ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

PROGRAMA DE TRABALHO E PROPOSTA FINANCEIRA

COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE - CHID

AVISO DE CONTRATAÇÃO DIRETA
SESAP Nº 180/2024

Processo Administrativo Digital No. 29.732/2024

DIRETORIA EXECUTIVA
Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM
Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES
Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
PAIS - Programa de Atenção Integral à Saúde
Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Hospital São Paulo / Unidades Afiliadas

SUMÁRIO DA PROPOSTA

I - PROGRAMA DE TRABALHO 14

INTRODUÇÃO 15

APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL – SPDM 15

EXPERIÊNCIA DA SPDM EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 56

1. OBJETO DA CONTRATAÇÃO DIRETA 85

2. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS 85

2.1. ESPECIFICAÇÕES GERAIS 85

- ✓ HOSPITAL IRMÃ DULCE 85
- ✓ UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – Dr. CHARLES ANTUNES BECHARA 110
- ✓ PRONTO SOCORRO CENTRAL 115
- ✓ NEFRO PG 119

2.2. OUTRAS ESPECÍFICAÇÕES RELEVANTES DE ACORDO COM O OBJETO 124

2.2.1 HOSPITAL IRMÃ DULCE 125

A. PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE INTERNADO 126

A.1) CLÍNICA MÉDICA 143

A.2) CLÍNICA CIRÚRGICA 146

A.3) CLÍNICA OBSTÉTRICA 147

A.4) CLÍNICA PEDIÁTRICA 150

A.5) CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 153

A.6) UTI ADULTO 155

A.7) UTI INFANTIL E NEONATAL 158

B) PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE CIRÚRGICO 161

B1) CENTRO CIRÚRGICO 165

B.2) CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (MÉDIA COMPLEXIDADE) 167

B.3) CIRURGIA DE GINECO-OBSTETRÍCIA (MÉDIA COMPLEXIDADE) 168

B.4) CIRURGIA GERAL (MÉDIA COMPLEXIDADE) 169

B.5) CIRURGIA NEUROLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE) 170

B.6) CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE) 170

B.7) CIRURGIA PLÁSTICA (MÉDIA COMPLEXIDADE) 170

B.8) CIRURGIA PROCTOLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE) 171

B.9) CIRURGIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA (MÉDIA COMPLEXIDADE) 172

B.10) CIRURGIA UROLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE) 173

B.11) CIRURGIA VASCULAR (MÉDIA COMPLEXIDADE) 173

B.12) SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA 174

C) PROGRAMA DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO NO HOSPITAL IRMÃ DULCE 175
C.1) ENDOSCOPIA (EDA) 175
C.2) ULTRASSONOGRAFIA (USG) 177
C.3) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 180
C.4) RADIOLOGIA 181
C.5) PATOLOGIA CLINICA 183
C.6) MÉTODOS GRÁFICOS 184
C.7) AGENCIA TRANSFUSIONAL 186
D) PROGRAMA DE APOIO TÉCNICO NO HOSPITAL IRMÃ DULCE 188
D.1) SERVIÇO SOCIAL 196
D.2) SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA 202
D.3) HEMOTERAPIA 207
D.4) MEDICINA DO TRABALHO 208
D.5) TRANSPORTE EM VEÍCULO AUTOMOTOR/AMBULÂNCIA AO PACIENTE INTERNADO 230
D.6) COMISSÕES NECESSÁRIAS OU OBRIGATÓRIAS POR LEI 232
D.7) SERVIÇO DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA 317
D.8) SERVIÇO DE REABILITAÇÃO 321
D.9) SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA 323
D.10) SERVIÇO DE FISIOTERAPIA 325
D.11) IMUNIZAÇÃO 326

D.12) SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA 329

D.13) SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA 332

D.14) SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 334

D.15) SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 337

D.16) LACTÁRIO 341

D.17) SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS 344

D.18) SERVIÇO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MAT. ESPECIAIS EM REABILITAÇÃO 345

D.19) ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA 347

E) PROGRAMA DE SERVIÇOS DE APOIO GERENCIAL NO HOSPITAL IRMÃ DULCE 373

E.1) SAME 373

E.2) FATURAMENTO/SISTEMAS INFORMAÇÃO EM SAÚDE 375

A PORTA DE ENTRADA TIPO GERAL DO HMID na RUE/RRAS 391

2.2.2 O NEFRO PG 398

- PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO DO NEFRO PG 399
- NORMAS, PROCEDIMENTOS E ROTINAS TÉCNICAS ESCRITAS E ATUALIZADAS NO SERVIÇO DE DIÁLISE 400
- PLANO DE SEGURANÇA E MANEJO DO PACIENTE Na NEFRO PG 410

- PLANO DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE HEPATITES CRÔNICAS 413
- PLANO DE CUIDADO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO DO SERVIÇO DE DIÁLISE DO NEFRO PG 423
- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 424
- ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – NEFRO PG 426
- SAME – NEFRO PG 428

2.2.3 A UPA 24 HORAS DOUTOR CHARLES ANTUNES BECHARA 428

- ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 435
- PROCESSOS ASSISTENCIAL 439
- PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE 443
- PROCEDIMENTOS 444
- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 450
- SERVIÇO SOCIAL 453
- FISIOTERAPIA 454
- ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL 456
- SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL 457
- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 458
- SAME – UPA 24H 459

2.2.4 PRONTO SOCORRO CENTRAL 460

- ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 465
- PROCESSOS ASSISTENCIAL 469
- PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE 457
- PROCEDIMENTOS 477
- ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 483
- SERVIÇO SOCIAL 486
- FISIOTERAPIA 487
- ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL 489
- SERVIÇO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL 490
- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 491
- SAME 492

2.2.5 SERVIÇO AMBULATORIAL DE TRAUMATOLOGIA 493

- CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO E IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA 495
- DA ESTRUTURA FÍSICA, ASSISTÊNCIAL E DE APOIO 496
- DO FLUXO ASSISTENCIAL DO AMBULATORIAL DE TRAUMATOLOGIA DO CHID 497

2.2.6 FLUXOS DE TRABALHO 500

- FLUXOS INTERFUNCIONAIS 506
- FLUXOS INTRAFUNCIONAIS 508
- FLUXO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS 513
- FLUXO DE ROUPAS 519
- FLUXO DE RESÍDUOS 522
- FLUXO DE REGISTRO DE USUÁRIO 523

3. METAS DE PRODUÇÃO QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS 527

3.1 METAS FÍSICAS 530

3.2 INDICADORES QUALITATIVOS 541

- ATENÇÃO À SAÚDE 541
- PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS 548
- GESTÃO HOSPITALAR 552
- DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL 556
- ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA 560
- ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 566

3.3 METAS FÍSICAS E QUALITATIVAS DOS NOVOS SERVIÇOS REPACTUADOS 569

3.4 METAS FÍSICAS E QUALITATIVAS DOS LEITOS REGIONAIS DA RRAS 577

3.5 MANUTENÇÃO DA HABILITAÇÃO DA UPA DR CHARLES ANTUNES BECHARA 589

3.6 META DE CIRURGIA ELETIVA 591

4. MODELO GERENCIAL 601

4.1. GERENCIAMENTO ADMINISTRATIVO 601

- GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DO COMPLEXO 608
- OUVIDORIA 610
- SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CIDADÃO (SAC) 612
- PESQUISA DE SATISFAÇÃO 614
- CONSELHO GESTOR 617
- PUBLICIDADE DE SERVIÇOS HOSPITALARES ESPECIALIZADOS 620
- GESTÃO DOS BENS PATRIMONIAIS 621
- SUSTENTABILIDADE 622
- REGIMENTO INTERNO 654

4.2. GERÊNCIAMENTO DE SISTEMAS E INFORMÁTICA 692

4.2.1. INFRAESTRUTURA DE REDE LÓGICA, CFTV (CÂMERAS DE SEGURANÇA), EQUIPAMENTOS, SERVIDORES, BACKUP, LINK DE INTERNET E SUPORTE TÉCNICO 692

4.2.2. SISTEMA DE APOIO À INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA 696

4.2.3. SISTEMA INFORMATIZADO DE RECEPÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E ELETIVA DE GESTANTES, BEM COMO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO COM CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO COM A REDE AMBULATORIAL MUNICIPAL 710

- SISTEMA INFORMATIZADO DE RECEPÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E ELETIVA DE GESTANTE - SISTEMA SAUDETECH (OLOSTECH) 711
- SISTEMAS DE GESTÃO HOSPITALAR - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO - SISTEMA CONECTE/W (WARELINE) 717

  ESCOPO SISTEMAS DE GESTÃO HOSPITALAR – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO – SISTEMA CONECTE/W (WARELINE) 790
- SISTEMA DE GESTÃO EM NEFROLOGIA E DIÁLISE – SISTEMA NEPHROSYS 820

  ESCOPO SISTEMA DE GESTÃO EM NEFROLOGIA E DIÁLISE – SISTEMA NEPHROSYS 829
- SOLUÇÃO COMPLETA DE TI PARA GESTÃO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E OPME 833

- SOLUÇÃO COMPLETA DE TI PARA REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA 871

ESCOPO DA SOLUÇÃO PARA REGULAÇÃO – SISTEMA SAUDETECH (OLOSTECH) 871

4.3 POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS A SER PRATICADA. 1062

4.4 PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 1109

- NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP 1120
- PROGRAMAÇÃO ANUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE 1126
- PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO 1132

4.5 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA DA UNIDADE, GUARDA, CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PRÉDIO E DOS EQUIPAMENTOS. 1133

- COMPRAS E SUPRIMENTOS 1134
- SERVIÇO DE CONTROLADORIA E SEGURANÇA 1152
- GUARDA E GESTÃO DE DOCUMENTOS 1156
- HIGIENIZAÇÃO/LIMPEZA 1157

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

- ROUPARIA 1163
- ESTERILIZAÇÃO 1170
- TRANSPORTE - APOIO LOGÍSTICO 1170
- GERENCIAMENTO DE RISCOS E SEGUROS 1172
- CONTROLE DO ESTACIONAMENTO 1173
- ALMOXARIFADO 1174

4.6 PLANO DE MANUTENÇÃO 1180

- MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALARES 1180

MANUTENÇÃO PREDIAL 1181

1 - INSTALAÇÕES PREDIAIS 1184

2 - SISTEMAS DE GASES MEDICINAIS E VÁCUO CLÍNICO 1191

3 - SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO 1194

4 - SISTEMAS ELÉTRICOS 1200

5 - SISTEMAS ELÉTRICOS CRÍTICOS 1204

6 - ELEVADORES E EQUIPAMENTOS DE TRANSPORTE VERTICAL 1210

7 - SISTEMAS DE PLACA SOLARES 1212

8 - SISTEMAS DE COMBUSTÍVEL 1216

9 - INSTALAÇÕES DE COMBATE A INCÊNDIO 1218

10 - SISTEMAS DE VIGILÂNCIA, COMUNICAÇÃO E CABEAMENTO ESTRUTURADO 1221

ADAPTAÇÕES/ADEQUAÇÕES E INVESTIMENTOS EM EQUIPAMENTO ELETROMECÂNICOS / INFRAESTRUTURA 1230

- **PLANO DE MANUTENÇÕES DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS 1230**

II – PROPOSTA FINANCEIRA 1253

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIRO MENSAL 1255

DETALHAMENTO DO CUSTO MENSAL DOS RECURSOS HUMANOS CELETISTAS DO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE POR UNIDADE ASSISTENCIAL 1259

DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS 1268

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

I - PROGRAMA DE TRABALHO

DIRETORIA EXECUTIVA
Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM
Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES
Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
PAIS - Programa de Atenção Integral à Saúde
Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Hospital São Paulo / Unidades Afiliadas

INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL - SPDM

A Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) é uma das maiores entidades interfederativas, de natureza filantrópica de saúde do Brasil - com cerca de 68.000 colaboradores, atuando em sete estados, com a vocação de atuar, desenvolver e prestar serviços nas áreas de saúde, educação, pesquisa científica e assistência social.

Fundada em 1933, é dirigida por um Conselho Administrativo eleito em Assembleia Geral, constituído por professores da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) - antiga Escola Paulista de Medicina - com a qual mantém pautada a relação e o objetivo de servir ao ensino, à pesquisa e à assistência médica.

A SPDM é mantenedora do Hospital São Paulo - Hospital Universitário da UNIFESP e gerencia serviços de saúde de diversos entes públicos, mediante a celebração de convênios e contratos de gestão. Nesses anos, desenvolveu atividades direta e indiretamente relacionadas à saúde em muitas cidades do País, destacando-se o projeto Parque Nacional do Xingu em diversas regiões da Amazônia e do Nordeste brasileiro, através da experiência em serviços próprios e de gestão compartilhada nos âmbitos Federal, Municipal e Estadual. Atualmente, está presente em sete estados do território nacional, com 5.777 leitos hospitalares, além de contribuir para a formação de mais de 28 mil alunos de 46 instituições de ensino superior e 29 de ensino técnico em todas as especialidades médicas, de pesquisas e afins.

Enquanto responsável pelo gerenciamento dos serviços procura levar o que há de mais avançado em conhecimento na assistência à saúde para a população das

unidades hospitalares, unidades de urgência e emergência, unidades ambulatoriais básicas e especializadas.

A SPDM atua no Sistema Único de Saúde (SUS), observando todos os princípios definidos no artigo 7º da lei 8080/90, destacando-se o princípio da integralização de assistência, atendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Todas as ações e projetos desenvolvidos pela SPDM são pautadas **na MISSÃO institucional que é atuar com excelência na atenção à saúde sem preconceito, distinção ou classificação dos cidadãos.**

Com base em princípios de ética, transparência e integridade, a SPDM defende, preserva e promove um conjunto de **VALORES: Capacitação; Compromisso social; Confiabilidade; Empreendedorismo; Equidade; Ética; Humanização; Qualidade; Sustentabilidade ecológica, econômica e social; Tradição, Transparência.**

Com as experiências obtidas ao longo dos anos e, por acreditar que o compartilhamento de seu modo de operação pode ser sempre aprimorado através da troca de conhecimentos, a SPDM é membro associada ao IBROSS - Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde - https://www.ibross.org.br/, que é a entidade nacional representativa das Organizações Sociais de Saúde (OSS), instituições filantrópicas do terceiro setor, sem fins lucrativos, responsáveis pelo gerenciamento de serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) em todo o país, em parceria com secretarias municipais e estaduais de saúde. Com cerca de 21 instituições associadas, que atuam em oito estados brasileiros e no Distrito Federal, o IBROSS nasceu com a finalidade de disseminar o modelo de gestão de equipamentos de saúde – hospitais, ambulatórios, postos de saúde, unidades de pronto atendimento, clínicas de especialidades e serviço de atendimento móvel de urgência, entre outros

– realizado por meio de parcerias firmadas entre as organizações sociais e o poder público. A SPDM já ocupou a vice-presidência deste Instituto. A Missão do IBROSS é Contribuir com a qualificação e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde através do reconhecimento e divulgação das boas práticas em gestão das Organizações Socais de Saúde, ampliando o acesso da sociedade à informações e esclarecimentos pertinentes a respeito do modelo.

- **Entidade Filantrópica**

A SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina é uma Associação Civil sem Fins Lucrativos, de Natureza Filantrópica, reconhecida de utilidade pública federal, estadual e municipal, respectivamente pelos decretos S/N de 27/05/1992, 40.103 de 17/05/1962 e 8.911, de 30/07/1970.

A SPDM se enquadra no conceito de isenção das Contribuições Sociais, nos termos da lei, por constituir-se em Instituição Privada, Sem Fins Lucrativos e econômicos, que atua na área da saúde, conforme previsto nos arts. 12 e 15 da Lei n° 9.532/97, combinados com o art. 2° da Lei Complementar nº 187, de 16 de Dezembro de 2021, regulamentada pelo Decreto n° 7.237/10 (Decreto nº 8.242 de 23 de maio de 2014), reconhecida como Entidade Beneficente de Assistência Social (isenta) apresentando as seguintes características:

- A Instituição é regida por legislação infraconstitucional;
- A Isenção pode ser revogada a qualquer tempo, no caso do descumprimento das situações previstas em Lei (contrapartida);
- Existe o fato gerador (nascimento da obrigação tributária), mas a entidade é dispensada de pagar tributo;

Há o direito de o Governo instituir e cobrar tributo, mas ele não é exercido em razão do cumprimento das disposições legais (Requisitos para Manutenção da Isenção Tributária).

Assim sendo, por atender aos requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar nº 187, de 16 de Dezembro de 2021, a Organização Social SPDM - Entidade Beneficente e de Assistência Social, certificada junto ao CEBAS SAÚDE, faz jus à isenção do pagamento das contribuições de que tratam os art. 22 e 23 da Lei n° 8.212, de 24/07/1991.

Desta forma, com base na Proposta Financeira apresentada fará jus à Contrapartida a título de GRATUIDADE mediante aos seguintes cálculos:

a) 27,8 % de isenção usufruída da Contribuição Previdenciária Patronal sobre a folha de pagamento dos empregados a serem contratados sob o regime CLT.
b) 20 % de isenção usufruída da Contribuição Previdenciária Patronal, sobre a folha de pagamento por Serviços de Terceiros Pessoa Física a serem contratados, caso for.
c) 3% de isenção usufruída da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) sobre os recursos (repasses) a serem recebidos com base na Proposta Financeira

- **Compliance**

Desde a sua fundação, em 1933, a SPDM atua em conformidade com a legislação e na prestação de contas aos órgãos contratantes, reguladores e fiscalizadores. Portanto, as ações de Compliance da SPDM foram desenvolvidas ao longo dos seus 90 anos de existência, referenciadas por meio de práticas e legislações

nacionais, documentos vigentes relacionados ao tema de integridade. O programa de integridade da SPDM é baseado em três pilares: prevenção, detecção e correção.

Como sequência desse trabalho, em dezembro de 2019, implementou sua área de Compliance, em consonância com a Lei nº 12.846/13 (Lei Anticorrupção), Decreto n° 8420/2015 e o novo Decreto n° 11.129/2022 regulamentando a Lei Anticorrupção, também conhecida como Lei da Empresa Limpa (12.846/2013), responsável por penalizar as empresas por práticas de corrupção e outros atos considerados lesivos à administração pública.

Principais objetivos da Área de Compliance:

- Disseminar a cultura de integridade através de treinamentos e capacitações adequadas a todos os colaboradores e prestadores de serviços terceirizados;
- Identificar, avaliar e assegurar a existência de normativos internos, como políticas, normas, regulamentos, processos e procedimentos atualizados, e a aderência da organização a estes regulamentos, ao código de conduta e riscos envolvidos;
- Relatar de forma sistêmica e periódica os resultados das atividades relacionadas a Compliance ao Conselho Administrativo, Alta Administração e aos demais níveis organizacionais;
- Atuar para um relacionamento ético e íntegro com reguladores, autorreguladores, entidades de representação, auditores independentes, assegurando o atendimento adequado.

O Programa de Integridade da SPDM dispõe de:

- Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade
- Manual de Fornecedores
- Comunicação
- Treinamentos

- Due Diligence
- Canal Confidencial
- Políticas Internas

A SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina é associada ao Instituto Ethos com adesão ao Pacto Empresarial pela Integridade. A adesão contribuiu para um maior engajamento, em nível corporativo, dos grupos de trabalho e comitês existentes na instituição, como os de Integridade e Sustentabilidade. O Manual de Conformidade Administrativa, Políticas e Princípios de Integridade da SPDM e os documentos de integridade podem ser acessados através do site https://www.spdm.org.br/compliance.

- **Publicização**

O processo de publicização teve grande impacto a partir da ampliação dos espaços públicos através da utilização da Gestão de Parceria com o Terceiro Setor e teve como efeito direto mais uma alteração do conceito de serviço público de saúde.

A SPDM teve sua primeira qualificação como Organização Social de Saúde no Estado de São Paulo em 07/10/1998 através da Lei Nº. 846/98 e posteriormente nos Municípios de São Paulo - SP em 11/07/2006 através da Lei Nº. 14.132/06, Barueri - SP em 13/02/2008 através da Lei Nº. 1360/03, Rio de Janeiro - RJ em 18/09/2009 através da Lei Nº. 5026/09, Guarujá - SP em 14/10/10 através da Lei Nº. 9065/10, Americana - SP em 23/02/2011 através da Lei Nº. 5087/10, Caraguatatuba - SP em 29/11/2011 através do Decreto Nº 175, Uberlândia - MG em 29/03/2010 através da Lei Nº 12.161, Estado do Rio de Janeiro em 16/05/2012 através da Resolução Conjunta nº 188, Estado de Santa Catarina em 06/03/2012 através da Lei Nº 857, Estado da Bahia em 15/10/2015 através do Processo n° 0300150291856, nos

Municípios de Diadema - SP em 26/01/2016 através do Decreto Nº 7.247, Taubaté - SP em 14/05/2018, através do processo nº 9.220/2018, Itu - SP em 15/05/2018 através do Processo nº. 8752/2018, Cajamar - SP em 16/08/2018 através do Decreto Nº 5.874, Praia Grande - SP em 28/08/2018, através da Resolução 049/2018, Santos - SP em 26/11/2018 através do Decreto Nº 8.283, Fortaleza - CE em 05/06/2019 através do Decreto Nº 14.428, Marília - SP em 14/06/2019 através do Processo nº 48551/18, Santo André - SP considera a qualificação do Estado de São Paulo para qualificação no âmbito municipal, Macaé – RJ em 04/07/2022 através do Processo nº 404517/2021.

A SPDM ainda se enquadra na Lei nº 13.019 de 31 de julho de 2014, conhecida como Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil-MROSC que apresenta como diretriz o fortalecimento da sociedade civil e o reconhecimento da participação social, destacando, assim, a inegável e fundamental importância da sociedade civil organizada nas políticas sociais.

- **Política de Transparência**

Dentre as premissas e parâmetros dos modelos de gestão em saúde, com desenvolvimento, fortalecimento e capacidade de produzir resultados eficientes à sociedade o modelo eficiente é de autonomia de gestão com a celebração de parcerias com as organizações da sociedade civil e o Estado.

A autonomia em várias dimensões como a prática gerencial, gestão orçamentária – financeira, compras e contratos e gestão de pessoas que confere à organização agilidade e flexibilidade na condução da parceira, e imputa a esta a responsabilidade pelo desempenho e respostas pelas políticas, diretrizes, incentivos e ao gestor do sistema de saúde.

A SPDM adota as melhores práticas de governança envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas, e é regulada pelo Estatuto Social da entidade e seu Regimento Interno.

A SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina em plena consonância com as mudanças na legislação brasileira sobre combate à corrupção Lei Federal nº 12.846, sancionada em 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, regulamentada pelo Decreto Federal nº 8.420, de 18 de março de 2015, e com inspiração dos novos tempos e em conformidade com seus objetivos estatutários, desenvolveu em prol da ética de modo a fomentar a transparência, a responsividade e prevenção de danos reputacionais ao descumprimento de leis e normas o MANUAL DE CONFORMIDADE ADMINISTRATIVA, POLÍTICAS E PRINCÍPIOS DE INTEGRIDADE e destaca:

“As boas práticas de governança corporativa devem sempre converter aos princípios básicos de transparência, equidade, prestação de contas (accountability) e responsabilidade corporativa”.

“A saúde, a integridade física dos funcionários/colaboradores e a proteção ao meio ambiente são questões estratégicas na SPDM, com tratamento transparente em todas as informações relativas à saúde, segurança e meio ambiente que possam ter impacto sobre seus empregados, sobre as comunidades ou o próprio meio ambiente.”

Fonte: https://www.spdm.org.br/acesso-a-informacao/normas-e-documentos

- **Nossa Gente - Nosso maior patrimônio**

A SPDM é uma grande escola de saúde pública no Brasil, principalmente para médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e gestores em saúde,

entre outros, que encontram na instituição conhecimentos, expertise e oportunidade para o crescimento profissional.

Paralelamente a um amplo plano de treinamento e capacitação profissional, seus colaboradores têm oportunidade de participar de processos administrativos e clínicos, bem como de comissões semipermanentes e temporárias, que podem resultar em crescimento interno e efetivação.

Além de promover a formação e educação continuada de seus colaboradores, com uma faculdade corporativa e uma rede acadêmico assistencial de excelência, a SPDM propicia uma série de iniciativas em prol do desenvolvimento e qualidade de vida desses profissionais, como o Comitê de Inclusão e Diversidade e o Tele Apoio, para citar alguns exemplos.

O maior patrimônio da SPDM são as pessoas que trabalham na instituição. Tecnologia é commodity, rapidamente fica obsoleta e precisa ser substituída. As pessoas, ao contrário, adquirem mais experiência a cada ano, por isso tornam-se referência para o mercado de saúde – caminho para uma carreira vitoriosa.

- **Humanização**

A SPDM tem um compromisso de humanização no relacionamento com todos os seus públicos – pacientes, colaboradores e gestores. Aos pacientes, oferece tratamento humanizado e personalizado, valorizando as pessoas e respeitando seus direitos, princípios, cultura e formação religiosa. Projetos complementares ao tratamento dão suporte emocional ao paciente, minimizam o estresse causado pela doença, melhoram a qualidade de vida e, muitas vezes, elevam as chances de cura.

- **Projetos Sociais**

Nos últimos anos, a SPDM vem ampliando sua área de atuação principalmente na gestão de equipamentos que promovem a inclusão de pessoas com deficiência. No final de 2013, recebeu a qualificação de organização social da área de atendimento ou promoção dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da lei complementar 846, de 04/06/1998.

- **Inovação Tecnológica**

Sempre na vanguarda, a SPDM utiliza uma série de soluções tecnológicas para otimizar o atendimento da população. Um desses recursos é a utilização da Telemedicina no atendimento dos pacientes.

No período de pandemia da Covid-19, o recurso de teleatendimento foi utilizado para monitoramento de pacientes com Covid-19, visando a identificação precoce de complicações e identificação de comunicantes e sintomáticos.

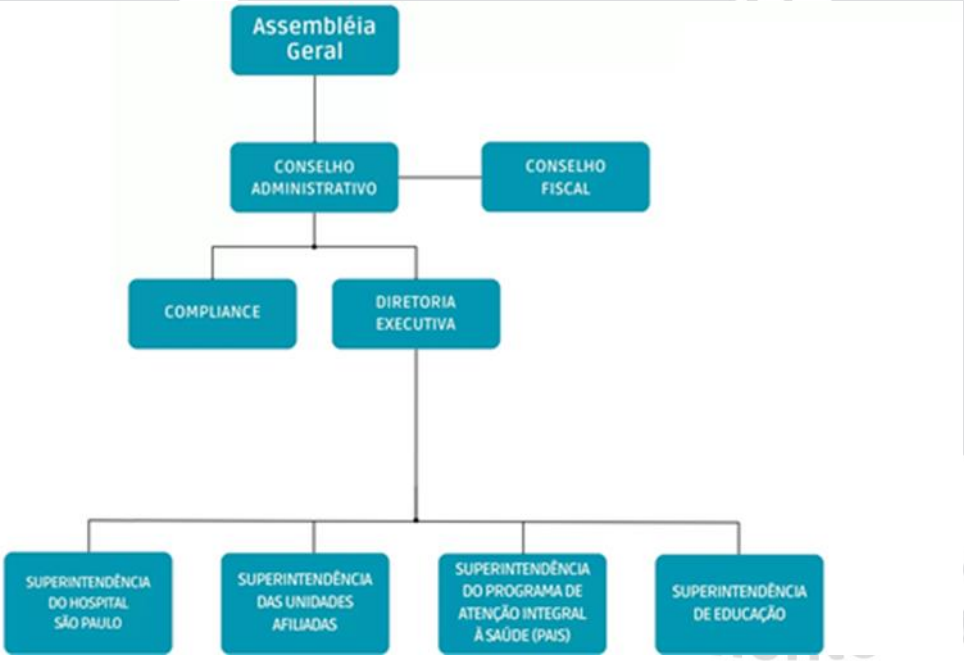
Ainda nesse escopo inclui-se o atendimento direto a usuários via Telemedicina, seja nas UBSs com Estratégia de Saúde da Família, onde o profissional em teleatendimento compõe a agenda da equipe nas ações de acompanhamento médico, viabilizando a promoção de saúde e prevenção de doenças; seja no atendimento a demandas agudas nas UPAs conforme Protocolo de elegibilidade definido e pactuado com a gestão, permitindo ampliar o acesso do usuário ao atendimento médico nessas situações, seja na atenção especializada que possibilita a interação entre médicos da atenção básica e especialistas para analisar e discutir casos clínicos não emergenciais por meio de videoconferência, sanando as dúvidas ou direcionando os casos clínicos para a rede municipal de saúde.

Outro recurso importante foi a adoção de prontuário eletrônico, ferramenta que armazena e disponibiliza os dados dos pacientes com maior segurança e agilidade. Totens de emissão de senhas de atendimento com software de gerenciamento de filas e painéis eletrônicos com panorama de leitos e centros cirúrgicos complementam o arsenal de recursos tecnológicos disponíveis nas unidades gerenciadas pela instituição.

A implantação de assinatura e certificado digital permitiu, entre outras vantagens, eliminar milhares de impressões, com grande economia de recursos

ESTRUTURA DA SPDM

A SPDM tem sua estrutura formada por quatro grandes áreas: sendo três delas de caráter assistencial o Hospital São Paulo, as Instituições Afiliadas, Programa de Atenção Integral à Saúde (PAIS) e uma delas voltada à Educação.



O HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP

Inaugurado em 1940, para o ensino de clínicas dos alunos da Escola Paulista de Medicina, o HSP tornou- se o maior hospital entre os Hospitais da rede de Hospitais de Ensino do Sistema Federal de ensino do País. Sua gestão é compartilhada através de um conselho, com a Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina e Escola Paulista de Enfermagem.

Em 84 anos de atividade, o HSP tornou-se um dos melhores centros formadores de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, ocupando essa posição há mais de 50 anos. Como hospital universitário da Unifesp, abriga 92 programas de residência médica e de residência multiprofissional, frequentados por 1.454 residentes.

Um excelente hospital de ensino que alberga os melhores programas de pós-graduação do Brasil, alguns deles considerados pela Capes e por outras agências de fomento como os melhores do país. Sua expansão ocorreu com o crescimento da medicina e de outras áreas da saúde, atendendo à grande demanda de pacientes que necessitam de novos serviços.

Ao lado de uma intensa atividade assistencial, destaca-se também pela vasta produção científica e pelo ensino que o qualifica como uma instituição de excelência, tanto no cenário nacional quanto no internacional.

A instituição atende a todas as especialidades médicas, em especial aquelas com procedimentos de alta complexidade. Sua representatividade para os gestores estadual e municipal a torna responsável, na Grande São Paulo, pela cobertura de uma área que abrange mais de 5 milhões de habitantes, além de atender pacientes oriundos de outros estados da federação.

O Hospital São Paulo tem como missão a prestação de assistência à saúde da população com qualidade, visando ao seu bem-estar, bem como oferecer condições ideais para ensino e pesquisa.

SPDM – Educação

A SPDM nasceu na educação, em 1933, quando inaugurou a segunda escola de Medicina de São Paulo, com o objetivo de formar médicos para melhoria da qualidade da assistência à população. Portanto, saúde e educação são os pilares do seu compromisso social, desde a fundação.

- ✓ **Faculdade Paulista de Ciências da Saúde**

Em 2021, em consonância com seu Plano de Expansão, a faculdade recebeu 6 comissões do Ministério da Educação (MEC) para avaliação das estruturas físicas e autorização de novos cursos de graduação, além disso obteve também o credenciamento para oferecer cursos de graduação em EaD. Estes reconhecimentos demonstram e reafirmam o compromisso da FPCS com uma formação profissional de excelência.

- ✓ **Educação Infantil**

Desde 2019, gerencia 21 Centros de Educação Infantil (CEI) em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, localizados em diversos bairros da capital paulista. As unidades atendem mais de dois mil alunos, com idades que variam de seis meses a três anos e 11 meses, em período integral (das 7h às 17h), com

atividades pedagógicas, de acordo com as diretrizes de Educação Infantil da Secretaria Municipal de Ensino.

As Instituições Afiliadas

A Superintendência de Instituições Afiliadas da SPDM atualmente gerencia 15 hospitais, além de diversas unidades de saúde, como ambulatórios, prontos-socorros, laboratório, centro de reabilitação, centro de atenção psicossocial, farmácias de alto custo e centros de educação infantil, construídos e equipados pelo estado e por municípios, levando o que há de mais moderno em saúde para as populações, além de ser um posto avançado de capacitação de recursos humanos. Recentemente, assumiu a gestão da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), do Hospital Municipal Profa. Lydia Storópoli, do CEAF Mogi das Cruzes e da UBS Tatetuba (São José dos Campos).

O Programa de Atenção Integral à Saúde (PAIS)

A SPDM em conjunto com os gestores locais contribui para a implantação de programas de saúde e capacitação dos profissionais na busca de criar condições para construção de um modelo de Atenção à Saúde participativo e solidário em um modelo de Gestão de Serviços de Saúde que busca a excelência de forma integrada.

O Programa de Atenção Integral à Saúde (PAIS) iniciou suas atividades no ano de 2001 no município de São Paulo, estendendo-se para outros municípios. Desde o início das atividades busca o crescimento e a consolidação dos serviços de saúde, a fim de garantir mudanças nos indicadores e na qualidade de vida da população, pautado entre outros, pelos princípios da integralidade e da equidade, com uma visão

estratégica da gestão dos serviços de saúde, definida em um processo de aprimoramento contínuo.

O PAIS administra unidades de saúde e assessora a instituição parceira na área da saúde, tendo como objeto a implantação, a coordenação e a execução de programas e serviços de saúde, aumentando a eficiência dos serviços oferecidos, financiados pelo Município, Estado ou União aprimorando o atendimento ao cidadão, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros Municipais de Saúde (CMS), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Equipes Multidisciplinares (E-Multi), Unidade Odontológica (UO), Centro de Saúde Escola (CSE), Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD), Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), Equipes de Violência (EEV), Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD), Programa Acompanhante de Idoso (PAI), Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), Programa de Atenção à Saúde Indígena, Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Assistência Médica Ambulatorial Especialidades (AMA–E), Policlínicas, Hospital Dia (HD), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Referência Dor Crônica (CRs Dor), Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT), Unidade de Acolhimento (UA), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica (SIAT), Consultório na Rua (CNR), Programa de Atenção à Saúde Indígena, Saúde no Esporte, Centro Odontológico do Tribunal de Contas do Município (TCM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Complexo Regulador, Eventos de Massa, Pronto Socorro (PS) e Pronto Atendimento (PA), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Oftalmologia, Centro de Emergência Regional, Casa de Parto, Hospitais Municipais e Estaduais.

- **Modelo de Gestão SPDM/PAIS**

O modelo de gestão da SPDM/PAIS é uma estrutura essencial para a condução do conjunto de práticas, processos, políticas e comportamentos que orientam a operação, permitindo-lhe atingir seus objetivos estratégicos e operacionais em favor da missão institucional.

Promover ações em saúde integradas com a gestão pública, em benefício da população de forma ética e humanizada, qualidade técnica, com compromisso social e ambiental.

A **governança corporativa** da SPDM/PAIS refere-se ao conjunto de práticas, regras e processos pelos quais nossa instituição é dirigida e controlada. Esse sistema visa alinhar os interesses de diversas partes interessadas aos valores institucionais, garantindo transparência, profissionalismo, responsabilidade social, trabalho em equipe, ética, equidade, qualidade e responsabilidade na condução dos negócios. Tudo isso é feito buscando o alcance da missão institucional, que é: "Promover ações em saúde integradas com a gestão pública, em benefício da população de forma ética e humanizada, com qualidade técnica, compromisso social e ambiental".

A **governança clínica** da SPDM/PAIS é um sistema estruturado de gestão de qualidade e melhoria contínua nos serviços de saúde, voltado para assegurar a prestação de cuidados de alta qualidade aos pacientes. Esse conceito envolve a aplicação de princípios e práticas que promovem a segurança, a eficácia, a eficiência e a equidade na assistência à saúde. Nossa governança clínica atua para alcançar uma cultura de alta performance, direcionando seus esforços para os pilares de Experiência do Paciente, Efetividade e Eficiência Clínica, Auditoria Clínica, Gerenciamento de Riscos, e Educação e Treinamentos. As diretrizes de governança clínica foram estabelecidas para assegurar o compromisso da SPDM/PAIS com o cumprimento da sua missão: “Promover ações em saúde integradas com a gestão pública, em benefício da população de forma ética e humanizada, com qualidade técnica, compromisso social e ambiental”.

A responsabilidade ambiental da SPDM/PAIS busca estratégias vinculadas ao comprometimento socioambiental, contemplando diretrizes de Gerenciamento de Resíduos, Mudanças Climáticas, Uso Racional de Recursos Naturais e Vigilância Ambiental:

- Gerenciamento de Resíduos: A SPDM/PAIS compromete-se a implantar o gerenciamento dos resíduos sólidos gerados em suas operações, especialmente com a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) em todos os equipamentos assistenciais. Isso será feito por meio de ações de controle, gestão e monitoramento dos resíduos, visando reduzir a geração e executar um descarte final ambientalmente adequado e seguro, baseados nos princípios da sustentabilidade e da segurança ocupacional.

- Mudanças Climáticas: A SPDM/PAIS compromete-se a propor ações e boas práticas sustentáveis para minimizar as emissões de Gases de Efeito Estufa (GEE) na atmosfera relacionadas às suas operações.

- Uso Racional de Recursos Naturais: A SPDM/PAIS compromete-se a desenvolver ações voltadas ao uso racional de recursos naturais, visando reduzir e mitigar os impactos ambientais causados pelas atividades e serviços prestados pela instituição.

- Vigilância Ambiental: A SPDM/PAIS compromete-se a fomentar boas práticas ambientais na higienização interna, no manejo arbóreo, no controle de qualidade da água potável fornecida e no controle dos animais sinantrópicos nas unidades de saúde gerenciadas pela instituição.

A responsabilidade social da SPDM/PAIS refere-se ao compromisso em conduzir suas atividades de maneira ética e contribuir para o desenvolvimento econômico, ao mesmo tempo em que melhora a qualidade de vida de seus funcionários, suas famílias, a comunidade local e a sociedade como um todo, visando atender às especificidades das partes interessadas e em respeito a missão e valores institucionais. Os principais aspectos da responsabilidade social na SPDM/PAIS incluem:

- Ética e Transparência: Adota práticas éticas, transparência nas operações e comunicação aberta com todas as partes interessadas.

- Direitos Humanos: Respeita e promove os direitos humanos, garantindo condições de trabalho justas, segurança e bem-estar dos funcionários.

- Inclusão e Diversidade: Promove a inclusão e a diversidade no ambiente de trabalho, garantindo igualdade de oportunidades para todos os funcionários.

- Sustentabilidade Ambiental: Integra práticas sustentáveis nas operações para minimizar o impacto ambiental, promovendo a conservação dos recursos naturais.

- **Organização Administrativa Institucional Corporativo – SPDM/PAIS**

Um dos maiores desafios das Instituições de Saúde é organizar seu funcionamento efetivo à medida que crescem e evoluem, desafio esse superado com êxito pela SPDM. As Instituições de Saúde são estruturas complexas que demandam um conjunto de ações integradas e resolutivas para a sua operacionalização, sejam em relação aos aspectos técnicos, operacionais, administrativos e/ou econômico-financeiros.

Nesse sentido, destaca-se o conhecimento estruturado e desenvolvido pela SPDM, que é totalmente disponibilizado às unidades sob sua gestão, por meio de uma equipe técnica e especializada que disciplina as práticas ou o trabalho da unidade local. Estes conhecimentos mapeiam, esclarecem e normatizam processos, técnicas e ferramentas, utilizando-se das melhores práticas para cada uma das áreas.

Outro ponto de destaque que logra êxito à gestão SPDM é melhorar a qualidade dos serviços, manter um efetivo funcionamento e organização no decorrer do tempo. Os resultados da SPDM nessa perspectiva podem ser evidenciados pelas diversas certificações de qualidade, em nível nacional e internacional.

No que se refere a forma de gestão, ressalta-se a motivação da criação da SPDM, ou seja, a forma voluntária e sem fins lucrativos, bem como seu modelo de governança corporativa que foi sendo consolidado e fortalecido ao longo dos seus 86 anos de existência. A governança da instituição se efetivou por meio de uma estrutura executiva competente e responsável pelo planejamento, organização, direção e controle do conjunto de recursos, que determinam as atividades no nível local, com a finalidade de alcançar os seus objetivos.

Um dos seus diferenciais da SPDM no gerenciamento de verbas públicas é fazer mais com menos. Isso significa ter competência para gerir recursos físicos,

humanos e financeiros de forma eficaz, eficiente e efetivo. Destacam-se desenvolvimento de líderes, compartilhamento das melhores práticas de gestão, planejamento, implementação de mudanças, aperfeiçoamento de processos para assegurar a qualidade dos serviços **e especialmente a competência para potencializar os resultados de atividades comuns a todas unidades/serviços sob sua gestão, o que propicia a otimização dos recursos humanos e consequentemente dos recursos públicos financeiros.**

Alinhada à sua missão, que é voltada ao interesse público, a SPDM gera valores para a sociedade, pois compartilha com todas as unidades/serviços gerenciados a excelência da prestação de serviços assistenciais, a maturidade e solidez de sua governança e seus princípios, como: tradição, ética, transparência e equidade. Valores intangíveis da gestão SPDM, dentre eles destacam-se:

- A padronização de um modelo de gestão das unidades/serviços gerenciados, incluindo, mapeamento dos processos, definição e monitoramento de indicadores, padronização de impressos e manuais de operação;
- Definição e elaboração de políticas, normas e regulamentos;
- Definição e monitoramento de metas estratégicas;
- Monitoramento das metas e indicadores contratuais;
- Definição, implantação e monitoramento de termos institucionais;
- Elaboração e implantação do manual de conformidade administrativa, política e princípios de integridade;
- Implantação do canal de denúncias;
- Diretrizes para os treinamentos de Compliance para equipe diretiva;
- Desenvolvimento de vídeo institucional para programa de combate à corrupção / Divulgação da Lei nº 12.846/2013;

- Diretrizes de divulgação de Compliance.

Há muito tempo atua ao lado do Poder Público, haja vista que, antes mesmo de qualificada como Organização Social ou de portar certificação formal, já recebia fomento público para o custeio de suas atividades assistenciais.

A estrutura e organização Corporativa Institucional SPDM administra, operacionaliza e gerencia todos os Instrumentos Jurídicos celebrados com os Municípios e Estados, cujos custos são rateados a todos os Contratos de Gestão celebrados.

Com o objetivo de garantir eficiência, agilidade e uniformidade de diretrizes e políticas institucionais, além de minimizar os riscos inerentes aos serviços e, principalmente, redução de custos, **a SPDM concentrará o apoio técnico-administrativo, prática essa essencial à execução dos contratos de gestão, cuja estrutura é compartilhada entre todos os Contratos de Gestão no que tange às atividades-meio.**

A estrutura e organização Corporativa Institucional SPDM visa, portanto, a concentração dos serviços administrativos gerenciais, técnicos e operacionais de modo a otimizar os trabalhos e atingir a eficiência, proporcionando, assim, economicidade e ganho em escala na operação administrativa.

Para manter o pleno funcionamento das atividades-meio individualmente para cada Instrumento Jurídico celebrado, seriam necessárias, sem prejuízo da equipe eventualmente existente, diversas especializações e contratações subordinadas às gerências corporativas para operacionalização da demanda de cada Instrumento Jurídico, o que certamente elevaria sobremaneira o ônus a ser suportado pelo Ente Público.

Nesta mesma linha, a concentração dos serviços administrativos possibilita o atendimento pleno de todas as atividades administrativas que o Instrumento Jurídico

necessita. A economicidade é gerada em razão de que os recursos administrativos previstos no Instrumento Jurídico são limitados e, frente a este limite, a concentração dos serviços administrativos, mediante rateio das despesas, faz com que o Instrumento Jurídico se beneficie plenamente de tais serviços.

Com a existência da Filial aberta para execução do objeto do Instrumento Jurídico, a SPDM organizará as atividades através da Base Administrativa Local, caso houver, de modo a dar suporte e apoio nas demandas locais e do Município, bem como suporte, apoio e intermediação nas atividades do Instrumento Jurídico que serão realizadas pelo Corporativo Institucional.

A atividade meio é composta por atividades administrativas centralizadas do Corporativo Institucional (Matriz SPDM e SPDM/PAIS) e por atividades da Base Administrativa local, caso houver.

Dessa forma, será necessário contemplar no Cronograma de Desembolso, parte integrante da presente proposta, a estimativa dos gastos e despesas relativas a esta atividade meio, mormente aquelas que serão estritamente necessárias para a realização da atividade assistencial, também já descritas nesta proposta.

A previsão dos gastos e despesas relativas ao Corporativo Institucional – Organização Administrativa estará contemplada na rubrica “6.1 Serviços e Despesas Operacionais Administrativas” do Cronograma de Desembolso, parte integrante da presente proposta.

Os recursos previstos para custear as atividades meio, servirão única e exclusivamente, para honrar com os gastos originados das atividades administrativas e operacionais diretamente relacionadas com a execução do objeto a ser contratado.

Ressalta-se que para a execução das atividades assistenciais deste Contrato e cumprimento das metas propostas será imprescindível o planejamento,

desenvolvimento e controle das atividades pelo Corporativo Institucional, objetivando o apoio às atividades dos profissionais de saúde que serão distribuídos ao Contrato.

- **Despesas Administrativas e Operacionais das Atividades Meio:**

As Despesas e Custos apurados das atividades Corporativas Institucionais e da Base Administrativa Local, caso houver, estarão relacionados aos gastos com Infraestrutura, Pessoal Técnico e Operacional, que desenvolverá as atividades Administrativas, Financeiras e Gerenciais do Contrato de Gestão.

- **Gastos com Infraestrutura das Atividades Meio:**

Referem-se aos custos com locação de imóveis, contas de consumo e predial, serviços de terceiros, manutenção predial e equipamentos, materiais de consumo, deslocamento e despesas originadas do deslocamento, entre outras despesas originadas da execução administrativa do Contrato de Gestão.

- **Gastos com Pessoal Técnico e Operacional das Atividades Meio:**

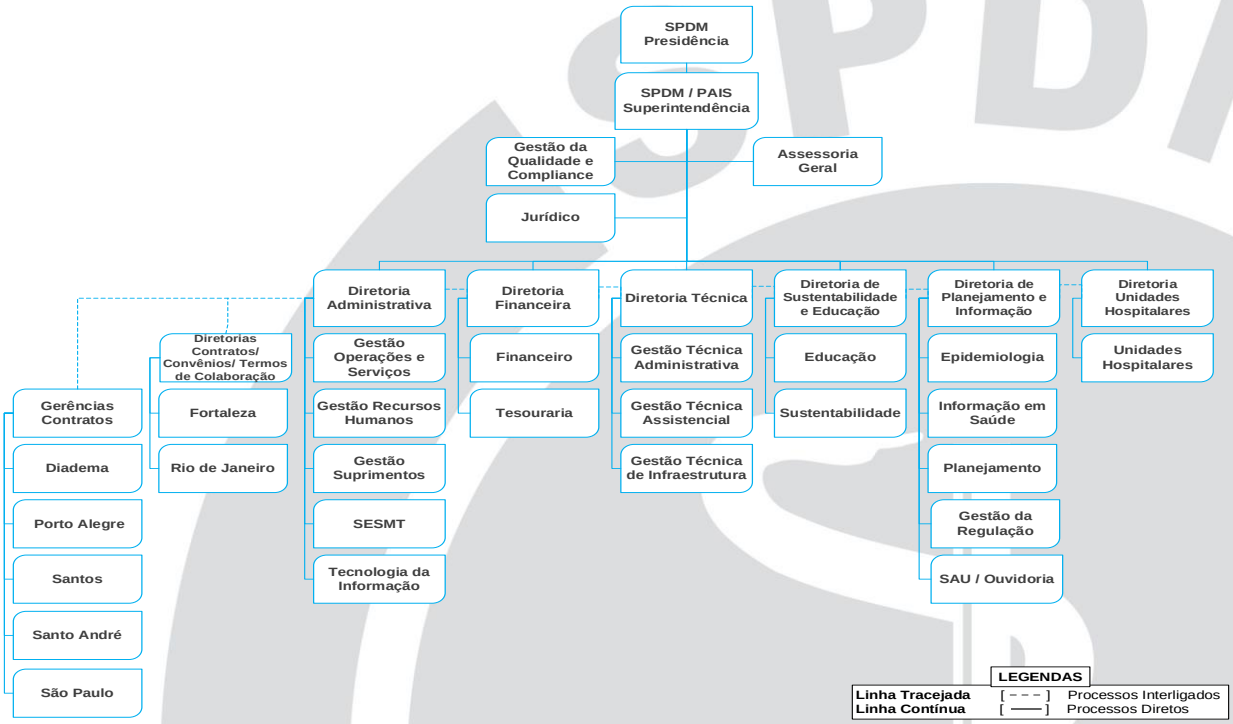
Referem-se aos custos com a mão de obra especializada e responsável pelo desenvolvimento das atividades Corporativas, Gerenciais, Administrativas e Financeiras que serão centralizadas, consolidadas e executadas sobre as diretrizes das respectivas áreas: Diretoria Administrativa, Administração de Pessoal, Recrutamento e Seleção, Gestão de Pessoas, Gestão de Suprimentos e Contratos, Tecnologia da Informação, Jurídico, Diretoria Técnica, Engenharia, Diretoria de

Planejamento e Informação em Saúde, Diretoria de Educação Permanente e Sustentabilidade, Diretoria Financeira, Orçamento, Contas a Receber, Gestão de Custos, Contas a Pagar, Fiscal, Tesouraria, Controladoria, Prestação de Contas, Contabilidade, Patrimônio.

Os gastos atrelados as atividades Corporativas Institucionais serão apresentados e demonstrados no relatório de Despesas do Corporativo Institucional, que representarão os custos apurados e distribuídos, caso for, através de rateio ao Contrato de Gestão, **respeitando as orientações e diretrizes dos Órgãos de Controle e Fiscalizadores.**

Os critérios de rateio para distribuição dos custos administrativos são valores previstos no Cronograma de Desembolso pactuado no Contrato de Gestão, cujos valores são estabelecidos e definidos pelo Gestor Público para a vigência do Contrato de Gestão.

A SPDM/PAIS está estruturada em diretorias e áreas responsáveis pela gestão da organização, cujo principal objetivo é fazer com que a organização cumpra seus objetivos estratégicos e operacionais, conforme Organograma e descrição a seguir:



- **Superintendência**

A Superintendência do Programa de Atenção Integral à Saúde – PAIS é o órgão de direção executiva da SPDM que coordena, supervisiona e controla todas as atividades do Programa de Atenção Integral à Saúde – PAIS. Estão ligados diretamente à Superintendência os processos de Assessoria Geral, Gerência Jurídica e Gestão da Qualidade e Compliance.

- **Diretoria Administrativa**

A Diretoria Administrativa tem como responsabilidade dentro da hierarquia ocupada no Programa de Atenção Integral à Saúde as áreas de Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Operações e Serviços, Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho, Gestão de Suprimentos e Tecnologia da Informação e ainda ocupa papel importante de intermediação entre os membros diretivos da Instituição, sobre o planejamento estratégico bem como agente multiplicador do corpo técnico.

Promove toda a organização administrativa de normas e processos internos e externos através das áreas sob sua responsabilidade permitindo um melhor desempenho, racionalização, transparência e qualidade na operacionalização dos processos de trabalhos dos serviços de saúde.

- **Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde**

A Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde articula as atividades dos Serviços de Saúde sob responsabilidade da SPDM/PAIS, atuando a partir de sete grandes eixos: Planejamento em Saúde, Informação em Saúde, Epidemiologia, Serviço de Atenção ao Usuário/Ouvidoria, Coordenação Administrativa em Planejamento e Informação em Saúde, Saúde Digital e Gestão da Regulação. Assessora as unidades de saúde na caracterização sócio-econômica e epidemiológica do Território em que atuam, no planejamento, no reconhecimento da Rede de Atenção à Saúde em que está inserida, no planejamento operativo das ações em saúde, na qualificação e análise da informação, nas ações de vigilância epidemiológica e na efetivação do controle social. Agrega os dados de produção e epidemiológicos, coletados nas Unidades de Saúde, que são processados em informações para subsidiar as atividades de Planejamento e organização dos Serviços, assim como a elaboração dos relatórios de prestação de contas assistenciais.

Para isso desenvolve as seguintes atividades:

1. Utiliza o Planejamento Estratégico como instrumento de gestão na Organização da Atenção à Saúde;
2. Realiza oficinas de planejamento dirigidas aos diretores/gerentes e técnicos visando à organização dos serviços;
3. Participa dos processos seletivos dos cargos de gestão das Unidades de Saúde;
4. Desenvolve trabalhos científicos pertinentes à área de atuação;
5. Planeja e organiza os Sistemas de Informação das Unidades de Saúde, considerando os diferentes momentos dos processos da informação em Saúde, necessárias ao planejamento e à prestação de contas;
6. Monitora a qualidade da informação nas Unidades de Saúde, assessorando e capacitando os gestores locais e técnicos;
7. Realiza treinamentos aos profissionais das Unidades de Saúde para melhoria da qualidade dos registros e análise dos dados nos Sistemas de Informação em Saúde;
8. Monitora a transmissão de dados das Unidades de Saúde em tempo oportuno;
9. Realiza visitas às Unidades de Saúde em função das demandas relacionadas com a Diretoria de Planejamento e Informação em Saúde;
10. Organiza os processos de Territorialização das Unidades de Saúde junto aos gestores locais;
11. Participa de Comissões de Mortalidade Materno-Infantil nos Territórios de atuação da SPDM/PAIS;
12. Participa de Comissões de Sífilis nos Territórios de atuação da SPDM/PAIS;

13. Discute com as Unidades de Saúde e Gestores Locais os agravos e doenças de notificação compulsória para acompanhamento e intervenções oportunas;
14. Assessora as Unidades de Saúde na implantação e atualização dos Sistemas de Informação em Saúde e Prontuários Eletrônicos;
15. Assessora as Unidades de Saúde na implantação de Telessaúde conforme solicitado pelo Gestor Público;
16. Articula com as Secretarias de Saúde, a Regulação das atividades dos Serviços de Saúde;
17. Discute e elabora junto à Gestão Local as Prestações de Contas Assistenciais dos contratos firmados entre gestor público e SPDM/PAIS;
18. Alimenta os sistemas de prestações de contas assistenciais e outros sistemas de informação em saúde dos gestores públicos;
19. Participa das Comissões Técnicas de Avaliação dos Contratos de Gestão/Termos de Colaboração;
20. Monitora a manutenção das metas pactuadas nos contratos de gestão/termos de colaboração (equipe, produção, qualidade e indicadores de monitoramento) e propõe ajustes quando necessário;
21. Elabora indicadores para subsidiar o acompanhamento das atividades assistenciais, monitorando os resultados;
22. Gerencia as atividades do SAU/Ouvidoria e produz relatórios a partir das manifestações dos usuários e pesquisa de satisfação;
23. Elabora diagnóstico de saúde com perfis epidemiológicos, demográficos e indicadores para acompanhamento dos serviços de saúde e elaboração de novas propostas;
24. Elabora e divulga Boletins Epidemiológicos da situação de saúde dos

Territórios de atuação da SPDM/PAIS;

25. Apoia os gestores das Unidades de Saúde na organização e manutenção dos Conselhos Gestores
26. Elabora relatórios assistenciais de gestão e prestação de contas, subsidiando a Superintendência e demais Diretorias.
27. Articula-se com as Diretorias e os diferentes setores da SPDM na execução de tarefas comuns;

- **Diretoria Técnica Corporativa**

A Diretoria Técnica Corporativa está estruturada em linhas de atenção (Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial / Especializada / Redes Temáticas, Urgência e Emergência) e áreas temáticas (Médica, Enfermagem, Assistência Farmacêutica e Saúde Bucal) atuando a partir dos seguintes processos:

- Gestão Técnica Administrativa;
- Gestão Técnica Assistencial;
- Gestão Técnica de Infraestrutura.

Cabe à Diretoria Técnica Corporativa assessorar as unidades no processo de trabalho assistencial desde o planejamento da infraestrutura física e operacional, reforma, equipagem e implantação das unidades, até a implementação de protocolos, rotinas e acompanhamento permanente do processo gerencial, assistencial e segurança do paciente.

À Diretoria Técnica Corporativa compete:

1. Promover a articulação da Instituição em suas relações com as autoridades sanitárias, quando exigirem a legislação em vigor;
2. Assegurar condições adequadas de trabalho no desenvolvimento das práticas de saúde da população;
3. Articular a integração do trabalho dos diferentes profissionais que atuam no exercício de atividades específicas;
4. Elaborar e atualizar em parceria com os técnicos de todas as áreas atendidas pelas Unidades Assistenciais, o manual de normas, os protocolos, os procedimentos e as rotinas de funcionamento das Unidades, com base nas diretrizes definidas pelo gestor público;
5. Assegurar e propor condições necessárias à absorção de novos recursos tecnológicos e científicos pela equipe de saúde;
6. Participar do planejamento da infraestrutura física e operacional das unidades assistenciais;
7. Realizar o gerenciamento das atividades de manutenção predial, manutenção de equipamentos assistenciais e manutenção de equipamentos administrativos;
8. Realizar estudos de projetos para obras de reformas e adequações físicas para melhoria da funcionalidade e acessibilidade das unidades assistenciais quando solicitado;
9. Realizar visita técnica periódica nas unidades de saúde;
10. Participar dos processos seletivos referentes aos cargos técnicos;
11. Desenvolver trabalhos científicos pertinentes à área de atuação das equipes;
12. Zelar pelo cumprimento dos princípios éticos do exercício profissional

- **Diretoria de Sustentabilidade e Educação**

A Educação Permanente em Saúde como estratégia de “investir em quem faz”, deve realizar um planejamento das ações educativas desenvolvendo a reflexão sobre as práticas de saúde, adequando esse planejamento às características locais.

Esse projeto político pedagógico é realizado através de Preceptorias e Capacitações em serviço, de forma supervisionada e contínua, propiciando uma melhor qualificação da equipe.

A Diretoria de Sustentabilidade e Educação tem a responsabilidade de apoiar as ações estratégicas de educação ambiental e permanente e assessorar as unidades assistenciais no planejamento das ações de educação e de responsabilidade social e nas atividades e práticas ambientais, sociais e de governança.

- **Diretoria de Unidades Hospitalares**

A Diretoria de Unidades Hospitalares foi implantada em março de 2022 e tem como objetivo precípuo o acompanhamento dos fluxos técnicos das unidades hospitalares de forma a priorizar dentre os processos: a segurança do paciente, qualidade da assistência ofertada aos usuários, equilíbrio financeiro, desempenho dos indicadores e atingimento das metas contratuais.

A Diretoria é composta por duas Supervisões: Supervisão Médica e Supervisão Administrativa.

Com o aumento exponencial da equipe essa Diretoria realiza o acompanhamento da efetividade e qualidade da execução dos Contratos de Gestão

e Termos de Colaboração das Unidades Hospitalares seguindo as premissas dispostas no Plano Operativo.

- **Diretoria Financeira**

A Diretoria Financeira é responsável por estabelecer, aplicar as diretrizes e mecanismos para acompanhamento e execução orçamentária financeira dos Instrumentos Jurídicos, de modo a zelar pela correta aplicação, movimentação e gerenciamento dos recursos financeiros, de acordo com as orientações dos Órgãos de Controle, Fiscalizadores, além das Normativas, Legislações Contábeis e Fiscais vigentes, sendo responsável pelos seguintes processos:

- ✓ I Financeiro;
- ✓ II Tesouraria.

A organização e estrutura da Diretoria Financeira é composta pelas seguintes áreas de atuação:

- Orçamento;
- Contas a Receber;
- Gestão de Custos;
- Contas a Pagar;
- Fiscal;
- Tesouraria;
- Controladoria;
- Prestação de Contas;
- Contabilidade;

- Patrimônio;

As áreas de atuação da Diretoria Financeira respeitam fundamentalmente a segregação de funções e atividades e níveis de responsabilidades.

1. Atividades Orçamento

A área de Gestão de Orçamento é responsável pela Elaboração e Apuração do Orçamento dos instrumentos celebrados, no que tange Contratação, Renovação e Simulação de cenários orçamentários, baseados nas atividades relacionadas abaixo:

- Elaboração de Proposta Orçamentária conforme critérios Institucionais e diretrizes das áreas técnicas e do Gestor Público;
- Atualização do Orçamento para Termos Aditivos e Cenários Orçamentários;
- Elaboração de Relatórios Auxiliares e demais subsídios para clientes internos e externos;
- Acompanhamento do Orçamento, considerando as avaliações de Comissões Técnicas, descontos previstos em Contrato, entre outros;
- Preenchimento das Informações Orçamentárias nos Sistemas Institucionais.

2. Atividades Contas a Receber

O setor Contas a Receber é responsável por acompanhar diariamente as receitas identificadas nos extratos bancários, analisando se as referidas receitas conferem com os valores previstos nos Cronogramas de Desembolso e Termos Aditivos dos instrumentos celebrados e realizando o lançamento das receitas nos Sistemas Institucionais financeiros.

Além disso, o setor é responsável por realizar as oficializações junto ao Gestor Público quando da identificação de valores a receber.

Indicador - Repasses Pendentes

É utilizado para avaliar os valores previstos no Plano de Aplicação dos Recursos Financeiros, por mês de competência, bem como, os valores repassados e saldos pendentes;

Desc. Fórmula: Repasses pendentes = Orçamento Previsto (-) Repasse Efetuado

3. Atividades Gestão de Custos

A Gestão de Custos é responsável pela apuração dos Custos dos instrumentos celebrados, conforme abaixo:

Fase 1:

- Elaboração da estrutura de centros de custos.
- Classificação dos centros de custos: Produtivos, Apoio e Administrativos.
- Suporte a Diretoria Administrativa na lotação dos funcionários nos respectivos centros de custos.

Fase 2:

- Análise dos serviços de terceiros e contas de consumo para definição dos custos fixos e variáveis, mensais e eventuais, bem como, a definição dos centros de custos a serem utilizados.

- Orientações para o Setor responsável pela emissão de Dados para Pagamento, objetivando a correta classificação dos custos de acordo com a estrutura de centros de custos.
- Definição do Plano de Contas (Itens de Custos) utilizados na Apuração do Custo.

Fase 3:

Apuração de Custos:

- Apuração do custo mensal segregado entre: Custo com Pessoal, Materiais, Serviços Gerais, Predial/Contas de Consumo.
- Apuração do custo individualizado por centro de custo.

Observações:

Para elaboração das atividades mencionadas são utilizadas como parâmetro as informações registradas nos seguintes Sistemas:

- Sistema Contábil;
- Sistema Controladoria;
- Sistema de Custos.

4. Atividades Contas a Pagar

A área de Contas a Pagar, é responsável pelo controle, acompanhamento, análise e verificação das despesas originadas da execução dos instrumentos celebrados baseado nas atividades relacionadas abaixo:

- Emissão de Dados para Pagamentos nos Sistemas Institucionais, conforme validação das áreas técnicas;
- Acompanhamento das despesas fixas e respectivos Dados para Pagamento;
- Análise dos Dados para Pagamentos, baseado nos Informativos Financeiros vigentes;
- Acompanhamento da tramitação dos pagamentos, conforme prazos estabelecidos;
- Diagnosticar as melhorias cabíveis no Processo de Pagamento.

5. Atividades Fiscais

A área Fiscal tem como objetivo as atividades abaixo inerentes aos instrumentos celebrados baseados nas Legislações vigentes:

- Análise de Notas Fiscais;
- Apuração de impostos retidos;
- Confecção de guias para pagamento de impostos;
- Atendimento a Obrigações Acessórias Municipais, Federais e Estaduais;
- Confecção de relatórios para cumprimento das Obrigações Acessórias Federais;
- Manutenção de Sistema Fiscal para geração de informações de Pessoa Jurídica e Física;
- Controle de Certidões;
- Suporte a Clientes internos e externos;
- Atualização Legislação Vigente;
- CNPJ, Inscrição Municipal e Certificados.

6. Atividades Tesouraria

A Tesouraria é responsável por administrar os recursos financeiros recebidos, efetuar os pagamentos e realizar a gestão de fundo fixo.

O processo de Tesouraria é responsável por realizar a abertura das Contas específicas para a operacionalização das despesas originadas da execução dos instrumentos jurídicos celebrados, bem como realização de aplicações financeiras.

O processo de Tesouraria também é responsável por efetuar os pagamentos conforme Dados para Pagamento emitidos pelos processos geradores conforme e encaminhamento da Movimentação Bancária para o processo de Prestação de Contas.

O Fundo Fixo é destinado à compra de produtos de necessidade imediata, indispensáveis ao bom desenvolvimento das rotinas administrativas. Uma determinada quantia fixa mensal é colocada à disposição da Unidade, para suprir essas despesas.

7. Atividades Controladoria

A Controladoria é responsável no suporte no que tange ao controle e acompanhamento financeiro, necessários para o auxílio nas tomadas de decisões gerenciais e financeiras.

Serão elaborados demonstrativos e gráficos financeiros comparando, dentre outros, o Resultado e projeções Financeiras, Orçamento Mensal X Custo Mensal, além dos Controles de Saldos de Investimento e Partes Variáveis, caso houver, objetivando o acompanhamento, transparência, controle e disponibilização de informações financeiras para a tomada de decisão gerencial.

Para a elaboração dos demonstrativos financeiros, a Controladoria utiliza os dados financeiros constantes nos sistemas financeiros integrados.

Através do Sistema de Controladoria são disponibilizados os Relatórios Gerenciais de Acompanhamento Financeiro e Econômico dos instrumentos celebrados com a SPDM, bem como, são realizadas projeções financeiras conforme necessidades apresentadas pelos clientes internos e externos.

Realização de reuniões periódicas com clientes internos e externos objetivando a apresentação dos conceitos, metodologias e resultados financeiros de cada instrumento celebrado.

- ✓ **ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES FINANCEIROS**

Indicador - Resultado Financeiro

O objetivo deste índice é apurar o Resultado Financeiro dos instrumentos celebrados.

Para alcançar esse resultado é realizado o levantamento dos recursos efetivamente recebidos e respectivos gastos por verba do orçamento e Resultado Financeiro por competência do instrumento celebrado.

Desc. Fórmula: Resultado Financeiro = Repasses Efetuados (–) Despesas Executadas (-) Despesas Compromissadas

Indicador - Execução do Orçamento

Este indicador tem como objetivo avaliar os valores previstos no Plano de Aplicação dos Recursos Financeiros e os gastos realizados por verba do orçamento (Custo por Competência), objetivando a comparação entre o previsto e o realizado.

Este acompanhamento possibilitará a verificação se os valores executados estão de acordo com os previstos no Cronograma de Desembolso do instrumento celebrado.

Desc. Fórmula: Execução Mensal do Orçamento = Orçamento Mensal (–) Custo Mensal

8. Atividades Prestação de Contas

A área de Prestação de Contas é responsável pela elaboração da Prestação de Contas e terá como base, o modelo, diretrizes e orientações definidas pelo Gestor Público, bem como a entrega da mesma no prazo estabelecido, respeitando as seguintes normas e procedimentos:

- Conciliação financeira da conta corrente específica para o instrumento celebrado, contendo data, natureza da despesa, fornecedor, data de pagamento, verba de origem e valor;
- Organização e classificação do movimento bancário;
- Disponibilização dos extratos bancários e de aplicação financeira;
- Atualização diária dos registros vinculados aos Extratos Bancários;
- Digitalização de todos os documentos comprobatórios da Prestação de Contas.
- Acompanhamento, triagem e consolidação dos questionamentos/apontamentos resultantes das Prestações de Contas financeiras;
- Manter e controlar em boa ordem e arquivo, todos os processos originados dos Órgãos Fiscalizadores no que tange aos apontamentos das Prestações de Contas Financeiras.

9. Atividades Contábeis

A área Contábil é responsável pelos registros contábeis de todas as transações financeiras ocorridas na execução dos instrumentos celebrados. Estas transações são contabilizadas em conformidade com as práticas contábeis adotadas no Brasil e requeridas para o exercício corrente, nas normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e nos pronunciamentos, nas orientações e nas interpretações emitidas pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis – CPC.

As demonstrações contábeis são elaboradas em observância às práticas contábeis adotadas no Brasil, que trata da Apresentação das Demonstrações Contábeis de acordo com as Normas emitidas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC), aplicáveis às Entidades sem Fins Lucrativos do Terceiro Setor.

As Demonstrações Contábeis (Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, Demonstração do Fluxo de Caixa) são elaboradas de acordo com o CNPJ específico de cada instrumento celebrado e são construídas, mediante ao que segue:

- Classificação Contábil;
- Apropriações e Conciliações;
- Fechamento Contábil via Sistema Contábil;
- Elaboração de Balancetes.

As Demonstrações Contábeis específicas do Contrato serão elaboradas nas formas da Legislação vigentes e encerradas até 30 de abril, prazo legal previsto no Estatuto SPDM. Após o encerramento, as Demonstrações Contábeis serão publicadas no Diário Oficial.

Para encerramento e publicação das Demonstrações Contábeis, as referidas serão submetidas a análise do Conselho Fiscal, Conselho Administrativo, Assembleia Geral e Auditores Independentes.

Serão publicadas as seguintes Demonstrações:

- Balanço Patrimonial;
- Demonstração do Resultado do Exercício;
- Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido.
- Demonstração do Fluxo de Caixa;
- Notas Explicativas;
- Parecer do Conselho Fiscal;
- Parecer Assembleia Geral;
- Parecer Conselho Administrativo;
- Parecer da Auditoria Independente.

10. Atividades Patrimônio

O Setor Patrimônio é responsável pelo levantamento institucional, para fins de controle interno, dos Bens Patrimoniais Adquiridos e Assumidos, lotados fisicamente nos instrumentos celebrados, conforme atividades abaixo:

•Inventário Patrimonial na Assunção do instrumento celebrado, mediante Termo de Permissão de Uso, emitido e disponibilizado pela Contratante, de forma física e unitária, considerando as normas no que tange o Termo de Permissão de Uso;

•Análise das notas fiscais de Bens Permanentes adquiridos pela SPDM/PAIS na execução do instrumento celebrado, através do Sistema Controladoria, integrado ao Sistema Gerencial de Patrimônio;

•Classificação numérica e layout diferenciado das chapas de Patrimônio entre os Bens Adquiridos e Assumidos, proveniente do instrumento celebrado;

•Elaboração do inventário patrimonial anual, provido de informações físicas dos Bens Permanentes (nº do patrimônio, proprietário, descrição completa, marca, modelo, nº de série, capacidade, dimensão, local), sejam eles adquiridos, assumidos, comodatos, alugados, recebidos a título de permuta patrimonial, doação, transferência e empréstimo, assim como os bens inservíveis por motivo de avaria ou obsolescência, os quais são relacionados e encaminhados à Contratante, visando providências apropriadas à baixa e remoção dos mesmos;

•Elaboração e envio periódico do Termo de Bens Permanentes adquiridos para Incorporação Patrimonial à Municipalidade, em conformidade ao prazo estabelecido no instrumento celebrado;

•Elaboração do Termo e o anexo de Transferência Patrimonial;

•Elaboração do Termo e o anexo de Permuta Patrimonial;

•Elaboração do Termo e o anexo de Empréstimo Patrimonial;

•Realização de visitas periódicas, no intuito de manter a integridade no controle dos bens arrolados nas previstas Unidades.

EXPERIÊNCIA DA SPDM EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A SPDM tem experiência na gestão de Serviços de Saúde há 90 anos, totalizando 788 unidades/ serviços gerenciados ao longo de sua história até o momento. Apresentamos a seguir relação com a totalidade de serviços gerenciados pela SPDM ao longo da sua experiência em gestão de serviços de saúde.

Linha de Serviço	Tipo de Serviço	Nº serviços gerenciados
Hospitalar	Unidades Hospitalares	29
	Pronto Socorro em Unidade Hospitalar	24
	Hospitais de Campanha COVID19	5
	Unidades hospitalares com gestão de leitos de alta complexidade UTI adulto	7
	Unidades hospitalares com gestão de leitos COVID	5
	Hospital Dia	6
Urgência/ Emergência	Pronto Socorro / Pronto Atendimento isolado	13
	Pronto Socorro em Unidade Hospitalar	24
	Unidade de Pronto Atendimento – UPA	26
	Coordenação de Emergência Regional - CER	3
	Assistência Médica Ambulatorial – AMA	61
	Assistência Médica Ambulatorial – AMA Hospitalar	7
Urgência/ Emergência Móvel	SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	7
Regulação	Complexo Regulador	1
Atenção Especializada / Redes Temáticas	Ambulatórios de Especialidade – AE/AME/AMA-E/Policlínicas	23
	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	28
	Serviço de Residência Terapêutica – SRT	20
(continua...)	Unidade de Acolhimento – UA	3
	Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica	1

Linha de Serviço	Tipo de Serviço	Nº serviços gerenciados
Atenção Especializada / Redes Temáticas (continuação)	Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO	1
	Unidade - Recomeço Helvétia (URH)	1
	Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental – CAISM	1
	Polo de Atenção Intensiva Saúde Mental – PAI	1
	Unidade de Atendimento ao Dependente	1
Atenção Especializada / Redes Temáticas	Projeto Rede*	1
	Casa de Parto	1
	Centro Estadual de Análises Clínicas	1
	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	18
	Centro de Diagnóstico por Imagem	1
	Centro de Reabilitação (CER)	6
	CSE – Centro de Saúde Escola	3
	Acompanhante da Pessoa com Deficiência	5
	Centro de Tecnologia e Inclusão (CTI)**	1
	Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	9
	Centro Oftalmológico	1
	Centro de Referência em Dor Crônica	2
	Centro Carioca do Olho	1
	Farmácias de Alto Custo	6
	Unidade de referência a Saúde do Idoso – URSI	4

Linha de Serviço	Tipo de Serviço	Nº serviços gerenciados
	CTA/IST/AIDS	2
	SP PLUS	1
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde – UBS (com e sem ESF)	385
	Programa Acompanhante do Idoso - PAI	16
	ILPI – equipes Inst. Longa Permanência Idosos	4
	Equipe de Atendimento Multidisciplinar – EMAD/EMAP	55
	Atendimento à População de Rua - POP	6
Total		**788**

*Projeto Rede: O Projeto Rede visa à inclusão social e educacional de alunos com necessidades educacionais especiais na rede de ensino regular, transformando cada vez mais as escolas em ambientes adaptados e acolhedores.

**Centro de Tecnologia e Inclusão (CTI): Programa de inovação e desenvolvimento pessoal e profissional voltado para a inclusão de pessoas com deficiência e moradores das comunidades vizinhas.

Nas áreas **de atenção hospitalar e de urgência/ emergência**, a SPDM acumulou experiência na gestão de 170 serviços de saúde, sendo 29 hospitais, 6 hospitais-dia, 24 prontos socorros em unidade hospitalar, 13 pronto socorros / pronto atendimento isolados, 26 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, 3 Coordenações de Emergência Regional – CER, 61 Assistência Médica Ambulatorial – AMA e 7 Assistência Médica Ambulatorial – AMA Hospitalar. Na área de Nefrologia, a SPDM tem experiência na gestão de 3 serviços de saúde.

Apresentamos a seguir a distribuição destes serviços por nº CNES, tipo de serviço ofertado e tempo de gestão.

