

1.GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS

3.1 Gestão

Gestão é o processo de planificar, organizar, dirigir e controlar o uso de recursos duma maneira eficiente, a fim de atingir os objectivos de uma determinada organização. A gestão inclui três etapas, que constituem o Ciclo da Planificação, a saber:

- Planificação;
- Implementação;
- Monitoria & Avaliação

Ao nível dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS's) a gestão é feita por um equipa conjunta, que partilham os mesmos objectivos e tem um líder (que é o Director), mas todos os membros do colectivo de direcção, chefes de programas também são parte integrante do processo de gestão.

Ao nível das USs (Hospital Rural ou Centro de Saúde da Sede Distrital), o líder é o Director da US, e todos os membros do consultivo da US, nomeadamente, Director Clinico, Administrativo, Enfermeiro Chefe, Chefe da Maternidade, Responsáveis de Enfermarias tomam parte no processo de Gestão através da sua participação nas sessões do Consultivo do Hospital.

3.2 Administração

Constitui os aspectos práticos do processo de gestão onde segundo estatuto orgânico dos SDSMAS's são executadas pelo Chefe da Repartição de Administração e Planificação e sua equipa (NED, Monitoria e Avaliação, Contabilidade, Património, UGEA, Receitas entre outras secções)

3.2 Recursos materiais

Incluem material consumível, não consumível e património, que a seguir passamos a destacar:

3.3 Material Consumível

São todos os materiais que serão consumidos após a sua chegada (material médico cirúrgico, de escritório, de limpeza, de manutenção e reparação, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, medicamentos etc.);

3.4 Materiais não consumíveis

Os materiais considerados permanentes, como equipamento médico hospitalar, mobiliário e veículos;

3.5 Património do SNS

Que constitui material móvel e imóvel como infra-estrutura do SNS (unidades sanitárias e residências do pessoal de saúde).

3.6 Meios de transporte

São todos aqueles que servem para a movimentação de pessoas e/ou mercadorias de um local para outro. Exemplo: veículos motorizados (carros, motas, entre outros) ou veículos não motorizados (bicicletas, entre outros)

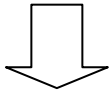
3.7 Gestão e Administração de recursos materiais

É um conjunto de procedimentos administrativos, envolvendo planificação, controlo da aquisição, alocação e uso de recursos para assegurar que os bens para o funcionamento das unidades sanitárias e outras instituições estejam disponíveis quando e onde forem necessários.

Tarefas Principais do TMG na Gestão e Administração

O TMG que ao fazer parte de uma equipa do SDSMAS ou da unidade sanitária, seja assumindo cargo de direcção e chefia ou não, deve ter conhecimento que lhe permite:

- Gerir os recursos materiais disponíveis no SNS de maneira eficaz e eficiente;
- Assegurar o contínuo abastecimento dos materiais necessários e capazes de atender a demanda;
- Garantir uma prestação de cuidados de saúde a população de qualidade.



SISTEMA LOGÍSTICO DE APROVISIONAMENTO

No processo de Administração e Gestão de Recursos Materiais, o sistema de logística joga um papel fundamental.

4.1 Definições:

- **O sistema de logística** é o conjunto de actividades que consiste em planificar, implementar e controlar os recursos materiais, desde a recepção, armazenamento, manuseio e contagem de stock com o propósito de atender às exigências dos utentes.
- **Logística** significa abastecer os clientes e/ou serviços, com produtos de boa qualidade, na quantidade certa e no tempo certo.

O epicentro de todo processo de logística do material médico-cirúrgico, consumíveis, equipamento, mobiliário hospitalar e meios circulantes (ambulâncias, motorizadas) ao nível distrital são os Armazéns Distritais ou armazéns das unidades sanitárias, instituições com tarefas de apoio na prestação de serviço de qualidade e sustentáveis à população.

4.2 Gestão e Administração de Recursos Materiais compreende um ciclo contínuo de operações interdependentes que são:

4.2.1 Planificação

Consiste na elaboração de uma lista contendo um número limitado de material necessário para certo programa, por exemplo, enfermagem, saúde materno-infantil, programa alargado de vacinação, estomatologia, entre outros. A pessoa responsável por esta actividade é o respectivo chefe de programa distrital, que posteriormente deverá encaminhar para aprovação e visto do Médico Chefe Distrital, para posterior envio para a Direcção Provincial de Saúde (DPS) para fornecimento.

4.2.2 Aquisição

No caso de material médico-cirúrgico, uma vez aprovada a requisição do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) pela DPS, deve-se enviar para o Centro de Abastecimento Provincial (CAP) meio de transporte para levantamento do material. É recomendável que o respectivo chefe de programa se desloque pessoalmente para o levantamento do material, de modo a conferir o material a levantar e confirmar se as quantidades requisitadas e aprovadas são efectivamente levantadas. Caso este esteja indisponível, o Director Clínico deve enviar um outro Chefe de Programa, que tem experiência de levantar material no CAP para fazer o levantamento. Deve-se evitar a todo o custo solicitar-se aos motoristas para levantarem o material por falta de conhecimento e, conseqüentemente levantar material incompleto ou cujas quantidades não conferem.

4.2.3 Transporte

Deve-se garantir a segurança do material, isto é, reduzir o risco de roubo ou dano durante o transporte, fazendo com que o material chegue ao destino nas quantidades levantadas. O encarregado pelo transporte deve levar consigo toda a documentação que confere o material transportado.

4.2.4 Armazenamento

Uma vez conferido o material recebido deve ser imediatamente e correctamente arrumados nas prateleiras do depósito e ao mesmo tempo deve-se lançar para cada um dos produtos, as entradas correspondentes nas fichas de stock e recalculando os respectivos stocks.

O processo de Armazenamento é constituído pelas seguintes fases:

4.2.4.1 Recepção

Os materiais a serem recebidos nos depósitos distritais deverão ser acompanhados pela Nota de Entrega e Guia de Remessa ou Entrada devidamente preenchidas pelo fornecedor. No acto da recepção, que é a entrada dos volumes no armazém, o responsável do depósito distrital deve verificar se as embalagens ou caixas de mercadoria não foram violadas, e verificar se o número de volumes corresponde à quantidade indicada na Nota de entrega. Esta recepção deve ser efectuada por uma equipa “comissão de recepção”, e não simplesmente por uma pessoa, para garantir uma maior transparência e fidelidade do processo.

4.2.4.2 Conservação

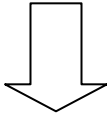
Deve-se ter em consideração vários factores (calor, luz, humidade, ratos, insectos, roubos e incêndio) no sentido de garantir que os materiais estejam seguros. Além do mais, os produtos não devem estar em contacto directo com o chão, sendo necessário colocar os produtos sobre estrados (permite melhor higiene e um certo arejamento do produto).

4.2.4.3 Análise e controlo de inventários

Consiste na contagem física do stock e na análise dos movimentos de stock durante um período definido baseado na informação das fichas de stock. Os inventários devem ser realizados trimestralmente. As fichas de controlo de stock, são um instrumento de gestão bastante útil para analisar os produtos num armazém. São duas fichas: uma é a ficha de prateleira que deve estar junto ao produto a que se refere, e a outra é a ficha-mãe e é arquivada pelo armazém. A quantidade registada na ficha de prateleira deve ser igual à quantidade registada na ficha-mãe e ambas iguais à quantidade real (física) do produto.

4.2.5 Distribuição

O armazém distrital deve manter um fornecimento constante de materiais para os serviços onde são necessários (unidades sanitárias da sede distrital e periféricas), enquanto se garante que os recursos sejam usados de uma forma mais eficaz. Um bom princípio de gestão é: *Nenhum produto sai do armazém sem uma requisição autorizada pelo director ou por quem ele delegue esta tarefa.*



RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS PARA GESTÃO DE BENS

Os recursos humanos são cruciais para qualquer sistema de gestão de cadeia de abastecimento. Mesmo com a tecnologia mais moderna e melhor, a cadeia de abastecimento nunca poderá funcionar eficazmente sem pessoas competentes.

Ao nível distrital, os Técnicos ou Agentes de Administração Hospitalar são os responsáveis pela gestão de toda a cadeia de abastecimento e do armazém distrital, mas na falta destes profissionais, essa responsabilidade é, geralmente, do enfermeiro chefe do distrito/US. O papel é de elaborar as necessidades de aquisição de materiais, elaborar os inventários dos bens materiais recebidos e distribuídos, efectuar as compras, distribuir, supervisionar o funcionamento do armazém e assegurar a gestão dos meios de transporte.

Ao nível do armazém distrital deve ser identificado um fiel do armazém que deverá processar os avimentos do material devidamente autorizado, emitir guia de remessa do material aviado, efectuar o lançamento das fichas de controlo de stocks, manter a limpeza das instalações, equipamentos e materiais, realizar inventários periódicos das existências e reportar ao superior hierárquico as irregularidades detectadas e emitir as requisições de material necessário ao funcionamento do armazém. O fiel do armazém é um profissional do regime geral (Assistente ou Técnico Administrativo).

Em suma, para os diferentes tipos de armazéns deve existir sempre um responsável directo pelos produtos:

- Depósito de medicamentos – responsável de farmácia distrital/US
- Armazém de material médico-cirúrgico – enfermeiro chefe distrital/US
- Armazém de alimentos - fiel de armazém
- Armazém de material de limpeza e higiene – fiel de armazém

É importante realçar, que em última análise, o responsável geral, é o director!

2.REQUISIÇÕES DE MATERIAL

3.1 Requisição

É o processo de solicitação de material, com objectivo de reconstituir o stock e cobrir as necessidades das Unidades Sanitárias.

O cálculo das necessidades de material baseia-se principalmente na análise das quantidades de material anteriormente distribuídos as USs (relatórios de consumo mensal anterior).

A Requisição tem uma periodicidade **mensal**, tanto para levantamento do material médico-cirúrgico no Centro de Abastecimento Provincial, como para aquisição de material de higiene e limpeza, de escritório, entre outros, junto aos fornecedores.

Os responsáveis pela elaboração das requisições de material médico-cirúrgico são os respectivos Chefes de Programa (Supervisor de Enfermagem, Supervisora de SMI, Administrativo, Chefe do Programa Alargado de Vacinação, etc) em que devem remeter antes ao Responsável Clínico para efeito de visto e autorização (figura 2).



República de Moçambique

Governo do Distrito de Chókwè

SERVIÇO DISTRITAL DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL

HOSPITAL GERAL DE QUELIMANE

Requisição nº ____

Nº Ord	Designação	Quantidade recebida	Quantidade Utilizada	Stock existente	Necessidades
1	Luvas cirúrgicas nº 6.5	2000	1000	1000	3000
2	Luvas cirúrgicas nº 7	2000	1500	500	3000
3	Luvas cirúrgicas nº 71/2	2000	2000	0	3000

4	Luas cirúrgicas nº 8	2000	2000	0	3000
5	Luas exame M	0	0	0	3000
6	Luas exame L	0	0	0	3000
7	Proc. Internamento	0	0	0	2000
8	Diários clínicos	12000	7000	5000	10000
9	Diários Enfermagem	17000	12000	5000	2000

Figura 2. Requisição Mensal de Material Médico-Cirúrgico

Quelimane, aos 16 de Novembro de 2019

O Enfermeiro Chefe

Tomas Macário Cebola

Enfermeiro Geral

Passos para verificação, aprovação e elaboração de requisições de materiais:

No caso de requisições de materiais (médico-cirúrgico, escritório, higiene e limpeza, combustível, alimentação, entre outros), em que tem que se fazer aquisição junto aos fornecedores, chefe de programa ou Administrativo, elabora mensalmente a proposta de aquisição dos materiais com base no Orçamento disponível. A proposta a ser elaborada deve ter em conta o consumo anterior (Relatório do consumo anterior) e uma vez aprovada, deve ser autorizada pelo Director da Instituição e posteriormente a proposta final é encaminhada a UGEA para procurement e aquisição (**figura 3**).

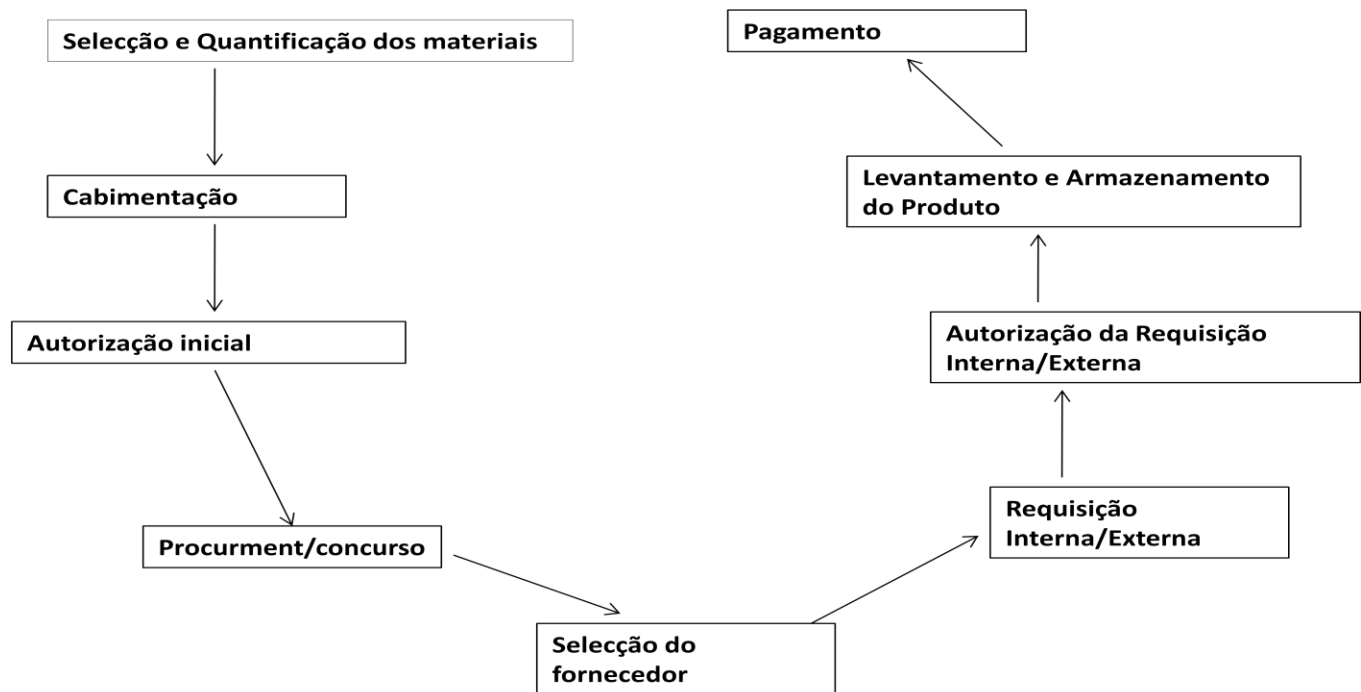


Figura 3. Passos de verificação, aprovação e elaboração de requisições para todo o material

3.ARMazenamento – RECEPÇÃO

Como visto na aula anterior, a Gestão e Administração de Recursos Materiais consiste num conjunto de fases ou etapas interligadas que vai da planificação dos materiais ou produtos necessários, até a conservação e gestão do inventário (figura 1), com o objectivo de garantir o uso racional dos mesmos. Nele intervêm os armazéns distritais e das unidades sanitárias. Nesta aula, vamos prosseguir com o ciclo de gestão e administração de recursos materiais, abordando a terceira etapa, isto é, o armazenamento.

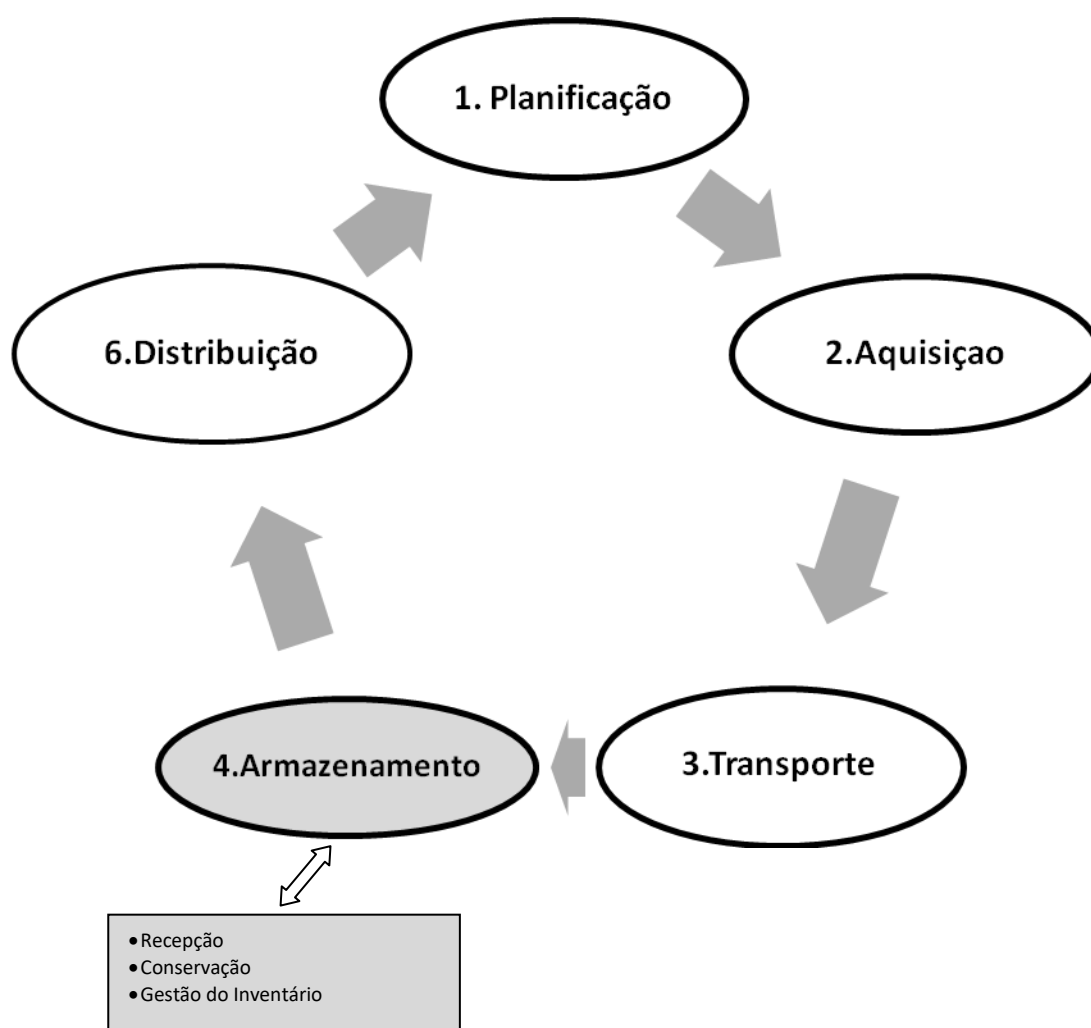


Figura 1: Ciclo de gestão e administração de recursos materiais

2.1. Armazenamento

Uma vez conferida a mercadoria, recebida e completada a documentação, todos os produtos recebidos devem ser arrumados no armazém distrital e/ou da Unidade Sanitária. De um modo geral os SDSMAS's e as Unidades Sanitárias deparam-se com o problema de falta de um armazém com as condições adequadas devido a falta de espaço.

O processo de armazenamento é constituído pelas seguintes etapas:

- a) Recepção,
- b) Conservação e
- c) Gestão do inventário

2.1.1. Recepção

A recepção dos materiais adquiridos deve ser acompanhada de uma guia de entrada (figura 2) proveniente do armazém provincial, ou dos fornecedores. A comissão de recepção, da qual o fiel do armazém faz parte, deve verificar se as quantidades recebidas correspondem as indicadas na guia de entrada e se não houve violação do material.

De seguida procede-se a conferência do material pela comissão de recepção, controlando as quantidades, prazos de validade e número de lote de cada item, com base na guia de entrada recebida.

Algumas vezes, a Direcção Provincial de Saúde faz o seu plano de distribuição dos materiais e envia para os SDSMASs acompanhado de uma nota de entrega e guia de remessa. Neste caso, no acto da recepção, a comissão, deve inspeccionar todas as caixas e as embalagens na presença da pessoa que as entregou para verificar se as quantidades conferem e se não houve violação.

Os produtos que forem entregues e aceites devem ser depois colocados no local designado dentro do armazém. Muitas vezes a maior parte destes produtos ainda não foram oficialmente conferidos. A recepção formal só é reconhecida quando o chefe do respectivo programa tiver conferido os produtos e assinado a guia de entrada. Até que esta conferência tenha lugar deve ser emitida uma guia de entrada provisória e anexada aos produtos, indicando a sua situação “aguarda conferência pelo chefe de programa”.

Idealmente deve ser estabelecido o limite de tempo dentro do qual o chefe de programa deve conferir os produtos. A guia de entrada provisória deve ser emitida e arquivada logo que os produtos cheguem ao armazém. Quando os produtos tiverem sido conferidos pelo chefe de programa, a guia de entrada deve ser actualizada. Após a recepção e conferência dos produtos é imprescindível elaborar um relatório de ocorrências, que é assinada pela comissão de recepção, a relatar a entrada dos produtos, e em que condições os mesmos foram recebidos.

O ideal é a guia de entrada incluir a seguinte informação:

- Designação do produto
- Quantidade do produto
- Data da entrada física
- Data da conferência
- Nome do programa
- Fornecedor

Também deve ser abrir uma ficha de stock (figura 3) para o caso de produtos novos ou actualizado (onde os produtos tiverem sido reabastecidos) e deve ser anexado aos produtos numa posição visível.

Todas as saídas devem ser registadas na ficha de stock no armazém.

A Ficha de Stock é o elemento base do ficheiro e deverá constar:

- A designação correcta do material
- A codificação do material
- A unidade de movimentação do material
- Registo de entrada do material em armazém, suas datas e identificação dos documentos relativos (guias de entrada)
- Registo das saídas do armazém, suas datas e identificação dos documentos de saída (guias de saída)
- Registo do saldo da existência no armazém.

Esta ficha, registando os elementos acima mencionados, assegura os movimentos administrativos fundamentais de um armazém, ou seja, o conhecimento e controlo das entradas e saídas de material, bem como o saldo existente no armazém em cada movimento (inventário permanente).

Todas as entradas e saídas devem ser registadas na ficha de stock no armazém. A desculpa de que esse produto acaba de sair ou entrar não faz sentido e nem deve ser aceite para justificar o não preenchimento das fichas de stock. Também seria aconselhável guardar um registo informático de saídas e entradas de produtos, isto pode ser fácil sem um software específico para gestão de stock, apenas utilizando o Excel.

NORMAS E CRITÉRIOS DE ARMAZENAMENTO DOS VÁRIOS TIPOS DE STOCKS

As normas e os critérios mais comuns que orientam o armazenamento de vários tipos de stock, podem ser enumerados os seguintes:

- a) Rotatividade de materiais;
- b) Volume e peso;
- c) Ordem de entrada/saída;
- d) Similaridade;
- e) Carga unitária;

3.1. Rotatividade de materiais

Dentre os itens de material mantidos em stock, existem aqueles que têm maior movimentação ou rotação em relação a outros, em virtude de sua utilização ou por outro motivo qualquer. Esses materiais que entram e saem com maior frequência deve ser dado um tratamento específico em relação à localização no armazém, ou seja, armazená-los nas proximidades das portas (sectores de fornecimento e embalagem).

Esse procedimento oferece as seguintes vantagens:

- Minimização de número de viagens entre as áreas de stock e de fornecimento;
- Descongestionamento do trânsito interno;
- Melhor aproveitamento da mão-de-obra interna, com menor desgaste físico dos serventes;
- Maximização do tempo despendido no fornecimento do material, etc.

3.2. Volume e peso do material

Da mesma forma, os itens mais volumosos e pesados devem ficar perto das portas para facilitar não só a sua conservação, como também a sua movimentação, e ser colocados sobre estrados ou *paletes*.

3.3. Ordem de entrada/saída

Armazenar, observando esse critério, significa obedecer à ordem cronológica de saída levando em conta o período de entrada. Isso quer dizer que o material recebido há mais tempo deve sair primeiro, a fim de que não venham a ocorrer situações que impliquem em perda de material - **“primeiro a entrar, primeiro a sair”**. O mesmo é válido em relação aos prazos de validade: **“primeiro a expirar, primeiro a sair”**.

3.4. Similaridade

Sempre que possível, os materiais devem ser armazenados considerando a sua similaridade com outros itens, o que pode ser feito mais facilmente com o auxílio do catálogo de materiais, como se segue:

a) Adesivos

- Fita cirúrgica
- Fitas de papel adesivo
- Plásticos aderentes

b) Cânulas

- Endotraqueal
- Guedell
- Traqueal

c) Coletores

- Bolsa para colostomia
- Coletor de urina infantil feminino
- Coletor de urina infantil masculino
- Coletor de urina – sistema aberto
- Coletor de urina – sistema fechado

d) Dispositivos para infusão

- Agulhas
- Cateteres
- Seringas

e) Material têxtil

- Algodão
- Atadura

f) Sondas

- Aspiração traqueal
- Enteral
- Foley
- Hemostática

- Nasogástrica
- Oxigenoterapia
- Retal
- Uretral

O agrupamento de materiais que apresentam características físicas, aplicações ou naturezas

Semelhantes em locais adjacentes facilitam a sua localização, a movimentação e até a contagem.

3.5. Carga unitária

O critério de carga unitária permite a racionalização do espaço útil de armazenamento. Porém, aliada à racionalização do espaço, a carga unitária favorece sobremaneira a boa movimentação do material, a rapidez de carga e descarga e, conseqüentemente, a redução dos custos.

Esse método consiste na arrumação ou composição de pequenos itens – pacotes ou unidades menores – em quantidade maiores. Pode-se dizer também que o critério de carga unitária significa transformar as unidades simples em unidades múltiplas.

EQUIPAMENTO DE ARMAZENAMENTO

Ao nível dos armazéns dos SDSMASs e USs, os equipamentos mais usados são:

- Prateleiras;
- Estrado ou pallets;

As medidas adotadas pela ASME (Sociedade Americana de Engenheiros Mecânicos), e com ligeiras variações pela ISO (Organização Internacional para a Estandardização), são as seguintes:

a) Estrados rectangulares

- 600 mm x 800 mm
- 800 mm x 1.000 mm
- 900 mm x 1.050 mm
- 800 mm x 1.200 mm
- 900 mm x 1.200 mm
- mm x 1.200 mm
- 1.200 mm x 1.500 mm
- 1.200 mm x 1.800 mm
- 2.200 mm x 2.700 mm

b) Estrados quadrados

- 900 mm x 900 mm
- 1.050 mm x 1.050 mm
- 1.200 mm x 1.200 mm

4.1. Prateleiras

Podem ser estruturas metálicas ou de madeira. As prateleiras metálicas têm vantagem em relação as de madeira porque são imunes a acção de insectos e roedores, por suportarem material de maior peso, são mais fáceis de ser montadas, desmontadas e têm maior durabilidade.

Deve-se armazenar nas prateleiras matérias leves, de pequeno volume (material de escritório, higiene e limpeza, etc), de alta rotação e que permite o manuseamento manual dos mesmos.

Deve-se priorizar a colocação de prateleiras nos armazéns de pequenas dimensões. Na colocação de prateleiras, é necessário ter em conta a distancia entre as mesmas que deve ser superior a 90 cm. (figura 3).

1. Prateleiras

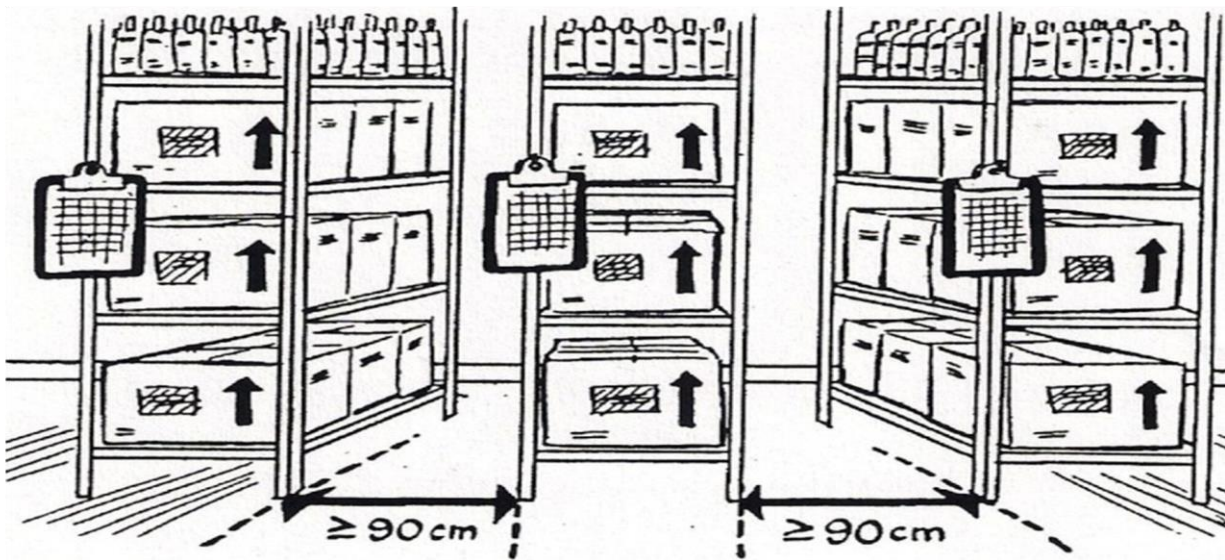


Figura 3: Prateleiras

4.2. Estrados ou Paletes

São feitos principalmente de madeira, com medidas padronizadas, sobre os quais se montam cargas unitárias, possibilitando eficiente armazenamento e/ou movimentação de materiais, por meio de equipamentos de transporte interno (empilhadeiras).

4.2.1. Tipos e dimensões de estrados

Os estrados ou paletes podem ser de chão ou em blocos.

a) Estrados de chão

Deve-se priorizar a sua colocação em armazéns que recebem material de grandes dimensões, tamanho, peso e que se recebem encomendas em grandes quantidades de materias e que consequentemente não se vai consumir rapidamente. (fig. 4)

2. Paletes de chão



Figura 4. Estrados de chão

b) Estrados empilhados em bloco

Devem ser colocados em armazéns de maiores dimensões e que tenham equipamento de manuseamento (empilhadeiras). No entanto, vale a pena destacar que raramente vai encontrar estrados empilhados nos SDSMAS e USs. (Figura 5).

3. Paletes em bloco



4. ARMAZENAMENTO: CONSERVAÇÃO E GESTÃO DE INVENTÁRIO

Como visto na aula anterior, a Gestão e Administração de Recursos Materiais consiste num conjunto de fases ou etapas interligadas que vai da planificação dos materiais ou produtos necessários, até a conservação e gestão do inventário (figura 1), com o objectivo de garantir o uso racional dos mesmos. Nele intervêm os armazéns distritais e das unidades sanitárias. Nesta aula, vamos continuar a abordar a terceira etapa (armazenamento) e falar também da quarta e última etapa, a distribuição.

