



DANIEL ANTÔNIO DE OLIVEIRA

IMPLANTAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO DE TRAUMATO-
ORTOPEDIA NO HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA

Rio de Janeiro

2022

DANIEL ANTÔNIO DE OLIVEIRA

IMPLANTAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO DE TRAUMATO-
ORTOPEDIA NO HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador(a): **Helena Seidl**

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força para conquistar tudo que conquistei até o momento, mas peço a Ele para me dar sabedoria para manter esta jornada. Obrigado por estar sempre ao meu lado, Senhor, nos momentos de fraqueza e de conquista.

A minha esposa e filha por compreender os momentos da minha ausência, dedicados aos estudos.

À minha orientadora, Helena Seidl, pelas suas orientações e principalmente paciência.

Aos meus amigos de curso pelas ajudas nas dúvidas e nos trabalhos em equipe. Começamos juntos e caminhamos juntos.

A Marinha pela oportunidade de fazer um curso tão importante para o meu crescimento profissional.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

RESUMO

O trauma é um problema de saúde pública de grandes proporções. A principal causa de óbito, morbidades e sequelas na população jovem. Pesquisas mostram muitas pessoas morrendo de lesões que poderiam ser prevenidas. Vê-se a importância capital deste tema quando nos deparamos com a morbimortalidade produzida sobre o sistema de saúde do brasileiro. Este cenário pode ser amenizado com melhorias na organização e planejamento dos serviços de urgência. Assim, visto a importância do tema, e a constatação da ausência de um serviço especializado em Traumatologia de Urgência e Emergência no Hospital Naval de Brasília, impulsionou a elaboração desse trabalho que tem por objetivo fomentar a implantação do Pronto Atendimento de Traumatologia no HNBRA. Para entender o motivo dessa ausência foi realizado o levantamento das causas que levam a ausência deste serviço e dentro destas foi feita uma programação gerencial, operacionalização e execução de ações. Para gestão dos processos foi selecionado duas causas críticas e o acompanhamento das ações sobre estas causas críticas, a fim de obter como resultado a implantação deste novo serviço dentro do Hospital. Assim, os usuários do SSM na área de Brasília que necessitam de atendimento de Urgência de Traumatologia terão o melhor acolhimento e tratamento. Dessa forma, teremos melhores resultados na satisfação dos usuários e na gestão dos recursos.

Palavras-chave: Trauma; Centros de Traumatologia; Pronto-Socorro; Morbidade; Gestão;

LISTA DE SIGLAS

ACS - American College of Surgeons

ACEP - American College of Emergency Physicians

AMH - Assistência Médica Hospitalar

COT - Committee on Trauma

DGPM – Diretoria Geral Pessoal da Marinha

FUSMA – Fundo de Saúde da Marinha

HFA - Hospital das Forças Armadas

HNBRA – Hospital Naval de Brasília

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMH – Organização Militar Hospitalar

OTE - Organização Técnico Especializada

PIB – Produto Interno Bruto

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	OBJETIVOS	3
1.1.1	Objetivo Geral	3
1.1.2	Objetivos Específicos	3
2	REFERENCIAL TEÓRICO	4
3	PROJETO DE INTERVENÇÃO	7
3.1	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA	7
3.2	CAUSAS DA SITUAÇÃO PROBLEMA	8
3.3	CAUSAS CRÍTICAS	8
3.4	PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES	9
3.5	GESTÃO DO PROJETO	12
3.5.1	Gestão dos envolvidos no projeto	12
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
5	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	14

1 INTRODUÇÃO:

A atenção à saúde em situações de urgência e emergência constitui enorme e complexo desafio para os sistemas de saúde, instituições e serviços. Em qualquer cenário, mesmo nos países desenvolvidos, existe a possibilidade do momento desestruturador das emergências que, inicialmente, pode romper com a lógica de planejamento e operacionalização dos serviços de saúde. Frequentemente nesse setor, as demandas agudas, apesar de urgentes, excedem, em muito, a capacidade de resposta dos serviços. Em instituição com emergência, vulnerabilidades podem tornar-se evidentes devido à imprevisibilidade das demandas e a não existência de um fluxo linear das mesmas. Essas demandas ocorrem em emergências superlotadas e são tensionadas pelas causas externas, onde se inclui o trauma, e a resiliência para esse contexto pode não ser imediata (O'DWYER, 2008).