- **ATENÇÃO HOSPITALAR**

UNIDADES HOSPITALARES					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Certidão de breve relato / convenção universitária / convênio	Hospital São Paulo CNES 2077485	São Paulo - SP	1935 a 2024	89 anos
2	Contrato de Gestão	Hospital Municipal Ver. José Storopolli CNES 3212130	São Paulo - SP	1994 a 2024	30 anos
3	Contrato de Gestão	Hospital Geral Pirajussara CNES 2079828	Taboão da Serra - SP	1999 a 2024	25 anos
4	Contrato de Gestão	Hospital Estadual de Diadema Hospital Serraria CNES 2084163	Diadema - SP	2001 a 2024	23 anos
5	Convênio / Contrato de Gestão	Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo CNES 2080680	Mogi das Cruzes - SP	2004 a 2024	20 anos
6	Contrato de Gestão	Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence CNES 0009628	São José dos Campos - SP	2006 a 2024	18 anos

UNIDADES HOSPITALARES					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
7	Convênio	Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran CNES 6095666	Barueri - SP	2008 - 2024	16 anos
8	Contrato de Gestão	Hospital de Transplantes do Estado de SP CNES 2088576	São Paulo - SP	2009 - 2024	15 anos
9	Contrato de Gestão	Hospital e Maternidade Odelmo Leão Carneiro CNES 6601804	Uberlândia - MG	2010 - 2024	14 anos
10	Convênio	Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso Manuel de Paiva CNES 5200105	Guarulhos - SP	2007 - 2018	11 anos
11	Contrato de Gestão	Hospital Geral de Pedreira CNES 2066092	São Paulo - SP	2015 - 2024	9 anos
12	Contrato de Gestão	Hospital Geral de Guarulhos Prof. Waldemar de Carvalho CNES 2080338	Guarulhos - SP	2015 - 2024	9 anos

UNIDADES HOSPITALARES					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
13	Contrato de Gestão	Hospital Municipal Pedro II CNES 6995462	Rio de Janeiro-RJ	2015 - 2024	9 anos
14	Convênio	Hospital Lacan CNES 2082292	São Paulo - SP	2016-2024	8 anos
15	Contrato de Gestão	Hospital Cantareira CNES 2078570	São Paulo - SP	2017-2024	7 anos
16	Convênio	Complexo Hospitalar Pref. Edivaldo Orsi – Ouro Verde CNES 6053858	Campinas - SP	2008 - 2016	8 anos
17	Contrato de Gestão	Hospital Regional de Sorocaba CNES 2078570	Sorocaba - SP	2018-2024	6 anos
18	Contrato de Gestão	Hospital Municipal Josanias Castanha Braga “Parelheiros” CNES 9465464	São Paulo – SP	2018 - 2024	6 anos
19	Contrato de Gestão	Complexo Hospitalar Irma Dulce CNES 2716097	Praia Grande – SP	2019-2024	5 anos
20	Contrato de Gestão	Hospital Municipal Universitário Taubaté	Taubaté – SP	2019-2024	5 anos

UNIDADES HOSPITALARES					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
		CNES 2749319			
21	Contrato de Gestão	Hospital Distrital Nossa Senhora Da Conceição CNES 2482339	Fortaleza - RE	2019-2024	5 anos
22	Contrato de Gestão	Hospital Infantil Dra Lúcia Ribeiro HIF CNES 2529475	Fortaleza - RE	2020-2024	4 anos
23	Contrato de Gestão	Hospital Santa Catarina CNES 2151855	Uberlândia - MG	2020-2024	4 anos
24	Contrato de Gestão	Hospital Florianópolis CNES 0019305	Florianópolis -SC	2014-2018	4 anos
25	Contrato de Gestão	Hospital Regional de Araranguá CNES 2691515	Florianópolis - SC	2013 - 2018	5 anos
26	Termo de Colaboração	Hospital Amparo Maternal CNES 2077388	São Paulo – SP	2021-2024	3 anos
27	Contrato de Gestão	Hospital e Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda CNES 7027397	Rio de Janeiro - RJ	2021-2024	3 anos

UNIDADES HOSPITALARES					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
28	Contrato de Gestão	Hospital Municipal Jd Iva Benedito Montenegro CNES 2084139	São Paulo - SP	2012 - 2015	3 anos
29	Contrato de Gestão	Hospital Municipal Brigadeiro CNES 0158100	São Paulo – SP	2021-2023	2 anos

HOSPITAL DIA					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Contrato de Gestão	Centro Oftalmológico Diadema – Quarteirão da Saúde CNES 5851084	São Paulo - SP	2011-2024	13 anos
2	Contrato de Gestão	Hospital Dia Mooca CNES 6135749	São Paulo - SP	2016-2024	8 anos
3	Contrato de Gestão	Hospital Dia Vila Prudente CNES 2751852	São Paulo - SP	2016-2024	8 anos

HOSPITAL DIA					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
4	Contrato de Gestão	Hospital Dia Vila Guilherme CNES 7979649	São Paulo - SP	2016-2024	8 anos
5	Contrato de Gestão	Hospital Dia Butantã CNES 2027240	São Paulo - SP	2016-2024	8 anos
6	Contrato de Gestão	Hospital Dia Flavio Giannotti CNES 2751860	São Paulo - SP	2020-2024	4 anos

- **URGENCIA E EMERGÊNCIA**

PRONTO SOCORRO EM UNIDADE HOSPITALAR					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Certidão de breve relato / convenção universitária / convênio	PS Hospital São Paulo CNES 2077485	São Paulo - SP	1935 a 2024	89 anos
2	Contrato de Gestão	PS Hospital Municipal Ver. José Storopolli	São Paulo - SP	1994 a 2024	30 anos

PRONTO SOCORRO EM UNIDADE HOSPITALAR					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
		CNES 3212130			
3	Contrato de Gestão	PS Hospital Geral Pirajussara CNES 2079828	Taboão da Serra - SP	1999 a 2024	25 anos
4	Contrato de Gestão	PS Hospital Estadual de Diadema Hospital Serraria CNES 2084163	Diadema - SP	2001 a 2024	23 anos
5	Convênio / Contrato de Gestão	PS Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo CNES 2080680	Mogi das Cruzes - SP	2004 a 2024	20 anos
6	Contrato de Gestão	PS Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence CNES 0009628	São José dos Campos - SP	2006 a 2024	18 anos
7	Convênio	PS Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran CNES 6095666	Barueri - SP	2008 - 2024	16 anos
8	Convênio	PS Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso Manuel de Paiva CNES 5200105	Guarulhos - SP	2007 - 2018	11 anos

PRONTO SOCORRO EM UNIDADE HOSPITALAR					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
9	Contrato de Gestão	PS Hospital Geral de Pedreira CNES 2066092	São Paulo - SP	2015 - 2024	9 anos
10	Contrato de Gestão	PS Hospital Geral de Guarulhos Prof. Waldemar de Carvalho CNES 2080338	Guarulhos - SP	2015 - 2024	9 anos
11	Convênio	PS Complexo Hospitalar Pref. Edivaldo Orsi – Ouro Verde CNES 6053858	Campinas - SP	2008 - 2016	8 anos
12	Contrato de Gestão	PS Hospital Regional de Sorocaba CNES 2078570	Sorocaba - SP	2018-2024	6 anos
13	Contrato de Gestão	PS Hospital Municipal Josanias Castanha Braga “Parelheiros” CNES 9465464	São Paulo – SP	2018 - 2024	6 anos
14	Contrato de Gestão	PS Complexo Hospitalar Irma Dulce CNES 2716097	Praia Grande – SP	2019-2024	5 anos

PRONTO SOCORRO EM UNIDADE HOSPITALAR					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
15	Contrato de Gestão	PS Hospital Municipal Universitário Taubaté CNES 2749319	Taubaté – SP	2019-2024	5 anos
16	Contrato de Gestão	PS Hospital Distrital Nossa Senhora Da Conceição CNES 2482339	Fortaleza - RE	2019-2024	5 anos
17	Contrato de Gestão	PS Hospital Infantil Dra Lúcia Ribeiro HIF CNES 2529475	Fortaleza - RE	2020-2024	4 anos
18	Contrato de Gestão	PS Hospital Florianópolis CNES 0019305	Florianópolis -SC	2014-2018	4 anos
19	Contrato de Gestão	PS Hospital Regional de Araranguá CNES 2691515	Florianópolis - SC	2013 - 2018	5 anos
20	Termo de Colaboração	PS Hospital Amparo Maternal CNES 2077388	São Paulo – SP	2021-2024	3 anos
21	Contrato de Gestão	PS Hospital e Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda CNES 7027397	Rio de Janeiro - RJ	2021-2024	3 anos

PRONTO SOCORRO EM UNIDADE HOSPITALAR					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
22	Contrato de Gestão	PS Hospital Municipal Jd Iva Benedito Montenegro CNES 2084139	São Paulo - SP	2012 - 2015	3 anos
23	Contrato de Gestão	PS Hospital municipal Brigadeiro CNES 0158100	São Paulo – SP	2021-2023	2 anos
24	Contrato de Gestão	PS Hospital Municipal de Diadema CNES 2080028	Diadema - SP	2022 a 2024	2 anos

PRONTO SOCORRO / PRONTO ATENDIMENTO ISOLADO					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Contrato de Gestão	PSM Dr Augusto Gomes de Mattos CNES: 2037971	São Paulo - SP	2009-2024	15 anos
2	Contrato de Gestão	Pronto Socorro Municipal Vila Maria Baixa CNES: 2075407	São Paulo - SP	2010-2024	15 anos

PRONTO SOCORRO / PRONTO ATENDIMENTO ISOLADO					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
3	Contrato de Gestão	P.A São Mateus CNES: 2075423	São Paulo - SP	2009-2015	6 anos
4	Contrato de Gestão	Pronto Socorro Infantil de Taboão da Serra CNES: 6024688	Taboão da Serra – SP	2013-2022	9 anos
5	Contrato de Gestão	Pronto Socorro Unidade Mista de Taboão da Serra CNES: 2785188	Taboão da Serra – SP	2013-2022	9 anos
6	Contrato de Gestão	PS. Mun. Dr. Caetano Virgílio Netto - Butantã CNES: 2027100	São Paulo - SP	2016-2024	8 anos
7	Contrato de Gestão	PSM de Perus - Dr. Luiz Antonio de Abreu Sampaio Dória CNES: 4050169	São Paulo - SP	2016-2019	3 anos
8	Contrato de Gestão	PA Jardim Paineiras CNES: 6976794	Diadema - SP	2021-2024	3 anos
9	Contrato de Gestão	PA Eldorado CNES: 9367128	Diadema – SP	2021-2024	3 anos
10	Contrato de Gestão	PS Central de Diadema	Diadema – SP	2021-2024	3 anos

PRONTO SOCORRO / PRONTO ATENDIMENTO ISOLADO					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
		CNES: 2801051			
11	Contrato de Gestão	PA Paranapiacaba CNES: 7060416	Santo André - SP	2022-2024	2 anos
12	Contrato de Gestão	PS Central de Praia Grande CNES: 2716097	Praia Grande - SP	2023-2024	1 ano
13	Contrato de Gestão	Pronto Socorro de Americana – Zanaga CNES: 2028050	Americana – SP	2011-2012	9 meses

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Contrato de Gestão	UPA 5.3 João XXIII CNES: 6598544	Rio de Janeiro – RJ	2010 - 2020	10 anos
2	Contrato de Gestão	UPA 5.3 Sepetiba CNES: 6926177	Rio de Janeiro – RJ	2012 - 2020	8 anos
3	Contrato de Gestão	UPA 5.3 Paciência CNES: 6938124	Rio de Janeiro – RJ	2012 - 2020	8 anos

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
4	Contrato de Gestão	UPA Vila Mariana CNES: 9349898	São Paulo – SP	2017 - 2024	7 anos
5	Contrato de Gestão	UPA Zona Noroeste CNES: 9714138	Santos - SP	2019-2024	5 anos
6	Contrato de Gestão	UPA Mooca I CNES: 0466611	São Paulo – SP	2019-2024	5 anos
7	Contrato de Gestão	UPA Dr Charles Antunes Bechara "Samambaia" CNES: 7070713	Praia Grande - SP	2019-2024	5 anos
8	Contrato de Gestão	UPA 3.2 Engenho de Dentro CNES: 6631169	Rio de Janeiro – RJ	2010 - 2015	4 anos
9	Convênio	UPA Vila Santa Catarina CNES: 7638698	São Paulo – SP	2015 - 2019	4 anos
10	Contrato de Gestão	UPA Taboão da Serra “Dr. Akira Tada” CNES: 7429991	Taboão da Serra - SP	2014 - 2018	4 anos
11	Contrato de Gestão	UPA Perus Dr Luiz Antonio De Abreu Sampaio Doria CNES: 4050169	São Paulo – SP	2019-2024	5 anos

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
12	Contrato de Gestão	UPA Pirituba CNES: 6146341	São Paulo – SP	2019-2024	5 anos
13	Contrato de Gestão	UPA Jabaquara CNES: 0873268	São Paulo – SP	2021-2024	3 anos
14	Termo de Colaboração	UPA Bom Jesus CNES: 6537650	Porto Alegre - RS	2019-2024	5 anos
15	Termo de Colaboração	UPA Lomba do Pinheiro CNES: 2693402	Porto Alegre - RS	2019-2024	5 anos
16	Contrato de Gestão	UPA Tatuapé CNES: 0873241	São Paulo – SP	2020-2024	4 anos
17	Contrato de Gestão	UPA City Jaraguá CNES: 0852074	São Paulo – SP	2021-2024	3 anos
18	Contrato de Gestão	UPA Bangu CNES: 0008494	Santo André- SP	2022-2024	2 anos
19	Contrato de Gestão	UPA Central Emilio Pires Magalhaes CNES: 0024228	Santo André- SP	2022-2024	2 anos
20	Contrato de Gestão	UPA Jardim Santo André CNES: 7047517	Santo André- SP	2022-2024	2 anos

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
21	Contrato de Gestão	UPA Perimetral CNES: 7113218	Santo André- SP	2022-2024	2 anos
22	Contrato de Gestão	UPA Sacadura Cabral CNES: 7021461	Santo André- SP	2022-2024	2 anos
23	Contrato de Gestão	UPA Vila Luzita CNES: 0021520	Santo André- SP	2022-2024	2 anos
24	Contrato de Gestão	UPA Carrão Masataka Ota CNES: 4091248	São Paulo – SP	2023-2024	1 ano
25	Contrato de Gestão	UPA III Rio Pequeno CNES: 4434722	São Paulo – SP	2024	10 meses
26	Contrato de Gestão	UPA Vila Maria III CNES: 2075407	São Paulo – SP	2024	7 meses

CER – COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Contrato de Gestão	Coordenação de Emergência Regional CER Santa Cruz	Rio de Janeiro – RJ	2016 - 2024	8 anos

CER – COORDENAÇÃO DE EMERGÊNCIA REGIONAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
		CNES: 6995446			
2	Contrato de Gestão	Coordenação de Emergência Regional CER Leblon AP 2.1 CNES: 6716849	Rio de Janeiro – RJ	2015 - 2020	4 anos
3	Contrato de Gestão	Coordenação de Emergência Regional CER Centro – AP 1.0 CNES 6716911	Rio de Janeiro – RJ	2021-2024	3 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Convênio/ Contrato de Gestão	AMA Sacomã CNES: 6133622	São Paulo – SP	2005 - 2024	19 anos
2	Convênio/ Contrato de Gestão	AMA Parque Anhanguera CNES: 6146317	São Paulo – SP	2006 - 2024	18 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
3	Convênio/ Contrato de Gestão	AMA Parque Maria Domitila CNES: 6146325	São Paulo – SP	2006 - 2024	18 anos
4	Contrato de Gestão	AMA Vila Pereira Barreto CNES: 6146368	São Paulo - SP	2006 - 2024	18 anos
5	Contrato de Gestão	AMA Perus CNES: 6146333	São Paulo - SP	2006 - 2024	18 anos
6	Contrato de Gestão	AMA Anhanguera CNES: 6146260	São Paulo - SP	2006 - 2024	18 anos
7	Contrato de Gestão	AMA Dr. Geraldo da Silva Ferreira CNES: 6143261	São Paulo - SP	2007 - 2024	17 anos
8	Contrato de Gestão	AMA Água Rasa CNES: 6135714	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
9	Contrato de Gestão	AMA Pari CNES: 6135935	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
10	Contrato de Gestão	AMA V Moraes CNES: 6133649	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
11	Contrato de Gestão	AMA Americanópolis CNES: 6143237	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
12	Contrato de Gestão	AMA Pq. Bristol CNES: 6133584	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
13	Contrato de Gestão	AMA Vila Clara CNES: 6143288	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
14	Contrato de Gestão	AMA/UBS Integrada Vila Medeiros CNES: 2789051	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
15	Contrato de Gestão	AMA/UBS Integrada V. Antonieta CNES: 2788691	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
16	Contrato de Gestão	AMA São Vicente de Paula CNES: 6133533	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
17	Contrato de Gestão	AMA Jd. Brasil CNES: 6160824	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
18	Contrato de Gestão	AMA/UBS Integrada Jardim Grimaldi CNES: 2042932	São Paulo - SP	2009 - 2024	15 anos
19	Contrato de Gestão	AMA/UBS Integrada Jardim Elba Humberto Gastão Bodra CNES: 2043009	São Paulo - SP	2009 - 2024	15 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
20	Contrato de Gestão	AMA Santa Cruz CNES: 5662699	São Paulo - SP	2008 - 2021	13 anos
21	Contrato de Gestão	AMA/UBS Integrada V. Carrão CNES: 2752352	São Paulo - SP	2008 - 2024	16 anos
22	Contrato de Gestão	AMA Vila Guarani CNES: 6136079	São Paulo - SP	2008 - 2018	10 anos
23	Contrato de Gestão	AMA Cupecê Dr. Waldomiro Pregnolato CNES: 6143245	São Paulo - SP	2008 - 2018	10 anos
24	Contrato de Gestão	AMA Vila Guilherme CNES: 6160794	São Paulo - SP	2008 - 2018	10 anos
25	Convênio/ Contrato de Gestão	AMA City Jaraguá CNES: 6146279	São Paulo – SP	2015 - 2024	9 anos
26	Contrato de Gestão	AMA Sapopemba CNES: 6144055	São Paulo - SP	2015- 2024	9 anos
27	Contrato de Gestão	AMA Vila Oratório CNES: 2752379	São Paulo - SP	2015- 2024	9 anos
28	Contrato de Gestão	AMA Chácara Cruzeiro do Sul	São Paulo - SP	2007 - 2016	9 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
		CNES: 3738736			
29	Contrato de Gestão	AMA Jardim Ipanema CNES: 6160832	São Paulo - SP	2015 - 2024	9 anos
30	Convênio/ Contrato de Gestão	AMA Jardim Peri CNES: 6148344	São Paulo - SP	2007 – 2015	8 anos
31	Convênio/ Contrato de Gestão	AMA Sé CNES: 5636469	São Paulo – SP	2007 - 2016	8 anos
32	Convênio/ Contrato de Gestão	AMA Engenheiro Goulart CNES: 6143180	São Paulo – SP	2007 - 2016	8 anos
33	Contrato de Gestão	AMA/UBS Integrada Padre Manoel da Nóbrega CNES: 2027070	São Paulo - SP	2007 - 2016	8 anos
34	Contrato de Gestão	AMA Cangaíba Carlos Gentile de Melo CNES: 6143156	São Paulo - SP	2007 - 2016	8 anos
35	Contrato de Gestão	AMA Cidade Líder CNES: 6135404	São Paulo - SP	2007 - 2015	8 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
36	Contrato de Gestão	AMA Vila Itapema CNES: 6136087	São Paulo - SP	2007 - 2015	8 anos
37	Contrato de Gestão	AMA Lauzane Paulista CNES: 6148352	São Paulo - SP	2007 - 2016	8 anos
38	Contrato de Gestão	AMA J. Nordeste CNES: 6143164	São Paulo - SP	2007 - 2016	8 anos
39	Contrato de Gestão	AMA Vila Califórnia CNES: 6144098	São Paulo - SP	2016 - 2024	8 anos
40	Contrato de Gestão	AMA Jd. Peri Peri CNES: 6156959	São Paulo - SP	2016 - 2024	8 anos
41	Contrato de Gestão	AMA Jd. São Jorge Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias CNES: 6156967	São Paulo - SP	2016 - 2024	8 anos
42	Contrato de Gestão	AMA Paulo VI CNES: 6157025	São Paulo - SP	2016 - 2024	8 anos
43	Contrato de Gestão	AMA Vila Sonia CNES: 6157114	São Paulo - SP	2016 - 2024	8 anos
44	Convênio	AMA J. Joamar CNES: 6148395	São Paulo – SP	2007 - 2016	8 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
45	Contrato de Gestão	AMA Maurice Patê CNES: 5268125	São Paulo - SP	2007 - 2016	8 anos
46	Convênio	AMA Jardim Ladeira Rosa CNES: 6141706	São Paulo – SP	2007 -2015	7 anos
47	Contrato de Gestão	AMA Massagista Mario Américo CNES: 6148360	São Paulo – SP	2007 – 2015	7 anos
48	Contrato de Gestão	AMA Águia de Haia CNES: 5883202	São Paulo - SP	2008 - 2015	7 anos
49	Contrato de Gestão	AMA José Bonifácio III Dra. Lucy Mayumi Udakiri CNES: 4050142	São Paulo - SP	2008 - 2015	7 anos
50	Contrato de Gestão	AMA J. Três Marias Mauricio Zamijovsky CNES: 6135471	São Paulo - SP	2008 – 2016	7 anos
51	Contrato de Gestão	AMA Jd. Brasília CNES: 6136117	São Paulo - SP	2008 - 2015	7 anos
52	Contrato de Gestão	AMA Parada XV de Novembro CNES: 6135919	São Paulo - SP	2008 - 2015	7 anos

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
53	Contrato de Gestão	AMA Humberto Cerruti CNES: 6135439	São Paulo - SP	2008 - 2016	7 anos
54	Contrato de Gestão	AMA Wamberto Dias da Costa CNES: 6148891	São Paulo - SP	2008 - 2016	7 anos
55	Contrato de Gestão	AMA Conquista III CNES: 6135412	São Paulo - SP	2008 - 2015	7 anos
56	Contrato de Gestão	AMA Jardim das Laranjeiras CNES: 6135889	São Paulo - SP	2008 - 2015	7 anos
57	Contrato de Gestão	AMA Jardim Santo André CNES: 6135862	São Paulo - SP	2008 - 2015	7 anos
58	Contrato de Gestão	AMA São Francisco II CNES: 6143202	São Paulo - SP	2001 - 2016	6 anos
59	Contrato de Gestão	AMA Jardim Tietê I CNES: 6136109	São Paulo - SP	2009 - 2015	6 anos
60	Contrato de Gestão	AMA Hermenegildo Morbim Junior CNES: 6158471	São Paulo - SP	2016 - 2018	2 anos
61	Contrato de Gestão	AMA Jardim Paulistano CNES: 6141714	São Paulo - SP	2007 - 2009	1 ano

AMA – ASSISTENCIA MÉDICA AMBULATORIAL HOSPITALAR					
N.	**Instrumento Jurídico**	**Nome do Estabelecimento / Nº CNES**	**Município/ Estado**	**Período de gestão SPDM**	**Tempo de gestão SPDM**
1	Convênio	AMA Hospitalar Cármino Caricchio CNES: 6146309	São Paulo - SP	2006 - 2020	14 anos
2	Convênio	AMA Hospitalar Arthur Ribeiro Saboya CNES: 6165478	São Paulo - SP	2007 - 2024	17 anos
3	Convênio	AMA Hospitalar Waldomiro de Paula CNES: 6135951	São Paulo - SP	2008 - 2021	13 anos
4	Convênio	AMA Hospitalar Alexandre Zaio CNES: 6143121	São Paulo - SP	2007 - 2019	12 anos
5	Convênio	AMA Hospitalar Ermelino Matarazzo CNES: 6135730	São Paulo - SP	2008 - 2020	12 anos
6	Convênio	AMA Hospitalar José Soares Hungria CNES: 6146341	São Paulo - SP	2008 - 2019	11 anos
7	Convênio	AMA Hospitalar Tide Setúbal CNES: 6135722	São Paulo - SP	2008 - 2019	11 anos

- **AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO EM NEFROLOGIA**

N.	Instrumento Jurídico	Nome do Estabelecimento / Nº CNES	Município/ Estado	Período de gestão SPDM	Tempo de gestão SPDM
1	Certidão de breve relato / Convênio	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia do Hospital São Paulo CNES 2077485	São Paulo - SP	2005-2024	19 anos
2	Contrato de Gestão	Hospital de Transplantes do Estado de SP CNES 2088576	São Paulo - SP	2009-2024	15 anos
3	Contrato de Gestão	NEFRO PG CNES 7919697	Praia Grande - SP	2019-2024	5 anos

1. OBJETO DA CONTRATAÇÃO DIRETA

CONTRATAÇÃO DIRETA, POR DISPENSA DE LICITAÇÃO, COM A FINALIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS JUNTO AO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (CHID), MEDIANTE O GERENCIAMENTO, A OPERACIONALIZAÇÃO E A EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE DEVIDAMENTE QUALIFICADA PELA PREFEITURA DA ESTANCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE

2. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

2.1. ESPECIFICAÇÕES GERAIS

- ✓ **HOSPITAL IRMÃ DULCE**

O município de Praia Grande localiza-se no litoral sul do estado de São Paulo e compõem a Região Metropolitana da Baixada Santista, de acordo com o censo de 2022 a população do município passou de 262.051 habitantes em 2010 para 349.935 em 2022, apresentando um crescimento populacional significativo de 33,54% entre 2010 e 2022, percentual superior ao estadual e nacional que foi de 7,65% e 6,45% respectivamente. Essa dinâmica populacional atrelada ao fato do contingente

populacional de temporada, representa um grande desafio para a estrutura assistencial da cidade. De acordo com o CNES em abril de 2024 Praia grande contava com 268 leitos de atendimentos SUS, destes 243, estão concentrados no Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Único hospital público na cidade, atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde. Seu perfil de atendimento é Urgência e Emergência em Clínica Médica, Cirúrgica, Psiquiatria, Pediatria e Maternidade.

O Hospital possui para atendimento exclusivo as demandas municipais 125 leitos e 43 complementares – UTI e UcinCa, perfazendo o total de 168 leitos. Conta ainda em sua estrutura com leitos de caráter Regional no total de 66, sendo 38 cirúrgicos, 08 Clínicos e 20 complementares.

Além da Unidade de Internação, possuí Porta de Entrada Referenciada (24h) e demandas SAMU casos de maior complexidade e atende em regime de demanda espontânea Obstetrícia de Risco Habitual e Alto Risco.

O Ambulatório realiza atendimentos exclusivos Pré-cirúrgico eletivo e pós cirúrgicos das urgências e eletivos, contra referenciando para rede após a alta do pós-operatório imediato para seguimento na Rede.

A forma de acesso a Unidade Hospitalar obedece a Legislação Vigente no tocante a Regulação do Acesso, onde possuímos a Central de Regulação de Urgência e Emergência – CRUE, a Regulação Estadual – Regional e São Paulo, além de possuir em sua estrutura o Núcleo Interno de Regulação e Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar que faz interface com as Centrais de Regulação, otimizando os atendimentos e os fluxos de referência e contrarreferência.

Os leitos sob Gestão exclusiva municipal são destinados as especialidades cirúrgicas e Clínica Médica, com atendimentos a média complexidade:

Cirúrgicos – Atendimento 24h – Cirurgia Geral, Bucomaxilo, Ginecologia e Obstetrícia, Trauma ortopedia, Neurocirurgia.

Cirúrgicos – Atendimento Eletivo e acionamento a distância – além dos atendimentos em plantão presencial 24h listados acima, as especialidades a seguir atuam em regime de acionamento a distância: Urologia, Vascular, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica,

Cirúrgicos – Atendimento Eletivo: Cirurgia Geral, Ginecologia, Urologia, Cabeça e Pescoço, Vascular, Cirurgia Pediátrica, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia.

Clínico – Clínica Médica 24h – Urgência e emergência, e internista), diaristas clínicos e especialidades de apoio: Cardiologia, Nefrologia, Psiquiatria e Neurologia Pediátrica.

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce contempla, Unidade Hospitalar já descrita acima, contando ainda com 25 vinte e cinco leitos em sua Porta de Entrada, sendo 07 Estabilização adulto, 4 Estabilização Pediátrica, 11 Repouso/Observação adulto, sendo 1 Isolamento, 3 Repouso/Observação infantil, sendo 1 isolamento pediátrico.

Os atendimentos são de forma a contemplar a diagnose e terapia, contando ainda com Laboratório, Radiodiagnose, Tomografia, Escopias, Ecocardiografia, Ultrassonografia e Doppler entre outros procedimentos externos via regulação, inclusive acesso a diagnose de alta densidade em serviço de Ressonância Magnética, Câmara Hiperbárica e Hemodinâmica.

Número de AIHs Aprovadas na Unidade Hospitalar do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, por Capítulo da CID-10, Praia Grande, 2019 a 2023.

CID10 Capítulos	2019		2020		2021		2022		2023		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitarias	236	3,01%	699	9,74%	1172	17,02%	448	6,02%	426	4,42%	2981	7,65%
II. Neoplasias (tumores)	222	2,83%	157	2,19%	101	1,47%	176	2,37%	180	1,87%	836	2,15%
III. Doenças sangue Órgãos hemat e transt imunitar	66	0,84%	35	0,49%	46	0,67%	39	0,52%	96	1,00%	282	0,72%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	170	2,17%	129	1,80%	80	1,16%	86	1,16%	100	1,04%	565	1,45%
V. Transtornos mentais e comportamentais	410	5,23%	397	5,53%	475	6,90%	545	7,33%	554	5,75%	2381	6,11%
VI. Doenças do sistema nervoso	102	1,30%	39	0,54%	23	0,33%	26	0,35%	48	0,50%	238	0,61%
VII. Doenças do olho e anexos	3	0,04%	4	0,06%	0	0,00%	1	0,01%	6	0,06%	14	0,04%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	5	0,06%	3	0,04%	6	0,09%	2	0,03%	9	0,09%	25	0,06%
IX. Doenças do aparelho circulatório	801	10,22%	561	7,82%	503	7,31%	497	6,68%	614	6,38%	2976	7,64%

CID10 Capítulos	2019		2020		2021		2022		2023		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
X. Doenças do aparelho respiratório	632	8,07%	471	6,56%	276	4,01%	703	9,45%	906	9,41%	2988	7,67%
XI. Doenças do aparelho digestivo	886	11,31%	585	8,15%	572	8,31%	783	10,53%	1034	10,74%	3860	9,91%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	267	3,41%	219	3,05%	197	2,86%	223	3,00%	241	2,50%	1147	2,94%
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	22	0,28%	23	0,32%	19	0,28%	60	0,81%	88	0,91%	212	0,54%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	473	6,04%	342	4,77%	383	5,56%	466	6,27%	698	7,25%	2362	6,06%
XV. Gravidez parto e puerpério	2436	31,10%	2425	33,80%	2121	30,81%	1978	26,60%	2278	23,66%	11238	28,85%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	549	7,01%	608	8,47%	469	6,81%	666	8,96%	1083	11,25%	3375	8,66%
XVII. Mal f. cong deformid e anomalias cromossômicas	18	0,23%	9	0,13%	13	0,19%	43	0,58%	51	0,53%	134	0,34%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	97	1,24%	83	1,16%	49	0,71%	96	1,29%	192	1,99%	517	1,33%

CID10 Capítulos	2019		2020		2021		2022		2023		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
XIX. Lesões enven e alg out conseq. causas externas	228	2,91%	191	2,66%	201	2,92%	374	5,03%	777	8,07%	1771	4,55%
XXI. Contatos com serviços de saúde	211	2,69%	195	2,72%	179	2,60%	225	3,03%	247	2,57%	1057	2,71%
Total	**7834**	**100,00%**	**7175**	**100,00%**	**6885**	**100,00%**	**7437**	**100,00%**	**9628**	**100,00%**	**38959**	**100,00%**

Fonte: SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Destaca-se que entre 2019 a 2023, o número de AIHs aprovadas no CHID, passa de 7.834 para 9.628, houve um aumento significativo de 22,90%. Esse crescimento pode ser decorrente da ampliação do número de atendimentos, bem como pela melhora do processo de faturamento e da produção do dado assistencial, apresentado uma quantidade menor de AIHs rejeitadas.

Apesar das características de média e alta complexidade hospitalar em especialidades clínico-cirúrgicas do Hospital Municipal Irmã Dulce, que corresponde a principal Porta de Entrada aberta da Rede Urgência e Emergência Redes Regionais de Atenção à Saúde 07 (RRAS07), a tabela acima aponta que os atendimentos obstétricos correspondem pelo maior percentual de AIH' aprovadas por capítulo do CID 10.

Cabe destacar que houve redução de AIHs por motivos de internação associada a Gravidez parto e puerpério, esse fato pode estar relacionado conjuntura demográfica e epidemiológica do município. Como visto no Item 01A 6, desta proposta a taxa de natalidade no município e na região da baixa Santista caiu significativamente. A quantidade de AIHs por causa relacionada ao Capítulo XVI

Algumas afecções originadas no período perinatal ampliaram entre 2019 a 2023, saltando de 549 AIHs em 2019 para 1083 em 2023.

Analisando o percentual de AIHs aprovadas por capitulo do CID10, nota-se que o XV capitulo XV Gravidez parto e puerpério, concentrou 28,85% das AIHs aprovadas entre o ano 2019 a 2023.

Durante o ano 2021, período crítico da Pandemia por COVID19, as doenças do Capitulo I do CID10- Algumas doenças infecciosas e parasitarias, responderam por 17,02% das causas de internações no CHID, resultando em um aumento superior a 400% se comparado ao ano 2019, em 2023 esse percentual passa para 4,42% do total de AIHs aprovadas em 2023.

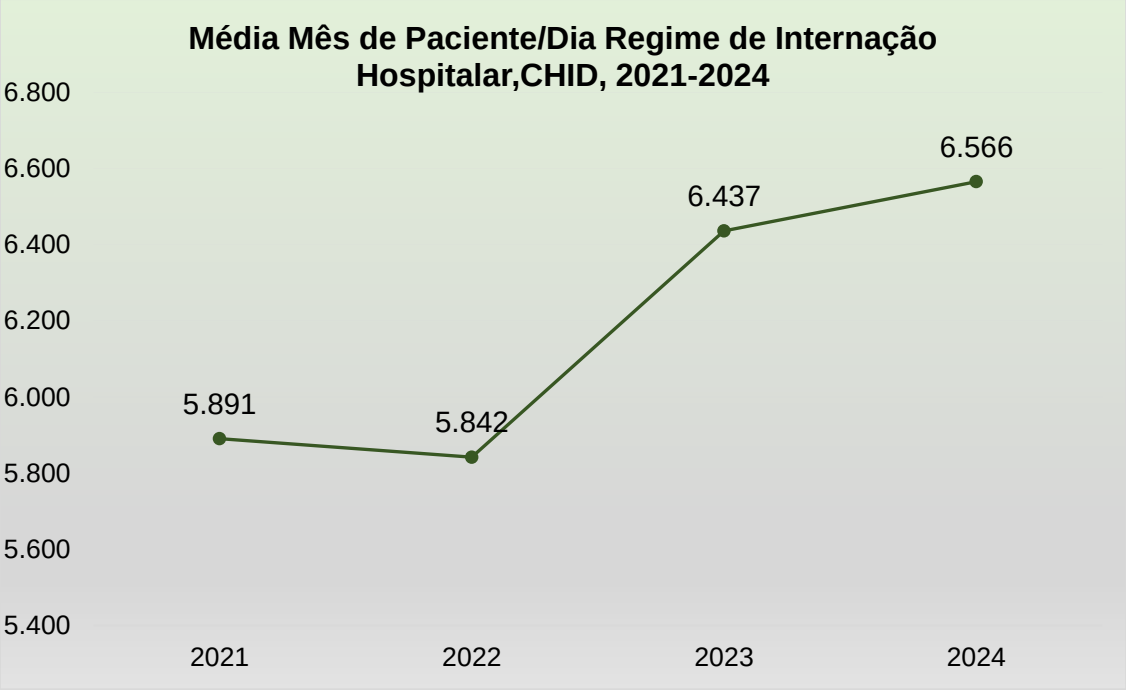
Número de AIHs Aprovadas na Unidade Hospitalar do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, por Caráter de Internação, Praia Grande, 2019 a 2023.

Caráter Internação	2019		2020		2021		2022		2023		Total	
Eletivo	1024	13,1%	338	4,7%	142	2,1%	469	6,3%	612	6,4%	2585	**6,6%**
Urgência	6810	86,9%	6837	95,3%	6742	97,9%	6968	93,7%	9016	93,6%	36373	**93,4%**
Outros tipos de acidente de trânsito	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	**0,0%**
Total	**7834**	**100,0%**	**7175**	**100,0%**	**6885**	**100,0%**	**7437**	**100,0%**	**9628**	**100,0%**	**38959**	**100,0%**

Fonte: SESSP/SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

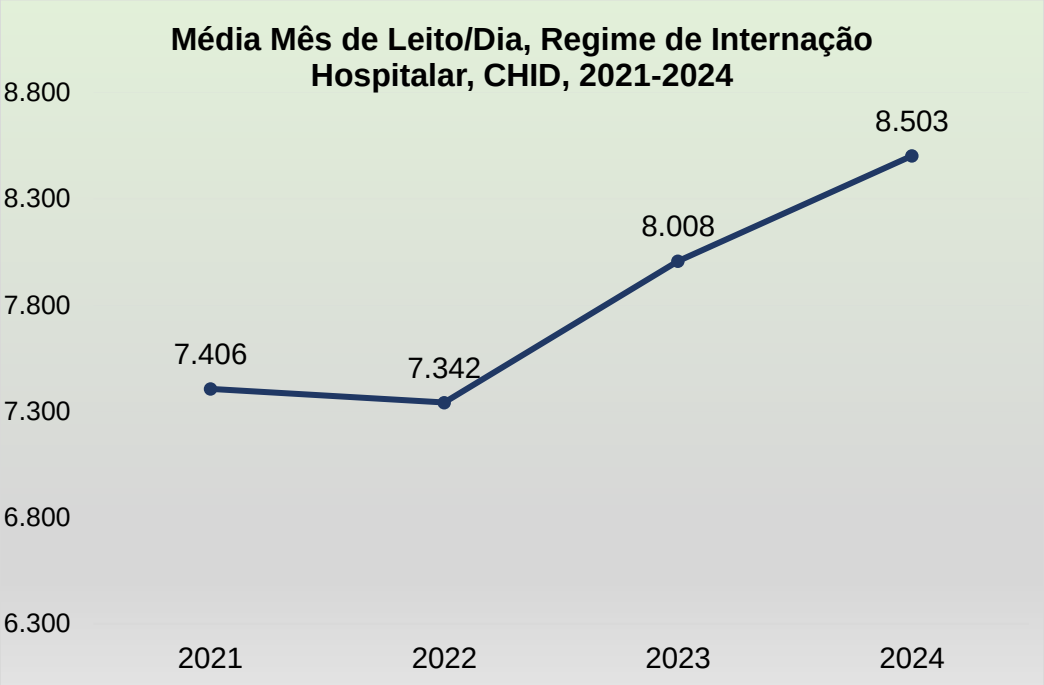
Entre 2019 a 2023, foram aprovadas 38.959 AIHs na Unidade Hospitalar do Complexo Hospitalar Irmão Dulce, destas 36.373 AIHs (93,4%), são de Caráter de Internação de urgência, esse tipo de internação corresponde ao perfil assistencial característico das Unidades que compõem o complexo.

O ano de 2021 apresentou o menor percentual de AIHs eletivas com 2,1%, em 2019 esse percentual foi de 13,1%.



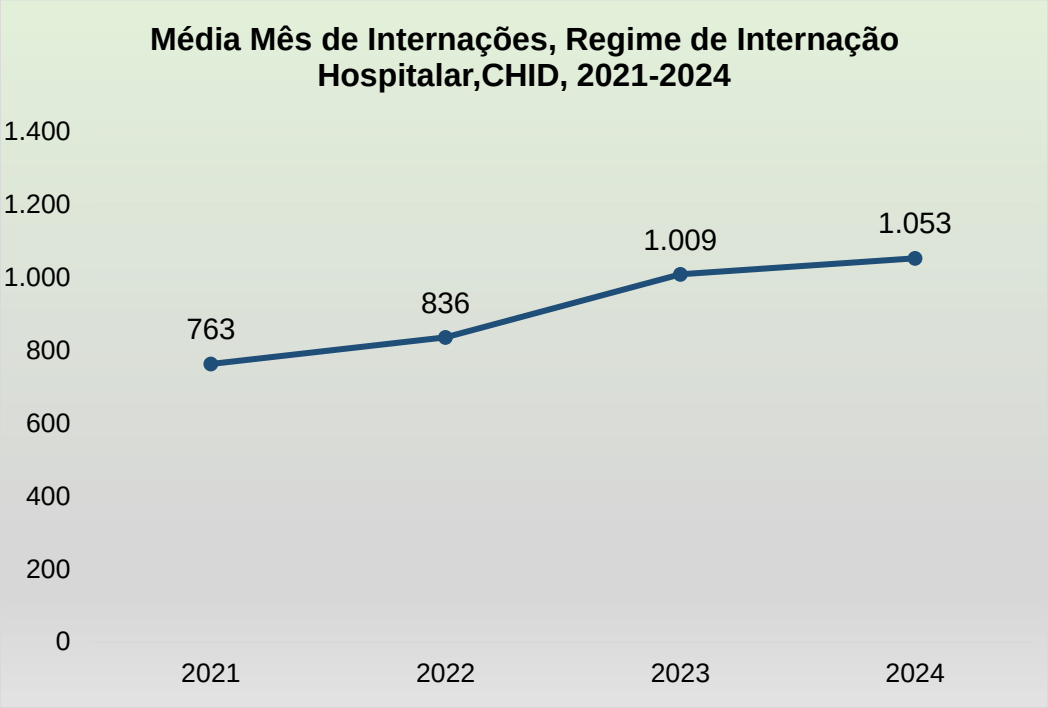
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

De acordo com o gráfico acima, a média mês de paciente/dia no CHID cresceu se comparando o ano de 2021 a 2024.



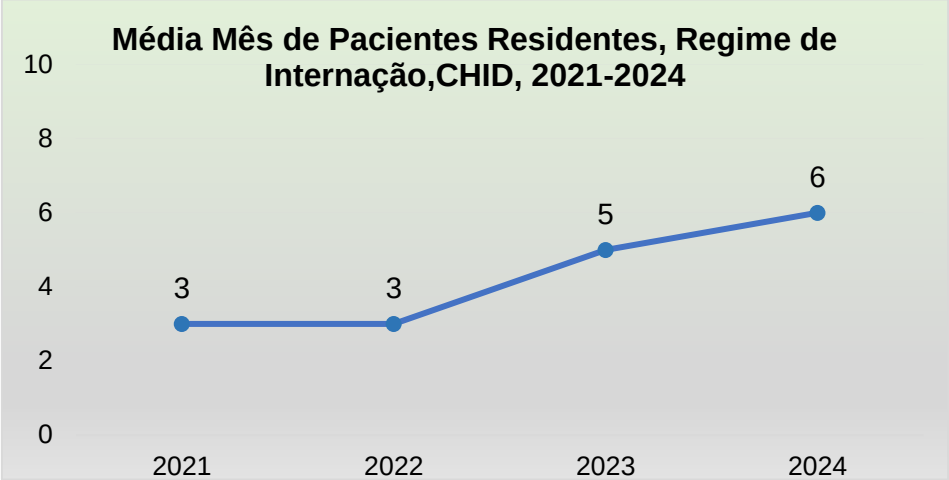
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

Segundo o gráfico acima, a média mês de leito/dia no CHID cresceu se comparando o ano de 2021 a 2024, o ano de 2024 até o momento apresenta a maior média.



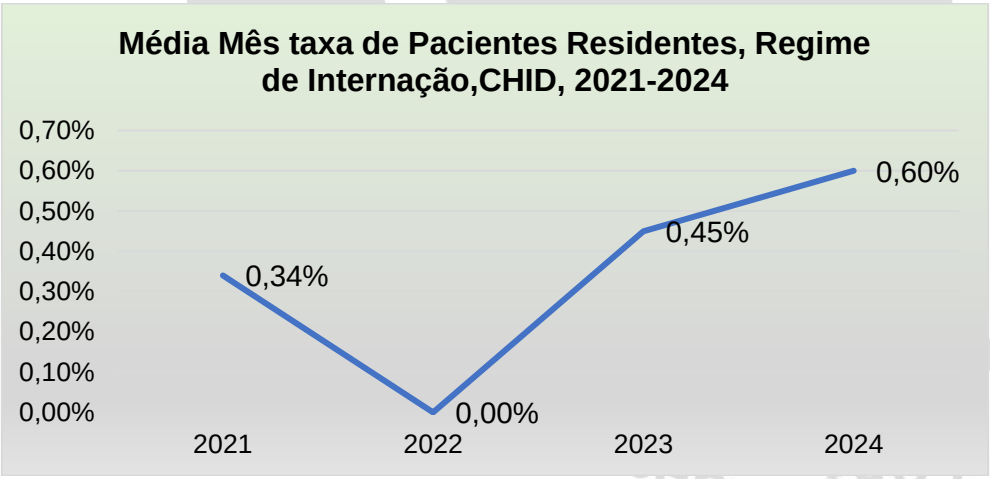
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

O gráfico Média Mês de Internações, Regime de Internação Hospitalar, CHID, 2021-2024, aponta aumento anual da média de internação mensal, em 2021 esse valor era de 763 em 2023 passou para 1.009, crescimento de 32,24%.

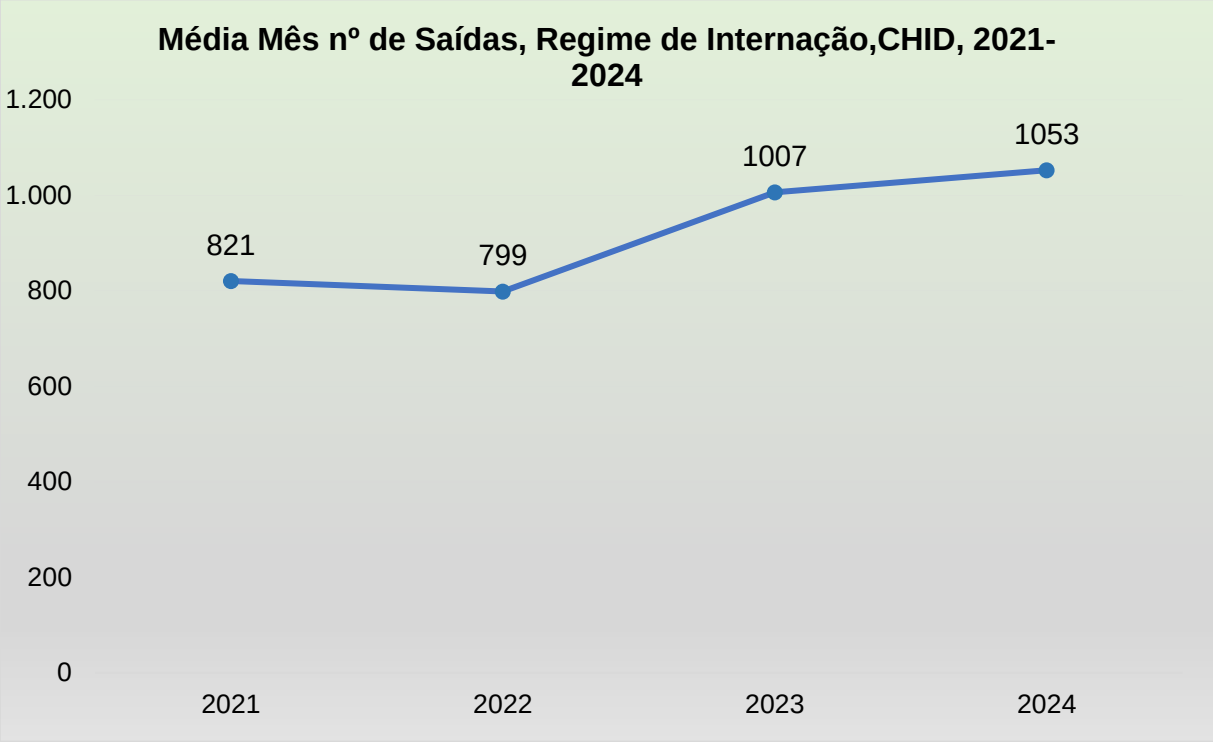


Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

Observa-se nos gráficos acima e baixo, que a média do número de pacientes Residentes (pacientes com 90 dias ou mais de internação) no componente hospitalar do CHID, cresceu se comparando o ano de 2021 a 2024, esse pode ser justificado ao perfil assistencial da unidade, que conta com leitos de especialidades, que tendem a apresentar uma média maior de permanência.

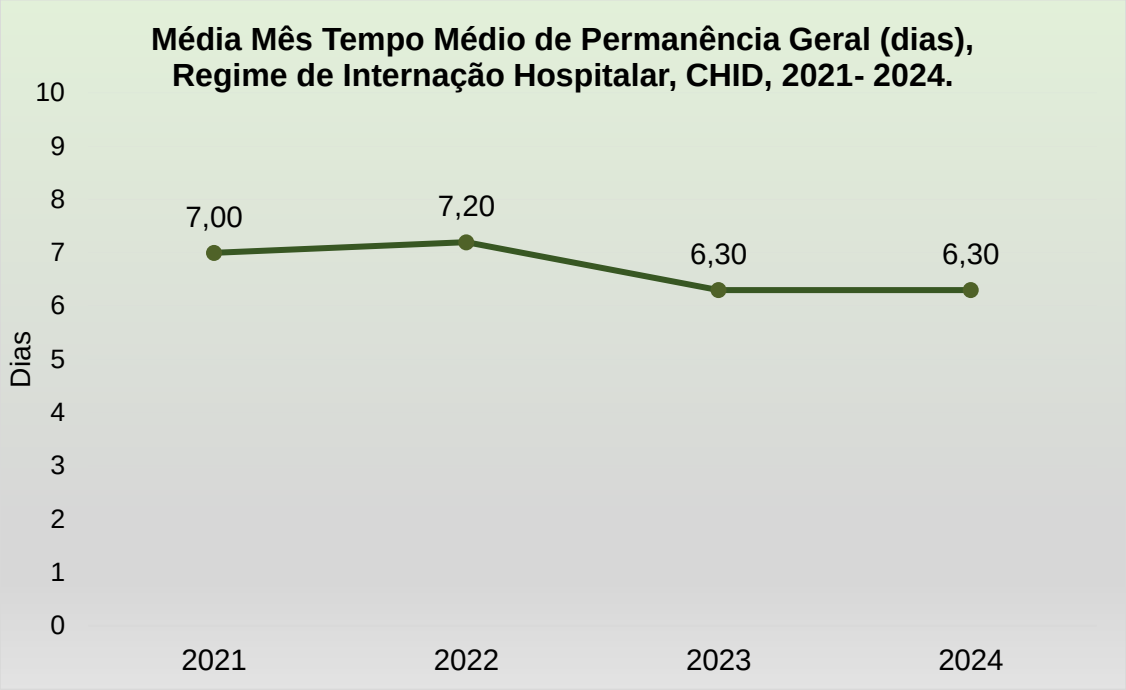


Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.



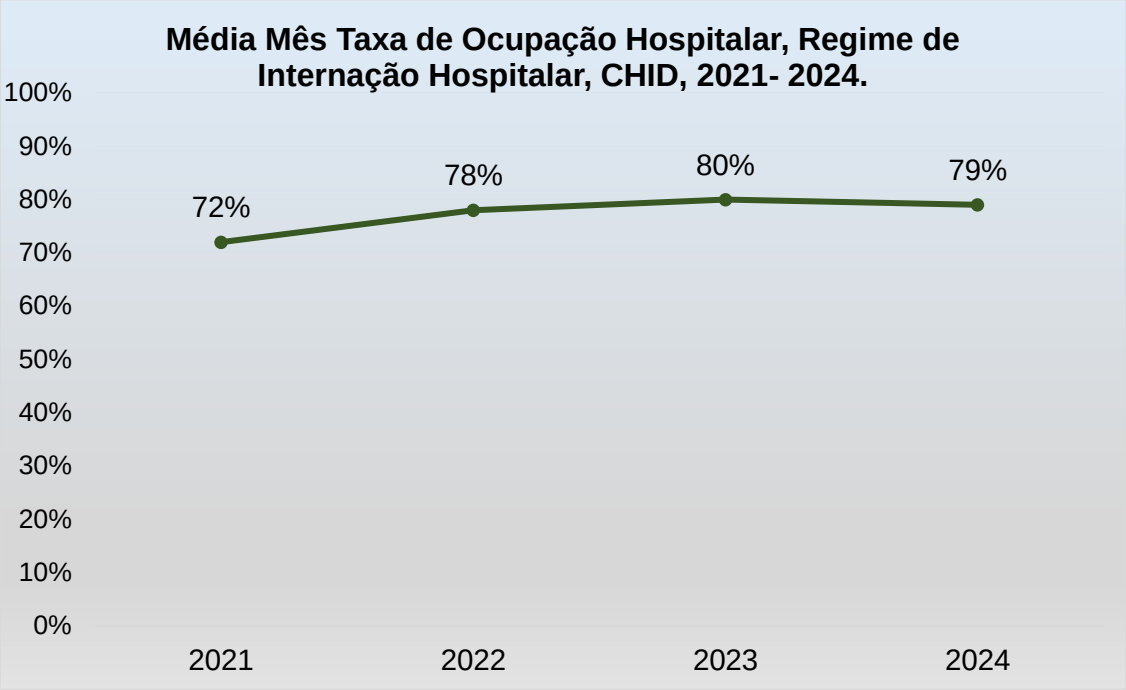
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

Segundo o gráfico acima, a média do número de saídas, na unidade hospitalar do CHID, cresceu se comparando o ano de 2021 a 2024, em 821 foram apresentadas 821 saídas média mês, em 2024 passou para 1053, aumento de 28,25%.



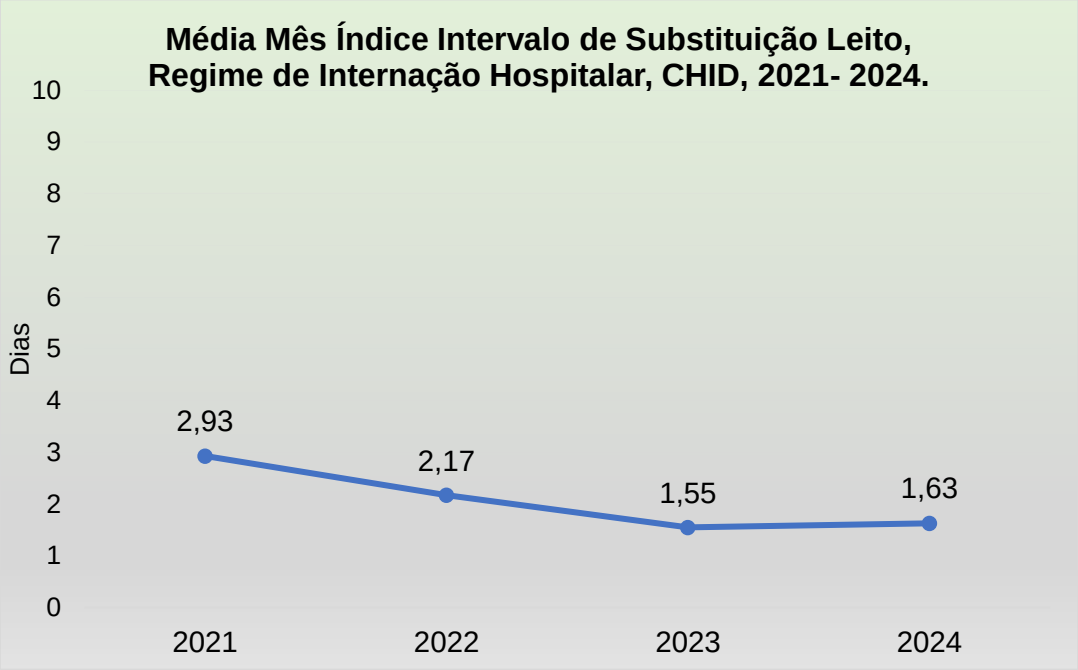
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

De acordo com o gráfico acima, a média mês do tempo médio de permanência do número da unidade hospitalar do CHID, reduziu se comparando o ano de 2021 a 2024, o ano de 2022 apresentou a maior média 7,20 dias, até o momento a média dos anos 2023 e 2024 são iguais.



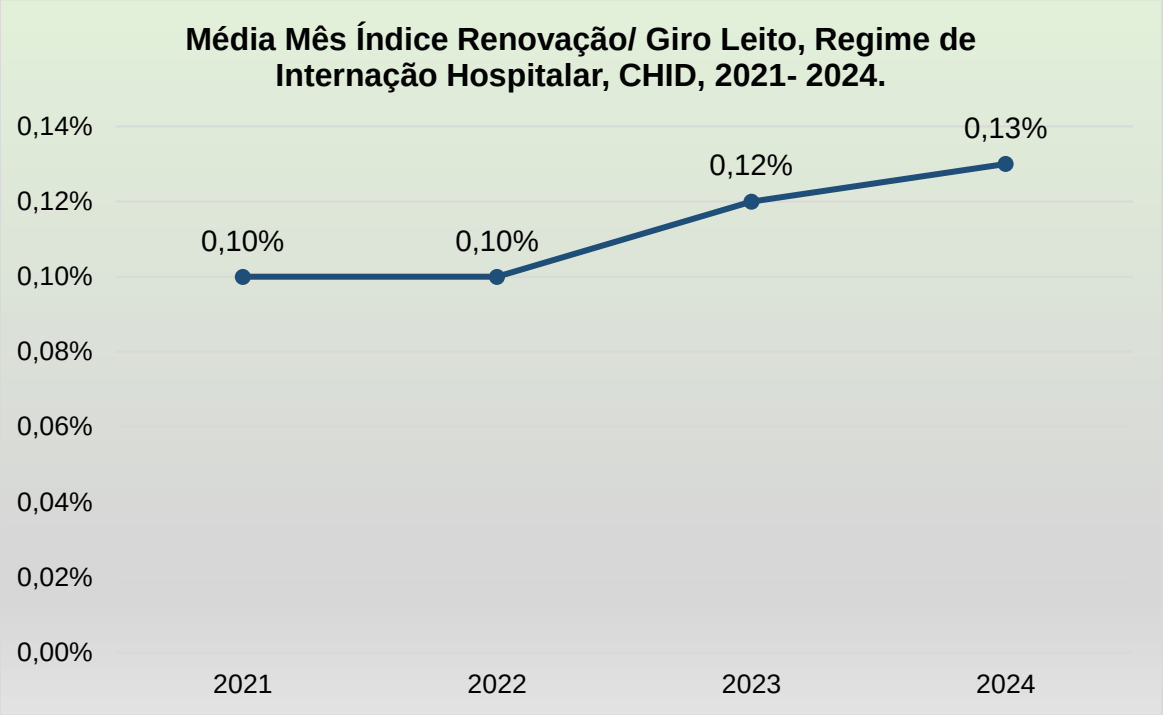
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

Visualiza-se no gráfico Média Mês Taxa de Ocupação Hospitalar, Regime de Internação Hospitalar, CHID, 2021- 2024, que na unidade hospitalar do complexo Irmã Dulce a média mês da taxa de ocupação são semelhantes no período analisado.



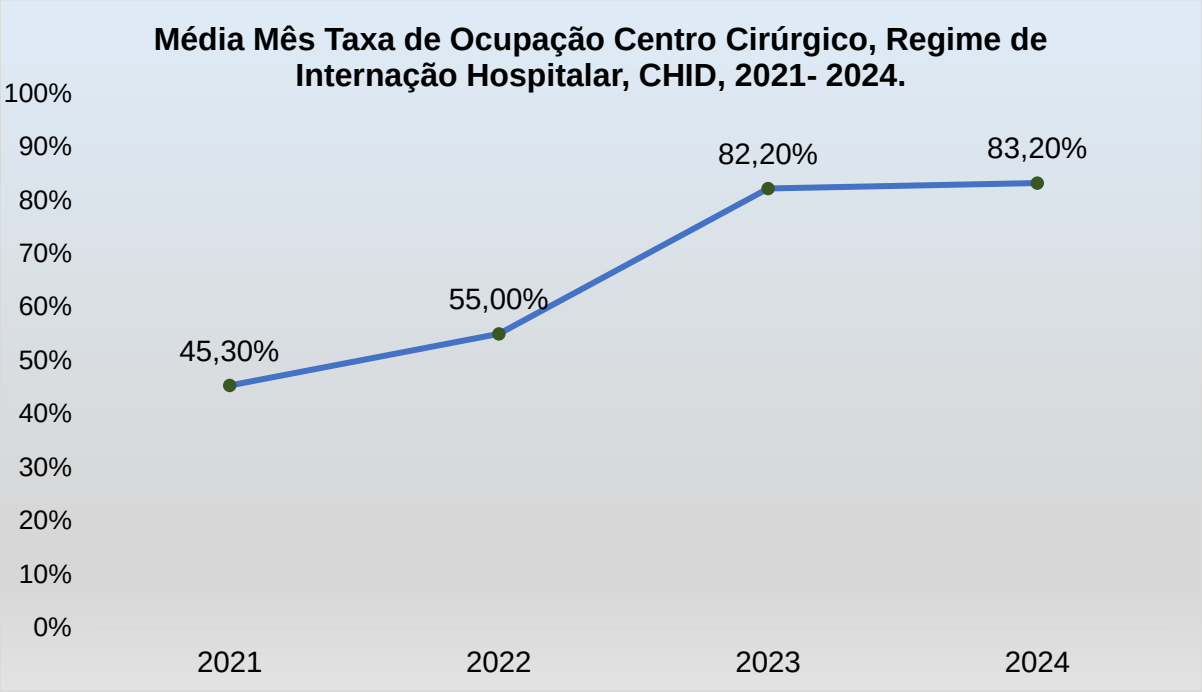
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

Segundo o gráfico acima, a média mês do índice de intervalo de Substituição Leito da unidade hospitalar do CHID, reduziu em 2021 era de 2,93 dias no ano de 2023 foi de 1,55 dias, queda significativa de 52,90%, o que aponta melhora na eficiência do uso dos leitos.



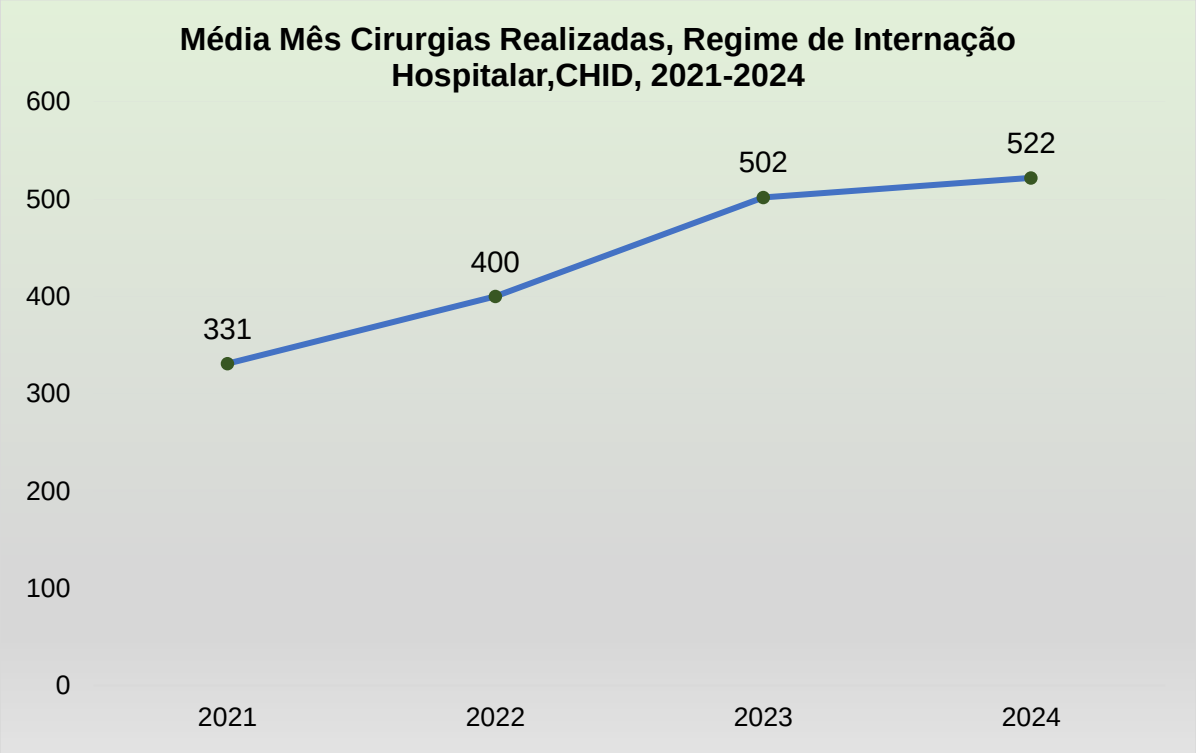
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

Segundo o gráfico acima, a média mês do índice de renovação/ giro Leito do componente hospitalar do CHID, cresceu em 2021 era de 0,10% foi para 0,12% em 2023 e até o momento 2014 apresenta um índice de 0,13 o maior até então.



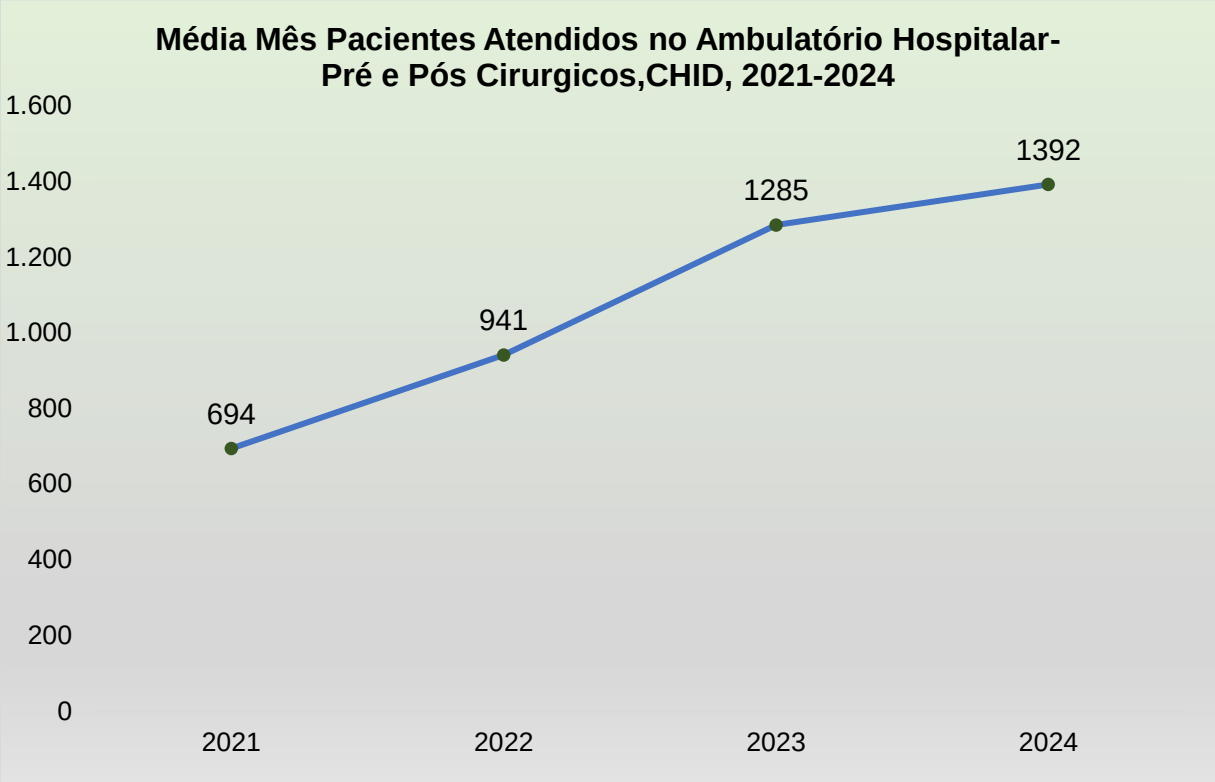
Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

De acordo com o gráfico acima, a média da taxa de ocupação do centro cirúrgico da unidade hospitalar do CHID, cresceu significativamente, em 2021 era de 45,30% foi para 82,20 % em 2023, ampliação superior a 80%.



Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

Observa-se no gráfico Média Mês Cirurgias Realizadas, Regime de Internação Hospitalar, CHID, 2021-2024, que a média de cirurgias realizadas na unidade hospitalar do CHID cresceu significativamente, em 2021 era de 331 cirurgias/mês foi para 522 em 2024 crescimento superior a 57%, os dados indicados por esse gráfico condizem com o apresentado no gráfico anterior Média Mês Taxa de Ocupação Centro Cirúrgico, Regime de Internação Hospitalar, CHID, 2021- 2024.



Fonte: Sistema Wareline/Relatório POA 5.22 NIR/CPI
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a julho.

De acordo com o acima, a média mês de atendimento no ambulatório Hospitalar do CHID, aumentou significativamente, em 2021 foram realizados 694 em média atendimentos/mês, no ano de 2024 passou para 1392, exibindo um crescimento superior a 100%.

Para uma visão mais ampla apresentamos a média anual de alguns indicadores nos últimos 3 anos. As AIH's aprovadas no HMID foram crescentes nestes três últimos anos, apresentando um aumento de 8% de um ano para outro, conforme podemos observar no quadro a seguir.

AIH's Aprovada no HMID

ANO/ MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
2021	717	625	813	858	880	794	606	557	557	525	537	566	**610**
2022	617	499	594	602	578	601	650	675	642	646	664	669	**620**
2023	709	717	880	817	844	796	777	850	795	808	788	847	**802**

Fonte: Tabnet Datasus

A média de permanência representa o número de dias de internação de um paciente. No HMID a média de permanência geral, de todas as clínicas, se mantém em 05 dias considerando a série histórica a seguir.

Média de Permanência no HMID

ANO/ MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	MÉDIA
2021	5,8	5,8	6,1	6,0	6,0	6,6	6,6	6,3	6,4	6,4	6,5	6,0	**6,2**
2022	6,7	7,1	6,8	6,3	6,9	6,6	5,4	5,4	5,5	5,7	5,2	5,7	**6,1**
2023	5,0	5,2	5,4	5,4	5,4	5,7	5,5	5,6	5,1	6,0	4,9	5,1	**5,3**

Fonte: Tabnet Datasus

Segundo dados da Fundação SEAD, a Taxa de Mortalidade Geral no município de Praia Grande foi de 7,79 no ano de 2015 e 7,39 no ano de 2016. Segue abaixo a série histórica com a Taxa de Mortalidade do HMID.

Taxa de Mortalidade no HMID

ANO/MÊS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
2021	9,76	10,56	14,88	16,20	14,20	16,88	11,06	10,95	6,64	8,19	8,75	9,54
2022	13,45	13,43	6,73	6,31	7,09	6,82	7,54	7,41	7,17	6,97	6,33	5,98
2023	7,05	5,58	5,80	6,36	5,33	6,66	5,53	3,53	5,16	6,44	4,70	3,90

Fonte: Tabnet Datasus

O HMID conta também com um Hospital Dia que dispõe de 10 leitos cirúrgicos e o Ambulatorial Pré e pós operatório.

O Hospital Municipal Irmã Dulce ocupa prédio com seis pavimentos (cinco andares mais o térreo) e parte das instalações da antiga Santa Casa, instalado em mais de 11 mil m² de área construída, que foram totalmente reformadas com 271 leitos.

O nome da unidade é uma homenagem a religiosa por sua dedicação à população carente e empresta à instituição a bandeira da humanização como principal característica para a busca constante da prestação de serviço de qualidade

A Unidade hospitalar é referência na região em trauma e neurocirurgia no atendimento de pacientes de média e alta complexidade, também oferece atendimento nas áreas de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, pediatria, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Pneumologia, Infectologia, Nefrologia, urologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Psiquiatria, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Conta com sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) ginecológico , recepção, sala de apoio ao atendimento ao paciente, SAME, farmácia, consultórios médicos, sala de reuniões, observação pediátrica, observação adulta, observação adulto e infantil , sanitários masculinos e femininos para funcionários,

sanitários unissex para pacientes, sanitário unissex para pacientes com acessibilidade, fraldário, sala de eletrocardiograma e procedimentos, refeitório, almoxarifado/farmácia sala de administração, sala do serviço social, sala de coordenação de enfermagem, esterilização (CME), salas cirúrgicas, Recuperação Pós Anestésica (RPA), expurgo, Depósito de Material de Limpeza (DML), sala de manutenção, depósito de materiais inservíveis, sala de gesso, sala de procedimento (trauma), sala de emergência, sala de coleta de exames laboratoriais, quartos de precaução, sala de radiologia e tomografia, conforto médico, Núcleo Interno de Regulação (NIR), sala de avaliação cirúrgica, rouparia, vestiários, necrotério, abrigo de lixo comum e infectante.

Possui em sua composição 70 leitos de cirurgia, 35 de clínica médica, 26 de obstetrícia/maternidade, 20 leitos de retaguarda, 03 leitos Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCA), 19 de pediatria, 11 de psiquiatria e 10 leitos de Hospital Dia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) contará com 30 leitos adulto, 10 leitos infantil e 10 leitos Neonatologia, o serviço de Traumatologia atenderá nas 24h em demanda espontânea na Porta de Entrada do Tipo Geral.

Oferece 60 cirurgias eletivas de média complexidade, 4 esterilizações cirúrgicas em mulheres não gestantes e 10% inserções de Dispositivo Intra-Uterino – DIU no pós parto imediato.

O serviço de SADT estará disponibilizado aos pacientes que se fizer necessário a elucidação de diagnóstico, radiologia, tomografia computadorizada, exames laboratoriais, endoscopia, colonoscopia e ecocardiografia, eletrocardiograma (ECG) e ultrassonografia (USG).

A porta de entrada do Hospital contará com Pronto Socorro nas especialidades de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia/Traumatologia, Pediatria, Neurocirurgia e Buco-Maxilo.

A Assistência de Enfermagem será disponibilidade nas 24h de atendimento no HMID, visando o atendimento Humanizado e de Qualidade.

Área Física

ÁREA TÉRREA	**4.603,85 M²**
PRÉDIO (1° PAVTO X 6)	**6.647,10 M²**
ÁREA TOTAL CONSTRUÍDA	**11.250,95 M²**
ÁREA DESCOBERTA EM PISO INTERTRAVADO	**2.499,80 M²**

Número de leitos planejados por especialidade

HMID	Município	Estado	Não Contratualizados	Total	LOCALIZAÇÃO
Maternidade	26	0	0	26	Térreo
Sala de parto normal	*1	0	0	0	
Sala de parto cesárea	*1	0	0	0	
Pré parto	*5	0	0	0	
RPA	*2	0	0	0	
UTI Neonatal	10	0	0	10	
UCINCA	3	0	0	3	
UTI Térrea Adulto	10	0	0	10	
Retaguarda	20	0	0	20	
Psiquiatria	11	0	0	11	Anexo 1º

HMID	Município	Estado	Não Contratualizados	Total	LOCALIZAÇÃO
Clínica Médica	30	5	0	35	1º andar
Clínica Cirúrgica	5	4	0	9	
Leitos não contratualizados	0	0	8	8	
Clínica Cirúrgica	0	44	0	44	2º andar
Leitos HD	10	0	0	10	3º andar
Outros leitos cirúrgicos (Não contratualizados)	0	0	10	10	
Clínica Cirúrgica	17	0	0	17	4º andar
UTI Adulto	10	10	0	20	
Pediatria	16	3	0	19	5º andar
UTI Pediátrica	0	10	0	10	
Total	**168**	**76**	**18**	**262**	
Repouso masculino	5	0	0	5	Porta de entrada
Repouso feminino	5	0	0	5	
Isolamento	1	0	0	1	
Estabilização adulto	7	0	0	7	
Estabilização pediátrica	4	0	0	4	
Observação infantil	2	0	0	2	
Isolamento infantil	1	0	0	1	

HMID	Município	Estado	Não Contratualizados	Total	LOCALIZAÇÃO
Total porta de entrada	**25**	0	0	**25**	

Total Geral HMID	**244**	**CNES**	**241**	**Não consta 3 leitos UCINCA**

(*) Não são contabilizados como Leito de internação, são Leitos de transição.

- **PORTA DE ENTRADA TIPO GERAL DO HMID**

A porta de Entrada do HMID visa os atendimentos de maior gravidade de forma referenciada, recebendo os caos advindos das demais portas de entrada do sistema de saúde de Praia Grande e Região através do SAMU Litoral Sul e SIRESP, para casos clínicos e cirúrgicos, demandantes de cuidados intensivos, politraumatizados e outros. Além disso, mantém-se a porta para demanda espontânea de gestantes.

Dotada de suporte semi-intensivo e funcionando 24 horas, a unidade visa estabilizar o quadro clínico do paciente grave, que posteriormente pode ser encaminhado para internação hospitalar ou permanecer em outro setor do pronto-socorro, como observação ou repouso, dependendo da evolução.

Conta com: 1 sala de atendimento pediátrico, 1 sala de atendimento indiferenciado, 1 sala de observação pediátrica com 4 leitos, 2 salas de observação adulto feminino com 16 leitos, 3 sala de observação adulto masculino com 22 leitos, 1 sala de observação indiferenciado com 10 leitos; 1 consultório de odontologia, 1 sala de gesso, 2 salas de curativo, 1 sala de pequena cirurgia, 5 consultórios médicos 2

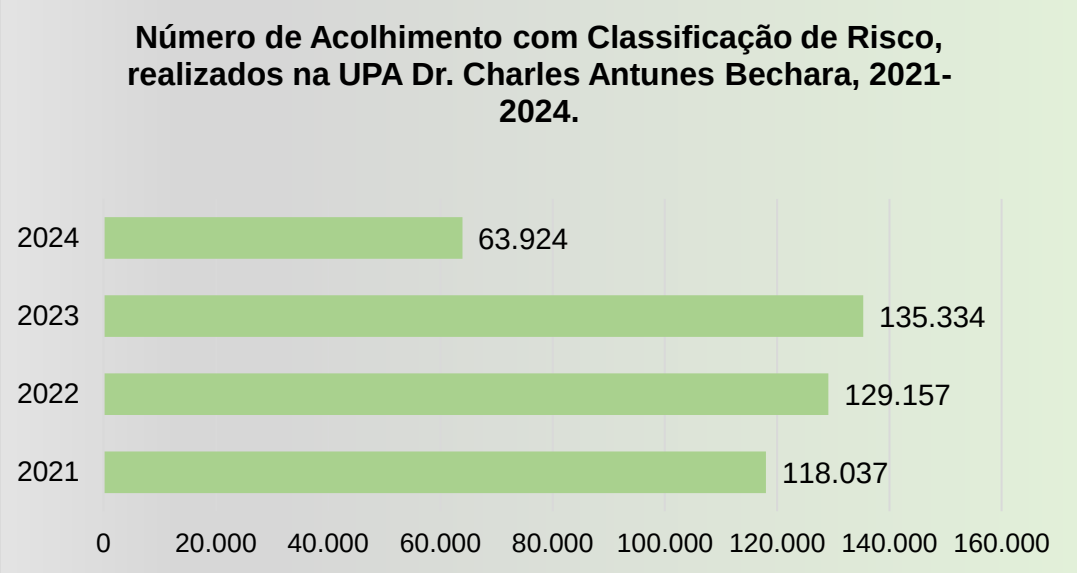
salas de atendimento multiprofissional e 2 salas de acolhimento com classificação de risco, conforme registro no CNES.

- ✓ **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – CHARLES ANTUNES BECHARA**

A UPA Dr. Charles Antunes Bechara, é uma estrutura essencial na Rede de Atenção à Urgência e Emergência, a UPA 24h Dr. Charles Antunes Bechara desempenha um papel crítico ao atuar como ponto intermediário entre a Atenção Primária e os hospitais referenciados de maior complexidade. O seu plano operacional abrange a organização dos recursos humanos, fluxos de atendimento, infraestrutura, gestão de insumos e tecnologias, buscando sempre otimizar o atendimento ao paciente, reduzir o tempo de espera e assegurar a continuidade do cuidado dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Possui estruturação de atendimento em clínica médica, pediatria, ortopedia e odontologia, com capacidade operacional de 26 Leitos, sendo distribuídos em: 14 Observação/Repouso Adulto, 6 Estabilização e 4 Observação/Repouso Infantil. O Hospital de Referência primário da Unidade é o Hospital Municipal Irmã Dulce e as Referência Terciárias em Alta Complexidade segue a pactuação da Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 7.

Gráfico- Número de Acolhimento com Classificação de Risco, realizados na UPA Dr. Charles Antunes Bechara do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, Praia Grande, 2021 a 2024.



Fonte: BPA
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a maio.

Observa-se na tabela acima que o número de classificação de Risco realizadas na UPA Dr. Charles Antunes Bechara cresceu anualmente, sendo que em 2023 foi efetuado o maior número classificação de Risco, no ano de 2021foram efetuadas 118.037 Classificações de Risco na UPA em 2024 foram realizadas 135.334, comparando o 2021 com 2023 foram produzidas 17.297 Classificações de Risco a mais, houve um aumento de 14,6%.

Tabela - Número de Atendimentos Médicos Realizados na UPA Dr. Charles Antunes Bechara do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, por especialidade médica, Praia Grande, 2021 a 2023.

Especialidade	2021		2022		2023		2024		Total	
Clínica Médica	93989	80,9%	99537	76,8%	107135	79,8%	49337	80,0%	350000	**79,2%**
Pediatria	22155	19,1%	30104	23,2%	27166	20,2%	12317	20,0%	91743	**20,8%**
Total	**116144**	**100,0%**	**129641**	**100,0%**	**134301**	**100,0%**	**61654**	**100,0%**	**441743**	**100,0%**

Fonte: BPA
Nota** O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a maio.

No período de 2019 a 2024, foram realizados 441.743 atendimentos médicos de urgência na UPA Dr. Charles Antunes Bechara, se comparado ao ano de 2021 o ano de 2023 efetuou 18.157 atendimentos a mais que 2021, aumento de 15,6%.

Observa-se na tabela acima sucessivo aumento da quantidade de atendimento, o ano de 2023 efetuou o maior número de atendimentos, em todos os anos analisados, a especialidade clínica médica produziu maior número de atendimentos.

Fluxo de Atendimento

O acesso dos pacientes às UPAs se faz por demanda espontânea ou por meio de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência (SAMU, Corpo de Bombeiros). Os pacientes demandados de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica. Os pacientes pré-classificados podem ter acesso direto à sala

de estabilização de pacientes graves. Os demais pacientes deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco - ACR.

A UPA possui um sistema de classificação – ACR de pacientes de acordo com a gravidade do agravo à saúde que apresentam, que prioritariamente é realizado por um enfermeiro, podendo ser realizado pelo médico em casos de superlotação da capacidade de atendimento/hora. O paciente classificado por enfermeiro nunca pode ser liberado ou encaminhado a outro local sem ser consultado por médico. A classificação obrigatoriamente é feita em local que assegura a privacidade e o sigilo do paciente. Ao chegar à UPA, o acesso dos pacientes ao Setor de Classificação de Risco se dá de forma imediata. Assim, o tempo de espera para ser classificado deverá tender o menor tempo possível, com os tempos de espera diferenciais para acesso ao médico não ultrapassando, na categoria de menor urgência, 120 minutos atendendo a legislação vigente.

O médico poderá, no contato com o paciente, rever a classificação para fins de prioridade maior ou menor nas etapas subsequentes de atendimento. A classificação das necessidades urgentes do paciente define seu fluxo em todo o processo de atendimento, e todos os setores estão cientes dessa definição. Através do Acolhimento e Classificação o fluxo poderá ser revisto de forma a contemplar a qualidade assistencial dos pacientes no atendimento de emergência nas UPAs.

A UPA funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, e resolve grande parte das urgências e emergências, em média ela deverá resolver 97% das ocorrências conforme legislação. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital de imediato ou mantê-lo em observação por 24h, após este tempo deverá encaminhar a referência hospitalar pactuada municipal ou da Região.

O encaminhamento às referências deverá ser realizados através do sistema de regulação, seja ele municipal ou regional, onde as fichas deverão conter as história clínica.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), habilitada e qualificada como opção VIII atendendo o Art. 24 da Portaria Nº 10 DE 3 DE JANEIRO DE 2017, com mais de 10.125 atendimentos médicos/mês que fica localizada no bairro do Samambaia inaugurada em 30 de junho de 2012, projetada para unidade de pronto atendimento porte III, a UPA Dr. Charles Antunes Bechara funciona 24 horas para atender pequenas e médias urgências de pacientes de praia grande e região, em clínica médica, Pediatria e odontologia, além de laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia. A unidade fica na esquina das avenidas Marginal e Corretor de Imóveis na altura do KM 292 da Rodovia Padre Manuel da Nóbrega, tem 3.700metros quadrados, o amplo espaço físico e o aparelhamento previsto deverão tornar a UPA a maior e mais bem equipada unidade do tipo no País, como custeio de quase total parte do Governo Municipal.

A unidade compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, (RUE) com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS) para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento.

Conta com sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) adulto e infantil, recepção, sala de apoio ao atendimento ao paciente, consultórios médicos, sala de reuniões, observação pediátrica, observação adulta, sala de medicação/inalação adulta, sala de medicação/inalação infantil, sanitários masculinos e femininos para funcionários, sanitários unissex para pacientes, sanitário unissex para pacientes com acessibilidade, fraldário, sala de eletrocardiograma e

procedimentos, refeitório, almoxarifado/farmácia, sala de administração, sala do serviço social, sala de coordenação de enfermagem, área de esterilização nível 1, expurgo, DML, depósito de materiais inservíveis, sala de sala de emergência, sala de coleta de exames laboratoriais, quarto de precaução, sala de radiologia, conforto médico, rouparia, vestiários, abrigo de lixo comum e infectante.

Mapa de Leitos – POR DISTRIBUIÇÃO DE LOCALIZAÇÃO

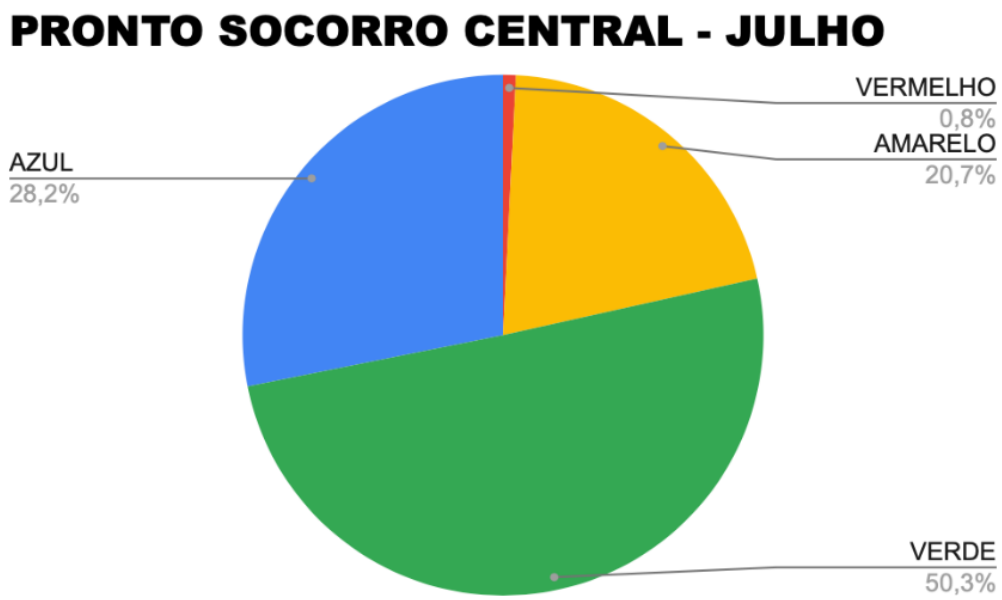
UPA	
Observação masculina	7
Observação feminina	7
Observação pediátrica	4
Emergência	6
Isolamento	2
Total	**26**

- ✓ **PRONTO SOCORRO CENTRAL**

Unidade de Pronto Socorro, próximo ao Hospital, que pertence ao atendimento a casos de média complexidade em Urgência e Emergência, possui atendimentos em Clínica Médica adulto e Pediátrica, Odontologia, Ortopedia e Avaliação de Cirurgia Geral. Conta em sua estrutura com 43 leitos, sendo 25 leitos de Observação/Repouso adulto, sendo 1 Isolamento, 6 Leitos de Estabilização Adulto, Leitos Observação/Repouso Infantil, sendo 1 isolamento, 3 Leitos Estabilização Infantil, 1 Centro Cirúrgicos pequenas cirurgias e 3 Recuperação Pré Anestésica.

O Plano Operacional do Pronto Socorro Central é fundamental para garantir o atendimento eficaz e ágil aos casos de urgência e emergência, funcionando como a principal porta de entrada para pacientes em situações críticas. Este plano detalha a organização e o gerenciamento de recursos, incluindo pessoal, equipamentos, e a coordenação dos fluxos de atendimento, visando a otimização dos processos e a redução de riscos. Além disso, estabelece diretrizes para a integração com outras unidades de saúde e serviços de emergência, assegurando uma resposta rápida e coordenada, e promovendo a qualidade e a segurança no atendimento aos pacientes.

Distribuição dos Atendimentos



Fonte: Wareline/SAME/CHID

Acessado: Agosto de 2024

O PS Central que foi desmembrado do prédio do hospital Irmã Dulce, inaugurado em 2023 é uma ampla e confortável unidade, que fica localizada na Avenida Presidente Kennedy, nº 1.491, no Bairro Guilhermina, a fim de aumentar a capacidade de acesso e atendimentos na área da Urgência e Emergência adulto e infantil todos os dias da semana, 24 horas.

A unidade atende clínica médica, pediatria, traumatologia, ortopedia e conta com a inclusão de leitos de observação de pacientes adulto e infantil, sala de emergência(vermelha) e sala de estabilização, também com duas salas de cirurgia para procedimentos ambulatoriais o que contribui para diminuição do tempo de espera para esse tipo de procedimento, que depende de vagas da regulação municipal para os procedimentos de baixa complexidade em leito Hospital Dia. O Pronto Socorro Central compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, (RUE) com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS) para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento.

Conta com sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) adulto e infantil, recepção, sala de apoio ao atendimento ao paciente, farmácia, NIR, consultórios médicos, sala de reuniões, observação pediátrica, observação adulta, sala de medicação/inalação adulta, sala de medicação/inalação infantil, sala amarela(observação), sanitários masculinos e femininos para funcionários, sanitários unissex para pacientes, sanitário unissex para pacientes com acessibilidade, fraldário, sala de eletrocardiograma e procedimentos, refeitório, almoxarifado/farmácia, sala de administração, sala do serviço social, sala de coordenação de enfermagem, esterilização(CME), salas cirúrgicas, RPA, expurgo, DML, sala de manutenção, necrotério, depósito de materiais inservíveis, sala de gesso, sala de procedimento, sala de emergência, sala de coleta de exames laboratoriais, quartos de precaução,

sala de radiologia e tomografia, conforto médico, sala de decisão médica, sala de avaliação cirúrgica, rouparia, vestiários, abrigo de lixo comum e infectante.

No PS Central são realizadas ainda cirurgias de pequeno porte, tais como, biopsia de pele e partes mole, eletrocoagulação de lesão cutânea, exérese de tumor de pele, anexos e cistos, curativos simples e grau II com desbridamento. Estes procedimentos visam assistir os pacientes de forma adequada, efetiva e humanizada, são regulados pela municipalidade.

Além de um atendimento diferenciado, chamado de fast track pode ser um espaço físico separado, onde os pacientes com problemas considerados mais simples, tais como dor de cabeça, febre ou ferimentos leves, são atendidos rapidamente por um médico ou enfermeiro, sem passar pela fila de espera prolongada. Nesse método, tanto os casos graves como os mais simples podem ser tratados mais rapidamente. Por conseguinte, promove-se a redução do tempo de permanência dos pacientes na Unidade.

Mapa de leitos cadastrados

PS CENTRAL	
Observação masculino	6
Observação feminino	6
Observação térreo	12
Isolamento	1
Estabilização adulto	6
Estabilização pediátrica	3
Observação infantil	5

Isolamento infantil	1
RPA	3
Total	**43**

- ✓ **NEFRO PG**

A unidade de nefrologia de Praia Grande é integrante do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e compreende em um importante equipamento da rede de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Dentro das Unidades de Negócios apresentadas em urgência e emergência, ainda possui atendimento ambulatorial em Alta Complexidade em Doença Renal Crônica, contando com ambulatório de média complexidade com capacidade para atendimento multiprofissional de 214 pacientes, e atendimento aos pacientes dialíticos de Alta Complexidade possui em sua estrutura 35 cadeiras, com atuação em 03 turnos diários de segunda a sábado, com capacidade para 214 pacientes em regime de Hemodiálise e Diálise Peritoneal.