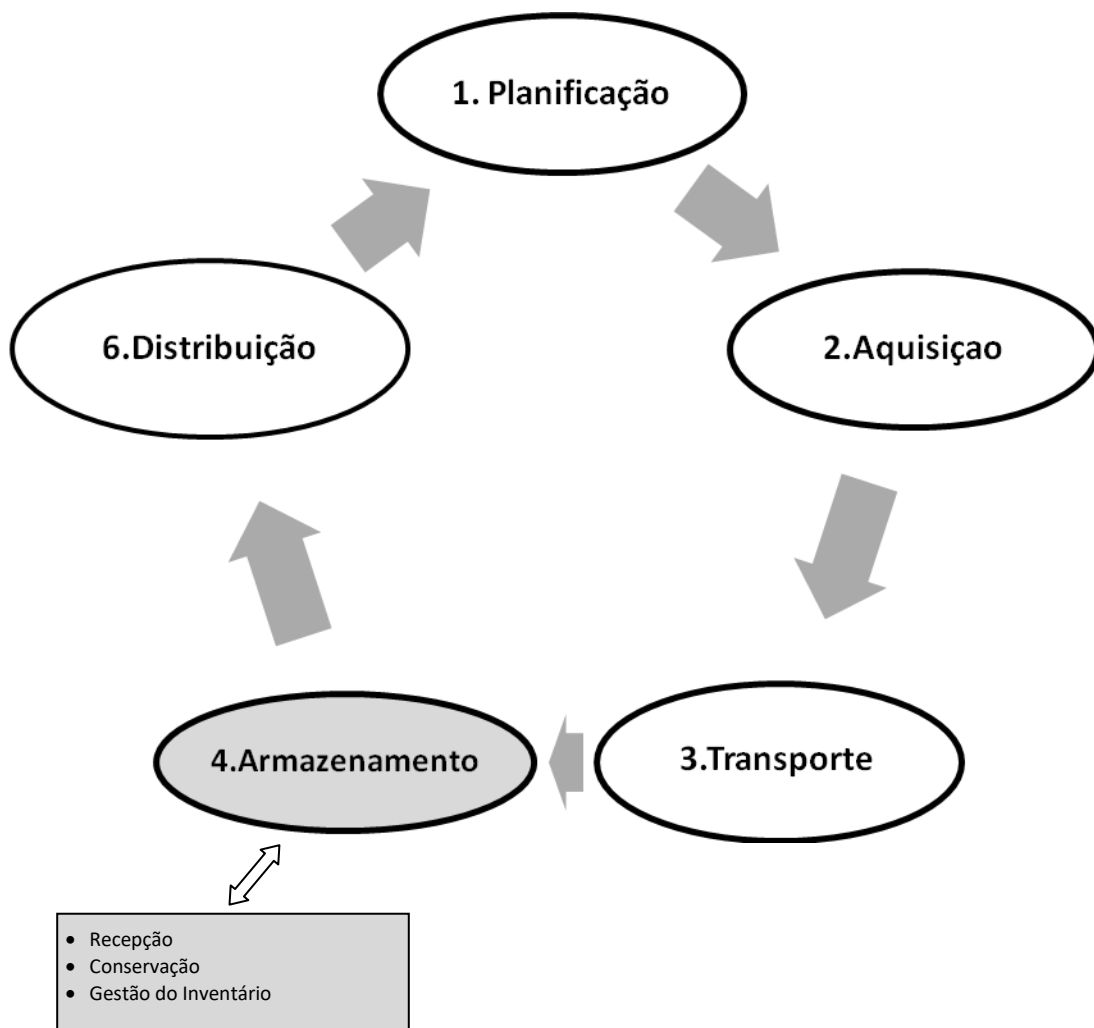


Figura 1: Ciclo de gestão e administração de recursos materiais

2.1. Conservação

Em virtude dos altos custos que encerram os materiais médico-hospitalares, a segurança é um item que requer muita atenção. Assim, o local deve possuir apenas uma entrada/saída, o que permite o total controlo de todo material que entra e sai, bem como das pessoas que tenham acesso a ele.

As áreas de armazenamento devem ser identificadas de acordo com o grupo e os produtos, armazenados de maneira que permita a perfeita visualização do nome, número de lote e prazo de validade. Aquele que for vencer primeiro deve estar à frente e do lado esquerdo.

As áreas que abrigarão os materiais precisam ter as seguintes características:

Ausência de humidade e de calor ou frio excessivos (temperatura não superior a 25° C);

- Proteção contra animais e parasitas;
- Proteção contra incêndio;
- Boa circulação de ar;
- Disposição adequada para movimentação de pessoas e materiais;
- Área administrativa;
- Área para produtos que necessitam de temperatura controlada;
- Área para produtos inflamáveis.

A seguir passamos a descrever as medidas a serem tomadas para garantir a implementação das condições acima descritas:

a) Calor

O calor acelera a degradação dos materiais médicos cirúrgicos. Na medida do possível deve-se criar correntes de ar na zona de armazenagem através da abertura de janelas ou montagem de aparelhos de ar condicionados no sentido de baixar a temperatura ambiente no local. Adicionalmente, os estrados fornecem uma capacidade de circulação do ar e desta feita, redução das temperaturas. A temperatura ideal deve ser entre 20 a 25 graus Celsius.

b) Luz

Alguns materiais são muito sensíveis a luz solar, daí que todos os produtos devem estar protegidos (usando cortinas ou pintando as janelas com a cor branca).

c) Humidade

O bolor e o mofo são causados pela humidade, pela infiltração de água através do tecto, das paredes e cheias. Para evitar isso, devem-se proteger as caixas ou embalagens de material da água que possa vir de cima ou de baixo (chuva, infiltrações), colocando-se todas as embalagens em estrados de chão.

Nota bem: As caixas NÃO devem ser arrumadas directamente no chão, mas sim nas prateleiras e em estrados para grandes volumes de modo a prevenir a acumulação de humidade que vem da condensação normal.

d) Ratos e Insectos

Um armazém limpo e bem arrumado é menos sujeito à presença de roedores e insectos.

Usar insecticidas e verificar que as redes das janelas e outras possíveis entradas de ratos e insectos estejam protegidas e em boas condições.

e) Roubo

De modo minimizar os riscos de roubo é necessária a tomada de algumas precauções nos armazéns, nomeadamente:

- Limitar o acesso a área de armazenagem;
- Permitir só a circulação de pessoal autorizado nas áreas de armazenagem;
- Controlar a entrada e saída durante as horas de serviço, porque as verificações ou contagens físicas frequentes permitem a prevenção do roubo;
- Assegurar as portas e janelas com fechaduras fortes e dispositivos de segurança.

f) Protecção contra incêndios e explosões

Está protecção depende fundamentalmente da localização escolhida para os materiais sujeitos a incêndios ou explosão, e dos sistemas de segurança instalados.

Todos os armazéns devem ser dotados de extintores e regularmente (semestral ou anualmente) devem ser renovados.

2.2. Gestão do inventário

Consiste no conjunto das actividades envolvidas na manutenção do nível de stock apropriado, incluindo o armazenamento em condições adequadas em toda a cadeia de abastecimento que tem sido visto ao longo das aulas, nomeadamente:

- a) Planificação
- b) Aquisição
- c) Transporte
- d) Armazenamento
- e) Distribuição

A Gestão do Inventário é o coração da cadeia de abastecimento.

O processo de inventário consiste nas seguintes etapas:

1. A contagem física do stock, chamada de INVENTÁRIO propriamente dito.

2. A análise dos movimentos de stock durante um período definido baseado na informação das fichas de stock, chamado BALANCETE.
3. A actualização das FICHAS DE STOCK.

2.2.1. Inventário Físico

É o processo de contagem que inclui o número de cada item no armazém num dado momento (levantamento). Isto permite a verificação dos registos de manutenção do stock face à situação efectiva do armazém.

A realização do Inventário físico permite:

- Confirmar que a quantidade verdadeiro de stock existente nos armazéns face aos registos existentes nas Fichas de Stock;
- Identificar qualquer material com dano;
- Identificar material cuja validade expirou;
- Identificar irregularidades de funcionamento do armazém (não preenchimento das fichas de stock, entre outras)

Durante o processo de inventário, não se deve realizar qualquer movimento de material, devendo-se para tal preparar a realização do processo de inventário.

Preparação do inventário

- Informar a todos os chefes de programa e a todas as unidades sanitárias das datas de realização do inventário, sendo o armazém considerado como fechado.
- Limpar e arrumar devidamente o armazém, agrupando na medida do possível os mesmos materiais no único lugar e colocando a respectiva ficha de stock. Um armazém organizado é mais fácil de inventariar.
- Actualizar as Fichas de Stock, registando todos os movimentos de entrada e de saída dos materiais que eventualmente estavam na situação de pendentes ou não registados
- Criar uma Comissão de Inventário, formada para o efeito, que inclua o responsável clínico ou seu representante.
- Dividir o trabalho e definir as tarefas de cada membro da equipa;

Realização da primeira contagem

Chegada a data da realização do inventário, o primeiro passo é a contagem provisória de cada produto ou artigo, fazendo-se o levantamento dos seguintes dados:

- Designação do artigo
- N° de lote do artigo
- Prazo de validade do artigo

- Stock existente contado do artigo.

Reconciliação da contagem com o stock existente das fichas de stock

Uma vez contados todos os itens do armazém, devem ser reconciliadas as quantidades contadas (lista de contagem) com o stock existente na ficha de stock.

No caso de se encontrarem discrepância entre os dados proveniente da contagem com os existentes na ficha de stock, será necessário efectuar uma nova contagem física deste produto.

2.2.2. Elaboração do Balancete

O Balancete é o documento de análise e de controlo que apresenta diferentes situações de stock durante um período definido. O Balancete é parte integrante do PROCESSO DE INVENTÁRIO, constituindo a segunda etapa e tem as seguintes funções:

- Análise dos movimentos (entradas e saídas) de cada artigo.
- Determinação dos erros de stock comparando o stock teórico com o stock real.
- Valorização do stock existente no armazém

A elaboração do Balancete é feita através da compilação dos dados do Inventário realizado e das Fichas de Stock, devendo-se para tal fazer a recolha das mesmas de modo a que se possa ter em mão as informações relativas a entrada e a saída de cada um dos artigos.

2.2.3. Actualização das Fichas de Stock

A última etapa do Processo de Inventário é a actualização das fichas de stock para que os dados reflectam a realidade.

Se tiver encontrado++ divergência entre o saldo da ficha de stock e a contagem do inventário, deve-se acrescentar uma linha de “**Correcção de Stock**” reportando nas colunas entradas ou saídas, as quantidades em falta ou em excesso.

Para qualquer produto, que tenha ou não erros no inventário, deve-se preencher a vermelho uma nova linha na ficha de stock com as seguintes informações :

- Data do inventário,
- Descrição do inventário,
- Quantidade contada,
- Deve-se também actualizar os prazos de validade.

No final do inventário:

- a) Elabora-se o Relatório de Ocorrência que será enviado ao Responsável Clínico para visto,
- b) Todos os Membros da Comissão de Inventário assinam o Inventário e

c) O Responsável Clínico assina o Balancete

Os originais do Balancete e do Relatório de Ocorrências serão enviados para o SDSMAS, enquanto os respectivos duplicados ficam arquivados no armazém distrital ou da US.

O inventário pode ser classificado em:

- a) Completo
- b) Cíclico ou aleatório.

a) Inventário físico completo

Consiste na inventariação de todo o material e artigos existentes num armazém Distrital ou de US, em que todos os produtos são contados ao mesmo tempo. Neste caso, o armazém é encerrado por 1 ou 2 dias, devendo-se comunicar as USs e Chefes de Programa sobre o encerramento para efeito de inventário.

No Serviço Nacional de Saúde (SNS), o calendário de inventário completo é o que se segue na tabela abaixo:

Tabela 1: Calendário de Inventario Completo no SNS

Armazém	Periodicidade
Central (Centro de Abastecimento)	Anual
Provincial (Centro de Abastecimento Provincial)	Trimestral
Distrital (Armazém Distrital e de US)	Trimestral

b) Inventário físico aleatório

Consiste na inventariação de alguns materiais e artigos previamente seleccionados. É um processo que não exige o encerramento do armazém, pode ser realizado por uma equipa mais reduzida durante 2 ou 3 horas. Comparativamente ao inventário físico completo, o inventário aleatório não tem uma periodicidade pré-estabelecida para ser realizada, podendo ocorrer como rotina, na situação de inspecção, em casos de suspeita de desvio de material ou quando há um consumo acima do esperado.

Gestão de Stock

A gestão de stocks compreende fundamentalmente o conhecimento do montante dos materiais armazenados (quer em quantidade, quer em valor) e a movimentação legítima das entradas e saídas dos mesmos. Isto se consegue através do movimento das requisições e das fichas de stock.

O Director da instituição e o Responsável clínico devem rever atentamente as requisições que lhes são enviadas e antes de autorizarem devem com frequência se deslocarem aos armazéns para verificarem e confirmarem o stock existente. Isto permite garantir que o material a ser adquirido está em stock mínimo ou em rotura, tratando-se por conseguinte de material que foi consumido.

O armazém e as existências são, naturalmente, a base e o ponto de partida de toda a gestão de stocks, portanto, é sobre a existência do armazém que se exerce a gestão material e administrativa dos stocks.

Gestão do Material de Stocks

Compete à gestão de stocks assegurar que as operações que são realizadas com os materiais de stock, desde a sua entrega no armazém até à sua saída, sejam executadas com eficiência e ao mínimo custo.

Relativamente ao tratamento dos materiais, durante o tempo do seu armazenamento, podemos resumi-lo através das seguintes operações base:

- a) Receber
- b) Arrumar
- c) Movimentar
- d) Conservar
- e) Fornecimento/abastecimento

Gestão Administrativa de Stocks

a) Registo de Stocks: sua estrutura e ordenação

O registo de stocks deverá incluir todos os artigos existentes no armazém, com a correspondência de uma ficha para cada artigo e segundo uma determinada ordenação.

Uma ordenação que apresenta os diferentes artigos agrupados segundo um determinado critério, como seja o da natureza dos próprios materiais, permite:

- ✓ Uma rápida procura no ficheiro de artigos semelhantes
- ✓ Uma análise fácil das variedades existentes
- ✓ Uma rápida constituição de famílias de artigos semelhantes
- ✓ Uma rápida análise dos valores inscritos no ficheiro, etc

Na gestão de stocks, qualquer movimento de stock deve ser acompanhado pelo registo de todos os artigos existentes no armazém (ficha de stock), com a correspondência de uma ficha para cada artigo e segundo uma determinada ordenação e, deve ter em consideração alguns conceitos, designadamente:

b) Stock de segurança

É o nível de stock “tampão” exigido para se evitar a ruptura de stock. A gestão da demanda e o tempo de aprovisionamento são aspectos cruciais para se determinar o nível de stock de segurança para cada produto.

c) Stock mínimo

Se o nível de stock mínimo for atingido, o produto deve ser imediatamente encomendado.

O stock mínimo é calculado através da seguinte fórmula:

Stock mínimo = (média do consumo x tempo de entrega) + stock de segurança, em que:

Média de consumo – gestão da procura (consumo futuro é o factor mais desconhecido na gestão do inventário);

Tempo de entrega – é o tempo entre o início do processo de compra e a recepção efectiva dos produtos no armazém.

d) Stock máximo

É o nível máximo de stock (mas não excessivo) que garante a disponibilidade de produtos para durar de uma encomenda à próxima. Ultrapassar o nível máximo de stock implica má planificação e corre-se o risco da validade do produto expirar.

O stock máximo é calculado através da seguinte fórmula:

Stock máximo = Nível de stock mínimo + (período do procurement x média do consumo mensal), em que:

Período de procurement: é o tempo que vai da selecção dos produtos até a sua colocação nos Centros de Abastecimentos.

Média de consumo - gestão da procura (consumo futuro é o factor mais desconhecido na gestão do inventário).

Vejam os seguinte exemplo: numa Unidade Sanitária, o tempo de entrega de luvas é de 2 meses, a média de consumo mensal é de 1000 unidades, o stock de segurança é de 2000 unidades e o período de procurement é de 6 meses, os stocks mínimo e máximo são calculados do seguinte modo:

Stock mínimo: $(1000 \times 2) + 2000 = 4000$ pares de luvas e

Stock máximo: $4000 + (6 \times 1000) = 10.000$ pares de luvas.

DISTRIBUIÇÃO

A distribuição é o processo pelo qual se garante o abastecimento estável de materiais às unidades sanitárias que deles necessitam para a prestação de serviços de saúde.

Ao nível distrital, o SDSMAS é responsável pela gestão e distribuição dos materiais para as unidades sanitárias locais, cuja periodicidade é mensal, e, ao nível da US, o Administrador, Enfermeiro Chefe e a Responsável pela Maternidade são os responsáveis pela distribuição dos materiais para as enfermarias.

Um sistema de distribuição eficaz deverá:

- a) Manter um abastecimento constante de materiais
- b) Manter os materiais em bom estado
- c) Minimizar a perda de materiais por expiração ou danificação
- d) Utilizar o transporte disponível o mais eficaz possível
- e) Reduzir o roubo e fraude

3.1 Abastecimento constante de material as US

O Chefe de Programa deverá fazer a distribuição mensal de materiais as USs com base:

- Nas requisições recebidas,
- No consumo anterior e
- Na quantidade de material disponível no armazém

A proposta de distribuição é elaborada pelo Chefe do Programa e posteriormente é enviado ao Director Clínico para visto, só depois é que se pode fazer a distribuição às USs.

Ao nível distrital, onde os recursos móveis são escassos, o plano de distribuição dos materiais deve ser integrado, através de rotas específicas e US nessas rotas. Deve-se efectuar uma proposta de rotas e dias, anexa a proposta de distribuição dos materiais autorizados. O responsável administrativo deve ter conhecimento deste plano, para planificar o combustível necessário para estas viagens.

Exemplo:

Dia	Unidades Sanitárias	Motorista e viatura	Material
2ª feira – 24.09.11	Cololo, Nauela, Mugema	João António Toyota Dina – MMJ-22-03	Material do PAV, SMI e Medicamentos. NB. o enfermeiro João vai nesta rota, para efectuar uma supervisão à US
3ª Feira – 25.09.11	Chapa, Caia, Santa Filomena	Alberto Francisco Toyota Dina – MMJ 22-03	Material Médico-cirúrgico e Medicamentos

3.2 Manutenção dos materiais em bom estado

É necessário garantir também durante o processo de distribuição a qualidade dos materiais seja mantida, tal como na fase de armazenamento. Neste caso, após a aprovação da proposta de distribuição pelo Director ou Médico Chefe Distrital, o Chefe do Programa, em coordenação com o fiel do armazém procede com a distribuição dos materiais obedecendo os seguintes passos:

- Contagem do material
- Verificação do seu estado
- Verificação do prazo de validade

3.3 Minimizar a perda de produtos por expiração ou danificação

Consiste na implementação de dois princípios importantes que governam a distribuição de stock, nomeadamente o sistema PEPS (primeiro a entrar, primeiro a sair) e FEFO (primeiro a expirar, primeiro a sair).

3.3.1 Sistema PEPS e FEFO

Primeiro a entrar, primeiro a sair (FIFO)

o primeiro produto a ser recebido no armazém é o primeiro a sair. Por exemplo, 200 pares de luvas ao preço de 30 mt cada entraram no armazém na segunda-feira, e mais 200 pares na terça-feira a 35 mt cada. Se o armazém fornecer 200 pares de luvas na quarta-feira, o custo destes pares é registado a 30 mt, porque esse foi o custo de cada par no momento de entrada no armazém na segunda-feira. Importa realçar que para os produtos sem prazo de validade, as melhores práticas de armazenamento sugere o uso do método FIFO.

Primeiro a expirar, primeiro a sair (FEFO)

é recomendável usar-se este método para os produtos com prazo de validade.

Por exemplo:

Em 1 de Junho de 2009, foi recebido um lote de seringas com o prazo de validade de 1 de Julho de 2011. Em 1 de Outubro de 2009, um outro lote de seringas foi recebido com o prazo de validade de 1 de Março de 2011.

Aplicando o método FEFO, o lote que foi recebido mais tarde (1 de Outubro) será distribuído antes do lote que foi recebido mais cedo (1 de Junho) porque a data de validade é mais próxima.

3.4 Utilização do transporte disponível de forma eficaz

A última etapa do processo de distribuição é o transporte dos mesmos (vide aula 2) de modo a garantir que os materiais cheguem ao destino em boas condições.

5. PATRIMÓNIO DO ESTADO

2.1. Conceito:

Património do estado é o conjunto de bens do domínio público e privado, e dos direitos e obrigações de que o Estado é titular, independentemente da sua forma de aquisição. Podem ser bens móveis (viaturas, motorizadas, bicicletas), imóveis (unidades sanitárias, laboratórios, farmácias, consultórios Médicos, residências), mobiliário, roupa, vestuário, uniforme, calçado e livros. Ao contrário dos bens consumíveis que são aqueles que serão consumidos após a sua chegada (material médico cirúrgico, de escritório, de limpeza, de manutenção e reparação, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, medicamentos etc.), o património é um bem duradouro, isto é, tem um tempo de vida útil determinado, findo o qual pode-se proceder com o abate do mesmo.

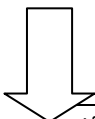
O Património do Estado deve ser identificado mediante afixação de etiquetas, chapas ou placas, contendo o número do inventário e a expressão “Património do Estado”.

Cada Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social deverá nomear um Responsável Distrital do Património, que deverá ser um Assistente ou Técnico Administrativo que terá o papel de inventariar e actualizar todos os bens.

2.2. Património de um Centro de Saúde:

O responsável distrital do património, o Director da unidade sanitária, bem como o Director do SDSMS, sendo aqueles que fazem pedidos ou têm responsabilidade para o inventário da unidade sanitária devem conhecer o que constitui o património de um Centro de Saúde por forma a assegurarem a identificação correcta dos itens existentes, bem como para fazerem os pedidos e requisições desse equipamento com as devidas descrições e os códigos padrões. Assim, o kit de um centro de saúde é constituído pelo seguinte equipamento:

- a) **Mobiliário:** Por exemplo armários (de parede, para expediente, para medicamentos, para vestiário), balde para pensos, bancadas, banco encosto de madeira, berços, biombos, cadeiras, camas, carros (com 4 pés, para transporte de refeições), colchões, estantes, estrados, ficheiro, macas, marquesas, mesas, quadro de aviso, secretárias, entre outros.
- b) **Material de escritório:** Afiador, agraphador, desagradador, furador de mesa, máquina de calcular, régua, entre outros.
- c) **Material e equipamento:** Abaixa língua, acumuladores, arrastadeira, aspiradores, candeeiros, Kits (para partos, para episiorrafia, para curetagem, para revisão do colo/útero, para inserção do Dispositivo Intra-uterino), entre outros.
- d) **Roupa hospitalar:** Lençóis, mantas, campos, toalhas, entre outros.
- e) **Consumíveis:** Luvas, seringas, cateteres, algalias, sondas nasogástricas, mascaras, lâminas, fios cuja requisição deve ser mensal.
- f) **Utensílios de cozinha:** Chaleiras, painéis, copos, talheres, entre outros.
- g) **Utensílios de copa:** Abre-latas, açucareiro, chávenas, talheres, termo.
- h) **Material de higiene:** Baldes, desentupidor, panos de limpeza, piassaba, tesoura para jardineiro, vassoura.
- i) **Meios de transporte:** Veículos motorizados (carros, motos, entre outros) ou veículos não motorizados (bicicletas, entre outros)



INVENTÁRIAÇÃO DO PATRIMÓNIO DO ESTADO

Inventário é o instrumento utilizado para o registo, acompanhamento e controlo dos bens que compõem o Património do Estado, ou que estejam à sua disposição, devendo ser quantificados e valorados.

Ao nível dos SDSMASs, os bens devem ser inventariados pelo Responsável do Património, sob supervisão do Chefe da Repartição de Administração e Planificação, considerando entre outros, os seguintes elementos:

O inventário de bens deve ser organizado, com base nos seguintes documentos:

- a) **Classificador Geral:** é o documento em que consta todas as numerações dos bens patrimoniais do estado.
- b) **Fichas de Inventário:** são instrumentos utilizado para o registo, acompanhamento e controlo dos bens que compõem o Património do Estado e que devem ser preenchidas no acto da inventariação e são constituídas por:
 - Código
 - Número
 - Designação do bem
 - Tipo de aquisição
 - Dimensões
 - Valor
 - Data de aquisição
 - Localização.

Cada bem deve ser inventariado individualmente, sendo que a descrição constante do Inventário deve compreender, dentre outros elementos o seguinte:

- a) **Relativamente ao mobiliário:** Designação, indicação das medidas, tipo, número de gavetas, prateleiras e portas, se é de verniz ou tinta, e o fim a que se destina.
- b) **Relativamente à veículos:** Marca, modelo, cilindrada, combustível, número do motor e do chassis, matrícula, lotação, capacidade de carga, cor, número de portas e ano de fabrico.
- c) **Relativamente à roupa, vestiário, uniforme, equipamento e calçado:** Designação, tipo, cor do tecido, medidas possíveis e o fim que se destina.
- d) **Relativamente aos livros:** Título da obra, nome do autor, do editor e data da edição.

Após a realização ou actualização do inventário deve-se preencher as Fichas de Inventário que posteriormente um exemplar deverá ser afixado no local da inventariação.

Periodicidade do Inventário Geral:

O Inventário Geral do Orçamento do Estado deve ser feito em todos os anos que terminem em “0” ou “5”, por exemplo, 2010, 2015, 2020, 2025, etc.

ABATE DO PATRIMÓNIO DO ESTADO

Definições:

Abate – acto administrativo que consiste em retirar do inventário de um órgão ou instituição em determinado bem

Bens ociosos – são todos aqueles que não são utilizados durante um período de três meses consecutivos e relativamente aos quais não esteja prevista a sua utilização nos três meses seguintes

Os bens do estado só podem ser abatidos do respectivo inventário depois de obtida a autorização competente (Ministro de tutela ou Governador Provincial) conforme se trate de bem afecto a um órgão de nível central ou provincial.

Constituem motivos de abate de bens do património do estado os seguintes:

- a) Transferência
- b) Incapacidade
- c) Bens Ociosos
- d) Substituição

Ao nível dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, a transferência de bens patrimoniais dum sector para outro é autorizada pelo respectivo Director.

4.1. Destino dos bens abatidos:

Os bens abatidos por incapacidade podem ser destinados à:

- a) Venda
- b) Troca ou permuta
- c) Destruição

CONSERVAÇÃO, MANUTENÇÃO OU REABILITAÇÃO DO PATRIMÓNIO DO ESTADO

A importância da manutenção preventiva de equipamento e infra-estruturas visa garantir a conservação e durabilidade destes. A ausência de manutenção planificada e preventiva leva a degradação continuada e acentuada das unidades sanitárias e consequentemente origina a mobilização de recursos avultados para acções de reabilitação e reconstrução futuras.

A promoção de uma cultura de manutenção entre os diferentes intervenientes do sistema de operação e manutenção, levará a uma gestão racional dos fundos públicos e contribuirá para o aumento da vida útil da mesma, com a preservação da qualidade, estética e nível de desempenho das infra-estruturas e componentes, garantindo conforto, segurança e satisfação dos usuários.

Em relação a componente manutenção, o cenário actual é caracterizado por:

- Ausência de programas de manutenção
- Contínua degradação das unidades sanitárias, daí ser necessário criar-se um plano de manutenção ao nível do SDSMAS.

5.1. Implementação de um Sistema de Manutenção

Para a implementação de um sistema de manutenção eficaz, cada Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social deverá ter:

- Um **Ponto Focal de Manutenção**, que deverá ser escolhido preferencialmente entre um Assistente ou Técnico Administrativo, ou seja, um funcionário do Regime Geral (com 10ª ou 12ª classe);
- Um **Manual de Operações, Uso e Manutenção** de acordo com a Norma Moçambicana (NM 231 – Instruções para Elaboração do Manual de Operação, Usos e Manutenção); e
- Um Plano de Manutenção de Rotina, Preventiva e Correctiva, de acordo com a Norma Moçambicana (NM 232 – Procedimentos para Manutenção de Edifícios).

Nota bem: Os documentos acima referidos constam da Política e Estratégia Nacional de Manutenção dos Edifícios Públicos, elaborada pelo Ministério das Obras Públicas e Habitação.

Os serviços de Manutenção de Rotina ou Preventivo, devem ser preferencialmente executados pelas Equipas Internas de Manutenção.

Os usuários das instalações (profissionais de saúde, utentes, familiares, etc) deverão ser capacitados e incentivados para o uso adequado do edifício no seu todo e em particular nas diferentes componentes do edifício.

Cada órgão gestor do edifício deverá planificar os recursos financeiros necessários para realizar as actividades de manutenção de rotina e de carácter preventivo anual que em termos orçamentais se situem na ordem de 1% a 2% do custo da sua construção.

Tabela 1.Exemplo de um Sistema de Manutenção

Sistema	Serviço	Periodicidade	Equipamento base
I. COBERTURA			
1. Vigamento 2. Telhado 3. Impermeabilização 4. Caleiras e condutores	1. Inspeção e verificação 2. Limpeza 3. Inspeção, Limpeza e Reparação 4. Inspeção, Limpeza e Reparação	1. Semestral 2. Bimensal 3. Trimestral 4. Mensal	1. Equipamentos de Limpeza 2. Escadote

II.PAREDES			
1. Revestimentos 2. Blocos/ Tijolos a Vista 3. Placas	1. Inspeção, Limpeza e Reparação 2. Inspeção, Limpeza e Reparação 3. Inspeção, Limpeza e Reparação	1. Semestral	1. Equipamentos de Limpeza 2. Escadote
III.Elétrica			
1. Quadro de Entrada/ Geral 2. Circuitos 3. Tomadas 4. Interruptores 5. Lampadas	1. Inspeção/ Troca de Fusíveis 2. Inspeção e Reparação 3. Inspeção e Troca 4. Inspeção e Troca 5. Inspeção/ Reposição	1. Bimensal 2. Trimestral 3. Semestral 4. Semestral 5. Mensal	Ferramentas
IV.Esquadrias			
1. Caixilhos de Alumínio 2. Caixilhos de ferro 3. Caixilhos de Madeira 4. Portas 5. Vidro	1. Inspeção e Limpeza 2. Limpeza e/ou Pintura 3. Pintura e/ou Reparação 4. Pintura 5. Limpeza e/ou substituição	1. Anual 2. Anual 3. Semestral 4. Anual 5. Anual	Instrumentos de Limpeza
V. Estrutura			
1. Fundações 2. Pilares 3. Vigas 4. Lajes	Inspeção e Verificação de possíveis fissuras, trincas, rachaduras, ferragem aparente, desníveis, carbonatação	Semestral	1. Visualização 2. Testes específicos (suporte laboratorial ou de cálculo estrutural)
VI. Hidráulica			
1. Entrada 2. Sistemas de Caixas de água 3. Torneiras 4. Válvulas	1.Inspeção 2.Inspeção e limpeza 3.Inspeção e reparação 4.Inspeção e reparação	Semestral	1. Equipamento de limpeza e 2. Ferramentas
VII. Pisos			
1. Revestimentos 2. Juntas 3. Rodapés 4. Piso elevado 5. Pisos externos	1. Limpeza, verificação e reparação 2. Inspeção 3. Verificação 4. Varificação 5. Limpeza, verificação e	1. Bimensal 2. Trimestral 3. Semestral 4. Semestral 5. Bimensal	Equipamento de limpeza

	reparação		
VII. Pintura			
1. Interna 2. Externa	1. Roquetes/ pintura 2. Roquetes/ pintura	1. Anual 2. Bianual	Pincéis, lixas, baldes, escadote

5.2. Propostas para manutenção e reparações/reposição de equipamentos

Os equipamentos constantes nas US (laboratórios, radiologia, geleiras do PAV, ar condicionados, autoclaves, entre outros) devem merecer da parte dos gestores dos SDSMASs e USs um cuidadoso plano de manutenção (Correctiva e Preventiva) de modo a garantir o seu pleno funcionamento, ampliar a sua vida útil e garantir segurança.

5.2.1. Manutenção Correctiva

Realiza-se no caso de avaria de um determinado equipamento médico. Ao nível do Serviço Nacional de Saúde, as equipas de manutenção de equipamentos médicos encontram-se:

- No Nível Central,
- Nas Direcções Provinciais de Saúde,
- Nos Hospitais Centrais e
- Nos Hospitais Provinciais

Ao nível de uma US, o funcionário do sector em que se registou a avaria do equipamento deverá comunicar oficialmente (por escrito) ao Director da US, que por sua vez solicitará ao Responsável pelo Património para confirmação da avaria. Seguidamente o SDSMAS deverá fazer uma nota a DPS comunicando da avaria e solicitando a presença da equipa provincial de manutenção.