O trauma é conceituado pela OMS (Organização Mundial de Saúde), como causa externa, um grupo composto por acidente e violência (WHO, 1946). Devido à sua ampla utilização, o vocábulo “trauma” é utilizado para expressar a manifestação do acidente ou a violência ao indivíduo sob a forma de lesões físicas, gênese do trauma (BRASIL, 2005).

No Brasil, nas últimas décadas, houve mudança no perfil epidemiológico. As doenças infecciosas, em 1930, respondiam por 46 mortes por 100.000 habitantes; em 2000, passaram para um valor próximo a 5 mortes por 100.000 habitantes. Ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares, que representavam em torno de 12 mortes por 100.000 habitantes em 1930, responderam, em 2000, por quase 30 mortes por 100.000 habitantes, de todos os óbitos. Os eventos de causas externas assumiram tendência de ascensão, no mesmo período, atingindo 12,6 mortes por 100.000 habitantes das causas de óbito no país, em 2003 (BRASIL, 2005). Paralelamente, a demanda por serviços em urgência, decorrentes de acidentes e da violência urbana, cresceu exponencialmente nas grandes cidades, devido ao aumento populacional com consequente elevação da densidade demográfica e da tensão social (BRASIL, 2005). As causas externas, o trauma, objeto deste estudo, são graves problemas de saúde pública (MELLO et al., 2007).

No Brasil, no fim dos anos 90 e começo dos anos 2000, inicia-se o início da estruturação de uma política de atenção às urgências e emergências, sobretudo dos sistemas estaduais de referência hospitalar e se estabelece a hierarquização das unidades, proposta pelas portarias MS 2923/98 e

MS 479/99, que versam sobre a importância do atendimento hospitalar na assistência ao paciente em situações de urgência e emergência (FERREIRA et al., 2011).

A preocupação com o trauma fez com que indicadores, outrora negligenciados, se convertessem, desde a última década, em pauta efetiva das políticas públicas de saúde. O Ministério da Saúde (MS) publicou a “Política Nacional de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2011), mas sem balizamento que permeasse a linha de cuidado ao trauma e centro de trauma (FERREIRA et al., 2011). Somente no ano de 2013, o MS editou duas portarias acerca do assunto e normatizou o tema. A primeira instituiu a “Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2013); a segunda estabeleceu a organização dos Centros de Trauma no âmbito da “Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2013).

A necessidade de haver políticas públicas focadas no trauma, pois vê-se a importância capital do tema quando nos deparamos com a taxa de morbimortalidade produzida pelo trauma dentro do sistema de saúde do brasileiro. Junta-se a isso os gastos, cálculos estimam que no ano de 2002, 3,3% do PIB nacional foram gastos com os custos diretos da violência (BRASIL, 2013). Levando-se em consideração os custos indiretos e repasses de recursos, esse valor chega ao montante de 10,5% do PIB (BRICEÑO, 2002). Como as causas externas incidem com elevada frequência no grupo de adolescentes e adultos jovens, os acidentes e as violências são responsáveis pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos (BRASIL, 2013).

Dentro deste contexto, a falta do Pronto Atendimento de Traumatologia-Ortopedia no HNBRA aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha que necessitem desse tipo de atendimento de urgência, precisam se deslocar para outros serviços de saúde, ou seja, 100% dos pacientes, com esta demanda, são encaminhados para atendimentos extra-Marinha. Assim, seguindo as Normas da DGPM-401 (Brasil, 2012) nas localidades onde não houver OTE(Organização Técnico Especializada), ou por motivos médicos que transcendam a capacidade e a possibilidade de atendimento pelo SSM, a OMH da área responsabilizar-se-á pelo encaminhamento do usuário para prestação da AMH, devendo obedecer à ordem de prioridade abaixo, ressalvadas razões especiais, técnicas ou administrativas, e situações de emergência: a) Organizações de Saúde de outra Força Armada ou Forças Auxiliares; b) Organizações de Saúde públicas (Federal, Estadual e Municipal); e c) Organizações de Saúde civis, credenciados por OMH. Assim, os usuários de FUSMA na área de Brasília na sua maioria procuram o HFA (Hospital das Forças Armadas), sendo esse um Hospital Militar que presta esse apoio ao HNBRA. Entretanto, essa condição gera uma série de resultados que poderiam ser melhorados se essa demanda fosse resolvida dentro do