O complexo hospitalar atua com todas as Comissões obrigatórias e demais necessária a qualidade do Atendimento prestado, que são as principais fontes de correção de fluxos e processos.

Quanto aos vazios assistenciais da Região, bem como a baixa oferta de leitos que não permite a rotatividade esperada e o acesso a população, corrobora para a morosidade nas transferências dos casos de maior complexidade, impactando de forma negativa ao olhar da população, que busca atendimento em nossas Unidades. Onde, mesmos as Unidades de referências pactuadas possuem capacidade esgotada, acarretando no não aceite de pacientes por superlotação.

Com base no processo de trabalho, o Plano Operativo além de prever e descrever a capacidade instalada de todas as Unidades do Complexo, possui em seu bojo indicadores que mensuram a qualidade do atendimento prestados, que vai além da capacidade de produção.

A proposta de trabalho desenvolvida engloba o atendimento a todas as especialidades previstas, além das que são serviços de apoio complementar, para que todas as condicionantes a manutenção do plano de metas sejam cumpridas. Fazendo parte da equipe Planejamento e Informação a prestação de serviços em auditoria interna, com desenvolvimento de plano de trabalho nas dimensões com vistas a entrega de valor pelas unidades hospitalares que prestem serviços ao SUS e, assim, aumentar a eficiência dessas unidades. Através do conceito de entrega de valor utilizado neste documento é a entrega do melhor resultado assistencial pelo menor custo possível (PORTER, 2006). Onde a eficiência e a entrega de valor aqui buscada tem foco na perspectiva do usuário do serviço e do contribuinte. Cabe reforçar que esses objetivos devem ser alcançados sem que haja comprometimento da qualidade na prestação dos serviços e da segurança do paciente. Estar alinhada as premissas metodológicas e objetivos gerais nas auditorias, sem que haja comprometimento da autonomia e liberdade de cada equipe de fiscalização. A proposta deste serviço é ampliar a abordagem entre as Unidades de Negócios, podendo possibilitar a realização de consolidações, com diagnósticos amplos e consistentes, identificando-se fatores comuns que afetam, positiva ou negativamente, a eficiência das unidades de saúde previstas no contrato de Gestão.

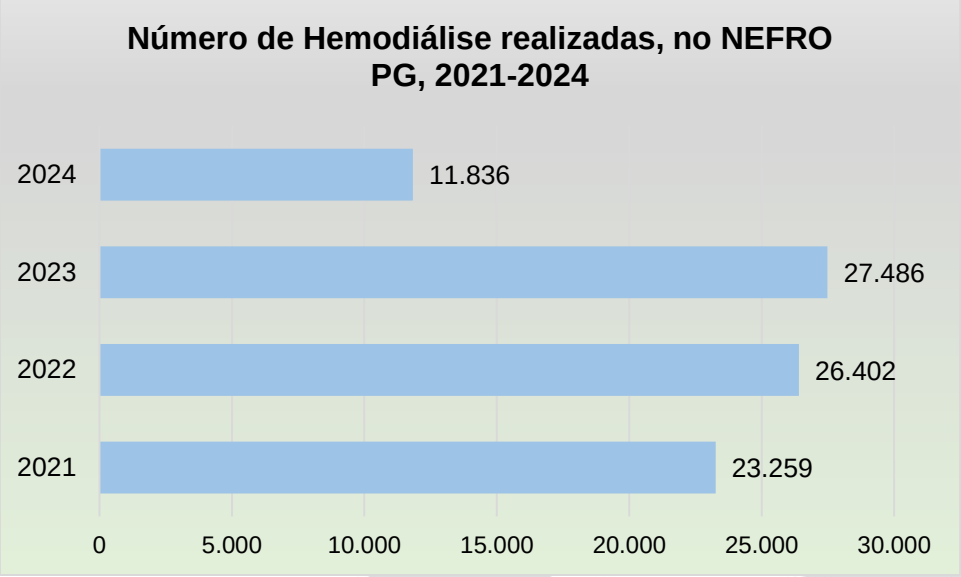
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Tabela- Número de Sessões de Hemodiálise Realizados na NEFRO PG, do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, por especialidade médica, Praia Grande, 2021 a 2024.

	2021	2022	2023	2024	Total
Número de Hemodiálise Realizadas	23259	26402	27486	11836	88983

Fonte: APAC.
Nota: O valor apresentado para o ano de 2021, não engloba o valor de dezembro.
Nota* O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a maio.

Gráfico- Número de Sessões de Hemodiálise Realizadas no NEFRO PG, do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, por especialidade médica, Praia Grande, 2021 a 2024.



Fonte: APAC.
Nota: O valor apresentado para o ano de 2021, não engloba o valor de dezembro.
Nota** O valor apresentado para o ano de 2024, corresponde ao período de janeiro a maio.

No período de 2019 a 2024, foram realizados pelo serviço NEFRO PG 88.983 hemodiálises.

Nota-se na tabela e no gráfico acima, que há significativo crescimento anual da produção de hemodiálise, em 2021 foram realizadas 23.259 sessões de diálises, no ano de 2023 foram efetuadas 27.486 sessões, a maior quantidade dessa terapia entre os anos analisados, comparando o ano de 2021 com o 2023, houve um aumento significativo de 4.227 sessões, resultando um aumento de 18%.

A Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Praia Grande dispõe de Unidade de Alta Complexidade em Cuidados ao Portador de Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva – Nefro PG – foi inaugurada em 19 de janeiro de 2016 e atende pacientes diagnosticados com problemas de insuficiência renal, encaminhados via rede pública de saúde.

A Unidade atende a Portaria Ministerial N° 389/2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

Frente ao exposto a Unidade está subdivida em 02 serviços, sendo observado o Art. 4° da referida portaria, que define a classificação do estágio clínico da DRC (Doença Renal Crônica), no qual se configura como atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC.

O ambulatório especializado, oferece o total de 214 vagas para pacientes nos estágios clínicos 4 e 5 (pré dialítico), através do sistema de Regulação exclusivo Municipal.

O ambulatório especializado além do cuidado clínico, é disponibilizado as confecções de fístula arterio-venosa ou implante de cateter para dialise peritoneal,

onde a realização de tais procedimentos ocorre no hospital de referência - Hospital Municipal Irmã Dulce- HMID em agenda específica e exclusiva a esses pacientes.

A Unidade de Alta Complexidade em Cuidados ao Portador de Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva de Praia Grande (Nefro-PG) é referência em nefrologia na Baixada Santista. O equipamento atende pessoas de Praia Grande e também de municípios vizinhos, para o procedimento de hemodiálise, o acesso a essa demanda são encaminhamentos do especialista e a hemodiálise do local é regulada pelo sistema SIRESP (Sistema de Regulação do Estado de São Paulo da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

A Nefro-PG conta com uma equipe altamente capacitada e titulada, com a formatação multidisciplinar composta por médicos nefrologistas (adultos e pediátrico), enfermagem, psicologia, nutrição e assistência social. Localizada na Avenida Presidente Costa e Silva, nº 1.397, Bairro Boqueirão, a unidade é gerenciada pela SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina), que também é gestora de todo o Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Para acessar o serviço da Unidade Especializada em DRC, o primeiro passo é o munícipe buscar atendimento na Unidade de Saúde da Família (Usafa) mais perto da casa. As Usafas são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde no Município e partir dela seguirá o fluxo da Rede Municipal.

O equipamento faz um atendimento regional, sendo parte munícipes de Praia Grande e parte pacientes de municípios do Litoral Sul paulista, ou de outros municípios da Região Metropolitana da Baixa Santista. Após a vaga ser disponibilizada, e regulada pelo Município para ambulatório e para hemodiálise regulada pelo SIRESP, o indivíduo inicia o tratamento de hemodiálise, além de prosseguir com o acompanhamento da equipe da Nefro-PG.

A Unidade conta com hospital de referência - Hospital Municipal Irmã Dulce para as emergências dos pacientes inscritos no serviço.

Os horários de funcionamento para tratamento de alta complexidade – hemodiálise ocorre em três turnos de 4 horas e a Unidade funciona das 06 às 22 horas de segunda a sábado.

2.2. OUTRAS ESPECÍFICAÇÕES RELEVANTES DE ACORDO COM O OBJETO

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), a UPA Dr Charles Antunes Bechara, a NefroPG e o P.S. Central são serviços de saúde credenciados pelo SUS, para funcionamento e atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na Estância Balneária da Praia Grande, no Estado de São Paulo.

São unidades que estão sob as diretrizes da SESAP (Secretaria de Saúde de Praia Grande), que tem como princípio fundamental a organização e o bom funcionamento dos serviços, garantindo qualidade no atendimento prestados à população e através de seus órgãos, assim como também a provisão de recursos para a expansão da Unidade e de seus equipamentos e afins. O Complexo Hospitalar, PS Central e UPA Dr. Charles Antunes Bechara tem suas atividades assistenciais durante 24 horas diárias / 7 dias por semana seguindo a legislação vigente no Brasil (Lei 8.080/90).

A NEFRO – PG realiza suas atividades segundo o preconizado pela Portaria Ministerial N° 389/2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC). O horário de funcionamento se dá de segunda a sábado das 6:00h às 22:00hSão atribuições dos serviços, a execução do Registro Geral de Atendimentos, o envio de relatórios diários, mensais ou anuais, à Secretaria de Saúde, relatar quando solicitado à Secretaria de Saúde os estoques de medicamentos e material de consumo necessário e fornecer ao paciente ou

responsável, as informações necessárias para a recuperação do mesmo, sempre obedecendo a Ética Profissional. Para exercício de suas atividades, as unidades possuem estruturas básicas, instalações e equipamentos específicos, e de pessoal próprio para o seu funcionamento. A fundamentação legal que norteiam as atividades de todo o Complexo, estão baseadas na:

- •Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.
- •Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- •Lei nº 8.080, de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS).
- •Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).
- •Portaria MS/GM nº 2.418, de 02/09/2005 – (Acompanhantes em trabalho de parto).
- •Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.
- •Comissão para implantação do Programa de Acompanhantes à Gestante SUS do Hospital.

2.2.1 HOSPITAL IRMÃ DULCE

O Hospital Irmã Dulce de Praia Grande, localizado na cidade de Praia Grande, São Paulo, atende principalmente pacientes da própria cidade de Praia Grande e de outros municípios da Baixada Santista. Isso inclui cidades como Santos, São Vicente, Guarujá, Cubatão, Bertioga, Itanhaém e Mongaguá.

A abrangência pode variar dependendo da especialidade e da demanda dos serviços oferecidos pelo hospital.

Os pacientes que recebem alta do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) na Praia Grande geralmente são encaminhados de volta para o acompanhamento em unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) ou para serviços especializados, dependendo das suas necessidades de saúde.

A integração entre o hospital e as unidades de APS é essencial para garantir a continuidade do cuidado, especialmente em casos de doenças crônicas ou condições que necessitam de monitoramento constante.

O Pronto-Socorro Central também desempenha um papel importante ao desafogar a porta de entrada do Hospital Irmã Dulce, permitindo que o hospital se concentre mais nos casos que demandam internação e cuidados mais intensivos. Este pronto-socorro moderno facilita o encaminhamento dos pacientes para os serviços hospitalares adequados quando necessário.

A. PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE INTERNADO

Em consonância com a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, a Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina/Programa Integral à Saúde, propõe a implantação de mecanismos de gestão da clínica e urgências, visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, organização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência.

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimento oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até a sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

O Ministério da Saúde em maio de 2000 regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que se constitui-se em uma política ministerial destinada a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. O objetivo fundamental do PNHAH foi aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados. O programa foi substituído por uma perspectiva transversal, denominada "Humaniza SUS", constituindo como uma política de assistência e não mais um programa específico.

Segundo do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos: contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e métodos de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS.

Nos serviços hospitalares a implantação da PNH deve contemplar estratégias com objetivo de:

- ✓ Ampliar o diálogo entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- ✓ Implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho definido;
- ✓ Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;

- ✓ Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- ✓ Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- ✓ Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- ✓ Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;
- ✓ Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- ✓ Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

e/ou à sua rede social.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada com o objetivo de promover mudanças nas práticas de saúde no Brasil, visando valorizar os sujeitos envolvidos nos processos de cuidado, tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes.

Em relação aos pacientes internados, a PNH estabelece diretrizes que buscam proporcionar um atendimento mais humano, respeitoso e integral.

Neste cenário a SPDM adotará como estratégias relacionadas aos pacientes internados:

Acolhimento com Qualidade: O acolhimento deve ser feito de forma acolhedora e respeitosa desde o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde, seja na admissão, durante o período de internação ou na alta.

Informação e Comunicação: Comunicação clara e transparente entre profissionais de saúde, pacientes e familiares. Isso inclui informar o paciente sobre seu diagnóstico, prognóstico, tratamento e cuidados a serem prestados.

Respeito à Dignidade: Respeitar à dignidade do paciente, garantindo sua privacidade, autonomia e direito à escolha no que diz respeito ao seu tratamento e cuidado.

Participação Ativa do Paciente: Incentivar a participação ativa do paciente no seu próprio cuidado, envolvendo-o nas decisões sobre o tratamento, respeitando suas preferências e necessidades individuais.

Apoio Integral: Integração dos diferentes profissionais de saúde e serviços dentro da instituição para oferecer um suporte integral ao paciente, considerando não apenas sua condição clínica, mas também seu contexto social e emocional.

Gestão Compartilhada: Gestão compartilhada entre profissionais de saúde, pacientes e comunidade na organização e no planejamento dos serviços de saúde, buscando melhorar continuamente a qualidade do atendimento.

Ambiente Terapêutico: Criação de ambientes terapêuticos que favoreçam o bem-estar e a recuperação dos pacientes, respeitando suas necessidades físicas, emocionais e espirituais.

A SPDM se dedica a proporcionar um atendimento humanizado, garantindo que tanto os pacientes quanto os acompanhantes recebam toda a atenção e acolhimento que merecem durante o período de internação. Nosso compromisso é oferecer um ambiente de cuidado e suporte integral, focado na dignidade e bem-estar de cada indivíduo.

Principais Rotinas da Internação

- ✓ Internação de pacientes, em ambientes individuais ou coletivos, conforme faixa etária, patologia, sexo e intensividade de cuidados;
- ✓ Execução e registro da assistência médica diária;
- ✓ Execução e registro da assistência de enfermagem, administrando as diferentes intervenções sobre o paciente;
- ✓ Prestação de assistência nutricional e distribuição da alimentação a pacientes (em locais específicos ou no leito) e acompanhantes (quando for o caso);
- ✓ Padronizar e manter atualizadas as dietas hospitalares, procedendo ao atendimento dietoterápico de acordo com o respectivo diagnóstico, anamnese alimentar e dados antropométricos;
- ✓ Prestação de assistência psicológica e social.
- ✓ Receber o Usuário da rede SUS para internação hospitalar em acomodações apartamentos ou enfermarias, dependendo da patologia;
- ✓ Avaliar condições físicas dos clientes em sua admissão e alta, fornecendo as informações necessárias sobre o funcionamento hospitalar;
- ✓ Realizar investigações para o tratamento de patologias;
- ✓ Suporte psicossocial;
- ✓ Realizar Educação em Saúde para os usuários e seus familiares, de forma a ter uma melhor compreensão do processo saúde-doença, contribuindo para o seu tratamento e retorno ao convívio social;
- ✓ Encaminhar para contra-referência de modo a garantir a continuidade do tratamento;

- ✓ Execução e registro diário da assistência médica e de enfermagem administrando as diferentes intervenções sobre o paciente;

A SPDM disponibilizará o termo de consentimento livre esclarecido que deverá ser entregue ao paciente no ato da internação; após preenchimento do profissional de saúde e do responsável o documento deverá ser anexado ao prontuário do paciente.

A SPDM implementará iniciativas voltadas para a humanização, incluindo a adoção de dois dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH): o direito de acompanhante e o sistema de visitação aberta. Essas medidas visam promover alterações nos modelos de atenção e gestão hospitalar.

Procedimentos para visitas

A visita aberta é um dispositivo da Política Nacional de Humanização que amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação, a fim de garantir o elo entre o paciente, sua família e amigos.

A SPDM entende que o horário de visita é um momento importante e aguardado tanto para familiares e amigos como para o paciente; e para maior comodidade e o repouso necessário ao paciente internado, será sugerido uma grade de horários.

- ✓ Para visita e alta da paciente é obrigatória a apresentação (por parte do acompanhante/visitante) de documento de identidade;
- ✓ É permitido na visita a entrada de duas pessoas de cada vez;
- ✓ É permitida a entrada de crianças maiores de 12 anos;
- ✓ As informações médicas serão realizadas pessoalmente em horários pré-estabelecidos.

Critérios para visitas

Os critérios abaixo visam a organização das visitas:

✓ A entrada de crianças menores de 12 anos será liberada apenas com autorização do médico (a) ou enfermeiro responsável.

✓ Respeitar restrição de visitas;

✓ Uso obrigatório do crachá em todas as dependências do Hospital;

✓ Cumpra os horários de visita e a quantidade de visitantes indicadas pelo Hospital;

✓ Higienização das mãos antes e após visitar o paciente;

✓ Não sente na cama do paciente;

✓ Evite realizar visitas se estiver resfriado ou com doença infecciosa;

✓ Não traga alimentos ao paciente sem ordem médica, da enfermagem ou da nutrição;

✓ Não traga flores.

✓ Consulte a equipe de enfermagem para entrada de objetos eletrônicos. Identifique-os na portaria;

✓ Os acompanhantes não devem utilizar roupas de dormir e traje informais nas áreas comuns. Assim como devem estar devidamente calçados;

✓ É expressamente proibido fumar nas dependências do hospital. O fumo é prejudicial ao paciente e ao meio hospitalar.

Orientações específicas para visitantes das UTIs

As orientações abaixo visam a organização das visitas na UTI:

✓ Respeite a restrição de visitas;

✓ Uso obrigatório do crachá em todas as dependências do Hospital;

✓ Cumpra os horários de visita e a quantidade de visitantes indicadas pelo Hospital;

✓ Higienizar as mãos antes e após visitar o paciente;

✓ Não sente na cama do paciente;

✓ Evite realizar visitas se estiver resfriado ou com doença infecciosa;

✓ Não traga alimentos ao paciente sem ordem médica, da enfermagem ou da nutrição;

✓ Não traga flores;

✓ Consulte a equipe de enfermagem para entrada de objetos eletrônicos. Identifique-os na portaria;

✓ Não é permitida a entrada de crianças menores de 12 anos nas unidades;

✓ Chegue no horário indicado para a visita na UTI e aguarde ser chamado na sala de espera da Unidade. No momento da entrada um profissional da saúde orientará quanto à lavagem das mãos e demais procedimentos necessários;

✓ Deixe seus pertences, tais como bolsas, mochilas, entre outros, nos armários disponíveis na entrada da UTI. Adornos (pulseiras, anéis, relógios) devem ser retirados e podem ser guardados com você. Os celulares devem permanecer desligados durante a visita;

✓ Transmita calma ao paciente e evite abordar assuntos desagradáveis;

✓ Mantenha silêncio dentro das UTIs, a fim de proporcionarmos um ambiente calmo e tranquilo evitando o estresse desnecessário e contribuindo para a recuperação do paciente;

✓ É expressamente proibido fumar nas dependências do hospital. O fumo é prejudicial ao paciente e ao meio hospitalar.

Podem ocorrer eventuais atrasos na entrada de visitas, quando algum procedimento estiver sendo realizado na UTI, porém este fato não interfere na duração da visita.

Em casos de intercorrências dentro da unidade, poderá ser solicitada a interrupção da visita e a saída dos visitantes temporariamente da unidade.

Visitas de religiosos

As visitas religiosas no serviço hospitalar não apenas proporcionam um suporte essencial ao bem-estar emocional, espiritual e físico dos pacientes, mas também ajudam a mitigar o estresse, a ansiedade, o medo e a solidão frequentemente associados à hospitalização. Em um ambiente hospitalar que abriga uma diversidade de pacientes com diferentes origens religiosas, essas visitas garantem acesso a práticas e rituais que são fundamentais para sua fé.

Para organizar eficazmente as visitas religiosas e enfatizar o suporte espiritual e emocional aos pacientes, familiares e equipe hospitalar, a SPDM propõe que o agendamento seja iniciado a partir da solicitação do paciente ou de seus familiares ao Serviço Social.

Visitas casos especiais

A carta dos direitos dos usuários em saúde aponta que crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito a acompanhamento durante todo o período de internação. Os demais usuários têm direito a visita diária de no mínimo duas horas durante as internações, com exceção para situações técnicas contraindicadas.

Os adolescentes têm direito a consulta médica e ou atendimento por qualquer outro profissional de saúde, mesmo que esses compareçam ao serviço de saúde

desacompanhados dos pais ou responsáveis, inclusive aos menores de 14 anos, que não estejam portando documentos pessoais ou comprovante de residência, conforme publicação do Ministério da Saúde, Marco Legal: Saúde, Um Direito de Adolescentes, 2005.

O idoso internado ou em observação em qualquer unidade de saúde tem direito a acompanhante, pelo tempo determinado pelo profissional de saúde que o atende. A Lei 10.741/2003, amplia os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos.

Se o paciente internado for menor de 18 anos de idade, tem assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

As parturientes também têm direito a acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei 11.108/05.

A SPDM propõe de acordo com a Lei Municipal nº 1957 de 10 de outubro de 2019, garantir o direito à presença de uma doula durante o período de pré natal, trabalho de parto, parto (todos os tipos de parto e vias de nascimento) e pós-parto em período de internação em estabelecimentos de saúde Estância Balneária de Praia Grande. A doula é uma profissional que oferece suporte emocional, físico e informativo, ajudando a tornar o processo de parto mais tranquilo e positivo.

A abordagem acolhedora e vinculante é necessária para que os profissionais de saúde ofereçam os cuidados em saúde de forma integral, atingindo igualmente os pacientes com queixas físicas e/ou com algum grau de sofrimento emocional.

A unidade de internação é definida como o local de prestação do atendimento à saúde para “pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas” (pacientes internos).

A Unidade de Internação é representada como um conjunto de elementos destinados à acomodação do paciente internado, e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento, provenientes de tratamento clínico e cirúrgico, no estado crítico e semicrítico, hemodinamicamente estáveis, atendendo integralmente, pacientes de média complexidade.

Proporcionar a recuperação dos pacientes para que alcancem o melhor estado de saúde física, mental e emocional possível, conservando o sentimento de bem-estar, espiritual e social, sempre envolvendo e capacitando-os para o autocuidado, juntamente com os seus familiares, na prevenção de doenças e danos visando a recuperação no menor tempo possível ou proporcionar apoio e conforto aos pacientes em processo de morte e seus familiares, respeitando suas crenças e valores.

Seguem abaixo as principais ações assistenciais que devem ser desenvolvidas no Hospital Irmã Dulce nos pacientes internados.

- ✓ Assistência/consulta médica nas seguintes especialidades: clínica geral, cirurgia cabeça e pescoço, ortopedia/traumatologia, ginecologia/obstetrícia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, pediatria, cirurgia pediátrica, bucomaxilo, urologia, neurocirurgia, psiquiatria, serviço de enfermagem
- ✓ Assistência/Consulta de Enfermagem: tem como finalidade assistir o paciente em suas necessidades biopsicossociais, tratar a queixa principal e minimizar o sofrimento, coordenar e organizar o fluxo de atendimento, buscando oferecer uma assistência de qualidade e humanizada;

✓ Assistência Farmacêutica: engloba o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o uso racional;

✓ Assistência Psicológica: a atuação do psicólogo no contexto do Complexo Hospitalar Irmã Dulce não se refere apenas à atenção direta ao paciente, refere-se também, atenção que é dispensada à família e a equipe de saúde, dentro de sua atuação profissional.

✓ Assistência Nutricional: O nutricionista realizará avaliação do estado nutricional, evolução dietoterápica, recomendações dietéticas com base no diagnóstico clinico nutricional. A sistematização destas ações possibilita a prestação adequada de assistência nutricional, garantindo a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional;

✓ Assistência Social: compreender as necessidades sociais do usuário em atendimento no serviço, na sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele, articulando com outras instituições que atenda a realidade social dos usuários numa perspectiva de acesso aos direitos sociais;

✓ Assistência odontológicas: Urgência odontológica pode ser entendida, como medidas rápidas de atendimento que tem por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos da cavidade bucal. Essa condição que apresenta o paciente deve, portanto, ser tratada de forma iminente. Várias situações podem gerar uma urgência odontológica e levam, geralmente, ao afastamento laboral, escolar e baixa na qualidade de vida. Ocorre com mais frequência em pessoas que não fazem tratamento regular com dentista, porém pode surgir também após ou durante o tratamento odontológico.

✓ Vigilância em Saúde: Notificar e acompanhar os agravos e eventos de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria GM/MS 1378/2013 e considerando os fluxos estabelecidos pela SMS;

✓ Participará do sistema municipal, que buscará atender, dentro da região de abrangência todo enfermo dentro de sua complexidade;

O Corpo Clínico Assistencial é constituído por todos os profissionais da área da saúde que atuam diretamente com o usuário como médico, enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista.

As atividades clínicas que este profissional desempenha abrangem:

- Estudo e orientação inicial dos doentes;
- Coordenação de exames de saúde regularmente;
- Diagnóstico e tratamento de grande parte das doenças;
- Acompanhamento e tratamento do doente crônico;
- Orientação de pacientes que apresentam quadros complexos, com patologias raras e múltiplas, juntamente com a participação de outros especialistas, quando for necessário.
- Integração final de dados clínicos e exames complementares, decorrentes da observação dos pacientes por outro especialista.

O especialista em medicina interna realizará o acompanhamento de forma horizontal aos pacientes clínicos internados de forma longitudinal, evoluindo-os diariamente com visão global das comorbidades, solicitando os exames complementares e orientando as terapias adequadas para cada caso.

A equipe de Enfermagem tem como responsabilidade proporcionar ambiente melhorias contínuas no processo assistencial e:

✓ Garantir o cumprimento das atividades planejadas para o Processo de Enfermagem;

✓ Promover ambiente que proporcione melhorias contínuas no processo assistencial;

✓ Garantir a disponibilização e utilização das rotinas contidas em manuais da Secretaria Municipal de Saúde e SPDM;

✓ Garantir a comunicação com o corpo clínico, referente a mudanças no fluxo da Assistência de Enfermagem (quando interferir em processo médico);

✓ Cumprir rotinas, normas e regulamentações da Instituição e Secretaria Municipal de Saúde;

✓ Realizar reunião mensal com a equipe de enfermagem, a fim de discutir ações que proporcionem uma assistência humanizada e com qualidade;

✓ Responder pelas informações e ações de vigilância epidemiológica da unidade;

✓ Promover atualização contínua à equipe de enfermagem;

✓ Planejar e prover os recursos (materiais e medicamentos) necessários para o desenvolvimento da Assistência de Enfermagem;

✓ Supervisionar a utilização dos recursos planejados;

✓ Preencher registros específicos da Assistência de Enfermagem;

✓ Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de Assistência de Enfermagem;

✓ Acolher os usuários de modo que sejam atendidos continuamente em suas necessidades;

✓ Realizar os procedimentos técnicos e assistenciais de sua responsabilidade;

✓ Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pelos Técnicos de Enfermagem;

✓ Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;

✓ Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;

✓ Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;

✓ Prestar assistência á pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção á outro serviço;

✓ Preencher notificações de sua responsabilidade, segundo padronização da Vigilância epidemiológica Municipal e Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

✓ Gerenciar, organizar e controlar processamento de produtos para saúde;

✓ Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;

✓ Acompanhar menor desacompanhado em consulta ou designar o Técnico de Enfermagem para fazê-lo;

✓ Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos assistenciais, enfocando segurança do paciente e diminuição de riscos de infecção;

✓ Cumprir rotinas, normas e regulamentações da Instituição e Secretaria Municipal de Saúde;

✓ Acompanhar a eficácia da escala de serviços da equipe de enfermagem.

Plano de Alta Hospitalar

A SPDM propõe plano assistencial de alta hospitalar elaborado para garantir uma transição segura e eficaz do paciente do ambiente hospitalar de volta para casa ou para outro local de cuidado.

Avaliação Integral do Paciente

- Revisão do Estado de Saúde: Avaliação completa da condição física, mental e emocional do paciente antes da alta.
- Necessidades Especiais: Identificação de quaisquer necessidades especiais de cuidados contínuos ou suporte pós-alta.

Educação e Orientação ao Paciente e Família

- Instruções de Cuidados: Fornecer orientações claras sobre os cuidados a serem realizados em casa, incluindo medicações, curativos, dieta, atividades físicas permitidas, entre outros.
- Sinais de Alerta: Fornecer orientações sobre sinais de complicações que exigem atenção médica imediata.
- Contatos Importantes: Fornecer informações de contato para dúvidas ou emergências pós-alta.

Coordenação de Cuidados

- Agendamento de Consultas: Orientação para o agendamento de consultas de acompanhamento na Rede Assistencial para continuidade dos cuidados.
- Transmissão de Informações: Assegurar que todas as informações relevantes sobre o tratamento durante a internação sejam compartilhadas com os profissionais de saúde que cuidarão do paciente após a alta.

Suporte Social e Psicológico

• Apoio Emocional: Oferecer suporte emocional ao paciente e familiares durante a transição para casa.

• Recursos Comunitários: Encaminhar para recursos comunitários ou serviços de apoio, como grupos de suporte ou organizações de pacientes.

Avaliação de Necessidades de Equipamentos ou Cuidadores

• Equipamentos Médicos: Verificar a necessidade de equipamentos médicos em casa.

• Cuidadores: Avaliar a necessidade de cuidadores domiciliares e organizar treinamento, se aplicável.

Planejamento de Medicamentos

• Reconciliação de Medicamentos: Rever a lista de medicamentos do paciente, garantir que seja precisa e atualizada de acordo com a REMUME do município.

• Prescrições: Emitir prescrições atualizadas para medicamentos necessários após a alta.

Documentação

• Registro de Alta: Documentar todas as instruções de alta e informações relevantes no prontuário do paciente.

Avaliação de Segurança Doméstica

• Ambiente Seguro: Orientar a segurança do ambiente doméstico do paciente, especialmente para aqueles com mobilidade limitada ou necessidades especiais.

Avaliação de Nutrição e Dieta

• Recomendações Dietéticas: Fornecer orientações dietéticas adequadas à condição do paciente, incluindo restrições alimentares, se houver.

Avaliação de Necessidades Especiais

• Planos de Cuidado Personalizados: Desenvolver planos de cuidado personalizados para pacientes com necessidades especiais, como cuidados paliativos ou crônicos.

A SPDM propõe que cada ação deve ser adaptada às necessidades individuais do paciente e às políticas específicas da instituição de saúde.

Um plano assistencial de alta hospitalar bem estruturado facilita a recuperação dos pacientes e reduz o risco de readmissões hospitalares desnecessárias e promove uma experiência de cuidado contínuo e integrado.

Para realizar a internação é necessário apresentação dos seguintes documentos:

1. RG e CPF
2. C.N.S.
3. Para pacientes menores de 18 anos - acompanhante deve apresentar documentos para ser o responsável pela internação.

A.1) CLÍNICA MÉDICA

A Clínica Médica do Hospital Irmã Dulce é composta por 35 leitos ativos e 01 leito de tisiologia, responsável por oferecer cuidados abrangentes e especializados a

pacientes adultos com uma variedade de condições de saúde. A SPDM propõe atendimento de excelência, integrando diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo para promover a recuperação e a qualidade de vida dos pacientes.

Atividades Clínicas Desenvolvidas

- Estudo e Orientação Inicial dos Doentes: Realizar avaliação detalhada e inicial de cada paciente para estabelecer diagnósticos precisos e iniciar o plano terapêutico adequado.
- Coordenação de Exames de Saúde: Garantir a realização de exames de saúde regulares para monitorar a evolução do estado de saúde dos pacientes.
- Diagnóstico e Tratamento de Doenças de Adultos: Oferecer tratamento especializado para uma ampla gama de doenças comuns e complexas encontradas na população adulta.
- Acompanhamento e Tratamento do Doente Crônico: Prestar cuidados contínuos e personalizados aos pacientes com condições crônicas, visando melhorar sua qualidade de vida e minimizar complicações.
- Orientação de Pacientes Complexos: Em casos de patologias raras ou múltiplas, trabalhar em conjunto com outros especialistas para garantir um plano de tratamento integrado e eficaz.
- Integração de Dados Clínicos e Exames Complementares: Consolidar todas as informações clínicas e resultados de exames para uma avaliação abrangente do estado de saúde do paciente.

Abordagem do Especialista em Medicina Interna

- Acompanhamento Longitudinal: O especialista em medicina interna acompanha os pacientes de forma longitudinal para garantir uma visão global das comorbidades e da evolução clínica ao longo do tempo.
- Gestão Holística do Paciente: Desenvolver plano terapêutico individualizado, solicitando exames complementares conforme necessário e orientando as terapias mais adequadas para cada caso específico.
- Evolução Diária e Integração Multidisciplinar: Realizar as evoluções diárias dos pacientes, promovendo uma abordagem integrada com outros profissionais de saúde quando necessário para otimizar o tratamento.

Compromisso com a Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente

- Protocolos de Cuidado: Seguir protocolos de cuidado para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes durante toda a sua estadia no hospital.
- Educação e Capacitação: Investir na constante atualização e capacitação da equipe para oferecer um atendimento baseado nas melhores práticas clínicas e humanísticas.

Ações de Melhoria Contínua

- Avaliação de Resultados: Realizar avaliações regulares dos resultados do tratamento para identificar áreas de melhoria e garantir a excelência nos cuidados prestados.
- Feedback dos Pacientes: Valorizar o feedback dos pacientes e familiares para ajustar nossas práticas e proporcionar uma experiência cada vez mais satisfatória.

A.2) CLÍNICA CIRÚRGICA

A Clínica cirúrgica do Hospital Irmã Dulce é composta por 70 leitos ativos, refere-se a uma área especializada que envolve o diagnóstico, tratamento e cuidados de pacientes que necessitam de intervenções cirúrgicas no Hospital Irmã Dulce e a SPDM propõe plano assistencial para garantir que cada paciente receba cuidados cirúrgicos de alta qualidade, com foco na segurança, recuperação e bem-estar geral, reforçando o fortalecimento das ações que norteiam o processo de trabalho relacionados ao processo cirúrgico:

Preparação Pré-operatória

- Avaliação Inicial: Cada paciente será submetido a uma avaliação completa antes da cirurgia, incluindo exames físicos, avaliação de histórico médico e realização de exames complementares conforme necessário.
- Orientações: Fornecer de orientações claras sobre o procedimento cirúrgico, incluindo preparação prévia, jejum, medicamentos a serem suspensos, entre outros.
- Consentimento Informado: Garantir que todos os pacientes e familiares recebam informações detalhadas sobre os riscos, benefícios e alternativas ao procedimento cirúrgico, além de consentimento informado devidamente documentado.

Cuidados Pós-operatórios

- Protocolos de Manejo da Dor: Implementar protocolos atualizados para controle eficaz da dor pós-operatória, utilizando abordagens farmacológicas e não farmacológicas conforme indicado.

• Monitoramento de Complicações: Monitorar continuamente para detecção precoce de complicações pós-operatórias, com intervenção imediata quando necessário.

• Reabilitação: Iniciar precocemente o processo de reabilitação, com envolvimento de fisioterapeutas e outros profissionais de saúde para promover a recuperação funcional dos pacientes.

Compromisso com a Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente

• Padrões de Cuidado: Aderir padrões de qualidade e segurança cirúrgica, incluindo controle de infecções, prevenção de tromboembolismo venoso e outras complicações relacionadas.

• Auditorias e Revisões: Realizar auditorias periódicas para revisar e melhorar os processos cirúrgicos, garantindo práticas baseadas em evidências e seguras.

Educação do Paciente e Família

• Educação Pré-operatória: Orientar o paciente e familiares sobre o que esperar antes, durante e após a cirurgia, incluindo cuidados domiciliares e sinais de alerta.

• Suporte Psicológico: Ofertar de suporte emocional durante todo o processo cirúrgico, ajudando os pacientes e familiares a lidar com o estresse e a ansiedade.

A.3) CLÍNICA OBSTÉTRICA

A Obstetrícia é a ciência que se ocupa da gravidez e do parto.

Ginecologia é a ciência que se ocupa da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças do sistema reprodutor feminino e órgão correlacionado

A clínica obstétrica do Hospital irmã Dulce realiza atendimento de pacientes referenciados pela rede de atenção básica, para atendimentos médicos e é composta por 26 leitos ativos.

Segundo as diretrizes do SUS, as gestantes deverão fazer, conforme definido pelo programa, ao menos uma visita ao hospital, onde será acolhida e orientada quanto aos procedimentos pertinentes no momento do parto.

Em caso de pacientes que necessitem ser internadas para que cujo parto seja realizado no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, os critérios de internação obedecerão à mesma rotina que os pacientes das outras especialidades.

Após a finalização do procedimento de internação a paciente será encaminhada à sala de acolhimento e depois para o pré parto, no Centro Obstétrico.

O encaminhamento para o Centro Obstétrico poderá ser feito pelo Pronto Atendimento, quando em trabalho de parto, ou pela unidade de internação, quando o parto eletivo (previamente agendado pelo médico).

No pré parto, uma funcionária da enfermagem, que irá admitir a paciente no setor, será responsável por verificar os sinais vitais da paciente, completar seu prontuário com os impressos necessários, registrar a digital do polegar na ficha do berçário e na DNV (Declaração de Nascido Vivo), confeccionar as três pulseiras para identificação do bebê, e realizar a paramentação adequada com camisola, avental, touca e para os pés.

A SPDM propõe como plano assistencial propõe cuidados abrangentes e personalizados às gestantes, garantindo uma experiência segura e positiva durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

• Exames Complementares: ultrassonografias, exames laboratoriais e cardiotocografias, conforme necessário.

• Orientações e Educação: fornecer orientações detalhadas sobre cuidados, dieta adequada para trabalho de parto.

• Visita à Maternidade: Proporcionar a visita guiada à maternidade para familiarização com o ambiente e procedimentos durante o parto.

Assistência durante o Parto

• Monitoramento Fetal: Monitorar o bem-estar fetal durante o trabalho de parto, utilizando tecnologias como cardiotocografias.

• Apoio ao Trabalho de Parto: Ofertar suporte emocional e físico durante todas as fases do trabalho de parto, promovendo um ambiente seguro e respeitoso.

• Assistência Obstétrica: Realizar a Intervenção obstétrica quando necessário, garantindo um parto seguro e minimizando complicações.

• Estratégias de Alívio da Dor: Discutir opções de alívio da dor durante o trabalho de parto, incluindo métodos não farmacológicos e anestesia epidural.

Cuidados Pós-Parto

• Alojamento Conjunto: Incentivar ao alojamento conjunto mãe-bebê para facilitar o vínculo afetivo e a amamentação precoce.

• Cuidados com o Puerpério: Monitorar a recuperação pós-parto, incluindo avaliação de sinais de complicações e apoio à amamentação.

• Educação Pós-Parto: Orientar sobre cuidados com o recém-nascido, alimentação infantil, vacinação e planejamento familiar.

Compromisso com a Qualidade e Segurança do Paciente

• Protocolos de Segurança: Implementação de protocolos para prevenir infecções hospitalares, realizar identificação correta da paciente e garantir a segurança durante procedimentos

• Auditorias e Revisões: Realizar de auditorias periódicas para revisar e melhorar os processos obstétricos, assegurando práticas baseadas em evidências e seguras.

Educação Contínua

• Treinamento da Equipe: Atualizar constantemente a equipe médica e de enfermagem em práticas obstétricas e neonatais, incluindo simulações de emergências obstétricas.

• Educação para Pacientes: Ofertar cursos educativos para gestantes e familiares sobre cuidados pré-natais, preparação para o parto e pós-parto.

A.4) CLÍNICA PEDIÁTRICA

É a especialidade médica que trata de pacientes infantis, atuando principalmente em ambiente hospitalar. Inclui o estudo das doenças de crianças, não cirúrgicas, sendo a especialidade médica a partir da qual se diferenciam diversas outras especialidades, de forma que abrange os agravos de modo global.

A pediatria consiste em uma especialidade médica responsável por diagnosticar e tratar grandes quadros sintomáticos em crianças e, particularmente, os polissistêmicos ou que abrange diversos órgãos, de acordo com uma perspectiva global e integrada a outras especialidades.

Para um paciente que apresenta patologias múltiplas ou de difícil diagnóstico, esta é a especialidade médica mais adequada, pois o médico especializado em

pediatria possui uma visão abrangente do paciente, assegurando a integração dos cuidados, recorrendo, quando necessário, à opinião de especialistas de outras áreas.

As atividades clínicas que este profissional desempenha abrangem:

•Estudo e orientação inicial dos doentes;

•Coordenação de exames de saúde regularmente;

•Diagnóstico e tratamento de grande parte das doenças de crianças;

•Acompanhamento e tratamento do doente com internação prolongada;

•Orientação de pacientes que apresentam quadros complexos, com patologias raras e múltiplas, juntamente com a participação de outros especialistas, quando for necessário.

•Integração final de dados clínicos e exames complementares, decorrentes da observação dos pacientes por outro especialista.

Os especialistas em pediatria acompanham de forma horizontal aos pacientes pediátricos internados de forma longitudinal, evoluindo-os diariamente com visão global das comorbidades, solicitando os exames complementares e orientando as terapias adequadas para cada caso.

O Complexo Hospitalar Irma Dulce possui em sua composição 19 leitos ativos de pediatria e a SPDM propõe como plano assistencial para proporcionar cuidados abrangentes e compassivos às crianças hospitalizadas na pediatria do hospital.

Admissão e Avaliação Inicial

• Recepção e Acolhimento: Acolher e orientar os pais ou responsáveis sobre o processo de internação.

- Avaliação Inicial: Realização de uma avaliação completa da saúde da criança, incluindo história médica, exame físico e revisão de exames laboratoriais e de imagem.

Cuidados Clínicos

- Monitoramento Contínuo: Monitorar regularmente os sinais vitais e condição clínica da criança, com registros precisos das observações.
- Administração de Medicamentos: Administrar de forma segura e precisa os medicamentos conforme prescrição médica, com atenção especial à dosagem e horários.
- Tratamento de Doenças Comuns: Gerenciamento de doenças pediátricas comuns, como infecções respiratórias, gastroenterites, entre outras.

Suporte Psicológico e Social

- Suporte Emocional: Ofertar suporte emocional para crianças e familiares, especialmente em situações de doenças graves ou prolongadas.
- Assistência Social: Identificar e apoiar às necessidades sociais da família, incluindo encaminhamento para serviços de assistência social quando necessário.

Educação e Orientação

- Educação para Pais: Orientar sobre cuidados em casa, medicação, sinais de alerta e seguimento após a alta hospitalar.

• Educação para Crianças: Adaptar informações sobre o tratamento de acordo com a idade e compreensão da criança, promovendo um ambiente de aprendizagem seguro e acolhedor.

Segurança e Prevenção de Infecções

• Controle de Infecções: Adotar medidas de higiene e controle de infecções para proteger a saúde das crianças hospitalizadas.

• Identificação Correta: Identificar corretamente a criança e conferência de dados para garantir a segurança durante procedimentos e administração de medicamentos.

Planejamento de Alta

• Preparação para a Alta: Discutir antecipadamente com a família sobre o planejamento de alta, incluindo orientações sobre cuidados pós-hospitalares e possíveis necessidades de acompanhamento médico.

A.5) CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

A SPDM propõe como plano assistencial para fornecer cuidados integrados e compassivos aos pacientes internados na psiquiatria, promovendo a recuperação e o bem-estar mental, o Complexo Hospitalar na sua composição possui 11 leitos ativos. Os leitos de psiquiatria do Hospital Irmã Dulce são retaguarda da rede de urgência e emergência, e são destinados a pacientes em surtos psicóticos com o objetivo de estabilização de quadros agudos, não sendo referência para casos de longa permanência.

Fomentar a elaboração do projeto terapêutico, que é um plano individualizado de cuidados e tratamento elaborado para cada paciente. Ele é desenvolvido com base

na avaliação das necessidades clínicas, psicológicas e sociais do paciente, visando sua reabilitação e melhoria do estado de saúde mental.

Seguir as bases da Lei 10.216/2001; da Portaria MS 2391/2002; da Portaria MS 3088/2011; da Resolução MS/CIT 32/2017; Portaria MS 3588/2017; Portarias MS 148/2012 e 1615/2012;

Basear a internação psiquiátrica para os casos de transtornos psicóticos agudos decorrentes de variadas etiologias, tais como psicose de espectro esquizofrênico, transtorno de humor (depressão e mania psicótica), transtornos psicóticos agudos e transtornos mentais orgânicos, bem como de alterações comportamentais de risco associadas com estas e outras patologias psiquiátricas. Inclui, também, comorbidades relativas ao espectro álcool e substâncias psicoativas;

Admissão e Avaliação Inicial

- Triagem e Avaliação Psiquiátrica: Realizar avaliação a condição mental e emocional do paciente.
- Entrevista Clínica: Entrevista detalhada com o paciente e familiares para coletar histórico médico, sintomas atuais, tratamentos anteriores e contexto psicossocial.

Cuidados Especializados

- Plano Terapêutico Individualizado: Desenvolver um plano de tratamento personalizado, incluindo terapia medicamentosa, psicoterapia e intervenções psicossociais.
- Monitoramento Psiquiátrico: Monitorar continuamente os sintomas psiquiátricos, comportamentais e emocionais do paciente, com registros precisos e atualizados.

• Suporte Social e Familiar: Assistência para lidar com questões sociais, familiares e financeiras que possam impactar a saúde mental do paciente.

• Educação e Orientação: Orientar pacientes e familiares sobre a condição psiquiátrica, tratamento, estratégias de manejo e recursos comunitários disponíveis.

• Segurança e Contenção: Implementar protocolos de segurança para prevenir crises comportamentais e garantir um ambiente seguro para todos os pacientes e equipe.

• Manejo de Crises: Treinar a equipe para o manejo de crises psiquiátricas, com intervenção rápida e eficaz quando necessário.

• Planejamento de Alta: Preparação para a Alta e discutir antecipadamente com o paciente e familiares sobre o plano de alta, incluindo estratégias de continuidade de cuidados e acompanhamento psiquiátrico ambulatorial.

• Compromisso com a Qualidade e Ética: Adesão aos princípios éticos na prática psiquiátrica, incluindo respeito à autonomia do paciente, confidencialidade e consentimento informado.

A.6) UTI ADULTO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto é área especializada projetada para fornecer cuidados intensivos e contínuos a pacientes adultos com condições graves e potencialmente fatais.

A SPDM propõe plano assistencial individualizado para pacientes internados na UTI adulto, integrado para garantir cuidados eficazes de alta qualidade na UTI adulto do Hospital Irma Dulce. As UTIs funcionarão de acordo com a RDC- ANVISA nº 7 – 24/02/2010.

Os Serviços deverão garantir todas as manobras de sustentação da vida dentro da sua complexidade em consonância com a legislação vigente, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado, segundo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde da Estância Balneária de Praia Grande.

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce, possui 30 leitos de UTI e contará com apoio durante todo o horário de funcionamento do Serviço de Regulação Médica de Urgência – Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo - SIRESP, e este se baseará na Portaria Nº 2048 de 5 de Novembro de 2002 MS.

O Processo de assistência no Complexo Hospitalar Irmã Dulce será norteado pelas políticas da Secretaria Municipal de Saúde Estância Balneária de Praia Grande segundo as modalidades de atenção, e estará organizado para o alcance das metas estabelecidas pelo Gestor.

As atividades de assistência serão estruturadas pela equipe técnica e estabelecidas em um projeto comum, ampliando o acesso com qualidade e a integração da unidade na rede de atenção à saúde, mitigando assim a procura dos usuários por outros serviços de maior complexidade.

Avaliação Inicial

- Avaliação Médica: Revisar o estado clínico atual do paciente, incluindo diagnóstico, comorbidades e necessidades específicas.
- Avaliação de Enfermagem: Monitorar continuamente os sinais vitais, estado de consciência, função respiratória, circulação e outras condições relevantes.

Plano Assistencial

- Estabelecer metas claras e mensuráveis para a recuperação do paciente, como estabilidade hemodinâmica, otimização da função respiratória, controle da dor, entre outros.

Monitoramento e Tratamento

- Monitoramento Contínuo: Utilizar monitorização avançada para acompanhar sinais vitais, função cardiorrespiratória, função renal, entre outros.
- Tratamento Específico: Administrar medicamentos conforme prescrição médica, suporte ventilatório, terapia nutricional adequada, controle de infecções, entre outros.

Suporte Multidisciplinar

- Equipe Multidisciplinar: Inclui médicos intensivistas, enfermeiros especializados, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais para abordagem holística do paciente.
- Suporte Psicológico: Considerar o impacto emocional do paciente e dos familiares, oferecendo suporte psicológico e informações claras sobre o estado de saúde.

Comunicação e Transparência

- Comunicação Efetiva: Manter familiares informados sobre o estado do paciente de maneira empática e clara, respeitando a privacidade e as preferências culturais.

Planejamento de Alta e Cuidados Pós-UTI

- Planejamento de Alta: Preparar o paciente e os familiares para a transição da UTI para outros níveis de cuidado, garantindo continuidade no tratamento e suporte.

Educação e Treinamento

• Educação do Paciente e Família: Orientar sobre a condição clínica, tratamentos realizados, possíveis complicações e autocuidado após a alta.

Revisão e Atualização

• Avaliação Contínua: Revisar periodicamente o plano assistencial, ajustando-o conforme necessário com base na resposta do paciente e novas informações clínicas.

Considerações Específicas para o Hospital Irma Dulce na Praia Grande

• Protocolos Institucionais: Seguir os protocolos específicos do hospital para garantir a conformidade com as diretrizes e padrões de cuidado.

• Cuidados Humanizados: Promover um ambiente de cuidado humanizado, respeitando a dignidade e os direitos do paciente em todos os aspectos do tratamento.

A.7) UTI INFANTIL E NEONATAL

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) infantil e neonatal é uma área especializada dedicada ao cuidado intensivo de bebês prematuros ou recém-nascidos com condições médicas graves. É uma unidade altamente especializada que oferece cuidados intensivos e multidisciplinares para bebês prematuros ou com condições médicas graves desde o nascimento, com foco na estabilização, tratamento e recuperação desses pacientes frágeis e vulneráveis.

O Complexo Hospitalar Irma Dulce na sua composição apresenta 10 leitos de UTI infantil e 10 leitos de UTI neonatal.

A SPDM propõe plano assistencial para pacientes internados na UTI Infantil e Neonatal com uma abordagem cuidadosa e específica para atender às necessidades únicas desses pacientes de acordo com a RDC- ANVISA nº 7 – 24/02/2010.

Avaliação Inicial

- Avaliação Médica: Realizar avaliação detalhada do estado clínico do paciente, considerando a idade, peso, diagnóstico e condições de saúde pré-existentes.
- Avaliação de Enfermagem: Monitorar continuamente os sinais vitais, saturação de oxigênio, perfusão periférica, entre outros parâmetros essenciais.

Objetivos do Plano Assistencial

- Definir objetivos claros e alcançáveis para cada paciente, como estabilidade respiratória, manutenção da perfusão adequada e suporte nutricional otimizado.

Monitoramento e Tratamento

- Monitorização Avançada: Utilização de monitores especializados para acompanhamento contínuo da função cardiorrespiratória, saturação de oxigênio e outros parâmetros relevantes.
- Suporte Ventilatório: Administração de suporte ventilatório conforme as necessidades individuais do paciente, incluindo ventilação mecânica não invasiva ou invasiva.
- Nutrição Especializada: Implementação de planos nutricionais específicos para a faixa etária e condições clínicas, garantindo o suporte adequado ao crescimento e desenvolvimento.

Suporte Multidisciplinar

- Equipe Especializada: Inclusão de pediatras intensivistas, enfermeiros pediátricos especializados, fisioterapeutas pediátricos, nutricionistas e psicólogos infantis para proporcionar cuidados integrados.
- Cuidados de Desenvolvimento: Implementação de práticas que promovam o desenvolvimento neurosensorial e motor adequado para bebês prematuros e neonatos.

Comunicação e Apoio à Família

- Comunicação Transparente: Manter os pais informados sobre o estado de saúde do bebê de maneira compreensível e empática, respeitando as legislações sobre o direito à informação.
- Apoio Psicossocial: Oferecer suporte emocional e psicológico aos pais e familiares, fornecendo orientações sobre como participar ativamente do cuidado do bebê na UTI.

Compromisso com a Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente

- Protocolos de Segurança: Adoção de medidas para prevenção de infecções hospitalares, segurança no manejo de medicamentos e procedimentos invasivos, conforme diretrizes da RDC.

Planejamento de Alta e Cuidados Continuados

- Transição para Casa: Planejar a alta hospitalar com antecedência, preparando os pais para os cuidados necessários em casa e fornecendo suporte contínuo após a alta.

Educação e Treinamento

• Educação dos Pais: Orientar os pais sobre os cuidados específicos após a alta, incluindo sinais de alerta, alimentação adequada e seguimento ambulatorial.

Revisão e Melhoria Contínua

• Avaliação Periódica: Realizar avaliações regulares do plano assistencial para ajustes conforme a evolução do estado clínico do paciente e novas diretrizes.

B) PROGRAMA DE ATENÇÃO AO PACIENTE CIRÚRGICO

O Hospital Irmã Dulce é referência para o Litoral Sul de traumatologia e neurologia, contará com 70 leitos de cirurgia geral, 30 leitos de ortopedia/traumatologia, ginecologia/obstetrícia, cirurgia pediátrica, cirurgia de cabeça e pescoço, urologia, neurologia, otorrinolaringologista, cirurgia plástica, leitos de psiquiatria, bucomaxilo, UTI Adulto, sendo (Municipais e Estaduais), UTI Neonatal e leitos de Retaguarda Pronto Socorro.

A SPDM propõe como programa de atenção aos pacientes cirúrgicos, implantação protocolos para determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde - OMS1

Garantir um processo cirúrgico eficiente e compassivo para pacientes internados é fundamental para assegurar cuidados de saúde de qualidade e promover uma recuperação rápida e completa.

Fortalecer as ações assistenciais nesse contexto envolve não apenas aprimorar protocolos clínicos, mas também proporcionar um ambiente acolhedor e seguro para os pacientes.

Avaliação Pré-operatória

- Consulta Pré-operatória: Realização avaliação do paciente, incluindo histórico médico, exames físicos e laboratoriais necessários.
- Avaliação Anestésica: Avaliação pelo anestesiologista para determinar o risco anestésico e planejar a anestesia mais adequada.
- Preparação Psicológica: Oferecer suporte emocional à paciente, esclarecer dúvidas sobre o procedimento e discutir expectativas.

Preparação para o Procedimento Cirúrgico

- Educação Pré-operatória: Informar a paciente sobre o procedimento, riscos e cuidados pós-operatórios.
- Preparo Intestinal: Seguir protocolos para preparo intestinal, quando necessário, de acordo com as diretrizes clínicas.
- Jejum: Orientar a paciente sobre o jejum pré-operatório conforme protocolo anestésico.

Cuidados Intraoperatórios

A expressão "cirurgia segura" refere-se a um conjunto de medidas e protocolos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para garantir a segurança dos pacientes durante procedimentos cirúrgicos. Essas medidas são fundamentais para reduzir erros, melhorar a comunicação entre os membros da equipe cirúrgica e aumentar a segurança geral do paciente.

O termo "sign in, time out, sign out" refere-se especificamente aos três momentos principais em que esses protocolos de segurança são aplicados:

1. **Sign In (Entrada)**: Este é o momento antes do início da cirurgia, quando toda a equipe cirúrgica se reúne para confirmar a identidade do paciente, o procedimento a ser realizado, e discutir quaisquer preocupações específicas de segurança.

2. **Time Out (Pausa)**: É um momento crucial antes de iniciar a incisão, quando a equipe para, verifica novamente o paciente, o procedimento e outros detalhes críticos, garantindo que todos estejam alinhados e qualquer problema potencial seja resolvido antes de continuar.

3. **Sign Out (Saída)**: Este é o último momento antes de o paciente ser levado para a recuperação, onde a equipe revisa novamente todos os passos do procedimento, confirma se todos os instrumentos foram contados e verifica se há outras questões pendentes.

- Monitorização: Monitorar constantemente os sinais vitais da paciente durante o procedimento cirúrgico.
- Controle da Dor: Utilizar técnicas adequadas para controle da dor intraoperatória, conforme protocolos institucionais.
- Prevenção de Infecções: Seguir rigorosamente as diretrizes de prevenção de infecções, incluindo técnica asséptica e profilaxia antibiótica.

Cuidados Pós-operatórios imediatos

- Recuperação Pós-anestésica: Monitorar a recuperação da paciente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), garantindo estabilidade hemodinâmica e respiratória.
- Controle de Sinais Vitais: Monitorar sinais vitais regularmente após o procedimento, com especial atenção à estabilidade hemodinâmica.
- Alimentação: Iniciar a alimentação conforme protocolo institucional, considerando a tolerância gastrointestinal da paciente.

Cuidados Pós-operatórios Tardios

- Avaliação Clínica: Realizar avaliações clínicas regulares para monitorar a evolução da paciente, identificar complicações precoces e ajustar o plano de cuidados conforme necessário.
- Educação Pós-operatória: Orientar a paciente e seus familiares sobre os cuidados necessários após a alta, incluindo sinais de alerta e seguimento ambulatorial.

Alta Hospitalar

- Critérios de Alta: Estabelecer critérios claros para a alta hospitalar, considerando a estabilidade clínica do paciente e a capacidade de autocuidado.
- Prescrições: Emitir prescrições claras de medicamentos e cuidados domiciliares, incluindo instruções sobre curativos e acompanhamento ambulatorial.

Compromisso com a Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente

- Auditorias e Revisões: Realizar auditorias periódicas para garantir a conformidade com os protocolos de segurança e qualidade estabelecidos.

- Gestão de Riscos: Implementar medidas para gerenciar e minimizar riscos relacionados aos cuidados perioperatórios.

Educação Continuada

- Capacitação da Equipe: Oferecer treinamentos regulares para a equipe de saúde sobre práticas atualizadas e melhores cuidados para pacientes cirúrgicos.

B1) CENTRO CIRÚRGICO

De uma forma mais técnica, conceitua-se Centro Cirúrgico em um setor do hospital onde se realizam intervenções cirúrgicas visando atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, por meio da ação de uma equipe integrada. Nele são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do paciente quanto ao controle de infecção. Por ser um local restrito, o acesso ao público é limitado, ficando restrita a circulação dos profissionais que lá atuam.

O principal objetivo da Unidade de Centro Cirúrgico é o de atender, da melhor maneira possível, o paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico, seja ele eletivo, de urgência ou emergencial, propiciando à equipe cirúrgica todas as condições de atendimento e ao paciente a certeza de um atendimento seguro.

Como finalidade do centro cirúrgico:

- Realizar intervenções cirúrgicas e devolver o paciente à sua unidade de origem na melhor condição possível de integridade;
- Servir de local de pesquisa e aprimoramento de novas técnicas cirúrgicas e assépticas.

A equipe de cirurgia é a responsável direta pelo procedimento cirúrgico e compõe-se dos seguintes elementos:

- Médico cirurgião: É o responsável pelo ato cirúrgico a ser desenvolvido. Cabe-lhe, portanto, planejá-lo e executá-lo, comandando-o e mantendo a ordem no campo operatório;

- Médico assistente: É o que auxilia na cirurgia. Dependendo do porte desta, pode ser necessário mais de um. Ao primeiro assistente compete auxiliar diretamente o médico cirurgião e substituí-lo caso haja necessidade;

- Instrumentação cirúrgico: Parte integrante da equipe de cirurgia, é responsável pelo preparo da mesa de instrumental, devendo prever e solicitar com antecedência todo o material que julgar necessário. É ainda quem fornece os instrumentais ao cirurgião e seus assistentes durante o ato cirúrgico, mantendo a mesa de instrumental em ordem e ficando sempre atento para que nada falte. Este profissional deverá se adequar à resolução do Conselho Federal de Medicina.

- Equipe de enfermagem: A equipe de enfermagem que atua no Centro Cirúrgico é composta por pessoas de vários níveis, com responsabilidades diferentes. A quantidade desse pessoal varia conforme a complexidade e o volume de trabalho existente na Unidade, mas em geral a equipe é composta de:

    - Enfermeiro: Responsável pelo planejamento das ações de enfermagem que serão desenvolvidas no decorrer do ato cirúrgico, bem como pelo gerenciamento relativo aos materiais e equipamentos necessários.

    - Técnico de enfermagem: Auxiliar direto do enfermeiro, são-lhe delegadas também tarefas especiais, como: verificar o funcionamento, a conservação e a manutenção dos equipamentos necessários ao funcionamento do Centro Cirúrgico; responsabilizar-se pelo encaminhamento das peças cirúrgicas aos laboratórios especializados e controlar o material esterilizado, verificando seus

prazos de validade. É responsável pela montagem da sala cirúrgica, atividades durante o ato cirúrgico e após. Pode também exercer as atividades de instrumentador cirúrgico ou de circulante de sala.

- Circulante de sala: Papel normalmente desempenhado pelo auxiliar de enfermagem, com estas atribuições: atendimento direto das solicitações da equipe médica no decorrer do ato cirúrgico, posicionamento adequado do paciente, verificação e controle de todos os equipamentos exigidos pela cirurgia.

B.2) CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A Cirurgia Bucomaxilofacial tem como objetivo, o diagnóstico, planejamento, tratamento e controle das enfermidades, traumatismos, lesões e deformidades dento-faciais, congênitas e adquiridas, do aparelho mastigatório e anexos, bem como de estruturas craniofaciais associadas.

O Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Irmã Dulce é referência em cirurgias maxilo-faciais, de média complexidade, recebendo pacientes da região do município de Praia Grande.

O Complexo Hospitalar conta com cirurgiões dentistas na UPA e Pronto Socorro que realizam avaliação e diagnóstico, encaminhando internamente as necessidades de tratamento de deformidades faciais e patologias do complexo maxilomandibular, assim como as cirurgias de média complexidade.

O setor de Cirurgia Bucomaxilofacial recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema municipal.

B.3) CIRURGIA DE GINECO-OBSTETRÍCIA (MÉDIA COMPLEXIDADE)

As cirurgias ginecológicas são aquelas realizadas no aparelho reprodutor feminino que podem ter objetivos diversos, como diagnóstico e tratamento de doenças e lesões e a preservação ou interrupção da fertilidade.

A cirurgia gineco-obstétrica de média complexidade refere-se a procedimentos cirúrgicos realizados na área da ginecologia e obstetrícia que exigem habilidades cirúrgicas especializadas e recursos específicos.

São incluídas neste grupo cirurgias como histerectomia, cirurgias para correção de prolapso uterino ou vaginal, miomectomia (remoção de miomas uterinos), cirurgias de correção de incontinência urinária, entre outras intervenções ginecológicas e obstétricas que não envolvem complicações graves ou procedimentos de alta risco.

Essas cirurgias têm o objetivo de tratar condições ginecológicas e obstétricas que afetam a saúde e a qualidade de vida das mulheres, proporcionando alívio de sintomas, correção de condições patológicas e melhorando o bem-estar geral.

A regulação do acesso se dá através de vagas pactuadas com o Município através do sistema de regulação.

O plano assistencial para cirurgias de média complexidade hospitalar deve ser abrangente, garantindo desde a preparação pré-operatória até o acompanhamento pós-operatório, com foco na segurança, qualidade e bem-estar do paciente em todo o processo cirúrgico.

B.4) CIRURGIA GERAL (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A Cirurgia Geral vai diagnosticar e tratar doenças por meio de procedimentos cirúrgicos.

Incluem cirurgias como colecistectomia, apendicectomia, herniorrafia, procedimentos de ressecção de tumores benignos, entre outros. Esses procedimentos frequentemente envolvem uma incisão cirúrgica, manipulação de tecidos e, em alguns casos, a necessidade de anestesia geral.

O plano assistencial para cirurgias de média complexidade hospitalar deve ser abrangente, garantindo desde a preparação pré-operatória até o acompanhamento pós-operatório, com foco na segurança, qualidade e bem-estar do paciente em todo o processo cirúrgico.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema regulação.

B.5) CIRURGIA NEUROLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE)

Neurologia é a especialidade médica que realiza a prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias no sistema nervoso central (encéfalo e medula espinhal) e periférico (nervos, gânglios e terminações motoras e sensitivas).

Neurocirurgia é a especialidade médica que realiza o tratamento cirúrgico de patologias do sistema nervoso central e periférico.

As cirurgias neurológicas de média complexidade abrangem uma variedade de procedimentos que tratam condições neurológicas específicas. O plano assistencial para cirurgia neurológica de média complexidade visa proporcionar um cuidado

abrangente e personalizado, priorizando a segurança, eficácia e bem-estar do paciente ao longo de todo o processo cirúrgico e de recuperação.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema municipal e estadual.

B.6) CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A cirurgia otorrinolaringológica é uma especialidade médica que se dedica ao diagnóstico, tratamento cirúrgico e manejo das doenças e condições que afetam as estruturas relacionadas ao ouvido, nariz, garganta (laringe e faringe) e áreas adjacentes como seios paranasais e base do crânio. A cirurgia otorrinolaringológica de média complexidade envolve procedimentos cirúrgicos realizados na área de otorrinolaringologia. Esses procedimentos visam tratar uma variedade de condições que afetam os ouvidos, nariz, garganta e estruturas relacionadas.

O plano assistencial para cirurgia otorrinolaringológica de média complexidade visa garantir um cuidado integrado e seguro ao paciente, desde a avaliação pré-operatória até o acompanhamento pós-operatório, com foco na eficácia do tratamento e na minimização de riscos.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema municipal.

B.7) CIRURGIA PLÁSTICA (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A cirurgia plástica é uma especialidade médica que se dedica ao tratamento de condições reconstrutivas e estéticas do corpo humano. Ela abrange procedimentos

cirúrgicos que visam restaurar, alterar ou melhorar a aparência estética e a função de determinadas partes do corpo.

A cirurgia plástica de média complexidade compreende procedimentos cirúrgicos que envolvem intervenções estéticas ou reconstrutivas**.** Esses procedimentos visam melhorar a estética ou restaurar funções comprometidas de tecidos moles do corpo.

O plano assistencial para cirurgia plástica de média complexidade deve ser abrangente e personalizado, focando na segurança, eficácia e satisfação do paciente ao longo de todo o processo cirúrgico e de recuperação.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema regulação.

B.8) CIRURGIA PROCTOLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A cirurgia proctológica é uma subespecialidade da cirurgia geral que se concentra no diagnóstico e tratamento cirúrgico de doenças que afetam o cólon, reto e ânus. Este campo da medicina abrange uma variedade de condições que podem requerer intervenção cirúrgica para correção ou alívio dos sintomas.

A especialidade abrange o diagnóstico e tratamento clínico ou cirúrgico (convencional e por vídeo laparoscopia) das doenças que acometem o cólon, reto e ânus.

A cirurgia proctológica de média complexidade envolve procedimentos cirúrgicos realizados na região do reto, ânus e cólon sigmoide. Esses procedimentos visam tratar condições proctológicas específicas, incluindo doenças benignas e algumas condições malignas localizadas.

O plano assistencial para cirurgia proctológica de média complexidade visa garantir um cuidado integrado e seguro ao paciente, priorizando a eficácia do tratamento e a minimização de riscos associados ao procedimento cirúrgico.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema regulação.

B.9) CIRURGIA TRAUMATO-ORTOPÉDICA (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A cirurgia traumatológica ortopédica é uma especialidade médica que se dedica ao diagnóstico e tratamento cirúrgico das lesões traumáticas e doenças ortopédicas que afetam o sistema musculoesquelético, incluindo ossos, articulações, ligamentos, músculos e tendões.

O principal objetivo desta especialidade é restaurar a função e a anatomia normais das estruturas musculoesqueléticas após traumas agudos (como fraturas, luxações, lesões ligamentares) ou crônicos (como osteoartrite, deformidades ósseas).

A cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade envolve procedimentos cirúrgicos realizados para tratar lesões traumáticas ou condições ortopédicas específicas. Esses procedimentos visam restaurar a função e a estrutura do sistema musculoesquelético afetado.

O plano assistencial para cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade visa garantir um cuidado integrado e seguro ao paciente, priorizando a eficácia do tratamento e a minimização de riscos associados ao procedimento cirúrgico.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema municipal regulação.

B.10) CIRURGIA UROLÓGICA (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A cirurgia urológica é uma especialidade médica que se dedica ao diagnóstico, tratamento e manejo cirúrgico de doenças e condições que afetam o sistema urinário e o trato genital masculino e feminino. Isso inclui órgãos como rins, ureteres, bexiga, uretra, próstata, testículos, pênis e glândulas adrenais relacionadas.

A cirurgia urológica de média complexidade envolve procedimentos cirúrgicos realizados para tratar condições urológicas específicas. Esses procedimentos visam diagnosticar, tratar ou corrigir problemas do trato urinário e órgãos reprodutivos masculinos.

O plano assistencial para cirurgia urológica de média complexidade visa proporcionar um cuidado integrado e seguro ao paciente, focando na eficácia do tratamento e na minimização de riscos associados ao procedimento cirúrgico.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema regulação.

B.11) CIRURGIA VASCULAR (MÉDIA COMPLEXIDADE)

A cirurgia vascular é uma especialidade médica dedicada ao tratamento cirúrgico de doenças dos vasos sanguíneos, que incluem artérias, veias e vasos linfáticos. O principal objetivo da cirurgia vascular é restaurar ou melhorar o fluxo sanguíneo em diferentes partes do corpo, garantindo assim a saúde e a funcionalidade dos tecidos afetados.

A cirurgia vascular de média complexidade envolve procedimentos cirúrgicos realizados para tratar doenças e condições dos vasos sanguíneos. Esses

procedimentos visam restaurar o fluxo sanguíneo adequado e tratar complicações vasculares específicas.

O plano assistencial para cirurgia vascular de média complexidade visa proporcionar um cuidado integrado e seguro ao paciente, focando na eficácia do tratamento e na minimização de riscos associados ao procedimento cirúrgico.

O setor recebe pacientes dos serviços externos ao Complexo sendo as vagas reguladas pelo sistema regulação.

B.12) SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA

A equipe de anestesiologia desempenha um papel crucial em hospitais de grande porte que realizam cirurgias de média complexidade. Suas atribuições, importância e competências são fundamentais para garantir a segurança e o sucesso dos procedimentos cirúrgicos

A equipe de anestesia é formada por médicos anestesiologistas, responsáveis por todo ato anestésico, com as atribuições iniciais de fazer a avaliação pré-anestésica do paciente ainda em sua unidade de internação e de fazer a prescrição da medicação pré-anestésica.

É também de responsabilidade dessa equipe planejar e executar a anestesia, prevendo com antecedência todos os materiais, equipamentos e medicamentos necessários, bem como preparar e administrar drogas e controlar as condições clínicas e anestésicas do paciente durante a cirurgia.

Ao término da cirurgia é da responsabilidade dessa equipe o envio do paciente à Unidade de Recuperação Pós-Anestésica e seu controle até o restabelecimento das condições do paciente, para que este possa retornar à unidade de origem em segurança.

A SPDM propõe como plano assistencial:

- Planejamento Pré-Operatório Detalhado**:** Incluindo avaliação completa do paciente, discussão com a equipe cirúrgica e elaboração de um plano anestésico personalizado.
- Monitorização Avançada**:** Utilização de tecnologia para monitorar continuamente os sinais vitais do paciente durante a cirurgia.
- Gestão de Emergências**:** Preparação e treinamento para manejo rápido e eficaz de emergências anestésicas.
- Cuidados Pós-Operatórios**:** Assegurar cuidados adequados na recuperação pós-anestésica e orientações para o manejo da dor.

C) PROGRAMA DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E AO TRATAMENTO NO HOSPITAL IRMÃ DULCE

C.1) ENDOSCOPIA (EDA)

Estabelecer diretrizes para um bom serviço de endoscopia envolve garantir segurança, eficiência, e qualidade no atendimento aos pacientes.

No quesito da qualidade e segurança dos pacientes, os equipamentos deverão estar adequados para atender às demandas apresentadas, realizadas com endoscópios de alta qualidade e devidamente calibrados e com sua manutenção regular.

Os executores precisam passar por treinamento e devem ser qualificados para tal, incluindo médicos e enfermeiros, por meio de educação continuada.

Deve haver um rigoroso controle de higiene e do risco de infecções, com protocolos padronizados.

Os pacientes devem ser submetidos a avaliações detalhadas antes do procedimento, incluindo histórico médico e alergias, comunicando-os de forma clara, utilizando-se de áreas com conforto e privacidade.

Assim, é possível oferecer um serviço de endoscopia de alta qualidade, garantindo a segurança e satisfação dos pacientes.

Sala de EDA/Colono

A sala de exame de EDA (Esofagogastroduodenoscopia) e Colonoscopia tem como finalidade a realização de procedimentos endoscópicos para diagnóstico e tratamento de doenças do trato gastrointestinal. As principais finalidades desses exames são:

- Diagnóstico de doenças gastrointestinais: EDA e colonoscopia são usados para diagnosticar uma variedade de condições, incluindo úlceras, gastrite, esofagite, pólipos, diverticulose, colite, doença de Crohn, câncer gástrico e colorretal, entre outras.
- Avaliação de sintomas gastrointestinais: Esses exames ajudam a investigar causas de sintomas como dor abdominal, náuseas, vômitos, dificuldade para engolir, sangramento gastrointestinal, perda de peso inexplicada, e alterações nos hábitos intestinais.
- Biópsia e coleta de amostras: Durante a EDA e a colonoscopia, é possível coletar amostras de tecido (biópsias) para análise histopatológica, o que pode ajudar a confirmar diagnósticos de condições como câncer, infecções ou inflamações.

- Tratamento de condições gastrointestinais: Ambos os exames podem ser usados para tratar certas condições diretamente. Por exemplo, a remoção de pólipos, dilatação de estenoses, tratamento de varizes esofágicas, e a remoção de objetos estranhos.

- Monitoramento de doenças crônicas: Pacientes com doenças gastrointestinais crônicas, como doença inflamatória intestinal, podem precisar de exames endoscópicos regulares para monitorar a progressão da doença e a eficácia do tratamento.

- Prevenção do câncer: A colonoscopia, em particular, é uma ferramenta importante na prevenção do câncer colorretal, permitindo a detecção e remoção de pólipos antes que se tornem malignos. Portanto, a sala de exame de EDA/Colonoscopia é essencial para a detecção precoce, diagnóstico preciso, tratamento e monitoramento de uma ampla gama de condições gastrointestinais, contribuindo significativamente para a saúde digestiva dos pacientes.

- O serviço estará disponível para as demandas internas sempre que necessário.

C.2) ULTRASSONOGRAFIA (USG)

Um serviço de ultrassonografia eficaz requer atenção a vários aspectos, desde a infraestrutura e equipamentos até a formação da equipe e a gestão dos pacientes. O espaço deve estar adequado ao tipo de serviço, sendo suficiente para acomodar o equipamento, a equipe e os pacientes confortavelmente com privacidade garantida para os pacientes durante os exames.

Deve ser realizado por aparelhos de ultrassonografia modernos e bem calibrados, com manutenção preventiva regularmente para evitar falhas nos equipamentos.

A equipe executante deve ser com profissionais qualificados, composta por médicos radiologistas ou ultrassonografistas devidamente treinados e certificados.

Deverá ter um sistema eficiente de agendamento de exames para evitar superlotação e atrasos, com orientações claras aos pacientes sobre a preparação necessária para os diferentes tipos de exames.

Os protocolos são detalhados para cada tipo de exame ultrassonográfico e será implantado um programa de controle de qualidade para monitoramento dos resultados.

Serão adotadas práticas rigorosas de higiene e desinfecção dos equipamentos entre os exames.

Todos os procedimentos serão realizados de acordo com as normas de segurança vigentes, com uma comunicação clara, com instruções pós-exame e informações sobre quando e como obter os resultados, garantindo um ambiente acolhedor e que respeite a privacidade dos pacientes durante os exames.

Os exames de ultrassonografia têm uma ampla gama de aplicações na medicina, sendo utilizados tanto para diagnóstico quanto para acompanhamento de condições clínicas. Aqui estão algumas das principais utilidades:

Os exames de Ultrassom, são importantes ao diagnóstico de diversas condições médicas, a saber:

- Avaliação de Órgãos Internos como fígado, rins, pâncreas, vesícula biliar e baço, ajudando no diagnóstico de condições como tumores, cistos e inflamações.
- Detecção de Anomalias Abdominais, incluindo apendicite, cálculos biliares e obstruções intestinais.

- Exames Obstétricos, para avaliar a saúde e desenvolvimento do feto durante a gravidez, monitorando o crescimento fetal, a posição do bebê, a quantidade de líquido amniótico e a saúde da placenta.

- Avaliação do Sistema Cardiovascular, detectando problemas como insuficiência cardíaca, valvopatias e cardiomiopatias (ecodopllercardiograma)

- Sistema Geniturinário, examinando a bexiga, próstata e órgãos reprodutivos femininos (útero, ovários), ajudando a diagnosticar condições como miomas, cistos ovarianos e hipertrofia prostática.

- Monitoramento de Doenças Crônicas, acompanhando a progressão de doenças como hepatite e doença renal crônica, avaliando a resposta ao tratamento e possíveis complicações.

- Controle Pós-operatório, avaliando a recuperação de pacientes após cirurgias abdominais ou cardíacas, detectando possíveis complicações como infecções ou hematomas.

- Realização de procedimentos guiados por imagem, como biópsias e drenagens para guiar biópsias de órgãos internos e drenagens de coleções líquidas, como abscessos, com precisão e segurança.

- Avaliação Musculoesquelética, para diagnosticar lesões em músculos, tendões e articulações, como roturas tendinosas e inflamações articulares.

- Emergências Médicas, para o diagnóstico rápido em situações de emergência.

- Utilizado em emergências para avaliar rapidamente a presença de líquido livre no abdômen (indicando hemorragias), lesões internas ou doenças agudas.

Se caracterizam por serem exames seguros, não Invasivos e indolores.

C.3) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Um serviço de Tomografia Computadorizada eficaz requer atenção a vários aspectos, desde a infraestrutura e equipamentos até a formação da equipe e a gestão dos pacientes. O espaço deve estar adequado ao tipo de serviço, sendo suficiente para acomodar o equipamento, a equipe e os pacientes confortavelmente com privacidade garantida para os pacientes durante os exames.

Deve ser realizado por Tomógrafo moderno e bem calibrado, com manutenção preventiva regularmente para evitar falhas nos equipamentos.

A equipe executante deve ser com profissionais qualificados, composta por médicos radiologistas e demais técnicos devidamente treinados e certificados.

Deverá ter um sistema eficiente de agendamento de exames para evitar superlotação e atrasos, com orientações claras aos pacientes sobre a preparação necessária para os diferentes tipos de exames.

Os protocolos são detalhados para cada tipo de exame e será implantado um programa de controle de qualidade para monitoramento dos resultados.

Serão adotadas práticas rigorosas de higiene e desinfecção dos equipamentos entre os exames.

Todos os procedimentos serão realizados de acordo com as normas de segurança vigentes, com uma comunicação clara, com instruções pós-exame e informações sobre quando e como obter os resultados, garantindo um ambiente acolhedor e que respeite a privacidade dos pacientes durante os exames.

Os exames de Tomografia têm uma ampla gama de aplicações na medicina, sendo utilizados tanto para diagnóstico quanto para acompanhamento de condições clínicas.

Aqui estão algumas das principais utilidades:

- Os exames de Tomografia são importantes ao diagnóstico de diversas condições médicas, a saber:
- Avaliação de Órgãos Internos como fígado, rins, pâncreas, vesícula biliar e baço, ajudando no diagnóstico de condições como tumores, cistos e inflamações.
- Detecção de Anomalias Abdominais, incluindo apendicite, cálculos biliares e obstruções intestinais.
- Sistema Geniturinário, examinando a bexiga, próstata e órgãos reprodutivos femininos (útero, ovários), ajudando a diagnosticar condições como miomas, cistos ovarianos e hipertrofia prostática.
- Avaliação Musculoesquelética, para diagnosticar lesões em músculos, tendões e articulações, como roturas tendinosas e inflamações articulares.

Se caracterizam por serem exames seguros, não Invasivos e indolores.

C.4) RADIOLOGIA

Um serviço de Radiologia clínica eficaz requer atenção a vários aspectos, desde a infraestrutura e equipamentos até a formação da equipe e a gestão dos pacientes. O espaço deve estar adequado ao tipo de serviço, sendo suficiente para acomodar o equipamento, a equipe e os pacientes confortavelmente com privacidade garantida para os pacientes durante os exames.

Deve ser realizado por aparelhos de Raio-X moderno e bem calibrado, com manutenção preventiva regularmente para evitar falhas nos equipamentos.

A equipe executante deve ser com profissionais qualificados, composta por médicos radiologistas e demais técnicos devidamente treinados e certificados.

Deverá ter um sistema eficiente de agendamento de exames para evitar superlotação e atrasos, com orientações claras aos pacientes sobre a preparação necessária para os diferentes tipos de exames.

Os protocolos são detalhados para cada tipo de exame e será implantado um programa de controle de qualidade para monitoramento dos resultados.

Serão adotadas práticas rigorosas de higiene e desinfecção dos equipamentos entre os exames.

Todos os procedimentos serão realizados de acordo com as normas de segurança vigentes, com uma comunicação clara, com instruções pós-exame e informações sobre quando e como obter os resultados, garantindo um ambiente acolhedor e que respeite a privacidade dos pacientes durante os exames.

Os exames radiológicos utilizam raios-X e outras formas de radiação para criar imagens detalhadas das estruturas internas do corpo.

Eles são fundamentais para o diagnóstico e monitoramento de uma ampla variedade de condições médicas, como:

- Diagnóstico de Fraturas e Lesões (luxações) ósseas
- Detecção de Doenças Pulmonares (pneumonia, tuberculose, câncer de pulmão e outras doenças respiratórias).
- Avaliação do Coração e Vasos Sanguíneos (insuficiência cardíaca, e doenças vasculares, como aneurismas).
- Diagnóstico de Doenças Abdominais
- Guias para Procedimentos, para guiar procedimentos invasivos, como biópsias e cirurgias.

Esses exames são essenciais para a prática médica, permitindo diagnósticos precisos e ajudando a determinar os melhores planos de tratamento para os pacientes.

C.5) PATOLOGIA CLINICA

O serviço de patologia clinicado CHID, realiza uma ampla variedade de atividades essenciais para o diagnóstico, monitoramento e prevenção de doenças.

Aqui estão algumas das principais atividades:

- Coleta de Amostras Biológicas (sangue, urina, fezes, saliva, secreções e outros fluidos corporais);
- Uso de técnicas adequadas para garantir a integridade das amostras;
- Análises Hematológicas (Hemogramas completos para avaliar componentes do sangue como hemoglobina, glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas);
- Testes de coagulação, como Tempo de Protrombina (TP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA);
- Bioquímica Clínica;
- Testes de função renal e hepática;
- Microbiologia (identificação de microrganismos patogênicos);
- Testes de sensibilidade a antimicrobianos para orientar tratamentos;
- Imunologia e Sorologia (detecção de anticorpos e antígenos para diagnóstico de infecções virais, bacterianas e parasitárias);
- Parasitologia;

- Citologia Clínica;
- Endocrinologia;

Deverá implantar um Controle de Qualidade por meio de programas de controle de qualidade internos e externos para garantir a precisão e a confiabilidade dos resultados.

Realizar Auditorias regulares e calibração de equipamentos.

São atividades essenciais para garantir diagnósticos precisos e rápidos, que são fundamentais para o tratamento adequado e a prevenção de doenças. A colaboração estreita com outras áreas da saúde é crucial para um atendimento integral ao paciente.

C.6) MÉTODOS GRÁFICOS

O serviço de exames por métodos gráficos do CHID envolve várias etapas e considerações para garantir a eficiência, precisão e qualidade no atendimento. Esses exames incluem eletrocardiogramas (ECG), eletroencefalogramas (EEG) e Cardiotocografia.