Uma vez chegada a equipa provincial de manutenção e durante a reparação dos equipamentos, é muito importante que o mesmo seja sempre acompanhado do profissional de saúde que deve velar pelo mesmo, por exemplo, o Enfermeiro Chefe, no caso de reparação de autoclave, o Chefe do PAV, no caso de reparação de geleiras do PAV, o Responsável pelo Laboratório, no caso de reparação de um equipamento de laboratório. O acompanhamento do serviço por um profissional de saúde local é valioso tanto no seu processo de aprendizagem, como para a realização de manutenções preventivas no futuro.

5.2.2. Manutenção de Rotina ou Preventiva

Realiza-se de forma regular de modo a evitar a avaria dos equipamentos e ampliar a sua vida útil, com a conseqüente redução dos custos e aumento da sua segurança e desempenho. A Manutenção

Preventiva é feita pelos mesmos profissionais de saúde. É importante referir que o profissional de saúde somente deve fazer Manutenção Preventiva depois de ter-se beneficiado de uma capacitação por um Técnico credenciado.

5.3. Orçamento para a manutenção do património de um Centro de Saúde

O Orçamento para manutenção preventiva e correctiva de uma US é feito com base nos serviços a serem realizados (vide Tabela 1). Para tal, deve-se planificar no Orçamento a aquisição de materiais e equipamentos para serem mantidos em stock no armazém de modo a fazerem reposição dos outros materiais.

A seguir são listadas alguns exemplos de materiais de reposição que devem ser adquiridos e mantidos em stock para manutenção do património de um Centro de Saúde

Material Canalização

- Sifão para tanque
- Sifão para lavatório
- Sifão para pia
- Torneira
- Cotovelos, luvas, Tês, uniões

Material Elétrico

- Fusíveis
- Disjuntores
- Lâmpadas
- Lâmpadas
- Interruptores
- Disjuntores

Material de Carpintaria

- Redes para janelas
- Reguladores
- Tranquetas
- Fechaduras
- Dobradiças

Portanto, o gestor de uma unidade sanitária, deve perceber que é o responsável hierárquico máximo por velar pela manutenção de um inventário actualizado dos bens do estado e manutenção de todos bens patrimoniais ao dispor da US que gere:

- Indicando um responsável de inventariação ou do património do estado
- Zelar pelo cumprimento das normas e periodicidade de inventariação do património do estado
- Garantir uma conservação adequada dos bens patrimoniais sob sua alçada
 - Através da manutenção preventiva (priorizar este tipo de manutenção)
 - Manutenção curativa
- Garantir uma dotação orçamental anual para a manutenção dos bens patrimoniais
- Garantir uma comunicação eficaz entre os serviços de manutenção da sua US e Serviços Provinciais
- Supervisar o grau de implementação dos planos de manutenção dos bens do estado da sua US ou área de saúde
- Verificar a ociosidade dos bens e Propor o abate de bens ociosos ou outros tipos de bens patrimoniais do estado
- Identificar as necessidades e Planificar a aquisição de bens patrimoniais do estado
- Efectuar o seguro dos bens

6.GESTÃO DE MEDICAMENTOS - GENERALIDADES

A Gestão de Medicamentos é o conjunto das actividades que devem ser realizadas de uma forma continua e interligada para garantir a existência e o correcto uso dos medicamentos nos diversos níveis do Sistema de Saúde.

O Sistema de Abastecimento de Medicamentos está estruturado em diferentes níveis:

- O **Nível Central**, constituído pela CMAM (Central de Medicamentos e Artigos Médicos) e os Armazéns Centrais de Maputo e Beira que abastecem os Hospitais Centrais, Hospitais Gerais da Cidade de Maputo e os Depósitos Provinciais;
- O **Nível Provincial**, constituído pelos Depósitos Provinciais de Medicamentos, que abastecem os Hospitais Provinciais, os Depósitos Distritais de Medicamentos e Hospitais Rurais;
- O **Nível Distrital**, constituído pelos Depósitos Intermediários ou distritais que abastecem os Hospitais Rurais, Gerais e os Centros de Saúde;

As instituições do nível distrital são abastecidas mensalmente, na base de uma requisição de medicamentos elaborada pelo respectivo Responsável da Farmácia, em coordenação com o Responsável Clínico.

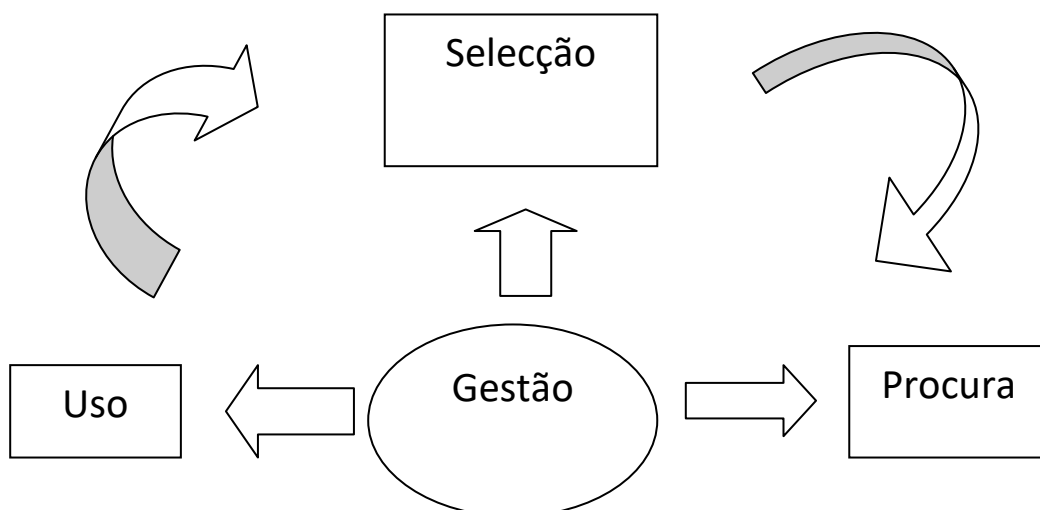
A utilização de medicamentos no SNS é orientada por um Formulário Nacional de Medicamentos (FNM), com o qual foi instituída a obrigatoriedade na prescrição de medicamentos pelos nomes genéricos ou DCI (Denominação Comum Internacional) em todo o território nacional.

No âmbito da harmonização do sistema, definiu-se uma lista única de preços a ser usada para valorizar os movimentos de stock internos no sector da farmácia, desde o nível provincial de abastecimento até à unidade sanitária.

Pelo despacho 42/2007 de Sua Excelência o Ministro da Saúde, datado de 2 de Maio, foi estabelecido a taxa única de 5,00 meticais por receita médica para a cobrança de medicamentos em todas as unidades sanitárias do SNS.

CICLO DE APROVISIONAMENTO DE MEDICAMENTOS

O Ciclo de aprovisionamento apresenta-se como uma sucessão de funções básicas, fundamentais para uma correcta gestão dos medicamentos no Serviço Nacional de Saúde, figura 1.



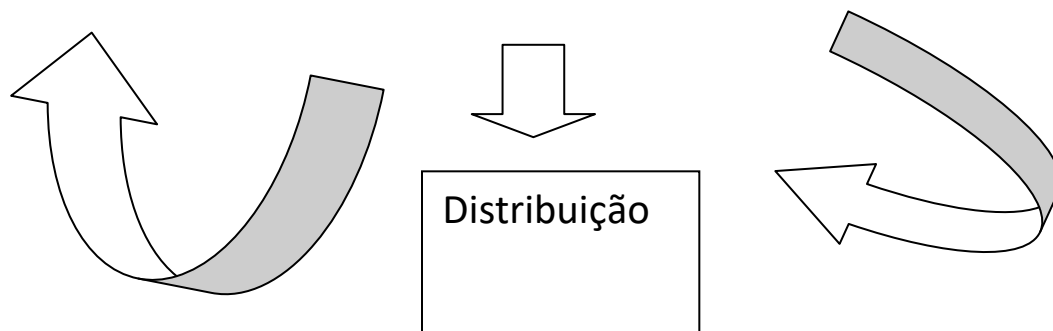


Figura 1. O Ciclo de Aprovevisionamento de Medicamentos

1.1. Seleção e Procura

Consiste em determinar e adquirir as quantidades necessárias dos medicamentos apropriados para o tratamento das patologias identificadas, tendo em conta os fundos disponíveis. Tem em conta os medicamentos essenciais, que são os mais frequentemente usados de acordo com as principais patologias de um País, e outros medicamentos mais específicos e diferenciados.

1.2. Distribuição

Consiste em disponibilizar os artigos e serviços necessários para o funcionamento de uma determinada instituição, com boa qualidade e quantidade, em tempos certos e regulares, e com custos mínimos.

1.3. Uso

Refere-se à correcta utilização da medicação, considerando a qualidade da prescrição, a embalagem, a rotulagem, as condições de dispensa e de conservação e o cumprimento da terapêutica pelo paciente.

ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS NAS UNIDADES SANITÁRIAS

Existem três métodos de abastecimento de medicamentos no SNS:

1. O abastecimento “clássico”
 - Permanente ou regular (Via Clássica);
 - Especial, de reforço ou de emergência;
2. O abastecimento programado de kits (PME – Programa de Medicamentos Essenciais)
3. O abastecimento de Medicamentos Antiretrovirais (MARVs)

4.1. Abastecimento Regular (Via Clássica)

A Via Clássica é a forma de abastecimento dos Hospitais e do Internamento em geral, sendo também utilizada em complemento para reforço às unidades sanitárias abastecidas por Kits.

Este abastecimento é feito com base na elaboração de uma requisição, para qual é necessário seleccionar e quantificar os medicamentos necessários, com base nos consumos médios e o stock de segurança, considerando as quantidades existentes no stock.

4.2. Abastecimento Especial ou de Reforço

O Abastecimento Especial é utilizado quando um medicamento está em eminência de ruptura de stock e é necessário reforço ou quando se prevê que aconteça uma das situações seguintes:

- Sempre que aparece um deficit para determinado produto do Kit;
- Quando se prevê um consumo extraordinário devido à epidemias;
- Quando o nível de qualificação do pessoal clínico da US permite a utilização de medicamentos de nível superior aos contidos no Kit.

Quando uma destas situações acontece, o responsável da farmácia, em coordenação com o responsável clínico, faz uma requisição de acordo com as necessidades, ao Depósito Provincial de Medicamentos (DPM) ou Depósito Distrital de Medicamentos (DDM), solicitando o reforço ou o abastecimento adicional de medicamentos.

4.3. Abastecimento Programado de Kits

O processo de Abastecimento programado de Kits tem como objectivo garantir a existência regular de medicamentos básicos/essenciais nas USs de nível primário, melhorar a utilização do medicamento e as condições de armazenagem e distribuição de medicamentos neste nível, e, desta maneira, melhorar o abastecimento de medicamentos à população.

Um Kit define-se como uma embalagem cujo conteúdo em medicamentos essenciais está previsto para tratar um número determinado de doentes, em função de padrões epidemiológicos pré-definidos.

A distribuição é realizada pelos DPM's e Depósitos Distritais de Medicamentos (DDM's) sem que seja necessária a elaboração duma requisição.

O nível de qualificação do pessoal clínico determina o tipo de kit a ser utilizado, enquanto o número de consultas externas permite avaliar a quantidade de kits necessários para cobrir as actividades da unidade sanitária.

Anteriormente existia 3 tipos de Kits: KIT A, KIT B e KIT C, com capacidade para 1000, 500 e 250 consultas respectivamente. Para além do número de consultas, estes Kits tinham em conta a categoria do profissional de saúde numa determinada unidade sanitária. O KIT C estava destinado para os APE's (Agentes Polivalentes Elementares)

Estes Kits, foram revistos e actualmente, existem 2 tipos de Kits, nomeadamente Kit US e Kit APE, tabela 1.

Tabela 1. Diferença entre Kit US e Kit APE

Tipo de Kit	Número de consultas externas abrangidas	Nível de qualificação do pessoal clínico
Kit US	1000	Médico Técnico de Medicina Agente de Medicina Enfermeiro Básico Enfermeiro Geral Enfermeira de SMI
Kit APE	250	Agentes Comunitários de Saúde APE's Socorristas

As unidades sanitárias são abastecidas em medicamentos por duas vias:

- O abastecimento Programado de Kits
- O abastecimento especial, de reforço ou de emergência.

O Depósito Provincial de Medicamento abastece trimestralmente os Depósitos Intermediários (Depósitos Distritais de Medicamentos), os quais, por sua vez, fornecem mensalmente às unidades Sanitárias de acordo com as actividades realizadas, sem que seja necessária a elaboração de uma requisição.

4.3.1. Recepção dos Kits

Como se disse anteriormente, trimestralmente o Depósito Distrital de Medicamentos (DDM) receberá do Depósito Provincial de Medicamentos (DPM) os kits necessários para cobrir o consumo do período considerado.

Os Kits a serem recebidos no DDM estarão acompanhados de uma GUIA DE REMESSA/ENTRADA e de uma NOTA DE ENTREGA devidamente preenchidas pelo DPM.

Assim, no primeiro acto da recepção, que é a entrada dos volumes no armazém, o Responsável da Farmácia deve verificar se os Kits não foram violados, e que o N° de volumes corresponde à quantidade indicada na NOTA DE ENTREGA.

Se detectar a falta ou a violação de volumes, será anotado uma observação e logo avisado o responsável clínico do distrito.

Os Kits de medicamentos, uma vez recebidos passam a ser considerados como qualquer outro produto seguindo as mesmas regras de gestão e armazenagem.

Assim, as quantidades recebidas serão lançadas nas fichas de Stock do depósito imediatamente após arrumação das caixas.

4.4. Abastecimento de Medicamentos Antiretrovirais (MARVs)

Nota para o aluno: ler aulas da disciplina de Avaliação e Manejo dos Doentes com HIV e SIDA

Os MARVs são distribuídos com uma periodicidade mensal para as unidades sanitárias que realizam consultas para pessoas vivendo com HIV/SIDA e consequentemente oferecem o tratamento antiretroviral (TARV), a Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) e a Profilaxia Pós-Exposição (PPE). Uma unidade sanitária para fazer o TARV deve ter recursos humanos treinados (Médicos, TMG e/ou Enfermeira de SMI de nível médio) no manejo e tratamento das pessoas seropositivas e das infecções oportunistas, Agentes ou Técnicos de Farmácia e Laboratório.

É da responsabilidade do Agente ou Técnico de Farmácia fazer a gestão dos MARVs na unidade sanitária, em que em coordenação com o Director Clínico e Responsável da Maternidade (por causa do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical, os MARVs são usados na maternidade), no final do mês elabora o Mapa Mensal de Informação de ARVs (MMIAS) para ser enviado para o Depósito Provincial de Medicamentos (DPM) de modo a enviar os MARVs para o mês seguinte. (Figura 2)

7.GESTÃO E ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS

As unidades sanitárias são abastecidas mensalmente em kits de medicamentos pelo Depósito Distrital de Medicamentos (DDM).

Apesar de receber os kits, as unidades sanitárias podem também receber, quando forem requisitados, reforço de medicamentos da Via Clássica tal como referido na aula 7.

2.1.Recepção de Medicamentos

Para recepção de medicamentos deve-se formar uma “Comissão de Recepção” que será formada por:

- Responsável Clínico ou o seu representante
- Responsável de Farmácia
- Outro Profissional de Saúde

O agente encarregado do transporte dos medicamentos deve entregar junto os volumes (caixas fechadas), uma Guia de Remessa/Entrada (que acumula também a função de Nota de Entrega). (figura 1)

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE CENTRAL DE MEDICAMENTOS E ARTIGOS MÉDICOS										GUIA DE REMESSA				ENTRADA	
Depósito Fornecedor: DDM Boane		Unidade Dependente: CS Boane		Fornecimento		<input checked="" type="checkbox"/>		Nº		000690					
Distrito: Boane		Nº de Requisição:		006/2008		Expirado		<input type="checkbox"/>							
		Nº Total de volumes: 1				Acumulado		<input type="checkbox"/>							
Provincia: Maputo		Data da requisição:		17/3/2008		Devolução						Data da recepção			
		Data da remessa:		2/4/2008											
Preenchido pelo Depósito Fornecedor										Preenchido pela Unidade Dependente					
FNM	Designação			Nº de Lote	Prazo de Validade	Quantidade Pedida	Quantidade Fornecida	Preço Unitário	Valor	Quantidade Recebida	Diferença				
	Nome	Dosagem	Forma Farmacêutica									QF	PU	QF x PU	QR
1	07-A-03	Paracetamol	500 mg	comp.	AZB35904	25/08/2010	1900	2000	4	8000					
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Valor da remessa:									8000						
Elaborado por:												Conferido por:		Recebido por:	

Figura 1. Guia de Remessa ou Entrada

2.1.1. Recepção dos Volumes

No primeiro acto da recepção, que é a entrada dos volumes no Depósito, o Responsável Distrital da Farmácia deve:

- Verificar se as embalagens ou caixas de kit não foram violadas,
- Verificar se o número de kits ou de caixas de medicamentos da via clássica corresponde à quantidade indicada na Guia de Remessa/Entrada,
- Completar, assinar e devolver um exemplar da Guia de Remessa/Entrada ao fornecedor
- Verificar as quantidades e a qualidade dos produtos recebidos conforme a informação da **Guia de Remessa / Entrada**. Se detectar qualquer anomalia tanto de quantidade assim como da qualidade do produto, deve ser comunicado imediatamente através do **Relatório de Ocorrência** ao Depósito Fornecedor devendo este transmiti-lo ao seu Responsável Clínico
- Enviar o **Relatório de Ocorrências** após ter recebido o visto do Director Clínico do Centro de Saúde

No caso do abastecimento de kits, será confirmada apenas a recepção do número de volumes enviados, selados e em bom estado. Os Kits que estiverem violados e em mau estado deverão ser devolvidos, devendo constar do Relatório de Ocorrências o estado dos mesmos e as razões da devolução.

Uma vez completado, o original da Guia de Remessa/Entrada será devolvido ao depósito fornecedor. Dependendo do tipo de remessa, o duplicado será:

- Arquivado na pasta adequada se for remessa de kits;
- Anexado à requisição correspondente num processo único e arquivado na pasta adequada se for uma remessa especial de reforço por medicamento da via clássica.

2.1.2. Relatório de Ocorrências

Se detectar qualquer anomalia, tanto de quantidade, como de qualidade do produto, deve ser comunicado imediatamente ao Responsável do Depósito Distrital de Medicamentos através do Relatório de Ocorrência.

O “**Relatório de Ocorrências**” é o documento que se elabora para relatar as anomalias verificadas no acto da recepção de medicamentos, durante os inventários ou a qualquer momento de gestão de stock.

Este deve ser elaborado em duplicado, o original será enviado ao DDM e a cópia ficará arquivada na unidade sanitária.

2.2. Arrumação dos Produtos e Registo nas Fichas de Stock

- Em estrados se forem kits;
- Nas prateleiras da farmácia se forem medicamentos da via clássica.

[illegible]

Nota bem: todas as Fichas de Stock devem ser colocadas na prateleira junto aos medicamentos correspondentes.

As informações são processadas sempre que haja um movimento de saída, inventário ou entrada.

ABERTURA DO KIT DE MEDICAMENTOS

Um novo kit de medicamento será aberto ao nível da unidade sanitária cada vez que acaba o kit de medicamento anterior.

Depois da abertura do kit, os medicamentos passam a ser considerados como medicamentos da via clássica seguindo as mesmas regras de arrumação, conservação e de gestão (vide aula 9).

No momento da abertura, deve-se conferir o conteúdo do kit e relatar ao DDM as irregularidades ou discrepâncias descobertas no conteúdo dos kits e/ou qualidade dos medicamentos por meio de um Relatório de Ocorrência.

Para esse efeito, uma lista de embalagem de medicamentos estará incluída em dois exemplares em cada kit, para reportar estas irregularidades ou discrepâncias.

3.1. Regras para gestão e utilização de kits

- Os Kits de medicamentos só devem ser abertos e usados nas Unidades Sanitárias do nível Primário para qual se destinam.
- Os Kits de medicamentos só devem ser abertos na Unidade Sanitária quando acaba o primeiro medicamento do Kit precedente.
- Uma vez aberto, os medicamentos do Kit passam a ser considerados como medicamentos da Via Clássica seguindo as mesmas regras de gestão (regras de arrumação e conservação, ficha de stock).

3.2. Lista de embalagem do kit “US” e do kit “APE”

Sempre que se abre um novo kit no Centro de Saúde, deve-se preencher a lista de embalagem de kit US (figura 3) e kit APE (figura 4). O kit US contém 49 medicamentos e o kit APE 18.

Ao abrir-se um kit de medicamentos, deve-se sempre preencher a lista de embalagem de kit constante no seu interior. O Técnico de Medicina deve preencher o cabeçalho (Província, Distrito, US, Código e Data de abertura do kit). Seguidamente, deve verificar e contar cada medicamento constante no kit e confrontar com a quantidade constante na lista de embalagem.

Caso se detecte anomalia no conteúdo ou na qualidade dos medicamentos, a US devolve um exemplar da lista da embalagem para o DDM com as constatações anotadas através de um Relatório de Ocorrências.

Após o preenchimento da lista de embalagem, uma cópia deve ser enviada para o DDM sempre que se detectam anomalias no conteúdo ou na qualidade dos medicamentos de um kit. O duplicado do impresso será arquivado numa pasta na US. Caso não se identifique nenhuma anomalia, não se deve enviar a lista de embalagem.

LISTA DE EMBALAGEM DE MEDICAMENTOS DO KIT “US”

Província: _____

Distrito: _____

Unidade Destinatária: _____

Código do Destinatário: _____

Data da Abertura do Kit: _____

ITEM	F.N.M	DISCRIÇÃO	QUANTIDADE	QUANTIDADE RECEBIDA	DIFERENÇA
01	02-A-03A	Hidróxido de Alumínio 500mg comprimidos	200		
02	04-B-05A	Oxitocina 5UI/ml injectável, ampolas de 1ml	40		
03	05-A-01A	Aminofilina 100mg Comprimidos	500		
04	05-A-07A	Salbutamol 2mg Comprimidos	400		
05	06-A-06A	Sulfato Ferroso 300mg + Acido Fólico 1mg Comprimidos	5,000		
06	07-A-01A	Acido Acelilsalicilico 500mg Comprimidos	1,000		
07	07-A-03A	Paracetamol 500mg Comprimidos	5,000		
08	08-G-05A	Paracetamol Pediátrico, Suspensão oral, pó para reconstituição 120mg/5ml, 100ml	10		
09	07-I-04A	Diazepam 5mg/ml, Injectável ampolas de 2ml	5		
10	08-G-05A	Benzatina Benzilpenicilina 2.400,000UI Injectável	100		
11	08-A-05A	Procaina Benzilpenicilina 3.000,000UI Injectável	25		
12	08-A-03A	Fenoximetilpenicilina 500mg Comprimidos	1,500		
13	08-A-07A	Amoxicilina 250mg/5ml, Suspensão Oral frascos de 100ml	60		

14	08-C-05A	Kanamicina 2g/8ml Injectável	100		
15	08-D-01A	Eritromicina 500mg Comprimidos	500		
16	08-E-01A	Doxicilina 100mg Comprimidos	300		
17	08-F-01A	Acido Nalidixico 500mg Comprimidos	400		
18	08-G-04A	Cotrimoxazol 400mg + 80mg Comprimidos	5,000		
19	08-G-04A	Cotrimoxazole 200mg+40mg suspensão oral /5ml, frascos de 100ml	50		
20	08-G-04A	Metronidazol 250mg Comprimidos	2,000		
21	09-J-01A	Albendazol 200mg Comprimidos	150		
22	08-J-05A	Praziquantel 600mg Comprimidos	30		
23	08-M-04A	Nistatina gotas orais, 1000.000 UI/ml, 30ml	10		
24	08-M-05A	Clotrimazol 100mg Comprimidos Vaginais	180		
25	10-A-07A	Hidroclorotiazida de 50mg + Amilorida de 5mg Comprimidos	75		
26	11-A-19A	Sais de Rehidratacao Oral 27,9g, Saquetas	250		
27	11-A-19B	Sais de Hidratação Oral 20,5g, Saquetas	50		
28	12-D-03A	Vitamina A 200,000 UI + Vitamina E 40UI Cápsulas	25		
29	13-A-01A	Adrenalina 1mg/ml, Injectavel ampolas de 1ml	5		
30	13-A-01A	Maleato de clorofinamina 4mg Comprimidos	500		
31	14-A-03B	Ibuprofeno 200mg Comprimidos	500		
32	15-C-15A	Benzoato de Benzilo Aplicação 25%, 100ml	10		
33	15-C-08	Clotrimazol 1%, 30g, Creme	5		
34	17-C-07A	Tetracilina 1% Pomada Oftálmico, tubo 5g	50		
35	18-B-05A	Lidocaina 2% Injectável frascos de 50ml	1		
36	20-A-05A	Cetrimida 15% + Clorexidina 1,5% solução concentrada frascos de 500ml	2		

37	23-A-01A	Adesivo 5cm x 5m, tipo Cambric	8		
38	23-A-06A	Algodao Hidrofilo 500mg, rolo	6		
39	23-A-17A	Bandagem de gaze 10cm x 5m, tipo Cambric	96		
40	23-A-28A	Compressa de gaze, não esterilizada 10 x10cm	40		
41	S/R	Agua esterilizada para injeções, frascos de 10ml	250		
42	S/R	Envelopes de plástico para embalar comprimidos 60 x 80cm	2,500		
43	S/R	Catgut cómico 3/0, 75cm c/agulha ½ circulo, R/B 30mm	10		
44	S/R	Luvax Nº 6 - par	10		
45	S/R	Luvax de examinação Látex, médio ligeiramente em pó, peças	100		
46	S/R	Luvax Nº 8 - par	10		
47	S/R	Barra de sabão 110g	3		
48	S/R	Seringa disperdisavel, 10ml com agulha	75		
49	S/R	Cofre para agulhas/ seringas usadas	1		

Figura 3. Lista de Embalagem de KIT US

LISTA DE EMBALAGEM DE MEDICAMENTOS DO KIT «APE»

KIT APE					
01	06-A-06A	Sulfato ferroso 300mg+Ácido fólico 1mg comprimidos	1,500		
02	07-A-03A	Paracetamol 500mg comprimidos	1,000		
03	08-G-04A	Cotrimoxazol 400mg+80mg comprimidos	500		
04	08-G-05A	Paracetamol Pediátrico, Suspensão oral, pó para reconstituição 120mg/5ml, 100ml	5		
05	08-J-01A	Albendazol 200mg comprimidos	25		
06	08-M-04A	Nistatina gotas orais, 100.000UI/ml, 20ml	2		
07	11-A-19A	Sais de Reidratação oral 27, 9g, saquetas	75		
08	11-A-19B	Sais de Reidratação oral 20, 5g, saquetas	25		
09	15-C-15A	Benzoato de Nenzilo Aplicação 25%, 100ml	10		

10	17-C-07A	Tetraciclina 1% Pomada Oftálmica, tubo de 5g	25		
11	20-A-05A	Cetramida 15%+Clorexidina 1,5% solução concentrada frascos de 500ml	1		
12	23-A-01A	Adesivo 2,5cmx5m, Z.O.P, rolo	3		
13	23-A-06A	Algodão Hidrófilo 500mg, rolo	2		
14	23-A-17A	Bandagem de gaze 10cm x 5m, tipo Cambric	12		
15	23-A-28A	Compressa de gaze, não esterilizada 10cm x 10cm	3		
16	S/R	Envelopes de Plástico para embalar Comprimidos 60x80mm	500		
17	S/R	Preservativos	200		
18	S/R	Barra de sabão 110g	3		

Figura 4. Lista de embalagem de kit APE

8. CONSERVAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Nota para o aluno: Ler a aula 4 para revisão dos aspectos gerais sobre a conservação de produtos.

A conservação constitui um dos aspectos importantes na gestão de medicamentos. Quando mal armazenados, as condições ambientais podem alterar a qualidade dos mesmos. Por esta razão, foram criadas algumas regras básicas para a conservação de medicamentos, que passamos a citar:

- Ausência de humidade, calor ou frio excessivos (temperatura dos Depósitos não Superior a 25° C);
- Proteção contra animais e parasitas;
- Proteção contra incêndio;
- Boa circulação de ar;
- Área para produtos que necessitam de temperatura controlada;
- Área para produtos inflamáveis.

2.1. Elementos Adversos aos Medicamentos

Os elementos adversos aos medicamentos são calor, luz, humidade, ratos e insectos.

- **Calor**

O calor acelera a degradação dos medicamentos. Sempre que possível deve-se criar correntes de ar na zona de armazenagem no sentido de baixar a temperatura ambiente no local.

- **Luz**

Alguns medicamentos deterioram-se quando expostos à luz. A sensibilidade é variável em função dos produtos, mas em regra todos os produtos devem estar protegidos da luz (usando cortinas ou

pintando as janelas com a cor branca), porque a cor branca, ao contrário da preta, absorve menos a luz solar.

É importante ler as indicações de conservação escritas no rótulo das embalagens ou etiquetas das caixas.

- **Humidade**

O bolor e o mofo são causados pela humidade, pela infiltração de água através do tecto, das paredes e cheias. Para evitar isso, devem-se proteger as caixas ou embalagens de medicamentos da água que possa vir de cima ou de baixo (chuva, infiltrações).

Nota Bem: As caixas NÃO devem ser arrumadas directamente no chão, mas sim nas prateleiras, em paletes ou estrados para grandes volumes.

- **Ratos e Insectos**

Um armazém limpo e bem arrumado é menos sujeito à presença de roedores e insectos.

Os medicamentos impróprios para uso devem ser destruídos regularmente. Enquanto aguardam pela sua destruição devem estar isolados e devidamente arrumados.

Usar insecticidas e verificar que as redes das janelas e outras possíveis entradas de ratos e insectos estão protegidas e em boas condições.

Tendo em conta que os ratos destroem muitas vezes os soros, plásticos, comida e outros, os produtos devem ser bem arrumados, verificando-se regularmente a integridade das embalagens.

- **Roubo**

De modo minimizar os riscos de roubo é necessária a tomada de algumas precauções nos armazéns, nomeadamente:

- ✓ Limitar o acesso a área de armazenagem.
- ✓ Permitir só a circulação de pessoal autorizado nas áreas de armazenagem.
- ✓ Controlar a entrada e saída durante as horas de serviço.
- ✓ Assegurar as portas e janelas com fechaduras fortes e dispositivos de segurança.

Nota Bem: O responsável do depósito de medicamentos deve sempre verificar a integridade física do seu armazém, avisando o Responsável clínico logo que se detecte qualquer anomalia que possa constituir risco para segurança da mercadoria.

Também é necessário proteger os medicamentos dos incêndios, para além de ter que tomar em consideração o prazo de validade como a seguir se apresenta:

Prazos de validade

É possível minimizar as perdas devido a expiração de prazo de validade através das seguintes medidas:

- Prever as necessidades correctamente.
- Arrumar correctamente os medicamentos.
- Aviar primeiro os medicamentos antigos (regra PEPS - Primeiro a Expirar, Primeiro a Sair)
- Devolver o stock acumulado ou produtos que não se usam para o depósito fornecedor
- Discutir com clínico sobre a utilização de medicamentos que estão a acumular.

Alguns produtos requerem condições especiais de armazenagem:

- **Vacinas:**

- A conservação das vacinas pode ser em refrigeradores (geleiras) verticais ou horizontais. A temperatura para as vacinas usadas no SNS (BCG, Anti-pólio, Anti-Sarampo, DPT/Hepatite B/Haemophilus Influenzae e Anti-Tetáno) bem como os respectivos diluentes deve ser conservada entre +2 a +8 graus Celsius.
- Nas geleiras verticais as vacinas anti-pólio e anti-sarampo ficam na prateleira superior; as vacinas BCG na segunda prateleira; as vacinas DPT/Hepatite B/H. Influenzae e VAT na terceira prateleira; as caixas de diluentes e acumuladores de gelo ficam também na terceira prateleira.
- Nunca coloque as vacinas na parte inferior da geleira, nem na parte interior da porta, por serem os locais menos frios.
- Nas geleiras horizontais, em que tem dois compartimentos, separados por um separador plástico, as vacinas anti-pólio, anti-sarampo e BCG ficam próximas do separador, por ser a zona mais fria; as vacinas DPT/Hepatite B/H. Influenzae e VAT ficam depois das vacinas atrás referidas, mais afastadas do separador.

