paciente que teve acesso à emergência, será da exclusiva responsabilidade do plantonista.

Artigo 16º- Enquanto o doente permanecer em repouso por 48 horas, a assistência será de responsabilidade total dos médicos lotados naquele setor.

Parágrafo - Nenhum paciente em repouso na Emergência, poderá ser transferido a outro profissional, sem o seu prévio conhecimento, ou se o profissional não constar da escala de sobreaviso.

Parágrafo - Nos casos de internação o doente deverá ser encaminhado ao médico de sobreaviso, de acordo com as respectivas escalas previamente elaboradas.

Parágrafo - Para fins de transferência, poderá ser respeitado o direito de livre escolha do doente ou quando o encaminhamento for feito por médico pertencente ao Corpo Clínico do Hospital, ou mesmo credenciado, em concorrência com as chefias dos serviços respectivos.

Artigo 17º- O médico plantonista da emergência, ressalvados os direitos e deveres do seu chefe imediato, será o responsável por decisões administrativas e técnicas, que poderão ocorrer em seu período de plantão, na ausência de qualquer membro da Direção.

Artigo 18º- O chefe médico de emergência se valerá de rotinas mínimas a serem estabelecidas para a solicitação de exames complementares ao esclarecimento da patologia aguda, dando especial destaque aos mesmos na ficha clínica.

CAPÍTULO VIII

DO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

Artigo 19º- Caberá à equipe de saúde lotada na Emergência, a elaboração de suas próprias rotinas, podendo solicitar para isso, o auxílio de toda a estrutura técnico-administrativa do hospital.

CAPÍTULO IX

DAS FÉRIAS E LICENÇAS

Artigo 20º- As licenças e as férias obedecerão a regulamentos e legislação próprias, sempre de acordo com as escalas previamente elaboradas e aprovadas pela chefia.

Artigo 21º- Os componentes da equipe de saúde poderão solicitar afastamento para participarem de eventos científicos, devendo serem substituídos por outro profissional naquele período.

CAPÍTULO X

DOS HONORÁRIOS

Artigo 22º- Aos médicos da Emergência não será permitida a cobrança de honorários particulares, com exceção dos casos previstos em regulamento aprovado pela Divisão Médica.

RELAÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELOS FUNCIONÁRIOS
DA EMERGÊNCIA DO HGCR CONFORME ÁREAS

1. REPOUSO:

- Medicação
- Controle de psicotrópicos
- Passagem de plantão dos pacientes e gavetas
- Assumir a unidade na ausência do enfermeiro
- Higiene e conforto dos pacientes
- Ordem e limpeza da unidade
- Ordem e limpeza do repouso

2. REANIMAÇÃO:

- Revisar o material de urgência diariamente
- Passar e receber plantão
- Controlar desinfecção das máscaras de nebulização
- Assumir a unidade na ausência do enfermeiro
- Trocar tesoura no final de cada plantão

3. SALA DE CIRURGIA:

- Limpeza mecânica das salas diariamente de acordo com as rotinas
- Passar e receber plantão dos materiais
- Trocar a tesoura no final de cada plantão

4. SALA DE CURATIVO:

- Fazer notas débitos
- Receber e passar plantão
- Limpeza mecânica da sala às 6ª feiras de acordo com as rotinas

5. ESCRITURAÇÃO:

- Escrituração
- Recepção
- Organização dos prontuários

6. CONSULTÓRIOS:

- Todos os funcionários

NOME		IDADE	Nº REGISTRO	QUARTO	CATEGORIA
CIRURGIA REALIZADA			CÓDIGO SSM		
ANESTESIA EMPREGADA		TEMPO			
DATA	ENTRADA	SALA DE OPERAÇÕES HORAS SAÍDA		TOTAL HORAS	
CIRURGIÃO		1º AUXILIAR			
ANESTESISTA		2º AUXILIAR			

UN.	QUANT.	MEDICAMENTO SALA (65)	PREÇO		UN.	QUANT.	MATERIAL SALA (61)	PREÇO	
			UNIT.	TOTAL				UNIT.	TOTAL
Amp.		Atropina					Ataduras		
Amp.		Inoval					Aspirador		
Amp.		Flaxedil			Hora		Bisturi Elétrico		
Ml		Merthiolate					Dreno		
Hora		Oxigênio					Esparadrapo		
Amp.		Prostigmine					Gazes		
Fras.		Sangue			Folha		Lâmina de Bisturi		
Fras.		Soro glicosado 5%					Equipo Soro		
Fras.		Soro fisiológico					Equipo Sangue		
Fras.		Quelicim			Par		Luva Nº 7		
Fras.		Thionembatal			Par		Luva Nº 7,5		
Fras.		Xilocaina			Par		Luva Nº 8		
Ml		Fluotane-Halotane Pentrane					Categut Cromado		
Amp.		Marcalina					Categut Simples		
Amp.		Dolantina					Mono Nylon		
Fras.		Solução Ringer					Seda		
Fras.		Haemacel					Algodão		
Amp.		Adrenalina					Linho		
TOTAL CZ\$					TOTAL CZ\$				

CIRCULANTE	TOTAL DE MEDICAMENTOS	
	TOTAL DO MATERIAL	
	TAXA DE SALA	
	TAXA DE SERVIÇO NOTURNO	
ASSINATURA		