Um serviço de exames por métodos gráficos eficaz requer atenção a vários aspectos, desde a infraestrutura e equipamentos até a formação da equipe e a gestão dos pacientes. O espaço deve estar adequado ao tipo de serviço, sendo suficiente para acomodar o equipamento, a equipe e os pacientes confortavelmente com privacidade garantida para os pacientes durante os exames.

Deve ser realizado por equipamentos de EGG e EEG, modernos e bem calibrados, com manutenção preventiva regularmente para evitar falhas nos equipamentos.

A equipe executante deve ser com profissionais qualificados, devidamente treinados e certificados.

Deverá ter um sistema eficiente de agendamento de exames para evitar superlotação e atrasos, com orientações claras aos pacientes sobre a preparação necessária para os diferentes tipos de exames.

Os protocolos são detalhados para cada tipo de exame será implantado um programa de controle de qualidade para monitoramento dos resultados.

Serão adotadas práticas rigorosas de higiene e desinfecção dos equipamentos entre os exames.

Todos os procedimentos serão realizados de acordo com as normas de segurança vigentes, com uma comunicação clara, com instruções pós-exame e informações sobre quando e como obter os resultados, garantindo um ambiente acolhedor e que respeite a privacidade dos pacientes durante os exames.

Finalidade dos Exames por Métodos Gráficos:

Eletrocardiograma (ECG)

- Diagnóstico de doenças cardíacas, como arritmias, infarto do miocárdio, e outras anormalidades cardíacas.

Eletroencefalograma (EEG)

- Avaliação de atividades elétricas do cérebro para diagnóstico de epilepsia, distúrbios do sono e outras condições neurológicas.

Cardiotocografia (CTG)

A cardiotocografia é um exame que avalia a vitalidade fetal antes do nascimento, por meio de um aparelho chamado cardiotocógrafo. Este obtém-se um

traçado que registra a frequência cardíaca fetal, os movimentos corpóreos do bebê e as contrações uterinas.

Costuma ser realizado a partir da 26ª semana de gestação, sendo mais indicado após 37 semanas da gravidez ou em períodos próximos ao parto.

Esses exames são cruciais para a prática médica, oferecendo informações detalhadas que ajudam a definir diagnósticos precisos e planos de tratamento adequados para os pacientes.

C.7) AGENCIA TRANSFUSIONAL

A agência transfusional do CHID é uma unidade de apoio assistencial, especializada no fornecimento e administração de componentes sanguíneos, além de garantir a segurança e a compatibilidade das transfusões de sangue.

A organização e funcionamento dessa unidade são fundamentais para assegurar a qualidade e segurança no processo transfusional.

Os principais aspectos a serem considerados na caracterização de uma agência transfusional, são:

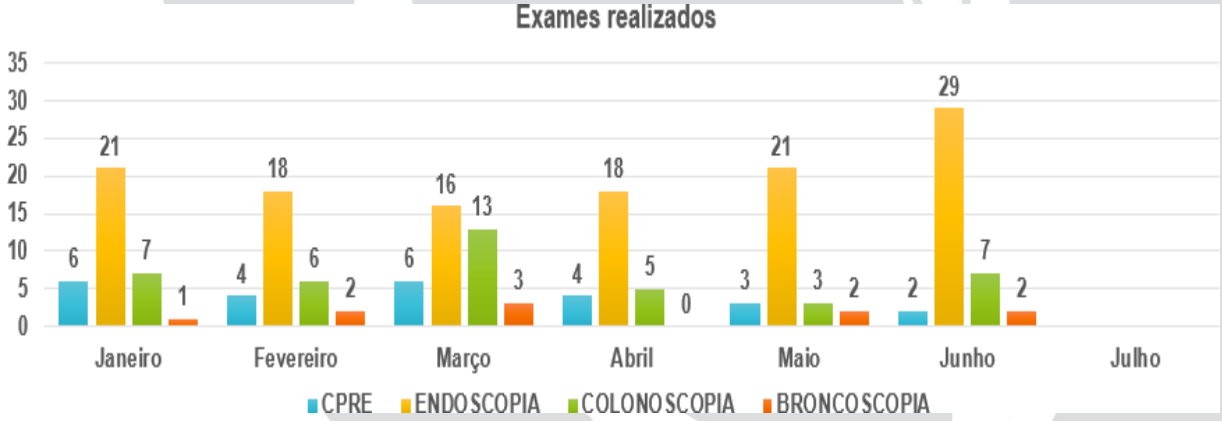
- Infraestrutura e Equipamentos;
- Localização e Espaço, visando atender rapidamente as áreas críticas (P.S., UTIs e Centro Cirúrgico);
- Equipamentos (Refrigeradores e freezers para armazenamento de sangue e componentes, com controle rigoroso de temperatura, equipamentos para tipagem sanguínea, testes de compatibilidade, e preparação de componentes (centrífugas, seladores de bolsas, entre outros);
- Pessoal e Formação;

- Equipe Qualificada, especializados em hemoterapia e devidamente treinada em práticas de segurança transfusional, novos procedimentos e regulamentações;
- Treinamento e Educação (programas regulares de educação continuada para atualizar a equipe sobre novas técnicas, regulamentações e melhores práticas);
- Procedimentos e Operações;
- Recepção e Triagem;
- Testes laboratoriais para detecção de doenças transmissíveis e tipagem sanguínea;
- Processamento e Armazenamento;
- Separação dos componentes sanguíneos (plasma, plaquetas, hemácias) utilizando processos padronizados;
- Armazenamento adequado dos componentes com monitoramento contínuo das condições de temperatura e umidade;
- Distribuição e Transfusão, com procedimentos para garantir a correta identificação e compatibilidade dos componentes antes da transfusão;
- Protocolos de segurança para a administração de transfusões, incluindo monitoramento de reações adversas;
- Controle de Qualidade e Segurança;
- Garantia de Qualidade;
    - Implantar programas de controle de qualidade para monitorar todos os aspectos da coleta, processamento, armazenamento e distribuição de sangue;
    - Realizar auditorias internas e externas para assegurar conformidade com as regulamentações e padrões nacionais e internacionais;
    - Segurança do Paciente, por meio de protocolos para a detecção e manejo de reações transfusionais;

- Garantia de rastreabilidade para acompanhar cada unidade de sangue desde a coleta até a transfusão;
- Gestão Administrativa;
- Documentação e Registros;
- Regulamentação e Conformidade com as normas e regulamentações estabelecidas por órgãos de saúde, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil;
- Rever os processos de Melhoria Contínua;

Esses aspectos garantem que a agência transfusional funcione de maneira eficiente, segura e conforme os padrões de qualidade, proporcionando um atendimento adequado aos pacientes que necessitam de transfusões de sangue e seus componentes.

Segue abaixo alguns dados de demanda interna:



D) PROGRAMA DE APOIO TÉCNICO NO HOSPITAL IRMÃ DULCE

Com o propósito de viabilizar e qualificar o processo assistencial próprio de cada equipamento de saúde bem como seguir as Diretrizes da Secretaria Municipal

de Saúde da Estância Balneária de Praia Grande a SPDM prevê a atuação de Supervisão Técnica nas diferentes áeras, que manterá contato permanente com as equipes e diversas instâncias da Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de promover:

●a interface técnico assistencial e administrativa inerente ao processo de gestão compartilhada;

●o desenvolvimento dos conceitos e da operacionalização próprios de cada serviço;

●o acompanhamento do Planejamento Estratégico Situacional de cada serviço;

●a identificação de necessidade de ações de Educação Permanente/Continuada a serem desenvolvidas pela SPDM e/ou gestor municipal, com vistas à superação de limitações técnicas e aos padrões previstos;

●o planejamento da infraestrutura física e operacional dos equipamentos de saúde, desde a elaboração dos Planos de Trabalho, execução e acompanhamento das fases de implantação, supervisão dos processos de trabalho e apoio técnico às atividades relacionadas;

●o monitoramento das movimentações administrativas relacionadas aos recursos humanos existentes nos diversos serviços;

●o acompanhamento/elaboração de projetos assistenciais ou mudança de layout/adequação de fluxo e manutenção predial dos equipamentos de saúde;

●a análise e acompanhamento dos processos judiciais, veracidade de atestados, declarações de comparecimento e ouvidorias;

●o acompanhamento e avaliação do desempenho dos funcionários, visando desenvolver e reter os talentos da organização, proporcionando evolução na carreira profissional;

●a mediação de conflitos, do restabelecimento das condições adequadas de trabalho;

●a promoção da humanização e integração das equipes de trabalho, proporcionando clima organizacional favorável e saudável no ambiente de trabalho;

A SPDM mantém equipe técnica com expertise nas áreas de Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Médica, Controle de Infecção, Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente e outras, visando o acompanhamento dos serviços e o apoio ao processo de trabalho dos profissionais de saúde.

As respectivas equipes visam facilitar o cotidiano dos profissionais de maneira ética e adequada, possibilitando a tomada de decisão racional e atenta aos problemas enfrentados, para o alcance dos resultados referente à melhoria do processo de trabalho, condições de saúde da população e do desempenho dos serviços prestados.

As ações desenvolvidas pelas áreas proporcionam aprimoramento da assistência em saúde, por meio do conhecimento dos princípios, estratégias e práticas propostas pelos programas que norteiam a assistência à saúde em consonância com a gestão local; viabilizando seu crescimento técnico e profissional a partir da sua experiência e reflexão em sua prática diária de atuação.

O acompanhamento das atividades propostas pelas áreas será realizado continuamente pelos técnicos da SPDM e compartilhada com as equipes da assistência.

A SPDM norteia os serviços do Complexo Hospitalar de Praia Grande de urgência emergência buscando:

•Ampliar o acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;

•Articular e integrar os serviços de saúde, considerando as diretrizes da SMS Estância Balneária de Praia Grande;

•Implantar Acolhimento com Classificação de Risco conforme Instrumento adotado pelo Município Estância Balneária de Praia Grande;

•Humanizar a atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

•Nortear a organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;

•Acompanhar a prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;

•Executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas;

•Auxiliar a assistência por meio do aperfeiçoamento técnico para os profissionais de saúde;

No que se refere ao processo de trabalho das equipes nos serviços do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e na Urgência/Emergência, SPDM desenvolve junto aos profissionais o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e ao primeiro atendimento às urgências e emergências.

Os serviços do Complexo Hospitalar Irmã Dulce de Urgência e Emergência acolhem a demanda, realizando atendimento de acordo com a Classificação de Risco e garantindo a continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde na RAS.

Os profissionais deverão atender a integralidade e a multidisciplinaridade de acordo com os padrões e diretrizes a seguir:

•Portaria do Ministério da Saúde – MS 2.048 de 05 de novembro de 2002 e MS 1.600 de 07 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

•Portaria do Ministério da Saúde – MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde com o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS);

•Demais protocolos assistenciais, Portarias, Normas e Resoluções da ANVISA (RDC) pertinentes ao objeto contratual;

É importante ressaltar que a integralidade do cuidado ao usuário está em consonância com a Política Nacional de Humanização que considera o ponto de vista do usuário na tomada de decisão em relação aos seus cuidados. São objetivos e princípios da humanização nos serviços de saúde:

•Propiciar o ambiente mais agradável e acolhedor para o usuário, família e comunidade;

•Adotar tecnologias que promovam a realização de procedimentos de forma segura e de qualidade;

•Considerar paciente e família no planejamento da assistência;

•Respeitar a ética nas relações interpessoais fundamental na conduta da equipe;

As ações assistenciais da SPDM atendem às políticas de saúde determinadas pela Secretaria Municipal de Saúde da Estância Balneária de Praia Grande Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. O processo assistencial no HMID, assim como em todas as unidades do CHID serão norteados por protocolos, para tal a SPDM disponibiliza protocolos clínicos e de .

A portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização das RAS, no âmbito do SUS e fortalece sua atuação nesta estratégia de organização do sistema de saúde.

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

Neste contexto, para assegurar a qualidade e resolutividade na RAS, alguns fundamentos são considerados pela SPDM no desenvolvimento das ações em consonância com as diretrizes dos gestores municipais: economia, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce faz parte da RAS e tem como principais objetivos:

•Atender os usuários do SUS portadores de quadro clínico, dentro dos limites estruturais dos serviços;

•Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;

•Dar retaguarda às Unidades Básicas de Saúde, Estratégia saúde da Família e Ambulatórios do Município;

•Diminuir a sobrecarga dos demais serviços de menor complexidade que hoje atendem esta demanda;

•Atender o paciente crítico/alta complexidade;

•Desenvolver ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a RAS, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária;

•Articular com unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência;

O Modelo Gerencial proposto será baseado em gestão, qualidade e a liderança, em consonância com as diretrizes organizativas do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande, e as práticas assistenciais que serão

desenvolvidas na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para uma assistência humanizada, participativa e resolutiva.

A gestão e liderança serão baseadas em ações voltadas para resultados, planejadas e desenvolvidas com base em conhecimentos técnicos, científicos, sustentados em princípios éticos e legais de cada categoria profissional, com vista à humanização e qualidade do cuidado.

As ações assistenciais realizadas nas unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce deverão garantir todas as manobras de sustentação da vida dentro da sua complexidade e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado, segundo as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande.

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce, contará com apoio durante todo o horário de funcionamento do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo.

O Processo de assistência no Complexo Hospitalar Irmã Dulce será norteado pelas políticas da Secretaria Municipal de Saúde Praia Grande segundo as modalidades de atenção, e estará organizado para o alcance das metas estabelecidas pelo Gestor.

As atividades de assistência serão estruturadas pela equipe técnica e estabelecidas em um projeto comum, ampliando o acesso com qualidade e a integração da unidade na rede de atenção à saúde, mitigando assim a procura dos usuários por outros serviços de maior complexidade.

Neste contexto o processo de trabalho nos serviços será pautado:

✓Humanização dos serviços e comunicação nas ações integradas entre os níveis de atenção do sistema de saúde para assegurar a continuidade da assistência prestada à população;

✓Acesso com qualidade visando a organização e funcionamento dos serviços por meio do acolhimento com classificação de risco e escuta, além da resolutividade;

✓Na organização do sistema de saúde por meio do conhecimento da territorialização e o perfil da população;

✓Articulação com os demais setores da sociedade visando a intersetorialidade na perspectiva da atenção integral das áreas temáticas articuladas com a Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde (RENASES);

✓Na vigilância à saúde e nos diferentes momentos do processo saúde-doença, buscando a promoção desta, a prevenção das enfermidades, acidentes, atenção curativa e reabilitadora; com a finalidade de adequar o atendimento às necessidades de saúde da população;

O processo assistencial no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, será apoiado e acompanhado com o objetivo de:

✓Implementar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, de acordo com a política de saúde do Gestor Municipal;

✓Acolher o usuário, prestando-lhe atendimento e quando necessário, redirecionando-o para os locais adequados à continuidade do tratamento;

✓Estimular ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

✓Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, como a participação coletiva nos processos de gestão;

✓Valorizar a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, considerando as necessidades sociais e organização do serviço;

✓Participar do planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações das equipes, das unidades do município visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento que considere as necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

✓Estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, com vistas à atenção integral;

✓Articular e implementar, em conjunto com a RAS, ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infecto contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas com o trabalho e o meio ambiente;

✓Articular em conjunto com a Regulação Médica de Urgências ou com outras Centrais de Regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde e assistência social;

D.1) SERVIÇO SOCIAL

A SPDM organizará o setor de Serviço Social tendo como base a experiência atualmente desenvolvida pela equipe que atua no Hospital Irmã Dulce, que é composto por seis Assistentes Sociais que se dividem por setores, 3 para os setores como unidades de internação e UTI´s adulto, 2 para os setores materno infantil e UTI´s

Neonatal e Pediátrica e 1 para o setor da psiquiatria, buscando sempre o aprimoramento destas atividades.

Durante o processo de internação / observação o Serviço Social intervém, sempre que necessário, junto às diversas equipes do Complexo, com o objetivo de mediar as relações pacientes / acompanhantes / Unidade de Saúde e dar melhor resolutividade para cada situação. É importante que o profissional tenha o entendimento do papel de cada equipe, tais como enfermagem, médica, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, etc., para que argumente sempre em favor do bem-estar do paciente / acompanhante.

O atendimento social no leito ocorre tanto por solicitação médica ou da equipe de enfermagem, como por acompanhamento de rotina do Serviço Social.

Inicialmente faz-se consulta no prontuário do paciente, evidenciando informações cadastrais para subsidiar o atendimento, tais como: nome, idade, Hipótese Diagnóstica, responsável legal, ou outras que sejam necessárias. No leito, sugere-se primeiro apresentar o trabalho do Serviço Social e, posteriormente, identificam-se as demandas do paciente e/ou acompanhante, intermediando as relações destes com os demais setores da Unidade de Saúde, facilitando o entendimento dos procedimentos realizados e esclarecimento de dúvidas. Orientar sobre a Rede de Atenção à Saúde do município, ou outras cidades, para continuidade do tratamento, identificando situações como: cadastro em Unidades de Atenção Básica, acompanhamentos com especialidades (CEMAS, AME, CAPS, CRATH, SAE, etc.), como adquirir medicação na rede pública (ex.: farmácias das USAFA's, CEMAS, Ambulatório de Saúde Mental, etc.), transporte público para atendimento de saúde (ex.: TFD), situação socioassistencial do paciente e/ou família (ex.: acompanhamento em CRAS ou CREAS, Conselho Tutelar, Casa de Estar, etc.), orientações previdenciárias, e demais que se fizerem importantes. De acordo com a demanda apresentada, são realizados contatos e encaminhamentos para a RAS ou Rede

Socioassistencial do município ou região, informando ao paciente e acompanhante as ações realizadas. Após a conclusão do atendimento, descrevê-lo no Relatório Mensal de Produtividade e acrescentar uma cópia no Prontuário do paciente.

Após os atendimentos sociais, são identificadas as demandas dos pacientes e realizados os devidos encaminhamentos, objetivando a continuidade e eficácia das orientações que foram transmitidas ao paciente, acompanhante ou outro cidadão. Exemplos: USAFA ou UBS, CRAS ou CREAS, Conselho Tutelar, Casa de Estar, Auxílio-funeral, Vale-transporte, TFD, etc. É essencial que as orientações sobre o encaminhamento sejam bem elucidadas ao paciente e, sempre que necessário, fazer contato com o Serviço para o qual o mesmo foi encaminhado**.**

O Serviço Social trabalha articulado com a Rede de Serviços Municipal e Regional, portanto, sempre que necessário, emite relatórios e/ou notificações para que haja continuidade do atendimento prestado ao paciente durante a internação / observação e após a alta. No arquivo digital do Serviço Social de cada Unidade estão modelos de relatórios / notificações para cada Serviço, ficando a cargo do profissional o relato fidedigno das informações. Os relatórios / notificações devem ser enviados com Nome completo e CRESS do profissional que o elaborou, podendo ser enviados via e-mail, fax, ou entregues pessoalmente. Exemplo de situações que devem ser notificadas: confirmação ou suspeita de negligência ou violência contra criança, idoso, pessoa com deficiência ou incapaz; situações já acompanhadas por CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Promotoria, entre outros.

Serviço Social objetiva que o paciente, de alta médica, possa continuar seu acompanhamento de saúde e/ou social em sua residência, diminuindo seu tempo de hospitalização e, consequentemente, melhorando sua qualidade de vida. Exemplos: pacientes acamados, com patologias crônicas, manipulação de sondas, oxigenoterapia domiciliar, violências ou negligências de responsáveis, fluxo para realização de exames específicos e agendamento de consultas com especialistas, etc.

O Serviço Social tem papel de articulação com a Rede de Atenção à Saúde, Serviços de assistência domiciliar, citamos neste município o Melhor em Casa, USAFAS, etc., e serviços da política de Assistência, como CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, etc., proporcionando orientação à família para que se adaptem à nova realidade do paciente, que pode apresentar características clínicas que necessitem de alterações no cotidiano familiar, tais como financeiros, arquitetônicos na residência, reinserção na comunidade e outros. É relevante que o profissional solicite participação da equipe interdisciplinar da Unidade para colaborar com as orientações específicas (nutrição, fisioterapia, enfermagem, etc.).

O Serviço Social do Complexo Hospitalar Irmã Dulce integra as Comissões, com um participante representativo, que contribui com as decisões, disseminando as informações recebidas ao restante da equipe, bem como aplicando o que foi pactuado nestes espaços das comissões, citamos como exemplos, comissão de humanização, diversidade e cuidados paliativos. Participa das reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com calendário anual pré-definido pelas Comissões.

Devido rotatividade de demanda, a assistente social identifica e encaminha para o setor responsável listagem diária para a refeição de acompanhantes, somente nos setores de Observação, para pacientes menores de 18 anos e idosos, com entrega de papel orientativo com os horários de funcionamento do refeitório para que o acompanhante se locomova ao mesmo. A refeição pode ser servida no leito, caso tenha indicação médica ou da equipe de enfermagem (exemplo: pacientes psiquiátricos), sendo necessário informar à equipe de nutrição. Outros casos de pacientes que necessitem de acompanhante, a refeição não é ofertada, de acordo com normativa do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Os familiares de pacientes internados na ala da psiquiatria do CHID ou nas observações do Pronto Socorro Central (PSC) e UPA24h são orientados pelo Serviço Social sobre o período de internação, funcionamento da rede e encaminhamentos

para a alta. Ainda na observação do PSC e UPA 24h, compete ao Serviço Social dar o suporte necessário para paciente / familiares nas necessidades momentâneas, orientando-os que o serviço destas Unidades tem o objetivo de controlar a agudização da patologia e avaliar a necessidade de internação ou alta. Após a internação do paciente no CHID é realizada o atendimento social com o familiar / cuidador, podendo ser em parceria com o setor de psicologia, a fim de levantar o histórico de vida do paciente e registro de informações. Este momento proporciona ao cuidador vislumbrar que pessoas com transtornos mentais sejam reconhecidas como seres integrais, dignos, com direito a liberdade, a integridade física e moral, a reabilitação para o trabalho e qualidade de vida. Durante a internação do paciente o Serviço Social mantém contato com a equipe técnica e médico psiquiatra para suporte no tratamento e possíveis dificuldades que os familiares tenham no entendimento da evolução psíquica. Faz-se a mediação com as diferentes Políticas Públicas, que oferecerão o suporte para que os pacientes se mantenham em seu contexto social, articulando os seguintes serviços: Ambulatório de Saúde Mental, CAPS, Farmácia do Ambulatório de Saúde Mental, USAFA, CREAS, Promotoria Pública, entre outros.

Orientar os pacientes / familiares sobre os protocolos para solicitar medicação de alto custo ou nutrição enteral Descrição técnica: Na ocasião da alta, os pacientes podem sair com indicação de uso de nutrição enteral. No caso da medicação de alto custo, o Serviço Social orienta os pacientes e/ou acompanhantes à USAFA ou Secretaria de Saúde para receberem as informações adequadas a cada situação. Quando há a indicação de nutrição enteral, o Serviço Social recebe o Formulário de Solicitação de Nutrição Enteral preenchido pelo médico e nutricionista e o encaminha para assinatura da Diretoria. Também faz parte do processo relatório da nutricionista, exames, declaração médica e relatório médico em duas vias. Posteriormente, a família é convocada a comparecer no setor do Serviço Social, recebem a orientação para dar entrada no processo, de acordo com o município de origem do paciente.

O serviço social desempenha um papel essencial ao integrar cuidados médicos com suporte social, garantindo que os pacientes recebam tratamento holístico e personalizado. Além disso, ajudam a reduzir readmissões hospitalares desnecessárias, melhoram a experiência do paciente e contribuem para a eficiência geral do hospital. Assim, sua presença e intervenção são fundamentais para promover o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos atendidos.

Nesse sentido, a SPDM propõe:

Acolhimento e Orientação: Implementar um sistema de acolhimento para novos pacientes e suas famílias, fornecendo informações sobre os serviços disponíveis;

Assistência Social Direta: Oferecer suporte individualizado através de assistentes sociais para lidar com questões financeiras, jurídicas, habitacionais, entre outras;

Educação e Treinamento: Promover treinamentos para a equipe médica sobre questões sociais relevantes e como acessar os recursos disponíveis;

Integração Comunitária: Estabelecer parcerias com organizações comunitárias para ampliar os recursos disponíveis para os pacientes após a alta hospitalar;

Planejamento de Alta e Continuidade de Cuidados

- Transição suave**:** Auxiliar na preparação para a alta hospitalar, coordenando cuidados pós-alta e garantindo que o paciente tenha suporte adequado em casa ou em outro ambiente;
- Coordenação interdisciplinar**:** Trabalhar em equipe com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde para garantir um plano de cuidados integrado.

Avaliação e Intervenção Social;

- Avaliação da situação: Avaliar a situação social, econômica e familiar do paciente para identificar fatores que possam afetar o tratamento e a recuperação;

• Intervenção prática**:** Intervir em crises familiares, abuso, questões habitacionais e outras necessidades sociais que impactam a saúde do paciente.

D.2) SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

A SPDM fornecerá dietas especiais, lanches específicos, manipulação de dietas enterais e fórmulas lácteas, através de postos de serviço, destinadas a pacientes (adultos e infantis) e acompanhantes legalmente instituídos (Lei Federal nº 8.069. de 13/07/90; art. 278 e Lei Federal n.º 10.741, de 01/10/03) do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, assegura uma alimentação balanceada, com qualidade nutritiva e técnica e em condições higiênicas sanitárias adequadas, englobando a operacionalização e desenvolvimento de todas as atividades de produção e distribuição final, administrativas e de apoio à nutrição clínica e ambulatorial por profissionais de nível superior (Nutricionistas).

A prestação de serviços de nutrição e alimentação realizar-se-á mediante:

- Utilização das dependências do Complexo Hospitalar Irmã Dulce onde a alimentação será preparada no pavimento térreo e distribuída para toda a unidade hospitalar;
- Fornecimento de gêneros e produtos alimentícios, materiais de consumo em geral (utensílios, descartáveis, materiais de higiene e limpeza, entre outros), gás e mão-de-obra especializada, pessoal técnico, operacional e administrativo, em número suficiente para desenvolver todas as atividades previstas, observadas as normas vigentes de Vigilância Sanitária;
- Disponibilização, manutenção e higienização adequada dos equipamentos e utensílios utilizados.

Descrição dos Serviços Convencionais

Dietas gerais e dietas especiais, destinadas a pacientes adultos, infantis e refeições para acompanhantes:

a) A prestação de serviços de nutrição e alimentação envolverá todas as etapas do processo de operacionalização e distribuição das refeições, conforme o padrão de alimentação estabelecido, o número de pacientes, acompanhantes, os tipos de dieta e os respectivos horários definidos;

b) Os serviços consistem na execução de todas as atividades necessárias à obtenção do escopo a ser executado, dentre as quais destacam-se:

- Programação das atividades de nutrição e alimentação;
- Elaboração de cardápios diários completos por tipo de dieta;
- Elaboração de cardápios diários completos para pacientes, acompanhantes prevendo-se substituições;
- Aquisição de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo em geral;
- Armazenamento de gêneros e produtos alimentícios e materiais de consumo;
- Controle quantitativo e qualitativo dos gêneros alimentícios e materiais de consumo;
- Pré-preparos, preparos e cocção da alimentação;
- Porcionamento uniforme das dietas, utilizando-se de equipamentos (como balança) e utensílios apropriados;
- Utilização de copos, talheres e outros utensílios descartáveis de boa qualidade, evitando acidentes e preservando o conforto dos pacientes;
- Acondicionamento das refeições em recipientes isotérmicos;

- Coleta de amostras da alimentação preparada;
- Transporte interno e distribuição nas copas / leitos;
- Porcionamento, expedição, transporte e distribuição das refeições aos comensais;
- Recolhimento dos utensílios utilizados pelos pacientes e resíduos descartados, quando houver, conforme prazo pré-determinado;
- Higienização e limpeza de todas as dependências utilizadas (inclusive as copas, refeitório e áreas de apoio), dos equipamentos, dos utensílios de cozinha e dos utensílios utilizados pelos pacientes e comensais, sem fluxo cruzado;
- A fixação, em local visível, do cardápio do dia e as preparações do cardápio de desjejum, almoço e jantar dos comensais.

c) A alimentação fornecida deverá ser equilibrada e racionalizada e estar em condições higiênico-sanitárias adequadas.

Os serviços deverão estar sob a responsabilidade técnica de nutricionista, com experiência comprovada em Dietoterapia / Nutrição Clínica, cujas funções abrangem o desenvolvimento de todas as atividades técnico-gerenciais, inerentes ao serviço de nutrição e deverão ser prestados nos padrões técnicos recomendados e contar com quadro de pessoal técnico, operacional e administrativo qualificado e em número suficiente.

A operacionalização, porcionamento e distribuição das dietas e refeições dos pacientes e demais comensais deverão ser supervisionados pelo responsável técnico de maneira a observar sua apresentação, aceitação, porcionamento e temperatura para, caso se faça necessário, se executem alterações ou adaptações, visando atendimento adequado e satisfatório, segundo a legislação vigente.

d) Na elaboração dos cardápios deverão ser observados os hábitos alimentares e características dos comensais, possibilitando dessa forma, atendimento adequado.

e) As refeições deverão estar acondicionadas apropriadamente de forma a conservar a temperatura dos alimentos até o seu porcionamento.

f) As amostras da alimentação a ser servida deverão ser separadas diariamente em recipientes esterilizados e mantidos lacrados e sob refrigeração pelo prazo de 72 (setenta e duas) horas, para eventuais análises laboratoriais.

g) Deverá ser efetuado controle bacteriológico/microbiológico da alimentação a ser fornecida mensalmente, ou a qualquer momento em casos de suspeita de toxiinfecções alimentares.

h) Para garantir a manutenção da qualidade do serviço, deverá elaborar Manual de Boas Práticas de Manipulação, com base na legislação vigente para cada serviço, bem como manter rotinas de supervisão imediata diária de todos os serviços em execução.

O Hospital Irmã Dulce dispõe de um serviço de alimentação e nutrição que conta com oito nutricionistas clínicos assistenciais e uma nutricionista chefe de produção. Além disso, o hospital conta com uma nutricionista responsável técnica.

De segunda a sexta feira o serviço possui a presença de uma nutricionista chefe de produção, quatro nutricionistas clínicos e uma nutricionista responsável técnica da unidade hospitalar, três dos nutricionistas clínicos realizam esquema de plantões de 12 horas. Os demais profissionais estão presentes em horário administrativo (das 07h00 às 16h48 e das 08h às 17h). Aos finais estão presentes dois nutricionistas clínicos em regime de plantão de 12 horas. Os profissionais se dividem da seguinte forma durante a semana:

- 1 nutricionista: UTI térrea, UTI 4º andar, clínica cirúrgica 4º andar.

- 1 nutricionista: observação, emergência adulto e infantil, clinica cirúrgica térrea, clínica médica térrea.
- 1 nutricionista: maternidade, clínica médica 1º andar, hospital dia.
- 1 nutricionista: UTI pediátrica, UTI neonatal, enfermaria pediátrica.

A assistência nutricional nas unidades de internação se baseia em métodos de triagens e avaliações nutricionais, iniciando-se no momento da internação do paciente, quando é realizada a triagem nutricional em até 72 horas. Para adultos é utilizada a ferramenta Nutritional Risk Screening (NRS, 2002) e para crianças e adolescentes o Screening Tool Risk Nutritional Status and Growth (Strong Kids), ambos métodos validados.

Todos os pacientes serão acompanhados pelo nutricionista durante o tempo que permanecerem internados, por meio de visitas com intervalo de no máximo 10 dias, onde serão realizadas adaptações na dieta, intervenções nutricionais, discussões de caso, antropometria e orientações desses pacientes. Aos pacientes que apresentarem risco nutricional aumentado de acordo com a triagem, terão as visitas do nutricionista intensificadas, oferecendo maior atenção a ingestão, estado nutricional e intervindo, se necessário, com uso de suplementos orais ou sugerindo vias alimentares alternativas (enteral e parenteral).

Os pacientes que fazem uso de dieta enteral ou parenteral possuem um fluxo de atendimento diferenciado, onde a equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) irá atuar no acompanhamento desses casos, analisando semanalmente medidas de peso, circunferências e dobras cutâneas, além da análise do estado clínico e acompanhamento da efetividade das metas nutricionais para esses pacientes. As fórmulas de dieta enteral são indicadas pela equipe de nutrição de acordo com as necessidades e/ou sintomas de cada indivíduo, a nutrição parenteral é acompanhada pela mesma equipe, sendo sugerida a melhor composição e fórmula à equipe médica no momento da indicação e prescrição da mesma.

Além da assistência clínica, o serviço possui a produção e distribuição de refeições, fórmulas infantis e dietas enterais. A cozinha da unidade possui equipe de cozinheiros, assistentes de serviços gerais, estoquistas, paneleiros, técnicos em nutrição e auxiliar de limpeza e também a equipe auxiliar de copeiros e lactaristas.

São mantidos padrões de dietas, manuais e procedimentos operacionais padrão (POP´s) para a realização e andamento do serviço de acordo com as normas sanitárias vigentes, revisados e aprovados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

São produzidas em média 450 refeições diariamente, entre refeições para pacientes, acompanhantes e funcionários, o lactário produz em média 10 litros de fórmulas infantis diariamente, número que obteve redução após a instalação da sala de coleta de leite humano, em parceria com o banco de leite humano da região, além disso, são distribuídos também mensalmente uma média de 20 litros de suplementos nutricionais e 900 litros de dieta enteral.

D.3) HEMOTERAPIA

O Hospital Irmã Dulce possui em sua estrutura uma Agência Transfusional dedicada, cuja função abrange o armazenamento, realização de testes de compatibilidade entre doador e receptor, e a transfusão de hemocomponentes liberados pela equipe técnica do corpo da empresa contratualizada.

O suprimento de sangue para o complexo Hospitalar Irmã Dulce é realizado através de empresa especializada e habilitada para o fornecimento de sangue e hemoderivados.

Como referência na Rede de Urgência e Emergência, o hospital não apenas realiza transfusões, mas também procedimentos como sangrias com indicação clínica

em regime ambulatorial. O serviço está convenientemente localizado no andar térreo, com licença de funcionamento vigente vinculada ao Alvará de Funcionamento, que atende todas as condições exigidas pela legislação em vigor e pela RDC (Resolução de Diretoria Colegiada).

A Agência Transfusional dispõe de uma equipe própria, responsável por gerenciar todo o fluxo de trabalho conforme planejamento da Gestão Municipal, em colaboração com a SPDM, conforme Plano Operativo estabelecido. Todo o processo de distribuição de hemocomponentes é estritamente controlado no ambiente hospitalar, sendo proibido o envio para unidades externas, medida que visa assegurar a qualidade dos serviços prestados e, consequentemente, a segurança dos pacientes.

A SPDM propõe fortalecer o Núcleo de Segurança do paciente para analisar junto à empresa contratada os eventos adversos imediatos (reação adversa ao hemocomponente e erro transfusional), cabendo também a empresa o monitoramento de incidentes tardios e notificações decorrentes, bem como o controle de qualidade dos hemocomponentes desde a sua captação até o processo transfusional propriamente dito.

D.4) MEDICINA DO TRABALHO

A implementação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) é fundamental para promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, especialmente em uma unidade hospitalar com 2500 profissionais de saúde. Este documento apresenta uma **proposta técnica para a implantação do SESMT**, com foco no cumprimento das obrigações do eSocial relacionadas à Saúde e Segurança do Trabalhador (SST), ações de promoção da saúde dos trabalhadores e prevenção de doenças e acidentes.

DEFINIÇÕES

ASO – Atestado de Saúde Ocupacional

CA – Certificado de Aprovação

CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

EPC – Equipamento de Proteção Coletiva

EPI – Equipamento de Proteção Individual

LTCAT – Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho

NR – Normas Regulamentadoras

OS – Ordem de Serviço

PCI – Prevenção e Combate à Incêndio

PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos

PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional

LT - Laudo Técnico

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

Diagnóstico Preliminar

Antes de iniciar a implantação do SESMT, será realizado um diagnóstico detalhado das condições de segurança e saúde no trabalho. Este diagnóstico incluirá:

• **Análise das Condições Físicas e Ergonômicas**: Avaliação dos postos de trabalho, identificando riscos associados a agentes biológicos, produtos químicos e radiações ionizantes.

- **Avaliação dos Riscos Ocupacionais**: Identificação dos riscos específicos do ambiente hospitalar, como contaminação por agentes patogênicos e exposição a produtos químicos.
- **Verificação da Conformidade com as NRs**: Checagem do cumprimento das Normas Regulamentadoras vigentes e outras legislações aplicáveis.

1. Estrutura e Dimensionamento do SESMT

Com base no diagnóstico preliminar, propõe-se a estruturação do SESMT com a seguinte equipe multidisciplinar:

- **Médico do Trabalho**: Realizará exames admissionais, periódicos, demissionais e de retorno ao trabalho, além de acompanhar casos de doenças ocupacionais e promover ações de saúde. Responsável por inspeções periódicas, elaboração e revisão do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Auxiliar na gestão de licenças médicas e benefícios relacionados a saúde ocupacional, monitorando o afastamento dos trabalhadores e o retorno ao trabalho.
- **Engenheiro de Segurança do Trabalho**: Será responsável por inspeções periódicas, elaboração e revisão do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), além de avaliar e controlar riscos ambientais.
- **Enfermeiro do trabalho:** gestão de documentação e Registros, Prevenção e Controle de Doenças Ocupacionais, Primeiros Socorros, Educação e Treinamento, Colaboração com Equipes Multidisciplinares, Implementação de Políticas de Saúde e Segurança.
- **Técnico de enfermagem do Trabalho**: Auxiliará na realização de exames complementares, primeiros socorros, campanhas educativas e ações de promoção da saúde.

- **Técnico de Segurança do Trabalho**: Responsável pela orientação e treinamento dos colaboradores sobre procedimentos de segurança, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e medidas preventivas.
- **Auxiliar de Enfermagem do Trabalho**: Apoiará nas atividades de saúde ocupacional, assistência em emergências e cuidados básicos de saúde.

2. Atividades e Programas do SESMT

O SESMT desenvolverá e implementará as seguintes atividades e programas:

- **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**: Realizará exames médicos periódicos, admissionais, demissionais e de retorno ao trabalho, conforme exigido pelas Normas Regulamentadoras.
- **Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO)**: Identificará, avaliará e controlará os riscos ambientais presentes nos locais de trabalho.
- **Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR)**: Gerenciará os riscos ocupacionais, implementando ações sistemáticas para a melhoria das condições de trabalho.
- **Programas de Educação e Treinamento**: Oferecerá treinamentos específicos sobre segurança no trabalho, uso de EPIs, ergonomia e prevenção de acidentes.
- **Campanhas de Saúde e Bem-Estar**: Iniciativas para promoção de hábitos saudáveis, prevenção de doenças ocupacionais e saúde mental.

3. Recursos Necessários

Para a implementação eficaz do SESMT, serão necessários os seguintes recursos:

- **Instalações**: Sala para consultas médicas e exames, espaço para treinamentos e reuniões.
- **Equipamentos**: Equipamentos médicos, EPIs, sinalização de segurança.
- **Software de Gestão**: Para registro e acompanhamento dos exames médicos e programas de segurança.
- **Equipe de Apoio Administrativo**: Para suporte logístico e administrativo.

4. Cronograma de Implementação

O cronograma será elaborado com base nas prioridades identificadas no diagnóstico inicial, seguindo um plano faseado para garantir a continuidade das operações hospitalares. As fases incluirão:

- **Planejamento e Preparação**: Definição da estrutura do SESMT e recursos necessários.
- **Implementação Gradual**: Início pelas áreas com maior risco, seguido de expansão.
- **Treinamento e Capacitação**: Formação da equipe e treinamento dos colaboradores.
- **Monitoramento e Avaliação**: Avaliação contínua das atividades e ajustes necessários.

5. Avaliação e Monitoramento

Será estabelecido um sistema contínuo de avaliação e monitoramento das atividades do SESMT. Isso incluirá:

- **Revisões Periódicas**: Avaliação da eficácia das medidas implementadas.

- **Identificação de Novos Riscos**: Ajustes nos programas conforme novos riscos sejam identificados.
- **Relatórios Regulares**: Geração de relatórios periódicos sobre a saúde e segurança dos trabalhadores.

6. Cumprimento do eSocial e Normas Regulamentadoras

A proposta garante o cumprimento das obrigações do eSocial, conforme os seguintes eventos:

- **S-2210 - Comunicação de Acidente de Trabalho**: Envio imediato após a ocorrência de acidentes de trabalho.
- **S-2220 - Monitoramento da Saúde do Trabalhador**: Registro e envio das informações sobre exames médicos e ASOs até o dia 15 do mês subsequente.
- **S-2240 - Condições Ambientais do Trabalho - Agentes Nocivos**: Informação sobre a exposição a agentes nocivos e uso de EPIs até o dia 15 do mês subsequente.

Além disso, garantiremos a conformidade com as Normas Regulamentadoras (NRs), como a NR-6 (EPI) e NR-7 (PCMSO).

7. Benefícios Esperados

- **Conformidade Legal**: Redução de riscos de penalidades e multas.
- **Melhoria na Gestão de SST**: Gestão mais eficaz e transparente das informações de saúde e segurança.
- **Ambiente de Trabalho Seguro**: Aumento da segurança e saúde dos colaboradores.
- **Eficiência Operacional**: Processos otimizados e integrados com o eSocial.

A implantação do SESMT proporcionará um ambiente de trabalho mais seguro e saudável, garantindo o cumprimento das normas regulamentadoras e promovendo a saúde e segurança dos colaboradores. Com um planejamento detalhado, treinamento adequado e monitoramento contínuo, a proposta visa alcançar excelência na gestão de SST e no cumprimento das obrigações legais.

ASPECTOS NORTEADORES SOBRE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR

NR -1 - Disposições gerais e gerenciamento de riscos

Elaboração de OS - Ordens de Serviços. As funções e atividades existentes na instituição deverão ser registradas através das Ordens de Serviços de acordo com a NR 1 que versa sobre o assunto.

As Os's devem ser entregues uma via para o colaborador, uma para o prontuário do mesmo e outra em posse do SESMT devidamente assinadas pelo colaborador.

O Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) é um conjunto de ações em que a instituição adota em seus processos visando à preservação da saúde e da integridade e segurança dos colaboradores de etapas que visam à antecipação, reconhecimento, avaliação (qualitativa / quantitativa) e consequente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

NR 4 – Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho

A Norma Regulamentadora 4 trata sobre o SESMT. A instituição precisa manter registrado junto ao portal do Ministério do Trabalho o quadro atualizado do SESMT.

O SESMT é composto por especialistas na área de Segurança e Medicina do Trabalho: Técnicos de Segurança do Trabalho, Engenheiros de Segurança do Trabalho, Médicos do Trabalho, Enfermeiros do Trabalho e Técnicos de Enfermagem do Trabalho.

Para atendimento a legislação vigente, a instituição propõe o adequado dimensionamento de colaboradores do SESMT.

NR 5 – CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Para o atendimento à Norma Regulamentadora 05 trata sobre a CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, a instituição estabelece regras bem definidas quanto à realização do processo eleitoral, quando necessário, bem como a indicação do Cipeiro designado, sempre mantendo o cumprimento da legislação vigente.

Quadro I – Dimensionamento da CIPA

NÚMERO DE EMPREGADOS NO ESTABELECIMENTO															
GRAU de RISCO*	Nº de INTEGRANTES da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2500 acrescentar
1	Efetivos					1	1	1	1	2	4	5	6	8	1
	Suplentes					1	1	1	1	2	3	4	5	6	1
2	Efetivos				1	1	2	2	3	4	5	6	8	10	1
	Suplentes				1	1	1	1	2	3	4	5	6	8	1
3	Efetivos		1	1	2	2	2	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	1	1	1	2	2	4	4	6	8	8	2
4	Efetivos		1	2	3	3	4	4	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	2	2	2	2	3	4	5	7	8	10	2

***Grau de Risco conforme estabelecido no Quadro I da NR-04** - Relação da Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE (Versão 2.0), com correspondente Grau de Risco - GR para fins de dimensionamento do SESMT.

NR 6 – EPI – Equipamento de proteção individual

Dentre os processos e/ou atividades existentes, o uso de EPI – Equipamento de Proteção Individual é imprescindível. Para tanto, a instituição adota critérios estabelecidos quanto à função/ atividade o uso adequado do EPI de modo a minimizar os riscos nas atividades existentes.

NR 7 – PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece diretrizes e requisitos para o desenvolvimento do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO nas organizações, com o objetivo de proteger e preservar a saúde de seus empregados em relação aos riscos ocupacionais, conforme avaliação de riscos do Programa de Gerenciamento de Risco - PGR da organização.

O PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da organização no campo da saúde de seus empregados, devendo estar harmonizado com o disposto nas demais NR. Se aplica as organizações e aos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como aos órgãos dos poderes legislativo e judiciário e ao Ministério Público, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Compete ao empregador, garantir a elaboração e efetiva implantação do PCMSO, custear sem ônus para o empregado todos os procedimentos relacionados ao PCMSO, indicar médico do trabalho responsável pelo PCMSO.

As unidades da instituição encontram-se assistidas pela elaboração do PCMSO em atendimento a NR 7 que trata exclusivamente sobre o tema.

Para o efetivo desenvolvimento do programa a instituição é obrigatório uma equipe completa com Médico do Trabalho responsável pelo PCMSO, Médicos Examinadores descritos nominalmente no PCMSO, enfermeiro do trabalho, técnico de enfermagem do trabalho e auxiliar administrativo.

Este documento é feito de forma individualizada para cada unidade, conforme legislação vigente e pode sofrer alterações quando médico responsável pelo PCMSO julgar necessário.

NR 10 – SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES E SERVIÇOS DE ELETRICIDADE

A Norma Regulamentadora 10 estabelece os requisitos e condições mínimas aos trabalhadores que direta ou indiretamente interajam em instalações elétricas e serviços com eletricidade. Essa Norma Regulamentadora objetiva a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos, de forma a garantir a segurança e a saúde dos colaboradores.

Cabe destacar que somente o profissional habilitado está autorizado a obter acesso e efetuar as suas atividades em sistemas elétricos energizados, bem como cumprir as ações de prevenção estabelecidos na referida norma.

NR 12 – SEGURANÇA NO TRABALHO EM MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS

A Norma Regulamentadora 12 que trata sobre a Segurança no Trabalho em Máquinas e Equipamentos tem como objetivo garantir que máquinas e equipamentos utilizados nos processos da instituição sejam seguros durante a sua operação.

Podemos elencar algumas máquinas e/ ou equipamentos: autoclave, conjunto moto gerador de energia elétrica, compressores odontológicos, dentre outros.

Estes deverão ser objeto de acompanhamento quanto a sua manutenção periódica e quando as ações pertencerem ao Contratante deverá ser encaminhado como fator influenciador, ofício constantes de solicitações que visem o atendimento qualidade e segurança no funcionamento.

NR 13 – CALDEIRAS E VASOS DE PRESSÃO

A Norma Regulamentadora 13 é a diretriz com objetivo em condicionar inspeção de segurança e operação de vasos de pressão, caldeiras e tubulações. No universo instituição a atenção é direcionada aos compressores de uso odontológico e outros com características semelhantes, propondo adequações conforme a legislação e encaminhando ofícios quando da responsabilidade do Contratante e ações efetivas quando da responsabilidade da instituição.

NR 15 – ATIVIDADES E OPERAÇÕES INSALUBRES

A Norma Regulamentadora 15 é a diretriz que apresenta as atividades, operações e agentes insalubres, inclusive seus limites de tolerância, definem as situações que, vivenciadas nos ambientes de trabalho pelos colaboradores, demonstrem a caracterização do exercício insalubre e também os meios de os proteger das exposições nocivas à saúde. A instituição através de Laudos Técnicos evidencia o cumprimento da referida Norma.

NR 16 – ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS

A Norma Regulamentadora 16 é a diretriz, que apresenta as atividades e operações consideradas perigosas e dão direito a periculosidade.

O Adicional de Periculosidade é um acréscimo junto ao salário base que é devido aos empregados que se encontram permanentemente expostos à periculosidade durante a jornada de trabalho. A instituição através de Laudos Técnicos evidencia o cumprimento da referida Norma.

NR 17 – ERGONOMIA

A Norma Regulamentadora 17 norteia a abordagem de maneira sólida o estabelecimento dos parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos colaboradores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente junto aos postos de trabalho. A instituição através de documentos e análises técnicas dos postos de trabalho evidencia o cumprimento da referida Norma.

NR 23 – PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO

A Norma Regulamentadora 23 é a diretriz que trata da proteção contra incêndios nos estabelecimentos e ambientes de trabalho. A instituição possui dentre o quadro de seus colaboradores uma equipe de brigadistas treinados para atuar nas situações emergenciais contribuindo para o bom desempenho.

Os Brigadistas e Cipeiros de forma imperativa, inspecionam mensalmente os equipamentos de combate a incêndio: extintores, hidrantes e seus acessórios.

NR 24 – CONDIÇÕES SANITÁRIAS E DE CONFORTO NOS LOCAIS DE TRABALHO

A Norma Regulamentadora 24 estabelece as diretrizes quanto à disciplina, preceitos de higiene e de conforto a serem observados nos locais de trabalho, especialmente no que se refere à infraestrutura quanto aos banheiros, vestiários, refeitórios, cozinhas, e água potável, ou seja, aqueles aplicáveis ao negócio visando a proteção à saúde dos colaboradores.

NR 25 – RESÍDUOS INDUSTRIAIS

A Norma Regulamentadora 25 estabelece os resíduos industriais como aqueles provenientes dos processos industriais. Sendo na forma sólida, líquida ou gasosa ou combinação dessas, e que por suas características físicas, químicas ou microbiológicas não se assemelham aos resíduos domésticos.

Os resíduos domésticos são tratados de forma adequada, sendo acondicionados em recipientes para posterior descarte ao serviço público.

A instituição atua exclusivamente no segmento relacionado à saúde humana, portanto detalhes sobre resíduos de saúde encontram-se abordados de forma cristalina no caderno sobre PGRSS - Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

NR 26 – SINALIZAÇÃO DE SEGURANÇA

A Norma Regulamentadora 26 determina as cores para sinalização de Segurança do Trabalho, que devem ser utilizadas em ambientes de trabalho que oferecem riscos à integridade física dos colaboradores.

A sinalização abrange as placas, adesivos, dentre outras formas junto aos ambientes tais como: rota de fuga, equipamentos de combate a incêndio, dentre outros passíveis de identificação.

NR 32 – SEGURANÇA NAS ATIVIDADES DE SAÚDE

A Norma Regulamentadora 32 estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e a saúde dos Colaboradores em Serviços de Saúde. A referida norma direciona para cada situação de risco, a adoção de medidas preventivas e a capacitação dos colaboradores para o trabalho seguro.

O universo instituição abrange atuação em: Hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, dentre outros estabelecimentos de cuidados à saúde humana, portanto se faz necessário o controle dos resíduos oriundos dos serviços de saúde ao qual determinamos o comprimento do PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde).

NR 33 – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

A Norma Regulamentadora 33 caracteriza que espaço confinado é qualquer área ou ambiente não projetado para ocupação humana contínua, que possua meios limitados de entrada e saída. Outra característica peculiar é que a ventilação existente é insuficiente para remover contaminantes ou onde possa existir a deficiência ou enriquecimento de oxigênio.

Esta identificação tem como objetivo prover os equipamentos específicos para a realização segura das atividades face aos riscos característicos do ambiente e desempenho.

Esta atividade está condicionada ao cumprimento dos aspectos norteadores específicos para atividades em Espaços Confinados alinhado com os requisitos estabelecidos no item NR-7 que trata sobre o PCMSO e exames médicos específicos de acordo com a função e atividade.

NR 35 – SEGURANÇA NAS ATIVIDADES EM ALTURA

A Norma Regulamentadora 35 estabelece os requisitos mínimos de proteção para o trabalho em altura, envolvendo o planejamento, a organização e a execução. A referida norma garante a segurança e a saúde dos colaboradores envolvidos direta ou indiretamente com trabalhos ou atividades em altura.

Para fins da aplicação do conceito de trabalho em altura, considera-se trabalho em altura toda atividade executada acima de 2,00 m (dois metros) do nível inferior, onde haja risco de queda.

Esta atividade está condicionada ao cumprimento do procedimento técnico específico para atividades em altura alinhado com os requisitos estabelecidos no item NR-7 que trata sobre PCMSO e exames médicos específicos de acordo com a função e atividade.

REQUISIÇÃO E APROVAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE PRODUTOS E/ OU SERVIÇOS

Os processos da instituição estão alinhados com a Política de Segurança e Saúde, portanto todos os processos de aquisições de Produtos e Serviços deverão ser levados em consideração os aspectos sobre Segurança e Saúde do trabalhador.

GESTÃO DE PROCESSO EM CASO DE ACIDENTE

Nos casos de eventuais ocorrências de acidentes o fluxo de comunicação deverá ser cumprido com objetivo de resposta considerado uma emergência, com ações efetivas face a seriedade no que tange ao assunto.

Detalhes sobre o fluxo ou procedimentos em casos de eventuais acidentes deve ser cumprida as diretrizes estabelecidas, onde nesta encontram-se as informações na forma pormenorizada incluindo as ações de INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE e que após a sua caracterização, proceder-se com a comunicação junto ao INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social através da CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho.

Nota: Cabe destacar que conforme a conceituação legal que a CAT deverá ser emitida em até 24 horas.

INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

Os colaboradores após serem contratados pela instituição passam pelo processo de integração onde recebem informações pertinentes ao cargo, suas atividades, ambiente de trabalho, além de:

- Obter informações sobre a Instituição;

- O que a instituição espera de você;

- O que a instituição oferece a você;

- Regulamentos Técnicos Administrativos;

- Regulamentos sobre Segurança e Saúde tais como: O que é o SESMT, Objetivo do SESMT, os riscos ambientais no ambiente de trabalho, o objetivo da CIPA, conceituação sobre acidentes do trabalho, os tipos de acidentes, as causas dos acidentes, a CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, a brigada de incêndio, sinalização de segurança, mapa de riscos e rota de fuga, proteção contra incêndio, classes de incêndio, agentes extintores, EPI - Equipamento de Proteção Individual.

CURSOS E/ OU TREINAMENTOS

Os colaboradores de acordo com a sua área e atuação, obrigatoriamente realizam cursos ou treinamentos para aptidão ao cargo ou função ao qual foi inserido, a saber:

- Integração sobre Segurança e Saúde do Trabalho;
- Membro da CIPA e/ou designado da CIPA - NR 5 ;
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual - NR 6;
- Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade - NR 10;
- Operação de Máquinas e Equipamentos (autoclave, compressores odont.) - NR 12 e 13;
- Ergonomia - NR. 17;
- Prevenção e Combate a Incêndio e Primeiros Socorros - NR 23;
- Exercícios de Simulados de evacuação ou abandono de área ou edificação;
- Biossegurança NR 32 – Segurança em Serviços de Saúde;
- Segurança nas Atividades em EC’s - Espaços Confinados - NR. 33;
- Segurança nas Atividades em Altura - NR 35;
- Condução Segura de Veículos.

ROTINAS NO SETOR DO SESMT

Medicina Ocupacional:

• Após a composição do SESMT e sua implantação, será designado um médico como responsável do setor de medicina ocupacional e este também será responsável pelos prontuários médicos dos empregados, que ficarão no ambulatório.

- Realizar exames médicos admissionais, demissão, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demais avaliações ocupacionais, seguindo as orientações do PCMSO.

- Elaborar, participar da elaboração e implementar política de saúde e segurança no trabalho;

- Após a elaboração do PGR, deverá ser elaborado o PCMSO, este documento será arquivado no SESMT à disposição de qualquer empregado ou fiscalização.

- Implantar um Programa de Controle e Redução do Absenteísmo: No intuito de controlar o absenteísmo será aplicada a Norma Orientadora n° 9 (institucional) que discorre sobre os procedimentos a serem adotados quando o empregado apresentar atestado médico.

- Atuar com a Segurança do Trabalho no intuito de proteger a saúde do trabalhador, participando de palestras, cursos.

- Aplicar as Normas Orientadoras da instituição, principalmente a Norma Orientadora n°4 - Acidentes de Trabalho com Material Biológico e Norma Orientadora n° 3 – Acidentes de Trabalho, e elaborar relatórios mensais sobre acidentes de trabalho.

Engenharia e Segurança do Trabalho:

- Elaborar, participar da elaboração e implementar política de saúde e segurança no trabalho;

- Realizar auditoria, acompanhar e avaliar as áreas;

- Identificar variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente;

- Desenvolver ações educativas na área de saúde e segurança no trabalho;

- Participar de perícias e fiscalizações e integram processos de negociações;

- Participar da adoção de tecnologias e processos de trabalho;
- Gerenciar documentação de SST;
- Investigar, analisar acidentes e recomendar medidas de prevenção e controle;
- Realizar entrega de EPI;
- Zelar pelo cumprimento das Normas de Segurança e Medicina do Trabalho;
- Acompanhar serviços de Risco;
- Elaborar Programa de Gerenciamento de Riscos, Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho, Justificativas Técnicas, Relatórios Técnicos e ofícios;
- Realizar avaliações ambientais (temperatura, Ruído, nível de iluminância);
- Avaliar os equipamentos de Prevenção e combate a incêndio
- Realizar o levantamento qualitativo e quantitativo de extintores e mangueiras para recarga e manutenção e teste hidrostático.
- Implantar e dar suporte a CIPA de acordo com a necessidade da Unidade.
- Conscientizar e treinar os empregados quanto aos riscos aos quais ele está exposto;
- Monitorar a utilização do uso de EPI.

ANEXO II NR 04 - DIMENSIONAMENTO DO SESMT

	Nº de Trabalhadores no estabelecimento								
Grau de Risco	**Profissionais**	**50 a 100**	**101 a 250**	**251 a 500**	**501 a 1.000**	**1.001 a 2.000**	**2.001 a 3.500**	**3.501 a 5.000**	**Acima de 5.000 Para cada grupo De 4.000 ou fração acima 2.000****
1	Técnico Seg. Trabalho				1	1	1	2	1
	Engenheiro Seg. Trabalho						1*	1	1*
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho						1***	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1*	
	Médico do Trabalho					1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. Trabalho				1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho					1*	1	1	1*
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho					1***	1***	1	1

	Nº de Trabalhadores no estabelecimento								
Grau de Risco	**Profissionais**	**50 a 100**	**101 a 250**	**251 a 500**	**501 a 1.000**	**1.001 a 2.000**	**2.001 a 3.500**	**3.501 a 5.000**	**Acima de 5.000 Para cada grupo De 4.000 ou fração acima 2.000****
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho					1*	1	1	1
3	**Técnico Seg. Trabalho**		**1**	**2**	**3**	**4**	**6**	**8**	3
	Engenheiro Seg. Trabalho				**1***	**1**	**1**	**2**	1
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho					**1*****	**1**	**1**	1
	Enfermeiro do Trabalho						**1**	**1**	
	Médico do Trabalho				**1***	**1**	**1**	**2**	1
4	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro Seg. Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

	Nº de Trabalhadores no estabelecimento								
Grau de Risco	**Profissionais**	**50 a 100**	**101 a 250**	**251 a 500**	**501 a 1.000**	**1.001 a 2.000**	**2.001 a 3.500**	**3.501 a 5.000**	**Acima de 5.000 Para cada grupo De 4.000 ou fração acima 2.000****
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho				1***	1***	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho						1	1	
	Médico do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

(*) Tempo parcial (mínimo de três horas)

(**) O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento da faixa de 3.501 a 5.000, acrescido do dimensionamento do(s) grupo(s) de 4.000 ou fração acima de 2.000.

(***) O empregador pode optar pela contratação de um enfermeiro do trabalho em tempo parcial, em substituição ao auxiliar ou técnico de enfermagem do trabalho.

OBSERVAÇÕES:

A) hospitais, ambulatórios, maternidades, casas de saúde e repouso, clínicas e estabelecimentos similares deverão contratar um enfermeiro do trabalho em tempo integral quando possuírem mais de quinhentos trabalhadores; e

B) em virtude das características das atribuições do SESMT, não se faz necessária a supervisão do técnico de enfermagem do trabalho por enfermeiro do trabalho, salvo quando a atividade for executada em hospitais, ambulatórios, maternidades, casas de saúde e repouso, clínicas e estabelecimentos similares.

D.5) TRANSPORTE EM VEÍCULO AUTOMOTOR/AMBULÂNCIA AO PACIENTE INTERNADO

É fundamental assegurar a responsabilidade no transporte intra-hospitalar entre as unidades do Complexo Hospital Irmã Dulce, bem como nos transportes inter-hospitalares coordenados através da Regulação de Acesso. O transporte de pacientes deve ser criteriosamente indicado, planejado e executado para mitigar quaisquer riscos potenciais. Deve ser seguro e eficiente, evitando expor o paciente a perigos desnecessários que possam agravar seu estado clínico.

Independentemente do tipo de transporte, ele pode representar um risco adicional para pacientes em estado crítico, razão pela qual deve ser encarado como uma extensão dos cuidados prestados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

A prestação dos serviços atende as necessidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, que compreende o Hospital Municipal Irmã Dulce, situado à Rua Dair Borges, 550 – Boqueirão – Praia Grande/SP / da UPA Samambaia, situada à Rua dos Corretores de Imóveis, S/N – Jardim Samambaia – Praia Grande/SP / do Centro de Nefrologia de Praia Grande, situado à Avenida Presidente Costa e Silva, 1399 – Boqueirão – Praia Grande/SP.

As ambulâncias são disponibilizadas de segunda a segunda-feira, 24 (vinte e quatro) horas por dia, seguindo a composição e classificação abaixo:

Para garantir a remoção de pacientes serão utilizados Veículos de Suporte Avançado (Tipo “D”) e Veículos de Suporte Básico (Tipo B). Os veículos utilizados serão providos de segurança (bom estado de conservação e condições de operação, com especial atenção ao estado dos pneus e manutenção mecânica), higiene, dirigibilidade e ainda possuir sistema de ar condicionado, seguindo as normas do Código de Trânsito Brasileiro (CTB).

Ambulâncias Básicas:

01 (um) motorista socorrista;

01 (um) técnico de enfermagem.

Ambulâncias UTI:

01 (um) motorista socorrista;

01 (um) médico;

01 (um) enfermeiro.

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado (U.T.I. móvel): veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos.

A regulação do transporte está definida através de Protocolo Operacional Padrão, sendo de responsabilidade da equipe da Diretoria Técnica e NIR (Núcleo Interno de Regulação).

A SPDM propõe fortalecer as ações em relação ao transporte seguro intra e inter-hospitalar:

• Documentação Completa**:** Garantir que toda a documentação do paciente esteja completa e atualizada, incluindo histórico médico, alergias, e instruções específicas de tratamento durante o transporte.

• Avaliação Pré-Transporte**:** Realizar uma avaliação completa do paciente antes do transporte para identificar quaisquer condições médicas que possam impactar o processo de transporte.

• Registro de Dados**:** Manter um registro detalhado de todas as informações relevantes antes, durante e após o transporte do paciente, incluindo sinais vitais, medicações administradas, e quaisquer incidentes ou eventos adversos ocorridos durante o transporte.

• Verificação Pré-Transporte**:** Antes de cada transporte, realizar uma verificação completa dos equipamentos médicos necessários, como monitor cardíaco, ventilador portátil (se necessário), bomba de infusão, e garantir que todos estejam em pleno funcionamento e devidamente calibrados.

• Medicações e Materiais**:** Garantir a disponibilidade de medicações e materiais específicos necessários para o paciente durante o transporte, como medicamentos de emergência, soluções intravenosas, dispositivos de via aérea avançada, entre outros.

Os veículos utilizados serão providos de segurança (bom estado de conservação e condições de operação, com especial atenção ao estado dos pneus e manutenção mecânica), higiene, dirigibilidade e ainda possuir sistema de ar condicionado, seguindo as normas do Código de Trânsito Brasileiro (CTB).

D.6) COMISSÕES NECESSÁRIAS OU OBRIGATÓRIAS POR LEI

a) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Em cumprimento à legislação deve-se estabelecer a comissão de controle de infecção hospitalar. Propomos , com regimento interno sugerido a seguir.

CAPÍULO I - CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH do Complexo Hospitalar Irmã Dulce é um órgão deliberativo, de natureza técnico-científica, diretamente ligado à Diretoria técnica, de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar, nos termos da Lei Federal nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e da Portaria Ministerial no 2.616, de 12 de maio de 1998.

Artigo 2º - A CCIH é formada por um conjunto de profissionais de nível superior e técnico formalmente designados para elaborar, planejar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções Relacionada à Assistência à Saúde-PCIRAS.

§ 1º - Considera-se PCIRAS o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 2º - Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após 72 horas a internação de um paciente em hospital e que se manifeste durante a internação ou dentro de 7 dias após a alta.

Artigo 3o – A estrutura CCIH compreende:

I – Colegiado (Membros Consultores);

II – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIRAS

Parágrafo único – O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIRAS é o órgão executor das ações deliberadas pela CCIH.

CAPÍTULO II - ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - O Colegiado ou CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes dos serviços abaixo relacionados:

Representante da Diretoria Administrativa

Coordenação Médica

Diretoria Técnica

Diretoria Clinica

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia:

Serviço de Anestesia

Serviço de Ortopedia

Serviço de Neurocirurgia

Serviço de Neonatologia e Pediatria

Serviço de UTI Adulto

Serviço de Farmácia

Representante da Unidade PS Central

Representante da Unidade Nefro PG

Representante da UPA Charles Bechara

Gerência de Enfermagem

Representante de enfermagem da UTI Neonatal e Pediátrica

Representante de enfermagem UTI Adulto

Representante das Clínicas

Representante do CME e Centro Cirúrgico

Representante do Laboratório de Microbiologia

Parágrafo Único – Os membros da CCIH deverão ser representantes dos setores envolvidos diretamente no referido PCIRAS além de profissionais de nível técnico e profissionais de nível superior especializados em controle de infecção hospitalar.

Artigo 5º - As indicações para integrar a CCIH serão submetidas ao Diretor Técnico.

Artigo 6º - Dentre as indicações efetuadas, e respeitando-se o limite estipulado, o Diretor Técnico escolherá os Membros que comporão a CCIH e promoverá as designações destes e do seu Presidente.

Artigo 7º - A CCIH terá sua sede em sala estruturada e destinada ao seu funcionamento, no 5º andar do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Artigo 8° – A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Técnica proporcionará infraestrutura e o apoio clínico necessário.

Artigo 9° – A CCIH deverá reunir-se ordinariamente pelo menos uma vez ao mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Técnico, Presidente da CCIH ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - A CCIH instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário da CCIH para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 4º - As deliberações da CCIH serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Técnico.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal

Artigo 10º - A CCIH, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 11º - Os expedientes sujeitos à análise da CCIH serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Técnica.

Parágrafo Único - Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da CCIH ou por membro designado.

Artigo 12º - A sequência das reuniões da CCIH será a seguinte:

- Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo seu substituto;

- Verificação de presença;

– leitura, votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

- Leitura e despacho do expediente;

ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

organização da pauta da próxima reunião;

distribuição de expedientes aos relatores;

comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CCIH, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Artigo 13º - O relator emitirá parecer por escrito, contendo o histórico e o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto.

Parágrafo Único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 14º - A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 15º - Após a leitura do parecer, o Presidente ou o seu Suplente devem submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º - O prazo de vistas será de até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 16º - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 17º - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 18º - A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e será lavrada uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes e pelo Presidente, quando de sua aprovação.

COMPOSIÇÃO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 19º – O SCIRAS será constituído, no mínimo, pelos seguintes componentes:

I – Médico;

II –Enfermeiro;

III – Técnicos de Enfermagem

FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 20º – O SCIRAS deverá ter uma sala própria, de fácil acesso, dentro do hospital, em local determinado pela Diretoria técnica preferencialmente próxima às áreas clínicas.

Artigo 21°– A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência do SCIRAS, a Diretoria técnica proporcionará infraestrutura necessária.

Artigo 22º – O SCIRAS realizará reuniões científicas e reuniões administrativas regularmente a depender das demandas.

CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Artigo 23°- À CCIH compete:

Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde no Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

Elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequando às características e necessidades da instituição;

Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções hospitalares;

Elaborar Regimento Interno;

Elaborar, adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico- operacionais que visem a uniformização de medidas de prevenção, controle e contenção das infecções hospitalares nos setores de equipamento, rouparia, lavanderia, materiais de consumo, hidráulica, eletricidade, esgoto, ar condicionado, cozinha, lactário, lixo, transporte, limpeza, saneamento, antissepsia, desinfecção, esterilização e desinfestação;

Planejar e realizar investigação epidemiológica de surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

Analisar os relatórios apresentados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, com a periodicidade estabelecida;

Definir, em cooperação com a Coordenação de Farmácia e Terapêutica e Diretoria Técnica, política de uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

Cooperar com o setor de educação continuada visando a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais do CHID no que diz respeito ao controle de infecção hospitalar;

Examinar e proceder à adequação dos projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções hospitalares;

Promover, em conjunto com o Serviço de Medicina do Trabalho (SESMT), medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas no âmbito do CHID;

Receber do Serviço de Assistência Médica dos Servidores comunicação sobre ocorrência de infecções no corpo funcional do CHID e adotar as medidas cabíveis;

Acompanhar o desempenho e receber sugestões das Subcomissões do CHID.

Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES DA CCIH

Artigo 24º - Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CCIH, especificamente:

I - Representar a CCIH em suas relações internas e externas;

II – Convocar, instalar e presidir as reuniões da CCIH;

III – indicar, dentre os membros da CCIH, seu substituto nas reuniões e representações;

IV - Indicar, dentre os membros da CCIH, os relatores dos expedientes;

- Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

- Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

- Promover a interação do SCIRAS e com a CCIH.

Artigo 25º - Aos membros da CCIH incumbe as seguintes atribuições gerais:

- Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;

- Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

- Requerer votação de matéria em regime de urgência;

- Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V - Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

VI - Colaborar com o SCIRAS na implantação do PCIRAS nas unidades.

Artigo 26º – Ao representante da Direção Técnica, além das atribuições gerais, incumbe:

– Avaliar e agilizar as solicitações cabíveis que auxiliem o bom funcionamento da CCIH e do SCIRAS no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

– Apoiar os atos da CCIH e do SCIRAS para difusão de dados epidemiológicos relativos ao controle de infecções hospitalares da instituição em fóruns internos e externos.

Artigo 27º – Aos representantes da Enfermagem incumbe, além das atribuições gerais, colaborar com a CCIH para que haja uma adesão máxima do serviço de enfermagem ao PCIRAS adotado pela instituição.

Artigo 28º – Ao representante da Farmácia, além das atribuições gerais, incumbe:

I – Elaborar regularmente levantamento do consumo de antimicrobianos e informar ao SCI-RAS; II – cooperar com as normas de padronização do uso de antimicrobianos na instituição;

– Informar ao SCIRAS o uso inadequado de antimicrobianos para fins profilático ou terapêutico de infecção hospitalar;

– Cooperar com as medidas de restrição ao uso de antimicrobianos padronizadas pela instituição;

– Colaborar, quando necessário, para a avaliação microbiológica dos produtos químicos usados na instituição;

– Possuir relatório técnico sobre todos os produtos químicos esterilizantes, desinfetantes, detergentes e antissépticos usados na instituição.

Artigo 29º – Ao representante do Laboratório, além das atribuições gerais, incumbe:

– Elaborar e divulgar normas técnicas atualizadas sobre coleta e transporte de material para exame microbiológico;

– Implantar técnicas atuais, eficazes e rápidas para a identificação e estudo de sensibilidade aos antimicrobianos de microrganismos isolados e relacionados às infecções hospitalares da instituição;

– Organizar e disponibilizar ao SCIRAS e à CCIH dados microbiológicos que permitam estudos de levantamento, quando necessários.

Artigo 30 - São competências do SCIRAS:

– Executar e manter o Programa de Controle de Infecção Hospitalar adequado às características e necessidades da instituição, de acordo com as diretrizes da CCIH;

– Implementar e manter Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares;

– Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implementar medidas de controle;

– Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas visando à prevenção e ao controle das infecções hospitalares;

– Definir, implementar e executar, juntamente com o setor de Farmácia, a política de controle de uso racional de antimicrobianos e germicidas;

– Regulamentar medidas de precaução e supervisionar a aplicação das mesmas;

– Submeter à CCIH as rotinas e protocolos elaborados pelo SCIRAS, assim como os problemas relacionados com a execução dos mesmos;

– Elaborar e divulgar mensal relatório técnico contendo, no mínimo, as seguintes informações por serviço (unidade de internação), e referentes a todo o hospital:

TAXA DE INFECÇÕES DE IRAS:

Infecção de trato urinário- ITU;

Infecções de corrente sanguínea- ICS;

Infecção de pneumonia associada a ventilação mecânica- PAV;

Infecção de sítio cirúrgico -ISC;

Taxa de adesão ao álcool e sabão das UTIs;

Taxa de adesão de inserção de cateter venoso central (CVC) das UTIs;

Densidade de Incidência;

Taxa de Letalidade;

Taxa global de infecções geral do hospital;

Consumo dos antimicrobianos.

– Elaborar e divulgar anualmente relatório com coeficientes de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos dos germes mais frequentes isolados associados à infecção hospitalar;

– Estender sua atuação às áreas de ambulatório e outras que tenham atividades subsidiárias ou complementares à vida funcional do CHID;

– Acompanhar modificações de planta física do Complexo Hospitalar Irmã Dulce verificando sua adequação em relação ao problema de infecção hospitalar;

– Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo e equipamentos cujo uso possa estar relacionado à ocorrência de infecção hospitalar;

– Supervisionar nas visitas técnicas ou situacional, as condições de armazenamento de materiais esterilizado, a fim de garantir a validade da esterilização;

– Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área de infecção hospitalar;

– Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;

XVI - enviar mensalmente relatório técnico com indicadores de infecção hospitalar às Coordenações Estadual e Municipal de Controle de Infecção Hospitalar;

XVII – notificar, na ausência de um núcleo de vigilância epidemiológica na instituição, dos casos diagnosticados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória ao Serviço de Vigilância Sanitária dos órgãos de gestão estadual e municipal do SUS;

ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES DO SCIRAS

Artigo 31 – Ao Médico do SCIRAS cabe:

I – Estruturar o SCIRAS do ponto de vista operacional e organizacional;

II – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do SCIRAS;

III– Participar das reuniões da CCIH;

IV– Participar da padronização dos antimicrobianos e germicidas de uso a instituição, bem como supervisionar a correta utilização dos mesmos;

V– Participar de visitas clínicas e discutir casos clínicos visando aspectos preventivos, diagnósticos e terapêuticos das infecções hospitalares;

VI– Emitir, quando solicitado através de interconsulta, parecer técnico por escrito sobre pacientes internados no Complexo Hospitalar Irmã Dulce com infecção hospitalar confirmada ou suspeita;

VII– Avaliação dos antimicrobianos de uso restrito.

Artigo 33 – Ao Médico e Enfermeiro do SCIRAS cabe:

– Realizar busca ativa de casos de infecção hospitalar nos diversos setores do hospital, inclusive com pesquisa de infecções;

– Notificar aos órgãos competentes de vigilância sanitária os casos de doenças de notificação compulsória suspeitos ou confirmados diagnosticados na instituição;

– Realizar inquéritos epidemiológicos;

– Constituir banco de dados informatizado;

– Participar da padronização de rotinas técnicas relacionadas ao controle e prevenção de infecções hospitalares;

– Participar da elaboração de normas e rotinas relacionadas ao uso de germicidas hospitalares e supervisionar a correta implementação das mesas;

– Participar da elaboração de normas e rotinas para as atividades de higiene e limpeza do hospital e supervisionar a correta implementação das mesmas;

– Planejar e participar de treinamento de recursos humanos (integração) visando o controle de infecção hospitalar em todos os níveis em cooperação com os setores competentes;

– Realizar inspeções periódicas em setores específicos do hospital para avaliar a implementação de rotinas padronizadas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

– Participar de reuniões com setores específicos do hospital sempre que necessário;

– Elaborar, divulgar e discutir amplamente relatórios técnicos periódicos contendo os principais indicadores relacionados à infecção hospitalar na instituição.

Artigo 34 - Às Técnicas de Enfermagem da SCIRAS incumbe:

I- Cooperar juntamente com a Enfermeira da SCIRAS na busca ativa de casos de infecção hospitalar nos diversos setores do hospital, inclusive com pesquisa de infecções;

II – Notificar aos órgãos competentes de vigilância sanitária os casos de doenças de notificação compulsória suspeitos ou confirmados diagnosticados na instituição;

III – Encaminhar e cadastrar amostras (IAL) e notificações a Vigilância Epidemiológica do município, CRATH e SAE;

IV – Identificação e atualização das precauções, enviando por e-mail aos responsáveis pelos setores;

V - Carimbar as fichas de internação caso o paciente necessite de precauções, deixando os resultados de exames positivos no setor, comunicando o Enfermeiro Responsável e anexado na contra capa do prontuário;

VI - Recolher as notificações compulsórias dos setores, auxiliar no preenchimento quando houver duvidas e realizar a dupla checagem da correção, bem com providenciar todos os impressos para fechamento das infecções mensais;

VII – Contribuir com o Enfermeiro da SCIRAS nos treinamentos, preenchimento de planilhas e encaminhamento dos fechamentos de infecções mensais e outras atividades relacionadas ao setor.

COMPETÊNCIAS DA DIREÇÃO DO HOSPITAL

Artigo 35 – À Diretoria Técnica do CHID compete:

I – Constituir formalmente a CCIH;

– Nomear os componentes da CCIH através de ato próprio;

– Propiciar infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

– Assegurar a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados formuladores e deliberativos da instituição, independente da natureza da entidade mantenedora ou gerenciadora da instituição;

– Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal e Estadual de Controle de Infecção Hospitalar

– Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto a composição da CCIH, bem como as alterações que porventura venham a ocorrer;

– Garantir o devido apoio à CCIH e ao SCIRAS para a implementação das diretrizes e normas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

– Viabilizar a aquisição de livros e periódicos específicos para eventuais consultas pelo SCIRAS e CCIH.

CAPÍTULO IV

Artigo 36 – O mandato dos componentes da CCIH corresponderá a um período de 1 (hum) ano, permitida a recondução por mais 1 (hum) período;

Parágrafo único – Na ausência de profissional capacitado para assumir o cargo de Presidente da CCIH, o antecessor poderá ocupar o cargo para mais um mandato com direito a recondução conforme estabelece o artigo 36.

Artigo 37 - Será dispensado o componente da CCIH que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 38 - As funções dos membros da CCIH não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o CHID.

Artigo 39 - A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 40 - O Diretor Técnico poderá, a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos integrantes da CCIH.

Artigo 41 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIH e, em grau de recurso, pelo Diretor Técnico.

Artigo 42 - O presente Regimento Interno poderá se alterado mediante proposta da CCIH através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor Técnico e aprovada pelo Conselho Deliberativo.

informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto a composição da CCIH, bem como as alterações que porventura venham a ocorrer;

– Garantir o devido apoio à CCIH e ao SCIRAS para a implementação das diretrizes e normas de prevenção e controle de infecção hospitalar;

– Viabilizar a aquisição de livros e periódicos específicos para eventuais consultas pelo SCIRAS e CCIH.

b) Comissão de Revisão de Óbitos

Em cumprimento à legislação deve-se estabelecer a comissão de revisão de óbito, com regimento interno sugerido a seguir.

I. FINALIDADE:

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

II. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

III. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretora Técnica. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor Geral. Os cargos de vice-presidente e secretario poderão ser definidos pela comissão.

IV. SEDE:

A sede da comissão será no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

V. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reunião periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativas ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios poderão realizar a reunião. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maiores simples dos presentes. Para apreciação e estudo preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, serão designados um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizados em plenária prévia. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma nome e assinaturas dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal.

VI. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;

- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbitos;

- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

- Convocar o Médicos que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbitos.

- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade)

- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

- Zelar pelo sigilo ético das informações;

- Emitir parecer técnicos ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outros serviços interessados.

- Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

- Desenvolver atividade de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimento relevantes a Instituição.

São atribuição do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorrem de suas funções ou prerrogativas:

- Convocar e presidir as reuniões;

- Indicar seu vice-presidente;

- Representar a comissão junto à Diretoria da Instituição; ou indicar seu representante;

- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

- Fazer cumprir o regimento;

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto da qualidade (voto de Minerva). Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão.

- Organizar a ordem do dia;

- Receber e protocolar os processos e expedientes;

- Lavrar a ata das sessões /reuniões;

- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

- Organizar e manter o arquivo da comissão;

- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria;

- Solicitar ao SAME (serviço de arquivo médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o Diretor Técnico da Instituição. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes aos assuntos;

O regimento entrará em vigor após aprovação da diretoria.

c) Comissão de Ética Médica

Em cumprimento à legislação deve-se estabelecer a comissão de ética médica, com regimento interno sugerido a seguir.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Das Definições

Art. 1º. - A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Federal de Medicina, junto aos Hospitais e Pronto Atendimento, estando a ele vinculada.

Parágrafo Único - Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina em sua área de abrangência.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRU-TURA DA COMISSÃO.

Art. 3° A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 04 (quatro) membros efetivos e igual número de suplentes.

I.A deverá ter 1 Presidente, 1 Vice-Presidente, 1 Secretário e demais membros efetivos e suplentes.

II.O Presidente será o membro com maior votação e o Vice o com segunda maior votação.

III.O Secretário será escolhido pela Comissão.

Art. 4° A Comissão de Ética Médica serão instaladas nos termos do artigo 1° deste Regulamento, após eleição direta do membro do Corpo Clínico.

Art. 5° Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da Instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - Quando investidos nas funções acima elencados após terem sido eleitos, os membros serão substituídos.

Art. 6° O mandato da Comissão de Ética será de até 24 meses, podendo haver reeleição.

Art. 7° Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a Comissão procederá a convocação do suplente respeitando a ordem de votação para a vaga ocorrida, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo oficiar tal decisão ao Conselho Regional de Medicina imediatamente após o feito.

Parágrafo único. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do Corpo Clínico da Instituição, o seu mandato cessará automaticamente.

Art. 8° Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos de membros efetivos ou suplentes.

CAPÍTULO III - DA COMPETENCIA

Art. 10 - Compete à Comissão de Ética:

a) Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais;

b) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

c)Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

d)Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

e) Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

f) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

g) Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

h) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

i)Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

j) Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

k) Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

1) Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

m)Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

n) Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

o) Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética,

p) Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional e

q) Orientar o público usuário da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Art. 11 - Compete aos membros da Comissão de Ética:

a) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta,

b) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica prevista nesta resolução;

c)Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder sindicâncias.

Art. 12- Compete ao presidente da Comissão de Ética:

a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores, inclusive no Conselho Regional de Medicina;

b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

c) Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

d) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;

e) Encaminhar ao Conselho Regional de Medicina as sindicâncias devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

f) Nomear membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica quando da apuração de sindicâncias.

Art. 13 - Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

a) Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais;

b) Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

c)Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

d)Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV - DAS ELEIÇÕES

Art. 14 - A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina, ressalvado o determinado no artigo go do presente Regulamento.

Art. 15 - A convocação da eleição será feita pelo Diretor Clínico ou na sua ausência pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 16 - Os candidatos à Comissão deverão se inscrever individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 17 - Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no estabelecimento em que ocorrerá a eleição, pelo diretor clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 18 - O Diretor Clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina.

Parágrafo único: Os integrantes da Comissão Eleitoral não podem ser candidatos à Comissão de Ética.

Art. 19 - A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Parágrafo único - Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos ou suplentes, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

Art. 20 - A apuração será realizada imediatamente após o encerramento da votação, pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 21 - O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 22 - Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 horas após a eleição, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 23 - Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 24 - A Comissão de Ética Médica deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias, e se reunir de forma extraordinária quando solicitadas.

Art. 25 - Os atos da Comissão relacionados com a fiscalização ou sindicâncias terão caráter sigiloso.

Art. 26 - Todas as deliberações da Comissão de Ética dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto de decisão em caso de empate.

Art. 27 - As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta resolução.

Art. 28 - A sindicância será instaurada mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Diretor Técnico;

Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

c)Solicitação da Delegacia Regional, seccional ou Representação;

d)Determinação do Conselho Regional de Medicina.

Art. 29 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos, convocando-os, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando¬

lhes, no prazo de 07 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Art. 30 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam colaborar

no deslinde da questão, deverão ser apensados à sindicância, quando for decidido e enviados ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único - O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética Médica.