- **Insulina:**

- A conservação e o armazenamento das insulinas em frascos devem ser realizados conforme as recomendações do fabricante. Elas apresentam boa estabilidade e têm sua ação biológica preservada, por aproximadamente dois anos, desde que devidamente armazenadas.
- São sensíveis à luz e às variações extremas de temperatura. Geralmente, necessitam ser refrigeradas entre 2 a 8°C.
- O melhor local da geleira para armazenar a insulina é o mais longe possível do congelador ou das placas de resfriamento. A porta não é um local apropriado para o armazenamento, pois as temperaturas variam muito a cada abertura da porta.
- Temperaturas menores que 2°C, maiores que 30°C, o congelamento e excesso de agitação do frasco contribuem para a perda da potência da insulina e alterações físicas, como, a formação de grumos e precipitação.

- **Oxitocina:**

- Conservar na geleira a temperatura de 2 a 8 graus célsius.

- **Estupefacientes e Psicotrópicos**

- Devem ser guardados num local seguro, de preferência num cofre. Apenas o chefe do depósito e uma outra pessoa terão acesso a estes produtos.

- **Inflamáveis (álcool, éter dietílico, metanol, etc.):**

- Devem ser armazenados em locais isolados e separados dos outros medicamentos.

ARRUMAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Os medicamentos recebidos devem ser arrumados imediatamente após a sua conferência. As regras de arrumação aqui listadas, uma vez aplicadas, vão facilitar a movimentação de carga dentro do armazém.

- Organizar o armazém de modo a facilitar o manuseamento dos produtos, a circulação do ar e a movimentação do pessoal.
- Organizar os produtos seguindo a ordem do Formulário Nacional de Medicamentos (FNM)
- Colocar nas prateleiras as etiquetas com os respectivos códigos do FNM para indicar o lugar de cada produto.
- Nas prateleiras de cima são armazenados os sólidos (comprimidos, cápsulas, SRO), se a prateleira for muito alta, armazene somente os medicamentos que não são sensíveis ao calor e os que tem pouca rotação, isto é, aqueles que ao nível do Depósito Distrital ou da US não foram requisitados ou têm fraca dispensa.
- Armazene nas prateleiras do meio, líquidos e injectáveis, não colocar outros medicamentos em baixo, pois podem ser danificados se os líquidos verterem, ou se partirem
- Colocar nas prateleiras de baixo os suprimentos médicos (material de penso, fios de sutura, preservativos)
- Sempre que possível, um mesmo produto deve ser arrumado na mesma zona
- Acondicionar os produtos de frio na câmara/geleira
- Colocar os produtos atractivos para roubo em local fechado com chaves
- Organizar as caixas de maneiras a que o Prazo de validade, etiquetas de identificação, data de fabrico estejam visíveis
- Seguir instruções de Fabricante para armazenamento
- Proteger a carga de grandes volumes (cartões, material de penso, soros, etc) arrumando-os em estrados.

Antes de arrumar qualquer produto ou medicamento deve-se verificar o prazo de validade. Aplicando a norma PEPS (Primeiro a Expirar Primeiro a Sair), os produtos com o prazo de validade mais longo, devem ficar de detrás e em baixo dos de curto prazo.

9. REGISTO DE ENTRADAS E SAIDAS

O registo das entradas, tal como o inventário ou contagem física do stock é realizado por meio da Ficha de Stock (conforme visto na aula 8).

As entradas de medicamentos no stock são determinadas em função:

- Do número de kits que foram abertos durante o mês
- Da recepção de medicamentos como reforço pela via clássica.

O registo das entradas deve ser realizado imediatamente após a abertura de um kit ou recepção de medicamentos na Ficha Mensal de Stock (figura 1).

2.1. Utilização da Ficha de Stock

Com a Ficha de Stock poder-se-á:

- Controlar a quantidade de medicamentos existentes
- Controlar o prazo de validade do medicamento
- Controlar o stock de segurança
- Calcular a quantidade necessária de medicamento
- Controlar os movimentos dos medicamentos
- Aumentar a transparência na gestão de medicamentos

[illegible]

Figura 1. Ficha de Stock

Nota bem: todas as Fichas de Stock devem ser colocadas na prateleira junto aos medicamentos correspondentes.

A Ficha de Stock deve ser utilizada para todos os produtos presentes e geridos no Depósito, incluindo os Kits e Livros de Modelos.

As informações são processadas sempre que haja um movimento de saída, inventário ou entrada.

As fichas de stock devem ser rubricadas pelo responsável clínico, e não se deve permitir a abertura de uma nova ficha sem autorização do responsável clínico. Ao terminar o espaço de preenchimento da ficha de stock, abre-se uma nova ficha de stock, e anexa-se a anterior ficha a esta nova ficha recém aberta.

2.2. Registo das Saídas

As quantidades de medicamentos saídos serão deduzidas no fim de cada mês, no momento da realização do inventário (contagem de stock existente). Os possíveis movimentos de saída são:

- Aviamento para um serviço de internamento
- Dispensa de medicamentos para o ambulatório
- Devoluções ao DDM.

PROCESSO DE INUTILIZAÇÃO E DEVOLUÇÃO

É o conjunto das actividades que permitem a destruição de produtos farmacêuticos que não estão em condições de serem consumidos. Esta destruição pode ser por incineração, por aterro ou esmagamento em lugares apropriados.

3.1 Produtos que devem ser considerados para inutilização

Devem ser inutilizados todos os produtos farmacêuticos que estejam:

- Com prazo de validade expirado
- Considerados impróprios para o consumo pelo Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos (LNCQM) mediante o certificado de análises.
- Declarados pelo pessoal técnico competente (farmacêutico, ou técnico de farmácia) como:
 - a) Deteriorados devido a condições climatéricas adversas ou quebras;
 - b) Com características organolépticas alteradas; (mudança de cor, cheiro, presença de partículas estranhas e turvação em solutos, etc.)
 - c) Com embalagens danificadas (enferrujadas, amolgadas, sem rótulos ou rótulos pouco legível).

3.2 Retirada dos Produtos das Prateleiras nas unidades sanitárias

- No fim de cada mês, produtos com prazo de validade expirado devem ser retirados das prateleiras e armazenados na zona de quarentena (lugar separado e fechado).
- As quantidades de cada produto expirado devem ser “descarregadas” nas respectivas Fichas de Stock e registado o motivo da saída.
- Devem ser elaborados uma Guia de Remessa/Entrada (figura 2) e Relatório de Ocorrências, sendo visados pelo Responsável Clínico.


CMAM - Modelo 02	 REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE CENTRAL DE MEDICAMENTOS E ARTIGOS MÉDICOS		GUIA DE REMESSA								ENTRADA			
	Depósito Fornecedor: DDM Boane		Unidade Dependente: CS Boane		Fornecimento <input checked="" type="checkbox"/>								Nº 000690	
	Distrito: Boane		Nº de Requisição: 006/2008											
			Nº Total de volumes: 1		Expirado <input type="checkbox"/>									
			Data da requisição: 17/3/2008		Acumulado <input type="checkbox"/>									
Provincia: Maputo		Data da remessa: 2/4/2008		Devolução								Data da recepção		
Preenchido pelo Depósito Fornecedor										Preenchido pela Unidade Dependente				
FNM		Designação		Nº de Lote	Prazo de Validade	Quantidade Pedida	Quantidade Fornecida	Preço Unitário	Valor		Quantidade Recebida	Diferença		
		Nome	Dosagem	Forma Farmacêutica			QF	PU	QF x PU		QR	QR - QF		
1	07-A-03	Paracetamol	500 mg	comp.	AZB35904	25/08/2010	1900	2000	4	8000				
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
Valor da remessa:										8000				
Elaborado por:		Conferido por:		Recebido por:										

Figura 2. Guia de Entrada ou Remessa

3.3 Armazenagem e Conservação dos Produtos por inutilizar até a sua destruição

Os produtos por inutilizar devem ser guardados numa zona de quarentena, que é um lugar separado e fechado, onde são mantidos até ao momento da sua destruição. Estes produtos assim isolados devem estar bem arrumados, não misturados uns com outros, de maneira que possam ser conferidos a qualquer momento.

3.4 Normas para Inutilização física dos produtos

3.4.1 Depósitos que podem proceder às inutilizações

A inutilização de produtos farmacêuticos no Serviço Nacional de Saúde só será feita nos seguintes pontos:

- Armazéns Centrais CMAM
- Depósitos Provinciais de Medicamentos
- Depósitos dos Hospitais Centrais, Provinciais e Gerais
- Depósitos Distritais

A inutilização de medicamentos nos Depósitos Distritais só poderá ser efectuada nos casos em que estiver garantido o cumprimento das normas para o efeito, e o envio da informação completa da inutilização ao Depósito Provincial.

Trimestralmente, as restantes unidades sanitárias deverão proceder ao envio dos medicamentos ou produtos farmacêuticos para destruir os Depósitos Fornecedores acima mencionados, sendo a devolução devidamente documentada por uma Guia de Remessa/Entrada.

3.4.2 Lista de inutilizados

A nível dos depósitos autorizados a realizar inutilização de medicamentos será compilada a informação das Guias de Remessa/Entrada recebidas de modo a elaborar uma lista única e recapitulada dos produtos a serem destruídos.

3.4.3 Periodicidade

Os Depósitos Distritais devem semestralmente realizar o acto de inutilização.

As inutilizações devem ser coordenadas e realizadas num local aprovado pelos representantes das autoridades competentes (Governo Distrital e Concelho Municipal).

No acto de destruição participarão os membros indicados pela SDSMAS. Os membros desta comissão posteriormente, devem assinar o Auto de Inutilização, rubricar e numerar todas as listas a anexar ao Auto.

As inutilizações devem ser escalonadas de modo a não inutilizar duma só vez volumes elevados de medicamentos

Nota bem: é importante lembrar que não é conveniente que existam sempre medicamentos por serem inutilizados. A contínua existência sistemática de medicamentos por inutilizar, reflecte uma má gestão dos mesmos, podendo os responsáveis ser alvo de procedimentos disciplinares conforme regem o

EGFAE. Medicamentos ou qualquer outro produto, custa dinheiro, e a sua inutilização é o mesmo que inutilizar o dinheiro do estado e do povo moçambicano!

3.5. Processo de Devolução

Devolução é quando uma Unidade Sanitária ou um depósito decide mandar de volta uma parte do seu stock para o seu depósito fornecedor. A devolução deve ser considerada como uma remessa da Unidade Dependente para o Depósito Fornecedor.

As razões que determinam um processo de devolução são:

- Excesso de stock de determinado produto (Acumulado e de Fraca Rotação)
- Não utilização de um determinado produto em stock
- Produtos recebidos do Depósito Fornecedor que não foram requisitados.

Nestes casos, a devolução para o DDM deve ser realizada com suficiente antecedência, de modo permitir a redistribuição e o uso do produto numa outra Unidade Sanitária antes da sua expiração.

O processo de devolução é suportado pelo modelo da GUIA DE REMESSA / ENTRADA (vide figura 2), marcado como ACUMULADO e Relatório de Ocorrência, marcado como “Devolução”, acompanhado de um relatório de ocorrência detalhando as razões da devolução para cada um dos produtos.

AVIAMENTO DE MEDICAMENTOS

O Depósito Distrital de Medicamentos fornece medicamentos às Unidades Sanitárias do distrito, às Farmácias dos Serviços de Internamento e às Farmácias do Ambulatório da instituição onde está colocado (Hospital Rural, Hospital geral, Centro Sede de referência).

4.1. Aviamento de Medicamentos para o Ambulatório

A reposição dos stocks internos da Farmácia do Ambulatório é feita apenas utilizando uma REQUISIÇÃO INTERNA /BALANCETE (figura 3).

[illegible]

Figura 3. Requisição Interna/Balancete

O livro de REQUISIÇÃO INTERNA fica sempre arquivado na Farmácia do Ambulatório.

A requisição é efectuada em 2 exemplares, o duplicado fica sempre anexado no livro, e o original será retido a nível do Depósito Distrital de Medicamentos.

4.1.1. Recepção da Requisição Interna

O DDM ao receber a REQUISIÇÃO INTERNA da Farmácia do Ambulatório deve verificar se o modelo está correctamente preenchido e que esteja presente a informação necessária para elaboração de uma remessa:

- A identificação do serviço,
- O Stock Existente a nível da Farmácia do Ambulatório dos produtos requisitados,
- A quantidade Pedida,
- Assinatura do pessoal que elaborou a requisição, do Responsável de Farmácia da Unidade Sanitária e visto do Responsável Clínico.

4.1.2. Avaliação das necessidades

Ao receber o livro de REQUISIÇÃO INTERNA da Farmácia do Ambulatório, o responsável do depósito deve calcular as Quantidade por fornecer em função do:

- Consumo Médio Diário (CMD):** O CMD é determinado através do preenchimento da **Ficha de Stock**. O Consumo Médio Diário é recalculado em cada período de reposição semanal ou quinzenal com base nas quantidades de medicamentos aviadas para o ambulatório.
- Período de Reposição:** Uma contagem de todos os medicamentos dispensados a nível da Farmácia do Ambulatório deve ser realizada no mínimo 4 vezes por ano.

Assim, para cada trimestre do ano deve-se:

- Escolher o mês do trimestre para qual se vai contabilizar os medicamentos,
 - Recolher todas as Receitas Médicas aviadas durante o mês escolhido,
 - Contabilizar ou “apanhar” todos os medicamentos dispensados através das Receitas do mês,
 - Reportar para cada medicamento o total das saídas contabilizadas na coluna do mês correspondente ao estudado do MAPA DE CONSUMO MÉDIO.
- Nº de dias de Stock de Segurança:** para este caso consideram-se 2 dias.

4.1.3. Aviamento (no Depósito)

Consoante a requisição interna prepara-se a encomenda lançando imediatamente nas FICHAS DE STOCK as quantidades saídas com “Farmácia do Ambulatório” na coluna [destino] e o N° da Requisição Interna que funciona como Guia de Remessa.

4.1.4. Controlo e Remessa da encomenda (no Depósito)

Após a preparação da encomenda e a documentação completa, o responsável do depósito deve conferir mais uma vez as quantidades a fornecer na presença do representante da farmácia do serviço ambulatório.

O depósito fornecedor fica com o original com os campos preenchidos e assinado da requisição interna, enquanto que o serviço ambulatório fica com a cópia anexada no livro de REQUISIÇÃO INTERNA.

4.2. Aviamento de Medicamentos para o Internamento

A reposição dos stocks internos das Enfermarias é feita apenas utilizando uma REQUISIÇÃO INTERNA/BALANCETE, tal como para para o ambulatório.

O livro de REQUISIÇÃO INTERNA fica sempre arquivado na Enfermaria.

A requisição é elaborada em 2 exemplares, o duplicado fica sempre anexado no livro, e o original será retido a nível do Depósito Distrital de Medicamentos.

4.2.1. Recepção da requisição interna

O DDM ao receber a REQUISIÇÃO INTERNA de um Serviço de Internamento deve verificar se o modelo está correctamente preenchido e que esteja presente a informação necessária para elaboração de uma remessa:

- A identificação do serviço,
- O Stock Existente a nível da Enfermaria, dos produtos requisitados,
- A quantidade Pedida,
- Assinatura do pessoal que elaborou a requisição e o visto do Responsável Clínico do serviço.

4.2.2. Avaliação das necessidades

Ao receber o livro de REQUISIÇÃO INTERNA da enfermaria, o responsável do depósito deve recalcular as [Quantidades por fornecer] em função do Consumo Médio Diário (CMD).

O documento de suporte para determinação do CMD é a FICHA MENSAL DE STOCK INTERNAMENTO. Neste documento o Responsável da Enfermaria regista diariamente as saídas nas colunas adequadas, e realiza no fim de cada mês um inventário do stock.

O documento após ter sido totalmente preenchido, deve ser enviado para o Depósito de Farmácia no início do mês seguinte a que se referem os dados.

As informações referentes às quantidades totais distribuídas durante o mês serão reportadas na coluna adequada do MAPA DE CONSUMO MÉDIO.

4.2.3. Aviamento (no Depósito)

Consoante a requisição interna prepara-se a encomenda lançando imediatamente nas FICHAS DE STOCK as quantidades saídas com o nome da Enfermaria na coluna [destino] e o N° da Requisição Interna que funciona como Guia de Remessa.

Os medicamentos já aviados devem ser separados e devidamente identificados nas respectivas embalagens com a seguinte informação:

- O N° de FNM,
- A designação completa do produto (nome, dosagem, forma),
- O prazo de validade,
- A quantidade aviada.

4.2.4. Controlo e Remessa da encomenda (no Depósito)

Após a preparação da encomenda e a documentação completa, o responsável do depósito deve conferir mais uma vez as quantidades a fornecer na presença do representante da enfermaria.

O depósito fornecedor fica com o original com os campos preenchidos e assinado da requisição interna, enquanto que a enfermaria fica com a cópia anexada no livro de REQUISIÇÃO INTERNA.

10.DISPENSA DE MEDICAMENTOS

A Farmácia do Ambulatório deve estar bem organizada, arrumada e limpa, a mesa de trabalho devidamente organizada de modo a facilitar a embalagem dos medicamentos com uma parte separada para recolha de dinheiro.

Cada Receita Médica só pode ser aviada na Unidade Sanitária onde for prescrita.

2.1. Atendimento do público

Na Farmácia, a dispensa de medicamentos é feita contra a apresentação de uma receita médica, modelo elaborado e em uso no Serviço Nacional de Saúde.

A **receita médica** é o meio de comunicação entre o pessoal clínico, o pessoal da farmácia e com o mesmo doente, por isso é fundamental que as mensagens transmitidas pelo clínico e pelo Farmacêutico ao doente sejam coerentes.

Os objectivos da receita médica são:

- Garantir a entrega ao doente correcto, os medicamentos adequados em quantidade certas,
- Contribuir e facilitar a explicação ao doente de como tomar os medicamentos,
- Servir de recibo no pagamento dos medicamentos prescritos.

Como preencher uma receita médica

Na elaboração duma receita médica, o clínico deve ter em conta as seguintes normas:

- Escrever numa linguagem clara e objectiva, indicando com precisão o que se quer administrar.
- Identificar correctamente o paciente e o prescriptor, incluindo a instituição onde o prescriptor presta serviços.
- Expressar claramente o nome do medicamento, forma farmacêutica desejada, e dosagem. Por exemplo, paracetamol, comprimidos de 500 mg.
- Indicar claramente a quantidade de medicamento a ser aviada (20 cápsula, 45 comprimidos, 3 frascos, etc.).
- Indicar claramente o regime posológico, isto é, os intervalos entre as tomas de medicamento e a duração do mesmo. Por exemplo, 1 cápsula em cada 8 horas, durante 7 dias.
- Indicar a data da prescrição.
- Assinatura do prescriptor deve constar na receita. (figura 1)


SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE					
 REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE	Nº 43221848	Unidade Sanitária: CS Maxixe	Data: 23/08/2011	Nº de NID: 322	
	Nome do doente: Xitimuela Nzone		Idade: 23 anos	Morada: Bairro Mondlane	
Px	Descrição	Posologia	Duração do Tratamento	Quantidade Prescrita	AVIADO
FNM	Nome Genérico Dosagem Forma Farmacêutica				
8-A-7	Amoxicilina, 500mg, cápsula.	1 caps. 3 vezes por dia	7 dias	<input type="checkbox"/> 21	
7-A-3	Paracetamol, 500mg, comprimidos.	1 comp. 3 vezes por dia	5 dias	<input type="checkbox"/> 15	
				<input type="checkbox"/>	
O PRESCRITOR Isaura Manteiga		A FARMÁCIA Benedito Caneta		Valor Total:	5 mt
				Valor Subsidiado:	0
Trazer sempre esta receita médica à novas consultas.			Valor Cobrado:	5 mt	Zona preenchida pelo pessoal da farmácia
Receita sujeita a taxa única com excepção dos casos previstos na lei.					

Figura 1. Exemplo de Receita Médica

2.1.1. Interpretação da receita médica

O doente deve-se apresentar com 2 exemplares da Receita Médica devidamente preenchidos pelo clínico (original + duplicado)

O pessoal da farmácia deve verificar se a receita médica é legível, está devidamente preenchida e assinada por um clínico autorizado a prescrever.

Para o efeito, este deve ter à sua disponibilidade a lista dos clínicos autorizados a prescrever na Unidade Sanitária. Esta lista deve discriminar o nível de formação e categoria, a identificação completa de cada prescritor e a rubrica; assim com esta lista o pessoal da Farmácia deve:

- Controlar a identificação do prescritor devendo este fazer parte do pessoal clínico da Unidade Sanitária autorizado a prescrever,
- Verificar a adequação entre o nível de prescrição e os medicamentos prescritos,
- Controlar se a quantidade receitada corresponde à quantidade necessária para cumprir a posologia prescrita.

Nota bem: Se a Receita Médica não estiver correctamente preenchida, ou apresentando dados duvidosos, o pessoal da farmácia deve consultar ao clínico que a elaborou ou ao Responsável Clínico da US, para confirmação dos dados duvidosos.

2.1.2. Completar a receita médica

No processo de aviamento compete ao pessoal da farmácia completar a Receita Médica, calculando ou completando as quantidades a entregar ao paciente, o valor a cobrar e eventualmente o valor de subsídio calculado por aplicação das regras de desconto.

Deve-se completar os dois exemplares da Receita Médica, usando uma folha de papel químico.

O pessoal da farmácia deve:

- a) Verificar no seu stock a disponibilidade dos medicamentos prescritos.
 - Se existir, marcar o produto como “aviado”:
 - Se não existir, marcar o produto como “não aviado”:
- b) Indicar o valor da receita. Actualmente existe uma taxa única de 5MT por receita médica em todas as US do SNS. Assim, o pessoal da farmácia deve indicar no campo valor total, 5MT e também no campo valor cobrado, 5MT.

2.2. Embalagem e rotulagem dos medicamentos

Consoante as quantidades receitadas embala-se os medicamentos prescritos em pacotes separados para cada produto.

Nota bem: Antes de qualquer aviamento de medicamentos deve-se assegurar que o produto esta dentro do prazo de validade

No rótulo deve aparecer de maneira legível:

- O N° de FNM (Formulário Nacional de Medicamentos),
- O nome, dosagem, forma farmacêutica,
- O prazo de validade,
- A quantidade de unidades,
- A posologia transcrita de maneira simples para o paciente perceber.

Está demonstrado que os rótulos com símbolos tem a máxima eficácia para o doente perceber as instruções da posologia; devendo ser utilizados sempre que possível.

2.3 Dispensa dos medicamentos

Os medicamentos empacotados são entregues ao paciente com a cópia da Receita Médica (duplicado)

Nesta altura, deve-se explicar em detalhe a posologia, identificar os produtos e assegurar-se que o paciente entendeu a maneira de tomar e conservar os medicamentos e a duração do tratamento.

Quando o doente não sabe ler é preciso encontrar outras maneiras para fazer lembrar como e quando tomar cada medicamento. Instruções verbais quase nunca são suficientes, especialmente se foram prescritos muitos medicamentos. Devem ser sempre entregues instruções escritas (há pessoas, familiares ou vizinhos que podem ajudar a ler estas instruções).

Para se certificar que a pessoa compreendeu, é aconselhado pedir que esta repita a explicação dada.

Uma boa prática de dispensa de medicamentos deve assegurar que:

- O doente receba o medicamento prescrito,
- Na quantidade correcta,
- Com instruções claras,
- Numa embalagem que mantenha a qualidade e a potência do medicamento.

2.4 Registo da receita médica na folha de caixa

Imediatamente após o aviamento, o pessoal da Farmácia deve registar na folha de caixa do dia (preenchendo a linha seguinte e criando um N° de ordem consecutivo) a informação constante no original da Receita Médica retida, nomeadamente:

- O N° de identificação da receita (pré-enumerada)
- O Valor Cobrado
- O Valor Subsidiado

O original da Receita Médica fica arquivado, juntando e embrulhando todas as Receitas nos exemplares originais das folhas de caixa do dia (agrupadas com fio ou colete de plástico...) numa caixa dedicada ao arquivo das Receitas.

É recomendado não enrolar as Receitas Médicas, mas sim embrulhá-las pelas folhas de caixa correspondentes, de modo facilitar os controlos posteriores.

RECEITA MÉDICA DE ESTUPEFACIENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

Para além das especificações das receitas normais, as receitas que contém Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas devem obedecer às normas do Artigo 18 da Lei n.º 3/97, de 3 de Março.

Estas normas aplicam-se aos medicamentos ou substâncias contidas nas tabelas I a III anexas à Lei em referência, e no Diploma Ministerial n.º 160/88, de 16 de Novembro, Sendo a prescrição realizada numa Receita Médica específica, independentemente dos outros medicamentos que não constem nestas tabelas.

Assim devem aparecer de maneira legível o seguinte:

- Identificação do prescriptor na zona de assinatura
- Nome, endereço e assinatura
- Identificação do doente
- Nome, morada, sexo, idade, N° de BI ou Cédula ou outro documento de identificação
- Identificação dos produtos prescritos
- Nome genérico, dosagem, forma farmacêutica
- A posologia e o tempo de tratamento descritos de maneira legível
- A quantidade total a ser receitada para o paciente, descrita por extenso.

O Pessoal da farmácia só poderá aviar receitas médicas contendo Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas nas condições estabelecidas no artigo 19 da Lei 3/97 de 13 de Março de 1997, conjugado com o estabelecido nos N° 6-1, 6-2 e 6-3 do Despacho Ministerial de 20 de Setembro de 1989.

O Original da Receita Médica fica na farmácia, e a cópia é entregue ao doente.

Estas receitas devem ser registadas num livro especial de modelo aprovado (a ser fornecido pela Inspeção Farmacêutica) e conservadas em poder da farmácia durante 5 anos, sendo sujeitas a fiscalização pelas autoridades competentes.

Neste registo deve constar o nome, categoria e a residência do clínico que prescreveu, bem como a US onde foi observado o doente.

11.DISTRIBUIÇÃO AOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO

O Depósito Distrital de Medicamentos (DDM) além de fornecer medicamentos às Unidades Sanitárias do distrito e às Farmácias dos Serviços de Ambulatório, fornece medicamentos às Farmácias do Internamento da instituição onde está colocado (Hospital Rural, Hospital Geral, Centro Sede de referência).

2.1. Preenchimento da ficha de stock – Internamento

A Ficha de Stock do Internamento (figura 1) é de preenchimento diário e é utilizada a nível das enfermarias para registar os movimentos de medicamentos (entradas e saídas) e deve ser enviado mensalmente para o DDM após preenchimento.


CIAM - Módulo 03			REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE CENTRAL DE MEDICAMENTOS E ARTIGOS MÉDICOS		<h2 style="text-align: center;">FICHA DE STOCK</h2>				
	Unidade Sanitária: DDM Boane		Distrito: Boane						
	Enfermaria de :				Farmácia de:				
FNM	Designação (Nome, dosagem e forma Farmacêutica)	CMM	Prazos de Validade						
07-A-03	Paracetamol 500 mg comp.	25000	25 / 02 / 2009						
Data do movimento	Origem/Destino do movimento	Nº de Documento	Entradas	Ajustes Negativos	Ajustes Positivos	Saídas	Stock Existente	Pedidos	Rubrica
						... Transporte :	5,000		
18/3/2008	DPM Maputo	GR 000432	4,000				9,000		
31/3/2008	Correcção do inventário	Inv003/08		200					
31/3/2008	Inventário mensal	Inv003/08					8,800		
2/4/2008	CS Boane	GR 00032				300	8,500	300	

Figura 1. Ficha de Stock

Esta ficha de stock permite ter o balancete, o inventário mensal e possibilita:

- Controlar a quantidade de medicamentos existentes,
- Calcular a quantidade necessária de medicamentos,
- Controlar os movimentos de medicamentos,
- Aumentar a transparência na gestão dos medicamentos.

Regras de preenchimento da Ficha Mensal de Stock – Internamento

Cabeçalho:

- Registrar a [Enfermaria], a [Unidade Sanitária], o [Distrito] e a [Província]
- Registrar o [Mês] e o [Ano]
- Registrar datas dos dias do mês na zona “Saídas” do cabeçalho.

Para cada um dos produtos:

- Registrar por ordem o número do [FNM], o [Nome], a [Dosagem] e a [Forma] farmacêutica do produto nas colunas apropriadas
- Registrar na coluna [Stock no início do mês] a quantidade encontrada na coluna [Inventário] do mês anterior
- As quantidades recebidas pela enfermaria durante o mês são registadas por semana nas colunas [Entrada Semana 1...2...3...4] e somadas no [Total das Entradas].
- As saídas diárias de medicamentos, consoante o cardex, são registadas diariamente na coluna correspondente ao dia da distribuição, e somadas no final do mês – coluna [Total das Saídas].
- No fim do mês, calcula-se o [Stock teórico] = [Stock no início do mês] + [Total das Entradas] – [Total das Saídas].
- O [Stock teórico] calculado é comparado ao [Inventário] do stock realizado no fim de cada mês, sendo as eventuais discrepâncias [Inventário] - [Stock teórico] reportado na última coluna [Diferença].
- Cada Ficha Mensal de Stock – Internamento antes de ser enviada para o depósito fornecedor deve ser visada pelo Responsável clínico.

2.2. Processo de inventário ao nível das enfermarias

O inventário nas enfermarias (figura 2), tal como na farmácia do ambulatório tem periodicidade mensal e consiste de 3 actividades consecutivas:

- Contagem física do stock e preenchimento do “Relatório Inventário”
- Análise dos movimentos e elaboração do Balancete
- Correção das fichas de stock (figura 3)

[illegible]

Antes da realização do inventário deve-se informar ao enfermeiro chefe e a chefe da maternidade da data de realização do inventário, sendo o Depósito do Centro de Saúde considerado como fechado. Deve-se igualmente:

FICHA DE STOCK

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
CENTRAL DE MEDICAMENTOS E ARTIGOS MÉDICOS

Unidade Sanitária: DDM Boane Distrito: Boane Província: Maputo
Enfermaria de: Farmácia de:

CIMAR - Modelo 03

FNM	Designação (Nome, dosagem e forma Farmacéutica)	CMM	Prazos de Validade						
07-A-03	Paracetamol 500 mg comp.	25000	25 / 02 / 2009						
Data do movimento	Origem/Destino do movimento	Nº de Documento	Entradas	Ajustes Negativos	Ajustes Positivos	Saídas	Stock Existente	Pedidos	Rubrica
... Transporte :							5,000		
18/3/2008	DPM Maputo	GR 000423	1,000				9,000		
31/3/2008	Correcção do inventário	Inv003/08			200				
31/3/2008	Inventário mensal	Inv003/08					8,800		
2/4/2008	CS Boane	GR 00032				300	8,500	300	

Correcção do inventário = 200

Stock Existente teórico = 8.800

Figura 3. Correcção da Ficha de Stock


PROCESSO DE REQUISICÇÃO INTERNA

A reposição dos stocks internos das Enfermarias é feita apenas utilizando uma REQUISICÇÃO INTERNA que acumula também, a função de Guia de Remessa. O livro de REQUISICÇÃO INTERNA fica sempre arquivado na Enfermaria. A requisição é elaborada em 2 exemplares, o duplicado fica sempre anexado no livro, e o original será retido a nível do DDM.

O enfermeiro chefe da enfermaria, em função dos doentes internados, das prescrições feitas e do stock de medicamentos existentes na enfermaria, elabora periodicamente um Requisição Interna dos produtos que necessita.

Quando houver espaço suficiente para armazenagem, o período de recepção recomendado entre cada requisição interna das enfermarias é de duas semanas (quinzenal).

3.1.Preenchimento da Requisição Interna pela enfermaria (figura 4).