HNBRA. Primeiramente, a satisfação dos usuários. A maioria dos usuários do FUSMA/7ºDN preferem ter suas demandas em saúde resolvidas preferencialmente no HNBRA. Os atendimentos fora do HNBRA geram um excessivo uso de recursos diagnósticos e terapêuticos (ex. Ressonâncias Magnéticas, Imobilizações, Indicações de Cirurgias) de alto custo que por serem gerados fora do HNBRA, estão fora da gestão da direção do HNBRA, gerando assim maiores gastos.

Assim, a situação problema deste projeto é a falta do Serviço de Pronto Atendimento de Trauma-Ortopedia no Hospital Naval de Brasília, tendo como objetivo a implantação deste serviço afim de atender a essa demanda de atendimentos de urgência e emergência em trauma aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha na área de abrangência do Comando do 7º Distrito Naval.

1.1 OBJETIVOS:

1.1.1 Objetivo Geral

Atender os usuários do Sistema de Saúde da Marinha com demandas de urgência e emergência em Traumatologia-Ortopedia no Hospital Naval de Brasília

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar as causas da ausência do serviço de Traumatologia-Ortopedia de Urgência e Emergência no Hospital Naval de Brasília

Implantar o Pronto Atendimento de Traumatologia-Ortopedia no Hospital Naval de Brasília

2 REFERENCIAL TEÓRICO:

O trauma é um crescente problema de saúde em todo o mundo. Estima-se que, diariamente, 16 mil pessoas morrem vítimas de causas externas, e para cada vítima fatal, ocorrem outros milhares de traumatismos, muitos destes com sequelas permanentes (MORCK et al., 2004). Entre as causas de trauma, incluem-se os acidentes e a violência, que configuram um conjunto de agravos saúde, que podem ou não levar a óbito, no qual fazem parte as causas ditas acidentais e as intencionais (BRASIL, 2001).

O trauma é a maior causa de mortes prematuras e incapacidade em todo o mundo. Para cada milhão de pessoas que morrem todo ano, outros milhares ficam incapacitados temporária ou definitivamente (SASSER et al., 2005). A mortalidade mundial por trauma corresponde a 10% de todas as causas de morte e a previsão é que essa proporção aumente até 2030, caso medidas não sejam tomadas para evitá-las.

A OMS publicou em 2002, um relatório baseado no *Global Burden of Disease*, sobre morbidade e mortalidade mundial, onde demonstrou, no ano de 2000, ser a lesão traumática uma das principais causas de morte em países desenvolvidos e em desenvolvimento (PEDEN et al., 2002).

O mundo tem muita desigualdade na incidência de trauma. Nos países africanos, as causas externas são a segunda causa de morte, decorrentes de guerras e homicídios. Já nos países da Europa, Américas e Sudeste da Ásia, as causas externas são a terceira causa de mortes, porém com um perfil diferente de região para região. Na região europeia e norte americana os acidentes de transporte predominam, em sua maioria colisão e atropelamentos. Na América Central e Sul, como México e Brasil, os homicídios são a etiologia mais comum entre as causas externas, podendo ser comparada a países em guerra (BIROLINI, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1994), o setor saúde é o local para onde convergem todos os efeitos da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de emergência, requerendo atenção especializada física, psicológica e social.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as causas externas representaram a terceira causa de mortes no país e 12,5% do total de mortes por todas as causas. Na faixa etária entre 01 e 39 anos, as causas externas representam a primeira causa de morte, com uma taxa de mortalidade de 70,5 casos de morte por 100 mil habitantes. Desses, o sexo masculino representa

83,1% de todos os óbitos. No Brasil, em 2004, as causas externas foram responsáveis por 127.470 óbitos (BRASIL, 2007).