Art. 31 - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 32 - Finda a coleta de informações a Comissão de Ética Médica reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo único - Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação dos fatos.

Art. 33- Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina, para a competente tramitação.

Art. 34 - Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Médica poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do Plenário do Conselho Regional de Medicina.

§ 1° Caso haja conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2° Não havendo a conciliação de que trata o caput do artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 35 - Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá afastar-se da Comissão enquanto durar a sindicância em questão.

Art. 36 - Caberá ao Conselho Regional de Medicina divulgar a existência de Comissão de Ética dentro da instituição.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 2º As Comissão de Ética é vinculada ao Conselho Regional de Medicina e deve manter a sua autonomia em relação à instituição onde atua, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único - Cabe ao Diretor Técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina da jurisdição.

d) Comissão de Ética de Enfermagem

Fundamentação Legal: A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é instituída em conformidade com a Resolução COFEN nº 593/2018, que regulamenta a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde.

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E DAS FINALIDADES

Art.1º - A CEE é um órgão representativo nas questões éticas dos profissionais da Enfermagem.

Parágrafo Único: Tornar obrigatória a criação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem em instituições com no mínimo 50 (cinquenta) profissionais de enfermagem em seu quadro de colaboradores

Art. 2º - A atuação da CEE limita-se ao exercício ético-legal dos profissionais da Enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Parágrafo único: A CEE tem como finalidades: a orientação, a conscientização, o assessoramento, a emissão de pareceres e a averiguação de fatos relacionados ao exercício ético-profissional da categoria.

Art. 3º - A CEE reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado em assembleia da categoria e homologado pela Plenária do COREN.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 4º - A CEE tem os seguintes objetivos:

I – Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

II - Promover e/ou participar de atividades que visem à interpretação do Código de Ética e a sensibilização dos profissionais de Enfermagem em relação ao comportamento ético-profissional.

III – Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais ligadas à ética.

IV – Assessorar e orientar a Gerência de Enfermagem, membros da equipe, clientes, familiares e demais interessados, sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

V – Verificar as condições oferecidas pela entidade para o desempenho profissional da categoria.

VI – Averiguar denúncias ou fatos não éticos, fazendo os devidos encaminhamentos.

VII – Apreciar e emitir parecer sobre questões ético-profissionais em projetos de ensino e pesquisa em Enfermagem.

CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO

I- A constituição da CEE é definida por meio de eleição direta e secreta ou por meio de designação, obedecendo aos critérios específicos desta Resolução.

II- Nas instituições de saúde civis, não havendo inscritos para o processo eleitoral, os membros da CEE poderão ser designados pelo Enfermeiro Responsável Técnico-RT, desde que os profissionais atendam aos critérios estabelecidos nesta Resolução e/ou Decisão do Conselho Regional da jurisdição.

III- A CEE será constituída por, no mínimo, 3 (três) e no máximo 11 (onze) profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitando o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros, obstetrizes, técnicos e auxiliares de enfermagem. A CEE será composta por presidente, secretário e membro, dentre os profissionais mais votados, cabendo ao Enfermeiro o cargo de presidente.

IV- O mandato dos membros eleitos da CEE será de 3 (três) anos, admitida apenas uma reeleição.

V- As eleições para constituição da CEE deverão ser convocadas até 60 (sessenta) dias antes do dia do pleito, mediante edital público, firmado pelo Enfermeiro RT, a ser fixado em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem na instituição de saúde.

VI- O Enfermeiro RT deverá constituir comissão eleitoral para encaminhamento do pleito.

VII- Cabe a comissão eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos do art. 8º desta Resolução.

VIII- O voto em cédula será depositado em urna indevassável.

IX- A eleição se processará, preferencialmente, em 1 (um) dia, das 08:00 horas às 20:00 horas, garantindo, assim, a participação de todos os profissionais de enfermagem da instituição no pleito.

X- A apuração será pública e na presença dos candidatos concorrentes ou de observadores.

XI- Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos.

Art 5º São critérios para integrar a CEE:

I – Manter vínculo empregatício junto à instituição de saúde;

II – Possuir situação regular junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição em todas as categorias que esteja inscrito;

III – Não possuir condenação transitada em julgado em processo administrativo e/ou ético nos últimos 5 (cinco) anos;

IV – Não possuir anotações de penalidades junto ao seu empregador nos últimos cinco anos;

Parágrafo único. O Enfermeiro RT deverá encaminhar ao Conselho Regional de Enfermagem os nomes dos profissionais inscritos/designados para verificação de regularidade e havendo impedimento de profissional ele não poderá participar do pleito.

CAPÍTULO IV - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 6º – A convocação da eleição será realizada pelo Enfermeiro RT, em edital interno, no mínimo, com 60 (sessenta) dias antes da data da realização do pleito eleitoral.

Parágrafo único: A Gerência de Enfermagem deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição, ao COREN, no mesmo dia em que for publicado na entidade, juntamente com a relação dos Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Auxiliares de

Enfermagem com vínculo empregatício na entidade, acompanhados de seus respectivos números de inscrição no COREN.

Art. 7º – A Gerência do Órgão de Enfermagem designará uma Comissão Eleitoral para conduzir todos os trabalhos de divulgação, organização, realização do pleito, apuração e divulgação dos resultados.

Parágrafo primeiro: É incompatível a condição de membro da Comissão Eleitoral com a de candidato.

Parágrafo segundo: A Comissão Eleitoral elegerá um Presidente e um Secretário entre os seus membros.

Art. 8º – O material necessário para o desenvolvimento dos trabalhos eleitorais será solicitado pela Comissão Eleitoral ao RT de Enfermagem da entidade.

Art. 9º – A escolha dos membros da CEE será feita através de eleição direta e secreta, sendo os candidatos eleitos pelos seus pares por voto facultativo.

Art. 10º – Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício com a entidade.

Art. 11º – O COREN fornecerá à Comissão Eleitoral a relação dos profissionais de Enfermagem da entidade que estiverem devidamente inscritos e em condições de votar e serem votados.

Art. 12º – Os profissionais de Enfermagem deverão candidatar-se individualmente, sem formação de chapas, inscrevendo-se junto à Comissão Eleitoral, até 10 (dez) dias antes do pleito, apresentando um fiscal, se assim desejarem.

Art. 13º – O local para a realização do pleito será definido pela Comissão Eleitoral, de comum acordo com a Gerência de Enfermagem.

Art. 14º – A eleição deverá ser realizada em 1 dia, durante o horário de trabalho, respeitados os diferentes turnos.

Art. 15º – A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, por nível profissional e com vínculo empregatício com a entidade.

Parágrafo único: Quando o número de votantes for inferior ou igual ao número de não votantes, deverá ocorrer um novo pleito no respectivo nível profissional.

Art. 16º – A apuração dos votos será realizada pela Comissão Eleitoral, na presença dos fiscais, se houverem, ou de outros interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 17º – Somente serão computadas as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentem dúvidas ou dupla interpretação.

Art. 18º – Serão considerados eleitos, como membros efetivos, os candidatos que obtiverem o maior número de votos, por nível profissional, seguido de seus membros suplentes na mesma ordem decrescente.

Parágrafo único: Em caso de empate, assumirá o candidato eleito que tiver maior tempo de contrato de trabalho na entidade.

Art. 19º – Os candidatos que receberam votos, mas não foram eleitos como membros efetivos ou suplentes deverão ser também, relacionados por nível profissional na ata da eleição e constar da lista dos resultados das eleições a ser encaminhada ao COREN.

Parágrafo único: Os candidatos indicados no caput deste artigo assumirão o mandato em caso de afastamento temporário, desistência ou destituição, segundo consta no Art. 15, Incisos II e III.

Art. 20º – Todas as ocorrências referentes ao processo eleitoral serão registradas em ata, assinada pelo Presidente, pelo Secretário, pelos demais membros da Comissão Eleitoral e pelos fiscais, se houverem.

Parágrafo único: O Presidente da Comissão Eleitoral encaminhará os resultados das eleições com a respectiva ata à Gerência do Órgão de Enfermagem, imediatamente após o término da apuração.

Art. 21º – A Gerência do Órgão de Enfermagem proclamará os resultados das eleições através de edital interno, no primeiro dia útil após o seu recebimento.

Art. 22º – Os recursos relativos ao pleito somente serão recebidos pela Comissão Eleitoral se entregues, por escrito, até 48 (quarenta e oito) horas após a publicação dos resultados pela Gerência de Enfermagem.

Parágrafo primeiro: O recurso será julgado pela Comissão Eleitoral no prazo máximo de 05 (cinco) dias.

Parágrafo segundo: Caso necessário, o recurso terá como segunda instância a Comissão de Ética do COREN.

Art. 23º – A Gerência de Enfermagem, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data do pleito, encaminhará, ao COREN, a lista nominal de todos os votados.

Parágrafo único: A listagem deverá informar:

a) o nome dos membros efetivos, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN.

b) o nome dos membros suplentes, seu nível profissional e o número de inscrição no COREN.

c) o nome dos profissionais que receberam votos, seu nível de formação e o número de inscrição no COREN, que não farão parte no primeiro momento da CEE, mas que poderão ser convocados em caso de afastamento temporário, vacância por desistência ou por destituição de membros empossados.

Art. 24º – Somente após a homologação pelo Plenário do COREN e a nomeação por Portaria emitida pelo seu Presidente, a CEE estará oficialmente autorizada para iniciar as atividades definidas neste regimento.

CAPÍTULO V - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 25º – A CEE tem as seguintes competências:

I – Divulgar os objetivos da CEE.

II – Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

III – Promover e/ou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem à interpretação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

IV – Assessorar a Gerência de Enfermagem da entidade nas questões éticas.

V – Orientar a equipe de Enfermagem sobre o comportamento ético-profissional e sobre as implicações decorrentes de atitudes não éticas.

VI – Orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas relativas ao exercício profissional da Enfermagem.

VII – Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à ética.

VIII – Apreciar e emitir parecer sobre questões éticas referentes à Enfermagem.

IX – Apreciar e emitir parecer sobre os aspectos éticos de projetos de ensino e de pesquisa da Enfermagem.

X – Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem.

XI – Averiguar:

a) O exercício ético dos profissionais da Enfermagem.

b) As condições oferecidas pela entidade e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional.

c) A qualidade de atendimento dispensada à clientela pelos profissionais de Enfermagem.

XII – Averiguar denúncias, ou atitudes não éticas praticadas por profissionais de Enfermagem.

XIII – Comunicar, por escrito, ao COREN, as irregularidades ou infrações éticas detectadas.

XIV – Encaminhar anualmente ao COREN e à Gerência de Enfermagem, o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e o relatório das atividades do ano anterior até primeiro de março.

XV – Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN (CEC) em caso de necessidade.

XVI – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e da Decisão do COREN-RS Nº 187/2016.

Art. 26º – Compete ao Coordenador da CEE:

I – Convocar e presidir as reuniões.

II – Propor a pauta da reunião.

III – Propor a redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação.

IV – Representar a CEE junto ao Órgão de Enfermagem da entidade.

V – Representar ou indicar representante, onde se fizer necessária a presença ou a participação da CEE.

VI – Encaminhar as decisões da CEE, segundo a indicação.

VII – Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais, garantindo o envio de uma cópia, até o dia 01 (um) de março de cada ano, à Gerência de Enfermagem e à Comissão de Ética do COREN.

VIII – Representar o COREN em eventos, segundo a solicitação.

IX – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas referentes ao exercício ético-profissional.

Art. 27º – Compete ao Secretário da CEE:

I – Secretariar as reuniões da CEE, redigindo atas e documentos.

II – Providenciar a reprodução de documentos.

III – Encaminhar o expediente da CEE.

IV – Arquivar uma cópia de todos os documentos.

V–Elaborar, juntamente com os demais membros da Comissão, o planejamento e o relatório anuais.

VI – Presidir as reuniões nos impedimentos do Coordenador.

VII – Representar a CEE nos impedimentos do Coordenador.

VIII – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 28º – Compete aos membros efetivos da CEE:

I – Comparecer e participar das reuniões.

II – Emitir parecer sobre as questões propostas.

III – Participar de reuniões ou programações relacionadas à ética, promovidas pela CEE ou por outras entidades.

IV – Representar a CEE quando solicitado pelo Coordenador.

V – Participar, através de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE.

VI – Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião.

VII – Participar da elaboração do planejamento e relatório anuais.

VIII – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 29º – Compete aos membros suplentes da CEE:

I – Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos.

II – Participar das reuniões da CEE.

III – Participar das atividades promovidas pela CEE.

III – Cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30º – Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, da Gerência de Enfermagem da entidade ou da Comissão de Ética do COREN.

Parágrafo único: A alteração será submetida à aprovação da Assembleia da categoria da entidade e à homologação da Plenária do COREN.

Art. 31º – A Gerência de Enfermagem da entidade garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Art. 32º – Os casos omissos serão decididos pela Plenária do COREN.

e) Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

Em cumprimento à legislação deve-se estabelecer a comissão de nutrição enteral e parenteral, com regimento interno sugerido a seguir.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE

Art. 1.º A finalidade da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPA Dr. Charles Antunes Bechara é de oferecer suporte nutricional através das vias enteral e parenteral, em consonância com a Portaria 272 do Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de 1998 e da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa, n.º 63, de 6/7/2000.

Art. 2.º A EMTN tem como finalidades primordiais:

I-Realizar o diagnóstico nutricional do cliente;

II-Indicar a melhor terapia nutricional (TN);

III-Acompanhar diariamente o cliente com nutrição parenteral (NP), duas vezes por semana os que estejam em uso de nutrição enteral (NE) e uma vez por semana os que estejam em terapia nutricional oral (TNO) que esteja sob a responsabilidade da EMTN, por meio de avaliação, prescrição e evolução em prontuário;

IV-Treinar as equipes de enfermagem e do serviço de nutrição e dietética quanto às rotinas desenvolvidas no serviço;

V-Realizar reuniões de atualizações;

VI-Padronizar as fórmulas enterais utilizadas no Complexo Hospitalar Irmã Dulce/UPA Dr. Charles Antunes Bechara Infantil.

Art. 3.º A EMTN, visando garantir o cumprimento das finalidades definidas neste regimento, responsabilizar-se-á pelo planejamento, coordenação, supervisão,

orientação, organização, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas por seus membros, com o intuito de:

I-Contribuir com a recuperação, prevenção e promoção da saúde do cliente assegurando assistência nutricional de qualidade;

II-Desenvolver programas de educação continuada junto às equipes de enfermagem e nutrição, envolvendo clientes e acompanhantes no processo educativo;

III-Elevar o padrão de assistência em nutrição através do planejamento das ações e padronização das formas de atendimento.

Art. 4. ° Na concepção de seus objetivos a EMTN reger-se-á pelos seguintes princípios:

I-Humanização do atendimento ao cliente, respeitando os preceitos éticos e legais, visando o ser humano como um todo;

II- Respeito à vida humana, a dignidade e aos direitos da pessoa em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza;

III-Exercer suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade:

IV-Capacitação constante da equipe multiprofissional em busca da melhoria da qualidade e produtividade na assistência nutricional.

CAPÍTULO II -DA APRESENTAÇÃO

Art. 5.º A EMTN deve conter membros representantes os seguintes membros:

I-Diretoria Técnica

II-Diretoria Clínica

III-Administração

IV-Serviço de Farmácia

V-Serviço de Enfermagem

VI-Serviço de Nutrição

VII-Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Art. 6.º A EMTN tem interface com os serviços de:

I-Enfermagem;

II-Nutrição;

III-Farmácia hospitalar.

CAPÍTULO III - DA COMPETÊNCIA

Art. 7.º À EMTN compete:

I-Diagnosticar as necessidades básicas do cliente assistido;

II-Planejar as atividades da equipe, procurando satisfazer as necessidades básicas nutricionais do cliente por meio da indicação da TN a ser utilizada (parenteral, enteral ou oral);

III-oferecer assistência integral ao cliente em pré e pós-operatório e em tratamento clínico, atendendo às necessidades biopsicossocial, moral e espiritual;

IV-Participar diariamente ou periodicamente das visitas médicas ao leito dos pacientes para avaliar sua evolução clínica/nutricional e orientação da prescrição;

V-Evolução em prontuário, contemplando informações sobre a melhor indicação da nutrição ao paciente;

VI-Padronizar as dietas enterais a serem utilizadas no Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPA Dr. Charles Antunes Bechara;

VII- Orientar a limpeza e desinfecção dos locais de trabalho de acordo com a rotina;

VIII-Manter estoque de materiais e equipamentos necessários para o bom funcionamento do serviço;

IX-Manter a integração com as unidades que auxiliam na complementação das necessidades do paciente atendido pela equipe;

X- Verificar as condições de armazenamento das dietas enterais na Central de Materiais e Medicamentos e no Serviço de Nutrição e Dietética (frascos de dieta e geladeira);

XI-Definir como será conservada e transportada a nutrição enteral e os horários a serem administrados pela equipe de enfermagem durante as 24 horas;

XII-Definir padrões de qualidade das dietas enterais que contemplem: rastreamento para investigação de suspeita de qualidade, reclamação da qualidade, utilização da dieta, e promoção de ações corretivas;

XIII-Planejar e prescrever a solicitação da NP;

XIV-Acompanhar o processo de instalação e manutenção da terapia de NP junto à equipe de enfermagem dos setores do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPA Dr. Charles Antunes Bechara;

XV-Implantar e difundir ações que promovam a segurança do paciente em suporte nutricional;

XVI-Atuar junto aos serviços nas ações de educação permanente abordando temas referentes à qualidade e segurança do paciente.

CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO

Art.8. O atendimento nutricional será realizado após solicitação de interconsulta à EMTN ou prescrição de dietas enterais/parenterais.

Art. 9. Todos os clientes em terapia de NE, serão avaliados por nutricionistas.

Art. 10. A NE é realizada junto com o Serviço de Nutrição e Dietética; a NP é feita junto ao Serviço de Farmácia Hospitalar.

Capítulo VIII - Das reuniões

Art. 11. As reuniões serão realizadas em caráter ordinário bimensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros.

Art. 12. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo diretor clinico e ou a pedido do nutricionista.

Art. 13. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros da EMTN.

Art. 14. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15. O regimento deverá ser observado integralmente por todos colaboradores do serviço.

Art. 16. É função de todos manter o regimento devidamente atualizado.

Art. 17. Este Regimento entrará em vigor a partir da aprovação pela comissão.

f) Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgão e Tecidos para Transplante

Em cumprimento à legislação deve-se estabelecer a comissão de doação de órgãos para transplantes, com regimento interno sugerido a seguir.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA CIHDOTT DO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE - CHIO

Art. 1º A CIHDOTT é instituída por ato formal da Diretoria Técnica do Complexo CHIO e subordinada tecnicamente à Coordenação Médica:

§ 1.º A CIHDOTT está estruturada conforme determina a Portaria de Consolidação n. 04 de 28 de setembro de 2017, Anexo 1, art. 1°, que aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (SNT).

§ 2.º A CIHDOTT é exigida pela Portaria interministerial n.º 285 de 24 de março de 2015, Art. 6º, inciso 11, alínea a que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

Art. 2º No âmbito do Complexo CHIO, a CIHDOTT tem prerrogativas específicas para o exercício das atividades relativas ao processo doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo para transplantes.

Art. 3° É de competência da direção do Complexo CHIO prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, área para acolhimento dos familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus.

Art. 4° A CIHDOTT do Complexo CHIO é classificada como CIHDOTT tipo Ii: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A CIHDOTT será composta por 08 (oito) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para

Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Superintendência:

§ 1.º O Coordenador da CIHDOTT deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão, uma vez que a CIHDOTT/CHID está classificada como CIHDOTT tipo Ii.

§ 2.0 A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIHDOTT

Art. 6° São atribuições da CIHDOTT:

I Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;

Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante

e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;

Articular-se com Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Óbitos (OPO) e/ou bancos de tecidos, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de diagnóstico de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas

Apresentar mensalmente os relatórios à Central Estadual de Transplantes (CET); XVI Articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, inclusive, os registros de seguimento de doadores vivos;

Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DA CIHDOTT

Art. 7° Ao Coordenador incumbe atuar como membro, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas; li. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;

Il. Promover a convocação das reuniões;

Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;

Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;

Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;

Articular-se com a Central Estadual de Transplantes;

Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;

Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 8° Aos membros da CIHDOTT incumbe:

Realizar busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos;

I. Acompanhar a realização do Protocolo de Morte Encefálica (PME), garantido o cumprimento da legislação vigente;

II. Realizar o acolhimento dos familiares antes, durante e após a conclusão do Protocolo de Morte Encefálica;

Preencher o Alerta Doador nas situações de suspeita de morte encefálica e óbito coração parado;

Realizar a entrevista para doação de órgãos e tecidos para transplantes, nos pacientes elegíveis para doação;

Preencher e aplicar o Termo para Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes, coletando a assinatura dos familiares e realizando a cópia dos documentos de identificação dos autorizadores e do doador;

Acionar a Central Estadual de Transplantes nas situações de suspeitas de Morte Encefálica e na doação de córneas;

Registrar em prontuário as atividades desenvolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes;

Preencher a Autorização de Internação Hospitalar nas doações de órgãos e tecidos;

Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIHDOTT;

Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas pelas CIHDOTT;

Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO V - DA ROTINA ADMINISTRATIVA DA COMISSÃO

Art. 9° A CIHDOTT deverá enviar à CET os documentos referentes ao paciente com morte encefálica, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito;

Art. 10. A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de Morte Encefálica, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, número de prontuário, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e nº da Autorização de Internação Hospitalar.

Art. 11. A CIHDOTT deverá arquivar no prontuário do paciente o protocolo de morte encefálica original e manter cópia nos arquivos da CIHDOTT para fins de pesquisa e auditoria.

Art.12. No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

Termo de Declaração de Morte Encefálica;

II. Termo de Autorização para Doação de Órgãos e tecidos;

III. Cópia de documento de identificação do doador e dos autorizadores;

Exames e provas sorológicas;

Laudo e foto do exame complementar;

Laudo de AIH; VII. Evolução do membro da CIHDOTT.

Art. 13. No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

Termo de Declaração de Morte Encefálica; li. Exames e provas sorológicas;

Ili. Laudo e foto do exame complementar;

Evolução da CIHDOTT com motivo da não retirada.

Art. 14. A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno; li. Correspondências recebidas e emitidas;

III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;

Ili. Controle e estatística do programa de captação de córneas;

Relatório Mensal de Óbitos do Hospital;

Material didático sobre doação de órgãos;

Campanhas e eventos;

Leis e portarias;

Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;

Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);

Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CI-HDOTT;

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15. A Diretoria Técnica poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT bem como do Coordenador.

Art. 16. A CIHDOTT se reunirá de forma ordinária, mensalmente em dia, local e horário pré estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros. Em cada reunião deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

§ 1.º A reunião da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus membros.

§ 2.0 No caso do "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§ 3.0 As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§ 4. ° Cada membro terá direito a um voto.

§ 5.0 O Coordenador da CIHDOTT terá o voto de qualidade.

§ 6.0 A votação será nominal e aberta.

§ 7.0 As deliberações tomadas pelo Coordenador "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer um de seus membros.

Art. 17. O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no ano civil, será desligado da comissão:

Parágrafo único: Cabe ao Coordenador da CIHDOTT enviar ofício à Diretoria Técnica informando a necessidade de substituição do profissional e indicação de novo membro para nomeação.

Art. 18. A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Superintendência, a substituição do Coordenador, por maioria absoluta dos membros.

Art. 19. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida à Diretoria Técnica.

Art. 20. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pela Diretoria Médica. Art. 21. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

g) Comitê de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional

Em cumprimento à legislação deve-se estabelecer a comissão de avaliação e controle em medicina transfusional, com regimento interno sugerido a seguir.

Capítulo I - CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - O Comitê de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional - C.A.C.M.T., da Diretoria Clínica do Complexo Hospitalar Irmã Dulce é de natureza técnico científica permanente.

Artigo 2° - A C.A.C.M.T. tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, bem como investigação e auditorias pertinentes.

Capítulo II - ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I - COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Artigo 3° - A C.A.C.M.T. terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com participação de membros assistenciais definidos pelo Diretor Técnico. Abrangerá médicos, enfermeiros e demais técnicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira, inclusive de empresas terceirizadas se for o caso.

Parágrafo Único - As indicações deverão ser de profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Artigo 4º As indicações para integrar a C.A.C.M.T. serão submetidas ao Diretor Técnico e se processarão da seguinte forma:

I. 01 (um) representante da área de Hematologia e Hemoterapia do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

II. 01 (um) representante das UTIs do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

III. 01 (um) representante da Clínica Cirúrgica do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

Instituto Central

IV. 02 (dois) representantes do Hemocentro fornecedor;

V. 01 (um) representante da Clínica de Ortopédica;

VI. 01 (um) representante do Serviço de Anestesia do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

VII. 01 (um) representante do Pronto Atendimento;

VIII. 01 (um) representante da Comissão de Enfermagem do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

Artigo 5º - O Presidente será um dos representantes da Agência Transfusional do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Artigo 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros do Comitê.

Artigo 7º - O Diretor Técnico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a C.A.C.M.T. e promoverá às designações destes.

Parágrafo Único – As designações serão referendadas pela Diretoria Clínica do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Artigo 8º - O Diretor Técnico, por indicação do Comitê, poderá promover a substituição dos integrantes da C.A.C.M.T.

Artigo 9º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 10º - As funções dos membros da C.A.C.M.T. não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Artigo 11º - A C.A.C.M.T. convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 12º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da C.A.C.M.T., a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infraestrutura necessária.

SEÇÃO II - FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – A C.A.C.M.T. terá como sede a Diretoria Técnica, aonde irá se reunir, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando

convocada pelo Diretor Técnico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - A C.A.C.M.T. instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quórum” em cada sessão antes de cada votação. O “quórum" mínimo para deliberação será de 06 (seis)

membros.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas “ad referendum” deverão ser encaminhadas ao Plenário da C.A.C.M.T. para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 4º - As deliberações da C.A.C.M.T. serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Técnico.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal.

Artigo 14º – A C.A.C.M.T., observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise da C.A.C.M.T. serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativo da Diretoria Técnica.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da C.A.C.M.T. ou por membro designado.

Artigo 16º - A sequência das reuniões da C.A.C.M.T. será a seguinte:

I – Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;

II – Verificação de presença e existência de “quórum”;

III – Votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV – Leitura e despacho do expediente;

V – Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres ou expedientes;

VI – Organização da pauta da próxima reunião;

VII – Distribuição de expedientes aos relatores;

VIII – Comunicação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a C.A.C.M.T., por voto da maioria, poderá alterar a sequência de alguma matéria.

§ 2º – Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 17º – A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único – A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 18º – Após a leitura do parecer, o Presidente ou o vice-presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 19º – Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 20º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 21º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos.

membros presentes.

CAPÍTULO III - COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I

Artigo 22º – Compete à C.A.C.M.T.:

I - Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, respeitadas as particularidades de cada unidade do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância às diretrizes institucionais da SPDM, às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;

II – Assessorar a Diretoria do Complexo Hospitalar Irmã Dulce na formulação da política de uso racional de sangue, hemocomponentes e derivados e investigações de eventuais reações à transfusão destes;

III – quando solicitada pelo Diretor Técnico, acompanhar estudos e pesquisas em medicina transfusional ou congêneres, emitindo parecer técnico sobre a eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;

IV – Examinar e emitir parecer com referência a hemocomponentes e hemoderivados, congêneres e segurança no transplante no que diz respeito a propostas de:

a) substituição ou eliminação de produtos padronizados;

b) novas padronizações.

V - Desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre utilização de sangue, hemoderivados e congêneres;

VI – Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre padronizações e normas técnicas, nacionais e internacionais, bem como a legislação referente a sangue, hemoderivados, insumos hemoterápicos e correlatos e suas aplicações e restrições;

VII – colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;

VIII – emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da C.A.C.M.T.;

IX – Efetuar auditorias e pareceres quando requisitados, sobre o uso de hemoderivados e congêneres.

SEÇÃO II - ATRIBUIÇÕES

Artigo 23º – Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da C.A.C.M.T., especificamente:

I – Representar a C.A.C.M.T. em suas relações internas e externas;

II – Instalar o Comitê e presidir suas reuniões;

III – Promover a convocação das reuniões;

IV – Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V – Indicar, dentre os membros da C.A.C.M.T., os relatores dos expedientes;

VI – Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;

VII – elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e “ad referendum” desta, nos casos de manifesta urgência.

Parágrafo Único – Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 24º – Aos membros incumbe:

I – Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II – Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III – Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V – Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Artigo 25º – À Secretária da C.A.C.M.T. incumbe:

I – Assistir às reuniões;

II – Encaminhar o expediente da C.A.C.M.T.;

III – Preparar o expediente da C.A.C.M.T.;

IV – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

V – Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII – Elaborar relatório trimestral das atividades do Comitê;

VIII – Lavrar e assinar as atas de reuniões do Comitê;

IX – Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X – Distribuir aos Membros da C.A.C.M.T. a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 26º – O mandato dos componentes da C.A.C.M.T. se extinguirá com o do Diretor Técnico ou antecipadamente se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 27º – Os casos omissos na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Presidente da C.A.C.M.T. e em grau de recurso pelo Diretor Técnico.

Artigo 28º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da C.A.C.M.T., através da maioria absoluta de seus membros, submetido ao Diretor Técnico.

Artigo 29º – O presente Regimento Interno entrará em vigor logo após a instalação da primeira reunião da C.A.C.M.T., quando será lido e aprovado, desde que previamente ser aprovado pela Gerência Médica Corporativa da SPDM.

h) Comissão Farmácia e Terapêutica

A comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) trabalha em consonância com a Política Institucional de Gestão de Suprimentos, REMUME do município e a Comissão de padronização da SPDM.

Abaixo o regimento da CTF vigente no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, que propomos manter:

CAPÍTULO I - PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

Art. 1º. - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do Complexo Hospitalar Irmã Dulce/Pronto Socorro Central, Upa Samambaia e Nefro PG vinculado à Direção Técnica, de natureza técnico-científico, com caráter permanente e que tem por finalidade formular e programar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

CAPÍTULO II - ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO- COMPOSIÇÃO

Art. 2º - A CFT será constituída por profissionais da área de saúde do Complexo Hospitalar Irmã Dulce/Pronto Socorro Central, UPA Samambaia e Nefro PG tem uma composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes efetivos e um número variável de membros ligados à assessoria técnica.

§1°. - As indicações deverão recair preferencialmente em profissionais com reconhecida experiência em sistema de informação de medicamentos, comissões e áreas de apoio hospitalar, sendo desejável ter conhecimento em Farmacologia, Epidemiologia e Administração Hospitalar.

§2°. - A CFT deverá ter, no mínimo, um número representativo de membros efetivos, pertencentes ao quadro do Hospital e as unidades do pronto Socorro Central, UPA Samambaia e Nefro PG, sendo um representante de cada área:

1. Diretoria clínica
2. Administração
3. Serviço de Farmácia/Almoxarifado
4. Serviço de enfermagem
5. Especialidade Médica
6. Gerência de Risco;
7. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

§3°. - Os membros efetivos deverão ser profissionais de nível superior, sendo dentre estes, escolhido o Relator/Organizador dos trabalhos, o qual disponibilizará de 04 (quatro) horas semanais para as atividades decorrentes. A Comissão contará ainda com o apoio de membros consultores que dada a sua especialidade, serão convidados esporadicamente para prestarem assessoria técnica.

Art. 3º - Caberá a Diretoria do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, a nomeação dos membros efetivos que irão compor a CFT, em consenso com os respectivos Serviços. A escolha dos profissionais ligados à assessoria técnica será de responsabilidade do Presidente e dos membros fixos da Comissão.

§1°. - A CFT será constituída administrativamente pelo Presidente e pelo Relator/Organizador dos trabalhos.

Art. 4º - Todos os membros deverão assinar o termo de ausência de conflitos de interesse, onde afirmem isenção, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas

produtoras de medicamentos, que resultem em recebimento de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

Art. 5º - A renovação da Comissão poderá ser de até 50% de seus membros efetivos, a cada nova gestão.

Art. 6º - A Comissão convidará profissionais ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de ações voltadas a regulamentar o processo de seleção de medicamentos e promoção de uso terapêutico adequado, sempre que julgar necessário.

Art. 7º - A fim de assegurar a sustentabilidade das ações voltadas a regulamentar o processo de seleção de medicamentos e promoção de uso terapêutico adequado no Complexo Hospitalar Irmã Dulce/Pronto Socorro Infantil, a Direção Técnica proporcionará a infraestrutura necessária, dando o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência da CFT.

ORGANIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO

COMPETENCIAS

Art. 8º - Compete ao Presidente:

I - Convidar e presidir as reuniões da CFT;

II - Assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT;

III - Assessorar a Direção Técnica quando solicitado;

IV - Representar a CFT em assuntos pertinentes a sua área de atuação;

V - Indicar previamente o seu substituto, sendo primeiramente o Relator/ Organizador, quando estiver impossibilitado de comparecer as reuniões;

VI – Responsabilizar-se pelos encaminhamentos e a distribuição das tarefas da Comissão.

Art. 9º - Compete ao Relator/Organizador:

I - Secretariar todas as reuniões da CFT;

II - Redigir as atas das reuniões;

III - Organizar os documentos recebidos para análise e outros necessários, encaminhando-os aos membros da CFT;

IV - Providenciar pareceres correspondentes e os encaminhamentos necessários;

V - Manter arquivo de todos os documentos confidenciais em área designada pela CFT;

VI - Auxiliar o Presidente nas tarefas administrativas.

Art. 10º - A CFT se reunirá mensalmente e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do seu Presidente.

§1°. - As reuniões deliberativas deverão ter pelo menos, metade dos membros efetivos.

§2°. - As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes.

§3°. - O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões.

§4°. - Todas as decisões serão encaminhadas para o Diretor do Complexo Hospitalar Irmã Dulce/Pronto Socorro Infantil, para apreciação.

Art. 11º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis reuniões intercaladas no período de um (1) ano de trabalho, sendo substituído respeitando o disposto no art. 2º deste Regulamento. A justificativa deverá ser feita por escrito, via memorando ou por e-mail.

Art. 12º - O Presidente da CFT poderá solicitar o encaminhamento de processos ou consultas a outros profissionais ou instituições públicas ou privadas para estudo, pesquisa ou informações a respeito do que julgar pertinente, bem como solicitar o comparecimento de um consultor nas reuniões para esclarecimentos, após aprovação de sua convocação em ata.

Art. 13º - A ordem do dia das reuniões da CFT deverá ser realizada com os expedientes apresentados para discussão.

§1°. - A pauta deverá ser comunicada previamente a todos os membros da CFT com antecedência mínima de sete 07 dias para as reuniões ordinárias e de um 01 dia para as extraordinárias.

§2° - As decisões e a votação de cada um dos membros da Comissão serão nominais e abertas.

§3º - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Art. 14º - O encaminhamento das reuniões da CFT obedecerá a seguinte rotina:

§1°. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida da assinatura;

§2°. Deliberação dos itens da pauta e votação, quando for o caso, e

§3°. Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo único: Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a CFT, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 15º - A cada reunião o Relator providenciará a elaboração de uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros efetivos presentes e pelo Presidente, quando da sua aprovação.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16º - São atribuições da CFT:

I - Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos no hospital;

II - Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulga-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

a) Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo básico, conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB).

b) Padronizar exclusivamente medicamentos de eficiência comprovada, sob o ponto de vista clínico, avaliados pelos critérios da medicina baseada em evidências.

c) Elaborar e viabilizar a prática de um sistema de prescrição eficiente e custo-efetivo com protocolos terapêuticos normatizados e coerentes.

III - Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos.

IV - Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão e exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos do Complexo Hospitalar Irmã Dulce/Pronto Socorro Infantil.

V - Promover a divulgação de informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos/excluídos da lista de medicamentos padronizados;

VI - Prestar assessoria ao corpo clínico e a administração do hospital em assuntos relacionados a medicamentos;

VII - Estabelecer um plano apropriado de capacitação permanente para os profissionais de saúde envolvidos em assuntos relacionados ao uso de medicamentos, através da Gerência da Educação Permanente do Hospital.

CAPÍTULO IV - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 17º - Os casos omissos surgidos na aplicação do presente Regimento Interno serão encaminhados, acompanhados de parecer da CFT, ao Diretor técnico do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Art. 18º - A CFT terá poder deliberativo de vetar a compra de medicamentos que se mostrarem ineficazes terapeuticamente e/ou com qualidade duvidosa e sem o devido registro, por solicitação dos médicos, respeitados os critérios abaixo:

§1°. Laudo técnico do medicamento realizado em Laboratório Oficial;

§2°. Parecer técnico da Vigilância Sanitária do Estado - VISA/SES.

Art. 19º - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ter aprovação da Direção Técnica do Complexo Hospitalar Irmã Dulce

Art. 20º - A CFT é autônoma e competente para incluir qualquer medicamento na padronização, desde que sejam seguidos os critérios do Art. 16º.

Art. 21º - As resoluções da CFT terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico.

Art. 22º - O presente Regulamento Interno poderá ser alterado mediante proposta da maioria absoluta dos integrantes da CFT, encaminhada ao Presidente da mesma, devendo entrar em vigência após aprovação do Diretor Técnico do Complexo Hospitalar Irmã Dulce

Art. 23º - A CFT aplica-se a todas as unidades do Complexo hospitalar Irmã Dulce, Pronto Socorro Central, UPA Samambaia e Nefro PG.

i) Comissão de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente/Cliente

A SPDM tem como meta nesta iniciativa, intensificar as ações para prestação de uma assistência à saúde mais segura e com qualidade.

É importante ressaltar que a iniciativa da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente pela SPDM, no contexto à Saúde está em acordo com as exigências do Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, para tanto, a Instituição adota como Comissão de gestão de Riscos e segurança do paciente/ cliente, o Núcleo Institucional de Segurança do Paciente (NISP) que visa como diretriz, estabelecer protocolos institucionais e suporte técnico aos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) conforme estabelecido pelo Programa do Ministério da Saúde acima citado bem como a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC n° 36), de 25 de julho de 2013, que determinou a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP).

Apresentamos a seguir a estrutura de Segurança do Paciente proposta pela SPDM:

POLÍTICA DE INSTITUCIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE DA SPDM

A Política de Institucional de Segurança do Paciente da SPDM é uma diretriz para nortear a segurança do paciente nos equipamentos de saúde, e seu objetivo é “a adoção de práticas seguras no cuidado ao paciente que gerem a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde”.

Como objetivo de apontar situações de risco e descrever estratégias e ações visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente, os equipamentos de saúde administrados pela SPDM, adotam esta Política de Segurança com a finalidade de redução de atos inseguros nos processos assistenciais e o uso das boas práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis.

Para isso, utiliza um conjunto de ferramentas e métodos para identificação e tratamento proativo dos riscos e eventos.

Deve ser elaborado um Plano de Segurança com a definição de estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelos equipamentos de saúde, com o propósito de:

- Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos, de forma sistemática.
- Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos.
- Implementar protocolos de segurança e medidas de prevenção estabelecidas.
- Disseminar os protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente - Ministério da Saúde.
- Implementar as seis metas de segurança do paciente que foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Com o objetivo de acompanhar a implantação das ações de adequação à Política de Segurança e de apresentar os ciclos de melhoria propostos no cuidado ao paciente, as organizações de saúde administradas pela SPDM possuem o Plano de Segurança do Paciente que estabelecem ações e metas estabelecidas que são executadas visando atender os protocolos de segurança do paciente pautados nas 6 (seis) Metas de Segurança do Paciente, visando medidas preventivas e o acompanhamento dos processos de melhoria continua por meio de dados e indicadores de segurança do pacientes.

Para suporte à Cultura e a Política de Segurança do Paciente, seguem algumas definições aplicadas pela SPDM que são disseminadas às organizações de saúde administradas.

Gerenciamento de Riscos

Dentre as definições atribuídas ao gerenciamento de riscos, a SPDM adota que se trata de um o processo, estrutura e cultura postas em prática para identificar, avaliar e controlar as incertezas que possam ter impacto sobre a capacidade da organização de saúde, visa uma filosofia da gestão institucional apoiado pela Superintendência, Diretoria Técnica e amparado principalmente pelas legislações vigentes para aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem da Organização de Saúde para alcançar os seguintes objetivos:

•Promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias envolvendo as áreas de maior risco;

•Implementar uma avaliação proativa das atividades de alto risco e adotar medidas de melhoria, com base nas metas internacionais de qualidade e segurança e outras melhores práticas;

•Criar um ambiente que encoraje a identificação de erros e a formulação de ações para reduzir recidivas e erros futuros;

•Agregar informações relacionadas às situações de riscos ou erros ocorridos e aplicar as estratégias para sua minimização;

•Comunicar os fatos e as correções adotadas para melhorar o desempenho da política institucional;

•Estabelecer uma política abrangente na instituição que garanta a segurança de todos e do patrimônio, a fim de prevenir danos;

•Disseminar a cultura de segurança, cultura justa e cultura de responsabilização na instituição;

•Estabelecer diretrizes de trabalho a fim de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

•Reforçar a cultura de segurança, visando a qualidade dos processos, por meio do suporte para o planejamento, desenvolvimento, controle e reavaliação dos processos que envolvem eventos adversos graves e sentinelas;

•Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;

•Desenvolver ações colaborativas com a liderança para desenvolvimento de uma cultura de segurança;

•Fazer cumprir a resolução da Anvisa (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013.

Gerenciamento de Risco Pré Reacional ou Preventivo

Este é elaborado visando analisar os principais riscos das Unidades de Saúde propondo barreiras preventivas para que esse risco não se torne um evento adverso por falta de intervenção antecipada. Para isso, a SPDM preconiza que as análises dos processos de trabalho são elaboradas, e parametrizadas com o auxílio das ferramentas de qualidade estabelecidas já estabelecidas, como mapeamento de riscos, FMEA, PDSA por meio dos potenciais situações indesejáveis denominados riscos, as prováveis causas dos riscos apontados, as consequências dos riscos, as principais barreiras utilizadas na instituição e os principais documentos aplicáveis para os riscos apontados. A gestão de riscos preventivo auxilia no suporte à priorização das tomadas de decisão dentre os processos e oportunidades de melhorias.

Gerenciamento de Risco Reacional ou Corretivo

Este é realizado com o intuito de intervir nas ações e análises de melhorias após uma situação indesejada ter ocorrido, ou seja, a circunstância de risco, o evento adverso ou quase falha já foi instalado, possibilitando a existência do dano ou não ao paciente, familiar ou colaborador.

Tendo em vista este cenário, a SPDM utiliza mecanismos para alcançar a ciência dessas ações indesejadas por meio de: Busca ativa, Interface com as Comissões existentes e por meio do sistema de notificação de incidentes e quase falhas.

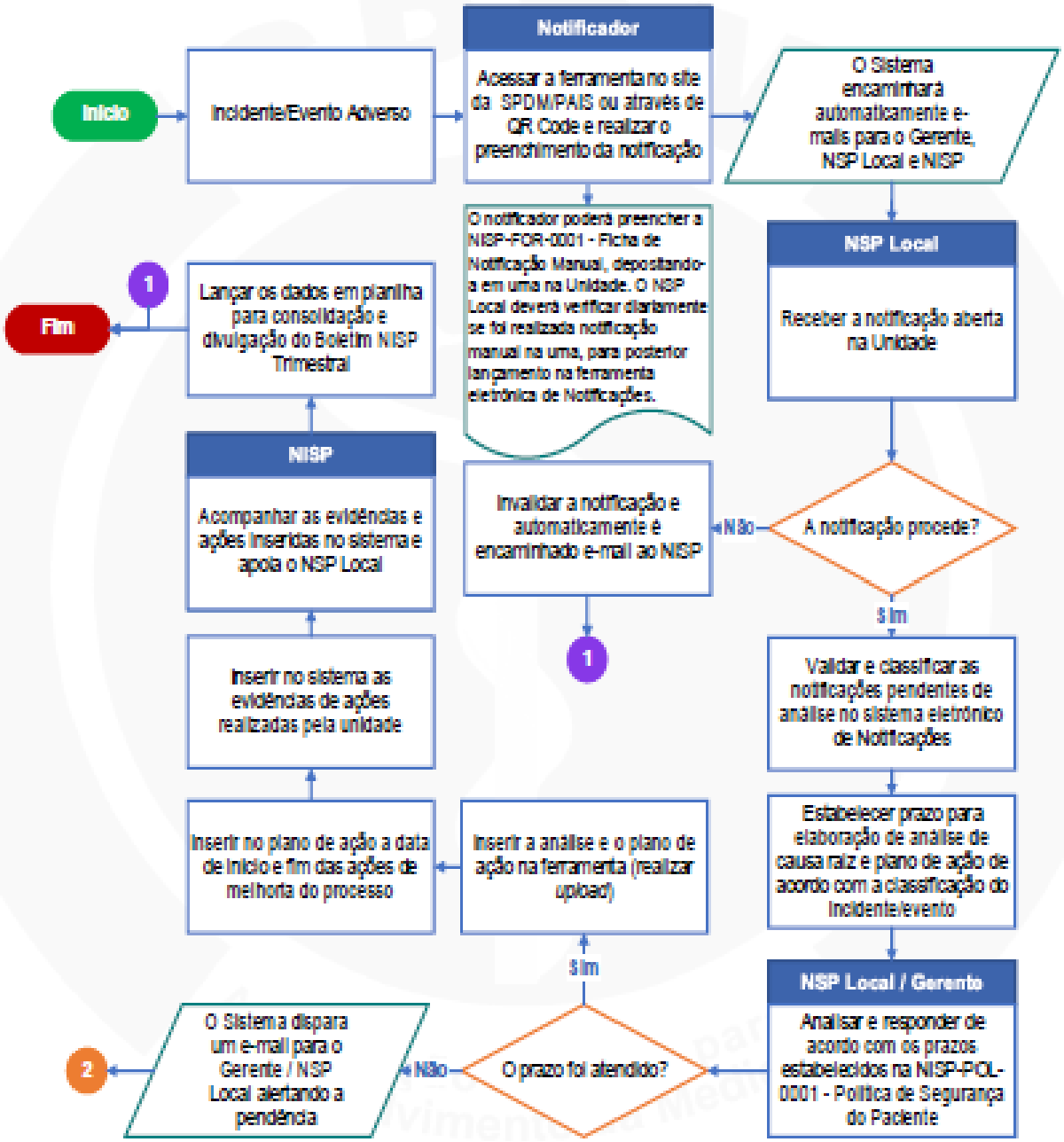
Busca ativa: O NISP realiza a interface com o setor de ouvidoria da SPDM, que sinaliza as situações indesejadas vindas de reclamações, elogios e sugestões dos pacientes por meio de seu canal. Após análise minuciosa das informações recebidas, o NISP formaliza a ocorrência pelo sistema de notificação, direcionando ao NSP local para que a análise de cauda raiz e o planejamento das ações sejam realizados, em se tratando de evento adverso que ocasionou óbito ou dano grave, o NISP participa junto ao NSP da análise das causas e propostas de melhorias.

Comissão de óbito: A SPDM adota que, todas as análises e pareceres das equipes médicas nas reuniões da Comissão de óbito que são consideradas pela comissão como óbitos injustificáveis, sejam notificados pelo NSP local e ao NISP para análise do evento e das oportunidades de melhorias que necessitam são implantadas ou revistas.

Notificação de Incidentes, Eventos Adversos e Quase Falhas: A SPDM fornece um processo sistematizado para viabilizar o registro, análises e planos de ações e melhorias decorrentes de situações que possam ocasionar riscos ou danos aos pacientes, familiares, colaboradores e organização. O sistema possui um fluxo estabelecido que permite que todo profissional possa registrar uma ocorrência, pois o sistema, permite o anonimato, caso o notificante não se sinta confortável em realizar o registro da ocorrência. A vantagem do sistema além de permitir um processo padronizado de registros, é viabilizar em tempo hábil a extração de dados e gerenciamento das informações que suportem a tomada de decisão perante um problema ou risco instaurado. Segue o fluxograma de Notificação:

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA
Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

Fluxograma	Código: NISP-FLU-0001 Revisão: 2 Página 1 de 1
Fluxograma de Notificação	



Autor:	Revisor:	Aprovador:
EDSON FACO DA CRUZ	LIVIA NAGATA	LIANDRA MIDORI

Métodos, técnicas e ferramentas de investigação de incidentes relacionados a assistência em saúde pela SPDM

As metodologias de gerenciamento de riscos são processos técnicos e científicos pelos quais os riscos reais e potenciais de um sistema, em uma dada situação, são modelados, quantificados, ponderados e controlados por meio de instrumentos para a prevenção do incidente e a mitigação de suas consequências.

Nas unidades administradas pela SPDM trabalha-se com a premissa de estimular a notificação. Entende-se que um grande número de notificações, não representa uma baixa performance da Unidade de Saúde, mas sim, oportunidades de melhoria nos processos. Na prática, unidades com número considerável de notificações, demonstram uma maturidade em promover uma cultura de segurança abrangente, permeando por todo o site Unidade.

Na SPDM existe um fluxo de responsabilidades para as tratativas das notificações de incidentes e quase falhas. Cabe ao NSP compilar e analisar as ocorrências recebidas, conforme o Regimento interno de Segurança do paciente, o presidente ou vice-presidente do NSP tem a função de categorizar as notificações recebidas, acionar as equipes envolvidas no processo e em conjunto, entender a causa raiz do problema apontado e assim, conduzir com os planos de ações e melhorias para evitar que os mesmos problemas ou danos apontados se tornem recorrentes na Instituição. Para suporte às análises dos incidentes, utilizam-se ferramentas da qualidade estabelecidas pela SPDM, afim de padronizar a metodologias para o levantamento dos problemas e planos de ações e estas se dão da seguinte forma:

•Circunstância de risco ou quase falhas (near miss) ou incidentes sem danos: conduzir a análise das causas na ferramenta - 5 Porquês

Ferramenta da qualidade para Análise da Causa raiz - 5 Porquês

O 5 Porquês é uma ferramenta que consiste em perguntar 5 vezes o porquê de um problema ou defeito ter ocorrido, a fim de descobrir a real causa, ou seja, a causa raiz.

Um ponto interessante e que vale mencionar é que, na prática, pode ser que não seja necessário perguntar 5 vezes “por quê” ou que seja necessário realizar mais de 5 questionamentos para identificar a causa raiz de um problema. Essa ferramenta deve ser utilizada para analisar Near Miss, Não Conformidade, Circunstância de Risco ou Evento Adverso sem Dano.

•Incidente com dano (eventos adversos leves e moderados): conduzir a análise das causas e problemas utilizando a ferramenta - Diagrama de Ishikawa.

Diagrama de Ishikawa ou Causa-Efeito ou Espinha de Peixe

O Diagrama de Ishikawa ou Espinha de Peixe ou Causa-Efeito é uma técnica gráfica que pode ser usada para identificar as causas raízes de um incidente, ilustrando graficamente o relacionamento hierárquico entre as causas, de acordo com o nível de importância. Essa ferramenta é padronizada na SPDM para analisar eventos adversos com grau de dano leve ou moderado.

As recomendações do plano de ação devem evitar a recorrência do incidente clínico de modo efetivo, abordando pontualmente cada uma das principais causas relacionadas no processo de investigação. Devem ainda ser aplicáveis e mensuráveis, incluindo o responsável e prazos para a conclusão.

•Incidente com dano (eventos adversos graves ou óbitos): conduzir a análise das causas e problemas utilizando a ferramenta de análise de causa raiz – Protocolo de Londres

Em caso de Incidentes com Dano grave e óbito: Núcleo de segurança do paciente realiza a análise com a participação da equipe envolvida, equipe

especializada e o Núcleo Institucional de Segurança do Paciente (NISP) utilizando a ferramenta Protocolo de Londres.

Protocolo de Londres

O Protocolo de Londres é a versão revista e atualizada do original “Protocolo para a Investigação e Análise de Incidentes Clínicos”, que foi publicado em 1999. Tem por objetivo assegurar uma investigação reflexiva e abrangente, considerando desde a alta administração até os profissionais diretamente envolvidos no processo do cuidar, desta forma, a SPDM junto ao NISP, adota esta essa ferramenta para analisar eventos adversos grave ou óbitos inesperados.

O protocolo propõe uma “análise de sistemas” para investigação de incidentes, organizando as etapas, melhorando a qualidade da coleta de dados e auxiliando na reflexão de todas as dimensões dos Fatores Contribuintes, lembrando os aspectos mais importantes dos fatores humanos e abrange todo o processo de investigação, análise e recomendações para a ação.

As análises devem ter uma compreensão muito mais ampla da causa do incidente, com menos foco no indivíduo, que comete um erro, e mais em fatores organizacionais preexistentes que fornecem as condições e até induzem a ocorrência dos erros. O primeiro passo para uma análise é identificar as falhas ativas e, em seguida, seus fatores contribuintes.

FALHAS ATIVAS: referem-se àqueles erros ou violações que têm um efeito imediatamente adverso, sendo associados às atividades realizadas pelo pessoal da linha de frente. São atos inseguros ou omissões cometidas pelos profissionais. Envolvem lapsos, deslizes e, muito raramente, erros intencionais.

FATORES CONTRIBUINTES: São os fatores que influenciam a prática clínica e que podem ser utilizados como um “roteiro de investigação”. Percorrendo uma

abordagem sistemática e estruturada, é possível identificar oportunidades de melhoria que vão além do erro humano.

Elaboração do Plano de Ação 5W2H

Para o processo de plano de ação sistematizado, a ferramenta de escolha é a denominada 5W2H, sendo as iniciais em inglês para as perguntas What (o quê?), Why (por quê), Where (onde?), Who (quem?), When (quando?), How (como?) e How Much (quanto custa?). Assim, a ferramenta é útil para a formulação de pontos norteadores, quais as prioridades e o porquê delas; os ambientes de cuidados onde devem acontecer as mudanças, em que prazo, a definição dos responsáveis e como serão implementadas as ações propostas.

Cabe ao NSP construir os planos de ações juntamente com as equipes e as áreas envolvidas no incidente.

Suporte a Segunda Vítima

Eventos adversos podem causar danos não só aos pacientes, mas também para os profissionais diretamente envolvidos, profissionais estes conhecidos como segundas vítimas. Esses colaboradores envolvidos podem sofrer estresse pós-traumático, estresse agudo e outros tipos de desgastes emocionais e psicológicos que levam o profissional a duvidar de sua própria competência e até a desistir de sua profissão.

Sendo assim, a SPDM fornece suporte para o colaborador envolvido em eventos adversos graves ou dano óbito por meio do Comitê de acolhimento e qualidade de vida do colaborador.

Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente Complexo Hospitalar Irmã Dulce (2024/2026)

Em consonância com as Políticas de segurança do paciente instituídas pela SPDM e atendendo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PSP), o Complexo Hospitalar Irmã Dulce institui, o Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente Complexo Hospitalar Irmã Dulce (2024/2026)

j) Comissão de Prontuário

Em cumprimento à legislação deve-se estabelecer a comissão de prontuário, com regimento interno sugerido a seguir.

CAPÍTULO I - Dos Princípios e Objetivos

Art.1°. Atender a resolução CFM Nº 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e

imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e cientifico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado a autoridade máxima da instituição.

CAPÍTULO II - Da Organização da Comissão

Art. 2°. A composição mínima da comissão será:

O gestor da unidade,

Um médico,

Um enfermeiro.

Art. 3°. O mandato será de 06 meses, podendo ser renovável conforme definição da administração local com o aval da Supervisão Técnica Assistencial (STA) da SPDM/S.

Art. 4°. O presidente da Comissão será designado pela STA, assim como todos os outros membros.

Art. 5°. A ausência de um membro em 03 reuniões consecutivas ou ainda 06 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gerará sua exclusão automática.

Do funcionamento

Art. 6°. Deverão ocorrer reuniões mensais, com data local e horário previamente definidos e o cronograma informado para a STA. A análise dos prontuários será feita englobando uma "semana típica", ou seja, uma semana em que não tenha havido feriado ou outro tipo de evento que prejudique o atendimento.

Art. 7°. Na ausência do presidente da CRP a reunião acontecerá com os demais membros convidados para a reunião do dia, mantendo-se pelo menos 3 membros.

Art. 8°. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido, Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária e conhecimento da STA.

Art. 9°. As reuniões da comissão deverão ser registradas em livro ata com folhas numeradas contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, menção dos prontuários examinados, decisões tomadas.

Art. 10°. As apurações feitas deverão ser divulgadas a todos os profissionais da assistência da unidade.

Art. 11°. Deverá ser mantido sigilo sobre os assuntos tratados pela comissão.

CAPÍTULO III - Das Atribuições.

Art. 12°. São atribuições da CRP:

A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente, baseados nas normas da SPDM, nos conselhos de classe e legislação pertinente:

Identificação do paciente em todos os impressos;

Anamnese e exame físico especifico quando pertinentes;

Exames complementares e seus respectivos resultados;

Hipóteses diagnósticas e/ou diagnóstico definitivo;

Tratamento proposto e/ou efetuado;

Outros documentos pertinentes ao atendimento;

Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe, obrigatoriedade do registro de evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

Após a análise o prontuário será considerado:

Satisfatório (S) -+ todos os itens em acordo;

Aceitável (A)-+ a falta de algum item, porem em que não haja impacto nas conclusões da assistência, e

Não satisfatório (N) -+ falta de itens que prejudique as conclusões sobre a assistência.

Apontar e recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

Notificar ao profissional cujo prontuário foi considerado não satisfatório e alertar ao profissional cujo prontuário foi considerado aceitável.

Nos casos de reincidência deverá ser avaliada uma medida disciplinar cabível.

Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

Manter estreita relação com a Comissão de Ética do Contrato de Gestão.

Art. 13°. São atribuições do Presidente da Comissão, além da análise dos prontuários:

Convocar e presidir as reuniões;

Representar a comissão junto a SPDM, ou indicar seu representante;

Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

Fazer cumprir o regimento;

Organizar a ordem do dia;

Receber e protocolar os processos e expedientes;

Lavrar a ata das sessões/reuniões;

Convocar os membros da comissão para as reuniões, e

Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

Art. 14°. O vice-presidente deverá assumir as atividades do presidente na sua ausência.

CAPÍTULO IV - Das Disposições Gerais e Transitória

Art. 15°. Os dados sobre a análise dos prontuários bem como as conclusões deverão ser enviados com o título de Comissão de Revisão de Prontuários.

Art. 16°. Os casos omissões neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com STA.

Art. 17°. As CRP serão instaladas e iniciarão suas atividades a partir do segundo mês da assunção da Unidade pela SPDM.

k) Comissão de Sustentabilidade

Implantação da Comissão de Sustentabilidade com o objetivo de atender as metas da Agenda Sustentável, contribuindo na proposição, elaboração, implantação, desenvolvimento e monitoramento de ações de Sustentabilidade no equipamento de saúde onde os membros atuam.

Considerando as diferentes complexidades e tipos de serviços de saúde prestado em cada equipamento de saúde, será implantado uma Comissão por equipamento, formada por equipe multidisciplinar com representantes independentes da categoria profissional. Destaque das categorias diretamente envolvidas com as temáticas abordadas:

- Responsável Técnico pelo PGRSS;
- Representante do Setor de higienização e limpeza (independente do vínculo empregatício);
- Representante do setor de lavanderia;
- Representante do setor de Hotelaria;
- Representante da Comissão de controle e infecção hospitalar – CCIH;

- Representante da Comissão de biossegurança (quando houver);
- Representante do Serviço de Engenharia de Segurança no Trabalho - SESMT;
- Representante da equipe de enfermagem (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro);
- Representante da equipe da farmácia;
- Representante da equipe de radiografia e serviços de imagem (quando houver);
- Demais profissionais envolvidos nos processos de gerenciamento de resíduos e outros que julgar necessário.

Tal iniciativa proporciona o desenvolvimento operacional mais sustentável da respectiva unidade - alinhado a normativas internacionais e nacionais de adesão compulsória ou voluntária -, a economicidade financeira à unidade e o impacto socioambiental positivo aos trabalhadores e usuários.

Regimento da Comissão de Sustentabilidade

A Comissão de Sustentabilidade deve seguir o Regimento da Comissão de Sustentabilidade vigente, que compõe itens como objetivo, finalidade, composição, responsabilidades, atribuições, estrutura, funcionalidade e competências. São exemplos de competências:

- Desenvolver projetos e programas socioambientais localmente;
- Elaborar e desenvolver ações sobre as temáticas de Sustentabilidade;
- Auxiliar na normatização de rotinas e manejo de RSS;
- Prevenir e mitigar possíveis impactos ambientais negativos na unidade;
- Apoiar a área técnica no processo de acompanhamento dos processos de PGRSS;

• Propor ações para otimização do uso de recursos naturais; dentre outros itens.

Metodologia de ação

A Comissão de Sustentabilidade é acompanhada, orientada e capacitada por profissional técnico na área ambiental.

Cronograma de Atividades Anual

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Divulgação da Comissão de Sustentabilidade aos colaboradores												
Indicação dos componentes da Comissão de Sustentabilidade												
Realização de reuniões mensais da Comissão de Sustentabilidade, para desenvolvimento das competências												

D.7) SERVIÇO DE REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA

O Ministério da Saúde estabelece através da Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde

(RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual terá como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Considerando que o Complexo Hospitalar Irmã Dulce integra uma rede de serviços de saúde que deve responder as necessidades de saúde da população, torna-se fundamental a articulação e integração desses serviços com os demais componentes da Rede buscando o fortalecimento da mesma. Para que a integração ocorra de forma efetiva, torna-se primordial que os serviços que compõem o Complexo conheçam e reconheçam os serviços de saúde da RAS na qual estão inseridos.

Para uma efetiva comunicação com estes pontos de atenção à saúde, é necessário que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema. Para que isto aconteça é necessário que haja um sistema de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde, em que um serviço informa ao outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo.

Buscando uma maior eficiência na gestão de leitos e vagas no Hospital Irmã Dulce, temos o Núcleo Interno de Regulação (NIR).

A gestão dos leitos proposta pela SPDM será por regulação unificada, permitindo aos gestores a visualização dos leitos hospitalares disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) local, agilizando o encaminhamento de pacientes que aguardam internação ou transferência.

A utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima atenderá os critérios definidos pela SESAP, visando à diminuição do tempo de espera para Internação, evitando transferências externas, garantindo a satisfação do paciente e do médico.

Nesta perspectiva o Núcleo Interno de Regulação efetivará de forma sistematizada e gestão compartilhada de vagas e leitos (regulação interna), por meio de critérios combinados de prioridade para uso dos leitos com objetivo de agilizar as transferências internas.

O Núcleo Interno de Regulação será ainda de responsável pelo agendamento de consultas na rede de atenção à saúde para seguimento dos usuários após alta ambulatorial, garantindo a continuidade do cuidado.

As vagas para internação serão monitoradas e trabalhadas pelo NIR através do sistema SIRESP, com atualização diária quanto a ocupação dos leitos hospitalares.

Poderá ainda receber pacientes para internação, referenciados por outros Hospitais através da regulação de vagas conforme fluxos definidos pela SESAP.

As vagas para atendimento em Ambulatório e Hospital – Dia estarão disponibilizadas e os agendamentos se darão através de sistemas de regulação, conforme definição da SESAP. As vagas ambulatoriais estarão voltadas para atendimento pré e pós cirúrgicos e atendimento ortopédico pós – trauma. O número de vagas disponibilizadas respeitará a capacidade operacional dos serviços.

A Unidade de Alta Complexidade em Cuidados ao Portador de Doença renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva manterá atendimento especializado voltados à prevenção, diagnóstico, consulta e tratamento de doenças renais à pacientes do município de Praia Grande e outros municípios do Litoral Sul, a partir de encaminhamento médico especialista. Os agendamentos ocorrerão em vagas reguladas conforme fluxos definidos pela Secretaria de Saúde Pública.

Contra – Referência

O usuário referenciado para os serviços que compõem o Complexo Hospitalar Irmã Dulce, após alta, deverá ser encaminhado para Atenção Primária ou outros níveis de atenção que deverão dar continuidade a assistência.

Para que o caminho ideal do usuário na Rede de Atenção à Saúde se torne uma realidade é fundamental que os serviços sigam uma rotina de atendimento e uma eficiência da contrarreferência. Propõe-se as seguintes atividades relacionadas com a contrarreferência:

- Implantação/Qualificação da Guia de contra referenciamento, através de formulário próprio com identificação do hospital, letra legível, assinatura e carimbo do médico, resumo da situação atual do paciente, bem como recomendações para o serviço que irá receber o usuário. Este formulário será entregue ao usuário, o qual será orientado a entregá-lo no serviço de saúde de sua referência para continuidade do cuidado;
- Elaboração de lista contendo nome dos usuários contra referenciados para Atenção Primária e com outros hospitais.
- Implantação de Contra referenciamento qualificado dos casos considerados como prioritários pelos serviços. A partir da avaliação da equipe multiprofissional e definição de riscos e vulnerabilidades na qual o paciente está inserido, este deverá ser encaminhado durante o seu processo de alta para o atendimento do assistente social, o qual deverá realizar contato telefônico com o serviço de referência para discussão do caso, definição do profissional que irá atendê-lo, bem como definição de data e horário do seu atendimento.

Os pacientes de maior gravidade, atendidos na UPA cujo quadro extrapole as possibilidades de solução neste serviço serão encaminhados para outros pontos da

rede de assistência através do Sistema SIRESP ou de e-mail/ sistema informatizado conforme natureza da vaga (estadual ou municipal).

Em situações de necessidade de transferência de pacientes de serviço que compõe o Complexo Hospitalar Irmã Dulce para outra unidade de Saúde, em UTI Móvel ou USA (Unidade de Suporte Avançado), a SPDM disponibilizará profissional médico para acompanhamento do transporte.

O Nefro - PG contará com estrutura para remoção de pacientes para hospital de retaguarda quando a situação assim o exigir, conforme legislação e normas técnicas vigentes.

D.8) SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

O serviço de reabilitação e fisioterapia desempenha um papel crucial no ambiente hospitalar, focando na recuperação funcional e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes

O Serviço de fisioterapia no hospital Irmã Dulce hoje é composto por 46 fisioterapeutas distribuídos entre e 6 fisioterapeutas na UTI Neonatal, 6 fisioterapeutas na UTI Pediátrica, 6 fisioterapeutas na UTI adulto térreo, 12 fisioterapeutas na UTI Adulto 4º andar, 1 fisioterapeuta na sala de emergência e 15 fisioterapeutas nas unidades de internação.

A atuação da fisioterapia hospitalar tem como objetivo, atendimento de pacientes no leito das enfermarias ou da terapia intensiva; utilizando recursos físicos, manuais ou aplicação de instrumentos. O atendimento fisioterapêutico é realizado em adultos e crianças internados, que necessitam de reabilitação, recuperação de funções ou alívio de sintomas. É oferecido neste serviço técnicas de fisioterapia, como mobilização no leito, técnicas respiratórias, treino muscular, orientação de posturas

no leito, mudança de decúbito, orientação para sentar e se levantar, treino de marcha. A finalidade da fisioterapia é restabelecer funções, tais como: movimentação perdida, autonomia da respiração e alívio de dores. Visando sempre a mobilização precoce otimizando assim a redução da incidência de complicações pulmonares, acelerando a recuperação e diminuindo o tempo da ventilação mecânica.

Muitos dos nosso pacientes necessitam de continuidade no tratamento pós alta hospitalar, onde recebem na alta os encaminhamos para dar continuidade no tratamento da reabilitação em centros especializados tais como, Centro Especializado Em Reabilitação (CER), Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro Santos, Para dar assistência às pessoas com deficiência, são pontos de atenção ambulatorial de referência e que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro Santos, são realizadas a confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção visando melhor qualidade de vida paciente, maior autonomia, independência e inclusão social.

A SPDM propõe como plano de reabilitação:

- **Recuperação Funcional:** Após cirurgias, lesões graves ou doenças agudas, muitos pacientes enfrentam desafios na recuperação de suas capacidades físicas e funcionais. A reabilitação e a fisioterapia ajudam esses pacientes a recuperar a mobilidade, reduzir a dor e restaurar a funcionalidade perdida.

- **Prevenção de Complicações:** A imobilidade prolongada pode levar a complicações como contraturas musculares, úlceras de pressão, trombose venosa profunda (TVP) e problemas respiratórios. Atuar na prevenção dessas complicações através de técnicas de mobilização precoce, exercícios respiratórios e intervenções específicas para cada situação clínica.

- **Suporte Interdisciplinar:** A equipe de fisioterapeutas e profissionais de reabilitação colabora estreitamente com outros membros da equipe hospitalar, como médicos,

enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, para garantir uma abordagem integrada no cuidado ao paciente.

• **Promoção da Independência:** Ajudar os pacientes a recuperar suas habilidades físicas e funcionais, a reabilitação e a fisioterapia contribuem significativamente para a independência do paciente em suas atividades diárias, reduzindo a necessidade de assistência a longo prazo e melhorando a qualidade de vida.

• **Educação e Orientação:** Além dos tratamentos diretos, os profissionais de reabilitação e fisioterapia também educam os pacientes e seus cuidadores sobre técnicas de autocuidado, exercícios domiciliares e medidas preventivas, incentivando a continuidade do progresso fora do ambiente hospitalar.

D.9) SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE AUDITIVA

A fonoaudiologia hospitalar é a área da fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito, de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica, dando respaldo técnico e prático à equipe interdisciplinar em que atua, esclarecendo que o objetivo maior é impedir ou diminuir as sequelas nas formas de comunicação que a patologia-base possa deixar.

O serviço de fonoaudiologia do Hospital Irmã Dulce é composto por 3 profissionais, que se dividem em para contemplar as unidades de terapia intensiva adulto e infantil e unidades de internação.

A intervenção fonoaudiológica inicia-se tão logo os sinais vitais do paciente estejam restabelecidos pela equipe médica que o assiste, sendo realizada sem horário estipulado e com maior frequência possível.

A atenção à saúde auditiva em âmbito hospitalar consiste em realizar Triagem Auditiva Neonatal de acordo com os critérios do Ministério da Saúde. A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é realizado, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h às 48h) na maternidade, conforme a Lei Federal nº 12.303/2010 e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames.

A primeira etapa consiste no acolhimento aos pais e/ou responsáveis e no levantamento do histórico clínico e de possíveis fatores de risco para perda auditiva, além da realização do exame propriamente dito. De acordo com a resposta (passa ou falha) a conduta apropriada deve ser tomada, levando-se em consideração a presença ou ausência de indicadores de risco para a deficiência auditiva (IRDA).

As altas durante o final de semana, período em que não há atendimento fonoaudiológico, deverão ser agendadas para retorno durante a semana pela equipe da enfermagem. O agendamento deve contemplar os seguintes dados: nome da mãe, telefones de contato, data de nascimento do RN e número do prontuário. O responsável do RN deverá ser informado sobre a data e horário do agendamento e orientado a não dar banho no dia do procedimento e a trazer a carteirinha de vacinação. Os casos em que os responsáveis pelo RN não compareçam na data agendada, serão encaminhados para seguimento na rede de assistência do município.

A SPDM tem como proposta fortalecer e assegurar cobertura da a triagem auditiva neonatal. É fundamental para garantir que todas as crianças tenham a oportunidade de desenvolver habilidades auditivas adequadas desde o início da vida. A detecção precoce de perda auditiva permite intervenções rápidas e eficazes, promovendo um desenvolvimento saudável e maximizando o potencial de cada criança.

D.10) SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

A fisioterapia iniciou sua trajetória nos distúrbios músculo-esqueléticos e sua importância e poder de resolutividade são amplamente divulgados e conhecidos. Com o aperfeiçoamento do profissional e a multiplicação do conhecimento científico, a fisioterapia tem-se mostrado necessária, nos mais diversos ambientes de trabalho e de atenção à saúde. Atualmente, várias são as especialidades da fisioterapia e, dentre elas, está a terapia intensiva, a qual tem grande relevância, também, no atendimento em urgência e emergência. Pela necessidade do conhecimento clínico mais aprofundado exigido e pelas necessidades de resoluções de intercorrências mais prevalentes nos pacientes críticos, sua participação está diretamente relacionada com procedimentos mais complexos. Sendo assim, nos últimos anos, têm-se ampliado a atuação fisioterapêutica no setor de urgência e emergência.

O serviço de fisioterapia hospitalar do Hospital Irmã Dulce presta atendimento aos setores, de acordo com a regulamentação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) – decreto lei nº938, utilizando recursos próprios com o objetivo de promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo internado, focando a recuperação do paciente e consequentemente a redução do período de permanência de internação hospitalar.

O Serviço de fisioterapia no hospital Irmã Dulce na Unidade de Terapia Intensiva contempla 24h de atendimento de segunda a segunda-feira e nas Unidades de Internação contempla 12h de segunda a segunda-feira e é composto por 46 fisioterapeutas distribuídos entre e 6 fisioterapeutas na UTI Neonatal, 6 fisioterapeutas na UTI Pediátrica, 6 fisioterapeutas na UTI Adulto Térreo, 12 fisioterapeutas na UTI Adulto 4º andar, 1 fisioterapeuta na Sala de Emergência e 15 fisioterapeutas nas Unidades de Internação.

O objetivo geral do Serviço de Fisioterapia é oferecer atendimento fisioterapêutico aos pacientes internados utilizando teorias e técnicas específicas da Fisioterapia baseados evidencias cientificas. Os profissionais realizam seus atendimentos nos setores do hospital respeitando a carga horária de 30 horas semanais (COFFITO Lei nº8.856), dimensionados diariamente pela coordenação nos setores da Instituição, incorporando a rotina da unidade e trabalhando sob protocolos assistências.

O paciente admitido em qualquer setor do hospital, passa por uma avaliação fisioterapêutica e a partir dessa avaliação é traçada o plano terapêutico para o paciente, sempre de forma individualizada e seguindo o grau de complexidade e assim a periodicidade do atendimento.

A intervenção precoce, direcionada e especializada é o foco da atuação do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar, interagindo em conjunto com a equipe, em situações críticas à vida, intervindo com assistência ventilatória ideal e com a profilaxia de morbidades. A fisioterapia otimiza o funcionamento do sistema respiratório e de todas as atividades correlacionadas com a função ventilatória, como suporte ventilatório invasivo e não invasivo, através da monitorização da função pulmonar, prevenindo possíveis complicações clínicas.

A SPDM realizará ações para fortalecimento do serviço proporcionando não apenas tratamento físico direto, mas também suporte emocional e educacional para pacientes que estão se recuperando de condições de saúde complexas.

D.11) IMUNIZAÇÃO

O programa de imunização do Hospital Irma Dulce fortalece a saúde pública e contribui para a segurança dos pacientes, reduzindo o risco de doenças evitáveis por vacinação e promovendo uma cultura de cuidado preventivo.

Nesse sentido, a fim de garantir que todos os recém-nascidos atendidos no hospital recebam corretamente as vacinas BCG e hepatite B e imunoglobulina contra hepatite B (IGHAHB), seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), com os registros dos dados de forma precisa e nominal para monitoramento e controle, a SPDM propõe como plano operativo de imunização:

•Preparação e Logística:

Estoque de Vacinas: Assegurar estoque suficiente de vacinas BCG, hepatite B e IGHAHB para garantir que os imunobiológicos sejam administrados o mais precocemente possível.

Equipamentos e Material: a disponibilidade de seringas, agulhas, algodão, álcool, e outros materiais necessários para administração das vacinas.

•Agendamento e Administração das Vacinas:

Agendamento: Definir um fluxo de trabalho para agendar a vacinação dos recém-nascidos assim que possível após o nascimento, ainda na maternidade.

Administração: Realizar a administração das vacinas seguindo as técnicas assépticas adequadas e conforme os protocolos estabelecidos pelo PNI.

•Registro e Documentação:

Sistema de Registro: Utilizar um sistema ou planilhas dedicadas para registrar todas as vacinações de forma nominal, incluindo nome do recém-nascido, data de nascimento, número do prontuário, nome dos pais ou responsáveis, tipo de vacina administrada (BCG ou hepatite B), número do lote da vacina, e nome do profissional responsável pela administração.

•Registro Mensal Nominal: Ao final de cada mês, consolidar os registros em um relatório mensal nominal que deverá ser enviado para o setor de epidemiologia do hospital e para o PNI, conforme orientações locais.

•Monitoramento e Avaliação:

Avaliação de Cobertura: Monitorar regularmente a cobertura vacinal, comparando o número de doses administradas com o número de nascimentos registrados.

Identificação de Pendências: Identificar e resolver quaisquer discrepâncias ou pendências nos registros para garantir a integridade dos dados.

•Educação e Conscientização:

Equipe de Saúde: Promover treinamentos regulares para a equipe de saúde sobre a importância da vacinação contra BCG e hepatite B, além de orientações práticas sobre como administrar e registrar as vacinas corretamente.

Famílias: Fornecer informações claras e educativas para as famílias sobre os benefícios da vacinação e esclarecer eventuais dúvidas.

•Qualidade Assistencial e Segurança do Paciente

Controle de Qualidade: Realizar auditorias internas periódicas para verificar a conformidade com os protocolos de administração de vacinas e registros.

Segurança do Paciente: Garantir que todas as práticas sejam realizadas de acordo com os padrões de segurança do paciente, incluindo o descarte adequado de materiais contaminados.

Este plano operativo visa assegurar que todos os recém-nascidos recebam as vacinas BCG e hepatite B de maneira adequada e que os registros sejam feitos de forma precisa e nominal para garantir o monitoramento eficaz da cobertura vacinal.

O atendimento antirrábico desempenha um papel crucial na prevenção da raiva e na proteção da saúde pública e está disponível na UPA Quietude, assim como a soro antiaraquinidico, enquanto as vacinas do calendário vacinal podem ser obtidas nas Unidades de Saúde da Família.

D.12) SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA

Saúde sexual e reprodutiva implica que os indivíduos devem ter uma vida sexual segura e satisfatória, obtendo informações sobre sexualidade, prevenção de DST/AIDS, e a liberdade para decidir sobre o desejo de ter filhos, quando e com que frequência, através do acesso a informações e métodos contraceptivos.

Os direitos reprodutivos são baseados no reconhecimento do direito fundamental de todos os indivíduos e casais decidirem livremente e com responsabilidade sobre o número de filhos que desejam ter, o espaçamento entre os nascimentos e o momento de ter um filho (planejamento reprodutivo). Reconhece-se também o direito essencial à informação e ao acesso a métodos contraceptivos, bem como ao alcance de um alto padrão de saúde sexual e reprodutiva.

Integrar a saúde reprodutiva no planejamento hospitalar não só melhora os resultados de saúde para indivíduos e famílias, mas também contribui para o desenvolvimento de comunidades mais saudáveis, equitativas e sustentáveis.

Um planejamento adequado da saúde reprodutiva foca na preparação para gestações seguras, partos e pós-parto, reduzindo assim as complicações obstétricas que podem surgir sem cuidados prévios adequados.

Um planejamento eficaz de saúde reprodutiva no hospital visa melhorar os resultados de saúde materna e infantil, reduzindo taxas de mortalidade materna e infantil através de cuidados adequados durante o parto e pós-parto.

A inserção do DIU na maternidade desempenha um papel crucial na promoção da saúde reprodutiva ao oferecer uma opção contraceptiva segura, eficaz e conveniente logo após o parto. Isso não apenas apoia o planejamento familiar das mulheres, mas também contribui para melhores resultados de saúde materna e infantil, além de proporcionar um impacto positivo a longo prazo na saúde pública.

Em consonância com a Portaria Nº 3.265, de 1º de Dezembro de 2017, para planejar a inserção de DIU (Dispositivo Intrauterino) como parte do programa de saúde reprodutiva, especialmente com a meta de inserção em 10% dos partos mensais, a SPDM propõe:

•Desenvolvimento de Protocolos: Desenvolver e implantar protocolos para a inserção do DIU logo após o parto, incluindo critérios de elegibilidade, consentimento informado da paciente, e procedimentos para a inserção segura.

•Treinamento da Equipe: Capacitar obstetras, enfermeiras obstétricas e outros profissionais de saúde envolvidos na inserção do DIU, garantindo que todos estejam familiarizados com os protocolos atualizados e as técnicas de inserção.

•Integração com o Serviço de Obstetrícia: Garantir uma comunicação eficaz entre os serviços de obstetrícia e o programa de planejamento familiar para facilitar a referência de pacientes elegíveis para a inserção do DIU.

•Educação do Paciente: Fornecer informações claras e educativas às pacientes sobre o DIU, seus benefícios, possíveis efeitos colaterais e alternativas contraceptivas, permitindo que elas façam uma escolha informada.

•Gerenciamento de Estoque: Manter um estoque adequado de diferentes tipos de DIUs, assegurando que estejam disponíveis para a inserção imediata conforme necessário.

•Agendamento e Registros: Estabelecer agendamento eficiente para as inserções do DIU, garantindo registros precisos de cada procedimento realizado.

•Monitoramento de Indicadores: Monitorar o número de DIUs inseridos mensalmente em relação ao número total de partos, ajustando as estratégias conforme necessário para alcançar a meta prevista no POA.

•Avaliação de Resultados: Avaliar regularmente os resultados da inserção do DIU, incluindo taxas de continuidade do uso, satisfação das pacientes e complicações potenciais, utilizando essas informações para melhorar continuamente o programa.

Implementar um planejamento estruturado para a inserção do DIU após o parto oferece às mulheres uma escolha contraceptiva conveniente, eficaz e também contribui para a promoção da saúde reprodutiva ao permitir o espaçamento adequado entre os nascimentos e o planejamento familiar.

A laqueadura tubária, também conhecida como ligadura de trompas, é um procedimento cirúrgico realizado em mulheres para bloquear as trompas de falópio, impedindo assim a passagem dos óvulos para o útero.

Em relação a laqueadura eletiva o plano assistencial proposto, para pacientes eletivos de laqueadura tubária (esterilização feminina), considerando o acesso através da regulação Municipal:

Avaliação

•Avaliação Pré-Operatória: Realizar uma avaliação completa do estado de saúde da paciente, incluindo histórico médico detalhado, exames físicos e laboratoriais para confirmar a elegibilidade para o procedimento.

•Consentimento Informado: Fornecer informações detalhadas sobre o procedimento, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas contraceptivas disponíveis. Obter consentimento informado da paciente de acordo com as diretrizes éticas e legais.

Preparação Pré-Operatória

•Educação da Paciente: Instruir a paciente sobre os cuidados pré-operatórios necessários, como jejum antes da cirurgia, medicações que devem ser evitadas e quaisquer precauções específicas que devem ser seguidas.

•Planejamento Logístico: Organizar a logística da cirurgia, incluindo o agendamento adequado, preparação da sala cirúrgica e garantia da disponibilidade de equipamentos e materiais necessários.

Cuidados Pós-Operatórios

•Monitoramento: Monitorar a paciente imediatamente após o procedimento para detectar qualquer complicação precoce.

•Instruções Pós-Operatórias: Orientar a paciente sobre os cuidados domiciliares, incluindo repouso, atividades permitidas e restritas, cuidados com a incisão e sinais de complicações que requerem atenção médica imediata.

Documentação e Registros

•Documentação: Manter registros detalhados de todos os aspectos do cuidado da paciente, incluindo avaliações pré-operatórias, procedimentos cirúrgicos, cuidados pós-operatórios e acompanhamento.

D.13) SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

O serviço ambulatorial de ortopedia tem como atribuição atender pacientes vítimas de agravos relativos a acidentes recebidos na porta de entrada do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, que podem ser de baixa, média e alta complexidades e é formado por especialistas em traumato-ortopedia aptos a prestar assistência especializada a portadores de doenças do sistema musculoesquelético, inclusive a de alta complexidade e a de alta tecnologia e alto custo.

Nas enfermarias, o especialista em traumato-ortopedia acompanha de forma horizontal aos pacientes acidentados internados de forma longitudinal, evoluindo-os diariamente com visão global das comorbidades, solicitando os exames complementares e orientando as terapias adequadas para cada caso, inclusive indicando e participando de procedimentos cirúrgicos, utilizando-se dos recursos disponíveis na unidade.

A unidade de Atendimento Ortopédico Ambulatorial Pós Trauma, contará com uma equipe de médicos ortopedistas diretamente ligados ao hospital de forma dar segmento aos pacientes egressos de cirurgias ortopédicas do Complexo Hospitalar Irmã Dulce com a mesma equipe que realizou a cirurgia, evitando divergências de conduta e maior conhecimento do procedimento realizado no cliente.