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CENTRAL DE MEDICAMENTOS E ARTÍCULOS MÉDICOS

REQUISICÇÃO INTERNA/BALANCETE Nº

Unidade Sanitária:

Enfermaria :

Distrito:

Farmácia do Ambulatório:

Provincia:

MÊS/ANO:

Designação

Stock no Início do mês

Nome

Dosagem

Forma

SI

Semana 1

Semana 2

Semana 3

Semana 4

Quantidade Pedida

Quantidade Fornecida

Data

Quantidade Pedida

Quantidade Fornecida

Data

Quantidade Pedida

Quantidade Fornecida

Data

Quantidade Pedida

Quantidade Fornecida

Data

stock existente

stock existente

stock existente

stock existente

Recebi

Recebi

Recebi

Recebi

Pedidos e Fornecimentos durante o mês

Total dos Fornecimentos

Preço Unitário

Valor

Inventário no fim do mês

Total Saídas durante o mês

Consumo médio do período

Elaborado por :

Visto por :

Preparado por :

Figura 4. Requisição Interna

A requisição é feita em dois exemplares, ficando sempre o duplicado no livro, no entanto, o original fica arquivado ao nível do DDM.

O livro de requisição interna fica sempre arquivado na farmácia de serviço de internamento.

A Requisição Interna é constituída por duas partes, que serão preenchidas directamente no livro utilizando papel químico:

- Pela enfermagem na parte do Internamento e Ambulatório
- Ao nível do DDM na parte DDM (quantificação das necessidades) e da Remessa.

Na elaboração da requisição interna, a enfermagem deve apenas preencher a informação que diz respeito à:

- Identificação do serviço que requisita
- Identificação dos produtos a requisitar
- Parte “Internamento e Ambulatório” da requisição
- Assinatura do pessoal que elaborou a Requisição Interna,
- Visto do Responsável Clínico da Enfermaria.

O restante do modelo será completado a nível do DDM.

A enfermaria envia para o DDM a Requisição Interna devidamente preenchida para permitir a preparação e o aviamento da encomenda.

3.2. Recepção da Requisição Interna e preparação da encomenda pelo DDM

O DDM que recebe a requisição interna de um serviço de internamento deve verificar se o modelo foi correctamente preenchido e se contém toda a informação necessária para a elaboração de uma remessa, nomeadamente:

- A identificação do serviço
- O stock dos produtos requisitados existente ao nível da enfermaria
- A quantidade pedida
- A assinatura do pessoal que elaborou a requisição e o visto do Responsável Clínico do serviço.

O DDM deve criar um calendário para recepção e aviamento das Requisições Internas para evitar a acumulação das mesmas.

3.3. Avaliação das necessidades

Ao receber o livro de REQUISIÇÃO INTERNA da enfermaria, o responsável do depósito deve recalcular as **[Quantidades por fornecer]** em função do Consumo Médio Diário (CMD).

O documento de suporte para determinação do CMD é a FICHA MENSAL DE STOCK INTERNAMENTO. Neste documento o Responsável da Enfermaria regista diariamente as saídas nas colunas adequadas, e realiza no fim de cada mês um inventário do stock. O documento após ter sido totalmente preenchido, deve ser enviado para o DDM no início do mês seguinte a que se referem os dados.

As informações referentes às quantidades totais distribuídas durante o mês serão reportadas na coluna adequada do MAPA DE CONSUMO MÉDIO.

3.4. Aviamento no DDM

Consoante a requisição interna prepara-se a encomenda lançando imediatamente nas

FICHAS DE STOCK as quantidades saídas com o nome da Enfermaria na coluna [destino] e o N° da Requisição Interna que funciona como Guia de Remessa.

Os medicamentos já aviados devem ser separados e devidamente identificados nas respectivas embalagens com a seguinte informação:

- O N° de FNM,
- A designação completa do produto (nome, dosagem, forma),
- O prazo de validade,
- A quantidade aviada.

3.5. Controlo e levantamento da encomenda no DDM

Após a preparação da encomenda e a documentação completa, o responsável do DDM deve conferir mais uma vez as quantidades a fornecer na presença do representante da enfermaria. O DDM fica com o original com os campos completos e assinados da requisição interna, enquanto que a enfermaria fica com a cópia anexada no Livro de Requisição Interna.

No acto de levantamento dos medicamentos, o representante da enfermaria deve conferir as quantidades fornecidas na presença do responsável do depósito de medicamentos. Os medicamentos já aviados devem ser separados e devidamente identificados nas respectivas embalagens com a seguinte informação:

- O N° de FNM e a designação completa do produto (nome, dosagem, forma)
- O prazo de validade
- A quantidade aviada.

A qualidade e as quantidades de medicamentos fornecidos devem ser verificadas em relação com os dados da Guia de Remessa.

3.6. Conservação dos medicamentos na enfermaria

A conservação dos medicamentos nos serviços de internamento segue de modo geral as mesmas regras como descritas para o DDM (aula número 9).

No entanto, deverá existir ao nível de cada enfermaria um armário ou compartimento fechado (figura 5) para armazenamento de medicamentos. Este armário fica sob responsabilidade do Enfermeiro Chefe do serviço, ficando com a chave do armário na sua posse.

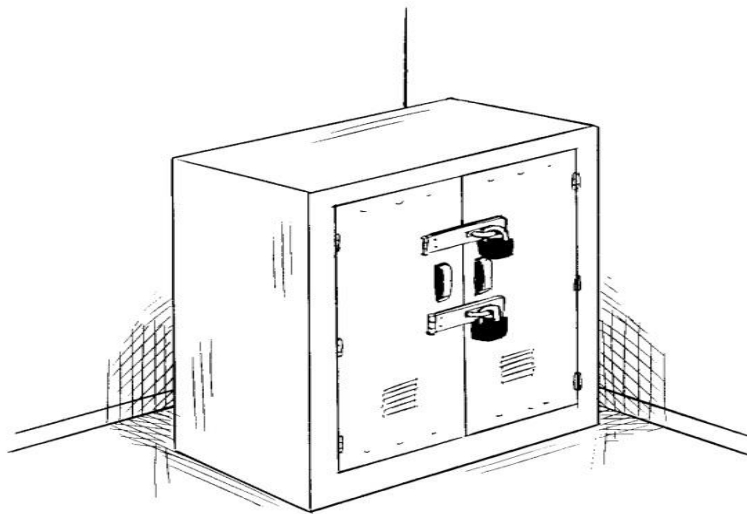


Figura 5. Armário para armazenamento de medicamentos

Os medicamentos requisitados pela enfermaria devem ser recebidos do DDM embrulhados em envelopes e devidamente identificados pelo número do FNM, a designação do produto e com o prazo de validade. É fundamental evitar a acumulação dos medicamentos nos frascos de stockagem, assim os envelopes devem ser conservados fechados junto ao stock existente até acabar numa primeira fase este stock.

DISPENSA DE MEDICAMENTOS NAS ENFERMARIAS

A dispensa dos medicamentos nos serviços de internamento é realizada pelo pessoal de enfermagem. No entanto, devem ser cumpridas as seguintes normas:



- Durante a visita Médica, o clínico prescreve os medicamentos, actualizando o tratamento na folha terapêutica do doente (figura 6).
- Diariamente, o responsável da enfermaria, depois da visita do clínico, deve recolher os cardex actualizados de cada doente e definir as quantidades necessárias para os tratamentos, em função da posologia, da dosagem e do período de toma.
- No acto da administração, o responsável da enfermaria deve registar para cada um dos produtos o total das quantidades aviadas na coluna correspondente ao dia.
- O enfermeiro de serviço encarregue pela administração anota no cardex de cada doente, através de uma rubrica, os períodos que deu a medicação

FOLHA DE REGISTO DE TERAPÊUTICA

[illegible]

Figura 6. Folha de Registo de Terapêutica

Preenchimento diário da Ficha de Stock:

- Registo das entradas
 - Registo das quantidades administradas aos pacientes na coluna correspondente as saídas do dia
 - Cálculo do total das saídas no fim do mês
 - Inventário no fim do mês
-  Preencher a Ficha de Stock Mensal – Internamento diariamente
-  No fim do mês calcula-se na coluna [Total das Saídas], da soma das saídas diárias para cada um dos produtos em stock na enfermaria.

Nota bem: Ambas tarefas são realizadas pelo Enfermeiro Chefe da US.

12.REFORÇO DE MEDICAMENTOS PELA VIA CLÁSSICA

Em regra, o período de abastecimento de kits as unidades sanitárias é mensal. No entanto, existem situações extraordinárias para quais uma Requisição Especial de Reforço é necessária, nomeadamente.

- Ruptura iminente de stock de determinados produtos
- Um reforço ou a reposição de produtos em quantidade insuficiente no kit
- Um produto não presente no kit, mas utilizado localmente de acordo com o nível de qualificação do clínico
- Previsão de um consumo maior para alguns produtos devido ao surgimento de um surto ou epidemia.

Nestes casos, o Responsável da US, deve requisitar para o seu DDM um reforço de acordo com as necessidades extras identificadas.

Não há período pré-definido para a elaboração destas requisições, uma vez que constituem requisições de reforço ao abastecimento normal de kits.

2.1. Preparação da requisição

Cada requisição deve ser precedida da realização de um inventário do stock existente ao nível da unidade sanitária, por isso deve-se realizar mensalmente a contagem dos stocks existentes, completando o Resumo Mensal de Stock do kit US.

Considera-se altura para elaboração de uma Requisição Especial, quando o stock existente passa a ser inferior ao Consumo Médio Mensal do produto considerado.

2.2. Determinação das necessidades

As necessidades devem ser avaliadas em função da actividade da unidade sanitária, considerando os produtos de maior consumo em relação à disponibilidade média garantida pelo kit US.

2.3. Preenchimento da Requisição Especial de Reforço

A requisição elabora-se a partir do *Balancete* e das Fichas de Stock.

[illegible]

Cabeçalho: deve ser preenchido em cada uma das folhas usadas. As informações pedidas vão permitir:

- Identificar a **[Unidade Sanitária]**, o **[Distrito]** e a **[Província]**
- Identificar (marcando no lugar apropriado) o tipo de requisição como **[Especial]**, assim como a **[Data de Requisição]**.

Para cada produto requisitado:

- Registrar por ordem do número do **[FNM]**, o **[Nome]**, a **[Dosagem]** e a **[Forma]** farmacêutica do produto.
- Indicar o **[Inventário do Stock Existente]** na coluna adequada.
- Indicar a **[Quantidade pedida]** na coluna adequada.
- A requisição deve ser censurada e assinada pelo Responsável Clínico.

A requisição, sendo um modelo elaborado em 2 exemplares, o duplicado ficará arquivado (num processo único de requisição/remessa) na unidade sanitária requisitante, enquanto que o exemplar original será enviado para o DDM.

DOCUMENTAÇÃO E ARQUIVO

Todos os documentos do arquivo da farmácia devem ser mantidos em bom estado de conservação durante um mínimo de 5 anos.

É primordial organizar o arquivo de modo a ter a informação sempre e facilmente acessível. Duma maneira Geral, um bom arquivo reflecte a qualidade do trabalho realizado a nível da unidade sanitária.

Os documentos arquivados em pastas devem ser arrumados por ordem cronológica crescente de data, sendo a data mais recente em primeiro lugar.

3.1. Farmácia da Unidade Sanitária (Ambulatório)

3.1.1. Pasta “Requisições/Remessa”

Os documentos que serão arquivados nesta pasta são os listados abaixo, e devem ser organizados por separadores, identificando cada tipo de medicamentos:

a) Guias de remessa dos kits

- As guias de remessa enviadas pelo DDM (Duplicado)

b) Requisição de reforço

- A requisição elaborada para o DDM (Duplicado)
- A guia de remessa/entrada recebida do DDM e completada ao nível da unidade sanitária (Duplicado)

c) Requisições Internas

- As requisições internas emitidas pelas enfermarias (Original)
- Fichas Mensal de Stock – Internamento (Original).

d) Talões de Depósito

Os originais dos talões de depósito, agregados por mês serão juntados e arquivados numa caixa.

3.1.2. Receitas Médicas

As receitas médicas do dia embrulhadas nos exemplares originais das Folhas de Caixa do dia, serão juntadas e arquivadas numa caixa.

3.1.3. Livro “Ficha de stock – KIT US”

O duplicado da Ficha de stock – KIT US fica anexado ao livro, enquanto que o original será enviado ao DDM.

3.1.4. Livro “Folha de Caixa”

O duplicado das folhas de caixa ficam sempre e todas arquivadas no livro.

3.1.5. Livro “Mapa Resumo Mensal de Caixa”

O duplicado do Mapa Resumo Mensal de Caixa fica arquivado no livro, enquanto que o original será enviado ao DDM

3.2. Farmácia do Serviço de Internamento

3.2.1 Livro de “Requisição Interna”

O duplicado de cada requisição interna, tendo sido devidamente completado, fica anexado ao livro.

13.EXECUÇÃO DE DESPESAS

Constitui despesa pública todo o dispêndio de recursos monetários ou em espécie, seja qual for a sua proveniência ou natureza, gastos pelo Estado. O processo de realização da despesa pública efectua-se respeitando as disposições legais aplicáveis e compreende a verificação de:

- a) **Cabimento Orçamental:** é a verificação da inclusão da despesa em processo próprio e do cumprimento de todos os requisitos legais e financeiros aplicáveis
- b) **Autorização da realização da despesa:** é a permissão por quem tem competência para tal (Director do SDSMAS ou US), podendo tal permissão ser confirmada pela emissão da respectiva requisição
- c) **Liquidação:** é o apuramento do valor da despesa a pagar e emissão da competente ordem de pagamento
- d) **Autorização de pagamento:** é a permissão dada por quem tem competência para tal (Director do SDSMAS ou US) para que se proceda ao pagamento da despesa
- e) **Pagamento:** é a entrega do valor devido ao credor contra documento de quitação (prova de pagamento).

A realização da despesa deve ter como suporte os respectivos documentos contratuais e/ou a requisição externa emitida pela entidade competente. Nenhum pagamento pode ser autorizado sem existência prévia do documento comprovativo que confirma o seu recebimento, nas condições acordadas, por parte do beneficiário. O pagamento só pode ser efectuado contra a apresentação de um documento de quitação que confirma o seu recebimento, nas condições acordadas por parte do beneficiário e após concordância da Comissão Administrativa.

Comissão Administrativa: entidade responsável pela gestão dos fundos alocados a instituição (Orçamento de Estado, Fundos Externos, Receitas), neste caso SDSMAS ou HR. É composta pelos seguintes elementos:

Presidente: Director do SDSMAS ou HR, que tem o papel de autorizar a realização das despesas, assinar a conta corrente dos processos de conta, assinar cheques e zelar pelo funcionamento pleno da Comissão.

Vice-Presidente: Médico Chefe Distrital ou Director Clínico, assiste o Presidente no desempenho das suas funções e o substitui sempre que se ausenta.

Vogal: Administrativo do SDSMAS ou Administrador do HR, fornece informações sobre a legalidade da despesa, existência de cabimento orçamental, assina os cheques para o pagamento de despesas já autorizadas, apresenta o plano financeiro e o balanço mensal.

Secretário: Contabilista, assina os cheques para pagamento de despesas já autorizadas, organiza os processos de conta, reunindo todos os documentos justificativos das despesas e mantém em ordem os registos e arquivos dos processos de conta.

Princípios e Passos para a realização de uma despesa

Antes de tudo a despesa deve estar inscrita na tabela orçamental. A seguir são descritos os passos para a aquisição de uma cadeira de escritório que são similares para a maioria das despesas:

- Elaboração da Proposta de aquisição dirigida ao Director
- Autorização da Proposta pelo Director
- Elaboração da Requisição Interna (figura 1) para o Director, especificando o produto (cadeira, tipo) com confirmação da existência de cabimento de verba Procurement da cadeira com 3 facturas pró-forma
- Selecção de uma factura pró-forma (menor preço e qualidade)
- Autorização pelo Director da aquisição daquela cadeira com menor preço e melhor qualidade (na requisição interna, preenchendo o preço da cadeira e fornecedor)
- Elaboração da requisição externa ao fornecedor com autorização do Director
- Emissão do cheque (a ser assinado por pelo menos 2 membros da Comissão Administrativa – o Presidente e o Vogal ou Secretário)
- Pagamento e Levantamento da cadeira e documento de quitação (recibo e guia de remessa do fornecedor)

Como preencher um Formulário de Requisição Interna

A requisição Interna é elaborado pelo sector de contabilidade, após o preenchimento do serviço requisitante, deve-se preencher as quantidades e a designação de cada artigo, colocando o preço unitário, a respectiva importância e no final coloca-se o valor total. Seguidamente, coloca-se a informação orçamental, indicando o orçamento inicial existente, o saldo existente até ao momento, o valor total da presente requisição e o saldo final (saldo existente menos valor da requisição actual). Por último, o contabilista deve assinar a requisição, e enviar ao Administrativo para dar informação e confirmar o cabimento orçamental e, posteriormente, submeter-se ao Director para autorização.

 $\dots a\}$

VISTO:

Julgo de autorizar

0-7645-8900-0

AUTORIZO

A aquisição e pagamento

...../20

Fornecedor.....

Serviço requisitante.....

REQ. EXTERNA N.º

[illegible]

Importa a presente Requisição em

Encargo a ser suportado

Pela verba do sector Capítulo Artº N.º

Cuja situação é a seguinte:

Disponibilidade inicial..... 1

Saldo existenteMT

Valor da presente requisição,MT

Saldo final.,MT

Justificativo.....

..... de de 200

.....
O Encarregado,

A) - Indicação do Ministério respectivo)

Tem cabimento e está em condições de ser autorizado, no entanto V.Excia melhor decidirá:

O

Figura 1. Requisição Interna

2.1. Formulário de Pagamento de uma Despesa

Os formulários comuns para o pagamento de uma despesa são:

- a) **Cheque** – é um título de crédito ou documento que mediante a sua apresentação dá direito a recepção do dinheiro nele indicado, no Banco, ou serve de meio de pagamento permanente aos fornecedores. Para o organismo do estado é obrigatória a emissão de cheques nominais e nunca ao portador. Por isso a caderneta de cheques deve ser guardada em lugar seguro, sendo os cheques assinados unicamente pelos membros da Comissão Administrativa.
- b) **Talão de transferência bancária** – documento emitido pelo titular da respectiva conta bancária, dando ordem ao banco para debitar o valor nele indicado, creditando outra conta pelo respectivo valor.

2.2. Organização do arquivo de comprovativos de despesas

Os comprovativos de uma despesa devem ser arquivados numa pasta, por rubrica e em ordem numérica da requisição e/ou por Ordem de Pagamento (OP) para os casos em que as despesas são realizadas via e-SISTAFE. Recomenda-se que cada despesa deve conter os documentos seguintes:

- Requisição
- Proposta
- Factura e recibo (ou venda a dinheiro)

Nos casos de despesas pagas via directa (e-SISTAFE), dispensa-se a anexação de recibo.

ESCRITURAÇÃO DOS LIVROS OBRIGATÓRIOS

Um dos procedimentos mais importantes exigidos na execução de fundos colocados a disposição das instituições é a escrituração, em livros próprios, dos valores referentes a esses mesmos fundos, no tocante aos montantes alocados e gastos efectuados. Os livros referidos têm a designação de Livros de Escrituração Obrigatórios (LEO's).

De acordo com as normas de gestão do Orçamento do Estado (OE), do Fundo Comum Provincial (FCP) e outros fundos verticais, cada fundo deve ter o seu respectivo LEO, no qual devem ser escrituradas todas as operações contabilísticas relacionadas com esse mesmo fundo.

Os Livros de Execução Obrigatórios exigidos são:

1. Livro Numerador de Requisições Externas e Controlo de Pagamentos (LNRECP)
2. Livro de Controlo Orçamental (LCO)
3. Livro de Controlo da Conta Bancária (LCCB)
4. Livro de Protocolo para entrega de Cheques (LPC).

Serão observadas na escrituração dos referidos livros as seguintes regras:

- a) Terão Termos de Abertura e de Encerramento assinados pelo Director dos SDSMAS
- b) Terão as folhas numeradas e rubricadas pelo Director dos SDSMAS
- c) Serão escriturados a tinta e não poderão ser rasurados
- d) Nenhum registo poderá ser efectuado sem existência de documento comprovativo, que deverá ser arquivado por verbas e anos, de forma a ser possível a sua identificação.

1.4. Livro Numerador de Requisições Externas e Controlo de Pagamentos (LNRECP)

Este livro registará todas as requisições externas emitidas, bem como todos os cheques, controlando assim, o pagamento daquelas, observando-se o seguinte:

- a) O registo das facturas de despesas que normalmente não têm requisições externas, como por exemplo, água, electricidade e telefone, bem como os processos justificativos do Fundo de Maneio.
- b) O somatório mensal, com resumo por verba orçamental, cuja soma deverá conferir com a do Livro de Controlo Orçamental, relativamente às requisições externas emitidas e com a do Livro de Controlo da Conta Bancária, no tocante aos cheques emitidos.

Este livro (figura 2) apresenta duas colunas importantes, uma para registo, por ordem numérica, das requisições externas emitidas e outra onde são registados os pagamentos.

A coluna de Requisição Externa está subdividida em seis colunas, nas quais se regista o mês, o dia, o nome do beneficiário e o valor da requisição.

A coluna de pagamento está subdividida em sete colunas, nas quais se regista o número do cheque, a data e a importância.

Importa aqui referir que a coluna de registo de cheque, da data e da importância estão repetidos para permitir a escrituração de pagamentos fraccionados, isto é, dois cheques cuja soma deve ser igual ao total da requisição.

3.2. Livro de Controlo Orçamental (LCO)

É o livro (figura 3) no qual se regista a dotação atribuída e as alterações que podem resultar de esforços da verba e da redistribuição da mesma, efectuada pela instituição beneficiária, depois de uma autorização da entidade competente.

De acordo com as normas de gestão, cada rubrica orçamental deve ter o seu respectivo registo que indica o valor alocado a essa mesma rubrica.

Designa-se por Rubrica a classificação das diferentes despesas que estão inscritas no Orçamento, por exemplo Salários e Remunerações, Outras Despesas com Pessoal (Ajudas de Custo), Bens e Serviços, entre outras.

Este livro permite controlar o orçamento atribuído, pois o seu registo nos indica a situação real da verba desde que este esteja em dia, isto é, que todos os movimentos estejam devidamente escriturados.

O formato deste livro não difere muito do anterior, pois também apresenta duas colunas importantes, uma para o registo, por ordem cronológica, das requisições externas emitidas, e outra onde são registados também pela mesma ordem os pagamentos efectuados.

Este livro se destina fundamentalmente a controlar o orçamento atribuído onde a soma dos montantes de cada registo deve ser igual ao valor global da dotação atribuída.

Orcamento
Exercicio
Sector
Capitulo
Artigo
Alinea

Dotacao Orcamental	Reserva (10%)	Duodécimo
Alteracao	Alteracao	Alteracao
Alteracao	Alteracao	Alteracao
Alteracao	Alteracao	Alteracao

LIVRO DE CONTROLO DA CONTA BANCARIA (LCCB)

De acordo com as normas e procedimentos instituídos, cada conta bancária deve ter o seu respectivo livro de controlo.

90

3.3. Livro de Controlo da Conta Bancária (LCCB)

Trata-se do livro no qual se faz o controlo das operações bancárias, pois é nele onde se registam as entradas de fundos depositados no banco e os respectivos movimentos dos cheques emitidos para o pagamento das despesas da instituição.

São registados neste livro e por ordem cronológica, os depósitos efectuados na conta e os movimentos de saída de dinheiro no banco através dos cheques emitidos, bem como outros débitos efectuados pelo banco, os quais são comunicados através de um “Borderaux”.

Este livro (figura 4) deve encerrar mensalmente e os seus valores confrontados com os movimentos de pagamentos registados nos dois livros anteriores e reconciliado com o extracto da conta bancária fornecido pelo banco (Reconciliação bancária).

Entende-se por Reconciliação Bancária a compatibilização do extracto da conta bancária e o saldo registado no livro de controlo da conta bancária da instituição. Este LCCB reflecte o saldo real. Nunca se deve confiar no saldo do extracto da conta bancária, pois este é fictício, devido a cheques em circulação e outros factores bancários tais como débitos de juros, comissões, etc. Através da Reconciliação Bancária facilmente se detectam as saídas/levantamentos de dinheiro não autorizados, daí que se revela de suma importância.

De acordo com as normas e procedimentos instituídos, cada conta bancária deve ter o seu respectivo livro de controlo.

O LCCB apresenta duas colunas importantes, uma para o registo de dados sobre as entradas de dinheiro e outra para o registo de saídas.

Deve haver um Livro de Controlo de Conta Bancária para cada conta a ordem do SDSMAS ou US, no qual serão registados todos os movimentos efectuados na mesma, observando as seguintes regras:

- a) O livro deverá ser escriturado diariamente e somado mensalmente
- b) O livro servirá também de numerador de cheques
- c) O saldo acusado no fim de cada mês deverá conferir com o acusado na conta bancária, depois de deduzido o valor dos cheques em circulação.

Segue abaixo o formato do LCCB:

DEPARTAMENTO FINANCEIRO

a)

ANO DE 200.....

MES DE

[illegible]

É fundamental notar que os três livros aqui tratados constituem a base para a elaboração do Balancete de Execução e o seu estado de escrituração representa o estado de saúde financeiro da instituição, revelando ao mesmo tempo o seu nível de organização, sendo por isso importante que estejam sempre rigorosamente preenchidos.

Figura 4. Livro de Controlo de Conta Bancária

3.4. Livro de Protocolo para entrega de Cheques (LPC)

Neste livro são registados todos os cheques emitidos e constará a assinatura e o número do Bilhete de Identidade do beneficiário a quem tiver sido entregue o cheque.

Importância dos livros de escrituração obrigatórios:

É fundamental notar que os três livros aqui tratados constituem a base para a elaboração do Balancete de Execução e o seu estado de escrituração representa o estado de saúde financeiro da instituição, revelando

ao mesmo tempo o seu nível de organização, sendo por isso importante que estejam sempre rigorosamente preenchidos.

14.RECURSOS FINANCEIROS

Recursos Financeiros são as verbas a utilizar atribuídas por um orçamento através do qual se garante o alcance dos objectivos fundamentais das instituições (Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, Hospitais, etc).

2.1. Gestão de Recursos Financeiros num Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) e Hospital Rural (HR)

Os SDSMAS's e HR's têm um fundo de funcionamento próprio, geralmente dentro do orçamento constante nos Governos Distritais locais. Cada SDSMAS e HR deve elaborar o projecto do orçamento e apresenta-lo ao Governo Distrital. Para a efectivação dessa prática o Ministério do Plano e Desenvolvimento elaborou um Guião de Planificação (figura 1) com orientações bem claras de como deve ser feita a expressão de necessidades de cada SDSMAS.

Para a realização das actividades que visam garantir o alcance dos objectivos a que se propõe um SDSMAS e HR, um dos quais é proporcionar cuidados de saúde a população, exigem de uma maneira geral o manuseio dos recursos financeiros, ou seja, o financiamento dessas actividades. Os recursos financeiros indispensáveis a realização das actividades podem ter três proveniências principais:

- a) Orçamento do Estado (OE),
- b) Receitas e
- c) Fundos Externos.

Os recursos financeiros disponibilizados tanto pelo OE como por parceiros de cooperação, ou outros, são escassos, por isso exigem dos gestores uma utilização de forma racional e transparente (veja em anexo o Guião para Elaboração do OE).

ORÇAMENTO DO ESTADO – CONCEITOS E CLASSIFICAÇÃO

Conceito: Orçamento do estado é um documento elaborado onde são previstas as receitas a arrecadar e fixadas as despesas a realizar no determinado período, normalmente um ano. É em suma, UM PLANO FINANCEIRO.

O Orçamento do Estado sendo um instrumento de trabalho é elaborado por diversos sectores do Governo, desde o Distrito até ao Órgão Central de cada sector. Cabe ao Ministério das Finanças a sua globalização e posterior envio ao Conselho de Ministros para apreciação e submissão a Assembleia da República para aprovação. Após este acto, transforma-se em Lei.

Orçamento do Estado (OE) é um instrumento básico para a realização dos programas do governo na satisfação das necessidades sociais produzindo bens e serviços para serem colocados à população de uma forma directa e imediata: Escolas, Hospitais, Estradas, Vacinações, Água, Luz, etc.

Orçamento do Estado é um instrumento válido por um período de um ano económico, que normalmente coincide com o ano civil (1 de Janeiro à 31 de Dezembro), com um período de tolerância entre 01 de Janeiro

à 31 de Março, para regularização de documentos de contabilidade e pagamentos de despesas realizadas até 31 de Dezembro do ano transacto.

1.5. Prazos para elaboração do OE

- Até dia 30 de Maio, os SDSMAS's e HR's devem enviar ao Governo Distrital a sua proposta;
- Até dia 20 de Junho os Governos Distritais devem apresentar aos Governos Provinciais as suas Propostas;
- Até dia 31 de Julho os Governos Provinciais devem apresentar ao Ministério do Plano e Desenvolvimento as suas Propostas;
- Até dia 31 de Outubro a proposta deve estar no Conselho de Ministros;
- Até dia 31 de Dezembro a proposta de OE deve ser aprovada pela Assembleia da República.

3.2. Composição do OE

O OE, sendo uma previsão, é composto por receitas calculadas para cobrança e por despesas autorizadas para pagamento durante o respectivo exercício.

3.2.1 Receitas

Receita é toda fonte de renda que deriva da arrecadação estatal de [tributos](#), como por exemplo os [Impostos](#), as Taxas e as Contribuições Especiais. As Receitas são fixadas por lei em carácter permanente e têm como finalidade o pagamento das despesas estatais e suas necessidades de investimento.

Cada organismo do estado cobra receitas por prestação de serviços previstas na lei. As receitas específicas do sector da Saúde (Receitas Especificas) são:

- a) Receitas Consignadas dos Hospitais – Taxa de Consultas e de Internamentos (Lei 4/87 de 19 de Janeiro);
- b) Receitas provenientes da venda de medicamentos (lei 4/87);
- c) Receitas Consignadas das Unidades Sociais (Portaria 400/77 de 19 de Novembro);
- d) Receitas das acções de Medicina Preventiva (Inspecções Sanitárias), Portaria número 66/76 de 27 de Março e Decreto-lei número 2.2.32;
- e) Receitas das análises do Laboratório Nacional de Higiene, Alimentos e Água, Diploma Ministerial número 90/81 de 29 de Setembro e Diploma Ministerial 78/87 de 24 de Junho;
- f) Imposto do Selo, através dos Atestados Médicos;
- g) Outras provenientes de várias fontes.

3.2.2. DESPESAS

Definição: são todas as obrigações financeiras que o estado tenha com outras entidades quer nacionais, quer estrangeiras ou internacionais, governamentais ou não-governamentais.

As despesas podem ser de dois tipos:

- a) **Corrente ou de Funcionamento:** quando resultam da actividade normal de determinado organismo do estado, por exemplo despesas com salários, água, luz, material de expediente, comunicações, etc.;
- b) **De Investimento:** quando se realizam com finalidade de aumentar ou melhorar a capacidade instalada de prestação de serviços, por exemplo, ampliação de uma US, construção de um edifício de enfermaria, reabilitação do bloco operatório, formação inicial (financiamento de cursos iniciais), entre outras despesas.

Classificação do Orçamento do Estado

Conforme o tipo de despesas, o orçamento pode assumir a designação seguinte:

3.3. Orçamento Corrente ou de Funcionamento

Compreende os recursos aplicados para o normal funcionamento da máquina administrativa do Estado, nomeadamente:

- a) Salários e Remunerações: suporta os encargos com abonos, subsídios e pensões devidos aos funcionários do Estado.
- b) Outras despesas com o Pessoal: suporta despesas com ajudas de custo.
- c) Despesas com Bens e Serviços: custeia as despesas variáveis de funcionamento, por exemplo, água, electricidade, material de escritório, etc.
- d) Despesas com Transferencias corrente: suporta despesas com subsídios de funeral.