Além do alto custo econômico e social gerado pela mortalidade, o Brasil ainda acumula perdas incalculáveis com a morbidade gerada pelas causas externas. Sabe-se que as mortes representam apenas a ponta de um gigantesco *iceberg*, e que o impacto dos acidentes e violências é muito maior, em termos de magnitude, quando se trata da morbidade, ou seja, das lesões e agravos não fatais, que geram intervenções médicas e internações hospitalares (SOUZA; MINAYO, 2005).

Os sistemas de trauma civis modernos são modelados a partir de sistemas de trauma militares que se desenvolveram durante os dois primeiros terços do século XX. O princípio da triagem, de pacientes com base na gravidade percebida de lesão, é claramente derivado da prática militar. Além disso, durante os grandes conflitos do século XX, uma série de inovações foi introduzida no ambiente militar que se mostrou fundamental para reduzir mortes de militares. Essas inovações incluíram uma evacuação rápida, o desvio de instalações não equipadas e regionalização da assistência. A tradução dessas inovações na prática civil resultou no moderno sistema de trauma (MULLINS, 1999).

O modelo norte-americano de atendimento ao trauma se baseia no atendimento multidisciplinar, com formação de equipe treinada em diretrizes assistenciais, em ambiente de alta tecnologia, cuja gênese está na medicina de guerra, e tem demonstrado ser capaz de reduzir a morbimortalidade por causas externas (BRASIL, 2013).

Em 1922 foi criado o Comitê de Trauma (Committee on Trauma - COT) do Colégio Americano de Cirurgiões (American College of Surgeons- ACS), o mais antigo comitê desta instituição, reconhecendo o trauma como uma doença, e focado no desenvolvimento de áreas para prevenção e tratamento das vítimas (ACS, 2006).

A Academia de Ciências Norte-Americana, em 1966, considera o trauma como a doença negligenciada da sociedade moderna, chamando a atenção para a necessidade da implementação de programas no sentido de reduzir a morbimortalidade por causas externas. Em 1976 o COT - ACS publicou o primeiro protocolo com diretrizes e categorização dos hospitais para atendimento das vítimas de trauma, definindo o conceito de Centros de Trauma (HOYT; COIMBRA, 2007). Este contendo os recursos para melhorar a assistência aos pacientes traumatizados, reforçando a necessidade do desenvolvimento de sistemas de trauma, ao invés de

apenas centros de trauma, de modo organizado, integrando o pré-hospitalar, os recursos hospitalares e estabelecendo a importância em desenvolver o controle de qualidade e a auditoria dos resultados (ACS, 2006).

Em 1987 o ACS publicou um documento sobre Sistemas de Trauma, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a implantação e desenvolvimento destes sistemas (ACS, 1998). Neste mesmo ano, o Colégio Americano de Médicos Emergencistas (American College of Emergency Physicians) também editou um artigo com diretrizes e protocolos para a organização de sistemas e atenção no atendimento ao traumatizado (ACEP, 1987). Importante ressaltar que a implantação destes sistemas de trauma regionalizados ocasionou uma redução significativa da mortalidade em traumatizados (NATHENS et al., 2000). Uma revisão de 14 artigos publicados na literatura sobre os resultados após a implantação de um sistema de trauma, e através de metanálise, observaram uma redução da mortalidade, em média, de 15% (CELISO et al., 2006).

Publicações sobre o assunto ressaltam que para promover uma melhor qualidade no atendimento, alguns elementos são importantes: recursos humanos com formação, capacitação e treinamento continuado dos profissionais; recursos físicos, com infraestrutura adequada, equipamentos e investimentos; e organização e administração dos processos com auditoria nos resultados (MORCK et al., 2004).

Com a organização de sistemas de trauma tem ocorrido uma redução da mortalidade de 15% (CELISO et al., 2006), como visto acima. Já redução dos óbitos evitáveis chega a 50%. Em média, apenas 15% das vítimas de trauma precisam ser atendidas em centros de trauma com maior complexidade, equivalentes, no Brasil, aos hospitais terciários (HOYT; COIMBRA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu e publicou recentemente, um compêndio de sugestões para a organização de sistemas de atendimento a traumatizados em países de baixo e médio desenvolvimento, que tem apresentado resultados positivos, nos países onde foi aplicado (MOCK et al., 2004).