Esta integração entre a equipe do ambulatório e cirúrgica também facilita o agendamento de novas cirurgias a partir do ambulatório para os casos necessários seja para complementação do tratamento ou por mudança de conduta terapêutica ou por complicações do tratamento anterior.

O ambulatório de Atendimento Ortopédico Ambulatorial Pós Trauma contará com uma equipe de médicos ortopedistas de diferentes subespecialidades, enfermeiros, técnicos de imobilização gessada, auxiliares/técnicos de enfermagem e serviços de apoio de forma a garantir um atendimento completo, humanizado e eficiente a um conjunto de 280 pacientes por mês.

Este ambulatório receberá pacientes encaminhados do próprio conjunto hospitalar com quadro de trauma, que necessitaram de imobilização ou cirurgia ortopédica, sempre garantindo a entrada de novos pacientes no período estipulado pelo médico encaminhador.

O atendimento garantirá que o paciente receba todos os procedimentos técnicos necessários à restauração de sua capacidade funcional e laborativa, no

menor tempo possível, bem como suporte de assistente social para auxiliar nas questões de afastamento laboral e direitos durante o período de reabilitação.

D.14) SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro estabelecido a partir da constituição federal de 1988 (BRASIL, 1988) é compreendido como uma das maiores conquistas sócio-históricas do país. Visto que apresenta constantes evoluções a nível de gestão organizacional, identificadas com a descentralização, a definição e o incentivo da participação e controle social, a educação em saúde, a promoção e prevenção em saúde e a organização de um modelo de gestão em rede. Segundo Paim (p. 1928, 2013).

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral.

Os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), devem atuar de forma articulada e complementar, sem hierarquia entre os diferentes pontos da atenção à saúde e nem ordem ou grau de importância entre eles (relação poliárquica) (MENDES, 2009). Em decorrência do movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica brasileira, a desinstitucionalização dos sujeitos se articulou com a formulação de uma rede focalizada na atenção à saúde mental. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS com a condição de assegurar cuidados às pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, atendimento integral e humanizado.

Em um modelo que a perspectiva de consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária que garantisse a livre circulação das pessoas com sofrimento psicossocial pelos serviços, comunidade e cidade (BRASIL, 2011). A RAPS foi criada como uma estratégia de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças às populações nas regiões em que vivem, considerando os elementos socioeconômicos como fatores importantes para o desencadeamento de transtornos mentais. A rede tem como diretrizes: o respeito aos direitos humanos; a promoção da equidade; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços; a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outros. (BRASIL, 2001)

A RAPS está presente na: Atenção Primária, na Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência), Atenção de Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /Pronto Socorro/ Unidades Básicas de Saúde); Estratégia de Desinstitucionalização; Estratégias de Reabilitação Psicossocial, para garantir cuidados contínuos em Saúde Mental (Brasil, 2011).

Em cumprimento a Portaria n°148 de 31 de janeiro de 2012 que define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência, a atenção hospitalar é destinada ao cuidado de pessoas com intenso sofrimento e/ou transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica. Em consonância ao artigo 3°, inciso 1, a “internação é de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso”. Portanto, a internação

hospitalar deve ser curta, sem deixar de proporcionar um atendimento integral e de integração com a Rede Psicossocial atenda às necessidades dos usuários.

O Complexo Hospitalar Municipal Irmã Dulce (CHID), no cumprimento das regulamentações de obrigatoriedade em manter leitos específicos para pessoas com transtornos mentais em hospital geral, oficializa uma unidade para tratamento psiquiátrico, em consonância com a atual Política de Saúde Mental, com as diretrizes da Declaração Universal de Direitos Humanos, e mais especificamente a Portaria n°3588 de 21/12/17 que altera as portarias de consolidação para dispor sobre a raps e define a operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Embora a Portaria não esteja mais vigente, seu conteúdo foi consolidado inserido e publicado nas Portarias de consolidação -PRCS).

O CHID, não somente no cumprimento das regulamentações, assume sua responsabilidade na atenção terciária de acordo com proposta no fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dispondo de 11 leitos para as internações psiquiátricas do município. A proposta e projeto terapêutico são executados por uma equipe técnica multiprofissional composta de:

1 Médico com residência em Psiquiatria.

1 Psicólogo com especialização em Saúde Mental.

1 Assistente social com especialização em Saúde Mental.

1 Terapeuta Ocupacional.

1 Enfermeiro (a) para supervisão geral.

4 Enfermeiros (os) para assistência da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem.

10 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. (01 Técnico e 02 auxiliares).

Baseado nestes objetivos a equipe desenvolve as seguintes intervenções: tratamento medicamentoso, atendimentos individuais, oficinas terapêuticas, atendimentos as famílias, articulação da equipe com o CAPS para proporcionar a

visita Institucional objetivando a continuidade do acompanhamento ambulatorial e reuniões bimestrais entre as equipes do CHID e RAPS envolvidos nos casos.

Portanto, a atenção oferecida no C.H.I.D está em acordo com a portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012, Art. 4 em que dispõe:

O projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas contemplará as seguintes atividades, de acordo com as demandas singulares de cada usuário:

I - Avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente;

II - Abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e

III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular.

Neste contexto, a SPDM baseada nas diretrizes enfatiza e a importância do projeto terapêutico individualizado de cuidados e tratamento elaborado para cada paciente, desenvolvido com base na avaliação das necessidades clínicas, psicológicas e sociais do paciente, visando sua reabilitação e melhoria do estado de saúde mental.

D.15) SERVIÇO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância epidemiológica mostra-se de extrema importância em nossa sociedade, sendo caracterizada pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou

coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". Na atualidade a vigilância epidemiológica configura-se como um componente das ações da Vigilância em Saúde, diretriz operacional estabelecida pelo Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Entre diversas atividades a Vigilância epidemiológica realiza o controle das doenças e agravos constantes da Lista de Notificação Compulsória, definida pela Portaria número 217, de 1 de março de 2023.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica, compreendendo o conjunto das funções mencionadas. Quanto mais eficientemente essas funções forem realizadas no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas.

O Hospital Irmã Dulce deverá atuar com a presença de um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), em parceria e integrada à CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com a Comissão de Verificação de Óbitos do Serviço. O Núcleo Hospitalar de Epidemiologia terá por finalidade a detecção de doenças e agravos de notificação compulsória; acompanhamento e investigação dos casos; registro das informações no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e/ou encaminhamento das fichas de investigação e notificação aos órgãos competentes; promoção de espaços de Educação Continuada e sensibilização dos profissionais do Serviço quanto à Vigilância Epidemiológica; notificação de doenças ou agravos, investigação de surtos e recomendações de medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Na presença de agravos de notificação, os profissionais que prestam o atendimento aos usuários, realizarão a notificação e preenchimento dos instrumentos padronizados e a notificação imediata para as doenças que precisam de ação de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos

pela Região de Saúde de referência do serviço; após tal ação, procederão ao contato com o NHE para desencadear as ações pertinentes.

Os instrumentos de coleta utilizados pelos Serviços para a notificação de agravos são as Fichas de Notificação do SINAN e a ficha de investigação do SINAN com os dados complementares do caso, que são específicas para cada doença ou agravo que deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica.

O NHE também deverá implantar um sistema de busca ativa para pacientes internados ou atendidos no pronto atendimento ou ambulatório para detecção de Doenças de Notificação Compulsória (DNC), bem como realizar a consolidação e análise de dados das doenças notificadas, perfil de ocorrência e divulgação de relatórios, promover trabalho integrado com os Serviços Laboratoriais, estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC, com a Comissão de Farmácia estabelecendo um fluxo com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios para DNC, e com o Serviço de Arquivo de Prontuários, para a análise de prontuários que se mostre necessária para a elucidação de informações importantes para as notificações e acompanhamento de casos.

A busca ativa deverá ser realizada através da investigação das hipóteses diagnósticas atribuídas aos pacientes atendidos, tanto na entrada como na alta hospitalar ou em casos de óbito, das causas ou fatores contributivos de óbito, assim como através dos resultados de exames laboratoriais e de avaliação de prontuários, quando se mostrar necessário, no Serviço de Arquivo de Prontuários.

O NHE participará preferencialmente das reuniões da Comissão de Revisão de Prontuários e Serviço de Arquivo de Prontuários, instituída no Serviço, para possibilitar o acesso às informações necessárias à Vigilância Epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento.

Para além das atividades de coleta, detecção oportuna, investigação e análise das informações referentes às DNC e outros agravos de interesse para Saúde Pública, caberá ao NHE o monitoramento, avaliação e divulgação do perfil de morbimortalidade hospitalar em conjunto com o serviço de monitoramento dos indicadores qualitativos propostos no POA.

O NHE deverá ser composto por 01 (um) profissional de nível médio, 01 (um) funcionário para desempenho das funções administrativas e 01 técnico de nível superior da área de saúde com formação em saúde pública /coletiva /epidemiologia ou experiência comprovada em saúde pública /vigilância epidemiológica, e será o responsável técnico. Estes profissionais deverão ser formalmente designados pelo diretor do hospital e deverão dedicar, no mínimo, 20 horas semanais ao NHE, distribuídas pelos 05 (cinco) dias úteis da semana, considerando as recomendações da Portaria Nº 2.529/GM de 23 de novembro de 2004.

O NHE realizará as atividades de detecção, acompanhamento, investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória atendido no hospital, utilizando para tal as normas de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais, e, procederá com a análise mensal dos dados coletados. Estes profissionais devem realizar reuniões mensais com os coordenadores das diversas clínicas e área do Hospital para análise e discussão das informações geradas, que serão utilizadas como base para planejar e realizar ações de vigilância epidemiológica de DNC no ambiente hospitalar.

Caberá ainda ao NHE, em conjunto com os setores responsáveis, o monitoramento das vacinas e soros realizados no hospital quanto ao controle de utilização e estoque, além da realização de notificações específicas referentes à imunobiológicos, encaminhando mensalmente os relatórios de controle de estoque e boletim de doses realizadas à (DVE).

D.16) LACTÁRIO

O preparo de fórmulas infantis tem como objetivo manter ou recuperar o estado nutricional dos pacientes, através da Terapia Nutricional, a qual determinará os nutrientes ou a composição de nutrientes mais adequada às necessidades específicas do paciente, considerando suas patologias e situação clínica, de acordo com a prescrição médica.

O lactário é o serviço que se destina à preparação de fórmulas infantis e alimentação infantil. Para a execução dos serviços, desde a prescrição dietética, recepção dos gêneros e materiais, preparo, porcionamento e envase, armazenamento e distribuição.

Portanto, o serviço de manipulação e distribuição de nutrição e alimentação hospitalar (dieta enteral e fórmulas infantis) deve-se alicerça-se nos seguintes pontos:

•Necessidade de fornecer alimentação adequada e de forma contínua, que atenda aos requerimentos nutricionais, para os pacientes, visando manter ou recuperar o estado nutricional, assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênico sanitárias adequadas, no Complexo Hospitalar Irmã Dulce

•Necessidade de manter o fornecimento de alimentação especializada aos pacientes internados do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, no tratamento de diversas enfermidades, apoio pré e pós-cirúrgicos e suporte a programas ou exames complementares, entre outros;

O lactário do Hospital Irmã Dulce será operado pela empresa terceirizada de alimentação (Apetece). São 5 funcionários ao todo, responsáveis pelas tarefas higienização de materiais, distribuição de produtos, esterilização de equipamentos e utensílios, produção de fórmulas, porcionamento de espessantes e águas enterais,

produção de dietas enterais e distribuição e produção de suplementos, além da nutricionista responsável técnica pelos procedimentos.

O quadro técnico conta com cinco funcionários:

•um lactarista de segunda a sexta-feira.

•dois lactaristas divididos em plantões de 12 horas diurnos.

•dois lactaristas divididos em plantões de 12 horas noturnos.

•dois auxiliares divididos em plantões de 12 horas diurnos.

A estrutura do lactário conta com uma antessala, onde é realizada a higienização das mãos e paramentação dos profissionais, uma área de preparo e estocagem, uma de higienização e uma de distribuição dos insumos.

O preparo das fórmulas infantis segue as normas sanitárias vigentes, que quando autoclavadas tem validade de 24 horas sob refrigeração, já as não autoclavadas tem validade de 12 horas. A distribuição das fórmulas é feita de 3 em 3 horas, ou conforme a necessidade individual do paciente.

A higienização/desinfecção de mamadeiras, copos e utensílios é separada para pacientes com alergias alimentares e/ou doenças infectocontagiosas.

O preparo de fórmulas enterais é utilizado apenas para pacientes pediátricos, uma vez que os pacientes adultos recebem dietas enterais em sistema fechado. O preparo destas fórmulas é realizado conforme as normas sanitárias vigentes.

O preparo de suplementos é feito apenas para as opções em pó, onde é necessário o acréscimo água ou leite para dissolução do mesmo, as demais opções de suplementos disponíveis são apenas separadas de acordo com a prescrição, uma vez que este já vem pronto para consumo.

Além das fórmulas infantis, dietas e suplementos, os pacientes que necessitam de líquidos espessados recebem o espessamento realizado pelo lactário, de acordo

com a prescrição indicada, entre néctar, mel e pudim. Esse processo é feito o mais próximo do horário da oferta, a fim de manter estável a consistência do líquido.

No lactário também é feito o envase de águas para paciente com sonda, podendo ser pura ou acrescida de módulo proteico, procedimento realizado de acordo com as normas sanitárias vigentes.

Todos os processos realizados no lactário possuem horários específicos e são coordenados para que não haja cruzamento no fluxo de insumos estéreis e insumos contaminados.

Com sua experiência em gestão hospitalar a SPDM relaciona abaixo ações realizadas que contribuem para o aprimoramento e desempenho dos serviços desenvolvidos pelo Lactário:

- Controle de qualidade das fórmulas infantis e dietas enterais, que consistirá basicamente em obter um produto seguro do ponto de vista microbiológico, e adequado do ponto de vista nutricional, com o controle de todas as etapas do processo de produção.
- Todos os procedimentos técnicos-operacionais estarão descritos no Manual de Boas Práticas do Lactário, manual esse baseado nas legislações vigentes.
- Todos os insumos e recipientes adquiridos pela contratada para o preparo da NE devem ser registrados nos órgãos competentes.
- Disponibilizar paramentação adequada para os profissionais envolvidos na preparação das dietas enterais e fórmulas infantis.
- Estabelecer normas e rotinas para todas as etapas do processo das dietas enterais e formulas infantis, bem como fluxos de limpeza e desinfecção das superfícies do Lactário.

D.17) SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

O serviço de Dispensação de Órteses Próteses e Materiais Especiais no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) está em consonância com as diretrizes da Política Institucional de OPME Órtese, Prótese e Materiais Especiais da SPDM.

A SPDM propõe, através da elaboração desta política, melhorias nos processos relacionados à aquisição, à solicitação, ao recebimento, à armazenagem, à dispensação, à utilização e ao controle de OPME, nas unidades de saúde.

As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) utilizadas nas unidades gerenciadas pela SPDM são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

A gestão de estoque, controle, dispensação e faturamento de OPME é complexa e tem múltiplos atores e interesses envolvidos que se inter-relacionam: pacientes, médicos, outros profissionais da saúde, fabricantes e fornecedores de insumos e hospitais, e cada qual assume sua parcela de responsabilidade na cadeia de utilização dentro das unidades.

Além do preço relativamente caro, os valores de aquisição de OPME também variam bastante, assim como seus materiais e processos de compra – o que gera dificuldades gerenciais. Frente a isso, as boas práticas na gestão de OPME tornam as aquisições alinhadas às necessidades financeiras da SPDM, do contrato de gestão junto aos municípios, a transparência em relação a prestação de contas junto ao TCM – Tribunal de Contas do Município e às principais demandas dos pacientes.

As atividades exercidas na gestão de OPME incluem pesquisas de valores, negociações, compras, logística de transporte, gerenciamento de estoque e

armazenamento, além de boas práticas de uso com controle de estoque e rastreabilidade de lote e validade.

O Ministério da Saúde lançou em 2016, o Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) na qual tem o objetivo de sugerir diretrizes e propor a uniformização das atividades de aquisição, solicitação, recebimento, armazenagem, dispensação, utilização e controle de OPME, visando a organizar o fluxo do processo de trabalho, em consonância com os meios que assegurem a adoção de boas práticas.

A Abrangência das ações de dispensação e todo o fluxo de OPME envolve a interação das equipes técnica e administrativa dos setores de compras e suprimentos, almoxarifados centrais, farmácias satélites do centro cirúrgico, centros de material e esterilização, setores de diagnose ou cirúrgicos.

As responsabilidades de cada integrante da equipe estão descritas na Política Institucional de OPME Órtese, Prótese e Materiais Especiais da SPDM.

D.18) SERVIÇO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MAT. ESPECIAIS EM REABILITAÇÃO

Entendida como uma estratégia de saúde e uma resposta social à deficiência, a reabilitação se destaca pela utilização das Tecnologias Assistivas (TA) como ferramentas cruciais para a valorização, integração, inclusão e promoção dos direitos das pessoas com deficiência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Reabilitação como um conjunto de medidas que auxiliam pessoas com deficiências ou em risco de adquiri-las a alcançar e manter uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente. De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiências, é recomendável que “os Governos

desenvolvam, implementem e monitorem políticas, mecanismos regulatórios e padrões de serviços de reabilitação, promovendo a igualdade de acesso a esses serviços".

A reabilitação é necessária para qualquer pessoa que enfrente limitações na funcionalidade, como em mobilidade, visão ou cognição, devido a condições de saúde. Ela envolve intervenções que abordam deficiências, limitações de atividade e restrições de participação, bem como fatores pessoais e ambientais (incluindo tecnologias assistivas) que impactam a funcionalidade. Esse processo configura uma estratégia de saúde centrada na pessoa, que deve atender às condições de saúde subjacentes, assim como às metas e preferências do usuário.

O objetivo da habilitação e reabilitação é desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas. Isso contribui para a conquista da autonomia e a participação social da pessoa com deficiência, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Com foco na funcionalidade, a reabilitação amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família e a comunidade, privilegiando a inclusão social, o desempenho das atividades e a participação na sociedade, mesmo que de forma adaptada. Ela promove o acesso aos recursos e possibilita a retomada da vida, com o objetivo claro de alcançar o melhor desempenho e a maior independência possível. Esse processo requer uma abordagem global e interdisciplinar, pois as pessoas com deficiência podem enfrentar desafios em diversas áreas: motora, neurológica, sensorial, psicológica, comunicacional e social.

Nas últimas décadas, a saúde no Brasil tem adotado o modelo da interdisciplinaridade como uma estratégia para reduzir a fragmentação e fortalecer a prestação de cuidados de maneira integral. A interdisciplinaridade é vista como uma abordagem promissora para a reorganização do trabalho em saúde, promovendo a

articulação de princípios e valores, saberes e práticas, e facilitando a troca de conhecimentos entre disciplinas.

Todo processo que envolve o serviço, a equipe de saúde, a pessoa com deficiência e as OPM devem seguir o princípio da interdisciplinaridade, visando a integralidade da atenção.

Muitos dos nosso pacientes necessitam de continuidade no tratamento pós alta hospitalar, onde recebem na alta os encaminhamos para dar continuidade no tratamento da reabilitação em centros especializados tais como, Centro Especializado

Em Reabilitação (CER), Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro Santos, Para dar assistência às pessoas com deficiência, são pontos de atenção ambulatorial de referência e que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro Santos, são realizadas a confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção visando melhor qualidade de vida paciente, maior autonomia, independência e inclusão social.

O Complexo Hospitalar Irma Dulce reconhece a importância da reabilitação como essencial para garantir que órteses e próteses sejam utilizados de forma eficaz e confortável, ajudando os pacientes a alcançar o máximo de funcionalidade e qualidade de vida. Os pacientes são inseridos na regulação municipal e encaminhados para a rede de atenção para reabilitação e acompanhamento em serviços especializados.

D.19) ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA

A organização da farmácia no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, UPA Dr. Charles Antunes Bechara – Samambaia, Pronto Socorro Central e Nefro PG baseia-

se no Ciclo da Assistência Farmacêutica, na qual atua de forma conjunta às demais áreas assistenciais e multiprofissionais.

Estabelece diretrizes técnicas e normativas para garantir aos pacientes o acesso aos medicamentos essenciais seguros, eficazes e custo-efetivos, disponíveis nos serviços com vistas à promoção do uso racional, segundo a Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O Ciclo da Assistência Farmacêutica envolve as etapas nas quais podemos citar: Programação, Aquisição, Armazenamento, Seleção, Dispensação, Prescrição, Utilização e Farmácia Clínica as quais são organizadas e gerenciadas pelas equipes de Farmácia.

a) Programação

A programação de medicamentos e insumos utilizadas no Complexo Hospitalar Irmã Dulce é uma etapa muito importante dentro do Ciclo de Assistência Farmacêutica, pois consiste em avaliar as quantidades de medicamentos a serem adquiridas, através do parâmetro gerencial/logístico Consumo Médio Mensal (CMM), que poderá ser extraído do sistema informatizado e avaliados pelos farmacêuticos das unidades, baseadas também na REMUME (Relação Municipal de Medicamentos) do Município.

O farmacêutico avalia o consumo médio mensal em conjunto com as unidades para que a programação das entregas aconteça de forma eficiente e em conformidade, evitando rupturas de estoque e falta de medicamentos para a população.

O CMM reflete a média de consumo mensal de um determinado item sendo obrigatória à reavaliação do CMM de todos os medicamentos trimestralmente ou sempre que a equipe identificar necessidade com justificativa.

O farmacêutico deverá sempre adequar o CMM de acordo com a sazonalidade (as necessidades variam conforme as características das estações do ano), o perfil epidemiológico e sociodemográfico da unidade de saúde (dados populacionais, morbidade e outros) e a situação de recursos humanos da Unidade (quantidade de médicos, especialidades).

É fundamental emitir relatório de saída de estoque de medicamento no, avaliando as faltas dos itens neste período, considerando o período de falta de medicamento, considerar também uma margem segura para não faltar medicamentos e insumos nas unidades.

A avaliação do CMM também deve ser feita para medicamentos que estão com pouca ou nenhuma movimentação na Unidade, devendo assim diminuir ou zerar o CMM, para evitar o vencimento deles. Quando houver mudança dos prescritores, a equipe da farmácia deve discutir os medicamentos padronizados e reavaliar o CMM, através das reuniões de CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica juntamente com a Comissão de Padronização Corporativa da SPDM.

A programação realizada pela equipe de farmácia é enviada pelo sistema informatizado, através de planilha própria, para a equipe de Gestão de Compras e Suprimentos da SPDM para providências junto aos fornecedores cadastrados e aprovados para atender as necessidades das unidades.

b) Aquisição

Consiste num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação das unidades gerenciadas pela SPDM, com o objetivo de suprir as unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, visando manter a regularidade de estoque e evitando a falta de medicamentos para o atendimento aos pacientes.

A aquisição é centralizada e desenvolvida pela Divisão de Gestão de Compras e Suprimentos da SPDM, conforme a Política de Compras e Suprimentos da SPDM.

Deve-se sempre adequar o CMM de acordo com a sazonalidade (as necessidades variam conforme as características das estações do ano), o perfil epidemiológico e sociodemográfico da unidade de saúde (dados populacionais, morbidade e outros) e a situação de recursos humanos da Unidade (quantidade de médicos, especialidades);

Esses parâmetros norteiam a Divisão de Compras e Suprimentos da SPDM para que possam haver as compras dos insumos utilizados nas unidades de forma racional, equilibrada e efetiva financeiramente, pois os recursos são públicos, não podendo haver desperdícios e perdas.

Para o processo de programação e aquisição dos insumos, a farmácia sempre deve considerar os parâmetros abaixo:

• Critérios de reposição de estoque, conforme utilização, também estabelece a data de entrega dos itens utilizados anteriormente.

• Consumo Médio Mensal (CMM) – Avaliação da quantidade que se usa em um mês de cada item. O Coordenador da Farmácia insere este dado no sistema.

• Estoque Máximo – Estoque de reserva somado à quantidade de ressuprimento, ou seja, em todo o ressuprimento a farmácia atinge teoricamente o estoque máximo.

• Estoque Mínimo – Também conhecido como ponto de pedido, também é inserido pelo Coordenador da Farmácia no sistema para que ressuprimento ocorra adequadamente.

• Ordem de Compra – O Departamento de Compras e Suprimentos emite a Ordem de Compra, documento na qual se faz controle do que vai chegar e é utilizado pela equipe

de farmácia e almoxarifado para conferência junto a Nota Fiscal. Este documento deverá ser avaliado pelo Coordenador da Farmácia na qual recebe por e-mail.

• Curva ABC e XYZ – Dados utilizados pelo Coordenador da Farmácia para avaliação, programação e aquisição além da divisão de item. São consideradas nas curvas abaixo:

Importância Econômica:

A – Menor quantidade, Alto Custo.

B–Quantidade Intermediária, Valor Intermediário.

C – Maior quantidade, baixo valor.

Importância do item:

X – Possuem Similares

Y – Possuem Similares, porém sua falta interfere na assistência ao paciente

Z – Não possuem similares, crítico na ausência

• Aquisição de Medicamentos Não Padronizados

O Fluxo para aprovação da solicitação, o solicitante deve ter disponível o formulário para compra de medicamentos não padrão. Neste formulário deve conter espaço para médico solicitar o item por nome, concentração e espécie (ampola, comprimidos etc), anotar também a posologia, motivo da solicitação e duração do tratamento.

Após preenchida a solicitação envia para a Farmácia para avaliação junto a direção técnica, farmacêutico avalia a real necessidade, verifica se existe no estoque da farmácia substituto para o item e após sua avaliação envia para Direção Técnica e

Médica para autorização prévia ou não da compra. Esta compra deverá ser efetuada em no máximo 48horas.

Se for uma nova padronização de medicamento ou insumo, a farmácia envia a solicitação para a aprovação da Comissão de Padronização Corporativa da SPDM para que o item possa ser incluído nas próximas programações e aquisições de compra.

c) Armazenamento

O processo de armazenamento de todos os insumos utilizados no Complexo Hospitalar Irmã Dulce é centralizado e gerenciado pela Coordenação de Farmácia e Almoxarifado e Divisão de Compras e Suprimentos da SPDM.

O processo consiste em verificar se os medicamentos entregues estão em conformidade com a especificação, quantidade e qualidade estabelecidas previamente na programação. O recebimento de medicamentos é uma das etapas mais importantes do armazenamento na gerência dos estoques e consiste no exame detalhado e comparativo entre o que foi solicitado e o recebido.

Todas as unidades de saúde deverão priorizar o armazenamento, após o abastecimento realizado, dos medicamentos psicotrópicos (portaria 344/98) e os medicamentos termolábeis que deverão já ser armazenados nos refrigeradores para manter a temperatura dos termolábeis. (2 a 8ºC).

Compete ao Farmacêutico e a equipe de farmácia conferir se a entrega está em conformidade e se está obedecendo as exigências sanitárias em relação à integridade física das embalagens dos medicamentos.

No processo de recebimento e conferência durante o abastecimento a equipe de farmácia deverá seguir os passos abaixo:

•Conferir os dados da Nota Fiscal se estão de acordo com o nome da Unidade;

•Realizar inspeção visual das embalagens de medicamentos verificando (quando possível) a temperatura da caixa térmica, a disposição dos medicamentos, empilhamento máximo e limpeza/organização do local a ser armazenado.

•Avaliar temperatura da caixa térmica dos termolábeis, anotar em planilha padrão para arquivamento, a temperatura deve estar entre 2 a 8ºC conforme determinada pela Farmacopéia Brasileira IV ed, Capítulo IV generalidades pág. IV – 5.

•No caso de não conformidades, realizar preenchimento de notificação e recusar recebimento. A unidade assina, assim como o entregador, devendo informar por e-mail o departamento de Gestão de Compras e Suprimentos da SPDM, com o número da NF, ordem de Fornecimento (OF) e motivo da devolução para providências imediatas.

•Os termolábeis devem ser conferidos no início e armazenados em seguida.

•Os medicamentos controlados após a conferência deverão ser armazenados no armário com chave, conforme preconiza a portaria 344/98.

•Avaliar o aspecto físico dos volumes e de seus conteúdos, quanto à integridade e violação de embalagens. Informar ao Departamento de Compras e Suprimentos, caso haja qualquer irregularidade;

Em relação ao armazenamento dos insumos no Complexo Hospitalar Irmã Dulce a equipe de farmácia e almoxarifado deverá seguir as seguintes recomendações:

•O ambiente deve ser mantido limpo, climatizado e protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de modo a preservar a identidade e integridade dos medicamentos e insumos, conforme RDC Nº 44, DE 17 DE AGOSTO DE 2009;

•A Temperatura e umidade do ambiente dos setores estocadores e da geladeira de termolábeis deverá ser aferida diariamente, com registro em formulário padronizado e por plantão, conforme descrito em POP - Controle de Temperatura da Geladeira de Termolábeis, Temperatura Ambiente e Umidade.

•Os medicamentos deverão ficar afastados do piso, parede e teto, bem como distantes das lâmpadas, a fim de permitir fácil limpeza e inspeção;

•No almoxarifado armazenar os produtos de forma a localizá-los agilmente, de preferência por ordem alfabética, com lote e validade visíveis;

•Identificar a área de dispensação e estoque conforme DCB através de etiquetas nas prateleiras e bins;

•Efetuar a reposição colocando o produto com data de validade mais próxima na frente, ou seja, na posição de saída;

•Não colocar mais de um lote nos BINS para evitar perda por validade e erros de dispensação, comprometendo o resultado do inventário;

•Checar se o lote que está no BIN é o primeiro lote apontado pelo sistema para dispensação, os demais devem ser armazenados nas prateleiras de estoque, identificados na sequência proposta pelo sistema como 1º lote, 2º lote e assim por diante, levando em consideração o PEPS (primeiro que expira, primeiro que sai);

•Armazenar todos os medicamentos controlados em armário com chave, trancado, identificados e organizados, por lote e validade, conforme a portaria 344/98;

•Avaliar o armazenamento dos medicamentos na sala de medicação, postos de enfermagem, carrinhos de emergência e outros setores estocadores, sempre orientando a Enfermagem quanto as Boas Práticas de Armazenamento.

•Armazenar os medicamentos termolábeis em geladeira, separadas e identificadas, não deixando em prateleira próxima ao congelador, na porta ou em contato com as paredes da geladeira.

O processo de controle de validade dos medicamentos e insumos é de extrema importância para evitar o desperdício, armazenamento inadequado e a falta de estoque dos medicamentos, podendo afetar a qualidade da assistência aos pacientes e comprometendo o plano farmacoterapêutico.

Compete a equipe de Farmácia, Enfermagem e SCIH a verificação das validades dos medicamentos multidoses utilizados nos postos de Enfermagem e setores estocadores.

A data e nome do responsável pela abertura do frasco devem ser registrados no momento da abertura pela Enfermagem, a Farmácia deverá enviar o medicamento multidose já com a etiqueta para registro. A identificação original do medicamento deve ser preservada ao inserir a etiqueta de registro de abertura.

O medicamento multidose deve ser mantido em sua embalagem original, conservado sob proteção da luz, conservado em temperatura orientada pelo fabricante, devendo ser inspecionados visualmente e, frente a inadequações, o farmacêutico deverá ser comunicado sobre a não conformidade para notificação.

É fundamental que a equipe assistencial se atente à validade descrita na etiqueta de registro de abertura, não devendo em hipótese nenhuma, utilizar medicamentos com validade de abertura expirada;

Nos postos de Enfermagem, os medicamentos multidoses de uso oral não devem ser armazenados junto com medicamentos multidoses para inalação, para não haver trocas durante a administração nos pacientes.

Qualquer não conformidade, as equipes deverão notificar ao farmacêutico para providências cabíveis.

Armazenamento de medicamentos de Alta Vigilância

Também chamados de medicamentos potencialmente perigosos ou de alto risco, são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização/administração.

É fundamental a dupla checagem pela equipe de Enfermagem na administração de MAV, para evitar erros e agravos nos pacientes.

A farmácia deverá implantar barreiras que reduzam, dificultem ou eliminem a possibilidade da ocorrência de erros. Todos os medicamentos potencialmente perigosos serão etiquetados e identificados por cores, no qual a cor padronizada foi a vermelha.

Os bins e prateleiras também devem ser identificadas com etiqueta vermelha para diferenciar no momento da dispensação e distribuição.

As diretrizes para prevenção de erros de medicação envolvendo medicamentos potencialmente perigosos são baseadas em três princípios: minimizar a possibilidade de ocorrência de erros, fazer aparecer os erros tornando-os visíveis e reduzir as consequências dos erros.

d) Seleção:

No município da Estância Balneária de Praia Grande/SP, a seleção de medicamentos é definida pelas Leis Nº 1458 de 09/11/2009 e Lei Nº 1694 14/11/2013, na qual é responsável por atualizar periodicamente a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) do município e desenvolver estratégias para promoção do acesso e uso racional dos medicamentos.

"Artigo 2º da Lei 1694 - É de responsabilidade da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT, da Secretaria de Saúde Pública, regularmente constituída, estabelecer a padronização de medicamentos, tornando a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME, meio fundamental de orientação das ações acima mencionadas, bem como nos procedimentos administrativos referentes à inclusão ou exclusão dos medicamentos essenciais da rede municipal de saúde, bem como formular e programar uma política institucional para o uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde pública."

As Portarias nº 1.554/2013/GM/MS e nº 1.555/2013/GM/MS normatizam as regras para financiamento, acesso e execução dos Componentes da AF, o Básico, o Especializado e o Estratégico nos municípios e subsidiam as decisões da construção da REMUME.

A comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) também realiza a avaliação dos medicamentos e insumos de uso interno, periodicamente, para atendimento aos pacientes atendidos no Hospital, Pronto Socorro Central, UPA Samambaia e Nefro PG.

São avaliadas nas reuniões de CFT do Complexo Irmã Dulce, de acordo com o artigo 16º do Regimento CFT: (ver se já não está na Comissão

I-Ser responsável pelo desenvolvimento e pela supervisão da política e práticas de seleção e uso racional de medicamentos no hospital;

II-Elaborar e atualizar periodicamente a relação de medicamentos padronizados, divulga-la e determinar seu uso como instrumento básico para a prescrição médica;

a) Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo básico, conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB).

b) Padronizar exclusivamente medicamentos de eficiência comprovada, sob o ponto de vista clínico, avaliados pelos critérios da medicina baseada em evidências.

c) Elaborar e viabilizar a prática de um sistema de prescrição eficiente e custo-efetivo com protocolos terapêuticos normatizados e coerentes.

III-Estabelecer formulário próprio para inclusão e/ou exclusão de medicamentos.

IV-Avaliar e emitir parecer sobre as solicitações de inclusão e exclusão ou substituição de itens da relação de medicamentos do Complexo Hospitalar Irmã Dulce/Pronto Socorro/ UPA Samambaia e Nefro PG.

V-Promover a divulgação de informações relacionadas a estudos clínicos relativos aos medicamentos incluídos/excluídos da lista de medicamentos padronizados;

VI-Prestar assessoria ao corpo clínico e a administração do hospital em assuntos relacionados a medicamentos;

VII-Estabelecer um plano apropriado de capacitação permanente para os profissionais de saúde envolvidos em assuntos relacionados ao uso de medicamentos, através da Gerência da Educação Permanente do Complexo CHID.

e) Dispensação e distribuição:

O processo de dispensação nas Farmácias Central e Satélites do CHID tem que ocorrer de forma segura, eficiente e racional. A dispensação de medicamentos é uma atividade que permite ao farmacêutico estabelecer uma relação de proximidade e confiança com o paciente, garantindo a ele a entrega adequada e racional de medicamentos durante o seu tratamento.

De acordo com a Lei 13.021/14, Art. 14. Cabe ao farmacêutico, na dispensação de medicamentos, visando a garantir a eficácia e a segurança da terapêutica prescrita, observar os aspectos técnicos e legais do receituário prescrito pela equipe médica ou odontológica.

Cabe ao médico ou dentista prescrever os medicamentos para os pacientes de forma segura, obedecendo ao Protocolo de Segurança da Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos – Ministério da Saúde e ANVISA – Anexo 3, além das cartilhas de Prescrição Segura do CRO e CREMESP.

A farmácia deverá dispensar de acordo com a legislação específica de cada medicamento (Portarias, Normas técnicas e resoluções da ANVISA), além das Normas Técnicas da SMS.

Em todo o processo de dispensação, a farmácia deverá sempre seguir as diretrizes abaixo:

- Ao ter acesso a prescrição, a equipe de farmácia deverá avaliar sempre se possui legibilidade e ausência de rasuras e emendas;
- Identificação correta do paciente;
- Identificação do medicamento em Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem, forma farmacêutica, posologia e duração do tratamento;
- Local e data de emissão da prescrição;
- Assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional. Na falta do carimbo, o prescritor deve escrever com letra legível seu nome completo e número de inscrição do seu respectivo conselho de classe;

Se a prescrição estiver com alguma não conformidade, a farmácia deverá comunicar o prescritor para que tome as providências imediatas e o paciente não tenha prejuízo no seu tratamento.

A equipe de farmácia separa os medicamentos que serão entregues ao paciente, confere lote e validade.

A dispensação é realizada de duas formas:

a) Dispensação em dose individualizada: separação dos medicamentos por paciente, por horário e por posologia através das tiras que são separadas e entregues para a Enfermagem administrar nos pacientes;

b) Dispensação de forma coletiva: separação de medicamentos multidoses que são utilizadas em pacientes internados, pacientes no pronto socorro e em UPA;

Após esse processo de conferência é efetuada a baixa do medicamento no sistema informatizado. A farmácia não libera o paciente/representante enquanto a baixo no sistema não seja concluída. Após a baixa, a equipe de farmácia realiza a

conferência dos itens dispensados e quantidades junto a Enfermagem e orienta a posologia e conservação dos medicamentos.

A seguir apresentamos o fluxo de Assistência Farmacêutica realizadas na Farmácia Hospitalar do Complexo CHID:

- Recebimento da Prescrição Médica na farmácia central, o horário deve ser estabelecido. Normalmente as prescrições de horário são enviadas à farmácia até as 11h30, posteriormente são consideradas prescrições fora de horário, na qual a equipe de enfermagem retira o produto na recepção da farmácia.

- Avaliação Farmacêutica das prescrições pelos farmacêuticos para verificar se existem intervenções farmacêuticas importantes. (Farmácia Clínica)

- Nutrição Parenteral – Prescrição deve ser feita por médico diariamente, o farmacêutico confere os dados para Segurança do paciente. O recebimento deve ser feito pelo farmacêutico que deverá: - Analisar temperatura utilizando infravermelho (entre 2ºC e 20ºC), conferir pedido do médico com etiqueta da NPP, conferir valor da NF, inserir a NPP na caixa térmica, solicitar que Técnico leve até clínica solicitante imediatamente a Bolsa de NPP, enfermeira responsável do setor deverá conferir dados da Bolsa de NPP e assinar conferência antes de utilizar no paciente.

- Interação Medicamentosa Importante – utilizando sistema próprio e conhecimento próprio, farmacêutico pode e deve notificar a equipe médica nos casos de Interação medicamentosa grave.

- Triagem de Prescrições médicas para verificar erros de Prescrição – O farmacêutico avalia todo e qualquer suspeita de erro com relação à dosagem, nome do fármaco, posologia, podendo notificar o médico imediatamente.

- Avaliação de Formulários de solicitação– Todos devem ser entregues ao farmacêutico.

- Laudo de Alto Custo – Avaliar preenchimento correto, com carimbo e assinatura, avaliar a real necessidade.

- Formulário de antibióticos (ATB) (CCIH) – Verificar uso racional, técnico deve fazer controle de uso de antibióticos utilizando planilha de ATB.

- Planilha de Estabilidade – As equipes deverão fazer controle de estabilidade utilizando planilha para isso e atualizar as tabelas de estabilidade de cada medicamento para facilitar o trabalho da Enfermagem.

- Planilha de reaproveitamento – faz controle de reaproveitamento para clínicas que utilizam medicamentos com dose coletiva, normalmente pacientes pediátricos.

- Quantidades e horários das doses individualizadas – A equipe da farmácia verifica a quantidade a ser enviada para 24horas dos itens e utilizando planilha de diluição e reconstituição envia diluentes e reconstituintes.

- Separação – Após triagem a equipe de separação separa os itens, se for dose unitária, separa por horário, caso seja dose individualizada separa em bandeja para cada leito. Medicamentos controlados pela Port. 344 devem ser separados pelo farmacêutico exclusivamente.

- Conferência – Técnicos de maior experiência e farmacêuticos são responsáveis por esta etapa, conferem todos os itens juntamente com a prescrição.

- Saída no Sistema – Após conferido os itens devem ser inseridos no sistema dando saída no estoque para cada paciente utilizando código de barras para rastreabilidade se necessário.

- Guarda – A mesma equipe que separou os itens deverá guardá-los nos carrinhos em suas respectivas gavetas ou ensacados, dependendo do método utilizado.

- Entrega nos andares – A equipe entrega medicamentos nos andares em horário estipulado.

• Conferência equipe de enfermagem – conferem todos os itens e todas as gavetas assinando e carimbando a conferência.

• Devoluções – Após entrega a equipe de farmácia retira as devoluções do dia anterior.

• Formulários de Devolução de ATB – Todos antimicrobianos devem ser devolvidos com equipe de farmácia anotando o nome do paciente e leito em planilha própria exigindo assinatura da enfermeira responsável pelo setor para controle de possíveis equívocos.

• Conferência de Devolução – O farmacêutico confere as planilhas de ATB e todos os itens devolvidos com especial atenção para medicamentos controlados. (Port. 344)

• Entrada no Sistema – Os medicamentos devolvidos devem retornar ao sistema de gerenciamento de estoque e guardados em seus respectivos bins.

• Prescrições Fora de Horário - Toda entrada de paciente ou alteração de prescrição, a equipe de enfermagem deve levar as prescrições até a farmácia e aguardar alguns minutos para receber os medicamentos após triagem, separação e conferência seguindo o mesmo fluxo das prescrições de horário. Técnico de enfermagem faz conferência na própria recepção e leva itens.

• Kits de Emergência – Todos os andares devem ter kits de emergência com medicamentos controlados ou não para procedimentos imediatos, sem necessidade de prescrição naquele momento, o médico em questão apenas vai preencher formulário de utilização do kit para posterior reposição do kit. A equipe de enfermagem deve se responsabilizar pela entrega do kit utilizado à farmácia.

• Kits Cirúrgicos – Ficarão dispostos na Farmácia Satélite para cada procedimento cirúrgico, juntamente com kit irá formulário de utilização do kit que deverá ser preenchido pelo médico para reposição dos itens na farmácia. Os medicamentos da

portaria 344/98 (anestésicos e sedativos) deverão ser enviados através da maleta psicobox com controle e lacrada.

Os fluxos descritos acima nos processos de dispensação que ocorrem no Hospital Irmã Dulce se aplicam a UPA Samambaia, Pronto Socorro Central e Nefrologia PG.

Fluxo de Farmácia Hospitalar (Unitarização)

O Anexo VI RDC 67/2007 - Boas Práticas Para Preparação de Dose Unitária e Unitarização de Doses de Medicamento em Serviços de Saúde, estabelece os requisitos de Boas Práticas para Preparo de Dose Unitária e Unitarização de Dose de Medicamento, realizada exclusivamente em farmácia privativa de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica com a finalidade de ajustar às necessidades terapêuticas do paciente e racionalizar o uso dos medicamentos.

A farmácia deve assegurar a qualidade microbiológica, química e física de todos os medicamentos submetidos à preparação de dose unitária ou unitarização de doses.

O procedimento de unitarização consiste em não manipulação dos sólidos (comprimidos e drágeas) mantendo a integridade do blister.

A sala destinada às atividades de preparação de dose unitária ou unitarizada de medicamento deve estar devidamente identificada e suas dimensões devem estar compatíveis com o volume das operações, devendo possuir no mínimo:

a) Bancada revestida de material liso, resistente e de fácil limpeza;

b) Pia com água corrente;

c) Instrumento cortante, equipamentos, utensílios, vidrarias e demais materiais para uso exclusivo nas atividades de preparação de dose unitária ou unitarizada de medicamento e que permita sua limpeza e sanitização;

d) Lixeira com tampa, pedal e saco plástico, devidamente identificada.

A Unitarização deverá seguir os seguintes passos:

- Cortes do blister com tesoura, separando os comprimidos e mantendo o estojo (blister), embalagem primária;
- Reembalagem em sacos plásticos;
- Selagem individual;
- Identificação de todos os dados do medicamento, lote, validade, fabricante, DCB do medicamento, número de série, RT da farmácia com etiquetas autocolantes;
- Acondicionamento em quantidades padrão;
- Armazenamento ou envio para a dose individual/unitária;
- Registro da unitarização em livro de registro, com número de série e ordem de produção com todos os dados do medicamento unitarizado, com dupla checagem.

O descarte de medicamentos será realizado conforme as diretrizes estabelecidas pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde.

f) Prescrição e Utilização

A Organização Mundial da Saúde, por meio do Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais (Guia para a Boa Prescrição Médica do Conselho Federal de Medicina), propõe seis etapas básicas para o alcance de uma terapêutica efetiva:

• Definição do problema;

• Especificação dos objetivos terapêuticos;

• Seleção do tratamento mais eficaz e seguro para um paciente específico;

• Prescrição, incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas;

• Informação sobre a terapêutica para o paciente;

• Monitoramento do tratamento proposto.

No Brasil, a prescrição de drogas é normatizada pelas leis federais 5.991/73 e 9.787/99 e pela Resolução 357/01 do Conselho Federal de Farmácia. Destaque-se que a receita deve ser escrita à tinta, em letra de forma, clara e por extenso.

• Receita simples – utilizada para a prescrição de medicamentos anódinos e medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica” – segue as regras descritas na Lei 5.991/73.

• Receita de controle especial – utilizada para a prescrição de medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção da receita”, como substâncias sujeitas a controle especial, retinóicas de uso tópico, imunossupressoras e antirretrovirais, anabolizantes, antidepressivos etc. – listas “C”.

• Receita azul ou receita B – é um impresso, padronizado na cor azul, utilizado para a prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas – listas “B1” e “B2” e suas atualizações constantes na Portaria 344/ dronizado na cor amarela, utilizado para a prescrição dos medicamentos das listas “A1”, “A2” (entorpecentes) e “A3” (psicotrópicos). Somente pode conter um produto farmacêutico.

• Notificação de receita especial de retinóides – lista “C2” (retinóides de uso sistêmico); validade de 30 dias, apenas na unidade federada que concedeu a numeração; 5 ampolas. Para as demais formas farmacêuticas, a quantidade necessária para o tratamento é correspondente, no máximo, a 30 dias a partir de sua emissão.

• Antimicrobianos – a RDC 20/2011, da Anvisa, regulamenta a prescrição de antimicrobianos. No artigo 5º “A prescrição de medicamentos antimicrobianos deverá

ser realizada em receituário privativo do prescritor ou do estabelecimento de saúde, não havendo, portanto, modelo de receita específico.” Pará Art. 5º A prescrição de medicamentos antimicrobianos deverá ser realizada em receituário privativo do prescritor ou do estabelecimento de saúde, não havendo, portanto, modelo de receita específico.”

Parágrafo único. “A receita deve ser prescrita de forma legível, sem rasuras, em 2 (duas) vias e contendo os seguintes dados obrigatórios:

I - Identificação do paciente: nome completo, idade e sexo;

II - Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade (em algarismos arábicos);

III - Identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional ou nome da instituição, endereço completo, telefone, assinatura e marcação gráfica (carimbo); e

IV - Data da emissão.

Aplicar os Certos da Enfermagem na administração segura dos medicamentos.

g) <u>Farmácia Clínica e Farmacoeconomia:</u>

A Assistência Farmacêutica é fundamental na dispensação e acompanhamento na administração dos medicamentos, além da prescrição segura e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS Sistema Único de Saúde.

O Farmacêutico Clínico é fundamental na supervisão e condução da terapia medicamentosa junto com a equipe multidisciplinar. A otimização da terapia medicamentosa é função precípua da farmácia, visando aumentar a efetividade da

intervenção terapêutica, promovendo o uso racional de medicamentos, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhore a qualidade de vida do paciente. (SBRAFH, 2017)

Entende-se por uso racional, a utilização, em cada caso, do medicamento adequado, cuja qualidade está assegurada, na dose terapêutica ou profilática adequada, na forma farmacêutica e posologia mais conveniente ao paciente, maximizando os efeitos benéficos e minimizando a ocorrência de eventos adversos, com o menor custo possível. A fim de garantir o uso racional o farmacêutico deverá participar da formulação das políticas para uso de medicamentos da sua Instituição. (SBRAFH, 2017)

A otimização da terapia medicamentosa consiste, portanto, em:

▪ Participar do planejamento e avaliação do plano terapêutico junto a equipe multiprofissional;

▪ Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos parâmetros legais e técnicos, tais como: dose, frequência, horário, via de administração, posologia, tempo de tratamento, compatibilidade, alergias, interações medicamentosas potenciais, reações adversas, duplicidade, formas farmacêuticas adaptadas à condição clínica do paciente, entre outros aspectos relevantes antes da dispensação;

▪ Realizar a conciliação de medicamentos ou reconciliação medicamentosa avaliando as prescrições desde a admissão até a alta do paciente e quando o mesmo transitar por diferentes níveis de atenção, juntamente com a equipe médica;

▪ Realizar intervenção farmacêutica, conforme identificação dos possíveis problemas relacionados a medicamentos no processo de utilização, por meio de comunicação institucional formalizada, registrando as mesmas e as decisões tomadas em prontuário;

▪ Investigar, acompanhar e intervir nos resultados negativos relacionados aos medicamentos e nos casos de inefetividade terapêutica, propor novas opções de medicamentos, principalmente no uso de ATB;

▪ Selecionar os pacientes que necessitam de monitoramento permanente e implementá-lo, em especial para crianças, idosos e pacientes com baixa adesão ao tratamento, em uso de medicamentos com maior potencial de produzir efeitos adversos, de alta vigilância e de alto custo;

▪ Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente quanto a efetividade e segurança do tratamento, com base no levantamento da história medicamentosa e dos dados objetivos e subjetivos, relevantes, constantes no prontuário;

▪ Executar a avaliação contínua da resposta terapêutica, juntamente com a equipe médica;

▪ Verificar e acompanhar o surgimento de reação adversa a medicamento (RAM), notificando e propondo novas alternativas de tratamento medicamentoso;

▪ Avaliação dos Eventos Adversos relacionados a medicamentos e perda de efetividade na terapia medicamentosa;

Ações de Farmacoeconomia:

Apesar dos profissionais de saúde ignorarem os aspectos econômicos de suas atividades, as questões relativas a custo e desfechos têm permeado a prática clínica. Desse modo, a Farmacoeconomia tem despontado, em diferentes cenários, como importante ferramenta de apoio no processo decisório do plano farmacoterapêutico dos pacientes atendidos no Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

O resultado das discussões das reuniões de CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica, bem como o trabalho de farmácia clínica tem demonstrado resultados bastante satisfatórios para redução de custos na aquisição dos medicamentos, tempo

de hospitalização, exames diagnósticos, honorários profissionais e uso de equipamentos.

Farmacovigilância

Queixa Técnica e Desvio de Qualidade – Todo Problema Relacionado ao Medicamento (PRM) deverá ser notificado pelo Farmacêutico utilizando sistema de Notificação eletrônica da SPDM.

Problema Relacionado ao Medicamento – (Reações Adversas ao Medicamento, Perda de Estabilidade, Cristalização de Líquidos, Coloração Diferente do Normal etc.)

Todo PRM deverá ser notificado a Gestão de Suprimentos e a Comissão de padronização Corporativa para que a Vigilância Sanitária tome as devidas providências junto aos fornecedores.

Em apoio ao ciclo da Assistência Farmacêutica temos além da Farmácia Clínica e Farmacovigilância, as ações do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

O Farmacêutico é um componente essencial ao cuidado e assistência farmacêutica, que tem como objetivo reduzir erros na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, envolve os seis protocolos básicos de segurança do paciente do Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.377, de 9 de julho de 2013, Portaria Nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 e RDC/Anvisa Nº 36/2013 que institui o Núcleo de Segurança do Paciente.

A SPDM disponibiliza Procedimento Operacional Padrão (POPs) que nortearão a assistência farmacêutica no Complexo Hospitalar Irmã Dulce**.**

D.20) HOSPITAL DIA

Em conformidade com a Portaria GM/MS N° 44, de 10 de janeiro de 2001, o Hospital-Dia desempenha um papel crucial como uma forma intermediária de assistência entre a internação hospitalar e o atendimento ambulatorial. Destina-se à realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que demandam a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

O Hospital-Dia representa uma alternativa eficiente e segura para pacientes que necessitam de cuidados intensivos temporários, sem a necessidade de internação prolongada. Este modelo de assistência proporciona um ambiente adequado para a realização de tratamentos especializados, garantindo ao paciente o suporte necessário enquanto permite sua reintegração precoce às atividades cotidianas.

Ao oferecer serviços diversificados dentro de um prazo limitado, o Hospital-Dia não apenas otimiza o uso dos recursos hospitalares, mas também contribui significativamente para a redução dos custos associados à saúde, promovendo uma gestão mais eficaz dos casos clínicos e uma melhor experiência para o paciente durante todo o processo de tratamento.

Dessa forma, o estabelecimento e a regulamentação do Hospital-Dia conforme os parâmetros estabelecidos pela Portaria GM/MS N° 44/2001 são fundamentais para assegurar a qualidade e a eficiência na prestação de serviços de saúde, alinhando-se às diretrizes de um sistema de saúde moderno e voltado para o bem-estar integral dos indivíduos.

No Complexo Hospitalar Irmã Dulce, as cirurgias em regime de Hospital Dia, contam com uma sala cirúrgica com capacidade para até 10 procedimentos por dia. Essas cirurgias estão alinhadas com os procedimentos constantes na tabela SIGTAP,

combinadas com as especialidades contratualizadas. Anexo à tabela dos procedimentos autorizados pelo SUS estão incluídas as especialidades de cirurgia plástica, torácica, traumatologia, ortopedia, cirurgia vascular, bucomaxilofacial, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, ginecologia e urologia, neurocirurgia, obstetrícia, procedimentos cirúrgicos menores e cirurgia plástica.

Considerando a experencia em gestão Hospitalar a SPDM propõe fortalecer o plano assistencial para Hospital Dia com enfoque no processo de cirurgia segura

Preparação Pré-operatória:

•Avaliação: Realizar uma avaliação completa dos pacientes para garantir que estão adequados para o procedimento e para o ambiente do hospital dia.

•Consentimento Informado: Garantir que todos os pacientes entendam completamente os riscos, benefícios e alternativas ao procedimento cirúrgico.

•Preparação do Paciente: Instruir o paciente sobre preparos pré-operatórios, como jejum, higiene corporal e medicação pré-anestésica, se aplicável.

Ambiente Cirúrgico:

•Infraestrutura Adequada: Verificar que a sala cirúrgica está equipada conforme as normas de segurança e higiene, incluindo equipamentos de monitoramento e emergência.

•Equipe Cirúrgica Treinada: Assegurar que todos os membros da equipe, incluindo cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos, estejam treinados e certificados para suas funções específicas.

•Checklist de Cirurgia Segura: Implementar um checklist padronizado que inclua verificação de identidade do paciente, marcação do local da cirurgia, consentimento informado, alergias e medicações atuais.

Durante o Procedimento:

•Monitoramento Contínuo: Manter monitoramento constante dos sinais vitais do paciente, da anestesia e de qualquer complicação intraoperatória.

•Comunicação Efetiva: Promover uma comunicação clara e aberta entre todos os membros da equipe, garantindo que todos estejam cientes do progresso da cirurgia e de quaisquer alterações no estado do paciente.

Pós-operatório Imediato:

•Recuperação Monitorada: Transferir o paciente para a área de recuperação, onde será monitorado de perto até que esteja completamente acordado e estável.

•Instruções Pós-operatórias: Fornecer instruções claras ao paciente e aos seus cuidadores sobre cuidados pós-operatórios, medicações, sinais de alerta e seguimento necessário.

Seguimento e Avaliação:

•Consulta de Revisão: Agendar uma consulta de revisão para verificar a recuperação do paciente, remover suturas, se necessário, e discutir quaisquer preocupações pós-operatórias.

•Registro e Avaliação de Resultados: Manter registros precisos do procedimento e resultados, analisando continuamente para identificar áreas de melhoria no processo assistencial.

Educação e Treinamento Contínuo:

•Atualização Profissional: Oferecer treinamentos regulares para toda a equipe sobre as melhores práticas de cirurgia segura, novas técnicas e protocolos atualizados.

•Educação do Paciente: Educar os pacientes sobre os benefícios da cirurgia segura, procedimentos a serem seguidos e importância do seguimento pós-operatório.

E) PROGRAMA DE SERVIÇOS DE APOIO GERENCIAL NO HOSPITAL IRMÃ DULCE

E.1) SAME

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.638/2002, estabelece que o prontuário é um documento único, composto por uma série de informações, sinais e imagens que são registradas e geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações relacionadas à saúde do paciente e à assistência recebida. Esse documento possui caráter legal, é sigiloso e científico, e permite a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, garantindo a continuidade da assistência ao paciente. Além disso, o prontuário é uma ferramenta valiosa para a educação profissional e serve como suporte legal em casos de questionamentos jurídicos e processuais sobre as condutas da equipe de saúde.

Dentro do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, todos os serviços de saúde seguirão informatizados e os registros dos atendimentos serão realizados através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Esse prontuário eletrônico contém informações completas sobre o quadro clínico do paciente e sua evolução, as intervenções realizadas, e os exames efetuados, sempre priorizando os registrados de maneira clara e precisa.

Ao término de cada atendimento, os registros serão impressos, assinados e carimbados pelo profissional de saúde responsável, garantindo a autenticidade e a responsabilidade pelo atendimento prestado. Antes de serem arquivados, os registros passarão por uma auditoria para avaliar a qualidade da assistência oferecida e o faturamento dos procedimentos realizados, considerando a taxa de prontuários médicos corretamente finalizados após o atendimento. Esta auditoria também irá

analisar as anotações feitas no prontuário do paciente, bem como os registros de materiais e medicamentos utilizados pela equipe do hospital. O resultado dessa auditoria subsidiará a elaboração de documentos que serão utilizados para discussões e para a implementação de estratégias que visem melhorar o serviço prestado.

Os prontuários seguirão armazenados em um local próprio, com organização que permita a inclusão de novos atendimentos, mantenha a integridade física dos documentos, e preserve o sigilo das informações contidas. Além disso, a organização deve permitir que os prontuários sejam localizados de forma ágil quando solicitados pelos diferentes setores. Após um período previamente definido, os prontuários poderão ser encaminhados para um serviço externo de guarda de documentos.

Os serviços externos de guarda de documentos têm se mostrado uma solução eficiente em termos de custo-benefício para a preservação dos acervos, proporcionando praticidade e eficácia na localização de documentos e informações. Em todas as etapas do transporte e guarda dos prontuários, é fundamental garantir a integridade física dos documentos e o sigilo das informações neles contidas. Quando necessário, o SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) fornecerá cópias dos prontuários, em conformidade com as normas estabelecidas pela legislação vigente.

Haverá sempre disponível e atualizado o Procedimento Operacional Padrão (POP) para padronizar os registros das diferentes categorias profissionais no prontuário eletrônico, a sistemática de impressão das fichas de atendimento, o arquivamento do prontuário físico, o envio dos prontuários para o arquivo externo e a solicitação de prontuários ao arquivo externo, além da sistemática de fornecimento de cópias dos prontuários.

A organização dos prontuários e do SAME para Hospitalar Irmã Dulce será realizada do seguinte modo:

Os registros de atendimento de urgência e emergência que não resultarem em internação serão arquivados por dia, mês e ano de atendimento.

Os prontuários dos pacientes internados, após alta hospitalar, serão organizados por número de prontuário e ano de registro. Esses prontuários também incluirão os registros de atendimentos ambulatoriais, caso o paciente seja encaminhado para esse tipo de atendimento após a internação.

Os registros de atendimentos ambulatoriais de pacientes agendados serão arquivados em um prontuário único, organizados por número de prontuário e ano de registro.

Cópias dos laudos e solicitações de exames de pacientes externos que utilizarem o serviço de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) do hospital também serão arquivadas, organizadas por dia, mês e ano de realização. Após o período definido, os prontuários serão encaminhados para o serviço externo de guarda de documentos.

E.2) FATURAMENTO/SISTEMAS INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A unidade de faturamento, ou seja, a apuração dos dados referentes aos atendimentos realizados pelo Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), considerando a UPA 24h Dr. Charles Antunes Bechara, a Porta de Entrada tipo Geral da Rede Regional de Urgência e Emergência da RRAS 07, o Hospital, o NefroPG, Serviço Ambulatorial de traumatologia e Pronto Socorro Central estará localizada no HMID. Este setor será responsável pela consolidação dos diversos sistemas de informação e o seu devido envio dos dados aos órgãos competentes, tais como a SESAP e DVE. Os dados para faturamento serão apurados e processados a partir dos Sistemas: SIM, SINASC, SIH, SINAN, CNES, SIA (BPA/APAC).

A unidade de Faturamento tem como objetivo identificar os desvios e ações necessárias no processamento da informação, manter atualizadas as bases de dados dos Sistemas de Informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde e prover banco de dados que servirá de fonte de informação para a Unidade de Estatística.

Diariamente o médico e enfermeiro auditor realizarão a avaliação dos prontuários de pacientes que receberam alta, foram transferidos e à óbito do HMID. Esta codificação se faz necessária para a alimentação do SIH e APAC. Caso seja identificado pelo médico ou enfermeiro que o prontuário não possui número de AIH ou APAC, estes profissionais deverão identificar a origem do paciente e realizar os encaminhamentos necessários para a solicitação do número de AIH ou APAC autorizado.

A partir da codificação dos prontuários realizada pelo médico e enfermeiro, os faturistas realizarão a digitação no Sistema SIH e APAC dos pacientes. Ao final de cada mês a Coordenadora de Faturamento transmitirá a SESAP as AIH's, BPA e as APAC faturadas no período.

A cada contratação ou desligamento de profissionais, o faturista receberá do RH a ficha de Cadastro do Profissional devidamente preenchida e semanalmente as fichas são remetidas à SESAP que realiza o cadastro no sistema CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para atualização das informações. Esta equipe de faturista também fica responsável por informar a SESAP quanto as atualizações da estrutura e serviços executados sempre que necessário.

Diariamente as fichas de atendimentos da UPA 24h Dr. Charles Antunes Bechara são encaminhadas para o setor de faturamento do HMID, onde são codificadas pelos faturistas e lançadas individualmente no sistema de faturamento. Ao final de cada mês esta equipe realiza a consolidação das informações e processamento do BPA.

Diariamente a equipe do NIR realiza a conferência de todas as Declarações de Óbito-(DO) que foram geradas no CHID e sempre que necessário realizará a complementação de informações administrativas nas mesmas. Após a conferência registrará as mesmas em livros próprios e enviará a primeira via a DVE no prazo máximo de 03 dias.

Diariamente a equipe administrativa da Maternidade realiza a conferência de todas as Declarações de Nascidos Vivos (DN) e sempre que necessário realizará a complementação de informações administrativas nas mesmas. Após a conferência registrará as mesmas em livros próprios e enviará a primeira via a DVE no prazo máximo de 03 dias.

Diariamente faturistas e analista administrativo realizam a conferência e consolidação de todos os atendimentos realizados no ambulatório, Pronto Socorro do HMID e Pronto Socorro Central. Ao final de cada mês esta equipe realiza a consolidação das informações e processamento do BPA.

Para o andamento adequado das etapas descritas anteriormente, a Unidade de Faturamento do CHID que trabalhará de forma integrada ao SAME, estando subordinados conjuntamente à chefia imediata, terá como finalidade a organização de dados para a pesquisa clínica, a avaliação e o acompanhamento da eficiência dos serviços prestados. Para tal objetivo, a Unidade será responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários clínicos e outras fontes de informação, alimentação dos Sistemas de Informação pertinentes, controle das admissões, transferências, altas, óbitos cirurgias, coleta de dados assistenciais de urgência/emergência no âmbito hospitalar e Pre-hospitalar fixo, atendimentos ambulatoriais, exames de apoio diagnóstico e terapêutico interno e demais atendimentos/ procedimentos.

A Organização Mundial da Saúde define Sistema de Informação em Saúde como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação

necessária para se planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. Conhecer os passos de cada uma dessas etapas é de fundamental importância para garantir não só a fidedignidade das bases de dados, mas também a permanente e plena utilização das mesmas por todos os profissionais envolvidos.

Após a apresentação dos processos acima, enfatizamos a importância do monitoramento para a qualificação dos mesmos. O monitoramento deverá ser realizado pelo profissional responsável pela Unidade de Faturamento do CHID e ocorrerá a partir dos relatórios gerados pelos Sistemas de Informação, de forma contínua. A partir dos itens observados serão desenvolvidas estratégias junto à Administração do Serviço buscando meios para a sua implementação. Os profissionais de saúde e equipe administrativa do CHID, envolvidos na coleta, processamento e/ou transmissão dos dados também deverão ser capacitados e sensibilizados quanto aos Sistemas de Informação continuamente.

Para as ações faturamento do CHID é imprescindível um sistema de informação estruturado que possibilite o conhecimento sobre o perfil de morbidade e mortalidade dos serviços, bem como das características epidemiológicas da demanda atendida, possibilitando aos gestores a tomada de decisões. Os dados e os resultados obtidos através dos Sistemas de Informação também serão acompanhados e servirão de base à Administração do CHID, para o controle de gastos e gestão dos serviços, bem como qualificação da assistência prestada, também ao corpo clínico para atividades de pesquisa e extensão.

A unidade de estatística do CHID terá como finalidade, a organização de dados para o faturamento, pesquisa clínica, a avaliação e o acompanhamento da eficiência dos serviços prestados. Para tal objetivo, o setor será responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários clínicos e outras fontes de informação, alimentação dos Sistemas de Informação pertinentes, controle das admissões, transferências, altas, óbitos e cirurgias e pela análise de

taxas, índices, coeficientes e elaboração de relatórios das atividades estatísticas e acompanhamento de Indicadores.

Considerando tais atribuições e funções, a Equipe responsável pelo Setor de Estatística e Informação será composta por profissionais devidamente qualificados. Sugere-se a contratação de profissional de nível superior com formação específica, para análise dos indicadores, bem como para realização de discussões e utilização das informações pertinentes à gestão do Serviço e equipe administrativa para composição do Setor que também terá como atribuição o acompanhamento dos Sistemas de Informação preconizados pelo Ministério da Saúde conforme será descrito posteriormente.

A Equipe do Setor e demais profissionais do CHID desenvolverão as cinco fases do trabalho estatístico, contempladas nos seguintes itens:

Coleta de dados

Todos os profissionais deverão registrar as ações de saúde na ficha de atendimento ou evolução. Se necessário serão propostos outros instrumentos de registro, exclusivamente nos casos que não estiverem contemplados no prontuário. Cabe ressaltar que todos os profissionais serão orientados e estimulados a registrar os atendimentos no prontuário eletrônico, conforme implantação do sistema.

Levantamento/processamento de dados

Levantamento de um conjunto de termos, tais como diagnósticos, cirurgias, óbitos, procedimentos e exames, incluindo os detalhes pertinentes aos atendimentos e pacientes, que servirão de base para o estudo e análise da quantidade e qualidade dos serviços. Os levantamentos serão realizados de forma con*tínua (movimento diário), periódicos (censos) e/ou ocasionais* (realizados a partir das necessidades

identificadas, podendo ser utilizados os dados primários ou secundários). O levantamento dos dados e sua consolidação serão realizados manualmente até que o prontuário eletrônico esteja totalmente implantado no CHID.

Crítica dos dados

O primeiro procedimento após a coleta de dados será a análise crítica para verificação das fontes de coleta e possíveis erros no processo, procedendo às correções necessárias.

Descrição dos dados

Os dados obtidos serão analisados e interpretados com o auxílio de métodos estatísticos quando necessário e serão feitas descrições dos mesmos através de tabelas, gráficos e medidas ou sínteses numéricas.

Apresentação dos Resultado

Os resultados estatísticos servirão de base para a programação e planejamento da instituição, possibilitando controlar a atividade administrativa, a produtividade e os custos, dentre outros. O setor de Estatística e Informação deve elaborar um determinado número de relatórios que expressa o movimento dos pacientes que são atendidos pelo hospital. Entre os relatórios destacamos o boletim hospitalar, o relatório de censo diário (relatório diário de movimento dos pacientes), relatório mensal de produção, relatório estatístico de doenças e operações, e outros que à medida do tempo se fizerem necessários ao corpo clínico e administrativo.

Será realizado o levantamento de Movimento diário do CHID, com as informações referentes aos atendimentos e procedimentos realizados, devidamente

segmentados por sua natureza (UPA Dr. Charles Antunes Bechara, Pronto Socorro do HMID, NefroPG, Serviço Ambulatorial de Traumatologia e HMID) que serão obtidos através do prontuário eletrônico instalado nos serviços e censo diário, que servirão de base para a elaboração do relatório mensal.

Serão realizados os registros dos dados no Sistema, necessários ao consolidado e cálculo dos Indicadores do CHID que subsidiarão a confecção dos relatórios mensais contendo informações estatísticas do período. Estes serão encaminhados ao setor de Faturamento, para efeito de apuração dos custos hospitalares e setores gerenciais pertinentes. Os indicadores fornecerão resultados quanto ao nível de qualidade dos serviços prestados ao paciente. Tais relatórios deverão ser encaminhados mensalmente a SESAP.

Considerando que as estatísticas hospitalares são fundamentais para as atividades de planejamento e avaliação da utilização de serviços de saúde (Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002) será realizado ainda o Censo hospitalar diário com contagem e registro, a cada dia, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação bem como o número de internações, altas, estatística de óbitos, transferências internas e externas, evasões (saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado) e desistência do tratamento (saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente) ocorridas nas 24 horas relativas ao censo. As transferências internas não serão consideradas saídas para os cálculos da estatística hospitalar. Para efeito de censo, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) será considerada unidades de internação. O censo será realizado no CHID todos os dias, em todas as unidades, sempre no mesmo horário. O Setor receberá o censo diário e será responsável pela avaliação e qualificação dos dados obtidos.

Mensalmente, também deverão ser disponibilizados em meio eletrônico, as estatísticas de atendimentos e lista dos Serviços oferecidos e dos profissionais do corpo clínico responsáveis pelo atendimento médico dos usuários.

Destacamos também que o Serviço de Estatística do CHID, deverá possibilitar espaços de Educação Continuada sistemáticos, com o objetivo de habilitar a equipe de trabalho para seu bom funcionamento e melhorar o aproveitamento dos recursos humanos.

Após a apresentação dos processos acima, enfatizamos a importância do monitoramento para a qualificação dos mesmos. O monitoramento deverá ser realizado pelo profissional responsável pelo Setor de Estatística do CHID e ocorrerá a partir dos relatórios gerados pelos Sistemas de Informação, de forma contínua. A partir dos itens observados serão desenvolvidas estratégias junto à Administração do Serviço buscando meios para a sua implementação. Os profissionais de saúde e equipe administrativa do CHID, envolvidos na coleta, processamento e/ou transmissão dos dados também deverão ser capacitados e sensibilizados quanto aos Sistemas de Informação.

- **Sistemas de Informação SUS**

A seguir apresentamos os Sistemas de Informação a serem utilizados e acompanhados no CHID:

Os Sistemas de Informação de Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde são importantes e necessários para o acompanhamento dos indicadores de saúde. As ações desenvolvidas no CHID serão registradas nos Sistemas de Informações preconizados pelo Sistema Único de Saúde de forma pactuada com a SESAP; para tanto faz-se necessária a presença de profissionais devidamente capacitados que

serão responsáveis pela alimentação e exportação dos Sistemas, conforme fluxos previamente estabelecidos junto à SESAP. Para a realização de tais processos, os profissionais responsáveis do CHID e SPDM, deverão:

- Implantar/atualizar os sistemas de informações definidos pela SESAP;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados garantindo a fidedignidade das bases de dados e a plena utilização das mesmas;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SESAP.

a) CADSUS - Sistema de Cadastramento de usuários do SUS

É um Sistema de cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde que permite a geração do **Cartão Nacional de Saúde**, que facilita a gestão do Sistema Único de Saúde e contribui para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário. O cadastramento permite a construção de um banco de dados para diagnóstico, avaliação, planejamento e programação das ações de saúde. O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também ao Serviço onde foram realizados. Para tanto é efetuado o cadastramento de usuários, de profissionais de saúde e de Unidades de Saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação que permite a imediata identificação do usuário

garantindo rapidez e qualidade no atendimento aos pacientes e facilidade no agendamento de exames e consultas com menor burocracia, além de permitir a integração com outros sistemas de informação, como o SCNES (CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Todos os usuários atendidos no CHID terão o preenchimento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) no registro dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, através da inserção desse dado no Sistema de Informação local (junto das informações gerais de identificação da mesma), assim como todos os profissionais serão identificados no registro dos Sistemas de Informação pelo número Cartão Nacional de Saúde (CNS).

O número do CNS será solicitado no ato da admissão da paciente. Caso a usuário não disponha da informação do número do seu CNS será efetuada a consulta por meio do aplicativo de cadastro no endereço eletrônico disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) na internet para registro do número respectivo. Nas situações onde a usuário não possua cadastro na Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde, será efetuado o seu registro por meio do mesmo aplicativo, com a impressão de número de identificação provisório e inserção no Sistema para a abertura da Ficha de Atendimento.

b) CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES é a base cadastral para operacionalização dos Sistemas de Informações em Saúde hospitalar e ambulatorial, imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Foi instituído pela Portaria MS/SAS 376/2000 e destina-se ao cadastro do estabelecimento de saúde, bem como dos profissionais, equipamentos e serviços existentes. Os profissionais de

saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário específico tão logo sejam admitidos para atuação no CHID, bem como as exclusões e/ou alterações deverão ser efetuados a cada desligamento de funcionário; a inclusão e ou exclusão dos profissionais será realizada pelo setor de Faturamento do CHID. As atualizações de profissionais serão remetidas a SESAP, pelo Setor de Faturamento conforme fluxo a ser estabelecido, sendo recomendável o arquivo das cópias dos instrumentos enviados.

O SCNES disponibiliza informações das condições de infra-estrutura de funcionamento do Estabelecimento de Saúde e dos recursos humanos disponibilizados em todas as áreas. Os dados cadastrais se constituem um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial do CHID.

c) SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA-SUS foi criado em 1992 e implantado pelo Ministério da Saúde em todo o país a partir do final de 1993. Após seu desenvolvimento e implantação, vem sendo aprimorado em função das deliberações dos órgãos gestores e, especificamente, em atendimento às Normas Operacionais do SUS. Neste processo podemos destacar a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/ Custo – APAC-SIA/SUS a partir de 1997 que se somou ao Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) a evolução da tabela de procedimentos ambulatoriais.

Este sistema tem como finalidade registrar os atendimentos/ procedimentos/ realizados na UPA Dr. Charles Antunes Bechara, NefroPG, Ambulatório/Pronto Socorro do HMID e Pronto Socorro Central.

Os documentos/programas básicos do SIA, portanto, são o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC), preenchidos mensalmente pelas Unidades que realizam atendimento ambulatorial. Estes documentos contêm dados sobre o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. Cabe destacar a substituição gradual pelo BPA Individualizado conforme Portaria 380 (Agosto 2010-MS), que registra a informação individualizada, por paciente, dos procedimentos realizados. Para tanto, será necessária a utilização do Sistema Integrado de Gestão local que possibilitará tal registro.

O SIA recebe então a transcrição de produção dos documentos BPA e APAC, faz consolidação, valida conforme parâmetros orçamentários estipulados pelo gestor de saúde e para isto utilizam-se do sistema FPO.

No CHID a alimentação dos dados em tais Sistemas, será realizado no setor de Faturamento a partir do levantamento de procedimentos que será realizado pelos assistentes de faturamento através das Fichas de Atendimento e Prontuário. Será realizado monitoramento dos dados gerados no CHID possibilitando a qualificação da informação e crítica dos mesmos.

d) SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares

É o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informada mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações. Originalmente concebido para o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados pelo INAMPS, em 1986 o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS / AIH foi estendido aos hospitais

filantrópicos e, em 1987, aos universitários e de ensino. Em 1991, em vista da implantação do Sistema Único de Saúde e da transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, o sistema foi renomeado como Sistema de Internações Hospitalares do SUS - SIH / SUS, sem sofrer modificações significativas em seus formulários de entrada de dados, fluxo de documentos e processamento. A mudança mais expressiva então ocorrida foi a sua extensão aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais. De 1991 em diante diversas alterações foram incorporadas.

O instrumento de coleta de dados do SIH é a **Autorização de Internação Hospitalar (AIH).** Este formulário tem por objetivo registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares contém os dados de atendimento, como o diagnóstico de internação e da alta (codificado de acordo com o CID), informações relativas às características do usuário (idade e sexo) e procedimentos realizados durante a internação.

O SIH-SUS conta ainda com outros documentos, tais como: Laudo Médico para Emissão de AIH - documento utilizado para solicitar a internação do paciente, Laudo Médico para Solicitação de Procedimentos Especiais e Mudança de Procedimento - documento para solicitação de procedimentos especiais e ou mudança de procedimento, e outros.

A partir de janeiro de 2008, os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS – SIA e SIH/SUS deixam de ter tabela de procedimentos específica e passam a utilizar uma única tabela de procedimentos.

As AIHs deverão ser preenchidas pelo profissional médico a partir da indicação de admissão do usuário em internação hospitalar, com realização da digitação dos dados pelo Setor de Faturamento.

Após a alta do usuário, os procedimentos registrados no prontuário, serão conferidos, codificados e validados pelo auditor do Serviço de Arquivo Médico, e serão registrados no SIH.

Para o processo de coleta e registro dos dados a serem levantados do prontuário, poderão ser utilizados instrumentos e formulários elaborados de forma a facilitar e permitir a coleta de forma rápida e concisa, permitindo organizá-los, para que possam ser facilmente utilizados, permitindo uma rápida percepção da realidade e uma imediata interpretação da situação, possibilitando intervenções rápidas tanto na qualificação das ações desenvolvidas quanto do registro das mesmas. Tais instrumentos deverão conter dados e layout a serem elaborados a partir do uso e propósito da coleta de dados.

e) Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo - SIRESP

Sistema on-line, implantada pelo governo do Estado de São Paulo, com o objetivo de prestar equidade no acesso, através de ações dinâmicas realizadas de forma ordenada, equânime e racional.

O SIRESP será o instrumento que o HMID deverá utilizar para regular os leitos hospitalares de média e alta complexidade pactuados com o Estado.

f) SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, utilizado para o armazenamento dos dados coletados, bem como a disponibilização dos mesmos, a partir da notificação das doenças e agravos de notificação compulsória, pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica. O sistema fornece informações para análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS Nº 104 de 25 de janeiro de

2011), bem como das doenças e agravos de interesse nacional, estadual e/ou municipal que tenham sido avaliadas como importantes para a região.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos sendo facultado a estados e municípios a inclusão de outros problemas de saúde importantes em sua região. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Os instrumentos de coleta utilizados pelos Serviços são as Fichas de Notificação do SINAN que devem ser preenchidas pelo profissional que realizou o atendimento ao usuário com determinado agravo ou com a suspeita observada e avaliada, e a ficha de investigação do SINAN com os dados complementares do caso, que são específicas para cada doença ou agravo que deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, com o apoio de técnicos da Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE). Consideramos a grande importância das notificações das doenças e agravos, como forma de desencadeamento de ações e estratégias de controle sanitário e epidemiológico, bem como controle dos surtos e do aumento de casos. Para isso faz-se necessário a apropriação dos fluxos de Notificação determinados pela DVE bem como o encaminhamento dos referidos dados aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica.

No CHID a notificação dos agravos será realizada pelos profissionais responsáveis pelo atendimento, ambulatorial ou hospitalar, a partir da identificação de tais agravos. Após tal ação, será feito o contato com Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Serviço que procederá com a investigação e acompanhamento

dos casos, bem como realizará envio das Fichas de Notificação e Investigação aos órgãos competentes. Vale destacar a importância de registro dos dados de notificação no prontuário ou Fichas de Atendimento com as informações pertinentes.

O CHID também alimentará direta e indiretamente dois importantes sistemas de informação de eventos vitais que registram os dados de mortalidade e de nascidos vivos. Tais dados contribuem para o conhecimento dos níveis de saúde da população e fornecem subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção à saúde dos diversos segmentos populacionais.

g) SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. Seu instrumento padronizado de coleta de dados é a **Declaração de Óbito (DO**), impressa em três vias coloridas, cuja emissão e distribuição, em séries pré- numeradas, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde que as repassa para os estados e municípios e estes aos estabelecimentos de saúde. O CHID emitirá as Declarações de Óbitos e encaminhará a primeira via à DVE ou as três vias quando canceladas.

O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico.

h) SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.

O SINASC tem como instrumento padronizado de coleta de dados, a declaração de nascido vivo (DN), cuja emissão, a exemplo da DO, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde. Tanto a emissão da DN, como o seu registro em cartório serão realizados no município de ocorrência do nascimento. Deve ser preenchida nos hospitais, e outras instituições de saúde, que realizam partos e, nos Cartórios de Registro Civil, quando o nascimento da criança ocorre no domicílio. O HMID deverá emitir a declaração de nascidos vivos que alimentará o SINASC conforme fluxo estabelecido pela DVE. O registro no instrumento deverá ser feito pelo profissional que realizou a assistência ao parto, e será realizado um processo de complementação dos dados, através de entrevista à puérpera no leito de internação por profissional devidamente treinado.

Além das informações geradas a partir dos dados coletados nos diferentes sistemas de informação, a OS-SPDM também disponibilizará mecanismos de informação e comunicação à população através do Conselho Gestor Local.

A PORTA DE ENTRADA TIPO GERAL DO HMID na RUE/RRAS

Considerando a construção da Rede de Urgência e Emergência, conforme deliberação do Ministério da Saúde e os arranjos organizacionais, priorizando Redes Temáticas por Região de Saúde, foi aprovado o Plano da RUE da RRAS 7 (Baixada Santista e Registro) CIB 78 de 8 nov/2011, a partir deste marco houveram diversas discussões técnicas, onde finalmente em 2015, após visita da Equipe Técnica do Ministério da Saúde o Hospital Municipal Irmã Dulce, se configura como – Porta de

Entrada Porte I, sendo a principal estrutura do eixo do litoral SUL, recebendo alta demanda regional.