3.4. Orçamento de Investimentos

Compreende os recursos aplicados na formação de Capital Técnico do Estado, ou por outra no aumento do Património Físico ou Técnico do Estado. Na saúde, o Orçamento de Investimentos destina-se ao aumento da capacidade de prestação de Cuidados Sanitários, nomeadamente:

- a) Construção de novos Hospitais, Centros de Saúde;
- b) Ampliação, reconstrução ou expansão dos já existentes;
- c) Formação Inicial (Cursos de Saúde Iniciais);
- d) Aquisição, grandes reparações e modernização de equipamentos.

Conforme o nível de execução, o orçamento pode ser classificado em:

1. **Central:** referente aos Órgãos Centrais do Aparelho do Estado, nomeadamente Ministérios, Comissões Nacionais e Secretárias do Estado, e a sua execução é controlada pelo Ministério das Finanças;
2. **Provincial:** Referentes aos Governos províncias que são constituídos além do Gabinete do Governo, pelas várias Direcções representantes dos respectivos Ministérios, por exemplo, Saúde, Educação, etc. A sua execução é controlada pela Direcção Provincial do Plano e Finanças.
3. **Distrital:** Referente aos órgãos do nível distrital ou da cidade (Governos Distritais e Municipais). A sua execução é controlada pela Direcção Provincial do Plano e Finanças.

3.5. Fontes de Financiamento do Sector Saúde

3.5.1. Orçamento do Estado

Que na presente fase representa 60% do total de fundos disponíveis para a Instituição.

3.5.2. Receitas Consignadas

Cuja cobrança depende muito do Director Distrital ou da Instituição. É importante a tomada de medidas de controlo das cobranças, pois dela depende a obtenção das receitas úteis para o funcionamento da Instituição.

3.5.3. Fundos Externos

Montante em dinheiro alocado por vários organismos nacionais e internacionais em apoio ao financiamento do sector. A semelhança do OE e Receitas Consignadas, este fundo também precisa de maior controlo por parte dos gestores para dar maior credibilidade a Instituição.

3.5.4. Donativos em Espécie

Conjunto de géneros, bens de consumo, equipamentos e outros oferecidos as Instituições do Estado.

PRINCIPIOS DO ORÇAMENTO DO ESTADO

O OE tem princípios básicos que permitem que seja elaborado e gerido em condições adequadas e racionais. Eis alguns desses princípios:

4.1. Programação

O OE deve contemplar todos os elementos que integram o conceito de programação. Deve expressar claramente os objectivos definidos, o conjunto de acções necessárias para alcançar os referidos objectivos e os recursos humanos, materiais e serviços necessários à realização desses objectivos.

4.2. Clareza

Os documentos de todas as instituições do Sector Público (Aparelho e Instituições do Estado) são elaborados, aprovados, executados e avaliados, obedecendo a uma política orçamental única definida por lei, baseando-se num só método e estruturando-se de forma uniforme.

4.3. Universalidade

Todas as despesas e receitas a realizar no âmbito do programa de actividades devem estar inscritas no OE.

4.4. Especificação

Significa que a realização das receitas e das despesas obedece a um critério: as receitas devem ser agrupadas segundo as suas fontes e as despesas repartidas por várias classes, divisões e sub-divisões para uma maior clareza.

4.5. Periodicidade

O OE é elaborado para ser executado no período de um ano.

4.6. Continuidade

Todas as etapas de cada exercício orçamental devem apoiar-se nos resultados de exercícios anteriores e ter em conta as expectativas de exercícios vindouros.

ELABORAÇÃO E CONFRONTAÇÃO DO ORÇAMENTO DO ESTADO

Elaboração do OE: a Planificação Orçamental consiste em prever os recursos financeiros necessários para um exercício económico.

5.1. Aspectos a serem verificados pelo Director dos SDSMASs ou de Unidade Sanitária

5.1.1. Orçamento de Funcionamento

- Fundamentação da proposta
- Estimativa da proposta a cobrar no ano seguinte

5.1.2 Fundo de Salários

- Relação dos postos de trabalho existentes e a preencher, bem como o respectivo encargo anual.
- Relação dos postos de trabalho do pessoal a recrutar e o respectivo encargo anual.

5.1.3 Bens e Serviços

Análise das verbas mais sensíveis cujo aumento é justificável na proposta:

- Alimentação
- Artigos de higiene e limpeza
- Água e electricidade
- Transporte de doentes
- Passagem dentro do país

- Combustíveis e lubrificantes (figura 2)

Em resumo:

A elaboração do orçamento não deve em caso algum, incluir produtos ou serviços cuja aquisição não seja da responsabilidade do orçamento em elaboração. Por exemplo: para os medicamentos, equipamento hospitalar, viaturas e outros materiais cuja aquisição é feita a nível central, não há lugar à previsão orçamental a nível provincial ou distrital

Órgão ou Instituição: SERVIÇO DISTRITAL DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL DE ZUMBO

Ano Económico:

2008

Classificação Económica da Despesa		Dotação	Dotação Disponível
Código	Descrição		

1	DESPESAS CORRENTES	10.812.319,8	9.441.845,4
1.1.1	Despesas com o Pessoal	7.355.377,0	6.330.596,8
1.1.1.1	Salários e Remunerações	5.784.848,9	4.917.121,6
1.1.1.1.01	Vencimento base do pessoal do quadro	3.501.535,4	2.976.305,1
1.1.1.1.02	Vencimento base do pessoal fora do quadro	95.924,0	81.535,4
1.1.1.1.03	Remuneração do pessoal estrangeiro		
1.1.1.1.04	Remuneração do pessoal aguardando aposentação	232.427,5	197.563,4
1.1.1.1.06	Gratificação de Chefia	66.250,0	56.312,5
1.1.1.1.07	Outras remunerações certas	1.354.010,8	1.150.909,1
1.1.1.1.08	Remunerações extraordinárias	328.580,3	279.293,2
1.1.1.0 99	Outras remunerações	206.121,0	175.202,9
1.1.2	Outras Despesas com o Pessoal	1.570.528,1	1.413.475,3

1.1.2.0.01	Ajudas de custos dentro do Pais: (A+B+C+D+E)	1.570.528,1	1.413.475,3
A)	Deslocações e Supervisão	1.235.408,8	1.111.867,9
B)	Brigadas Móveis PAV	335.119,3	301.607,3
C)	Seminários		
D)	Reuniões e Outras		
E)	DNV's - Dias Nacionais de Vacinações		
1.1.2.0.02	Ajudas de Custo no Exterior		
1.1.2.0.03	Pessoal Estrangeiro		
1.1.2.0.05	Representação		
1.1.2.0.06	Subsidio de combustivel e manutenção de viaturas		
1.1.2.0.07	Suplemento de vencimento		
1.1.2.0.99	Outras despesas		
1.1.2.0.99	Outras Remunerações		
1.2.	BENS E SERVIÇOS	3.456.942,8	3.111.248,5
1.2.1	BENS	2.051.786,2	1.846.607,6
1.2.1.0.01	Combustíveis e lubrificantes (A+B)	529.493,2	476.543,9
	Petróleo		
B)	Combustíveis	529.493,2	476.543,9
C)	Combustíveis de cozinha		
1.2.1.0.02	Manutenção e reparação de imóveis	46.330,7	41.697,6

1.2.1.0.03	Manutenção e reparação de equipamentos(A+B)	68.392,9	61.553,6
A)	Viaturas	68.392,9	61.553,6
B)	Material e equipamento		
1.2.1.0.05	Material não duradouro de escritório	132.373,3	119.136,0
A)	Material de Expediente	132.373,3	119.136,0
B)	Outros		
1.2.1.0.06	Material duradouro de escritório	39.712,0	35.740,8
A)	Material de Expediente	39.712,0	35.740,8
B)	Outros		
1.2.1.0.07	Fardamento e calçado		
1.2.1.0.08	Outros bens não duradouros (A+B+C+D+E+F+G)	1.191.359,7	1.072.223,8
A)	Higiene e limpeza	198.560,0	178.704,0
B)	Publicações - (para biblioteca)		
C)	Roupa hospitalar		
D)	Gases Medicinais		
E)	Fichas e Impressos Clínicos e Outros		
F)	Alimentação de Doentes	992.799,8	893.519,8
G)	Outros		
1.2.1.0.09	Outros Bens Duradouros	44.124,4	39.712,0
1.2.2	SERVIÇOS	1.405.156,6	1.264.641,0

1.2.2.0.01	Comunicações	226.638,2	203.974,3
1.2.2.0.02	Passagens dentro do país	18.131,1	16.317,9
1.2.2.0.04	Renda de instalações	226.638,2	203.974,3
1.2.2.0.05	Manutenção e reparação de Imóveis	79.323,4	71.391,0
1.2.2.0.06	Manutenção e reparação de equipamentos(A+B)	72.524,2	65.271,8
A)	Viaturas	72.524,2	65.271,8
B)	Material e equipamento		
1.2.2.0.07	Transportes e carga	135.982,9	122.384,6
1.2.2.0.08	Seguros		
1.2.2.0.09	Representação	22.663,8	20.397,4
1.2.2.0.12	Água e electricidade	566.595,4	509.935,9
1.2.2.0.99	Outros Serviços	56.659,5	50.993,6
1.4	Transferências Correntes		
1.4.3.3.0.3	Subsidio de funeral		
1.4.3.4.0.1	Bolsas de Estudo		
1.4.3.4.0.3	Deslocações de Doentes		
1,6	OUTRAS DESPESAS CORRENTES		
1.6.0.0.99	Despesas a pagar com receitas consignadas		
1.7	EXERCICIOS FINDOS		
1.7.0.0.01	Salarios e Remunerações		

1.7.0.0.02	Outras despesas com o pessoal		
1.7.0.0.03	Bens		
1.7.0.0.04	Serviços		
2	<i>Despesas de Capital</i>	<i>150.000,0</i>	<i>135.000,0</i>
2.1.1	Construções		
2.1.1.0.01	Habitações		
2.1.1.0.02	Edifícios		
2.1.1.0.99	Outras		
2.1.2	Maquinaria e Equipamento	150.000,0	135.000,0
2.1.2.0.01	Meios de Transporte		
2.1.2.0.0.2	Outra Maquinaria e equipamento	150.000,0	135.000,0
	<i>TOTAL</i>	<i>10.962.319,8</i>	<i>9.576.845,4</i>

Figura 2. Exemplo de um Orçamento de um SDSMAS

Confrontação do OE:

Normalmente, a confrontação de gastos com um orçamento aprovado é feita através dum balancete analítico o qual se apresenta em forma de um T onde na coluna da direita se coloca o orçamento aprovado, insto é, dotação menos 10% para o caso do Estado, e na coluna da esquerda se coloca os gastos, saldos e o respectivo grau de execução, em percentagem (figura 3). O balancete pode ser mensal, trimestral e anual. Para o Orçamento do Estado deve ser mensal e anual.

Teoricamente, o orçamento anual deve ser dividido em 12 partes iguais (duodécimo), onde cada parte corresponde a um gasto mensal que deve ser igual a 8,33%. Partindo deste pressuposto, isto significa que em cada trimestre do ano deve se gastar 25%. Por outras palavras pode se dizer que o balancete analítico deve apresentar no fim do 1º, 2º, 3º e 4º trimestre, uma execução de 25%, 50%, 75% e 100%, respectivamente. Sempre que a execução estiver abaixo ou acima destas percentagens, o Director dos SDSMAS/HR deve procurar identificar as causas e corrigir se houver razão para tal.

Neste processo há que ter em conta que algumas despesas só ocorrem uma vez por ano, o que significa que se a despesa está programada para o último mês do ano, a execução pode apresentar 0% de Janeiro a Novembro, sem que isso signifique má gestão.

Para o Orçamento de Investimento, a teoria acima indicada não é linearmente aplicável pois a execução tem muito a ver com o grau de execução das obras, no caso de construções. No caso de aquisições patrimoniais, a dotação pode ser toda ela executada logo no primeiro mês de exercício económico.

Resumidamente pode aqui se concluir que existe despesas indivisíveis para as quais o sistema duodecimal não funciona como é o caso de aquisições patrimoniais, formações, reuniões, etc., pois podem acontecer uma vez por ano. Para algumas despesas fixas tais são os casos de salários e remunerações, telefone, água, energia, etc., o sistema duodecimal é aplicado com muita facilidade pois a sua execução deve se situar dentro ou próximo das percentagens atrás definidas.

15.RECONCILIAÇÃO BANCÁRIA

Entende-se por Reconciliação Bancária a compatibilização do extracto da conta bancária e o saldo registado no livro de controlo da conta bancária (LCCB) da instituição. O LCCB reflecte o saldo real. Nunca se deve confiar no saldo do extracto da conta bancária, pois, este é fictício, devido aos cheques em circulação e outros factores bancários, tais como débitos de juros, comissões, etc. Através da Reconciliação Bancária facilmente se detectam saídas ou levantamentos de dinheiro não autorizados, daí que se revela de suma importância (figura 1).

Conciliação Bancária e Justificação das Divergências		
Modelo 30 OC/TA		
Nome do Banco:	Standard Bank	
Número da Conta:	000-111112222 - FNUAP	
Período da Gerência:	01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2009	
(1) Saldo do Extracto Bancário, no último dia do mês		294.876,87
(Mais)		
Débitos no extracto bancário para os quais não exista correspondência nos registos de pagamento na entidade		
Dia	Descrição	Montante
(2) Subtotal		0,00
(MENOS)		
Créditos no extracto bancário para os quais não exista correspondência nos registos de cobranças na entidade		
Dia	Descrição	Montante
(3) Subtotal		0,00
(Mais)		
Cobranças registadas na entidade que não contem do extracto bancário		
Dia	Descrição	Montante
(4) Subtotal		0,00
(Menos)		
Pagamentos registados na entidade que não constam do extracto bancário		
Dia	Descrição	Montante
18.11.2009	Pagto de ajuda de custos p Sra Joana Miséria	14.625,00
02.12.2009	Pagto de salario-Jota Jota	97,46
02.12.2009	Pagto de salario-Maria Deutria	3.991,64
(5) Subtotal		18.714,10
(6) Valor total = (1) + (2) - (3) + (4) - (5)		276.162,77
(7) Saldo da Conta Bancária no âmbito da Conta de Gerência Consolidada		
(8) Valor de controlo = (6) - (7)		276.162,77

Elaborado por:
IMA

Figura 1. Reconciliacao Bancária

Perante um exemplo de Reconciliação Bancária, o Director do SDSMAS/HR deve prestar atenção aos seguintes elementos:

- a) Nome do Banco, Número da conta bancária
- b) Período em referência

- c) Saldo do extracto bancário, neste caso 294.876.87
- d) Tipo de movimento realizado, linhas com enumeração 2,3,4,5,6, etc, de acordo com débitos, créditos, cobranças e pagamentos.
- e) Neste exemplo, do saldo existente, o único movimento realizado foi o pagamento de salários a três funcionários nos dias 18.11.2009 e 02.12.2009, num total de 18.714mt
- f) Por fim, o valor de controlo será a subtracção do saldo do extracto bancário pelo total dos movimentos realizados, portanto, $294.876.87 \text{ mt} - 18.714 \text{ mt} = 276.162.77 \text{ mt}$.

A Reconciliação Bancária deve ser realizada mensalmente, de modo a fornecer o saldo real disponível para a realização das despesas no mês seguinte.

Podemos por outras palavras dizer que uma reconciliação bancária é o processo no qual se faz a comparação entre o saldo da conta bancária que é apresentado pelo extracto bancário emitido pelo banco e o saldo que é apresentado pelo livro no qual a instituição faz o registo de todas as operações bancárias daquela conta.

Sempre que os valores dos dois documentos forem diferentes deve se apurar as causas dessas diferenças:

- a) Se o saldo apresentado no extracto for superior pode significar que existe cheque que foram emitidos pela instituição que até o fim do período em análise ainda não havia dado entrada no banco (cheques em circulação) ou porque este, (o banco) registou um depósito que a instituição não registou no seu livro.
- b) Se o saldo do extracto for menor é sinal de que o banco debitou algum valor que a instituição não ordenou ou não deu baixa no livro por engano.

As irregularidades ou diferenças detectadas devem ser sanadas para que se inicie o período seguinte com os dois documentos (extracto e livro) a apresentarem os mesmos saldos.

RELATÓRIO FINANCEIRO

3.1. Definição

È um documento no qual se faz a narração de todos os factos ocorridos durante um determinado período, à volta dum dado financiamento que pode provir do Estado ou de qualquer parceiro. Um relatório financeiro pode ser mensal, trimestral, semestral ou anual, de acordo com as regras definidas pelo financiador. O Relatório Financeiro Anual, também designado por “Conta Gerência”, deve ser enviado até ao dia 30 de Março ao Tribunal Administrativo para efeitos de Fiscalização da Legalidade das Despesas efectuadas pelo SDSMAS ou HR. Independentemente do período, a metodologia e a composição de elaboração do Relatório Financeiro é rigorosamente a mesma, conforme se pode observar abaixo.

3.2. Composição (figura 2)

Estruturalmente, um relatório financeiro deve apresentar-se da seguinte forma:

- a) Introdução
- b) Desenvolvimento
- c) Constrangimentos
- d) Conclusões e recomendações

3.2.1. Introdução

Nesta parte deve se explicar o objectivo do relatório, o período a que se refere e o enquadramento legal se possível

3.2.2. Desenvolvimento

Esta é a parte mais importante do relatório pois é nela onde se faz a narração de todos os factos ocorridos em termos de valores (recursos) disponíveis ou disponibilizados e gastos realizados durante o período. Esta apresentação deve ser feita através de mapas contabilísticos (balancetes, reconciliações bancárias etc.), nos quais se indica os recursos transitados do período anterior (se for o caso) e os recebidos no período em análise.

Os gastos devem também ser apresentados da mesma forma, isto é, transitados e os realizados no período em análise. Neste capítulo indica-se também o plano de utilização do remanescente e o que se espera receber no período seguinte.

3.2.3. Constrangimentos

Nesta parte do relatório são apresentadas as principais dificuldades que foram enfrentadas ou sentidas durante o período em análise que tanto podem ser internas ou externas.

3.2.4. Conclusão e recomendações

Neste capítulo são enumeradas as lições aprendidas ao longo do período em análise e a partir das quais se faz as principais recomendações com vista à remoção dos constrangimentos, manutenção dos aspectos positivos perspectivando eventuais riscos e propor medidas sobre como evitá-los.

16.SUPERVISÃO – CONCEITO E IMPORTÂNCIA

A supervisão é uma actividade que tem a finalidade de promover o aperfeiçoamento contínuo no desempenho de actividades dos profissionais de saúde, de modo que se tornem mais competentes no exercício das suas funções. A supervisão é uma das actividades administrativas e tem o seu lugar ao longo do processo de **monitorização, controlo e avaliação**.

A **monitorização** busca determinar como estão sendo implementadas as actividades e quais são os seus resultados em termos de produtividade. O **controlo** se aplica à utilização dos recursos, principalmente os meios materiais, em termos de custo/benefício. A **avaliação** vela para que todos os objectivos estabelecidos sejam atingidos, através da mensuração da eficácia, resultados e impacto das actividades efectuadas.

A supervisão, visa aperfeiçoar o desempenho profissional das pessoas uma vez que fornece ao supervisor uma oportunidade não somente para proporcionar conselhos, orientações, ajuda, ensino mas também a de motivar os trabalhadores no terreno com vista a elevar as suas habilidades e portanto, a melhoria dos serviços. O trabalhador supervisionado deve encarar a supervisão como um apoio e um meio para melhorar a sua competência.

2.1. Métodos de supervisão

Existem dois métodos de supervisão, nomeadamente:

2.1.1. Métodos Directos

Implicam contacto, interacção entre o “supervisor” e “supervisado”. Por exemplo, quando o supervisor explica ao profissional de saúde que trabalha nas triagens sobre a maneira mais correcta de preencher o Boletim Epidemiológico Semanal (instrumento que regista as doenças de notificação obrigatória e que todas as unidades sanitárias devem enviar semanalmente para o Núcleo de Estatística Distrital) ou quando explica como fazer uma anamnese correcta.

2.1.2. Métodos Indirectos

Baseiam-se na análise da documentação disponível (livros de registo, fichas de resumo semanais e mensais), por exemplo, quando o supervisor chega a uma unidade sanitária e pede o livro de registo da distribuição de redes mosquiteiras na Consulta Pré-Natal (CPN) para verificar se o número de redes mosquiteiras distribuídas na primeira CPN é igual ao número de CPN, ou quando o supervisor pede todos os partogramas do último mês para verificar a qualidade e a conduta das Enfermeiras de SMI durante o parto.

2.2. Função do Responsável Clínico na supervisão

Sendo a supervisão uma actividade que tem a finalidade de promover o aperfeiçoamento contínuo no desempenho de actividades dos profissionais de saúde, de modo que se tornem mais competentes no exercício das suas funções, o responsável clínico da unidade sanitária, que muitas vezes essa tarefa cabe ao TMG, deve-se privilegiar as funções Técnicas e Administrativas, cujas actividades passamos a citar:

2.2.1. Funções Técnicas

- Avaliar a qualidade da execução das tarefas
- Avaliar as habilidades técnicas
- Avaliar as atitudes em relação aos utentes, colegas e subordinados
- Ajudar nos trabalhos sempre que necessário e possível durante a visita de supervisão, por exemplo, se há muitos pacientes para serem atendidos, não faz sentido que seja feita supervisão, mas o supervisor deve ajudar no atendimento dos pacientes e só depois é que deverá iniciar com a supervisão.
- Fazer demonstração das tarefas cujo desempenho o supervisionado necessita melhorar
- Rever assuntos teóricos quando necessário, isto é, o supervisor em conjunto com o supervisionado deverão consultar o algoritmo de uma patologia, a conduta terapêutica de uma doença ou bibliografias sempre que for importante para elucidar e aprofundar determinados assuntos.
- Rever com a equipa os aspectos positivos e negativos observados durante a supervisão e discutir os problemas e suas soluções. Definir quem, como, quando, estes problemas serão resolvidos. Escrever as decisões e recomendações no Caderno de Supervisão
- Anotar as tarefas cujo desempenho necessitam de serem melhoradas
- Elaborar um relatório e fazer retro-informação.

2.2.2. Funções Administrativas

- Verificar as condições gerais de higiene do local de trabalho
- Verificar a organização dos serviços auxiliares (Administração e Finanças, Recursos Humanos, Estatística e Planificação). O Responsável Clínico deverá também verificar essas áreas durante a supervisão porque essas áreas têm uma grande influência no desempenho dos profissionais de saúde, por exemplo, verificar se os salários são pagos a tempo e hora, verificar se os funcionários com requisitos são nomeados, promovidos e progredidos e verificar se tudo que é realizado pelos funcionários é devidamente registado, analisado e se são tomadas decisões em função das constatações dessas análises.
- Apoiar na aquisição e distribuição racional dos recursos disponíveis
- Apoiar na gestão dos recursos (tempo, material de uso corrente, espaço, etc.)
- Apoiar na organização dos recursos disponíveis no local de trabalho.

O TMG no acto das actividades de supervisão do atendimento externo deverá começar por verificar os aspectos gerais, nomeadamente, se o pessoal está devidamente fardado (clínicos e serventes), higiene e limpeza do gabinete, manutenção (vidros quebrados, redes rasgadas, fechaduras estragadas), organização do fluxo de atendimento, e de seguida verificar o seguinte:

- Quem faz (nível de formação) a consulta
- A sala tem luminosidade
- A sala garante privacidade

- Se tem o equipamento mínimo, isto é, balança, termómetro, estetoscópio, esfigmomanómetro, marcação de observação, espátula.
- Material para consultas
- Blocos de receitas, livros de registo, requisições para análises
- Rotinas terapêuticas afixadas
- Material de informação, educação e Comunicação para os doentes, preservativos disponíveis, entre outros
- Verificar o padrão de prescrição, isto é, sobreposição de medicamentos, antibióticos desnecessários, tratamentos excessivos.

É necessário que o responsável clínico elabore um plano de supervisão sistemático das suas unidades dependentes (farmácia, enfermarias, triagens, unidades sanitárias, entre outros) e que haja uma equipa de apoio, tornando sempre que possível as supervisões integradas e multidisciplinares.

Exemplo de um plano de supervisão de um distrito referente a um trimestre

Data	Unidade Dependente	Hora de início	Apoios	Observações
20 de Janeiro	Centro de Saúde de Dondo	7:00h	Enfermeiro Chefe, responsável de farmácia Chefe do PAV	Viatura Toyota Pick Up dos SDSMAS
20 de Fevereiro	Centro de Saúde Sede	7:00h	Chefe do Laboratório, Supervisora de SMI	Levar Kit US Viatura Toyota Pick Up dos SDSMAS
18 de Março	Centro de Saúde de Ulene	13:00h	Administrativo Chefe dos Recursos Humanos	Levar folha de efectividade Viatura Hardbody do HR

É conveniente que cada unidade supervisionada, tenha um livro de supervisões, onde se anota o dia da supervisão, a composição da equipa e os aspectos constatados, para que na próxima supervisão, se analise o grau de cumprimento das recomendações deixadas na supervisão anterior.

Sempre que possível pode-se atribuir uma pontuação a unidade supervisionada, de modo a se efectuar a avaliação do desempenho, mediante critérios pré-definidos pela equipa de supervisão.

Exemplo de avaliação do desempenho de uma unidade supervisionada por pontuação

Unidade Dependente	1ª Supervisão	2ª Supervisão	3ª Supervisão	4ª supervisão
Centro de Saúde de Dondo	8	10	15	6
Centro de Saúde Sede	8	7	8	7
Centro de Saúde de Hulene	5	9	15	16

Assim, pode-se avaliar que o Centro de Saúde de Dondo, que esteve a melhorar a cada supervisão teve um problema na 4ª supervisão que culminou com a diminuição da pontuação, ou o Centro de Saúde da Sede que tem um problema, a ser identificado e corrigido, que não faz sua pontuação melhorar.

Este sistema, permite maior competitividade entre as US e permite que ao final do ano o Director de Saúde possa motivar os funcionários de determinada US premiando os melhores, constituindo desta forma um incentivo ao bom desempenho.

ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO EXTERNO

Centros de Saúde (CS) são unidades sanitárias de Nível Primário, que têm como função dispensar cuidados de Saúde Primários (CSP) à população da sua área de saúde, incluindo intervenções sobre o meio ambiente. Os Centros de Saúde constituem o primeiro contacto da população com o Serviço Nacional de Saúde.

Os Centros de Saúde classificam-se em Urbanos e Rurais. Os CSs Urbanos localizam-se em zona urbana e os CSs Rurais em zona rural. Os CSs Rurais são de dois tipos (I e II) conforme o grau da complexidade técnica da sua infra-estrutura física, da sua organização, equipamento, pessoal e a população a servir.

O CS tipo II é a mais pequena unidade sanitária que dispensa cuidados de saúde primários em meio rural, enquanto que o CS tipo I é um centro de saúde mais diferenciado e de maiores dimensões.

O CS tipo II é constituído por 2 blocos, em que no primeiro bloco encontra-se:

- Sala de consulta Externa ou Triagem
- Sala para o PAV e Triagem Nutricional

O segundo bloco é o da Maternidade com:

- Sala de consulta
- Sala de dilatação

- Sala de parto
- Puerpério

O CS tipo I, por sua vez é constituído pelos blocos de internamento, atendimento externo, maternidade e banco de socorro. O bloco de atendimento externo é constituído pelos seguintes sectores:

- Gabinetes de consultas
- Farmácia
- Laboratório
- Banco de sangue
- Gabinete de estomatologia
- Sala de pensos/injecções
- Sala de RX
- Fisioterapia

A função básica de uma unidade sanitária é o atendimento e o cuidado ao paciente, e para o sucesso da mesma intervêm um grupo heterogéneo de profissionais de saúde, nomeadamente, o corpo clínico, formado pelos Médicos, Técnicos e Agentes de Medicina, geralmente o grupo de maior peso e prestígio numa unidade sanitária por serem os responsáveis pelo diagnóstico e tratamento dos pacientes. As outras categorias profissionais, nomeadamente Enfermeiros, Agentes e Técnicos de Laboratório, Farmácia, Radiologia, Estomatologia, Medicina Preventiva, Nutrição, Fisioterapia, entre outros, têm a particularidade de seus serviços terem que ser

A consulta externa representa uma parcela muito grande da produtividade numa unidade sanitária. Antes porém, é importante diferenciar entre Consulta Externa e Triagem. O acesso a Consulta Externa é marcada na aceitação e o utente recebe a convocatória com a indicação da data, hora, lugar e sala, ao passo que para a Triagem, o utente se desloca a unidade sanitária sem prévia marcação, sendo atendido e tratado no mesmo dia, podendo ser encaminhado para um clínico mais diferenciado, ou mesmo internado, se necessário.

Num Centro de Saúde tipo I podem ser realizadas consultas externas de todas as áreas (clínica, estomatologia, fisioterapia, estomatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outras) e os princípios organizacionais são os mesmos. Sendo a consulta externa realizada por uma equipa multidisciplinar, o utente deverá em primeiro lugar se deslocar a recepção para abertura do seu Processo Clínico e posterior marcação da consulta. O utente recebe o seu Cartão de Consulta Externa onde constam os seus dados pessoais e o número do seu processo clínico, devendo sempre apresentar esse cartão na recepção no dia da consulta para que seja levantado o seu processo clínico.

Para a organização da consulta externa num centro de saúde tipo I, é necessário:

- Fazer-se a marcação das mesmas, devendo-se usar agendas para todos os clínicos, onde constam os nomes dos pacientes a atender no dia respectivo
- Orientar-se aos pacientes a se deslocarem para a unidade sanitária na data e hora marcada, devendo-se apresentar na recepção com o respectivo cartão do paciente
- Levantarem-se os processos clínicos dos pacientes e colocarem-se nos respectivos gabinetes de consulta
- Iniciar o atendimento aos pacientes às 7h30

- Marcar em média 25 consultas por clínico/dia como forma de manter a qualidade.

Os serviços de saúde estão orientados e devem estar organizados para o atendimento com qualidade aos utentes, pelo que as normas devem ser rigorosamente cumpridas. A integração de serviços (na mesma consulta haver triagem, testes rápidos de diagnóstico, entre outros) deve ser uma estratégia a ser adoptada, sempre que as condições assim o permitam.

17.SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE (SIS)

O SIS é um conjunto de instrumentos, normas e actividades relacionados entre si e que produz informação útil para a tomada de decisões na área de saúde.

O objectivo do S.I.S. é ajudar a decidir os objectivos, a distribuir os recursos e a programar as actividades; o SIS permite-nos também avaliar as decisões tomadas, através do processo de avaliação/monitorização.

O pessoal de Saúde precisa dum conjunto de informações para programar, gerir e avaliar os programas e os serviços de saúde.

As informações são relativas aos seguintes aspectos:

- Quais são os principais problemas de saúde que devem ser enfrentados,
- Quais são os recursos disponíveis,
- Qual é o volume de trabalho realizado
- Qual é a qualidade deste trabalho e
- Quais são os resultados do próprio esforço.

Estas informações podem ser obtidas através de fontes diferentes, ou seja, através de:

- Sistema de Informação para Saúde,
- Visitas de supervisão e
- Inquéritos.

Destas fontes o SIS é aquela que fornece maior parte das informações necessárias de forma sistemática, isto é, com regularidade e de todas as Unidades Sanitárias.

O Sistema de Informação para Saúde (SIS) é portanto um dos mais importantes instrumentos para programação e gestão de que o pessoal de saúde dispõe, além de ser aquele que diariamente, ocupa uma parte considerável do seu tempo de actividade.

As informações produzidas pelo SIS devem ser completadas com visitas de supervisão e inquéritos, que permitem estudar com maior profundidade os problemas identificados através do SIS.