No Brasil frente a necessidade de definição, no setor saúde, de uma política decisiva no sentido da redução da morbimortalidade por acidentes e violências, foi aprovado em 16 de maio de 2001, e publicado, posteriormente, no Diário Oficial da União, uma Portaria visando um conjunto de ações articuladas e sistematizadas a fim de combater esta doença e contribuir para a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001). Uma das diretrizes prioritárias estabelecidas foi a

monitoração da ocorrência de acidentes e violências, mediante a promoção de auditoria da qualidade de informação dos sistemas, padronização de fichas de atendimento de forma a fornecer o perfil epidemiológico do paciente atendido, criação de um banco de dados visando a união de esforços e a otimização de recursos disponíveis.

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Como visto na introdução e no referencial teórico deste projeto, o impacto do Trauma nas taxas de mortalidade/morbidade da população, principalmente dos jovens, e o impacto financeiro do trauma nos gastos com saúde. Bem como, vimos a importância do atendimento especializado de trauma nos Serviços de Urgência e Emergência. Contrário a este contexto, vemos que no HNBRA falta o Pronto Atendimento de Traumatologia-Ortopedia aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha. Quando estes usuários necessitam de atendimento de Traumatologia-Ortopedia de urgência, precisam se deslocar para outros serviços de saúde, ou seja, 100% dos pacientes, com esta demanda, são direcionados para atendimentos extra-Marinha.

Assim, o presente trabalho consiste no levantamento de todas as causas que levam a ausência do Serviço de Pronto Atendimento de Traumatologia-Ortopedia no HNBRA. Dentre estas causas foi escolhido 2 causas consideradas críticas e que o autor tenha governabilidade sobre estas causas, permitindo assim, ação gerencial do autor deste projeto nestas causas. Na sequência foi feita uma programação de ações de intervenção sobre estas causas, afim de implementar efetivamente este novo serviço dentro do HNBRA, afim de atender a essa demanda de atendimentos de urgência e emergência em trauma aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha na área de abrangência do Comando do 7º Distrito Naval.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA:

100% dos pacientes com demanda de atendimento de Traumatologia-Ortopedia de urgência não são atendidos no HNBRA.

Atualmente há em média 200 atendimentos por mês de usuários do FUSMA no Pronto Socorro de Traumatologia-Ortopedia do Hospital da Forças Armadas-HFA, gerando gastos que serão pagos pelo HNBRA.

Cerca de 40 pacientes usuários do FUSMA são atendidos por mês nos Prontos Socorros de Traumato-Ortopedia dos Hospitais conveniados com HNBRA.

Ou seja, existe uma demanda de aproximadamente 250 atendimentos por mês de urgência e emergência no setor de Trauma-Ortopedia que pode ser absorvida pelo HNBRA.

3.2 CAUSAS DA SITUAÇÃO PROBLEMA:

Ausência de Ortopedistas com carga horária disponível no setor assistencial para atender a essa demanda de pacientes no Pronto Atendimento de Traumato-Ortopedia do HNBRA. Cumpri ressaltar que temos os profissionais especializados em Traumato-Ortopedia, porém estes estão deslocados para demandas administrativas do HNBRA.

Ausência de uma sala especializada para realização das Imobilizações Gessadas.

Ausência de Técnicos de Enfermagem com especialização em Imobilizações gessadas, conhecidos como Técnicos de Gesso.

Ausência de Instrumental para Sala de Gesso: serra de gesso, tesouras de gesso, abridor de gesso e cisalha para gesso.

Ausência de Material de consumo que serão utilizados na Sala de Gesso: ataduras gessadas, algodão ortopédicos, malha tubular, ataduras não gessadas, férulas metálicas.

3.3 CAUSAS CRÍTICAS:

Ausência de uma sala especializada para realização das Imobilizações Gessadas.

Ausência de Técnicos de Enfermagem com especialização em Imobilizações gessadas, conhecidos como Técnicos de Gesso.

3.4 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES:

Figura1: Matriz de Programação de Ações

Problema a ser enfrentado:	Ausência do Serviço de Pronto Atendimento de Traumato-Ortopedia no HNBRA
Descritor:	100% dos pacientes com demanda de atendimento de Traumato-Ortopedia de urgência não são atendidos no HNBRA.
Indicador:	Número de pacientes atendidos no Pronto Atendimento de Ortopedia-Traumatologia HNBRA
Meta:	420 pacientes atendidos/mês no Pronto Atendimento de Ortopedia-Traumatologia HNBRA, após 6 meses de início das atividades do novo Serviço.
Resultado esperado:	Ter o Serviço de Pronto Atendimento de Traumato-Ortopedia no HNBRA funcionando plenamente.