Para ordenação linear deste sistema, um dos pilares mais importante para que o acesso seja de forma equânime, é a Regulação em Saúde. A portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, compreendendo três dimensões:

•**Regulação de Sistemas de Saúde** - que tem como objeto os sistemas de saúde Municipais, Estaduais e Nacional, como objetivo os princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a RAS e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

•**Regulação da Atenção à Saúde –** que tem como objeto a adequada prestação de serviços à saúde, e como objetivo garantir, conforme pactuação estabelecida no

Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/Indicadores COAP, a prestação de ações e serviços de saúde;

Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial) - que tem como objeto o acesso aos serviços de saúde, e com os gestores públicos para com o objetivo de organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

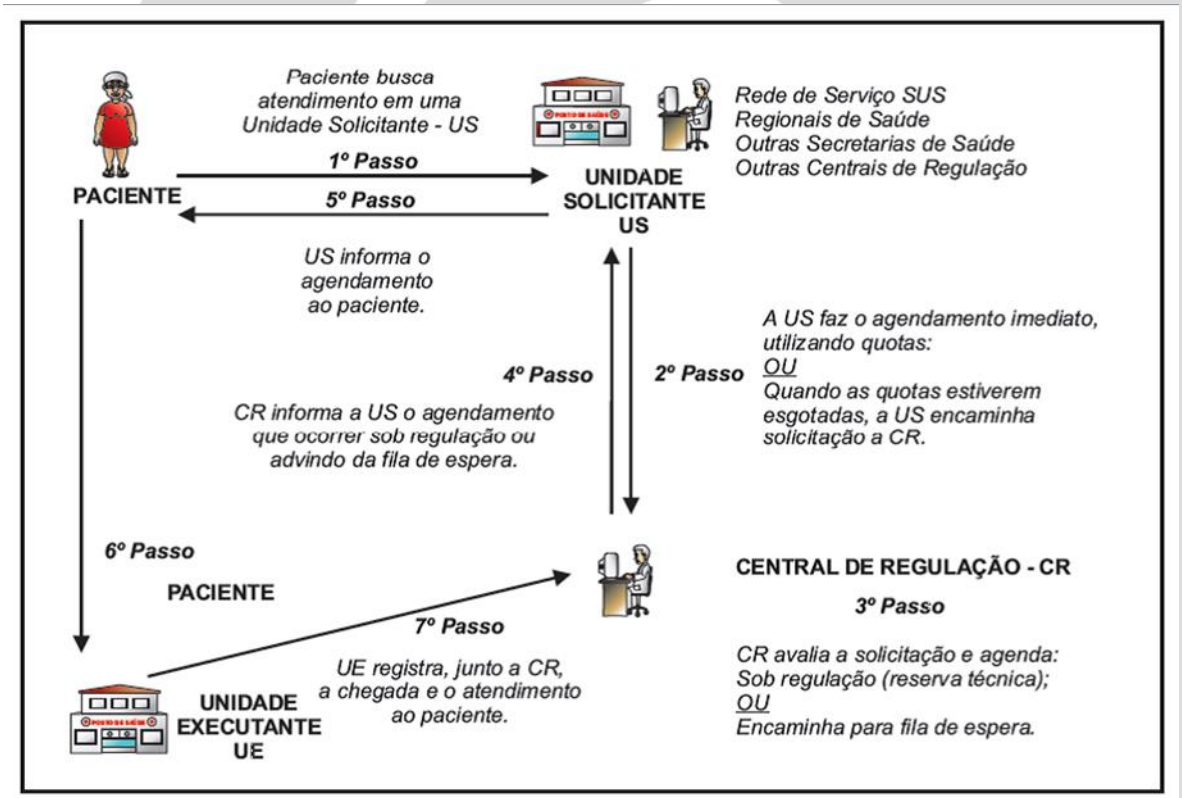
Há em alguns momentos uma confusão entre os conceitos de regulação assistencial e regulação de acesso. Segundo o Ministério da Saúde (2006), a regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles segundo diferentes perfis de demanda e de oferta, e a regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na programação de ações e serviços de saúde e da disponibilidade de recursos financeiros.

A Regulação Assistencial compõe a uma das macros funções a serem desempenhadas pelo gestor estadual, sendo direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, através do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços, como também pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da

assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso (CONASS, 2011).

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes (Brasil, 2006). Sendo um dos modelos mais utilizados para ilustrar essas tratativas:



Com base no disposto acima, a grade ordenadora da entrada do sistema, se dá de forma regulada através dos Fluxos de Inserção no SIRESP – Sistema de Regulação do Estado de São Paulo para demandas regionais e sistema prioritário do

Município de Praia Grande, responsável pela regulação exclusiva dos casos que são de responsabilidade Municipal.

		URGENCIA/ EMERGÊNCIA		
Especialidades		**CHID**	**SIRESP**	**Exclusões que DEVERÃO ser inseridas Sistema SIRESP**
BUCO MAXILO FACIAL		X		Exclui Politrauma
CARDIO - VASCULAR	**CARDIOLOGIA CLÍNICA**	X		Exclui IAM/Marcapasso/Revascularização/ Cateterismo
	CIRURGIA VASCULAR	X	X	
PEDIATRIA	**PEDIATRIA - CLÍNICA**	X		
	INFECTO	X	X	
	CIRURGIA PEDIATRICA	X		Exclui Cardíaca
CIRURGIA CABEÇA E PECOÇO			X	
CIRURGIA GERAL		X	X	
CIRURGIA TORÁCICA			X	
CLÍNICA MÉDICA		X		
CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA			X	
GASTROENTEROLOGIA			X	
GINECOLOGIA	**GINECOLOGIA CLÍNICA**	X	X	
	CIRURGIA GINECOLÓGICA	X	X	
HEMATOLOGIA INFANTIL			X	
HEMATOLOGIA			X	
INFECTOLOGIA			X	
OBSTETRÍCIA RISCO HABITUAL		X		
OFTALMOLOGIA			X	

ORTOPEDIA	ADULTO	X	X
	PEDIATRICA		X
OTORRINOLARINGOLOGIA			X
QUEIMADOS			X
PNEUMOLOGIA		X	
PSIQUIATRIA		X	X
NEFROLOGIA CLÍNICA			X
UROLOGIA	UROLOLGIA CLÍNICA	X	
	UROLOGIA CIRÚRGICA	X	
NEUROLOGIA	NEURO PEDIATRIA		X
	NEUROLOGIA CLÍNICA		X
	NEUROCIRURGIA	X	
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	ADULTO	X	X
	PEDIATRICA		X

SOLICIT AÇÃO:	Municipalidade

SOLICIT AÇÃO:	SIRESP + Municipalidade

SOLICIT AÇÃO:	SISTEMA SIRESP

Na alta complexidade, além dos munícipes de Praia Grande, o serviço é referência aos municípios do Litoral Sul. Quanto aos demais municípios da região, o atendimento se dá em consonância ao regulador plantonista o encaminhamento as demais referências. Segue abaixo a última grade elaborada.

MICRO SOLICITANTE DA RRAS 07

DRS:		BAIXADA SANTISTA-REGISTRO		RRAS: 07	FICHA										
	DATA DO PREENCHIMENTO			___/___/___	DATA DA IMPLANTAÇÃO		__08_/_04___/_2019___								
MUNICÍPIO SOLICITANTE	CNES	MICRO SOLICITANTE	CNES	UNIDADE DE REFERÊNCIA	PADRÃO	CARDIOPATIAS CONGÊNITAS	CARDIOPATIAS CONGÊNITAS??	CARDIOLOGIA	MARCA-PASSO	NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA			ORTOPEDIA		QUEIMADO
					1ª REF	1ª REF	2ª REF	1ª REF	1ª REF	1ª REF	2ª REF	3ª REF	1ª REF	2ª REF#	1ª REF
Itanhaém	2087804	HOSPITAL REGIONAL DE ITANHAÉM	**CROSS SP**		CROSS SP	CROSS SP		CROSS SP	CROSS SP	CROSS SP		CROSS SP			
	7711077	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE ITANHAEM (UPA)	2087807	HOSPITAL REGIONAL DE ITANHAÉM	X	CROSS SP				X*			X		CROSS SP
			9556095	CROSS -SP - HOSPITAL REG. DE REGISTRO		CROSS SP		X	X			X		X	
			2716097	**HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE O S S**		CROSS SP					X				
Mongaguá	2051702	PRONTO SOCORRO DE AGENOR DE CAMPOS MONGAGUA	2087808	HOSPITAL REGIONAL DE ITANHAÉM	X	CROSS SP				X*			X		CROSS SP
			9556095	CROSS -SP - HOSPITAL REG. DE REGISTRO		CROSS SP		X	X			X		X	
			2716097	**HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE O S S**		CROSS SP					X				
	2077043	PRONTO SOCORRO CENTRAL DE MONGAGUA MONGAGUA (UPA)	2087809	HOSPITAL REGIONAL DE ITANHAÉM	X	CROSS SP				X*			X		CROSS SP
			9556095	CROSS -SP - HOSPITAL REG. DE REGISTRO		CROSS SP		X	X			X		X	
			2716097	**HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE O S S**		CROSS SP					X				
Peruíbe	7135173	UPA PERUÍBE	2087811	HOSPITAL REGIONAL DE ITANHAÉM	X	CROSS SP				X*			X		CROSS SP
			9556095	CROSS -SP - HOSPITAL REG. DE REGISTRO		CROSS SP		X	X			X		X	
			2716097	**HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE O S S**		CROSS SP					X				

Só irá pra HRR os pacientes que necessitam de prótese, exceto fratura fêmur
*Só aceitará AVCI

Em 2023 o município de Praia Grande reorganiza o fluxo de urgência e emergência, possibilitando a garantia do acesso aos casos de maior gravidade em atendimento oportuno, com isto, implementou a descentralização do atendimento em urgência e emergência do hospital Irmã Dulce, através da inauguração do Pronto Socorro Central para atendimento à demanda espontânea, além de SAMU e outras Portas de Entrada desde a Atenção Básica. Está localizado a 650m do hospital, propiciando desta forma o referenciamento dos casos mais graves serem encaminhados à Porta de Entrada, através de demanda direcionada pelo SAMU e do Complexo de Regulação de Urgência e Emergência – CRUE/PG, além da manutenção do fluxo via SIRESP.

A porta de Entrada do HMID visa os atendimentos de maior gravidade de forma referenciada, recebendo os caos advindos das demais portas de entrada do sistema de saúde de Praia Grande e Região através do SAMU Litoral Sul e SIRESP, ara casos

clínicos e cirúrgicos, demandantes de cuidados intensivos, politraumatizados e outros. Além disso, mantém-se a porta para demanda espontânea de gestantes.

2.2.2 O NEFRO PG

A Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Praia Grande dispõe de Unidade de Alta Complexidade em Cuidados ao Portador de Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva – Nefro PG – foi inaugurada em 19 de janeiro de 2016 e atende pacientes diagnosticados com problemas de insuficiência renal, encaminhados via rede pública de saúde.

A Unidade atende a Portaria Ministerial N° 389/2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

Frente ao exposto a Unidade está subdivida em (02) serviços, sendo observado o Art. 4° da referida portaria, que define a classificação do estágio clínico da DRC (Doença Renal Crônica), no qual se configura como atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC.

O ambulatório especializado, oferece o total de (214) vagas para pacientes nos estágios clínicos 4 e 5 (pré dialítico), através do sistema de Regulação exclusivo Municipal.

O ambulatório especializado além do cuidado clínico, é disponibilizado as confecções de fístula arterio-venosa ou implante de cateter para dialise peritoneal,

onde a realização de tais procedimentos ocorre no hospital de referência - Hospital Municipal Irmã Dulce- HMID em agenda específica e exclusiva a esses pacientes.

- **PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO DO NEFRO PG**

A Unidade de Alta Complexidade em Cuidados ao Portador de Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva de Praia Grande (Nefro-PG) é referência em nefrologia na Baixada Santista. O equipamento atende pessoas de Praia Grande e também de municípios vizinhos, para o procedimento de hemodiálise, o acesso a essa demanda são encaminhamentos do especialista e a hemodiálise do local é regulada pelo sistema SIRESP (Sistema de Regulação do Estado de São Paulo).

A Nefro-PG conta com uma equipe altamente capacitada e titulada, com a formatação multidisciplinar composta por médicos nefrologistas (adultos e pediátrico), enfermagem, psicologia, nutrição e assistência social. Visando a qualidade técnica da assistência ofertada, a SPDM estabelece protocolos clínicos e procedimento operacional padrão, respeitando sempre as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Localizada na Avenida Presidente Costa e Silva, nº 1.397, Bairro Boqueirão, a unidade é gerenciada pela SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina), que também é gestora de todo o Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Para acessar o serviço da Unidade Especializada em DRC, o primeiro passo é o munícipe buscar atendimento na Unidade de Saúde da Família (Usafa) mais perto da casa. As Usafas são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde no Município e partir dela seguirá o fluxo da Rede Municipal.

O equipamento faz um atendimento regional, sendo parte munícipes de Praia Grande e parte pacientes de municípios do Litoral Sul paulista, ou de outros municípios da Região Metropolitana da Baixa Santista. Após a vaga ser

disponibilizada, e regulada pelo Município para ambulatório e para hemodiálise regulada pelo SIRESP, o indivíduo inicia o tratamento de hemodiálise, além de prosseguir com o acompanhamento da equipe da Nefro-PG.

A Unidade conta com hospital de referência - Hospital Municipal Irmã Dulce para as emergências dos pacientes inscritos no serviço.

Os horários de funcionamento para tratamento de alta complexidade – hemodiálise ocorre em três turnos de 4 horas e a Unidade funciona das 06 às 22 horas de segunda a sábado.

Todos os procedimentos realizados no serviço deverão seguir os protocolos clínicos e procedimento operacional padrão**,** para garantir a qualidade da assistência ofertada.

Os protocolos clínicos são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Procedimento Operacional Padrão (POP) é uma descrição sistematizada e padronizada de uma atividade técnica e assistencial, com o intuito de garantir/atingir o resultado esperado por ocasião de sua realização, livre de variações indesejáveis. Ele descreve cada passo crítico e sequencial.

- **NORMAS, PROCEDIMENTOS E ROTINAS TÉCNICAS ESCRITAS E ATUALIZADAS NO SERVIÇO DE DIÁLISE**

A hemodiálise é um procedimento através do qual retira-se do sangue as substancias tóxicas ao organismo por meio de uma máquina, ou seja, faz uma parte do trabalho que o rim doente não consegue fazer.

O procedimento libera o corpo dos resíduos prejudiciais à saúde, como o excesso de sal e de líquidos. Também controla a pressão arterial e ajuda o corpo a manter o equilíbrio de substâncias como sódio, potássio, uréia e creatinina e são realizadas em serviços especiais ou hospitais, em que na hemodiálise a máquina recebe o sangue do paciente por um acesso vascular, que pode ser um cateter ou uma fístula arteriovenosa, e depois é impulsionado por uma bomba até o filtro de diálise.

No dialisador o sangue é exposto à solução (dialisato) através de uma membrana semipermeável que retira o líquido e as toxinas em excesso e devolve o sangue limpo para o paciente pelo acesso vascular

A hemodiálise está indicada para pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica graves, cuja indicação será feita pelo médico que assiste ao paciente, que se baseará por critérios clínicos e laboratoriais (Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Ácido úrico, Clearence de creatinina, Hemograma), associado a oligúria e eventualmente associação com doença óssea.

Na maioria das vezes o paciente que inicia um programa de hemodiálise, o fará pelo resto de sua vida, embora alguns casos poderão ser submetidos a diálise peritoneal ambulatorial e outros ao transplante renal, sendo variável a cada caso o número de sessões semanais, bem como sua duração.

Os pacientes serão acompanhados mensalmente pelo profissional médico Nefrologista, que fará os controles clínicos e laboratoriais conforme protocolos pré estabelecidos.

ADMISSÃO

- Admissão e Orientações ao Paciente Apresentar a unidade de hemodiálise, assim como o funcionamento da diálise.
- Orientar ao paciente quanto ao material utilizado para hemodiálise, que este é de uso exclusivo ao paciente e após reprocessamento o dialisador estará pronto para reuso.
- Orientar o paciente e familiar quanto à dieta equilibrada em sódio e potássio.
- Explicar os riscos e consequências do abuso dos mesmos.
- Orientar o paciente sobre a rotina a ser seguida durante o tratamento.

Os pacientes que fazem parte do grupo de risco devem seguir as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, obedecendo os seguintes critérios:

Doença renal crônica é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata- se de uma doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática. Muitos fatores estão associados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Por estes motivos é importante reconhecer quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, bem como quais são os fatores de pior prognóstico, definidos como aqueles fatores que estão relacionados à progressão mais rápida para perda de função renal.

Os indivíduos sob o risco de desenvolver DRC são:

a) Pessoas com diabetes (quer seja do tipo 1 ou do tipo 2): o diagnóstico do diabetes deve ser realizado de acordo com o nível sérico da glicemia de jejum acima de 126 mg/dL, ou acima de 200 mg/dL 2 horas após a ingestão de 75g de glicose, ou qualquer valor de hiperglicemia, na presença de sintomas clássicos, como poliúria, polidipsia ou polifagia;

b) Pessoa hipertensa, definida como valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg em duas medidas com um intervalo de 1 a 2 semanas;

c) Idosos;

d) Portadores de obesidade (IMC > 30 Kg/m²);

e) Histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca);

f) Histórico de DRC na família;

g) Tabagismo;

h) Uso de agentes nefrotóxicos

Após o diagnóstico da DRC, devem ser considerados os preditores de progressão, que são marcadores de que o indivíduo com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal ao longo da evolução clínica:

a) Pessoas com níveis pressóricos mal controlados;

b) Pessoas com níveis glicêmicos mal controlados;

c) Pessoas com níveis de colesterol mal controlados;

d) Estágios da DRC, sendo que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença;

e) Presença de albuminúria e a sua intensidade, sendo que quanto maior o nível de albuminúria, pior o prognóstico para perda de função;

f) Tabagismo;

g) Uso de agentes nefrotóxicos

O rim tem múltiplas funções, como a excreção de produtos finais de diversos metabolismos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrolítico, do metabolismo ácido-básico e da pressão arterial. Existem diversas formas de aferir as

funções renais, mas do ponto de vista clínico, a função excretora é aquela que tem maior correlação com os desfechos clínicos. Todas as funções renais costumam declinar de forma paralela com a sua função excretora. Na prática clínica, a função excretora renal pode ser medida através da Taxa de Filtração Glomerular (TFG).

Para o diagnóstico da DRC são utilizados os seguintes parâmetros:

I) TFG alterada;

II). TFG normal ou próxima do normal, mas com evidência de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem. Dessa forma, é portador de DRC qualquer indivíduo que, independente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma TFG < 60ml/min/1,73m². Nos casos de pacientes com TFG ≥ 60ml/mim/1,73m², considerar DRC se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem. São considerados marcadores de dano renal parenquimatoso:

a) Albuminúria > 30 mg/24 horas ou Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) > 30 mg/g;

b) Hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS);

c) Alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares. Essas alterações e anormalidades resultam de alterações da reabsorção e secreção dos túbulos renais, geralmente secundárias a síndromes incomuns. Essas doenças costumam ser identificadas em pacientes portadores de acidose metabólica de origem tubular (acidose tubular renal), alterações persistentes dos níveis séricos de potássio, alterações na dosagem de eletrólitos urinários, em geral feito por nefrologistas;

d) Alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal. A biópsia renal é utilizada para investigação de anormalidades na função renal de etiologia não esclarecida, em casos de proteinúria ou de suspeita de doenças glomerulares. A

biópsia renal, em geral, é indicada pelo nefrologista. As alterações em qualquer exame de imagem como raios-X simples de abdome, ultrassonografia dos rins e vias urinárias ou tomografia, podem ser utilizadas para identificar pacientes com DRC.

São consideradas alterações nos exames de imagem:

a) rins policísticos;

b) hidronefrose;

c) cicatrizes corticais ou alterações da textura cortical;

d) sinais de doença infiltrativa;

e) estenose da artéria renal.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PARA A DRC NOS PACIENTES SOB O RISCO DE DESENVOLVER A DOENÇA

Prevenção é tratar e controlar os fatores de risco modificáveis: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo, cujo controle e tratamento devem estar de acordo com as normatizações e orientações do Ministério da Saúde. Em relação ao uso de medicamentos, deve-se orientar que o uso crônico de qualquer tipo de medicação deve ser realizado apenas com orientação médica e deve-se ter cuidado específico com agentes com efeito reconhecidamente nefrotóxico.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA PROGRESSÃO DA DRC

Progressão da DRC é entendida como a perda progressiva da função renal, avaliada por meio da TFG. A linha de cuidado para a DRC visa à manutenção da função renal, e quando a progressão é inexorável, a lentificação na velocidade de perda da função renal. A redução progressiva da TFG, como referido acima, está

associada ao declínio paralelo das demais funções renais, portanto com a progressão da DRC é esperado o desenvolvimento de anemia, acidose metabólica e alterações do metabolismo mineral e ósseo. Além disso, há uma relação inversamente proporcional entre a TFG e o risco de morbidade cardiovascular, mortalidade por todas as causas e, especialmente, mortalidade cardiovascular. Por fim, outro desfecho que pode ocorrer em pacientes com DRC é a DRCT, quando há necessidade de uma das TRS (17).

Pacientes com TFG entre 30 e 45 ml/min, quando comparados com aqueles com TFG acima de 60 ml/min, tem aumento no risco de mortalidade de 90% maior e de mortalidade cardiovascular de 110% maior. Quando o desfecho para essa comparação é a DRCT, há um risco 56 vezes maior entre os pacientes com pior TFG (18). Dessa forma, os desfechos clínicos mais temidos da DRC são a doença cardiovascular, a necessidade de TRS e a mortalidade por todas as causas, especialmente a mortalidade cardiovascular. Prevenir a progressão da DRC, utilizando todos os esforços clínicos para a conservação da TFG, tem impacto positivo nesses desfechos e deve ser realizada de acordo com o nível de TFG, conforme o manejo clínico apresentado nestas diretrizes.

DIAGNÓSTICO DA DRC

Os recursos diagnósticos utilizados para identificar o paciente com DRC são a TFG, o exame sumário de urina (EAS) e um exame de imagem, preferencialmente a ultrassonografia dos rins e vias urinárias.

1. Avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG): Para a avaliação da TFG, deve-se evitar o uso da depuração de creatinina medida através da coleta de urina de 24 horas, pelo potencial de erro de coleta, além dos inconvenientes da coleta temporal. Deve-se, portanto, utilizar fórmulas baseadas na creatinina sérica, para estimar a TFG. Recomenda-se o uso de uma das duas fórmulas a seguir (19-20): MDRD

simplificada ou CKD-EPI (quadro 1). Abaixo são apresentadas duas tabelas validadas para a identificação da TFG através do MDRD (21) e duas tabelas validadas para a identificação da TGF através do CKD-EPI (22). A fórmula de Cockcroft-Gault, que foi a mais utilizada no passado para estimar a depuração de creatinina, não é recomendada, porque necessita da correção para a superfície corpórea, além de apresentar vieses na correlação com a TFG. O cálculo da TFG é recomendado para todos os pacientes sob o risco de desenvolver DRC. Todos os pacientes que se encontram no grupo de risco para a DRC devem dosar a creatinina sérica e ter a sua TFG estimada.

2. Alterações parenquimatosas- Exame de urina: as alterações parenquimatosas devem ser pesquisadas através do exame sumário de urina (EAS) ou da pesquisa de albuminúria, que é a presença de albumina na urina. O EAS deve ser feito para todos os pacientes sob o risco de DRC. Nos pacientes diabéticos e hipertensos com EAS mostrando ausência de proteinúria, está indicada a pesquisa de albuminúria em amostra isolada de urina corrigida pela creatininúria, a Relação Albuminúria Creatininúria (RAC). Os valores de referência, bem como a classificação da RAC estão apresentados na tabela 1. Em relação à hematúria, deve-se considerar a hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dimorfismo eritrocitário, identificados no EAS. Análise através de biópsia renal (histologia) ou alterações eletrolíticas características de lesões tubulares renais serão feitas pelo especialista.

3. Avaliação de imagem: deve ser feita para indivíduos com história de DRC familiar, infecção urinária de repetição e doenças urológicas. O exame de imagem preferido é a ultrassonografia dos rins e vias urinárias. Nos indivíduos de risco nos quais a DRC não foi identificada na primeira avaliação, recomenda-se a reavaliação da TFG e do EAS anualmente. Essa avaliação deve ser feita no contexto do cuidado dos pacientes com fatores de risco, na unidade básica de saúde.

Quadro 1. Fórmulas para o cálculo da TFG

MDRD

Taxa de Filtração Glomerular= $175 \times (\text{Creatinina}^{-1,154}) \times (\text{Idade}^{-0,203}) \times A \times B$

Onde:
Valor de A → Negro=1,21, Não Negro=1,0
Valor de B → Mulher=0,742, Homem=1,0

CKD - Epi

Taxa de Filtração Glomerular = $A \times (\text{Creatinina}/B)^{C} \times \text{Idade}^{0,993}$

Onde:
Valor de A → Negros: Mulher = 166, Homem = 163
Não Negros: Mulher=144, Homem=141
Valor de B → Mulher=0,7, Homem=0,9
Valor de C → Creatinina > 0,7 = -1,209
Creatinina ≤ 0,7, Mulher=-0,329, Homem=-0,411

Tabela 1

Categoria	RAC (mg/g)
Normal	<30
Microalbuminúria	30 - 300

ESTÁGIOS DA DRC

Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com DRC, bem como para estimativa de prognóstico, é necessário que, após o diagnóstico, todos os pacientes sejam classificados, de acordo com a tabela 2. Essa classificação tem estreita relação com prognóstico, levando-se em consideração principalmente os principais desfechos da DRC: doença cardiovascular, evolução para TRS e mortalidade (20). Por haver uma relação estreita entre o estágio da DCR com os desfechos, conforme mencionado acima, o cuidado clínico no controle dos fatores de progressão da DRC devem ser sempre intensificados, de acordo com a evolução da DRC. Além disso, a classificação deve ser aplicada para tomada de decisão no que diz respeito ao encaminhamento para os serviços de referências e para o especialista. Para fins de organização do atendimento integral ao paciente com DRC, o tratamento deve ser classificado em conservador, quando nos estágios de 1 a 3, pré-diálise quando 4 e 5-ND (não dialítico) e TRS quando 5-D (diálitico). O tratamento conservador consiste em controlar os fatores de risco para a progressão da DRC, bem como para os eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. A pré-diálise, para fins dessa diretriz, consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para o início da TRS em paciente com DRC em estágios mais avançados. A TRS, como definida anteriormente, é uma das modalidades de substituição da função renal: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal.

Tabela 2

Estágio	TFG (ml/min/1,73 m2)
1	≥ 90
2	60 - 89

3ª	45 - 59
3b	30 - 44
4	15 - 29
5	<15

Seguem protocolos propostos para o serviço NEFRO-PG:

- **PLANO DE SEGURANÇA E MANEJO DO PACIENTE Na NEFRO PG**

De acordo com a classificação de gravidade de cada caso, a nefro PG define o cuidado individual.

A. Estágio 1 – TFG ≥ 90mL/min/1,73m2 na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades de Saúde da Família (USAFA) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG e do EAS deverá ser realizada anualmente. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica se apresentar uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Recomenda se o encaminhamento para atualização do

calendário vacinal, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (PNI/MS). Pacientes com DRC devem ser vacinados precocemente porque a redução da TFG está associada com redução da capacidade de soroconversão.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 1:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

- Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
- Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
- Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA. Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

B. Estágio 2 – TFG ≥ 60 a 89 mL/min/1,73m2 . O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades de Saúde da Família (USAFA) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG, do EAS e da RAC deverá ser realizada anualmente. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica se apresentar uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da

Angiotensina (BRA). Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 2:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo.

Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

- Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
- Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
- Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

C. Estágio 3A – TFG ≥ 45 a 59 mL/min/1,73m2 . O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado nas Unidades de Saúde da Família (USAFA) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada anualmente. A dosagem do potássio sérico justifica-se porque a redução da TFG está associada à redução da capacidade da sua excreção, bem como a hipercalemia associada à IECA ou BRA é mais frequente quanto menor for a TFG. Em relação às alterações do metabolismo mineral e ósseo, menos de 10% desses pacientes apresentam alterações no nível sérico de fósforo e

pouco mais de 20% no PTH sérico. Recomenda-se a dosagem anual do fósforo e do PTH intacto, e havendo alterações nos seus níveis, o caso deve ser discutido com o nefrologista responsável pelo matriciamento da USAFA. Nos casos de pacientes com DRC estágio 3A com RAC > 30 mg/g, essa avaliação deve ser semestral. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 1 g/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

A SPDM dispõe de POPs específico de **Segurança do Paciente - Nefro.**

- **PLANO DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE HEPATITES CRÔNICAS**

Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 3A:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo; 4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG. Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

- Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
- Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
- Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

Estágio 3 B – TFG ≥ 30 a 44 mL/min/1,73m2 . O acompanhamento desses indivíduos deverá ser mantido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. Havendo necessidade, as unidades de atenção especializadas em doença renal crônica poderão matriciar o acompanhamento do paciente nesse estágio da DRC. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 300 mg/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada semestralmente. Os demais exames deverão ser realizados anualmente conforme descrito abaixo: cálcio, fósforo, PTH e Proteínas totais e frações. Em pacientes com diagnóstico de anemia (Hb <13g/Dl, para homens e Hb<12, para mulheres), hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST).

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 3B:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo; 4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG. Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

- Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg
- Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg
- Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA. Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

Estágio 4 – TFG ≥ 15 a 29 mL/min/1,73m2 . O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada trimestralmente, ou de acordo com indicação clínica. Nesse estágio deverá ser realizado o esclarecimento sobre as modalidades de TRS por uma equipe multiprofissional da atenção especializada, com o registro de tal esclarecimento no prontuário. Caso o paciente opte pela hemodiálise como TRS, pode-se encaminhá-lo, após avaliação criteriosa pelo Médico Nefrologista, para confecção de fístula arteriovenosa em serviço de referência quando a TFG for menor do que 20 ml/min. Em casos de pacientes que optarem por diálise peritoneal, esses poderão ser encaminhados, após avaliação criteriosa pelo Médico Nefrologista, juntamente com

seus familiares, para treinamento pela equipe multidisciplinar. Concomitante, os pacientes podem ser encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise

Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação:

a) Trimestralmente: creatinina, úreia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) nos pacientes com anemia e potássio.

b) Semestralmente: PTH, fosfatase alcalina, gasometria venosa ou reserva alcalina, Proteínas totais e frações e RAC.

c) Anualmente: Anti-HBs. Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento. Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 4:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo;

4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG;

5. Redução da ingestão de proteínas para 0,8 g/Kg/dia em adultos, acompanhado de adequada orientação nutricional, devendo-se evitar ingestão maior do que 1,3g/kg/dia nos pacientes que necessitarem, por outra indicação, ingesta acima de 0,8 g/kg/dia;

6. Reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato abaixo de 22 mEq/L na gasometria venosa. Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg

ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg

iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA.

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

Estágio 5-ND (não dialítico) – TFG <15 mL/min/1,73m2 , em paciente que não está em TRS. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente. Nesse estágio deverá ser realizado o treinamento e preparo para a modalidade de TRS escolhida pelo paciente, por uma equipe multiprofissional da atenção especializada. Os exames mínimos realizados devem seguir a seguinte programação:

a) Mensalmente: creatinina, ureia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, potássio.

b) Trimestralmente: Proteínas totais e frações, ferritina, índice de saturação de transferrina (IST), fosfatase alcalina, PTH e gasometria venosa ou reserva alcalina.

c) Semestralmente: vitamina D.

d) Anualmente: anti-Hbs, anti-Hcv, HBsAg, HIV.

Deverá ser realizada sorologia para hepatite B (AgHbs, Anti-HBc IgG e Anti-HBs) no início do acompanhamento.

Recomenda-se o encaminhamento para atualização do calendário vacinal, conforme PNI/MS. Está recomendado para todos os pacientes no estágio 5-ND:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo;

4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a TFG;

5. Redução da ingestão de proteínas para 0,8 g/Kg/dia em adultos, acompanhado de adequada orientação nutricional, devendo-se evitar ingestão maior do que 1,3g/kg/dia nos pacientes que necessitarem, por outra indicação, ingesta acima de 0,8 g/kg/dia;

6. Reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato abaixo de 22 mEq/L na gasometria venosa. Para o controle da hipertensão os alvos devem ser os seguintes:

i. Não diabéticos e com RAC < 30: PA < 140/90 mmHg

ii. Diabéticos e com RAC > 30: PA ≤ 130/80 mmHg

iii. Todos os pacientes diabéticos e/ou com RAC ≥ 30 devem utilizar IECA ou BRA

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

Estágio 5-D (em diálise) – deve-se indicar TRS para pacientes com TFG inferior a 10 mL/min/1,73m2 .

Em pacientes diabéticos e com idade inferior à 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que 15 mL/min/1,73m2 . Em todas essas situações, deve-se respeitar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente. A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. Antes do inídio da TRS é recomendado que o paciente assine um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida e esse termo deve ser anexado ao prontuário. O acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para mortalidade cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente.

Está recomendado para todos os pacientes no estágio 5-D:

1. Diminuir a ingestão de sódio (menor que 2 g/dia) correspondente a 5 g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado;

2. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de 30 minutos 5x por semana para manter IMC < 25;

3. Abandono do tabagismo;

4. Correção da dose de medicações como antibióticos e antivirais de acordo com a modalidade de diálise;

5. Adequação da ingesta de proteínas de acordo com o estado nutricional, avaliação da hiperfosfatemia e da adequação da diálise.

Para o controle da hipertensão o alvo deve ser PA < 140/90 mmHg .

Para pacientes diabéticos, deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7%.

Estágio 5-D em Hemodiálise:

Os exames mínimos realizados para pacientes em hemodiálise devem seguir a seguinte programação:

a) Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, ureia pré e pós a sessão de hemodiálise, sódio, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano.

i. Quando houver elevação de TGP deve-se solicitar: AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV.

ii. A complementação diagnóstica e terapêutica nos casos de diagnóstico de hepatite viral deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados.

b) Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos.

c) Semestralmente: Vitamina D e AntiHBs. Para pacientes susceptíveis, definidos como AntiHBC total ou IgG, AgHBs ou AntiHCV inicialmente negativos, fazer AgHbs e AntiHCV.

d) Anualmente: Colesterol total e frações, triglicérides, alumínio sérico, glicemia, TSH, T4, dosagem de anticorpos para HIV, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.

e) Exames eventuais: hemocultura na suspeita de infecção da corrente sanguínea e teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio.

Estágio 5-D em Diálise Peritoneal: Deve-se destacar que menos de 10% dos pacientes com DRCT terá contra indicação para realizar a diálise peritoneal.

No quadro 2 estão apresentadas as potenciais contraindicações para esta modalidade.

Para os pacientes que optarem pela diálise peritoneal, recomenda-se uma visita domiciliar para avaliação da adequação ambiental para realização do procedimento.

Os exames mínimos realizados para pacientes em diálise peritoneal devem seguir a seguinte programação:

a) Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, sódio, potássio, cálcio, fósforo, creatinina e glicemia para pacientes diabéticos.

b) Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, glicemia, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos.

c) Semestralmente: Vitamina D, Colesterol total e frações, triglicérides. Realizar o KT/V semanal de uréia, através da dosagem da uréia sérica e no líquido de diálise peritoneal. Para pacientes que apresentam função renal residual, realizar depuração de creatinina, através da coleta de urina de 24 horas e depuração de uréia, através de coleta de urina de 24 horas.

d) Anualmente: alumínio sérico, TSH, T4, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma.

e) Exames eventuais: teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio; na suspeita de peritonite, análise do líquido peritoneal com contagem total e diferencial de leucócitos, bacterioscopia por gram e cultura; teste de equilíbrio peritoneal, no início do tratamento e repetir nos casos de redução de ultrafiltração e/ou inadequação de diálise. Para o teste de equilíbrio peritoneal é necessário realizar uma dosagem sérica de creatinina e duas dosagens de creatinina no líquido peritoneal, em tempos diferentes, e três dosagens de glicose no líquido peritoneal, em tempos diferentes. As unidades de atenção especializada em DRC devem assegurar aos pacientes os antimicrobianos para o tratamento de peritonite e infecções relacionadas ao uso de

cateteres, desde que as condições clínicas do paciente permitam que essas infecções sejam tratadas a nível ambulatorial.

Quadro 2 - Contra indicações para diálise peritoneal

Absolutas	Perda comprovada da função peritoneal ou múltiplas adesões peritoneais. Incapacidade física ou mental para a execução do método. Condições cirúrgicas não corrigíveis (grandes hérnias inguinais, incisionais ou umbilical), onfalocele, gastrosquise (malformação da parede abdominal, com extrusão de vísceras abdominais), hérnia diafragmática, extrofia vesical
Relativas	Presença de próteses vasculares abdominais há menos de 4 meses. Presença de derivações ventrículo-peritoneais recentes. Episódios frequentes de diverticulite. 24 Doença inflamatória ou isquêmica intestinal. Intolerância à infusão de volume necessário para a adequação dialítica

Obedecendo tais diretrizes, a SPDM administra o serviço de hemodiálise instalado na Nefro PG, gerenciando o fluxo dos pacientes oriundos da rede que necessitarão de hemodiálise.

Após avaliação clínica em suas unidades de referência, os pacientes serão encaminhados ao ambulatório Nefro PG, onde serão acompanhados durante o procedimento conforme agenda pré estabelecida.

As sessões serão realizadas conforme cronograma definido a cada caso, obedecendo aos critérios clínicos de gravidade.

Serão acolhidos e examinados no dia da realização do procedimento, e uma vez terminado, após reavaliação serão liberados e novo agendamento será feito.

Aa SPDM dispõe de Procedimento Operacional Padrão (POP) desenvolvido para hemodiálise em pacientes anti HCV Reagente anti HBSAg Reagente.

- **PLANO DE CUIDADO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO DO SERVIÇO DE DIÁLISE DO NEFRO PG**

A Terapia Renal Substitutiva para os pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) pode será realizada por hemodiálise (HD) ou por diálise peritoneal (DP), cada uma delas com suas indicações e restrições.

Durante uma sessão de hemodiálise o paciente é exposto a altos volumes de água tratada, para filtragem do sangue, através de membrada semipermeável. Portanto a qualidade da água é vital para a realização deste processo.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n0 11 de 13 de março de 2014 dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise e atualiza a RDC 154 descrevendo responsabilidades, parâmetros e ações necessárias para a garantia da qualidade da água tratada para hemodiálise

A Nefro PG, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia conta com sistema de tratamento de água para HD por osmose reversa, que oferece água de melhor qualidade; composto por várias colunas em série, uma de areia de vários tamanhos de grãos, uma de carvão e uma de abrandador; a água é transferida de um compartimento para outro através da diferença de pressão hidrostática e osmótica, utilizando uma membrana semipermeável; retêm 90 a 99% de elementos minerais e 95 a 99% dos elementos orgânicos.

Para desinfecção do reservatório é utilizado hipoclorito a 0,1%, seguido de enxágue até que o teste residual para o produto apresente resultado negativo. A periodicidade deve ser mensal.

Como visão geral do Controle de Qualidade da Água Para Hemodiálise, haverá um cuidado sobre os principais contaminantes:

- Alumínio: é adotado, por muitos sistemas municipais de tratamento de água, como agente floculador, removendo partículas suspensas incapazes de serem filtradas;
- Cloramina: evita a proliferação bacteriana na água;
- Fluoreto: no Brasil, é adicionada à água para evitar a deterioração dos dentes;
- Cobre e Zinco: podem estar presentes na água por sua eliminação de canos e equipamentos constituídos ou compostos por esses elementos;
- Bactérias e Endotoxinas: uma vez que as substâncias adicionadas ao abastecimento de água para prevenir a proliferação bacteriana são removidas pelo sistema de purificação da água do aparelho de diálise, aumenta a susceptibilidade de contaminação microbiológica por bactérias e endotoxinas.

A SPDM conta elaborou proposta específica de de **plano de gerenciamento do sistema de tratamento de água** (STDAH).

- **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

A vigilância epidemiológica mostra-se de extrema importância em nossa sociedade, sendo caracterizada pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Na atualidade a vigilância epidemiológica configura-se como um componente das ações da Vigilância em Saúde, diretriz operacional

estabelecida pelo Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Entre diversas atividades a Vigilância epidemiológica realiza o controle das doenças e agravos constantes da Lista de Notificação Compulsória, definida pela Portaria número 217, de 1 de março de 2023.

Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de vigilância epidemiológica, compreendendo o conjunto das funções mencionadas. Quanto mais eficientemente essas funções forem realizadas no nível local, maior será a oportunidade com que as ações de controle tenderão a ser desencadeadas.

Além da importância das ações de Vigilância Epidemiológica nos serviços de saúde de uma forma geral, nos serviços de diálise deve-se considerar ainda as especificidades dos pacientes acompanhados, como o comprometimento imunológico e uso de punções e cateteres aumentando a morbidade e mortalidade, tornando-se ainda mais importante conhecer o perfil epidemiológico para contribuir na prevenção e controle das infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Isso considerando, o Nefro – PG estará organizada para desenvolver as ações e monitoramentos relacionados à Vigilância Epidemiológica.

A vigilância epidemiológica em serviços de diálise tem como objetivo determinar o perfil epidemiológico das infecções; identificar surtos de doenças precocemente, consolidar, analisar, discutir e divulgar os dados encontrados e dar suporte às atividades de educação e implementação de medidas de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

A Anvisa define em Nota Técnica n. 06/2017 os seguintes indicadores para serem monitorados em hemodiálise:

•Taxa de hospitalização de paciente em Hemodiálise (HD);

•Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC) não tunelizado por mais de 3 meses;

•Taxa de soroconversão para Hepatite C;

•Taxa de mortalidade de paciente em HD;

•Infecção do acesso vascular (IAV) associada a: o cateter temporário/não tunelizado; o cateter permanente/tunelizado; o fístula arteriovenosa.

•Bacteremia associada a: o cateter temporário/não tunelizado; o cateter permanente/tunelizado; o fístula arteriovenosa.

•Taxa de tratamento com vancomicina em pacientes em hemodiálise;

•Taxa de microrganismos específicos isolados em hemoculturas de paciente com bacteremia.

Ainda considerando a nota técnica da Anvisa anteriormente citada, todo o serviço de diálise que realizam tratamento dialítico em pacientes com insuficiência renal crônica deverá estar cadastrado no Formulário de Cadastro Nacional para Serviços de Diálise, após este cadastro, o serviço deverá notificar os indicadores de notificação nacional obrigatória apresentados acima, até o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio de preenchimento de formulário eletrônico específico.

Estes dados subsidiarão discussões e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde no serviço.

- **ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – NEFRO PG**

A unidade de Nefrologia Praia Grande conta com equipe de farmácia/almoxarifado sendo subordinada a Coordenação Farmacêutica do Complexo Hospitalar (CHID).

Embora a RDC de 13 de maio de 2014, que dispõe sobre a composição da equipe mínima para o funcionamento de Unidade Especializada em DRC não mencione o profissional farmacêutico, a Resolução Nº 500, de 19 de janeiro de 2009 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito dos Serviços de Diálise, de natureza pública ou privada.

Desse modo, o profissional farmacêutico pode ser inserido para desempenhar várias atribuições nessa especialidade e contribuir junto à equipe multidisciplinar. Propõe-se dar continuidade a esta estrutura no serviço.

Entre as atribuições do farmacêutico estão:

•Acompanhamento dos procedimentos relacionados ao tratamento de água e do dialisado (monitoramento e garantia da qualidade):

•Participação em auditorias; Realização de treinamentos para a equipe (principalmente no que diz respeito à diluição, administração, conservação de medicamentos);

•Supervisão de estoques de medicamentos nas salas de diálise; Solicitação de medicamentos à Farmácia Hospitalar; Controle de medicamentos em carros de emergência, dispensação de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes;

•Participação em comissões do Complexo CHID;

•Participação em estudos de casos da equipe multiprofissional;

•Elaboração de palestras em salas de espera visando a segurança do paciente nefro;

•Participação em ambulatórios;

•Realização de intervenções farmacêuticas importantes;

•Prestação de informações sobre uso seguro de medicamentos quando solicitado;

- **SAME – NEFRO PG**

O serviço manterá prontuário dos pacientes em acompanhamento, registrando todas as informações sobre o tratamento dialítico e sua evolução. Os registros serão realizados eletronicamente, e após serem impressos, assinados e carimbados, serão organizados cronologicamente. Em conformidade com a legislação vigente, o serviço de diálise deve manter permanentemente anexos aos prontuários os laudos dos exames realizados e os indicadores da eficiência dialítica. Ao final de cada período, os prontuários dos pacientes serão encaminhados para faturamento e arquivamento em SAME, organizados por número de prontuário e ano de abertura. Após a alta do paciente, os prontuários permanecerão na unidade por um período previamente definido, sendo posteriormente encaminhados para o serviço externo de arquivamento.

Por fim, dada a implantação do uso da assinatura digital por parte dos profissionais ao longo da vigência do contrato de gestão em todos os serviços de saúde do complexo hospitalar Irmã Dulce, haverá ampla discussão para revisão dos fluxos e revisão dos POPS já instituídos.

2.2.3 A UPA 24 HORAS DOUTOR CHARLES ANTUNES BECHARA

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), habilitada e qualificada como opção VIII atendendo o Art. 24 da Portaria Nº 10 de 3 de Janeiro de 2017, com mais de (10.125) atendimentos médicos/mês que fica localizada no bairro do Samambaia inaugurada em 30 de junho de 2012, projetada para unidade de pronto atendimento porte III, a UPA Dr. Charles Antunes Bechara funciona 24 horas para atender pequenas e médias urgências de pacientes de Praia Grande e região, em Clínica

Médica, Pediatria e Odontologia, além de laboratório de análises clínicas e serviço de radiologia. A unidade fica na esquina das avenidas Marginal e Corretor de Imóveis na altura do KM 292 da Rodovia Padre Manuel da Nóbrega, tem 3.700metros quadrados, o amplo espaço físico e o aparelhamento previsto deverão tornar a UPA a maior e mais bem equipada unidade do tipo no País, como custeio de quase total parte do Governo Municipal.

A unidade compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, (RUE) com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS) para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento.

Conta com sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) adulto e infantil, recepção, sala de apoio ao atendimento ao paciente, consultórios médicos, sala de reuniões, observação pediátrica, observação adulta, sala de medicação/inalação adulta, sala de medicação/inalação infantil, sanitários masculinos e femininos para funcionários, sanitários unissex para pacientes, sanitário unissex para pacientes com acessibilidade, fraldário, sala de eletrocardiograma e procedimentos, refeitório, almoxarifado/farmácia, sala de administração, sala do serviço social, sala de coordenação de enfermagem, área de esterilização nível 1, expurgo, DML, depósito de materiais inservíveis, sala de sala de emergência, sala de coleta de exames laboratoriais, quarto individual , sala de radiologia, conforto médico, rouparia, vestiários, abrigo de lixo comum e infectante.

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Mapa de Leitos – POR DISTRIBUIÇÃO DE LOCALIZAÇÃO

UPA	
Observação masculina	7
Observação feminina	7
Observação pediátrica	4
Emergência	6
Isolamento	2
Total	**26**

O gerenciamento, operacionalização e execução das ações de saúde da SPDM serão norteados pela SESAP (Secretaria de Saúde Pública Praia Grande), segundo as modalidades de atenção que assegure assistência universal e gratuita à população.

Todas as atividades estão organizadas para o alcance das metas estabelecidas.

O processo de trabalho desenvolvido pela SPDM é estruturado e estabelecido em um projeto comum ampliando o acesso com qualidade e a integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Neste contexto o processo de trabalho é pautado:

✓ Na organização do sistema de saúde por meio do conhecimento da territorialização e o perfil da população;

✓ Humanização dos serviços e comunicação nas ações integradas entre os níveis de atenção do sistema de saúde para assegurar a continuidade da assistência prestada à população;

✓ Acesso com qualidade visando a organização e funcionamento dos serviços por meio do acolhimento e escuta, além da resolutividade;

✓ Articulação com os demais setores da sociedade visando a intersetorialidade na perspectiva da atenção integral das áreas temáticas articuladas com a Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde (RENASES) e

✓ Na vigilância à saúde e nos diferentes momentos do processo saúde-doença, buscando a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades, acidentes, atenção curativa e reabilitadora, com a finalidade de adequar o atendimento às necessidades de saúde da população.

✓ Articulação com todos os Programa de Atenção estabelecidos pela SMS.

Com o propósito de viabilizar e qualificar o processo assistencial próprio de cada equipamento de saúde bem como integrá-los a RAS local, a SPDM prevê a atuação de uma equipe técnica de supervisão que mantém contato permanente com as equipes profissionais e diversas instâncias da SESAP com a finalidade de promover:

- Interface técnico assistencial e administrativa inerentes ao processo de co-gestão;

- Desenvolvimento dos conceitos e da operacionalização próprios de cada serviço que integra a RAS local e regional;

- Acompanhamento do Planejamento Estratégico Situacional de cada serviço integrante da RAS;

- Identificação de necessidade de ações de Educação Permanente/Continuada desenvolvidas pela SPDM e/ou gestor municipal, com vistas à superação de limitações técnicas e aos padrões previstos;

- Planejamento da infraestrutura física e operacional dos equipamentos de saúde, desde a elaboração dos Planos de Trabalho, execução e acompanhamento das fases de implantação, supervisão dos processos de trabalho e apoio técnico às atividades relacionadas;

- Monitoramento das movimentações administrativas relacionadas aos recursos humanos existentes nos diversos serviços;

- Elaboração/Acompanhamento de projetos assistenciais ou mudança de layout/adequação de fluxo e manutenção predial dos equipamentos de saúde;

- Análise e acompanhamento dos processos judiciais, veracidade de atestados, declarações de comparecimento e ouvidorias;

- Acompanhamento e avaliação do desempenho dos funcionários, visando desenvolver e reter os talentos da organização, proporcionando evolução na carreira profissional,

- Mediação de conflitos, do restabelecimento das condições adequadas de trabalho e

- Promoção da humanização e integração das equipes de trabalho, proporcionando clima organizacional favorável e saudável no ambiente de trabalho.

A SPDM constituiu o colegiado composto pelas áreas temáticas de Enfermagem, Farmácia e Médica, entre outros, visando o acompanhamento dos serviços e o apoio ao processo de trabalho dos profissionais de saúde.

As áreas temáticas visam facilitar o cotidiano dos profissionais de maneira ética e adequada possibilitando a tomada de decisão racional e atenta aos problemas enfrentados, para o alcance dos resultados referente à melhoria do processo de trabalho, condições de saúde da população e do desempenho dos serviços prestados.

As ações desenvolvidas pelas áreas temáticas proporcionam aprimoramento da assistência em saúde, por meio do conhecimento dos princípios, estratégias e práticas propostas pelos programas que norteiam a assistência à saúde em consonância com a gestão local; viabilizando seu crescimento técnico e profissional a partir da sua experiência e reflexão em sua prática diária de atuação. O acompanhamento das atividades propostas pelas áreas temáticas será realizado

continuamente pelos técnicos da SPDM e compartilhada com as equipes da assistência.

Serão considerados atendimentos de Urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelas Unidades de Pronto Atendimento às pessoas que procurem tal atendimento, de forma espontânea ou encaminhada pelo SAMU, CBMCE.

O Atendimento em Urgência/Emergência ocorrerá a partir do acolhimento do usuário por classificação de risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso conforme protocolo pré-estabelecido, e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do Programa Nacional de Humanização.

No caso de a assistência prestada ser em regime de Urgência o usuário deverá permanecer em regime de observação (leitos de observação) por um período de até 24 horas, findo o qual, o paciente deverá ser removido para os serviços de referência.

Seguem abaixo as principais ações assistenciais que devem ser desenvolvidas nas Unidades:

O processo assistencial será realizado conforme definido pela Secretaria Municipal de Saúde da Praia Grande, de acordo com os protocolos institucionais da SPDM e respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde:

✓ Assistência/consulta médica nas seguintes especialidades: clínica geral, pediatria, serviço de enfermagem e serviço social;

✓ Todos os procedimentos intrínsecos à consulta deverão ser realizados pelos profissionais envolvidos respeitando-se as diretrizes dos diferentes Conselhos de Classe;

✓ Nos casos de demanda de Urgência, a ordem de atendimento será determinada pela Classificação de Risco;

✓ Assistência/Consulta de Enfermagem: tem como finalidade assistir o paciente em suas necessidades biopsicossociais, tratar a queixa principal e minimizar o sofrimento,

coordenar e organizar o fluxo de atendimento, buscando oferecer uma assistência de qualidade e humanizada;

✓ Assistência Farmacêutica: engloba o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o uso racional;

✓ Assistência Social: compreender as necessidades sociais do usuário em atendimento no serviço, na sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele, articulando com outras instituições que atenda a realidade social dos usuários numa perspectiva de acesso aos direitos sociais;

✓ Vigilância em Saúde: Notificar e acompanhar os agravos e eventos de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria GM/MS 1378/2013 e considerando os fluxos estabelecidos pela SMS;

✓ Participará do sistema municipal, que buscará atender, dentro da região de abrangência todo enfermo dentro de sua complexidade;

✓ Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR): tratar com postura acolhedora todos os usuários que buscarem o serviço, identificando o risco, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre o acesso e encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário;

✓ Sala de Emergência: a sala de emergência deve ter capacidade de atendimento de paciente crítico, e ser provida de pessoal, equipamentos, materiais, medicamentos e insumos necessários à demanda de assistência a ser prestada;

✓ Leitos para Observação: contará com leitos de observação adulto e pediátrico, nos quais o paciente deve permanecer para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica. Se houver necessidade de maior tempo de permanência, este deve ser

transferido para um dos hospitais de referência definidos pelo SIRESP. O leito de observação deve oferecer privacidade ao paciente durante a sua permanência. Devem ser previstos recursos para higienização das mãos destinados aos pacientes e eventuais acompanhantes dentro das salas de observação e em local de fácil acesso, visando minimizar os riscos de contaminação;

✓ Procedimentos: medicações, inalações/nebulizações, suturas, curativos, exames de pacientes em atendimento.

- **ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

A SPDM tem a missão de promover ações de saúde, integrada com a gestão pública, em benefício da população de forma ética, humanizada com compromisso social e qualidade técnica.

Para consolidar um modelo de assistência à saúde, na perspectiva da universalidade ao acesso, equidade e integralidade da assistência que consiga responder as necessidades em saúde da população, a o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Adulto e Infantil, tem com o objetivo instrumentalizar e orientar o processo de trabalho nos serviços de demanda não agendada.

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como meta implantar uma assistência com qualidade e vinculo, ampliando o acesso dos usuários ao SUS.

Proposta de funcionamento do serviço de Acolhimento e Classificação de Risco

Acolhimento e Classificação de Risco, constituindo equipe necessária a sistemática de trabalho e horário de funcionamento.

O Ministério da Saúde vem implantando o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco desde 2004 nos serviços de pronto socorro e pronto atendimento. O acolhimento com classificação de risco inicia-se na recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, suas preocupações, angústias, e garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Neste contexto o acolhimento deve estar presente no cotidiano das práticas de saúde e concretiza-se por escuta qualificada e a capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço.

Entre as tecnologias que vêm sendo desenvolvido, o acolhimento com classificação de risco tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos projetos terapêuticos singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

A estratégia de implantação da sistemática do acolhimento com classificação de risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo à resinificar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois a produção de saúde é necessariamente um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento

dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Este processo contribui para a promoção da cultura de solidariedade e da paz, para a legitimação do sistema público de saúde e favorece a aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública.

Diante de tal necessidade o acolhimento com classificação de risco configura-se como intervenção decisiva na reorganização da rede e na realização da promoção da saúde. A classificação de risco é um processo dinâmico e de identificação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Os objetivos do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde são:

✓ Melhorar acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma burocrática de entrada, por meio de filas e ordem de chegada;

✓ Humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários, por meio de escuta dos usuários em seus problemas e demandas;

✓ Estimular abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;

✓ Promover trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais;

✓ Orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados e complexidade do problema;

✓ Aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários, por meio de confiança entre eles;

✓ Operacionalizar clínica ampliada, ou seja, uma abordagem do usuário para além da doença e suas queixas;

As diretrizes específicas para os serviços de urgência e emergência devem atender: o acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de risco, prover o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários, por meio do acesso referenciado aos demais níveis de assistência; aumentar a resolução da urgência e emergência comprometendo-se com a referência e a contra referência e definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias que respeitem as diferenças e as necessidades do sujeito.

Para os serviços de urgência e emergência a SPDM adotará como estratégia para a implantação do acolhimento com classificação de risco, por meio de cursos e oficinas de intervenção, discussões e troca de vivências dos processos de trabalho no cotidiano, com base nas diretrizes e nos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), estimulando mudança no trabalho e produção de saúde. As ações abaixo relacionadas auxiliarão o enfrentamento dos desafios da implementação do acolhimento com classificação de risco:

Estabelecer fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;

1. Sensibilizar os empregados por meio de oficinas com objetivo de discutir e construir ações com a equipe multiprofissional;
2. Adequar à logística das áreas de atendimento básico, área de emergência e de pronto atendimento;
3. Avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias na atenção às urgências, subordinadas às estruturas de articulação e gestão;
4. Relacionar-se com a rede de atenção a assistência como garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra referência;
5. Analisar sistematicamente os indicadores buscando construir um quadro descritivo detalhado da atenção às urgências, para subsidiar ações intersetoriais;

6. Monitorar e avaliar as metas de implementação de ações e de efeitos esperados, seguindo as diretrizes da PNH.

- **PROCESSOS ASSISTENCIAL**

O processo assistencial da UPA é apoiado e acompanhado com objetivo de:

o Implementar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, de acordo com a política de saúde do Gestor Municipal;

o Apoiar acolhimento com escuta, avaliar necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências e emergências;

o Estimular ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

o Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, como a participação coletiva nos processos de gestão;

o Valorizar a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, considerando as necessidades sociais e organização do serviço;

o Participar do planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações das equipes, das Unidades do Município visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento que considere as necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

o Estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, com vistas à atenção integral;

o Detecção e encaminhamento para controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infectocontagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas com o trabalho e o meio ambiente, direcionando para as unidades de referência.

As ações assistenciais desenvolvidas na UPA, deverá utilizar dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), como o Acolhimento, que visando interferir nos diferentes momentos do processo saúde-doença, orientam a demanda e organizam o serviço, possibilitando o acesso e o atendimento adequado e com qualidade à população. Seguem abaixo as principais ações assistenciais que devem ser desenvolvidas:

Outro papel importante da UPA é a Comunicação em Saúde, através da disponibilização de informações sobre o seu funcionamento de maneira clara e acessível aos usuários. Uma das ferramentas utilizadas é o painel de monitoramento, disposto em local de fácil acesso à população com informações atualizadas contendo: horário de funcionamento da Unidade, relação nominal dos profissionais, categoria, conselho de classe e horário de trabalho; oferta dos serviços, reuniões do conselho gestor, comunidade e grupos educativos com data, horários e local; dados de produção com informações de saúde e endereço e telefone do Serviço de Ouvidoria do Município e Ministério da Saúde.

As práticas de saúde adotadas pelas Unidades consideram a humanização e a integralidade do cuidado contribuindo para a intervenção nos diferentes momentos do processo saúde-doença, orientando a demanda e a organização do serviço, possibilitando o acesso e o atendimento com qualidade à população na perspectiva da efetivação da Rede de Atenção a Saúde.

A UPA oferecerá ininterruptamente nas 24 horas os serviços assistenciais a seguir:

a) Acesso, acolhimento, assistência e a manutenção do paciente sob observação amarela ou vermelha, para a estabilização do paciente grave, bem como cuidados de alta complexidade, até seu direcionamento para leito de internação;

b) Aferição dos seguintes sinais vitais: temperatura, pressão arterial, pulso, respiração e glicemia capilar;

c) Coleta de exames laboratoriais e ECG;

d) Administração de medicamentos orais e injetáveis;

e) Oxigenioterapia;

f) Inalação/nebulização;

g) Terapia de reidratação oral e hidratação intravenosa;

h) Curativo, retirada de pontos, bem como suturas simples e drenagem de abscesso;

i) Notificação de agravos e eventos de notificação compulsória, segundo Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde;

j) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);

k) Leitos para observação e quarto individual;

l) Leitos para estabilização;

n) Serviço de Assistência Social;

o) Atendimento Odontológico de urgência

p) Acolhimento com Classificação de Risco;

q) Assistência Farmacêutica, com dispensação de medicamentos;

r) Alimentação e Nutrição Parenteral;

s) Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;

t) Incentivo a participação e controle social;

u) Atuação junto a SESAP na implementação da organização territorial das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades das populações;

v) Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

As atividades assistenciais seguem os protocolos clínicos e as diretrizes para o tratamento das patologias e garantem a prescrição segura e eficaz. Considerando a importância dos protocolos clínicos para a qualidade do atendimento a UPA utilizará aqueles definidos pelo Ministério da Saúde e processo assistencial obedecerá a Política de Atenção às Urgências, Portaria GM nº 2.048 de 2002 e nº 104 de 2014 e demais portarias do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Nos temas em que não houver protocolos do Município, serão adaptados aqueles sugeridos pela SPDM após apresentação e autorização da SMS.

A gestão clínica é baseada em resultados com aplicação de tecnologias assegurando os padrões clínicos e eficiência para melhoria da qualidade da atenção à saúde e gestão de caso.

Aliando-se a lógica assistencial de atenção as urgências e atenção á saúde, a gestão clinica visa a qualificação do cuidado, a organização dos fluxos, processos de trabalho e auditoria clínica.

Para consolidação da Rede Atenção à Saúde (RAS), articulação, integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, faz se necessário a utilização de sistemas logísticos e de tecnologia da informação que possibilitam conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais que orientem a tomada de decisão.

A UPA com seu potencial técnico e assistencial acolhe, estabiliza, mantém estáveis e garante a continuidade à assistência, dentro da lógica prioritária de inovações tecnológicas, os pacientes com quadros agudos graves ou não, que tenham apresentado instabilidade clínica.

Os pacientes assistidos nos leitos de observação vermelhos ou amarelos, permanecem por período de tempo necessário à resolução de seu quadro agudo inicial.

A regulação de sua internação eletiva em leito hospitalar de enfermaria, terapia intensiva ou sua regulação em vaga zero para o tratamento definitivo de seu agravo agudo inicial seguirá da UPA para continuidade da assistência, quer seja de urgência, quer seja eletiva, por meio da organização das linhas de cuidado, em qualquer nível de atenção da rede, será regulada pela Central de Regulação/SIRESP.

- **PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

A SPDM implantará em todos os serviços de sua gestão o Núcleo de Segurança do Paciente e a Comissão de Gestão de Risco que tem um papel fundamental na prevenção e gestão de possibilidades de ocorrências em virtude de potenciais e efetivos riscos de cada processo.

Para o estabelecimento das ações da Comissão de Gestão de Riscos inicialmente é necessária a realização do mapeamento de 100% dos processos administrativos, assistenciais, técnicos e de apoio, e todos os demais processos que compõem a estrutura do Hospital e no Pronto Atendimento.

Para fins de entendimento a Gestão de Risco não se resume ou se identifica somente com *escopo de segurança do trabalho*, essa atividade é um dos escopos analisados pela Gestão de Riscos, o risco é verificado no recebimento (entrada), na

realização da atividade e na saída (resultado da atividade) de todos os processos, independentemente de sua classificação, ou seja, assistencial, administrativo etc.

É necessário efetuar o Mapeamento dos processos para disponibilizar as informações para a Comissão de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente/Cliente, com base nestas informações a Comissão efetuará as avaliações de presença de ricos.

- **PROCEDIMENTOS**

As UPAs ofertarão os serviços de saúde pautada por manuais, protocolos, cadernos temáticos, carteira de serviços a fim de obter resultados ao atendimento realizado pelas equipes profissionais.

Rotina dos Procedimentos:

a. Sala de Sutura

A sala de sutura é organizada e limpa, conforme as normas previstas pela SMS, e a equipe de saúde deverá realizar/acompanhar as seguintes atividades:

- Limpeza da sala (concorrente e terminal);
- Utilização dos equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Manter o controle dos materiais diariamente;
- O processo de desinfecção e esterilização que deve estar de acordo com o manual de desinfecção de esterilização da SMS;
- O registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário;

- Registrar o total de procedimentos realizados na Unidade no Sistema de Informação.

b. Sala de Procedimentos: Medicação, Teste Imunológico de Gravidez, Verificação da Pressão Arterial, Glicemia Capilar e Verificação da Temperatura

A sala para realização de procedimentos habitualmente contempla o espaço para observação dos usuários, a mesma deverá estar organizada e limpa, conforme as normas previstas pela SMS, e a equipe de saúde deverá realizar/acompanhar as seguintes atividades:

- Limpeza da sala (concorrente e terminal);
- Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Controle de medicamentos e materiais para atendimento de emergência/urgência e conferência do funcionamento do desfibrilador com registro em documento próprio;
- Estabelecimento do fluxo de abastecimento de medicação para salas assistenciais integradas com a farmácia;
- Manutenção do estoque mínimo das medicações utilizadas diariamente para as demandas pontuais internas da sala, com exceção dos medicamentos de controle especial;
- Registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário;
- Consolidado de procedimentos realizados e registro no Sistema de Informação;
- Acesso universal ao Teste Imunológico de Gravidez deve ser garantido durante todo horário de funcionamento da Unidade.

c. Sala de Inalação/Nebulização

A sala de inalação segue as normas e protocolos da SMS, e a equipe de saúde deverá realizar e acompanhar as atividades:

● Limpeza da sala (concorrente e terminal);

● Utilização dos equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

● Processo de desinfecção e esterilização de acordo com o Manual de desinfecção dos materiais da SMS;

● Registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário;

● Os procedimentos realizados na Unidade são registrados no Sistema de Informação.

d. Sala de curativo

A sala de curativo funcionará 24 h para atendimento de pacientes em demanda espontânea e receberá previamente agenda das Unidades Básicas de Saúde para realização de curativo eletivo aos sábados, domingos e feriados.

• Deve ser organizada e limpa conforme as normas da SMS e as normas e protocolos do Município, e a equipe de saúde deverá realizar e acompanhar as atividades:

● Limpeza da sala (concorrente e terminal);

● Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

● Estabelecimento do fluxo de abastecimento de coberturas para salas assistenciais integradas com a farmácia;

● Processo de desinfecção e esterilização de acordo com o Manual de desinfecção dos materiais da SMS;

• Registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário.

e. Observação Clínica

Sala de Observação Adulto e infantil

Destina-se ao atendimento de pacientes que necessitam permanecer em observação.

Responsáveis pela ação: Enfermeiro/Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.

A equipe de enfermagem deverá se responsabilizar por:

• Receber o paciente;

• Identificar o paciente;

• Realizar o preenchimento do censo digital caso se aplique na unidade;

• Realizar o controle dos sinais vitais (T, P, FR e PA) na admissão e pelo menos uma vez a cada seis horas e sempre que necessário;

• Prestar assistência ao paciente, executando os procedimentos prescritos pelo médico;

• Preparar e administrar os medicamentos prescritos, observando os efeitos;

• Prestar cuidados de enfermagem conforme a prescrição de enfermagem;

• Observar as alterações de sinais vitais, nível de consciência e outros, avisar o médico e enfermeiro;

• Preparar o leito do paciente para repouso;

• Conferir e controlar os matérias/equipamentos;

- Repor os medicamentos e materiais antes do término do plantão e quando necessário;
- Receber e passar plantão.

f. Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico e Exames Complementares

Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de Urgência e Emergência. Serão disponibilizados os exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiograma.

Compete a UPA sempre acolher os usuários e seus familiares; trabalharem de forma articulada com a REDE de Atenção Básica, SAMU 192, Hospitais de referência, apoio diagnóstico e terapêutico, construindo fluxos de referência e contra referência, regulados pelo SIRESP. Deve ser resolutiva para atender quadros agudos e ou crônicos agudizados, prestar o primeiro atendimento nas urgências visando à estabilização dos casos e avaliando a necessidade do encaminhamento para hospitalização. Alguns pacientes podem permanecer em observação até 24 horas e receberem alta ou serem referenciados para outra unidade. Deve-se trabalhar com classificação de risco atendendo os pacientes mais graves, com risco de morte.

g. Sala de Eletrocardiograma (ECG)

Destina-se ao atendimento de pacientes que necessitem de exame diagnóstico para detectar arritmias, patológicas coronarianas, infarto agudo do miocárdio, entre outros.

Responsáveis pela ação: Enfermeiro/Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.

Ao profissional escalado compete:

- Manter a ordem e limpeza durante o plantão;
- Repor materiais ao término do plantão e sempre que necessário;
- Receber e passar plantão.

h. Quadro individual

Destina-se ao atendimento de pacientes que necessitem de atendimento individualizado.

Responsáveis pela ação: Enfermeiro/Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.

Ao profissional escalado compete:

- Deixar somente os objetos e materiais necessários para o atendimento;
- Receber o paciente;
- Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Prestar assistência e cuidados de enfermagem;
- Identificar na entrada no quarto qual o tipo de precaução.
- Após cada procedimento, conferir o instrumental e encaminhar ao expurgo;
- Receber e passar plantão.

i. Sala de Emergência:

A sala de emergência é constituída de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento do paciente em situação de urgência ou emergência médicas.

Responsáveis pela sala: Equipe Multidisciplinar.

Padronização dos procedimentos nessa sala tem como objetivo:

- Padronizar os medicamentos, materiais e equipamentos constituintes na sala de emergência;
- Padronizar rotinas de organização, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios;
- Definir responsabilidades;
- Oferecer assistência segura, eficiente e de qualidade aos clientes atendidos.

▪ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A farmácia na estrutura de atendimento a urgências e Emergências é uma unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por profissional farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção técnica do serviço, integrada funcionalmente com as demais unidades de assistência ao paciente.

As UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) contarão com uma farmácia com equipe devidamente dimensionada e sistema informatizado que será implantado para o recebimento dos medicamentos padronizados, mantendo o controle de estoque e assegurando a rastreabilidade na dispensação interna.

O trabalho do farmacêutico na Atenção as Urgências e Emergências na SPDM é de extrema importância, pois, as prescrições médicas são avaliadas quanto à dose, via de administração e diluição, e o tempo médio de administração dos medicamentos nos pacientes que estão em observação nas UPAs.

O Sistema estará totalmente integrado com a farmácia para identificação de medicamentos e soros prescritos com realização de cálculos sistêmicos baseado nas prescrições médicas.

Organização da Farmácia

A Farmácia contará com atendimento ininterrupto durante as 24 h do dia, sete dias da semana e todos os dias do ano.

Descrição do serviço

A UPA do município da Praia Grande, foi implantada para a configuração da rede de atenção a urgência e emergência, conta com Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento Adulto e Pediátrico, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde – RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;

A SPDM entende que compete a UPA o acolhimento aos usuários e seus familiares; o trabalho articulado com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, Hospitais, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, construindo fluxos de referência e contra referência regulados pelo SIRESP.

A SPDM atuará com a finalidade de garantir a resolutividade para atender quadros agudos e ou crônicos agudizados, prestar o primeiro atendimento nas urgências visando a estabilização dos casos e avaliando a necessidade do encaminhamento para hospitalização. Alguns pacientes podem permanecer em observação até a alta ou referenciamento para outra unidade.

A SPDM atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem em cada tipo de unidade, respeitando suas características físicas e de acordo com as determinações da SMS segundo as diretrizes norteadoras do SUS nas unidades:

Modelo Gerencial proposto para as unidades será baseado em gestão, qualidade e a liderança, em consonância com as diretrizes organizativas do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande, e as práticas assistenciais que serão desenvolvidas na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para uma assistência humanizada, participativa e resolutiva.

A gestão e liderança serão baseadas em ações voltadas para resultados, planejadas e desenvolvidas com base em conhecimentos técnicos, científicos, sustentados em princípios éticos e legais de cada categoria profissional, com vista à humanização e qualidade do cuidado.

As Rotinas gerenciais, estruturadas sob o preceito das Comissões técnicas, do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, sob a Gestão da Informação e sob a Gestão da Ambiência e do Parque tecnológico, serão organizadas com base nas necessidades e características próprias do sistema de saúde do município de Praia Grande e levará em consideração a realidade local onde cada unidade está inserida, com o propósito de favorecer a qualificação do processo assistencial destinado aos diferentes grupos populacionais.

Outra proposta para melhoria do processo de trabalho nos basearemos no Pensamento Lean, conhecido também como Pensamento Enxuto (PE), Gestão Enxuta tem sua origem no Sistema Toyota de Produção (STP), é uma estratégia que nasceu no Japão em 1926. O objetivo do pensamento Lean é eliminar o desperdício, diminuir custo e tempo, proporcionando qualidade nos serviços e/ou produtos para o cliente.

São considerados desperdícios durante o processo: tempo de espera, falhas no serviço, superprodução, custo elevado, falta de informação, circulação desnecessária de serviço e/ou produtos. Esse sistema possui diversas ferramentas de suporte para sua implantação e eliminação dessas falhas, tendo como preocupação a melhoria contínua.

O conceito de cuidado em saúde tornou-se um desafio para gestores e toda equipe envolvida no processo, uma vez que qualidade, gastos, satisfação do cliente e efetividade operacional são focos prioritários nas organizações de saúde.

O 5S são cinco termos em japonês, que iniciam com a letra S e que referem-se a práticas para o local de trabalho, são de extrema importância para o gerenciamento visual e implantação do Lean, sendo eles: seiri (1S - senso da utilização): separar os itens que são necessários dos desnecessários; seiton (2S - senso da organização): organizar os itens que sobraram, definindo um espaço para cada um; seiso (3S - senso da limpeza): limpar e identificar os itens; seiketsu (4S – senso da padronização): padronizar o que ficou do bom desempenho dos três Ss anteriores; shitsuke (5S – senso da manutenção): estabelecer disciplina para manter em andamento a sustentabilidade dos quatro Ss. Algumas instituições que trabalham com a filosofia Lean, adicionam o sexto S para segurança, estabelecendo práticas de procedimento seguros.

- **SERVIÇO SOCIAL**

O serviço social tem como atribuição compreender as necessidades sociais do usuário em atendimento no serviço, na sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele, articulando com outras

instituições que atenda a realidade social dos usuários numa perspectiva de acesso aos direitos sociais tais como:

- Apoiar ao diagnóstico e tratamento e seguimento dos pacientes internados, na construção e acompanhamento dos PTS;
- Veicular de informações psicoeducacionais a pacientes e familiares;
- Atender e investigar o sócio familiar do paciente, em busca de casuística que possa ser causa ou mantenedora de situações de vulnerabilidade, e condições favoráveis ao apoio à abordagem e melhoria da condição psicopatológica atual;
- Reunir se com familiares para coletas de dados;
- Esclarecer às dúvidas familiares quanto às consequências sociais do acometimento psicopatológico do paciente;
- Organizar grupos de terapia familiar durante a internação do indivíduo para garantir apoio sócio familiar à continuidade do tratamento;
- Participar das reuniões de equipe;
- Desenvolver técnicas e evidências que melhorem a qualidade do atendimento, acompanhamento e do trabalho geral da equipe multiprofissional;
- Ter disponibilidade para ações específicas e gerais.

- **FISIOTERAPIA**

O serviço de fisioterapia na UPA hoje é composto por 01 fisioterapeuta carga horária de 6h que desempenha suas atividades de segunda a sexta-feira.

A atuação da fisioterapia tem como objetivo, atendimento de pacientes no leito de emergência e observação utilizando recursos físicos e manuais ou aplicação de

instrumentos. O atendimento fisioterapêutico é realizado em adultos e crianças em leito, que necessitam de reabilitação, recuperação de funções ou alívio de sintomas.

É oferecido neste serviço técnicas de fisioterapia, como mobilização no leito, técnicas respiratórias, treino muscular, orientação de posturas no leito, mudança de decúbito, orientação para sentar e se levantar, treino de marcha. A finalidade da fisioterapia é restabelecer funções, tais como: movimentação perdida, autonomia da respiração e alívio de dores. Visando sempre a mobilização precoce otimizando assim a redução da incidência de complicações pulmonares, acelerando a recuperação e diminuindo o tempo de permanência no serviço.

Muitos dos nossos pacientes necessitam de continuidade no tratamento pós alta e são encaminhamos para dar continuidade no tratamento da reabilitação em centros especializados.

A SPDM propõe como plano de reabilitação:

- **Recuperação Funcional:** Após lesões graves ou doenças agudas, muitos pacientes enfrentam desafios na recuperação de suas capacidades físicas e funcionais. A reabilitação e a fisioterapia ajudam esses pacientes a recuperar a mobilidade, reduzir a dor e restaurar a funcionalidade perdida.
- **Prevenção de Complicações:** A imobilidade prolongada pode levar a complicações como contraturas musculares, úlceras de pressão, trombose venosa profunda (TVP) e problemas respiratórios. Atuar na prevenção dessas complicações através de técnicas de mobilização precoce, exercícios respiratórios e intervenções específicas para cada situação clínica.
- **Suporte Interdisciplinar:** A equipe de fisioterapeutas e profissionais de reabilitação colabora estreitamente com outros membros da equipe, como médicos, enfermeiros e assistente social para garantir uma abordagem integrada no cuidado ao paciente.

- **Promoção da Independência:** Ajudar os pacientes a recuperar suas habilidades físicas e funcionais, a reabilitação e a fisioterapia contribuem significativamente para a independência do paciente em suas atividades diárias, reduzindo a necessidade de assistência a longo prazo e melhorando a qualidade de vida.
- **Educação e Orientação:** Além dos tratamentos diretos, os profissionais de reabilitação e fisioterapia também educam os pacientes e seus cuidadores sobre técnicas de autocuidado, exercícios domiciliares e medidas preventivas, incentivando a continuidade do progresso fora do ambiente hospitalar

▪ ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Durante o período de observação o paciente necessitará de assistência nutricional, que compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições em Nutrição em Alimentação Coletiva: planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar os serviços de alimentação e nutrição; realizar assistência e educação alimentar e nutricional à coletividade ou a indivíduos sadios ou enfermos em instituições públicas e privadas.

Nas Unidades de Pronto Atendimento o nutricionista deverá desenvolver as seguintes atividades obrigatórias:

- Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.
- Elaborar o diagnóstico de nutrição.
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes.

- Registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).

- Realizar orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber.

- Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta.

- Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.

- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloque em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.

▪ SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL

O Serviço de Atenção em Saúde Bucal é mantido enquanto atendimento de urgência. Urgência odontológica pode ser entendida, como medidas rápidas de atendimento que tem por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos da cavidade bucal. Essa condição que apresenta o paciente deve, portanto, ser tratada de forma iminente. Várias situações podem gerar uma urgência odontológica e levam, geralmente, ao afastamento laboral, escolar e baixa na qualidade de vida. Ocorre com mais frequência em pessoas que não fazem tratamento regular com dentista, porém pode surgir também após ou durante o tratamento odontológico.

Dessa forma, os Pronto Atendimentos Odontológicos devem apoiar as UBSs em casos de maior complexidade e em horários em que as UBSs estão fechadas.

O serviço de urgência e emergência prevê atendimento da demanda espontânea e de urgência nas 24 horas, incluindo atendimento de urgências odontológicas - 24h/dia, de forma continua inclusive final de semana e feriados com equipe especializada composta por 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar de saúde bucal por plantão na UPA Charles Antunes Bechara.

A SPDM como plano assistencial propõe fortalecer o serviço de urgência odontológica assegurando que os moradores tenham acesso imediato a tratamento odontológico em casos de emergências, como dor intensa, trauma dentário ou infecções graves.

- **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

A UPA Dr. Charles Antunes Bechara estará organizada para o atendimento e notificação das doenças de notificação compulsória, especialmente Tuberculose e Dengue considerando a frequência desses casos em serviços de urgência. Deverá ainda estar organizada para atender a demanda de casos de violência doméstica e agressão física. Destacamos a importância da atuação da UPA, por ser este serviço responsável por grande parte do diagnóstico desses casos, além dos atendimentos às intercorrências.

Os casos de Tuberculose devem ser notificados através da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde que atendeu o usuário, seguindo os fluxos e periodicidade estabelecidos no município e o usuário deverá ser encaminhado para as unidades de saúde da Atenção Básica garantindo o acompanhamento adequado para a confirmação ou não do diagnóstico.

A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a implementação de medidas oportunas, visando principalmente evitar complicações e

óbitos. A organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é necessária para reduzir a letalidade da dengue.

Nos casos de violência doméstica e agressão física a UPA deve atentar-se para o atendimento de pessoas expostas ao risco considerando os cuidados com os ferimentos, notificação do caso e encaminhamento ao serviço social da própria unidade.

O conhecimento do instrumental de notificação, do fluxo de atendimento e das medidas de controle que devem ser adotadas pelos profissionais frente a essas doenças são de fundamental importância para que as ações de vigilância possam ocorrer em tempo oportuno, evitando a ocorrência de casos novos, de complicações ou mesmo de óbitos.

As notificações seguirão os fluxos estabelecidos pela Secretaria de Saúde Pública e Divisão de Vigilância Epidemiológica do Município e serão monitoradas pela equipe de Vigilância em Saúde da SPDM com o objetivo de manter a qualidade de preenchimento das notificações, bem como a qualidade do atendimento dos usuários.

A SPDM promoverá espaços de discussão dos protocolos e fluxos de notificação, assim como de monitoramento da qualidade das notificações realizadas.

- **SAME – UPA 24H**

Na chegada do paciente ao serviço, será aberta ficha de atendimento através do prontuário eletrônico a fim de realizar o registro da Classificação de Risco. Após a classificação, realizada por enfermeiro capacitado, paciente será direcionada a sala de espera. Antes de ser atendido pelo médico (exceto em casos de urgência e emergência) paciente será convocado pela equipe da recepção a fim de atualização

de dados cadastrais no sistema de prontuários eletrônico. Durante atendimento em consulta médica, os registros serão impressos, assinados, carimbados e organizados cronologicamente no prontuário físico. Após a alta, a ficha será encaminhada para faturamento e arquivamento em SAME, organizado por dia, mês e ano de atendimento. Esses prontuários permanecerão na unidade por seis meses antes de serem encaminhados para o serviço externo de guarda de documentos.

2.2.4 PRONTO SOCORRO CENTRAL

O PS Central que foi desmembrado do prédio do hospital Irmã Dulce, inaugurado em 2023 é uma ampla e confortável unidade, que fica localizada na Avenida Presidente Kennedy, nº 1.491, no Bairro Guilhermina, a fim de aumentar a capacidade de acesso e atendimentos na área da Urgência e Emergência adulto e infantil todos os dias da semana, 24 horas.

A unidade atende clínica médica, pediatria, traumatologia, ortopedia e conta com a inclusão de leitos de observação de pacientes adulto e infantil, sala de emergência(vermelha) e sala de estabilização, também com duas salas de cirurgia para procedimentos ambulatoriais o que contribui para diminuição do tempo de espera para esse tipo de procedimento, que depende de vagas da regulação municipal para os procedimentos de baixa complexidade em leito Hospital Dia.

O Pronto Socorro Central compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, (RUE) com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS) para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento.

Conta com sala de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) adulto e infantil, recepção, sala de apoio ao atendimento ao paciente, farmácia, NIR, consultórios médicos, sala de reuniões, observação pediátrica, observação adulta, sala de medicação/inalação adulta, sala de medicação/inalação infantil, sala amarela(observação), sanitários masculinos e femininos para funcionários, sanitários unissex para pacientes, sanitário unissex para pacientes com acessibilidade, fraldário, sala de eletrocardiograma e procedimentos, refeitório, almoxarifado/farmácia, sala de administração, sala do serviço social, sala de coordenação de enfermagem, esterilização(CME), salas cirúrgicas, RPA, expurgo, DML, sala de manutenção, necrotério, depósito de materiais inservíveis, sala de gesso, sala de procedimento, sala de emergência, sala de coleta de exames laboratoriais, quartos de precaução, sala de radiologia e tomografia, conforto médico, sala de decisão médica, sala de avaliação cirúrgica, rouparia, vestiários, abrigo de lixo comum e infectante.

Além de um atendimento diferenciado, chamado de fast track pode ser um espaço físico separado, onde os pacientes com problemas considerados mais simples, tais como dor de cabeça, febre ou ferimentos leves, são atendidos rapidamente por um médico ou enfermeiro, sem passar pela fila de espera prolongada. Nesse método, tanto os casos graves como os mais simples podem ser tratados mais rapidamente. Por conseguinte, promove-se a redução do tempo de permanência dos pacientes na Unidade.

MAPA DE LEITOS CADASTRADOS

PS GUILHERMINA	
Observação masculino	6
Observação feminino	6
Observação térreo	12

Quarto individual adulto	1
Estabilização adulto	6
Estabilização pediátrica	3
Observação infantil	5
Quarto individual infantil	1
RPA	3
Total	**43**

O gerenciamento, operacionalização e execução das ações de saúde da SPDM serão norteados pela SESAP (Secretaria de Saúde Pública Praia Grande), segundo as modalidades de atenção que assegure assistência universal e gratuita à população. O Processo de Trabalho do PS Central estará organizado para o alcance das metas estabelecidas.

O processo de trabalho desenvolvido pela SPDM é estruturado e estabelecido em um projeto comum ampliando o acesso com qualidade e a integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Neste contexto o processo de trabalho é pautado:

✓ Na organização do sistema de saúde por meio do conhecimento da territorialização e o perfil da população;

✓ Humanização dos serviços e comunicação nas ações integradas entre os níveis de atenção do sistema de saúde para assegurar a continuidade da assistência prestada à população;

✓ Acesso com qualidade visando a organização e funcionamento dos serviços por meio do acolhimento e escuta, além da resolutividade;

✓ Articulação com os demais setores da sociedade visando a intersetorialidade na perspectiva da atenção integral das áreas temáticas articuladas com a Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde (RENASES) e

✓ Na vigilância à saúde e nos diferentes momentos do processo saúde-doença, buscando a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades, acidentes, atenção curativa e reabilitadora, com a finalidade de adequar o atendimento às necessidades de saúde da população.