A maioria dos trabalhadores da saúde contribui para o funcionamento do SIS em particular registando diferentes tipos de dados durante a realização das suas próprias funções. Uma proporção mais limitada de trabalhadores recolhe os dados nos resumos para enviá-los aos níveis superiores (*ex.: o Responsável dum Centro de Saúde ou o Responsável do Núcleo de Estatística e Planificação - (NEP) –dum HR ou SDSMAS.*

Os mesmos trabalhadores que recolhem e/ou enviam os dados teriam que elaborá-los, apresentá-los em tabelas e gráficos, interpretá-los e utilizá-los.

A qualidade dos dados não poderá ser boa enquanto a maioria dos trabalhadores de saúde se limitar apenas ao registo/recolha e envio dos dados para os níveis superiores ou mesmo para alguém no exterior "fazer algo com os dados".

Um amplo número de trabalhadores aos diferentes níveis devem aprender a agregar os dados (*calcular indicadores*), a apresentá-los em gráficos e tabelas e — na base destes — tirar conclusões (*interpretar*) e tomar medidas apropriadas (*utilizar*).

Os trabalhadores das USs e dos SDSMASs devem utilizar o SIS como instrumento indispensável e constante de monitorização e avaliação dos programas e dos serviços de saúde.

Nota bem: O SIS não tem nenhum sentido se não conduz a tomada de decisões e acções aos diferentes níveis de atenção de saúde.

2.1. Os Instrumentos do SIS

Os instrumentos específicos do SIS são os impressos e os livros de registos e que permitem o registo, a recolha e o envio dos diferentes dados.

Por exemplo o Livro de Registo da Maternidade permite registar dentre outros, os seguintes dados:

- Nomes das parturientes
- Idades das parturientes
- Nados vivos
- Pesos dos nados vivos
- Nados mortos
- Óbitos maternos

Os mesmos dados são recolhidos e enviados para o nível superior através do Resumo Mensal, que é também um instrumento do SIS.

INDICADORES DO SERVIÇO DE CONSULTAS EXTERNAS

Indicadores são instrumentos usados para medir uma mudança num determinado contexto, tempo e lugar. Assim, os indicadores representam sinais e marcas que traduzem o curso e a evolução de um determinado programa ou uma actividade. Os indicadores podem ser classificados em:

- **Indicadores de insumos:** referem-se a recursos necessários (humanos, financeiros, infra-estruturas físicas, equipamentos, etc) para levar as necessidades. Por exemplo, enfermeiras treinadas por 10.000 habitantes.
- **Indicadores de processo:** monitoram a prestação de cuidados e actividades que são realizadas, a sua qualidade e acessibilidade para atingir os objectivos de um programa. Por

exemplo, Taxa de cobertura de um programa, Índice de cumprimento dum plano, Taxa de internamentos por habitantes.

- **Indicadores de produto:** medem o fruto das actividades, incluindo cobertura, conhecimento, atitude. Referem-se aos sucessos de esforços a nível de programa. Por exemplo, Número de testes de diagnóstico rápido de malária realizados num centro de saúde, número de redes mosquiteiras distribuídas numa comunidade.
- **Indicadores de resultado:** Medem a cobertura da intervenção ao nível da população, por exemplo, proporção de crianças <5 anos de idade que dormiu debaixo de rede mosquiteira na noite anterior, proporção de crianças com febre nas últimas duas semanas e que procuraram tratamento dentro de 24 horas, proporção de mulheres que receberam pelo menos duas doses de tratamento intermitente presuntivo para malária nas consultas pré-natais durante a última gravidez.
- **Indicadores de impacto:** determinam efeitos a longo prazo, incluindo alterações no estado de saúde das populações. Referem-se aos sucessos de esforços do programa a nível da população, por exemplo, Taxa de mortalidade em menores de cinco anos por malária.

A seguir passamos a citar os indicadores que devem ser medidos na supervisão de atendimentos externos:

1.6. Número total de consultas na US

É número total de consultas externas numa unidade sanitária durante um período de tempo determinado (mês, trimestre, semestre, ano).

É um indicador de processo, mais especificamente de utilização que põe em correlação o número de consultas externas que ocorreram numa certa área (actividade) com a população presente na mesma área, que informa sobre a utilização dos serviços ambulatoriais. Esta informação é expressa como número médio de consultas externas por habitante por ano.

1.7. Consulta por habitante

É total de consultas realizadas num período determinado sobre o total da população (total de consultas num periodo/ numero total da populacao).

Por exemplo:

No Centro de Saúde de Caia (CS Rural I), no primeiro semestre de 2011 foram realizadas 48.213 consultas externas, tendo sido notificados 17.397 casos de malária, 7.147 casos de diarreia, 5.285 casos de disenteria, 5.753 casos de infecções respiratórias, 1.862 casos de tinea, 1.574 de sarna, 1.263 de conjuntivite e 7.932 casos de outras patologias, entre Hipertensão arterial, Diabetes, Traumatismos, entre outras.

Trabalham nas consultas 3 Agentes e 1 Técnico de Medicina Curativa. A população total da sede do distrito de Caia é de 36.000 habitantes. O TMG deverá verificar e dar o visto a estatística semestral da unidade sanitária antes do seu envio para o Núcleo de Estatística Distrital.

1. Calcule o número de consulta por habitante

2. Indique o peso das principais doenças atendidas na consulta externa durante o período.
- Já sabemos que o número total de consultas é de 48.213
 - O número de consultas por habitante é de 1.3 (48.213/36.000). O valor ideal para se considerar positivo é que pelo menos em média cada habitante faça uma consulta. Neste caso o valor foi de 1.3, o que é bom. Significa que no CS Caia, durante o primeiro semestre de 2011, a população realizou em média pelo menos 1 consulta.
 - O peso das principais doenças: divide-se o número de casos de cada doença pelo número total de consultas (casos), sendo assim será: malária – 36.1% ($17.397/48.213 \times 100$); diarreia – 14.8% ($7.147/48.213 \times 100$) e assim por diante. O peso da doença também é chamado de morbidade proporcional.

1.8. Razão das consultas de triagem/clínico/dia

O ideal para o caso da marcação das consultas é que cada clínico veja entre 40 à 60 pacientes. Naturalmente que essa média pode variar em função da procura da consulta, visto que se a procura for maior, deve-se aumentar o número de consultas por clínico, de modo a diminuir o tempo de espera para a consulta. É um indicador de processo.

Para o exemplo acima citado, a razão consulta de triagem/clínico/dia será: são 4 clínicos (1 técnico de medicina curativa e 3 agentes) para 48.213 consultas no ano, durante 264 dias (30 dias de um mês subtraindo 8 dias de fins de semana – sábados e domingos, multiplicado por 12 meses). Seria $48.213 \text{ consultas} / 4 \text{ clínicos} / 264 \text{ dias úteis} = 46 \text{ consultas por dia, por clínico}$. Logo o número de consultas por clínico nesta US está dentro do recomendável, portanto, o número de clínicos é suficiente para a demanda.

1.9. Percentagem de receitas com 3 ou mais medicamentos e com prescrição de antibióticos

O Responsável Clínico, durante a supervisão deve solicitar ao sector da farmácia as cópias das receitas médicas aviadas, por exemplo do último mês, e verificar os seguintes aspectos:

- Se a receita médica é legível, está devidamente preenchida e assinada por um clínico autorizado a prescrever
- Se a unidade sanitária tem disponível a lista dos clínicos autorizados a prescrever
- (discriminando o nível de formação, a identificação completa de cada prescriptor e a rubrica)
- Se existe adequação entre o nível de prescrição e os medicamentos prescritos
- Se o número de medicamentos constantes na receita corresponde à quantidade necessária para cumprir a posologia prescrita
- Se em termos de prescrição de antibióticos, a receita médica apresenta dois ou mais antibióticos com o mesmo princípio activo, por exemplo, amoxicilina e fenoximetilpenicilina.

Em relação a prescrição de 3 ou mais medicamentos e de antibióticos o clínico deve saber o seguinte:

- <de 5% das receitas devem ter 3 ou mais medicamentos (prescrição múltipla)
- Antibióticos devem estar em < 20% do total das receitas

Com base nestes indicadores, o clínico ao analisar aleatoriamente as receitas, efectua o cálculo e analisa se está dentro dos parâmetros recomendados.

Exemplo: numa US, o clínico analisa 60 receitas aleatórias e nota que 10 receitas tem antibióticos e 15 receitas tem 3 ou mais medicamentos. Ele efectua o cálculo e determina:

- $10/60 \times 100 = 16.6\%$ das receitas tem antibiótico
- $15/60 \times 100 = 25\%$ das receitas tem prescrição múltipla (3 ou mais medicamentos)

Então o clínico conclui, que esta US tem um nível aceitável de prescrição de antibióticos (< 20%), porém, tem problemas na prescrição múltipla (> 5% das receitas com prescrição múltipla). Neste caso deve-se averiguar o motivo destas prescrições múltiplas e se necessário efectuar uma formação em trabalho.

1.10. Percentagem de casos de malária com confirmação laboratorial registada

Em Moçambique a malária é uma doença endémica e constitui o principal problema de saúde pública. Com a introdução dos testes de diagnóstico rápido e a sua disponibilização por todas as unidades sanitárias pelo Ministério da Saúde, há necessidade de se melhorar o diagnóstico da malária, devendo-se notificar e tratar malária apenas com confirmação laboratorial, evitando-se diagnosticar malária clínica.

O responsável clínico deve durante a supervisão cruzar os dados constantes no livro de registo de consultas externas, com os do laboratório no mesmo período. O indicador padrão para esta análise é: alta percentagem de malárias confirmadas pelo laboratório (> 50%, com critérios de selecção no pedido de análise)

Por exemplo, ainda no Centro de Saúde de Caia, no 1º semestre de 2011 foram notificados 34.213 casos de malária, dos quais 19.346 com confirmação laboratorial (hematozoário ou teste rápido).

A percentagem de casos de malária com confirmação laboratorial registada foi de 57%, ou seja, $19.346/34.213 \times 100$.

Neste caso, a qualidade é boa, pois está acima de 50%.

1.11. Causas mais frequentes de consultas

Refere as principais doenças notificadas numa US num determinado período. A fonte de informação é o Livro de Consulta Externa e os Boletins Epidemiológicos Semanais.

Tomando em conta o exemplo do CS Caia (número 2.2), podemos elaborar a seguinte tabela:

Doença	Tota de Consultas	%
Malária	17.397	36
Diarreia	7.147	15
Disentéria	5.285	11
Inf. Respiratoria	5.753	12
Tinha	1862	4
Sarna	1.574	3
Conjuntivite	1.263	3
Outras	7.932	16
Total	48.213	100

1.12. Habitante/ Médico

Proporção de habitantes para cada Médico. Trata-se de um indicador de insumo que permite analisar a disponibilidade de Médicos para atendimento a população. Em Moçambique, existem províncias que 1 Médico está para 60.000 habitantes (fonte INE) e, constitui desafio do Governo reduzir essa proporção.

1.13. Habitante/Pessoal Técnico de Saúde

Proporção de habitantes para cada pessoal técnico de saúde. Trata-se também de um indicador de insumo que permite analisar a disponibilidade de pessoal Técnico de Saúde (Médicos, Enfermeiros,

Técnicos de diferentes áreas) para atendimento da população.

REALIZAÇÃO DE CONSULTA DE QUALIDADE (ADULTO E CRIANÇA)

Uma consulta de qualidade depende dos seguintes factores:

- a) **Recursos Humanos qualificados:** Nas USs, quem deve fazer as consultas ou triagens de adultos e crianças é o pessoal clínico (Agente de Medicina Curativa, TMG ou Médico de clínica geral). No caso de consultas de Pediatria, as Enfermeiras de SMI também fazem consultas.
- b) **Infra-estrutura:** é importante primeiro garantir que a sala de consulta esteja limpa, arrumada, janelas com vidros, redes, para evitar entrada de insectos, poeiras. Bem como para manter o ambiente interior aquecido.
- c) **Material e equipamento:** além dos recursos humanos e infra-estrutura, o Responsável Clínico deverá criar as condições necessárias para atendimento normal e de emergência nos Gabinetes de Consulta, antes de se encaminhar para o Banco de Socorros os casos graves. o equipamento necessário para garantir uma consulta de qualidade é:
 - Mesa para consulta e para o material
 - Relógio funcional
 - Termómetro
 - Balança acessível e funcional
 - Estetoscópio e esfigmomanómetro
 - Teste rápido de malária e lancetas
 - Caixas incineradoras
 - Baldes para lixo comum e infeccioso
 - Livros e fichas de registo
 - Algoritmos e Protocolos de tratamento para as doenças mais comuns
 - Requisições para pedidos de exames complementares de diagnóstico
 - Blocos de receita médica.

18. CONSULTA OU TRIAGEM DE CRIANÇAS

O Técnico de saúde que faz a consulta de crianças deve, antes do início, passar pela sala de espera a fim de fazer uma primeira selecção. Periodicamente (de hora em hora ou de meia hora em meia hora, conforme o movimento dos doentes) fará novas selecções. Nestas selecções (prévias e intercalares) o Técnico de Saúde priorizará o atendimento urgente das crianças de acordo com a seguinte sequência:

- **Sinais de emergência:** febre alta (>38 graus), hipotermia, convulsões febris, hipoglicemia, desidratação grave, letargia ou inconsciente, dispneia, vomita tudo que ingere, baixo peso
- **Sinais de prioridade:** tosse, febre moderada, desidratação leve a moderada,
- **Que não constituem casos de urgência:** não apresentam nenhum sintoma anterior

O Técnico deverá explicar aos restantes pacientes as razões dessa atitude.

O Responsável clínico deve garantir que os clínicos que trabalham nas triagens de pediatria tenham sido treinados no pacote de Atenção Integrada as Doenças de Infância (AIDI).

A Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) é uma abordagem integrada à sobrevivência, crescimento e desenvolvimento das crianças, que tem como objectivos a redução da mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos, a melhoria da qualidade, da eficácia e da eficiência da atenção nos serviços de saúde, a melhoria das práticas que dizem respeito à família e a comunidade, assim como da atenção prestada através do sistema de saúde.

A Estratégia AIDI em Moçambique está estruturada de acordo com os componentes recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeadamente:

- Melhorar as competências dos profissionais de saúde,
- Melhorar a prestação do sistema de saúde e
- Melhorar as práticas familiares e comunitárias.

A Estratégia AIDI aborda as principais doenças com impacto na saúde das crianças menores de 5 anos, nomeadamente a Malária, as Doenças Diarreicas, as Infecções Respiratórias Agudas, o Sarampo, a Desnutrição e o HIV/SIDA.

Para uma consulta de crianças deve-se disponibilizar nas salas de consulta de crianças o seguinte material de AIDI:

- Caderno de Mapas de AIDI (Pediátrico e Neonatal) visíveis para consulta imediata do clínico e
- Medicamentos essenciais do AIDI para as primeiras doses: Coartem, Quinino, Amoxicilina, Eritromicina, Paracetamol, Penicilina Cristalizada, diazepam, gentamicina
- Deve garantir que exista um local para a reidratação oral das crianças (canto de reidratação oral)

Deve-se garantir a existência do seguinte material na consulta ou triagem de crianças:

- Estetoscópio
- Balança
- Termómetro
- Espátula
- Ortoscópio

A seguir passamos a mencionar os passos mais importantes para uma boa consulta ou triagem de crianças:

- Antes de mais verificar a existência de sinais gerais de perigo
- Pedir o cartão de saúde da criança
- Abrir a ficha de registo
- Medir e registar a temperatura axilar
- Regular a balança de pesagem
- Pesar a criança (sem roupa de preferência) e registar o peso da criança
- Examinar a criança sem roupa
- Fazer correctamente a anamnese e exame físico da criança
- Usar o equipamento/material para o exame físico da criança
- Fazer correctamente o diagnóstico, seguindo os sintomas/sinais
- Referir as crianças adequadamente (para o Médico ou para outra Unidade Sanitária)
- Aconselhar aos pais sobre os cuidados a ter com a doença da criança
- Verifica o estado vacinal da criança e caso a criança tenha ainda vacinas por fazer ou actualizar, explicar as próximas datas, tipo de vacina e onde levar a criança para vacinar.

CONSULTA OU TRIAGEM DE ADULTO

Também para a consulta ou triagem do adulto, o Técnico de saúde que faz a consulta deve, antes do início, passar pela sala de espera a fim de fazer uma primeira selecção. Periodicamente (de hora em hora ou de meia hora em meia hora, conforme o movimento dos doentes) fará novas selecções e serão atendidos em primeiro lugar os mais graves, devendo o clínico explicar aos restantes pacientes as razões dessa atitude.

Na consulta de adultos, o Técnico de saúde deve fazer uma avaliação integrada do adulto, em que passe sempre por um exame completo e integrado, para identificar as principais doenças. Para além desta avaliação, também serão identificados os que estão gravemente doentes e que precisam de ser internados urgentemente.

Na avaliação integrada, o Técnico de saúde tem que seguir sempre e de forma sequencial, os mesmos passos, para que todos os procedimentos sejam sempre lembrados e fielmente executados, nomeadamente:

- 1º Passo: consiste em verificar se o doente tem SINAIS GERAIS DE PERIGO. Este procedimento determinará o que deve-se fazer rapidamente para que o doente seja salvo. Ao verificar se há sinais de perigo, verifica-se também se há necessidade imediata de uma transferência urgente posterior ao tratamento que está a ser dado.
- 2º Verificar se o doente tem uma Infecção Respiratória
- 3º Verificar se o doente tem Diarreia
- 4º Verificar se o doente tem Problemas na Boca
- 5º Verificar se o doente tem Febre
- 6º Verificar se o doente tem Problema de Pele
- 7º Verificar se o doente tem Problema Genital
- 8º Verificar se o doente tem qualquer Dor de Cabeça ou Problema Neurológico
- 9º Verificar sempre se o doente tem problema Mental
- 10º Verificar sempre se o doente tem Malnutrição e Anemia
- 11º Verificar sempre se o doente tem Outro Problema

A qualidade de atendimento nas unidades sanitárias vai melhorar muito se o pessoal de saúde fizer a avaliação do adulto desta maneira sistemática, seguida de administração de tratamento apropriado e do desenvolvimento de uma boa comunicação com o doente e seu acompanhante.

Após a anamnese e exame físico rigoroso, em caso de necessidade, para chegar a um diagnóstico correcto e fazer diagnóstico diferencial, o clínico deve solicitar exames auxiliares de diagnóstico. O exame a ser solicitado não pode ser rotineiro, mas deve seguir uma sequência lógica, isto é, em caso de um paciente com febre, não se deve pedir imediatamente o teste de plasmódio, mas antes, aprofundar o sintoma, fazer a anamnese e exame físico, para isso recomenda-se que o clínico use os algoritmos disponíveis no Serviço Nacional de Saúde (SNS), neste caso seria o algoritmo da febre. O cuidado que se deve ter em relação aos pedidos de exames auxiliares de diagnóstico, principalmente os mais solicitados, nomeadamente, plasmódio, hemograma, bioquímica, raios X, é que dada a escassez dos mesmos no SNS há necessidade de se maximizar e torná-los eficaz.

A última etapa de uma boa consulta é a prescrição medicamentosa, isto é, a elaboração da receita médica. Também aqui, o clínico deve ser criterioso e evitar a prescrição de medicamentos desnecessários. No SNS a prescrição medicamentosa é feita com base no nível do clínico em referência, por isso, o Responsável Clínico, durante as supervisões, deve verificar este aspecto e garantir que seja cumprida essa recomendação.

A receita médica é o meio de comunicação entre o pessoal clínico, o pessoal da farmácia e com o mesmo doente, por isso é fundamental que as mensagens transmitidas pelo clínico e pelo Farmacêutico ao doente sejam coerentes.

19. ORGANIZAÇÃO E SUPERVISÃO DAS ACTIVIDADES PRÉ-PARTO

Maternidade é o local onde se oferecem serviços maternos e neonatais. As enfermeiras de Saúde Materno-Infantil são as principais provedoras de serviço de saúde à mulher e a criança nas maternidades.

Para o sucesso da implementação das actividades realizadas na maternidade, há necessidade de fortalecer as unidades sanitárias em áreas chaves como:

- O sistema de comunicação e referência, quer entre a comunidade e as USs do primeiro nível de atenção, quer entre as USs periféricas e as USs de referência
- A disponibilidade de materiais para a implementação de serviços de qualidade
- O fortalecimento do Sistema de Informação em Saúde (SIS) e de Monitoria e Avaliação, com a consequente melhoria na recolha, análise e utilização dos dados para uma tomada atempada de decisões

Os serviços prestados nas maternidades incluem a atenção pré-natal, a gravidez, ao trabalho de parto e o parto, bem como a atenção ao pós-parto e planeamento familiar. A saúde do recém-nascido tem vindo a ganhar importância no MISAU. Dentro das prioridades está o apetrechamento das unidades sanitárias com medicamentos, materiais e equipamentos, assim como treinar o pessoal que presta seus cuidados para melhorar as suas habilidades em relação aos cuidados que são oferecidos aos recém-nascidos.

O TMG encontrará nesta aula orientações claras sobre o pacote de cuidados de rotina oferecidos num Centro de Saúde tipo I e Tipo II, de modo que esteja preparado para, em caso de assumir funções como Director Clínico, estar apto para coordenar e orientar as actividades na maternidade.

2.1. Consulta de Alto Risco Obstétrico

Gestação de Alto Risco Obstétrico é aquela que ocorre quando existe qualquer doença materna ou condição sócio-biológica que pode prejudicar a boa evolução da gravidez, existindo risco maior para a saúde da mãe e/ou do feto. Constituem indicações de ARO, entre outras, as seguintes:

a) Factores individuais e sócio económicos

- Idade materna <17 anos ou >35 anos
- Altura maternal < 1,45 m
- Peso materno inadequado
- Dependência de drogas

b) História ginecológica e obstétrica anterior

- Gestação Ectópica
- Abortos constantes

- Infertilidade
- Nado-morto
- Trabalho de Parto Prematuro
- Tumores

O Responsável Clínico deve organizar as consultas de ARO nas maternidades, pelo menos uma consulta por semana, fazendo uma escala de modo que as mesmas sejam realizadas pelos Médicos, Enfermeira de SMI e TMG.

Se para o caso de uma Consulta Pré-Natal normal a OMS recomenda que sejam feitas no mínimo 4, no caso de gravidez de ARO as mulheres devem realizar no mínimo 8 CPNs e deve-se programar o seu parto para uma Unidade Sanitária que tenha capacidade cirúrgica.

2.2. Atenção Pré-Natal

Durante o atendimento pré-natal, para além do seguimento e controlo da gravidez, outras intervenções ou serviços são oferecidos como a prevenção da anemia com suplementação de ferro, micronutrientes e mebendazol, o despiste de sífilis pré-natal, vacinação antitetânica, prevenção da transmissão vertical (PTV), e prevenção da malária na gravidez, através do tratamento intermitente preventivo (TIP) e distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticida. O ideal é que uma mulher grávida deve realizar no mínimo 4 consultas pré-natais.

CS TII deve funcionar com uma Enfermeira de Saúde Materna Infantil de nível básico ou médio com formação em cuidados obstétricos de emergência e deve realizar um pacote mínimo de cuidados de rotina, nomeadamente:

- Cuidados essenciais na gravidez
- Reconhecimento de sinais de perigo na gravidez e transferência atempada
- Vacinação
- Prevenção de ITS e HIV
- Despiste e tratamento sintomático das ITS (HIV, sífilis)
- Tratamento das infeções oportunistas
- Prevenção de Transmissão Vertical

Para a implementação com sucesso destas intervenções, há necessidade de se garantir que a unidade sanitária tenha o seguinte material:

- Fichas e livros de registo
- Vacinas anti-tétano e cadeia de frio
- Kit de Consulta pré-natal (termómetro, esfigmomanómetro, fita métrica, estetoscópio clínico e de Pinard)
- Testes rápidos de HIV e Sífilis

- Autoclave a lenha ou a gás
- Hemoglobímetro
- Balança de adulto
- Medicamento para Tratamento Intermitente Preventivo da Malária (TIP) que é o Fansidar
- Sal ferroso e Mebendazol
- Medicamentos para ITS
- Medicamentos para PTV
- Antiretrovirais e
- Cotrimoxazol
- Redes Mosquiteiras Tratadas com Inseticida de Longa Duração (RMTILD)

ORGANIZAÇÃO E SUPERVISÃO DAS ACTIVIDADES DO PARTO E PÓS-PARTO

1.14. Atenção ao Parto

O parto deve ser institucional e realizado por pessoal qualificado ao parto e pós-parto imediato (Enfermeiras SMI, Médicos, TMG) que tenham sido treinados em cuidados obstétricos de emergência e cuidados essenciais ao recém-nascido. O pacote mínimo de cuidados de rotina num CS TII inclui:

- Assistência ao parto normal
- Educar para o reconhecimento dos sinais de perigo
- Despiste e referencia das complicações do parto
- PTV
- Aconselhamento para amamentação exclusiva
- Suplementação com vitamina A
- Despiste e tratamento pré-referencia das complicações do parto (por exemplo, trabalho de parto arrastado).

Os materiais necessários incluem:

- Esfigmomanómetro, estetoscópio
- Kit de parto
- Partograma
- Antiretroviral
- Vitamina A
- Ventosa

- Medicamentos injectáveis para cuidados obstétricos de emergência (oxitocina, antibióticos, anti-convulsivantes)
- Fluidos endovenosos (cristalóides e expansores plasmáticos).

Para o CS TI, as intervenções incluem além das anteriores, o seguimento de tratamento anti-retroviral e os materiais incluem além dos anteriores, os testes de laboratório e o oxigénio.

3.2. Atenção ao Pós-Parto e Planeamento Familiar

Deve-se promover a realização de duas consultas pós-parto e pós-natal no mínimo, a primeira consulta no terceiro dia e a segunda consulta depois de quatro a seis semanas. O planeamento familiar (PF) constitui um dos pilares para uma Maternidade Segura, com o objectivo de proteger e melhorar a saúde materna, em particular em mulheres com alto risco reprodutivo, e melhorar a saúde da criança, através da promoção do espaçamento de pelo menos 2 anos entre nascimentos sucessivos.

Para o CS TII, o pacote mínimo de cuidados de rotina inclui:

- Realizar duas consultas pós-parto (a 1ª uma semana após o parto e a 2ª quatro a seis semanas depois do parto)
- Aconselhamento sobre os métodos contraceptivos e sua aplicação
- Aconselhamento nutricional para a mãe e o recém-nascido
- Diagnóstico precoce das complicações leves a moderadas no pós-parto e referencia atempada quando necessário
- PTV

O material necessário inclui:

- Fichas de registo pós-natal
- Fichas e cartões de PF
- Esfigmomanómetro e estetoscópio clínico
- Métodos de PF orais e injectáveis
- Antiretrovirais
- Vitamina A
- Medicamentos injectáveis (antibióticos, anticonvulsivantes, oxitocina).

Para o CS TI, além as intervenções anteriores inclui o diagnóstico precoce e tratamento das complicações graves no pós-parto e referencia atempada, e em relação aos materiais, inclui além dos anteriores o kit para consulta de ginecologia e obstetria e os medicamentos para tratamento das ITS (cefixime 400mg, Azitromicina 1gr, Clotrimazol 500mg vaginal, Eritromicina, Metronidazol 250 mg e Aciclovir, 400mg).

ORGANIZAÇÃO E SUPERVISÃO DAS ACTIVIDADES DA SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

Tanto para o CS TII como para o CS TI, o pacote mínimo de cuidados de rotina oferecidos são:

- Cuidados Neonatais Essenciais (aleitamento materno precoce dentro da 1ª hora de vida e exclusiva nos primeiros 6 meses, aquecimento corporal do bebe, cuidados higiénicos do cordão e o reconhecimento de sinais de perigo).
- Reanimação do RN
- PTV

Os materiais e medicamentos necessários são:

- Tetraciclina, pomada oftálmica
- Cotrimoxazol
- Medicamentos Antiretrovirais Pediátricos
- Vitamina K
- Ambu neonatal
- Sondas e peras para aspiração de secreções
- Taças ou copos
- Vacinas BCG e polio
- Redes mosquiteiras
- Balanças pediátricas
- Termómetro
- Fontes de aquecimento.

EMERGÊNCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

Numa unidade sanitária tipo I, em que os serviços da maternidade são realizados por pessoal qualificado (Enfermeira de SMI de nível Básico, Médio ou Superior), deve ser capaz de diagnosticar e manejar os casos de alto risco obstétrico (ARO) e de complicações gineco-obstétricas. Para isso, deve ser instituída uma consulta de ARO uma vez por semana e os casos complicados deverão ser referidos para uma unidade sanitária de nível imediatamente superior. São os seguintes casos que devem merecer uma atenção particular na consulta ARO e que devem ser seguidos num Centro de Saúde TI, que trabalhem Médicos, TMG e Enfermeiras de SMI treinadas no manejo de Cuidados Obstétricos de Emergência:

Distúrbios hipertensivos na gravidez (pré-eclampsia e eclampsia)

- Hemorragia obstétrica
- Gravidez gemelar
- Gravidez em idades extremas da vida reprodutiva

- Mulher grávida com história de cesariana anterior

20.INDICADORES DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

As iniciativas dirigidas a saúde da mulher e da criança visam garantir a promoção de dois Direitos Humanos fundamentais básicos: o Direito a Vida e o Direito a Saúde. As Nações Unidas estabeleceram no ano de 2000 os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), em que os números 4 e 5 estão dirigidos a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil.

Para o alcance das metas preconizadas nos ODM 4 e 5 passa obrigatoriamente pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, aumento do pessoal técnico de qualidade, melhoria da qualidade dos serviços de saúde, um sistema de referência funcional e um maior envolvimento da comunidade.

O seguimento da mulher grávida começa na Consulta Pré-Natal, em que será feito o acompanhamento da gravidez, assegurando o bem-estar da mãe e da criança, bem como a prevenção e tratamento das complicações obstétricas no decurso da gravidez.

O ideal é que as mulheres grávidas tenham a assistência pré-natal no Centro de Saúde mais próximo da sua residência. Quando a mulher apresentar sintomas de gravidez, deve dirigir-se ao C.S. para iniciar a Consulta Pré-Natal e no mínimo, realizar 4 consultas durante a gestação (normas da OMS).

A seguir são citados alguns indicadores que devem ser verificados durante a supervisão nas maternidades e que mostram a evolução dos ODM 4 e 5. As fichas que devem ser verificadas e conferidas durante a supervisão e são, para além dos resumos mensais e livros de registo, as seguintes:

2.1. Número de partos comparando com o ano anterior

Trata-se de um indicador que permite medir os esforços que as instituições (SDSMAS's, US's) fazem para aumentar a cobertura de partos institucionais.

De ano para ano, deve haver uma evolução positiva do número de partos e para isso há um trabalho enorme que deve ser feito pelo pessoal de saúde, desde a consciencialização dos profissionais de saúde (Médicos, TMG, Enfermeiras de SMI e Serventes que trabalham na maternidade) para o tratamento humanizado as mulheres grávidas durante a Consulta Pré-Natal, Parto e Pós-Parto, a sensibilização dos líderes locais (Comunitários, Religiosos, Políticos, Tradicionais) sobre a importância do parto institucional, a sensibilização dos homens e sogras para acompanharem a mulher as maternidades, a construção de Casas de Espera de Mulheres Grávidas, alocação de transporte para referência de mulheres (comunitários e ambulâncias), entre outras estratégias.

2.2. Percentagem de partos ARO's sobre o total de partos

Total de partos de mulheres com gravidez de alto risco obstétrico, sobre o total de partos gerais.

Por exemplo: no CS Macia (CS Tipo I), durante o ano de 2011, foram atendidas nas consultas pré-natais 7.325 mulheres e realizaram-se 6.215 partos, com 6.222 nascimentos (6.216 nados vivos e 6 nados mortos, dos quais 1 chegou com foco positivo na maternidade). Do total de

CPN, 979 foram consultas de alto risco-obstétricos, que resultaram em 548 partos, com 552 nascimentos (todos nados vivos), tendo as restantes sido transferidas para o Hospital Provincial para terem parto numa unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

A percentagem de partos AROs no ano de 2011 é calculada da seguinte maneira:

$$548:6.215 \times 100 = 8.8\%$$

Este indicador permite medir a qualidade da consulta pré-natal, porque é durante as consultas pré-natais que as enfermeiras de saúde materna infantil devem diagnosticar as mulheres com gravidez de alto risco obstétricos (ARO) e encaminha-las para a respectiva consulta ARO (vide aula 20).