Figura 2: Matriz de Programação de Ações: Causa Crítica 1:

Causa Crítica 1: Ausência de uma sala especializada para realização das Imobilizações Gessadas				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Definir qual a melhor sala poderá atender a essa finalidade	Cognitivo, Organizativo	Local da Sala de Gesso definida	1 semana	CC(Md)Daniel
Adaptar a sala	Cognitivo, Organizativo, Financeiro	Sala adaptada para a realização dos procedimentos com gesso	3 meses	CMG-Rm1 Portugal
Comprar mobiliário: mesa, cadeira, armários	Cognitivo, Organizativo, Financeiro	Mobiliário comprado	6 meses	CC(IM)Trancoso
Comprar materiais de consumo: gesso, faixas, esparadrapo, malhas tubulares, algodão ortopédico, férulas metálicas	Cognitivo, Organizativo, Financeiro	Material comprado	6 meses	CC(IM)Trancoso

Figura 3: Matriz de Programação de Ações: Causa Crítica 2:

Causa Crítica 2: Ausência de Técnicos de Enfermagem com especialização em Imobilizações Gessadas, conhecidos como Técnicos de Gesso				
Ações	Recursos necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Reunir com a encarregada da Divisão de Enfermagem para apresentar o projeto e a necessidade de Técnicos de gesso	Cognitivo, Organizativo	Engajamento da Divisão de Enfermagem no projeto de implantação do PS Ortopédico	1 semana	CC(Md)Daniel
Definir 2 Técnicos de Enfermagem para o curso de especialização em Imobilizações Ortopédicas	Cognitivo, Organizativo	2 Técnicos de Enfermagem designados para cursar a especialização em imobilizações	3 semanas	CT(EF)Maria do Carmo
Encaminhar 2 Técnicos de Enfermagem para o Curso de Especialização em Imobilizações Ortopédicas	Cognitivo, Organizativo e Financeiro	2 Técnicos de Enfermagem especializados em Imobilizações gessadas prontos para iniciar as atividades no HNBRA	6 meses	CT(EF)Maria do Carmo

3.5 GESTÃO DO PROJETO:

A gestão do projeto será realizada pelo Encarregado da Clínica de Trauma-Ortopedia HNBRA CC(Md) Daniel Oliveira. Este precisará do apoio dos Encarregados das Divisões de Saúde (CMG(Md) Bravim), Divisão de Medicina (CF(Md) Cruzen), Divisão de Enfermagem (CT(EF) Maria do Carmo, Divisão de Obras (CMG-Rm1 Portugal), Divisão de Licitações e Contratos (CMG-Rm1 Melo Alves), além é claro da Aprovação da Diretora CMG(Md) Giseli.

O encarregado do projeto, CC(Md) Daniel Oliveira, será o responsável pelo acompanhamento das ações propostas na matriz avaliando sua eficácia através da realização de reuniões periódicas, como descrito na matriz. Dentre os objetivos das reuniões é importante ressaltar a identificação das falhas para poder corrigi-las antes que ocorram recidivas e a verificação se as ações obtiveram resultados o mais próximo do esperado.

3.5.1 Gestão dos Envolvidos no Projeto:

Setor do Hospital	Função	Principal objetivo	Como vai contribuir	Como gerenciar
1. Direção	Aprovação do projeto	Atendimento aos usuários	Aprovação e liberação dos recursos financeiros e de pessoal	Reuniões mensais
2. Divisão de Obras	Obras na sala de gesso	Preparação da Sala de Gesso	Entrega da Sala de Gesso adaptada	Acessorar nas especificações da sala de gesso
3. Divisão de Licitações e Compras	Encarregado pelo processo de licitação e aquisição de materiais	Aquisição dos materiais permanentes e consumo	Realização de todo processo licitatório e compra de materiais	Acessorar a divisão sobre as especificações dos materiais
4. Divisão de Enfermagem	Designar 3 Técnicos de enfermagem para atuar na sala de gesso	Ter 3 técnicos de gesso treinados na função	Realização das imobilizações gessadas	Reuniões semanais