Todas as unidades sanitárias do tipo I, Hospitais Distritais e Rurais devem criar uma Consulta ARO, que será realizada pelo Médico, TMG e/ou Enfermeira de SMI.

2.3. Cobertura de partos institucionais

Número de partos ocorridos nas unidades sanitárias (maternidades) sobre o total de partos esperados (4.5%). A promoção dos partos institucionais é uma prioridade do Governo de Moçambique e para isso é necessário intensificar as actividades de envolvimento comunitário, de modo a aumentar a sensibilização dos Líderes Políticos, Comunitários, Religiosos, entre outros de modo a incentivarem as mulheres grávidas para terem partos numa maternidade. Outro desafio é a construção de mais maternidades, colocação e treinar as enfermeiras de saúde materna infantil e construção de casas de espera de mulheres grávidas.

Tendo o mesmo exemplo, suponhamos que a área de saúde do CS de Macia tem 200.000 habitantes. Para saber o número de partos previsto é necessário multiplicar o número de habitantes por 4.5%, sendo neste caso $200.000 \times 4.5\% = 9.000$ partos esperados. Como o CS de Macia realizou 6.215 partos, a cobertura de partos institucionais é de $6.215/9.000 \times 100 = 69\%$. Isto significa que ainda 31% ($100\% - 69\%$) das mulheres ainda dão parto fora das maternidades (excluindo as mulheres transferidas para outra US). Ou por outra, em cada 100 mulheres grávidas, 69 tem parto nas maternidades.

2.4. Taxa de morte materna

Número de óbitos maternos (mulher grávida até dentro de 42 dias depois do parto) num ano, sobre o total de nascidos vivos no mesmo período por 100.000 nados vivos.

Por exemplo: Ainda no CS Macia, no mesmo período registaram-se 2 mortes maternas. Lembremos que o número de nados vivos é de 6.216.

O cálculo da Taxa de Mortalidade Materna é feito da seguinte forma:

$$2 : 6.216 \times 100.000 = 32 \text{ mortes maternas por cada } 100.000 \text{ nascidos vivos}$$

É um indicador de impacto que mede a qualidade de atenção à gravidez, parto e pós-parto. Permite verificar o impacto dos esforços do Governo na área de saúde da mulher, desde a construção de maternidades, casas de espera de mulher grávida, ambulâncias para transporte e

referência das mulheres grávidas e em trabalho de parto, disponibilidade de medicamentos, promoção do Planejamento Familiar, melhoria do sistema de recolha e análise de dados, abertura de cursos de enfermagem de saúde materna e infantil, até ao treino das mesmas em cuidados obstétricos de emergência.

2.5. Taxa de natimortalidade geral

É o número total de nados mortos (os que chegaram a maternidade com foco positivo e negativo), sobre o total de nascimentos por 1000 durante um determinado período. O ideal é ser inferior a 30/1000 ou 3/100.

Por exemplo: Continuando com o exemplo do CS Macia, lembramos que o total de nados mortos é de 6 e o total de nascimentos é de 6.222.

A Taxa de Natimortalidade Geral é calculada da seguinte forma:

$$6 : 6.222 \times 1000 = 0.9 \text{ nados mortos por } 1000 \text{ nascimentos.}$$

É um indicador de eficácia, que mede a qualidade das consultas pré-natais (CPN) e do trabalho de parto. De princípio, para uma mulher que é seguida regularmente durante a consulta pré-natal (poderá ser diagnosticada Morte Fetal Intra-Uterina cedo e desse modo ser induzida ao parto).

O Ministério da Saúde disponibiliza um pacote de intervenções durante as CPN's (Prevenção da malária, sífilis, HIV, tetano, anemia) como forma de promover uma gravidez satisfatória e prevenir as mortes fetais intra-uterinas.

2.6. Taxa de natimortalidade intrahospitalar com foco positivo à entrada

Número de nados mortos com foco + à entrada num determinado período, sobre o total dos recém-nascidos no mesmo período por 100. O ideal é que seja <5/1000.

Por exemplo: concluindo o exemplo do CS Macia, lembramos que dos 6 nados mortos, 1 chegou com foco positivo e o total de nascimentos é de 6.222.

O cálculo da Taxa de Natimortalidade com foco positivo a entrada é o seguinte:

$$1 : 6.222 \times 100 = 0.02\%.$$

É um indicador de impacto, que mede a qualidade da assistência ao parto. A perda de foco numa mulher que deu entrada na maternidade com foco positivo é extremamente grave e demonstrativo de um baixo serviço de saúde. O estado do foco à entrada permite distinguir os fetos que chegaram mortos a maternidade, daqueles que morreram durante a assistência ao parto.

2.7. Razão de partos/parteira-dia na maternidade-sede

É a média de partos que uma enfermeira de saúde materna infantil realiza durante um determinado período. É um indicador de insumo, que permite medir o trabalho de cada

enfermeira na assistência ao parto. A Organização Mundial de Saúde recomenda que uma Enfermeira de SMI deve realizar em média 30 partos por mês (1 parto/parteira/dia). É reconhecido que nas maternidades, a maior parte das ESMI preferem trabalhar nas consultas (CPN, CPP, CPF, CCR) do que na sala de parto, daí que o Responsável Clínico da respectiva unidade sanitária deverá elaborar uma escala rotativa em que todas as ESMI possam trabalhar nas consultas e na sala de parto.

No mesmo exemplo do Centro de Saúde de Macia, suponhamos que o CS tem 4 enfermeiras de SMI. Neste caso, para calcular o número de partos por parteira por dia, deve ter em conta os 365 dias (e não 264 dias úteis) pois os partos podem acontecer também nos fins de semana e feriados. Então, seria: $6.215 \text{ partos} / 4 \text{ parteiras} / 365 \text{ dias} = 4 \text{ partos por parteira e por dia}$ (total de 120 partos por parteira por mês)! Seria urgente alocar mais enfermeiras de SMI nesta US.

CONSERVAÇÃO DE INFORMAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA

Para o cálculo dos indicadores acima descritos é fundamental que as unidades sanitárias e os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (Sector do Núcleo de Estatística Distrital) tenham disponível um arquivo contendo todas as informações necessárias.

Durante as supervisões, o Responsável Clínico deve verificar-se:

- Há disponibilidade de instrumentos de recolha de dados
- Garantir a existência de stock de instrumentos suficientes (3 meses para US e 6 meses para SDSMAS)
- Os instrumentos já usados estão devidamente conservados e organizados (mínimo de 5 anos)
- Os instrumentos de registo estão preenchidos correctamente
- Como é feito o registo de dados nas unidades sanitárias
- Como são compilados os dados estatísticos (mensal, trimestral, semestral/ anual), isto é, o cálculo dos indicadores.

Depois de analisados os aspectos acima mencionados, o Responsável Clínico deve reunir-se com a Responsável Distrital de SMI, a Chefe da Maternidades e outras Enfermeiras de SMI para balanço, em que devem verificar:

- A padronização/preenchimento dos instrumentos
- O controlo da qualidade dos dados e
- A padronização do cálculo dos indicadores.

3.1. Importância de Conservação de Informação Estatística

- Garantir o bom estado da informação por um período longo;
- Assegurar que a informação de qualquer período esteja disponível e de fácil acesso;
- Reduzir ao máximo o esforço de voltar a produzir a mesma informação;

- Melhorar a eficiência na resposta das solicitações da informação.

Os instrumentos preenchidos e não preenchidos tem que ser colocados em lugares apropriados:

- Salas arejadas, seguras, limpas e com divisórias;
- Pastas de Arquivos que facilitam uma posição horizontal;
- Toda informação tem que ser organizada de forma cronológica (o mais antigo a esquerda e o mais recente a direita).

20. INSTRUMENTOS DE REGISTO DA MATERNIDADE

O Ministério da Saúde (MISAU) iniciou em 2008, o processo de elaboração e revisão dos novos instrumentos de recolha de dados para o programa de SMI, com vista a melhorar o registo de informação e recolha de dados nos serviços de SMI. Com os novos instrumentos, o MISAU pretende:

- Melhorar a qualidade de registo e recolha de dados no programa de SMI;
- Padronizar os instrumentos;
- Controlar a qualidade;
- Analisar e interpretar a informação;
- Conservar os dados;
- Melhorar o fluxo de informação;
- Melhorar a qualidade de prestação dos serviços de SMI

A seguir, passamos a citar alguns exemplos de Códigos do Sistema de informação para Saúde (SIS) de SMI:

Livro de registo da consulta pré-natal	B01
Resumo diário da Unidade Sanitária de consulta pré-Natal	B01 - A
SMI Resumo Mensal de Unidades Sanitárias de consulta pré-Natal	B01 - B
SMI Resumo Mensal Distrital de consulta pré-Natal	B01 – C
SMI Resumo Mensal da Provincial de consulta pré-Natal	B01 - D
Livro de admissão da maternidade	B02
Resumo diário da Unidade Sanitária de admissão da maternidade	B02 – A
SMI Resumo Mensal de Unidades Sanitárias de admissão da maternidade	B02 - B
SMI Resumo Mensal Distrital de admissão da maternidade	B02 – C
SMI Resumo Mensal da Provincial de admissão da maternidade	B02 – D
Livro de registo da maternidade	B03
Resumo diário da Unidade Sanitária da maternidade	B03 - A

2.1. Livro de Registo de Admissão na Maternidade, MOD-SIS-B02 (Anexo 1) – Instruções para o preenchimento:

Este livro deve ser preenchido para todas as utentes que dão entrada na maternidade. Recomenda-se que antes de iniciar o preenchimento deste livro, as Enfermeiras de SMI devem ler e familiarizar-se com as instruções que nele constam e devem consultar as instruções sempre que tiverem dúvidas quanto ao preenchimento do livro.

Nº da coluna	Título	Explicação/Descrição
1	Nº de Ordem Mensal	É o número sequencial mensal atribuído a toda a grávida que dá entrada e é registada no livro da maternidade. No início de cada mês a contagem deve ser reiniciada
2	Data de Admissão (D/M)	Escreva a data de admissão na maternidade segundo o formato Dia/Mês
3	Hora de admissão (H/Min)	Escreva a hora de admissão segundo o formato Hora/minuto
4	Nome completo	Escreva o nome completo da grávida
5	Idade	Escreva a idade ou estimativa quando não se souber
6	Residência	Escreva a residência completa da paciente
7-8	Proveniência	Donde é que a grávida vem? Se vem de casa, escreva "casa"; Se vem de outra unidade sanitária, escreva o "US"; Se foi referida pela polícia (UP), escreva a "Unidade Policial", Se vem de uma Parteira tradicional (PT), escreva "Parteira tradicional (PT)"... Ou outros. Se é um parto fora da maternidade marque um x na coluna PFM (até 72 horas)
9	Motivo de Admissão	Escreva o motivo de admissão da grávida
10	Idade Gestacional (semanas)	Escreva a idade gestacional em semanas
11-12	Foco Fetal Presente?	Se foco fetal é presente à entrada na maternidade marque com X a coluna Sim, se ausente marque a coluna Não
13	Dilatação em cm	Escreva a dilatação em centímetros
14-15	Bolsa amniótica	Se está intacta ou rota, marque com x a coluna correspondente

16-20	Destino à entrada	Marque com x o destino da grávida á entrada. Se foi transferida para outra US indique o nome.
Dados de Parto Fora da Maternidade		
21-27	Dados do Recém-Nascido	Marque com X a resposta correcta
28	Dados do Recém-Nascido	Escreva o peso do RN em gramas (gr)
29	Dados do Recém-Nascido	Marque com X se o RN tiver o peso < 2500gr
30-32	Profilaxia ARV para o RN	Marque com X a coluna correspondente ao tipo de profilaxia administrada ao recém nascido. Mono profilaxia (se fez profilaxia com apenas um medicamento antiretroviral ex NVP); Biprofilaxia (se fez profilaxia com 2 medicamentos antiretrovirais ex. NVP+AZT). Se tiver feito profilaxia com outro tipo de medicamento antiretroviral escreva o nome na coluna OUTRA
33-34	ARVs para tomar em casa	Marque com X se foram entregues ARVs a mãe e criança para tomar em casa no momento da alta
35	Mãe toma de Vitamina A	Se foi administrada Vitamina A á mãe, marque com X a coluna correspondente
36	Observações	Escreva aqui qualquer observação que houver. Especificamente as mulheres que tiveram parto fora da maternidade e que foram testadas na admissão da maternidade, escrever o resultado do teste do seu sero estado.
37	Assinatura (Médico/ ESMI/ Parteira)	Deve ser legível

ATENÇÃO AO PARTO

Quando uma mulher grávida chega a maternidade para iniciar com o trabalho de parto deve ser encaminhada a aceitação, onde se procede com o seguinte:

- Pedir a ficha pré-natal
- Preencher o Livro de Registo de Admissão na Maternidade, MOD-SIS-B02
- Encaminhar a parturiente para a Sala de Dilatação
- Resumo Diário de Admissões da Maternidades, MOD-SIS-B02-A (Anexo 2)

O pacote mínimo de cuidados de rotina a serem prestados a todas as mulheres durante o parto são:

- Diagnóstico do trabalho de parto
- Assegurar técnicas e ambiente limpo durante o trabalho de parto
- Assistência a mulher durante o trabalho de parto, incluindo o parto humanizado através do acompanhamento de um familiar
- Utilização sistemática do Partograma
- Manejo activo do 3º estágio do trabalho de parto
- Detectar, dar tratamento pré-referência e referir atempadamente as complicações obstétricas
- **Detectar e referir atempadamente mulheres com:**
 - ✓ Sinais e sintomas de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia
 - ✓ Hemorragia ante-parto
 - ✓ Hemorragia durante o parto
 - ✓ Parto obstruído
 - ✓ Outras situações Médicas ou complicações.

3.1. Material e medicamentos para a sala de parto

Material e medicamentos necessários para a sala de parto pode ser dividida para a mulher e para o recém-nascido:

3.11. Material e medicamentos para a mulher

a) **Kit de parto, é constituído por:**

- Caixa de instrumentos cirúrgicos rectangular em inox, 165x90x27mm
- Pinça hemostática recta, tipo Kocher, 160mm
- Tesoura angular, tipo Brown, 145mm
- Tesoura, tipo Mayo, recta, 140mm

b) Kit para episiorrafia, é constituído por:

- Caixas de instrumentos cirúrgicos rectangular em inox, 165x90x27mm
- Pinças de dissecação com dentes, 145mm
- Pinça de dissecação sem dentes, 150mm
- Porta agulha recta, tipo Mayo, 160mm
- Tesoura de dissecação recta, 140mm

c) Kit para curetagem, constituído por:

- Tabuleiro com tampa em inox – dimensões 310x195x63mm
- Cureta para placenta rígida e romba, tipo Recamier
- Curetas uterinas, rígidas, cortantes, tipo Recamier nº 4 à 10
- Histerómetro maleável, tipo SIMS, de 33cm
- Pinça de dissecação sem dentes de 25cm
- Pinça de restos placentários recta de 27,5cm
- Pinça de restos placentários curva de 26,5cm
- Pinça para o colo do útero com duas garras, tipo Pozzi, 25cm
- Pinça para penso uterino, tipo Bozeman, 25cm
- Pinça porta tampões recta de 24cm
- Sonda metálica para mulher (tipo algália)

d) Kit para revisão do colo uterino, constituído por:

- Tabuleiro com tampa em inox 310x195x63mm
- Pinça de dissecação com dentes, 20cm
- Pinça de dissecação sem dentes, 20cm
- Porta agulha, tipo Hegar, 20cm
- Tesoura, tipo Mayo recta, 19,5cm
- Tesoura, tipo Mayo curva, 21cm.
- Outro material inclui os testes de laboratórios (incluindo testes rápidos de HIV, Sífilis), transfusão de sangue, material cirúrgico obstétrico de emergência (ventosa).

Em relação aos medicamentos necessários para a mulher na sala de partos destacam-se:

- Antiretrovirais
- Vitamina A
- Oxitocina
- Antibióticos

- Anticonvulsivantes (sulfato de magnésio)
- Fluidos IV
- Oxigénio

2.2. Material e medicamentos para o recém-nascido

- Ambu neonatal
- Sonda de aspiração
- Vacinas BCG e pólio
- Balanças neonatais
- Redes mosquiteiras
- Termómetro
- Fontes de aquecimento para recém-nascido (aquecedores)
- Aspirador de secreções
- Sondas de aspiração
- Anticonvulsivantes
- Antibióticos
- Oxigénio e sondas de oxigénio
- Estetoscópio
- Vitamina K

21. HOTELARIA HOSPITALAR

A Hotelaria Hospitalar trata da hospedagem dos pacientes internados nas Unidades Sanitárias (Pediatria, Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Maternidade, etc), particularmente nas seguintes áreas:

- **Higiene e Limpeza Hospitalar**

As Unidades Sanitárias (USs) devem ser caracterizadas por um ambiente agradável, higiénicas e seguras do ponto de vista de segurança para os seus trabalhadores, pacientes, familiares e todos os que por lá passam. Isso requer a implementação rigorosa de medidas de Prevenção e Controlo de Infecções (PCI). O PCI constitui já uma Política no SNS, com avaliações Internas e Externas regulares (Trimestrais ou Semestrais), considerando-se positivo quando os parâmetros avaliados têm um resultado superior à 80%.

- **Alimentação**

Constitui um dos aspectos mais importantes da Hotelaria Hospitalar, porquanto contribui fortemente para a cura. As USs devem dispor de 2 ou 3 menus alternativos, nomeadamente:

- ✓ Padrão,
- ✓ Para Hipertensos e
- ✓ Para Diabéticos.

Os horários de refeições devem ser cumpridos rigorosamente, as comidas devem ser servidas quentes, e os pacientes que conseguem movimentar-se, devem se dirigir para o refeitório para tomarem a refeição (deve-se evitar as refeições nas camas, pois isto contribui para a fraca higiene das enfermarias). A loiça deve estar em boas condições. Como forma de avaliar a qualidade das refeições, recomenda-se ao Director dos Serviços Distrital de Saúde Mulher e Acção Social (SDS-MASs) e das USs para de forma regular tomarem as refeições que são servidas aos pacientes (um princípio básico a ser usado é de que se uma refeição não é boa para o director, também não é boa para o doente!). Está área é da responsabilidade primária do Administrador Hospitalar.

- **Lavandaria e Roupa Hospitalar**

A qualidade da roupa hospitalar é muito importante para o conforto do paciente internado. Lençóis limpos, cheirosos e bem engomados permitem que o paciente repouse confortavelmente. As USs precisam adquirir máquinas de lavar roupa e ferro de engomar. Está área é da responsabilidade primária do Administrador do Hospital.

- **Sectores de Internamento**

As enfermarias necessitam sofrer manutenções rotineiras (vide aula 6), de modo que as portas tenham fechaduras, as janelas tenham redes e vidros, e que não haja infiltrações. Deste modo, garantir-se-á conforto e bem-estar aos pacientes internados.

- **Serviços de Jardinagem**

Deve-se criar nas USs um ambiente exterior bonito, com relvas, flores, jardim, como forma de garantir um aspecto agradável tanto para os trabalhadores, como para os pacientes.

- **Cortesia e Humanização no atendimento aos pacientes internados**

Sehotalaria "quer dizer hospitalidade, acto de hospedar, de acolher com satisfação e prazer" é indispensável que as pessoas que acolhem o cliente no hospital estejam conscientes da importância do seu papel e que busquem continuamente sua capacitação para prestar um serviço que proporcione a satisfação do cliente.

Somente a estrutura física e equipamentos não serão suficientes. As pessoas é que fazem a diferença no atendimento.

Em suma, a Hotelaria Hospitalar visa garantir:

- O conforto dos pacientes (ambiente, instalações, etc)
- O bem-estar dos pacientes
- A segurança dos pacientes

É papel do Director dos SDSMASs e USs perceber a importância da Hotelaria Hospitalar no tratamento e melhoria dos pacientes internados, tendo uma relevância tão grande como o tratamento medicamentoso. Para tal, deve-se disponibilizar regularmente material de higiene e limpeza, produtos alimentares, roupa hospitalar (lençóis, pijamas), cortinados para as janelas, água quente para os pacientes tomarem banho, disponibilização de Cartas dos Direitos e Deveres dos Doentes, entre outras medidas.

LIVRO DE REGISTO DE INTERNAMENTO

O Livro de Registo de Internamento é utilizado nas enfermarias de Medicina, Pediatria e Isolamento ao nível dos Centros de Saúde TI, Hospitais Rurais, Distritais e Gerais.

O livro deve ser preenchido com cuidado e letra legível, de tal maneira que os dados sejam completos e correctos.

Dados Completos significa que todas as colunas do livro devem ser preenchidas.

Dados Correctos significa que não deve haver erros no registo dos dados. Por exemplo:

- Se o número de dias de internamento não é calculado correctamente;
- Se o diagnóstico registado é o de entrada, em vez do de alta;

- Se aparecerem sintomas em vez de diagnóstico, por exemplo, <<Tosse>>, em vez de <<Pneumonia>>, ou <<Traumatismo>>, em vez de <<Fractura da tíbia>>.

O livro de registo de internamento é constituído por 100 páginas, cada página tem espaço suficiente para 25 internamentos, portanto, o livro tem espaço para o registo de um total de 2.500 internamentos. Este número é simples de lembrar e, em qualquer altura pode-se ter uma ideia imediata do movimento de internamento numa US, bastando multiplicar o número de páginas preenchidas por 25.

Definições e normas para o preenchimento do Livro de Registo de Internamento

O livro é dividido em 12 colunas, nomeadamente:

- **Coluna 1 (Número de Ordem Mensal):** deve-se enumerar esta coluna começando com o número 1 no princípio de cada mês.
- **Coluna 2 (NID):** deve-se escrever o “Número de Identificação do Doente”, o mesmo que deve constar do Processo de Internamento.
- **Coluna 3 (Nome do doente):** deve-se escrever o nome e o apelido de cada doente internado.
- **Coluna 4 (Idade):** deve-se escrever a idade (em anos) de cada doente internado. No caso das crianças <1 ano, deve-se escrever a idade em meses.
- **Coluna 5 (Residência):** deve-se escrever o nome da aldeia para as áreas rurais ou o nome do bairro e quarteirão para as áreas urbanas.
- **Coluna 6 (Data de Internamento):** deve-se escrever o dia e o mês em que o doente foi internado.
- **Coluna 7 (Data de Alta):** deve-se escrever o dia e o mês em que o doente teve alta, inclusive para aqueles doentes que abandonaram, foram transferidos ou faleceram.
- **Coluna 8 (Número de Dias de Internamento):** deve-se contar o número de dias durante os quais o doente ficou na enfermaria. Para calcular o número de dias de internamento não se deve contar a data da baixa, mas deve-se contar todos os outros dias que o doente esteve internado e a data da alta.

Por exemplo: Se a data de internamento do doente Xirigu Hurt foi de 14/11 e a data de alta foi 20/11, o número de dias de internamento é 6; deve-se excluir o dia 14/11 e contar os dias 15/11, 16/11, 17/11, 18/11, 19/11 e 20/11, o que totaliza 6 dias.

Nota bem: no caso dos doentes que ficam internados <24 horas, deve-se contar 1 dia de internamento.

- **Coluna 9 (Abandonos):** assinale com um “X” no caso em que o doente sai da US sem autorização do pessoal de saúde.
- **Coluna 10 (Óbito):** assinale com um “X” no caso de falecimento do doente.
- **Coluna 11 (Diagnóstico):** deve-se escrever o diagnóstico da alta, mesmo nos casos de óbito do doente.

Escreva apenas o diagnóstico quando o doente tiver alta, isto é, o diagnóstico deve ser definitivo. O diagnóstico provisório, na altura da baixa deve ser registado só no Processo Clínico.

- **Coluna 12 (Transferido para outra US):** assinale com um “X” se o doente foi transferido para outra unidade sanitária.

PROCESSO CLÍNICO

4.1. Organização do Processo Clínico

Processo Clínico é um documento onde constam todos os dados referentes a um doente internado. A organização do Processo Clínico é da responsabilidade do Enfermeiro. Neste contexto, deve-se dar uma sequência lógica:

1. Processo de Internamento (com Boletim do Serviço de Urgência e Reanimação, Guias, entre outros documentos relevantes no seu interior).
2. Diário Clínico
3. Diário de enfermagem
4. Folha terapêutica
5. Meios auxiliares de diagnóstico
6. Gráfico dos dados vitais
7. Protocolo operativo (so)
8. Folha de anestesia (so)

4.2. Propósito do Processo Clínico

A colheita e o registo das informações de saúde e de doença relativas a um indivíduo tem como finalidade última permitir uma melhor prestação de cuidados de saúde, através da disponibilização oportuna de informações anteriores necessárias ao apoio à decisão (terapêutica).

Outra finalidade do processo clínico é de permitir a gestão dos serviços de saúde através da análise e quantificação dos actos praticados e resultados obtidos.

4.3. Informações que devem constar no Processo Clínico

O responsável clínico deve verificar periodicamente se os processos clínicos estão devidamente organizados. Para tal, deve aleatoriamente seleccionar alguns processos clínicos e analisar os mesmos em termos de:

- Componentes do processo clínico
- Sequência dos componentes
- Preenchimento dos campos dos vários componentes do processo clínico.

Considera-se um Processo Clínico completo quando apresenta as seguintes informações de forma cronológica e sistematicamente ordenada:

a) Ao Internamento:

- Identificação do doente, dia e hora de admissão
- Motivo de Internamento e História da Doença actual
- Antecedentes pessoais e familiares

- Exame físico
- Hipótese Diagnóstica
- Conduta Médica

b) Evolução Diária:

- Diário Clínico
- Diário de Enfermagem
- Controlo de Sinais Vitais (Mapa)
- Controlo de Líquidos (entradas e saídas)

c) Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos

- Consentimento Informado das Intervenções Cirúrgicas
- Resultados de todos os exames diagnósticos realizados
- Registo de todos os medicamentos utilizados (dose, dia e hora de administração)

d) Revisão Terapêutica semanal

e) Nota de Alta

f) Processo devidamente encerrado

Assim, terá uma ideia do nível de organização do serviço/enfermaria e da qualidade de prestação dos serviços.

4.4. Actividades de Docência e Investigação

O Responsável Clínico deve organizar e liderar as actividades de docência e de investigação, como forma de melhorar e elevar o nível dos profissionais de saúde da respectiva unidade sanitária. Desse modo, deve-se elaborar uma escala mensal de temas de sessões clínicas, com o respectivo apresentador. Escolhe-se um dia de semana para essa actividade. O ideal é que as sessões clínicas devem ser realizadas logo após a entrega de serviço, com duração máxima de 15 minutos.

Por exemplo, no CS Malingapanse, com 2 Agentes de Medicina Geral, 1 Técnico de Medicina Geral, 2 Enfermeiras de SMI, 1 Agente de Farmácia, 1 Agente de Laboratório e 1 Agente de Medicina Preventiva, o responsável clínico elaborou a seguinte escala de temas para o mês de Setembro:

Data	Tema	Apresentador
05/09	Manejo da Malária Complicada em crianças <5 anos	AMG
12/09	Conduta em caso de mordedura por cobra	AMG

19/09	Trabalho de Parto Arrastado	ESMI
26/09	Cuidados a ter na dispensa de medicamentos no ambulatório	Agente de Farmácia

De igual modo, o Responsável Clínico deve garantir que todos os óbitos (adultos, crianças, maternos) que ocorrerem na sua US sejam discutidos, com a elaboração da respectiva acta. Naturalmente que não se deve fazer uma escala de estudo de óbitos, porque isso equivaleria a dizer que os óbitos são frequentes nas US's, mas, sempre que ocorrerem óbitos, até 72 horas depois deve ser discutido também após a entrega de serviço, de modo a apurar-se a conduta intra-hospitalar e se o mesmo foi evitável ou inevitável. Está actividade também vai ajudar na melhoria e elevação de conhecimentos dos profissionais de saúde.

NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E DE ESTERILIZAÇÃO

Conceitos:

- **Assepsia:** é o conjunto de medidas adotadas para impedir que determinado meio seja contaminado.
- **Anti-sepsia:** é a eliminação das formas vegetativas de bactérias patogênicas de um tecido vivo.
- **Limpeza:** é a remoção da sujidade de qualquer superfície, reduzindo o número de microrganismos presentes. Esse procedimento deve obrigatoriamente ser realizado antes da desinfecção e/ou esterilização.
- **Descontaminação:** é um processo que elimina microrganismos patogênicos de seres inanimados, sem atingir necessariamente os esporos.
- **Esterilização:** é um processo que elimina todos os microrganismos: esporos, bactérias, fungos e protozoários. Os meios de esterilização podem ser físicos ou químicos.
- **Biossegurança:** é o processo que consiste na prevenção de transmissão intrahospitalar de doenças infecciosas com vista a garantir a segurança do profissional de saúde e dos utentes.

A biossegurança tem uma função dupla, nomeadamente reduzir o risco de transmissão de doenças a clientes, pacientes e suas comunidades que usam os serviços das unidades de saúde e proteger os trabalhadores de saúde a todos os níveis – desde Médicos, Enfermeiros ao pessoal de laboratórios e de limpeza.

Ao nível das US's, o único meio de prevenir a transmissão de doenças é o emprego de medidas de controle de infecção como equipamento de proteção individual (EPI), esterilização dos instrumentos e desinfecção do equipamento e ambiente. Por isso, são essenciais a padronização e manutenção das medidas de biossegurança como forma eficaz de redução de risco ocupacional, de infecção cruzada e transmissão de doenças infecciosas nas US's.

5.1. Normas de Biossegurança

As normas de Biossegurança são:

- Descontaminação
- Limpeza e
- Esterilização

Nota bem: Uma outra norma importante de biossegurança que o MISAU está a adoptar é a imunização contra a Hepatite B para todos os profissionais de saúde que trabalham nas US's. A imunização é realizada em três doses. A segunda dose dá-se um mês após a primeira e, a terceira dose dá-se seis meses após a segunda.

5.2. Material necessário para manutenção da Biossegurança

Para garantir o cumprimento integral das normas de biossegurança é necessários que sejam providenciados os seguintes materiais:

- Equipamento de Protecção Individual (EPI): Mascara, óculos, avental plástico, sapatos fechados impermeáveis e luvas de borracha para limpeza.
- Recipiente plástico com solução de hipoclorito de sódio à 0.5%
- Água, sabão líquido, escova de cabeça pequena (pode ser escova de dentes)
- Pano para colocar sobre uma bancada ou mesa (para escorrer a água dos materiais)
- Pano para secar o material
- Baldes (de preferência 2)
- Carrinho de limpeza
- Sacos de lixo
- Papel caqui
- Adesivo

5.3. Normas e Material de Esterilização

A esterilização pode ser realizada por:

- **Processos químicos:** glutaraldeído, formaldeído, ácido peracético
- **Processos físicos:** vapor saturado/autoclave, calor seco/estufa
- **Processos físico-químicos:** óxido de etileno, plasma de peróxido de hidrogénio, vapor de formaldeído

Nota bem: ao nível do SNS, o método utilizado para esterilização dos materiais é o físico através dos autoclaves.

5.4. Cuidados gerais a ter na esterilização

Ao esterilizar qualquer material há que ter em conta:

- A sua limpeza
- O seu estado de conservação
- O tipo de material (metal, vidro, roupa, etc), pois que ele vai determinar:
 - ✓ Qual o processo de esterilização adequado
 - ✓ Qual o tempo de esterilização
 - ✓ Qual a melhor forma de acondicionar e de manter o material esterilizado
- Depois do material estar completamente lavado, limpo e seco, deve ser acondicionado em pacotes, caixas metálicas ou vidro
- Posteriormente as caixas devem ser colocadas semi-abertas na autoclave.