5. Médicos	Execução dos atendimentos médicos	Atendimento aos pacientes	Atendimento aos pacientes	Reuniões semanais
6. Pacientes	Usuários do Pronto Atendimento	Atendimentos médico de Trauma	Utilizando o serviço	Avaliação pós atendimento
7. Encarregado da Divisão de Medicina	Coordenação dos Médicos	Assistência aos pacientes	Coordenação dos médicos	Reuniões Quinzenais

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O trauma é um problema de saúde pública de grandes proporções. Vê-se a importância capital deste tema quando nos deparamos com a morbimortalidade produzida principalmente sobre os jovens e os impactos sobre sistema de saúde do brasileiro. Hoje todos os usuários de SSM na área de Brasília que necessitam de atendimento de Urgência de Traumato-Ortopedia são encaminhados para atendimentos extra-Marinha. Essa condição gera uma série de resultados que podem ser melhorados se essa demanda for atendida dentro do HNBRA, principalmente na melhor satisfação dos usuários e diminuição dos gastos, visto que, os atendimentos fora do HNBRA geram um excessivo uso de recursos diagnósticos e terapêuticos que por serem gerados fora do HNBRA, estão fora da gestão da direção do HNBra. Assim, a implementação deste projeto é fundamental para o melhor acolhimento dos usuários do SSM na área de Brasília e melhores resultados para a gestão de recursos da Saúde Naval.

5 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

ACS AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Resources for Optimal Care of the Injured Patient: 2006. Chicago: Committee on Trauma, American College of Surgeons; 2006.

ACS AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Committee on Trauma. Consultation for trauma systems. Chicago: ACS; 1998.

ACEP AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Guidelines for trauma care systems. Am Emerg Med 1987; 16: 459-63.

BIROLINI, D. Como Anda a Epidemia de Trauma? Rer Ass Med Brasil 2001; 47(1): 1-23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Diário Oficial da União, sessão 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília; 2001.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso em: 20JUL,2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde: PNS, 2012-2015. Brasília: 2011.

BRASIL, Marinha do Brasil, Diretoria Geral do Pessoal da Marinha 2012. DGPM-401 Normas para Assistência Médico-Hospitalar, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Datasus, 2007. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 4 de junho de 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1365, de 08 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html. Acesso em: 22JUL2022.

BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.). Violencia, sociedad y justicia en América Latina. Buenos Aires: Clacso, 2002.

CELSO B, TEPAS J, LANGLAND-ORBAN B, PRACHT E, PAPA L, LOTTENBERG L, ET AL. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. J Trauma 2006; 60: 371-8.

FERREIRA, F.G.S.; MACHADO, C.V.; O'DWYER, G. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. Saúde Pub.; v. 45, n.3, p. 519-28, 2011.

HOYT DB, COIMBRA R. Trauma systems. Surg Clin North Am 2007; 87: 21-35

MELLO-JORGE, M.H.P. KOIZUMI, M.S. TONO, V.L. Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para sua prevenção. Revista Saúde. Universidade de Guarulhos. São Paulo, 2007.

MOCK C, LORMAND JD, GOOSEN J, JOSHIPURA M, PEDEN M. Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization; 2004.

MULLINS, R. A historical perspective of trauma system development in the United States. J trauma.; v.47, n.3, p. S8-S14, 1999.

NATHENS AB, JURKOVICH GJ, RIVARA FP, MAIER RV. Effectiveness of state trauma systems in reducing injury-related mortality: a national evaluation. J Trauma 2000; 48: 25-31

O'DWYER, G. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva,; v. 13, n.5, p.1637-48, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Violência y Salud: resolución. n. XIX. Washington,1994.

PEDEN, M.; MCGEE. K.; KRUG, E; (Eds.). Injury: a leading cause of the global burden of disease, 2000. Geneva: World Health Organization; 2002.

SASSER, S. et al. Prehospital trauma care systems. Geneva, World Health Organization, 2005.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C. (Org). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: MS, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic documents. Geneva: OMS, 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf>>. Acesso em: 22JUL2022.