✓ Articulação com o Programa de Atenção ao Idoso (PADI).

Com o propósito de viabilizar e qualificar o processo assistencial próprio de cada equipamento de saúde bem como integrá-los a RAS local, a SPDM prevê a atuação de uma equipe técnica de supervisão que mantém contato permanente com as equipes profissionais e diversas instâncias da SESAP com a finalidade de promover:

- Interface técnico assistencial e administrativa inerentes ao processo de co-gestão;

- Desenvolvimento dos conceitos e da operacionalização próprios de cada serviço que integra a RAS local e regional;

- Acompanhamento do Planejamento Estratégico Situacional de cada serviço integrante da RAS;

- Identificação de necessidade de ações de Educação Permanente/Continuada desenvolvidas pela SPDM e/ou gestor municipal, com vistas à superação de limitações técnicas e aos padrões previstos;

- Planejamento da infraestrutura física e operacional dos equipamentos de saúde, desde a elaboração dos Planos de Trabalho, execução e acompanhamento das fases de implantação, supervisão dos processos de trabalho e apoio técnico às atividades relacionadas;

- Monitoramento das movimentações administrativas relacionadas aos recursos humanos existentes nos diversos serviços;

- Elaboração/Acompanhamento de projetos assistenciais ou mudança de layout/adequação de fluxo e manutenção predial dos equipamentos de saúde;

- Análise e acompanhamento dos processos judiciais, veracidade de atestados, declarações de comparecimento e ouvidorias;

- Acompanhamento e avaliação do desempenho dos funcionários, visando desenvolver e reter os talentos da organização, proporcionando evolução na carreira profissional,

- Mediação de conflitos, do restabelecimento das condições adequadas de trabalho e

- Promoção da humanização e integração das equipes de trabalho, proporcionando clima organizacional favorável e saudável no ambiente de trabalho.

A SPDM constituiu o colegiado composto pelas áreas temáticas de Enfermagem, Farmácia e Médica, visando o acompanhamento dos serviços e o apoio ao processo de trabalho dos profissionais de saúde.

As áreas temáticas visam facilitar o cotidiano dos profissionais de maneira ética e adequada possibilitando a tomada de decisão racional e atenta aos problemas enfrentados, para o alcance dos resultados referente à melhoria do processo de trabalho, condições de saúde da população e do desempenho dos serviços prestados.

As ações desenvolvidas pelas áreas temáticas proporcionam aprimoramento da assistência em saúde, por meio do conhecimento dos princípios, estratégias e práticas propostas pelos programas que norteiam a assistência à saúde em consonância com a gestão local; viabilizando seu crescimento técnico e profissional a partir da sua experiência e reflexão em sua prática diária de atuação. O acompanhamento das atividades propostas pelas áreas temáticas será realizado

continuamente pelos técnicos da SPDM e compartilhada com as equipes da assistência.

- **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

O Acolhimento com Classificação de Risco opera segundo os princípios da Política Nacional de Humanização, que tem como meta implantar uma assistência com responsabilidade e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde, por meio da implantação do acolhimento resolutivo, baseado em critérios de risco.

O Acolhimento é um processo dinâmico, tratado como postura acolhedora da equipe que consiste em identificar o risco e vulnerabilidade do usuário, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orienta, prioriza e decide sobre o acesso e encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário.

A SPDM tem a missão de promover ações de saúde, integrada com a gestão pública, em benefício da população de forma ética, humanizada com compromisso social e qualidade técnica.

Para consolidar um modelo de assistência à saúde, na perspectiva da universalidade ao acesso, equidade e integralidade da assistência que consiga responder as necessidades em saúde da população, a o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Adulto e Infantil, tem com o objetivo instrumentalizar e orientar o processo de trabalho nos serviços de demanda não agendada.

O Acolhimento com Classificação de Risco é um dispositivo que opera concretamente os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que tem

como meta implantar uma assistência com qualidade e vinculo, ampliando o acesso dos usuários ao SUS.

Proposta de funcionamento do serviço de Acolhimento e Classificação de Risco

Acolhimento e Classificação de Risco, constituindo equipe necessária a sistemática de trabalho e horário de funcionamento.

O Ministério da Saúde vem implantando o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco desde 2004 nos serviços de pronto socorro e pronto atendimento. O acolhimento com classificação de risco inicia-se na recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, suas preocupações, angústias, e garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Neste contexto o acolhimento deve estar presente no cotidiano das práticas de saúde e concretiza-se por escuta qualificada e a capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço.

Entre as tecnologias que vêm sendo desenvolvido, o acolhimento com classificação de risco tem se mostrado um dispositivo potente como reorganizador dos processos de trabalho, resultando em maior satisfação de usuários e trabalhadores, aumento da eficácia clínica e também como disparador de outras mudanças como a constituição de equipes de referência, a gestão compartilhada da clínica, a constituição de redes entre os vários serviços de saúde, a valorização do trabalho em saúde, a inclusão dos cuidadores nos projetos terapêuticos singulares, a participação de trabalhadores e usuários na gestão.

A estratégia de implantação da sistemática do acolhimento com classificação de risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo à

resinificar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois a produção de saúde é necessariamente um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Este processo contribui para a promoção da cultura de solidariedade e da paz, para a legitimação do sistema público de saúde e favorece a aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública.

Diante de tal necessidade o acolhimento com classificação de risco configura-se como intervenção decisiva na reorganização da rede e na realização da promoção da saúde. A classificação de risco é um processo dinâmico e de identificação dos pacientes que necessitam de atendimento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Os objetivos do acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde são:

✓ Melhorar acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma burocrática de entrada, por meio de filas e ordem de chegada;

✓ Humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários, por meio de escuta dos usuários em seus problemas e demandas;

✓ Estimular abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;

✓ Promover trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais;

✓ Orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados e complexidade do problema;

✓ Aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários, por meio de confiança entre eles;

✓ Operacionalizar clínica ampliada, ou seja, uma abordagem do usuário para além da doença e suas queixas;

As diretrizes específicas para os serviços de urgência e emergência devem atender: o acolhimento da demanda por meio de critérios de avaliação de risco, prover o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários, por meio do acesso referenciado aos demais níveis de assistência; aumentar a resolução da urgência e emergência comprometendo-se com a referência e a contra referência e definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias que respeitem as diferenças e as necessidades do sujeito.

Para os serviços de urgência e emergência a SPDM adotará como estratégia para a implantação do acolhimento com classificação de risco, por meio de cursos e oficinas de intervenção, discussões e troca de vivências dos processos de trabalho no cotidiano, com base nas diretrizes e nos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), estimulando mudança no trabalho e produção de saúde. As ações abaixo relacionadas auxiliarão o enfrentamento dos desafios da implementação do acolhimento com classificação de risco:

Estabelecer fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco;

✓ Sensibilizar os empregados por meio de oficinas com objetivo de discutir e construir ações com a equipe multiprofissional;

✓ Adequar à logística das áreas de atendimento básico, área de emergência e de pronto atendimento;

✓ Avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias na atenção às urgências, subordinadas às estruturas de articulação e gestão;

✓ Relacionar-se com a rede de atenção a assistência como garantia de continuidade de assistência com sistema de referência e contra referência;

✓ Analisar sistematicamente os indicadores buscando construir um quadro descritivo detalhado da atenção às urgências, para subsidiar ações intersetoriais;

✓ Monitorar e avaliar as metas de implementação de ações e de efeitos esperados, seguindo as diretrizes da PNH.

- **PROCESSOS ASSISTENCIAL**

O processo assistencial do PS Central é apoiado e acompanhado com objetivo de:

o Implementar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, de acordo com a política de saúde do Gestor Municipal;

o Apoiar acolhimento com escuta, avaliar necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências e emergências;

o Estimular ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

o Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, como a participação coletiva nos processos de gestão;

- Valorizar a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, considerando as necessidades sociais e organização do serviço;

- Participar do planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações das equipes, das Unidades do Município visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento que considere as necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

- Estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, com vistas à atenção integral;

- Implementar ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infectocontagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas com o trabalho e o meio ambiente.

As ações assistenciais desenvolvidas no PS Central, deverá utilizar dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), como o Acolhimento, que visando interferir nos diferentes momentos do processo saúde-doença, orientam a demanda e organizam o serviço, possibilitando o acesso e o atendimento adequado e com qualidade à população. Seguem abaixo as principais ações assistenciais que devem ser desenvolvidas:

Outro papel importante do PS Central é a Comunicação em Saúde, através da disponibilização de informações sobre o seu funcionamento de maneira clara e acessível aos usuários. Uma das ferramentas utilizadas é o painel de monitoramento, disposto em local de fácil acesso à população com informações atualizadas contendo: horário de funcionamento da Unidade, relação nominal dos profissionais, categoria, conselho de classe e horário de trabalho; oferta dos serviços, reuniões do conselho gestor, comunidade e grupos educativos com data, horários e local; dados de

produção com informações de saúde e endereço e telefone do Serviço de Ouvidoria do Município e Ministério da Saúde.

As práticas de saúde adotadas pelas Unidades consideram a humanização e a integralidade do cuidado contribuindo para a intervenção nos diferentes momentos do processo saúde-doença, orientando a demanda e a organização do serviço, possibilitando o acesso e o atendimento com qualidade à população na perspectiva da efetivação da Rede de Atenção a Saúde.

O PS Central oferecerá ininterruptamente nas 24 horas os serviços assistenciais a seguir:

a) Acesso, acolhimento, assistência e a manutenção do paciente sob observação amarela ou vermelha, para a estabilização do paciente grave, bem como cuidados de alta complexidade, até seu direcionamento para leito de internação;

b) Atendimento Médico, Enfermagem, Odontológico no PS Central;

c) Aferição dos seguintes sinais vitais: temperatura, pressão arterial, pulso, respiração e glicemia capilar;

d) Coleta de exames laboratoriais e ECG;

d) Administração de medicamentos orais e injetáveis;

e) Oxigenioterapia;

f) Inalação/nebulização;

g) Terapia de reidratação oral e hidratação intravenosa;

h) Curativo, retirada de pontos, bem como suturas simples e drenagem de abscesso;

i) Notificação de agravos e eventos de notificação compulsória, segundo Portaria 104 de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde;

j) Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT);

k) Leitos para observação e isolamento;

l) Leitos para estabilização;

n) Serviço de Assistência Social;

o) Atendimento odontológico de urgência

p) Acolhimento com Classificação de Risco;

q) Assistência Farmacêutica, com dispensação de medicamentos;

r) Alimentação e Nutrição Parenteral;

s) Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;

t) Incentivo a participação e controle social;

u) Atuação junto a SESAP na implementação da organização territorial das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades das populações;

v) Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

x) Procedimentos Cirúrgicos;

As atividades assistenciais seguem os protocolos clínicos e as diretrizes para o tratamento das patologias e garantem a prescrição segura e eficaz. Considerando a importância dos protocolos clínicos para a qualidade do atendimento no PS Central utilizará aqueles definidos pelo Ministério da Saúde e processo assistencial obedecerá a Política de Atenção às Urgências, Portaria GM nº 2.048 de 2002 e nº 104 de 2014 e demais portarias do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Nos temas em que não houver protocolos do Município, serão adaptados aqueles sugeridos pela SPDM após apresentação e autorização da SMS.

A gestão clínica é baseada em resultados com aplicação de tecnologias assegurando os padrões clínicos e eficiência para melhoria da qualidade da atenção a saúde e gestão de caso.

Aliando-se a lógica assistencial de atenção as urgências e atenção à saúde, a gestão clinica visa a qualificação do cuidado, a organização dos fluxos, processos de trabalho e auditoria clínica.

Para consolidação da Rede Atenção a Saúde (RAS), articulação, integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, faz se necessário a utilização de sistemas logísticos e de tecnologia da informação que possibilitam conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais que orientem a tomada de decisão.

O PS Central com seu potencial técnico e assistencial acolhe, estabiliza, mantém estáveis e garante a continuidade à assistência, dentro da lógica prioritária de inovações tecnológicas, os pacientes com quadros agudos graves ou não, que tenham apresentado instabilidade clínica.

Os pacientes assistidos nos leitos de observação vermelhos ou amarelos, permanecem por período de tempo necessário à resolução de seu quadro agudo inicial, à regulação de sua internação eletiva em leito hospitalar de enfermaria, terapia intensiva ou sua regulação em vaga zero para o tratamento definitivo de seu agravo agudo inicial estabilizado.

Toda a demanda de saída do PS Central para continuidade da assistência, quer seja de urgência quer seja eletiva, por meio da organização das linhas de cuidado, em qualquer nível de atenção da rede, será regulada pela Central de Regulação.

O PS Central ofertará os serviços de saúde pautada por manuais, protocolos, cadernos temáticos, carteira de serviços a fim de obter resultados ao atendimento realizado pelas equipes profissionais.

Serão considerados atendimentos de Urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelas Unidades de Pronto Atendimento às pessoas que procurem tal atendimento, de forma espontânea ou encaminhada pelo SAMU, CBMCE.

O Atendimento em Urgência/Emergência ocorrerá a partir do acolhimento do usuário por classificação de risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso conforme protocolo pré-estabelecido, e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do Programa Nacional de Humanização.

No caso de a assistência prestada ser em regime de Urgência o usuário deverá permanecer em regime de observação (leitos de observação) por um período de até 24 horas, findo o qual, o paciente deverá ser removido para os serviços de referência.

Seguem abaixo as principais ações assistenciais que devem ser desenvolvidas nas Unidades:

O processo assistencial será realizado conforme definido pela Secretaria Municipal de Saúde da Praia Grande, de acordo com os protocolos institucionais da SPDM e respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde:

✓ Assistência/consulta médica nas seguintes especialidades: clínica geral, pediatria, serviço de enfermagem e serviço social;

✓ Todos os procedimentos intrínsecos à consulta deverão ser realizados pelos profissionais envolvidos respeitando-se as diretrizes dos diferentes Conselhos de Classe;

✓ Nos casos de demanda de Urgência, a ordem de atendimento será determinada pela Classificação de Risco;

✓ Assistência/Consulta de Enfermagem: tem como finalidade assistir o paciente em suas necessidades biopsicossociais, tratar a queixa principal e minimizar o sofrimento, coordenar e organizar o fluxo de atendimento, buscando oferecer uma assistência de qualidade e humanizada;

✓ Assistência Farmacêutica: engloba o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o uso racional;

✓ Assistência Social: compreender as necessidades sociais do usuário em atendimento no serviço, na sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele, articulando com outras instituições que atenda a realidade social dos usuários numa perspectiva de acesso aos direitos sociais;

✓ Vigilância em Saúde: Notificar e acompanhar os agravos e eventos de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria GM/MS 1378/2013 e considerando os fluxos estabelecidos pela SMS;

✓ Participará do sistema municipal, que buscará atender, dentro da região de abrangência todo enfermo dentro de sua complexidade;

✓ Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR): tratar com postura acolhedora todos os usuários que buscarem o serviço, identificando o risco, considerando as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer, e desta forma orientar, priorizar e decidir sobre o acesso e encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário;

✓ Sala de Emergência: a sala de emergência deve ter capacidade de atendimento de paciente crítico, e ser provida de pessoal, equipamentos, materiais, medicamentos e insumos necessários à demanda de assistência a ser prestada;

✓ Leitos para Observação: contará com leitos de observação adulto e pediátrico, nos quais o paciente deve permanecer para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica. Se houver necessidade de maior tempo de permanência, este deve ser transferido para um dos hospitais de referência definidos pelo SIRESP. O leito de observação deve oferecer privacidade ao paciente durante a sua permanência.

Devem ser previstos recursos para higienização das mãos destinados aos pacientes e eventuais acompanhantes dentro das salas de observação e em local de fácil acesso, visando minimizar os riscos de contaminação;

✓ Procedimentos: medicações, inalações/nebulizações, suturas, curativos, exames de pacientes em atendimento;

Consultas médicas e de enfermagem

A consulta ao usuário deverá ocorrer por demanda espontânea e todos os procedimentos intrínsecos à consulta deverão ser realizados pelo profissional.

Ações Educativas

A SPDM propõe a realização sistemática das Ações Coletivas para a abordagem integral de promoção em saúde destinadas as diferentes faixas etárias.

Atendimento de enfermagem

A consulta ao usuário deverá ocorrer por demanda espontânea e todos os procedimentos intrínsecos à consulta deverão ser realizados pelo profissional.

- **PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Podemos afirmar que essa comissão tem um papel fundamental na prevenção e gestão de possibilidades de ocorrências em virtude de potenciais e efetivos riscos de cada processo.

Para o estabelecimento das ações da Comissão de Gestão de Riscos inicialmente é necessária a realização do mapeamento de 100% dos processos administrativos, assistenciais, técnicos e de apoio, e todos os demais processos que compõem a estrutura do Hospital e no Pronto Atendimento.

Para fins de entendimento a Gestão de Risco não se resume ou se identifica somente com *escopo de segurança do trabalho*, essa atividade é um dos escopos analisados pela Gestão de Riscos, o risco é verificado no recebimento (entrada), na realização da atividade e na saída (resultado da atividade) de todos os processos, independentemente de sua classificação, ou seja, assistencial, administrativo etc.

É necessário efetuar o Mapeamento dos processos para disponibilizar as informações para a Comissão de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente/Cliente, com base nestas informações a Comissão efetuará as avaliações de presença de ricos.

- **PROCEDIMENTOS**

Rotina dos Procedimentos:

Sala de Sutura

A sala de sutura é organizada e limpa, conforme as normas previstas pela SMS, e a equipe de saúde deverá realizar/acompanhar as seguintes atividades:

● Limpeza da sala (concorrente e terminal);

● Utilização dos equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

● Manter o controle dos materiais diariamente;

● O processo de desinfecção e esterilização que deve estar de acordo com o manual de desinfecção de esterilização da SMS;

● O registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário;

● Registrar o total de procedimentos realizados na Unidade no Sistema de Informação.

Sala de Procedimentos: Medicação, Teste Imunológico de Gravidez, Verificação da Pressão Arterial, Glicemia Capilar e Verificação da Temperatura

A sala para realização de procedimentos habitualmente contempla o espaço para observação dos usuários, a mesma deverá estar organizada e limpa, conforme as normas previstas pela SMS, e a equipe de saúde deverá realizar/acompanhar as seguintes atividades:

● Limpeza da sala (concorrente e terminal);

● Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

● Controle de medicamentos e materiais para atendimento de emergência/urgência e conferência do funcionamento do desfibrilador com registro em documento próprio;

● Estabelecimento do fluxo de abastecimento de medicação para salas assistenciais integradas com a farmácia;

● Manutenção do estoque mínimo das medicações utilizadas diariamente para as demandas pontuais internas da sala, com exceção dos medicamentos de controle especial;

● Registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário;

● Consolidado de procedimentos realizados e registro no Sistema de Informação;

● Acesso universal ao Teste Imunológico de Gravidez deve ser garantido durante todo horário de funcionamento da Unidade.

Sala de Inalação/Nebulização

A sala de inalação segue as normas e protocolos da SMS, e a equipe de saúde deverá realizar e acompanhar as atividades:

● Limpeza da sala (concorrente e terminal);

● Utilização dos equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

● Processo de desinfecção e esterilização de acordo com o Manual de desinfecção dos materiais da SMS;

● Registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário;

● Os procedimentos realizados na Unidade são registrados no Sistema de Informação.

Sala de curativo

A sala de curativo funcionará 24 h para atendimento de pacientes em demanda espontânea e receberá previamente agenda das Unidades Básicas de Saúde para realização de curativo eletivo aos sábados, domingos e feriados.

• deve ser organizada e limpa conforme as normas da SMS e as normas e protocolos do Município, e a equipe de saúde deverá realizar e acompanhar as atividades:

● Limpeza da sala (concorrente e terminal);

● Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

● Estabelecimento do fluxo de abastecimento de coberturas para salas assistenciais integradas com a farmácia;

- Processo de desinfecção e esterilização de acordo com o Manual de desinfecção dos materiais da SMS;
- Registro do procedimento seguindo os critérios da Comissão de Revisão de Prontuário.

Observação Clínica

Sala de Observação Adulto e infantil

Destina-se ao atendimento de pacientes que necessitam permanecer em observação.

Responsáveis pela ação: Enfermeiro/Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.

A equipe de enfermagem deverá se responsabilizar por:

- Receber o paciente;
- Identificar o paciente;
- Realizar o preenchimento do censo digital caso se aplique na unidade;
- Realizar o controle dos sinais vitais (T, P, FR e PA) na admissão e pelo menos uma vez a cada seis horas e sempre que necessário;
- Prestar assistência ao paciente, executando os procedimentos prescritos pelo médico;
- Preparar e administrar os medicamentos prescritos, observando os efeitos;
- Prestar cuidados de enfermagem conforme a prescrição de enfermagem;
- Observar as alterações de sinais vitais, nível de consciência e outros, avisar o médico e enfermeiro;
- Preparar o leito do paciente para repouso;

- Conferir e controlar os matérias/equipamentos;
- Repor os medicamentos e materiais antes do término do plantão e quando necessário;
- Receber e passar plantão.

Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico e Exames Complementares

Entende-se por SADT a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de Urgência e Emergência. Serão disponibilizados os exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiograma.

Compete ao PS Central sempre acolher os usuários e seus familiares; trabalharem de forma articulada com a REDE de Atenção Básica, SAMU 192, Hospitais de referência, apoio diagnóstico e terapêutico, construindo fluxos de referência e contra referência, regulados pelo SIRESP. Deve ser resolutiva para atender quadros agudos e ou crônicos agudizados, prestar o primeiro atendimento nas urgências visando à estabilização dos casos e avaliando a necessidade do encaminhamento para hospitalização. Alguns pacientes podem permanecer em observação até 24 horas e receberem alta ou serem referenciados para outra unidade. Deve-se trabalhar com classificação de risco atendendo os pacientes mais graves, com risco de morte.

Sala de Eletrocardiograma (ECG)

Destina-se ao atendimento de pacientes que necessitem de exame diagnóstico para detectar arritmias, patológicas coronarianas, infarto agudo do miocárdio, entre outros.

Responsáveis pela ação: Enfermeiro/Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.

Ao profissional escalado compete:

- Manter a ordem e limpeza durante o plantão;
- Repor materiais ao término do plantão e sempre que necessário;
- Receber e passar plantão.

Quarto individual

Destina-se ao atendimento de pacientes que necessitem de atendimento individualizado;

Responsáveis pela ação: Enfermeiro/Técnico/ Auxiliar de Enfermagem.

Ao profissional escalado compete:

- Deixar somente os objetos e materiais necessários para o atendimento;
- Receber o paciente;
- Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);
- Prestar assistência e cuidados de enfermagem;
- Identificar na entrada no quarto qual o tipo de precaução.
- Após cada procedimento, conferir o instrumental e encaminhar ao expurgo;
- Receber e passar plantão.

Sala de Emergência:

A sala de emergência é constituída de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o atendimento do paciente em situação de urgência ou emergência médicas.

Responsáveis pela sala: Equipe Multidisciplinar.

Padronização dos procedimentos nessa sala tem como objetivo:

- Padronizar os medicamentos, materiais e equipamentos constituintes na sala de emergência;
- Padronizar rotinas de organização, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios;
- Definir responsabilidades;
- Oferecer assistência segura, eficiente e de qualidade aos clientes atendidos.

▪ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A farmácia na estrutura de atendimento a urgências e Emergências é uma unidade clínica, administrativa e econômica, dirigida por profissional farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção técnica do serviço, integrada funcionalmente com as demais unidades de assistência ao paciente.

O PS Central contará com uma farmácia com equipe devidamente dimensionada e sistema informatizado que será implantado para o recebimento dos medicamentos padronizados, mantendo o controle de estoque e assegurando a rastreabilidade na dispensação interna.

O trabalho do farmacêutico na Atenção as Urgências e Emergências na SPDM é de extrema importância, pois, as prescrições médicas são avaliadas quanto à dose,

via de administração e diluição, e o tempo médio de administração dos medicamentos nos pacientes que estão em observação.

O Sistema estará totalmente integrado com a farmácia para identificação de medicamentos e soros prescritos com realização de cálculos sistêmicos baseado nas prescrições médicas.

A Farmácia contará com atendimento ininterrupto durante as 24 h do dia, sete dias da semana e todos os dias do ano.

Descrição do serviço

O PS Central do município da Praia Grande, foi implantada para a configuração da rede de atenção a urgência e emergência, conta com Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento Adulto e Pediátrico, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde – RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;

A SPDM entende que compete a PS Central acolhimento aos usuários e seus familiares; o trabalho articulado com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, Hospitais, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, construindo fluxos de referência e contra referência regulados pelo SIRESP.

A SPDM atuará com a finalidade de garantir a resolutividade para atender quadros agudos e ou crônicos agudizados, prestar o primeiro atendimento nas urgências visando a estabilização dos casos e avaliando a necessidade do encaminhamento para hospitalização. Alguns pacientes podem permanecer em observação até a alta ou referenciamento para outra unidade.

A SPDM atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem em cada tipo de unidade, respeitando suas características físicas e de acordo com as determinações da SMS segundo as diretrizes norteadoras do SUS nas unidades:

Modelo Gerencial proposto para as unidades será baseado em gestão, qualidade e a liderança, em consonância com as diretrizes organizativas do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande, e as práticas assistenciais que serão desenvolvidas na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para uma assistência humanizada, participativa e resolutiva.

A gestão e liderança serão baseadas em ações voltadas para resultados, planejadas e desenvolvidas com base em conhecimentos técnicos, científicos, sustentados em princípios éticos e legais de cada categoria profissional, com vista à humanização e qualidade do cuidado.

As Rotinas gerenciais, estruturadas sob o preceito das Comissões técnicas, do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, sob a Gestão da Informação e sob a Gestão da Ambiência e do Parque tecnológico, serão organizadas com base nas necessidades e características próprias do sistema de saúde do município de Praia Grande e levará em consideração a realidade local onde cada unidade está inserida, com o propósito de favorecer a qualificação do processo assistencial destinado aos diferentes grupos populacionais.

Outra proposta para melhoria do processo de trabalho nos basearemos no Pensamento Lean, conhecido também como Pensamento Enxuto (PE), Gestão Enxuta tem sua origem no Sistema Toyota de Produção (STP), é uma estratégia que nasceu no Japão em 1926. O objetivo do pensamento Lean é eliminar o desperdício, diminuir custo e tempo, proporcionando qualidade nos serviços e/ou produtos para o cliente.

São considerados desperdícios durante o processo: tempo de espera, falhas no serviço, superprodução, custo elevado, falta de informação, circulação desnecessária de serviço e/ou produtos. Esse sistema possui diversas ferramentas de suporte para sua implantação e eliminação dessas falhas, tendo como preocupação a melhoria contínua.

O conceito de cuidado em saúde tornou-se um desafio para gestores e toda equipe envolvida no processo, uma vez que qualidade, gastos, satisfação do cliente e efetividade operacional são focos prioritários nas organizações de saúde.

O 5S são cinco termos em japonês, que iniciam com a letra S e que referem-se a práticas para o local de trabalho, são de extrema importância para o gerenciamento visual e implantação do Lean, sendo eles: seiri (1S - senso da utilização): separar os itens que são necessários dos desnecessários; seiton (2S - senso da organização): organizar os itens que sobraram, definindo um espaço para cada um; seiso (3S - senso da limpeza): limpar e identificar os itens; seiketsu (4S – senso da padronização): padronizar o que ficou do bom desempenho dos três Ss anteriores; shitsuke (5S – senso da manutenção): estabelecer disciplina para manter em andamento a sustentabilidade dos quatro Ss. Algumas instituições que trabalham com a filosofia Lean, adicionam o sexto S para segurança, estabelecendo práticas de procedimento seguros.

- **SERVIÇO SOCIAL**

O serviço social tem como atribuição compreender as necessidades sociais do usuário em atendimento no serviço, na sua totalidade, procurando viabilizar ações que ampliem o atendimento das demandas postas por ele, articulando com outras instituições que atenda a realidade social dos usuários numa perspectiva de acesso aos direitos sociais tais como:

- Apoiar ao diagnóstico e tratamento e seguimento dos pacientes internados, na construção e acompanhamento dos PTS;
- Veicular de informações psicoeducacionais a pacientes e familiares;
- Atender e investigar o sócio familiar do paciente, em busca de casuística que possa ser causa ou mantenedora de situações de vulnerabilidade, e condições favoráveis ao apoio à abordagem e melhoria da condição psicopatológica atual;
- Reunir se com familiares para coletas de dados;
- Esclarecer às dúvidas familiares quanto às consequências sociais do acometimento psicopatológico do paciente;
- Organizar grupos de terapia familiar durante a internação do indivíduo para garantir apoio sócio familiar à continuidade do tratamento;
- Participar das reuniões de equipe;
- Desenvolver técnicas e evidências que melhorem a qualidade do atendimento, acompanhamento e do trabalho geral da equipe multiprofissional;
- Ter disponibilidade para ações específicas e gerais.

- **FISIOTERAPIA**

O serviço de fisioterapia o Pronto Socorro Central hoje é composto por 01 fisioterapeuta carga horária de 6h que desempenha suas atividades de segunda a sexta-feira.

A atuação da fisioterapia tem como objetivo, atendimento de pacientes no leito de emergência e observação utilizando recursos físicos e manuais ou aplicação de instrumentos. O atendimento fisioterapêutico é realizado em adultos e crianças em leitos, que necessitam de reabilitação, recuperação de funções ou alívio de sintomas. É oferecido neste serviço técnicas de fisioterapia, como mobilização no leito, técnicas respiratórias, treino muscular, orientação de posturas no leito, mudança de decúbito,

orientação para sentar e se levantar, treino de marcha. A finalidade da fisioterapia é restabelecer funções, tais como: movimentação perdida, autonomia da respiração e alívio de dores. Visando sempre a mobilização precoce otimizando assim a redução da incidência de complicações pulmonares, acelerando a recuperação e diminuindo o tempo de permanência no serviço.

Muitos dos nossos pacientes necessitam de continuidade no tratamento pós alta e são encaminhamos para dar continuidade no tratamento da reabilitação em centros especializados.

A SPDM propõe como plano de reabilitação:

- **Recuperação Funcional:** Após lesões graves ou doenças agudas, muitos pacientes enfrentam desafios na recuperação de suas capacidades físicas e funcionais. A reabilitação e a fisioterapia ajudam esses pacientes a recuperar a mobilidade, reduzir a dor e restaurar a funcionalidade perdida.
- **Prevenção de Complicações:** A imobilidade prolongada pode levar a complicações como contraturas musculares, úlceras de pressão, trombose venosa profunda (TVP) e problemas respiratórios. Atuar na prevenção dessas complicações através de técnicas de mobilização precoce, exercícios respiratórios e intervenções específicas para cada situação clínica.
- **Suporte Interdisciplinar:** A equipe de fisioterapeutas e profissionais de reabilitação colabora estreitamente com outros membros da equipe, como médicos, enfermeiros e assistente social para garantir uma abordagem integrada no cuidado ao paciente.
- **Promoção da Independência:** Ajudar os pacientes a recuperar suas habilidades físicas e funcionais, a reabilitação e a fisioterapia contribuem significativamente para a independência do paciente em suas atividades diárias, reduzindo a necessidade de assistência a longo prazo e melhorando a qualidade de vida.

- **Educação e Orientação:** Além dos tratamentos diretos, os profissionais de reabilitação e fisioterapia também educam os pacientes e seus cuidadores sobre técnicas de autocuidado, exercícios domiciliares e medidas preventivas, incentivando a continuidade do progresso fora do ambiente hospitalar.

▪ ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Durante o período de observação o paciente necessitará de assistência nutricional, que compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições em Nutrição em Alimentação Coletiva: planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar os serviços de alimentação e nutrição; realizar assistência e educação alimentar e nutricional à coletividade ou a indivíduos sadios ou enfermos em instituições públicas e privadas.

Nas Unidades de Pronto Atendimento o nutricionista deverá desenvolver as seguintes atividades obrigatórias:

• Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.

• Elaborar o diagnóstico de nutrição.

• Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes.

• Registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).

• Realizar orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber.

- Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta.

- Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.

- Elaborar relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloque em risco a saúde humana, encaminhando-os ao superior hierárquico e às autoridades competentes, quando couber.

▪ SERVIÇO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

O Serviço de Atenção em Saúde Bucal é mantido enquanto atendimento de urgência. Urgência odontológica pode ser entendida, como medidas rápidas de atendimento que tem por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos da cavidade bucal. Essa condição que apresenta o paciente deve, portanto, ser tratada de forma iminente. Várias situações podem gerar uma urgência odontológica e levam, geralmente, ao afastamento laboral, escolar e baixa na qualidade de vida. Ocorre com mais frequência em pessoas que não fazem tratamento regular com dentista, porém pode surgir também após ou durante o tratamento odontológico.

Dessa forma, os Pronto Atendimentos Odontológicos devem apoiar as UBSs em casos de maior complexidade e em horários em que as UBSs estão fechadas.

O serviço de urgência e emergência prevê atendimento da demanda espontânea e de urgência nas 24 horas, incluindo atendimento de urgências odontológicas - 24h/dia, de forma continua inclusive final de semana e feriados com equipe especializada composta por 01 cirurgião dentista e 01 auxiliar de saúde bucal por plantão.

A SPDM como plano assistencial propõe fortalecer o serviço de urgência odontológica assegurando que os moradores tenham acesso imediato a tratamento odontológico em casos de emergências, como dor intensa, trauma dentário ou infecções graves.

- **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

O PS Central estará organizado para o atendimento e notificação das doenças de notificação compulsória, especialmente Tuberculose e Dengue considerando a frequência desses casos em serviços de urgência. Deverá ainda estar organizada para atender a demanda de casos de violência doméstica e agressão física. Destacamos a importância da atuação do PS, por ser este serviço responsável por grande parte do diagnóstico desses casos, além dos atendimentos às intercorrências.

Os casos de Tuberculose devem ser notificados através da ficha de notificação do SINAN, pelo profissional de saúde que atendeu o usuário, seguindo os fluxos e periodicidade estabelecidos no município e o usuário deverá ser encaminhado para as unidades de saúde da Atenção Básica garantindo o acompanhamento adequado para a confirmação ou não do diagnóstico.

A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a implementação de medidas oportunas, visando principalmente evitar complicações e óbitos. A organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é necessária para reduzir a letalidade da dengue.

Nos casos de violência doméstica e agressão física o PS deve atentar-se para o atendimento de pessoas expostas ao risco considerando os cuidados com os

ferimentos, notificação do caso e encaminhamento ao serviço social da própria unidade.

O conhecimento do instrumental de notificação, do fluxo de atendimento e das medidas de controle que devem ser adotadas pelos profissionais frente a essas doenças são de fundamental importância para que as ações de vigilância possam ocorrer em tempo oportuno, evitando a ocorrência de casos novos, de complicações ou mesmo de óbitos.

As notificações seguirão os fluxos estabelecidos pela Secretaria de Saúde Pública e Divisão de Vigilância Epidemiológica do Município e serão monitoradas pela equipe de Vigilância em Saúde da SPDM com o objetivo de manter a qualidade de preenchimento das notificações, bem como a qualidade do atendimento dos usuários.

A SPDM promoverá espaços de discussão dos protocolos e fluxos de notificação, assim como de monitoramento da qualidade das notificações realizadas.

- **SAME**

Na chegada do paciente ao serviço, será aberta ficha de atendimento através do prontuário eletrônico. Antes de ser atendido pelo médico (exceto em casos de urgência e emergência) paciente será convocado pela equipe da recepção a fim de atualização de dados cadastrais no sistema de prontuários eletrônico. Durante atendimento em consulta médica, os registros serão impressos, assinados, carimbados e organizados cronologicamente no prontuário físico. Após a alta, a ficha será encaminhada para faturamento e arquivamento em SAME, organizado por dia, mês e ano de atendimento. Esses prontuários permanecerão na unidade por seis meses antes de serem encaminhados para o serviço externo de guarda de documentos

2.2.5 SERVIÇO AMBULATORIAL DE TRAUMATOLOGIA

O processo de trabalho dos serviços prestados no ambulatório de traumatologia do Complexo Hospitalar Irmã Dulce tem como objetivos:

- Ser referência ambulatorial municipal e regional para a avaliação ortopédica e definição de tratamento cirúrgico ou conservador;

- Ofertar atendimento médico especializado conforme diretrizes técnicas nacionais e mundiais, dentro das atribuições do SUS;

- Manter assistência em consonância com os princípios e diretrizes assistenciais e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), e conforme as pactuações pertinentes ao Plano Operativo Anual;

- Buscar a otimização e o contínuo relacionamento com outros equipamentos da rede de atenção especializada e reabilitação, garantindo o matriciamento dos pacientes sob seus cuidados;

- A garantia da oferta de seguimento adequado aos pacientes, desde o diagnóstico até alta da unidade hospitalar com seu oportuno encaminhamento para a rede de saúde multidisciplinar pactuada, colaborando de forma eficaz para a futura reabilitação do indivíduo.

As atividades de assistência serão estruturadas pela equipe técnica e estabelecidas em um projeto comum, ampliando o acesso com qualidade e a integração da unidade na rede de atenção à saúde, mitigando assim a procura dos usuários por outros serviços de maior complexidade.

Neste contexto os processos de trabalho no serviço serão pautados:

- Humanização dos serviços e comunicação nas ações integradas entre os níveis de atenção do sistema de saúde para assegurar a continuidade da assistência prestada à população;

- Acesso com qualidade visando a organização e funcionamento dos serviços por meio do acolhimento com classificação de risco e escuta, além da resolutividade;

- Na organização do sistema de saúde por meio do conhecimento do território e o perfil da população;

- Articulação com os demais setores da sociedade visando a intersetorialidade na perspectiva da atenção integral das áreas temáticas articuladas com a Relação Nacional de Ações de Serviços de Saúde (RENASES) e

- Na vigilância à saúde e nos diferentes momentos do processo saúde-doença, buscando a promoção desta, a prevenção das enfermidades, acidentes, atenção curativa e reabilitadora; com a finalidade de adequar o atendimento às necessidades de saúde da população.

O processo assistencial no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, será apoiado e acompanhado pelos técnicos da SPDM com objetivo de:

- Implementar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, de acordo com a política de saúde do Gestor Municipal;

- Acolher o usuário, prestando-lhe atendimento e quando necessário, redirecionando-o para os locais adequados à continuidade do tratamento;

- Estimular ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

✓ Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, como a participação coletiva nos processos de gestão;

✓ Valorizar a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, considerando as necessidades sociais e organização do serviço;

✓Participar do planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações das equipes, das unidades do município visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento que considere as necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

✓ Estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, com vistas à atenção integral;

✓Articular e implementar, em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde - RAS, ações de vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infecto contagiosas em geral, doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas com o trabalho e o meio ambiente;

- **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO E IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA**

As atividades do serviço ambulatorial de traumatologia do Complexo Hospitalar Irmã Dulce são ofertadas em caráter eletivo ou de urgência relativa, tendo a regulação do acesso organizada da seguinte forma:

1. Demanda eletiva regional pelo Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP);

2. Demanda de urgência cirúrgica relativa (Portaria MS n.880/2013);

3. Demanda de traumatologia não cirúrgica (Plano Operativo Anual – Meta 5.48);

4. Demanda de avaliação e seguimento pós-operatório.

- **DA ESTRUTURA FÍSICA, ASSISTÊNCIAL E DE APOIO**

As atividades descritas são ofertadas na sua totalidade dentro das dependências do ambulatório cirúrgico do Hospital Irmã Dulce, utilizando de sua estrutura pactuada:

1. Apoio estrutural: Sala de espera, sistema eletrônico de chamadas, consultório médico e sala de curativo;

2. Profissional médico ortopedista;

3. Serviços de apoio clínico: Enfermagem e Técnico de Imobilização;

4. Serviços de apoio diagnósticos: Radiografia.

A especialidade médica de ortopedia do Hospital Irmã Dulce presta serviços ambulatoriais diariamente, com disponibilização de agenda organizada entre as diferentes caracterizações das demandas encaminhadas, sendo previsto o seguinte dimensionamento de atendimento por demanda:

Caracterização da Demanda	**Oferta de avaliação mensal**	**Regulação da oferta**
Demanda eletiva regional	24	SIRESP
Demanda de urgência cirúrgica relativa (Portaria MS n. 880/2013)	240	SIRESP

Demanda de traumatologia não cirúrgica (Plano Operativo Anual – Meta 5.48)	280	CRUE
Demanda de avaliação e seguimento pós-operatório	Sob demanda	SIRESP/CRUE

- **DO FLUXO ASSISTENCIAL DO AMBULATORIAL DE TRAUMATOLOGIA DO CHID**

a. Demandas de regulação SIRESP

A relação de distribuição de demanda ofertada ao SIRESP entre munícipes da Estância Balneária de Praia Grande e de outros municípios da região de abrangência da DRS IV é determinada em convênio entre a municipalidade de regulação regional.

I. Demanda SIRESP (Eletivas – Regional):

Os pacientes encaminhados das referências secundárias passam por primeira avaliação médica, onde se avaliam os critérios patológicos de indicação da cirurgia proposta e o status clínicos do paciente encaminhado, de forma a definir a real indicação do procedimento proposto e a aptidão clínica do paciente na submissão da cirurgia.

Desta forma, espera-se que nesta consulta o paciente porte de exames que comprovem a patologia ortopédica, assim como exames pré-operatórios para avaliação de risco cirúrgico.

Diante da confirmação de conduta cirúrgica e aptidão clínica, o paciente recebe a indicação cirúrgica e é direcionado ao agendamento do procedimento.

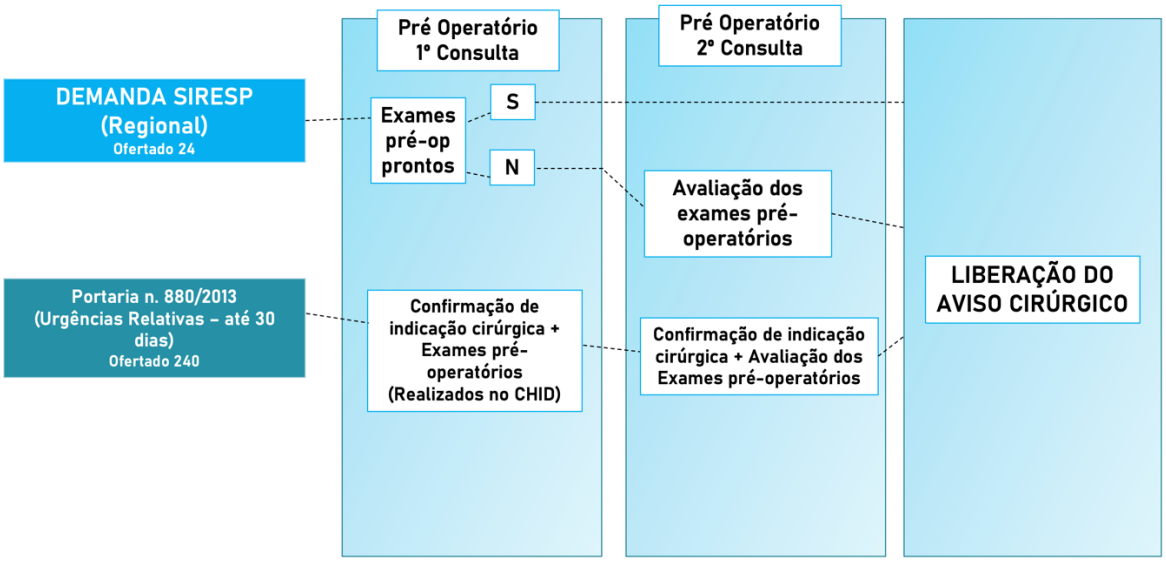
No caso se não possuir os exames exigidos, o paciente retorna a origem com a indicação dos exames a serem realizados e uma segunda consulta ambulatorial é agendada após a sua realização.

II. Demanda Urgência Relativa (Portaria n. 880/2013):

Conforme prevê a portaria ministerial destacada, a demanda se relaciona a procedimentos cirúrgicos ortopédicos oriundos das portas de entrada da rede de urgência e emergência que após primeiro atendimento, recebem agendamento regulado para tratamento definitivo a ser ofertado em segundo momento.

Sendo assim, os pacientes que acessam o ambulatório de traumatologia através deste fluxo recebem avaliação técnica ortopédica e de status clínico e, quando em posse dos exames pré-operatórios são diretamente encaminhados ao agendamento cirúrgico.

No caso dos pacientes que não apresentam exames pré-operatórios nesta ocasião, de forma a otimizar ao acesso ao tratamento cirúrgico em tempo oportuno, como prevê a portaria ministerial, são submetidos aos exames pré-operatórios com recursos próprios do ambulatório do Hospital Irmã Dulce, após a avaliação, encaminhados de forma semelhante ao agendamento cirúrgico.



• *Casos avaliados como não pertinentes ao procedimento cirúrgico são contrarreferenciados a origem solicitante através de relatório médico.*

b. <u>Demanda de traumatologia não cirúrgica:</u>

Os casos pertencentes a essa classificação de demanda estão relacionados a fraturas ortopédicas estáveis, sem indicação cirúrgica, ou seja, tendo seu tratamento baseado em medidas conservadoras, especialmente a imobilização.

Os pacientes acometidos com este tipo de fraturas ortopédicas recebem o primeiro atendimento médico nas portas de entrada que possuem estruturação de ortopedia, podendo ser oriundos do Pronto Socorro Central ou da porta de entrada do Hospital Irmã Dulce.

Desta forma, os pacientes que adentram o fluxo de cuidado do ambulatório de traumatologia não cirúrgica são encaminhados em utilização da imobilização preconizada para acompanhamento ortopédico, objetivando a consolidação da fratura.

2.2.6 FLUXOS DE TRABALHO

O Ministério da Saúde estabelece através da Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual terá como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Considerando que o Complexo Hospitalar Irmã Dulce integra uma rede de serviços de saúde que deve responder as necessidades de saúde da população, torna-se fundamental a articulação e integração desses serviços com os demais componentes da Rede buscando o fortalecimento da mesma. Para que a integração ocorra de forma efetiva, torna-se primordial que os serviços que compõem o Complexo conheçam e reconheçam os serviços de saúde da RAS na qual estão inseridos.

Para uma efetiva comunicação com estes pontos de atenção à saúde, é necessário que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema. Para que isto aconteça é necessário que haja um sistema de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde, em que um serviço informa ao outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo.

A UPA Dr. Charles Antunes Bechara atenderá pacientes que busquem o serviço espontaneamente e os referenciados através do SAMU e de outros pontos da

rede de assistência, conforme os fluxos estabelecidos pela SESAP, para atendimento de Urgência/ Emergência nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria.

O Pronto Socorro Central atenderá pacientes que busquem o serviço espontaneamente. Já Pronto Socorro do Hospital Irmã Dulce seguirá também com demanda espontânea para obstetrícia, e porta de entrada referenciada, conforme os fluxos estabelecidos pela SESAP, para as especialidades de Clínica Médica, Pediatria, Clínica Cirúrgica, Ginecologia/ Obstetrícia, Ortopedia/ Traumatologia e odontologia na especialidade Buco – maxilo facial.

O HMID é a unidade hospitalar referência na região em trauma e neurocirurgia no atendimento de pacientes de média e alta complexidade (conforme pactuação Estadual), também oferece atendimento nas áreas de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Pneumologia, Infectologia, Nefrologia, urologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica, Psiquiatria, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hematologia.

Buscando uma maior eficiência na gestão de leitos e vagas no Hospital Irmã Dulce, temos o Núcleo Interno de Regulação (NIR).

A gestão dos leitos proposta pela SPDM será por regulação unificada, permitindo aos gestores a visualização dos leitos hospitalares disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) local, agilizando o encaminhamento de pacientes que aguardam internação ou transferência.

A utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima atenderá os critérios definidos pela SESAP, visando à diminuição do tempo de espera para Internação, evitando transferências externas, garantindo a satisfação do paciente e do médico.

Nesta perspectiva o Núcleo Interno de Regulação efetivará de forma sistematizada e gestão compartilhada de vagas e leitos (regulação interna), por meio de critérios combinados de prioridade para uso dos leitos com objetivo de agilizar as transferências internas.

O Núcleo Interno de Regulação será ainda de responsável pelo agendamento de consultas na rede de atenção à saúde para seguimento dos usuários após alta ambulatorial, garantindo a continuidade do cuidado.

As vagas para internação serão monitoradas e trabalhadas pelo NIR através do sistema SIRESP, com atualização diária quanto a ocupação dos leitos hospitalares.

Poderá ainda receber pacientes para internação, referenciados por outros Hospitais através da regulação de vagas conforme fluxos definidos pela SESAP.

As vagas para atendimento em Ambulatório e Hospital – Dia estarão disponibilizadas e os agendamentos se darão através de sistemas de regulação, conforme definição da SESAP. As vagas ambulatoriais estarão voltadas para atendimento pré e pós cirúrgicos e atendimento ortopédico pós – trauma. O número de vagas disponibilizadas respeitará a capacidade operacional dos serviços.

A Unidade de Alta Complexidade em Cuidados ao Portador de Doença renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva manterá atendimento especializado voltados à prevenção, diagnóstico, consulta e tratamento de doenças renais à pacientes do município de Praia Grande e outros municípios do Litoral Sul, a partir de encaminhamento médico especialista. Os agendamentos ocorrerão em vagas reguladas conforme fluxos definidos pela Secretaria de Saúde Pública.

O usuário referenciado para os serviços que compõem o Complexo Hospitalar Irmã Dulce, após alta, deverá ser encaminhado para Atenção Primária ou outros níveis de atenção que deverão dar continuidade a assistência.

Para que o caminho ideal do usuário na Rede de Atenção à Saúde se torne uma realidade é fundamental que os serviços sigam uma rotina de atendimento e uma eficiência da contrarreferência. Propõe-se as seguintes atividades relacionadas com a contrarreferência:

- Implantação/Qualificação da Guia de contra referenciamento, através de formulário próprio com identificação do hospital, letra legível, assinatura e carimbo do médico, resumo da situação atual do paciente, bem como recomendações para o serviço que irá receber o usuário. Este formulário será entregue ao usuário, o qual será orientado a entregá-lo no serviço de saúde de sua referência para continuidade do cuidado;
- Elaboração de lista contendo nome dos usuários contra referenciados para Atenção Primária e com outros hospitais.
- Implantação de Contra referenciamento qualificado dos casos considerados como prioritários pelos serviços. A partir da avaliação da equipe multiprofissional e definição de riscos e vulnerabilidades na qual o paciente está inserido, este deverá ser encaminhado durante o seu processo de alta para o atendimento do assistente social, o qual deverá realizar contato telefônico com o serviço de referência para discussão do caso, definição do profissional que irá atendê-lo, bem como definição de data e horário do seu atendimento.

Os pacientes de maior gravidade, atendidos na UPA cujo quadro extrapole as possibilidades de solução neste serviço serão encaminhados para outros pontos da rede de assistência através do Sistema SIRESP ou de e-mail/ sistema informatizado conforme natureza da vaga (estadual ou municipal).

Em situações de necessidade de transferência de pacientes de serviço que compõe o Complexo Hospitalar Irmã Dulce para outra unidade de Saúde, em UTI Móvel ou USA (Unidade de Suporte Avançado), a SPDM disponibilizará profissional médico para acompanhamento do transporte.

O Nefro - PG contará com estrutura para remoção de pacientes para hospital de retaguarda quando a situação assim o exigir, conforme legislação e normas técnicas vigentes.

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce contará com apoio durante todo o horário de funcionamento de seus serviços, com o Serviço de Regulação Médica de Urgência

Em consonância com a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, a SPDM, atua com os mecanismos de gestão da clínica e de urgências, visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência.

O Processo de assistência no Complexo Hospitalar Irmã Dulce será norteado pelas políticas da Secretaria Municipal de Saúde Estância Balneária de Praia Grande segundo as modalidades de atenção, e estará organizado para o alcance das metas estabelecidas no Contrato de Gestão.

As atividades de assistência serão estruturadas pela equipe técnica e estabelecidas em um projeto comum, ampliando o acesso com qualidade e a integração da unidade na rede de atenção à saúde, mitigando assim a procura dos usuários por outros serviços de maior complexidade.

Cabe destacar que a SPDM busca em sua atuação nos diferentes territórios, ao longo de sua experiência gerencial, trabalhar de forma articulada com o os demais setores da sociedade visando a intersetorialidade na perspectiva da atenção integral à saúde do cidadão.

Outro aspecto que a SPDM valoriza e implementa nos seus processos gerenciais é a valorização dos processos de planejamento local, monitoramento e avaliação de ações das equipes, das unidades de saúde buscando a reorganização dos serviços, a readequação dos processos de trabalho utilizando a metodologia do

planejamento estratégico que preconiza a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Os princípios da vigilância em saúde estão sempre presentes nos processos de trabalho propostos e organizados, atuando no controle de doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis sempre de forma articuladas com a rede assistencial do município.

Todas ações que compõem o processo assistencial proposto pela SPDM, detalhado ao longo desta proposta técnica busca garantir a integralidade no atendimento ao usuário SUS para os procedimentos em todos os procedimentos realizados,

Além dos processos de trabalho e fluxos já descritos conforme citado acima, apresentamos a seguir alguns fluxos operacionais a serem implantados ou mantidos no Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

Neste contexto a SPDM relaciona a seguir os fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internamento. É importante destacar que a preocupação com os fluxos hospitalares faz parte da própria história do edifício hospitalar, desde o final do século XVIII, cujo objetivo principal é propiciar maior isolamento das enfermarias e a separação dos diferentes fluxos hospitalares, por meio das características espaciais e complexidade funcional.

Os fluxos são divididos em grandes conjuntos, sendo, fluxos interfuncionais, que se desenvolvem entre as diferentes unidades funcionais e os fluxos intrafuncionais, que ocorrem dentro de uma única unidade funcional.

Apresentamos a seguir, proposta de fluxos interfuncionais e intrafuncionais, fluxos de materiais esterilizados, fluxo de roupas, fluxos de resíduos e fluxo de registro de usuários.

- **FLUXOS INTERFUNCIONAIS**

a) Paciente Externo: são constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato de urgência e emergência, o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico e terapia e que não se encontram em regime de internação.

Os pacientes desta unidade e seus acompanhantes circulam em áreas funcionais, ou seja, setores específicos e, portanto, restritos evitando a circulação destes nos setores reservados aos funcionários (área branca) e pacientes internados, sendo que o Complexo Hospitalar irmã Dulce possui dois elevadores ao fundo do prédio e 2 elevadores na frente do prédio onde se permite adequar o fluxo de pacientes em cada área por onde irão transitar.

b) Paciente Interno: são constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação na própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, e que acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

c) Acompanhantes: são constituídos pelos fluxos de familiares ou responsáveis pelos pacientes externos e internos e que os acompanham durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação.

d) Funcionários: são constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, auxiliares, entre outros, e de todos os técnicos e pessoal de apoio, necessários ao funcionamento da unidade.

A circulação de funcionários é restrita às suas unidades de atuação, porém, em casos específicos ou, conforme a necessidade de deslocamentos e fluxos assistenciais a circulação dos profissionais de saúde, torna-se permitida em toda a unidade.

e) Insumos: são constituídos pelos fluxos de insumos, insumos estes de diversas variedades e especificidades que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, tipo de alimentos, como, processados ou não processados, roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos e equipamentos.

f) Material Contaminado e Resíduos Sólidos: são os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos, podendo ser contaminados ou não contaminados e por resíduos de serviços de saúde (RSS).

É valido ressaltar que a SPDM realiza o tratamento dos elementos contaminados na fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final, ações essas eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais. Dentre as ações destacamos as instalações dos lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das antecâmaras, quando necessários.

g)Cadáver: Os cuidados especiais tomados com a circulação de pacientes em óbito, são essenciais, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar entre pacientes e acompanhantes, além do transporte adequado eliminando qualquer risco de contaminação, garantindo assim, a integridade do paciente em óbito. A SPDM fornece condições físicas para que o trajeto

do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, o necrotério ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite o cruzamento dos fluxos dos setores de internações, salas de espera, refeitórios e as circulações de pacientes e acompanhantes é válido ressaltar que, o morgue está localizado em corredores de acesso exclusivo de funcionários.

h) Visitantes: o termo “visitantes” é utilizado para todos que permeiam pela unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, como compras e serviços terceirizados.

A SPDM instituiu o cuidadoso acompanhamento destes fluxos, delimitando as áreas de acessos, estabelecendo horários de movimentações e desta forma, contribuindo para o bom funcionamento dos serviços, bem como a segurança da unidade, dos funcionários e dos pacientes.

- **FLUXOS INTRAFUNCIONAIS**

São constituídos pelos fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade e podem ser subdivididos para efeito de avaliação em dois tipos principais: fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação. Nesta perspectiva a avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos, da implantação e de barreiras físicas.

Para melhor organização dos fluxos a SPDM considera necessário um número mínimo de acessos que varia, em função do porte e da complexidade da unidade, geralmente são projetados pela SPDM aos seguintes acessos:

1. Acesso à Internação, ambulatório, apoio ao diagnóstico e administração: Existência de um único acesso às unidades funcionais, com adequado sistema de informação e orientação aos usuários (balcão de informações e a programação visual) e o dimensionamento das áreas de espera, para auxiliar o deslocamento dos pacientes entre os setores, os corredores são demarcados com fitas adesivas e coloridas, afim de orientar a chegada correta ao local indicado.

2. Acesso ao Atendimento Imediato (Urgência e Emergência): apresenta um fluxo separado dos pacientes que dão entrada na unidade deambulando, daqueles que chegam em ambulância.

3. Acesso de Funcionários e Insumos: adotado um único acesso para a entrada de funcionários e de insumos; onde são identificados os trajetos percorridos por cada tipo de fluxo após a passarem pelo controle de acesso.

4. Controle de acesso: visando garantir a segurança dos pacientes, funcionários e acompanhantes, a SPDM adota medidas para garantir o fluxo de circulação, sendo:

HMID – Hospital Municipal Irmã Dulce

•2 Catracas Entrada de Funcionários

•1 Catraca Entrada Maternidade

•1 Catraca Refeitório

Categorias:

Funcionários UPA e HMID: Utilizado para todos os funcionários que acessam ambas unidades, segue abaixo as catracas que o acesso é liberado de entrada e saída:

•Catraca Entrada de Funcionários;

•Catraca Refeitório.

HMID Funcionários: Utilizado para todos os funcionários da unidade SPDM - HMID, Funcionários de Empresas Terceiras, segue abaixo as catracas que o acesso é liberado de entrada e saída:

•Catraca Entrada de Funcionários;

•Catraca Refeitório.

HMID Segurança: Utilizado para todos os funcionários da Segurança - HMID, Internação – HMID, Recepção – HMID, TI – CHID, segue abaixo as catracas que o acesso é liberado de entrada e saída:

•Catraca Entrada de Funcionários;

•Catraca Entrada Maternidade;

•Catraca Refeitório.

PSC – Pronto Socorro Central

•1 Catraca Entrada de Funcionários

•1 Catraca Refeitório

Categorias:

Funcionários: Utilizado para todos os funcionários da unidade SPDM – PS Central, Diretores - HMID, Gerentes - HMID, Coordenadores - HMID, Funcionários de Empresas Terceiras, segue abaixo as catracas que o acesso é liberado de entrada e saída:

•Catraca Entrada de Funcionários;

•Catraca Refeitório.

Nefro PG – Centro de Nefrologia.

•1 Entrada de Funcionários/sem catraca;

UPA Samambaia - Unidade de Pronto Atendimento Charles Antunes Bechara.

•1 Entrada de Funcionários/sem catraca;

A SPDM realiza as ações relacionadas a seguir com intuito de adequar os acessos, fluxos de circulação interna, externa, internamento e sinalização para melhoria da qualidade da assistência e da segurança do paciente prestadas pelo CHID, como:

✓Treinamento de recursos humanos para orientação e controle do acesso nas 24 horas;

✓Sinalização externa para orientação do acesso;

✓Sinalização de fácil entendimento e visualização em todas as áreas de circulação;

✓Controle da circulação em áreas restritas;

✓Segurança e proteção contra intempéries;

✓Disponibilidade e condições de circulação interna e vertical na utilização de macas e cadeiras de rodas;

✓Condições de segurança, proteção e conforto na entrada e saída de clientes/pacientes;

✓Instalação de corrimão em todas as escadas;

✓Instalação de barras de apoio nos sanitários para o público e clientes/pacientes;

✓Acessos diferenciados para veículos e pedestres;

✓Área de estacionamento e manobras para veículos de serviços, de provisionamento diferenciada do público ou dos funcionários;

✓Área de acesso independente ao serviço de emergência;

✓Elaboração de Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is);

✓Implantação de sistema e documentação do processo de planejamento de acessos e circulação;

✓Programa de educação e treinamento continuado;

✓Composição de grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional;

✓Procedimentos de orientação aos clientes/pacientes;

✓Implantação de Sistema de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos correspondentes;

✓Implantação de Sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos, por meio do QRCode e nos Totem que estão distribuídos pelas Unidades, bem como o SAU e Ouvidores.

- **FLUXO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS**

O Centro de Materiais e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico localizada dentro do hospital ou serviço de saúde, responsável pela limpeza, preparo, desinfecção, esterilização, armazenamento, controle e distribuição de produtos para saúde, desempenhando um papel crucial na prevenção das infecções relacionadas a assistência à saúde e garantindo a segurança dos pacientes e profissionais.

O processamento de produtos para saúde deve ser realizado no Centro de Material e Esterilização (CME), que pode processar somente produtos compatíveis com sua capacidade técnica e operacional, conforme sua classificação.

É responsabilidade do CME todo o processamento (limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, guarda e distribuição) dos artigos, tais como instrumental e roupas cirúrgicas, para todas as unidades consumidoras da instituição.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional, seguindo as recomendações contidas na RDC 15, a SPDM adotará barreira física entre as áreas de recepção e limpeza (setor sujo), sala de preparo e esterilização (setor limpo), sala de desinfecção química (setor limpo) e sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

O acesso ao Centro de Materiais e Esterilização (CME) será restrito aos profissionais da área.

A SPDM com sua experiência de gestão em unidades hospitalares, relaciona abaixo ações realizadas que contribuem para o aprimoramento e desempenho do CME:

✓Responsável Técnico habilitado;

✓Estabelecimento de fluxos para os processos de limpeza, desinfecção e esterilização dos produtos para saúde;

✓Monitoramento e registros dos controles do ciclo de esterilização por lote;

✓Sistema de controle de estoque;

✓Inventário de materiais atualizado periodicamente;

✓Condições operacionais e estruturais que atendam a todos os requisitos contidos na RDC 15, para a segurança do paciente, bem como a segurança dos profissionais do serviço;

✓Áreas separadas por barreira física;

✓Mecanismos adequados de comunicação entre as áreas e com o exterior;

✓Equipamentos e instalações adequados as necessidades do serviço;

✓Programa de manutenção preventiva dos equipamentos;

✓Instalações de pias para higiene de mãos;

✓Instalação de preparação alcoólica para higiene de mãos;

✓Estabelecimento de protocolos de precauções padrão;

✓Estabelecimento de protocolos de prevenção e controle de infecção;

✓Elaboração de Manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is);

✓Planejamento, controle dos ciclos de esterilização e rastreamento do processo;

✓Sistema de análise crítica de indicadores, visando à melhoria continua dos processos, agindo através da minimização de riscos;

✓Programa de educação e treinamento continuado;

✓Composição de grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional;

✓Implantação de sistemas de planejamento em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos.

✓Implantação e implementação do Comitê de Processamento de Produtos para Saúde – CPPS, composta pelos representantes exigidos na RDC 15.

O fluxo dos produtos para saúde no Hospital Irma Dulce estará estabelecido em protocolo próprio, com fluxos descritos conforme mencionado abaixo:

•A equipe de enfermagem realizara pré limpeza no setor de origem, bem como o encaminhamento dos materiais para o CME em horários pré estabelecidos;

•O transporte dos materiais deve ser realizado em container fechado, com tampa e passível de higienização;

•A equipe da CME recebe os materiais pela área de recepção e limpeza (expurgo) e confere os materiais recebidos junto ao profissional que os trouxe, realizando a contagem de peças e possíveis avarias;

•Material proveniente do Centro Cirúrgico desce através de monta carga sujo;

•Após conferência e recebimento dos artigos, o profissional da CME deve registrar no livro de recebimento o horário, setor de origem, profissional responsável pela entrega e descritivo dos materiais recebidos;

•Após o recebimento, o profissional da CME inicia o processo de limpeza, desinfecção ou esterilização dos artigos, de acordo com sua criticidade.

A UPA Samambaia conta com um CME Classe I, com as diretrizes necessárias para o seu funcionamento de acordo com a RDC 15 e realiza os processos seguindo

o Manual de Processamento de Produtos para Saúde da SPDM, que contém os seguintes fluxos mencionados abaixo:

•Após a utilização dos instrumentais, a equipe de enfermagem e equipe de saúde bucal encaminha os materiais para o CME;

•O transporte dos materiais deve ser realizado em container fechado, com tampa e passível de higienização;

•A equipe da CME recebe os materiais pela área de recepção e limpeza (expurgo) e confere os materiais recebidos junto ao profissional que os trouxe, realizando a contagem de peças e possíveis avarias;

•Após conferência e recebimento dos artigos, o profissional da CME deve registrar em planilha própria a data, descritivo dos materiais e quantidade recebida;

•Após o recebimento, o profissional da CME inicia o processo de limpeza, desinfecção ou esterilização dos artigos, de acordo com sua criticidade, registrando todos os processos em planilhas próprias;

•Após todo o processamento os materiais são encaminhados para os setores em caixas fechadas, com tampa e passível de higienização.

O Pronto Socorro Central conta com um CME Classe I, com as diretrizes necessárias para o seu funcionamento de acordo com a RDC 15 e realiza os processos seguindo o Manual de Processamento de Produtos para Saúde da SPDM, que contém os seguintes fluxos mencionados abaixo:

•Após a utilização dos instrumentais, a equipe de enfermagem e equipe de saúde bucal encaminha os materiais para o CME;

•O transporte dos materiais deve ser realizado em container fechado, com tampa e passível de higienização;

•A equipe da CME recebe os materiais pela área de recepção e limpeza (expurgo) e confere os materiais recebidos junto ao profissional que os trouxe, realizando a contagem de peças e possíveis avarias;

•Após conferência e recebimento dos artigos, o profissional da CME deve registrar em planilha própria a data, descritivo dos materiais e quantidade recebida;

•Após o recebimento, o profissional da CME inicia o processo de limpeza, desinfecção ou esterilização dos artigos, de acordo com sua criticidade, registrando todos os processos em planilhas próprias;

•Após todo o processamento os materiais são encaminhados para os setores em caixas fechadas, com tampa e passível de higienização.

A Nefrologia Praia Grande não dispõe de CME para o processamento dos produtos para saúde utilizados na unidade, portanto todo o processo é realizado no Hospital Irma Dulce, o fluxo de transporte de uma unidade para outra se dá através do seguinte passo a passo:

•Após a utilização dos instrumentais, a equipe de enfermagem segrega os instrumentais utilizados;

•A Hotelaria do Hospital Irmã Dulce é acionada para que o transporte entre as unidades seja realizado;

•Todos os instrumentais ficam armazenados dentro de container fechado, com tampa e passível de higienização;

•O profissional responsável pela organização dos instrumentais preenche planilha própria para controle de saída;

•O transporte dos materiais é realizado em carro para essa finalidade;

•Ao chegar no Hospital Irma Dulce os instrumentais são processados de acordo com a sua criticidade, seguindo o manual próprio do serviço;

•Após processamento a Hotelaria do Hospital Irmã Dulce é acionada para que o transporte entre as unidades seja realizado;

•O profissional responsável pelo processamento dos materiais e envio dos mesmos a Nefrologia Praia Grande preenche planilha própria para controle de saída;

•Todo material é acondicionado em caixa limpa, rígida e com tampa;

•O transporte é realizado em carro próprio para essa finalidade;

•Ao chegar na Nefrologia Praia Grande os instrumentais são recebidos pela equipe e direcionados para os setores.

No caso de plano de contingência para esterilização das unidades UPA Samambaia e Pronto Socorro Central, o processamento de produtos para saúde é realizado no CME do Hospital Irmã Dulce, seguindo o fluxo estabelecido abaixo:

•Após a utilização dos instrumentais, a equipe de enfermagem e/ou equipe de odontologia encaminha os intrumentais para o CME;

•Na unidade de origem são realizadas as etapas de limpeza, inspeção e secagem dos instrumentais;

•A equipe responsável pela organização organiza os instrumentais e preenche a planilha própria para controle de saída;

•A Hotelaria do Hospital Irmã Dulce é acionada para que o transporte entre as unidades seja realizado;

•Todos os instrumentais ficam armazenados dentro de container fechado, com tampa e passível de higienização;

•O transporte dos materiais é realizado em carro para essa finalidade;

•Ao chegar no Hospital Irma Dulce os instrumentais são processados novamente desde a etapa de limpeza, seguindo o manual próprio do serviço;

•Após processamento a Hotelaria do Hospital Irmã Dulce é acionada para que o transporte entre as unidades seja realizado;

•O profissional responsável pelo processamento dos materiais e envio dos mesmos para as unidades de origem preenche planilha própria para controle de saída;

•Todo material é acondicionado em caixa limpa, rígida e com tampa;

•O transporte é realizado em carro próprio para essa finalidade;

•Ao chegar na unidade de origem os instrumentais são recebidos pela equipe do CME, conferidos e disponibilizados para uso aos setores.

- **FLUXO DE ROUPAS**

O processamento de roupas compreende um conjunto de etapas com o objetivo final de garantir as condições de higiene e qualidade das roupas utilizadas na atenção à saúde, mantendo o atendimento a demanda e continuidade da assistência.

As etapas do processamento de roupas de serviços de saúde compreendem: retirada e acondicionamento da roupa suja, coleta, recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja, processo de lavagem, centrifugação, dobra, embalagem e armazenamento da roupa limpa, o transporte e a distribuição da roupa limpa.

Na Unidade hospitalar o processamento de roupas é de fundamental importância, pois contribui para: controle das infecções, recuperação, conforto e segurança do paciente e eficiência na assistência prestada por parte dos profissionais de saúde.

Todo processamento de roupas do Hospital Irmã Dulce está previsto para funcionar na estrutura física da lavanderia hospitalar, instalada nas dependências do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

A coleta das roupas será realizada de quatro a seis vezes ao dia em carros de transporte com tampa e encaminhados a área suja, onde serão pesados e classificados.

De acordo com o tipo de sujidade as roupas são separadas e acondicionadas em carros específicos e, posteriormente lavadas com produtos adequados a classificação específica de sujidade.

As roupas são lavadas através de lavadoras extratoras com produtos químicos autorizados pela ANVISA.

A área limpa é chamada de setor de acabamento, onde ficam as calandras, secadoras, mesa de dobragem, gaiolas, armários para armazenamento e carros para transporte de roupa limpa. Nesta área a Extratora Lavadora descarrega a roupa limpa que sequencialmente é colocada em carros limpos e transportadas até as secadoras para processamento.

Na área limpa (acabamento) é também executada a distribuição e uma inspeção de qualidade de roupas a fim de separar também peças com manchas para retornarem ao processo de lavagem e, separar peças com pequenos reparos para costura. A distribuição objetiva suprir todas as unidades do hospital de roupas prontas para uso.

No processo de secagem são utilizadas secadoras rotativas e quentes.

No processo de passagem é utilizada calandra de lençol de camas, berços e macas.

O processo de dobragem do enxoval se dá através de classificação das peças, para posterior selagem, portanto são realizadas duas etapas de checagem de qualidade da lavagem.

A disponibilização do enxoval para a inspeção final, é de responsabilidade da Líder e ou colaborador indicado por ele, mantendo a identificação e preservação da

conformidade resultante do setor de origem. Esta produção deve ser enviada e mantida em local definido pela Distribuição, aguardando a inspeção e controle final. O enxoval será distribuído nas unidades acondicionado em sacos plásticos lacrados, transportados em gaiolas e/ou carros específicos para transportes de rouparia.

Os profissionais são capacitados antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com a RDC 6 com os seguintes conteúdos:

•Etapas de processamento de roupas de serviços de saúde;

•Segurança e saúde ocupacional;

•Prevenção e Controle de Infecção;

•Uso de saneantes.

Seguindo as recomendações contidas na RDC 6, a SPDM adotara os equipamentos, insumos e produtos necessários para a pratica de higiene de mãos em todas as áreas do processamento de roupas.

Neste contexto e com sua experiência em gestão hospitalar a SPDM reforça a importância dos itens a seguir para garantia da qualidade do serviço, bem como seu funcionamento e fornecimento:

✓Profissional responsável pela coordenação das atividades;

✓Dispor de um manual(is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s) e atualizado(s);

✓Deverá disponibilizar estatísticas e controle dos processos;

✓Deverá realizar ações sistemáticas e continuas de treinamento para equipe responsável;

✓Deverá dispor de sistemas de informação da organização com dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e a comparação com referenciais adequados.

Todo o processamento de roupas está apresentado tanto para o setor de Hotelaria, como para o Serviço de Controle de Infeção do Complexo Hospitalar Irma Dulce.

O processamento das roupas das Unidades Upa Samambaia, PS Central e Nefro PG terá um fluxo diferente, conforme estabelecido abaixo:

•O enxoval utilizado nas unidades é separado e a empresa terceirizada é responsável pela retirada do enxoval sujo das unidades;

•O transporte do enxoval sujo é realizado até o Hospital Irma Dulce;

•O processamento do enxoval seguirá na lavanderia hospitalar instalada nas dependências do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, seguindo o procedimento descrito acima;

•Após processamento, o enxoval limpo é encaminhado para as unidades em embalagens próprias e carro de transporte adequado;

•Ao chegar nas unidades, o enxoval é armazenado em ambiente controlado e distribuído para os setores conforme necessidade.

- **FLUXO DE RESÍDUOS**

Atualmente a gestão de resíduos contempla o acompanhamento e destinação adequada, conforme o contexto local, dos seguintes resíduos de serviço de saúde, como preconizado na RDC ANVISA N° 222/2018; Portaria CVS 21/2008; LEI N° 12305/2010 – Plano Nacional de Resíduos Sólidos.

- **Grupo D – Resíduo Comum (acondicionados em sacos pretos) / Resíduo Reciclável (acondicionado em sacos azuis);**
- **Grupo A – Resíduo Infectante (acondicionados em sacos brancos leitosos);**
- **Grupo E – Resíduo Perfurocortante Infectante (acondicionados em caixas amarelas).**
- **Grupo B – Resíduos Químicos (acondicionados em sacos laranja)**

Todo este processo estará descrito no PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, elaborado e acompanhado por profissional tecnicamente habilitado.

- **FLUXO DE REGISTRO DE USUÁRIO**

Os fluxos de trabalho do Complexo Hospitalar Irmã Dulce seguirão estritamente a observação das normatizações existentes nos processos administrativos pertencentes à Regulação de Internações Hospitalares, ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) e a Regulação do Estado (DRS IV).

Para a admissão do paciente nos serviços que compõem o Complexo Hospitalar Irmã Dulce, deverão ser fornecidos pelo paciente, documentos válidos de identificação, Cartão Nacional de Saúde (CNS) e a documentação de encaminhamento, se for o caso. Para o atendimento de crianças e outras situações que assim o exigir, deverá ser apresentado ainda documento de identificação do acompanhante. Os serviços deverão ainda colher a assinatura do paciente ou de seu representante legal nos documentos oficiais SUS quanto ao atendimento ofertado e estes serão arquivados ao prontuário do paciente.

As unidades deverão buscar o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente caso ele não esteja em sua posse no momento do registro de entrada no serviço ou ainda gerar um número para pacientes que ainda não o possuírem, através de acesso ao Sistema CadWeb.

Em situações de atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ ou responsáveis pelo paciente em prazo máximo de 48 horas para regularização de seu registro.

- **Hospital Irmã Dulce - Internação**

Para admissão do paciente em internação, independente da clínica, deverá ser apresentado documento de identificação do paciente e do responsável quando a situação exigir e Cartão Nacional de Saúde do Paciente. O setor de admissão, através dos dados do paciente, fará verificação de existência de registro prévio de internações, caso haja será usada a mesma numeração de prontuário já existente, caso não haja, será gerado um número que identificará todos os documentos do paciente provenientes da internação (prontuários, exames, etc). A partir do processo de admissão, será gerado em meio eletrônico o prontuário do paciente, onde serão realizados os registros de atendimentos, procedimentos e resultados de exames do paciente pelos profissionais de saúde. Após atendimento o registro deverá ser impresso, assinado e carimbado pelo profissional responsável pelo atendimento, compondo o prontuário físico do paciente, juntamente com exames e outras documentações provenientes de sua internação. O prontuário físico permanecerá no setor, organizado por ordem cronológica dos atendimentos, até a alta do paciente quando será direcionado para os setores de faturamento e SAME.

Caso o paciente seja proveniente de atendimento de Urgência/ Emergência, a ficha com os registros deste atendimento, também irão compor o prontuário de internação.

- **Ambulatório e Hospital - Dia**

O paciente agendado para atendimento em Ambulatório ou Hospital - Dia, será atendido incialmente em recepção onde deverá apresentar documentação de identificação do paciente e/ ou do responsável, quando a situação exigir, e documentação de encaminhamento e Cartão Nacional de Saúde do paciente. Através dos dados do paciente, o setor fará verificação de existência de número de prontuário prévio no serviço, caso haja será usada a mesma numeração de identificação, caso não haja, será gerado número de prontuário que identificará todos os documentos do paciente provenientes do atendimento (prontuários, exames, etc). A partir do processo de admissão, será gerado em meio eletrônico o prontuário do paciente, onde serão realizados os registros de atendimentos, procedimentos e resultados de exames do paciente, por todos os profissionais de saúde. Após atendimento o registro deverá ser impresso, assinado e carimbado pelo profissional responsável pelo atendimento, compondo o prontuário físico do paciente, juntamente com exames e outras documentações provenientes do atendimento realizado. Ao final do período, os prontuários serão encaminhados para os setores de faturamento e SAME.

- **UPA Dr. Charles Antunes Bechara, Pronto Socorro HMID e Pronto Socorro Central**

Para o atendimento na UPA Dr. Charles Antunes Bechara e nos Prontos Socorros, o paciente deverá apresentar documentos para o registro do paciente. Será aberta ficha de atendimento em ambiente eletrônico, contendo os dados do paciente, que será enviado para os setores/ consultórios de atendimentos para registros dos atendimentos e/ou procedimentos realizados. Após atendimento, a ficha será finalizada por alta do paciente ou seu encaminhamento para outros pontos de assistência da rede, dependendo da avaliação médica, devidamente registradas. Todos os profissionais que realizarem atendimento ao paciente em urgência e emergência, o registrarão em ficha física até a implantação completa do prontuário eletrônico, prosseguindo com assinatura e carimbo deste registro. Todos os registros gerados deste atendimento serão arquivados em conjunto em ordem cronológica. Após a alta do paciente os registros deste atendimento serão encaminhados para o setor de faturamento do HMID.

- **Nefro – PG**

O paciente agendado para atendimento no Serviço de Nefro - PG, será atendido incialmente em recepção onde deverá apresentar documentação de identificação do paciente e/ ou do responsável, quando a situação exigir, documentação de encaminhamento pelo especialista e Cartão Nacional de Saúde do paciente. Através dos dados do paciente, o setor fará verificação de existência de número de prontuário prévio no serviço, caso haja será usada a mesma numeração de identificação, caso não haja, será gerado número de prontuário que identificará todos os documentos do paciente provenientes do atendimento (prontuários, exames,

etc). A partir do processo de admissão, será gerado em meio eletrônico o prontuário do paciente, onde serão realizados os registros de atendimentos, procedimentos e resultados de exames do paciente, por todos os profissionais de saúde. Após atendimento o registro deverá ser impresso, assinado e carimbado pelo profissional responsável pelo atendimento, compondo o prontuário físico do paciente, juntamente com exames e outras documentações provenientes do atendimento realizado. Ao final do período, os prontuários serão encaminhados para os setores de faturamento e SAME.

3. METAS DE PRODUÇÃO QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

O monitoramento e a avaliação de indicadores são processos essenciais para garantir a qualidade e eficiência dos de serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde o monitoramento é um processo contínuo que envolve a coleta, análise e uso de informações sobre os indicadores de saúde. Seu objetivo é acompanhar, em tempo real ou em intervalos regulares, o desempenho dos serviços de saúde, identificando tendências, desvios e problemas que precisam ser corrigidos.

A avaliação, por sua vez, é um processo mais sistemático e estruturado que busca analisar a efetividade, eficiência, impacto e sustentabilidade dos serviços de saúde, podendo ser realizada de forma periódica, com intervalos específicos ou final, realizada ao término de um programa ou projeto.

O Ministério da Saúde destaca a importância de integrar o monitoramento e a avaliação como parte de um sistema contínuo de gestão de qualidade. Enquanto o monitoramento fornece dados contínuos e atualizados, a avaliação oferece uma análise mais profunda e detalhada sobre o desempenho e os impactos dos serviços

de saúde. Ambos são fundamentais para assegurar a identificação de boas práticas, o reconhecimento de áreas que necessitam de melhorias e o ajuste das estratégias de saúde conforme necessário, promovendo um ciclo contínuo de aprendizado e aperfeiçoamento na gestão dos serviços de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a avaliação é o processo de determinar qualitativa ou quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou de um acontecimento. Sendo empregada para indicar os procedimentos administrativos ou técnicos por meio dos quais se mede, o valor de atividades dispostas. Avaliar consiste essencialmente em fazer um julgamento de valor a respeito de um objeto ou sobre qualquer um de seus componentes, com a função de auxiliar na tomada de decisões.

Devido à complexidade dos serviços de saúde, a sua avalição não deve ser simplória, sendo primordial a definição de um grupo de indicadores, a, que se julguem adequados, partindo de um referencial teórico.

A função dos indicadores no processo avaliativo é subsidiar informações, afim de emitir um julgamento baseado nos valores propostos e nos valores alcançados.

Os indicadores são variáveis que objetivam uma imagem fidedigna de determinado objeto, porém observando os diversos ângulos com que ele pode ser visto, existem inúmeros conjunto de indicadores que podem construir essa imagem. Devido à enorme oferta de indicadores, a definição de quais serão utilizados no processo avaliativo constitui, uma da tarefa árdua e crucial, utilizando para isso critérios, como impacto, relevância, e facticidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, na escolha de um indicador deve ser levada em consideração a sua validade (medir efetivamente o que pretende medir), a sua fiabilidade (apresentar o mesmo resultado mesmo que seja utilizado por pessoas ou em circunstâncias diferentes), a sua sensibilidade (capacidade de captar

mudanças na situação ou no objeto estudado), e sua especificidade (refletir mudanças apenas no objeto que está sendo estudado).

Segundo Donabedian, referência em avaliação em saúde, os indicadores de qualidade aptos a avaliar os serviços de saúde, estão distribuídos em três categorias (Donabedian, 1988ª).

1) Estrutura: avaliam os atributos dos locais nos quais o serviço é prestado, levando em consideração conveniência, conforto, silêncio, privacidade e assim por diante. Inclui recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), recursos humanos (número e qualificação dos profissionais) e recursos da estrutura organizacional (profissionais de saúde, métodos de reembolso);

2) Processo: avaliam as atividades de cuidados realizadas para com o paciente; são técnicas operacionais. Dividem-se entre o cuidado técnico propriamente dito (utilização dos conhecimentos científicos e tecnológicos da medicina) e a relação interpessoal entre paciente e profissional. Incluem as atividades do paciente buscando o cuidado, como também as atividades do médico dando o diagnóstico e realizando o tratamento.

3) Resultado: avaliam os efeitos dos cuidados prestados anteriormente na saúde do paciente e da população e, também, o grau de satisfação do paciente e do prestador.

No Planejamento Operativo Anual 2022 observa-se que os indicadores e metas propostos seguem agrupados nos itens de número 4 (quatro) a 7 (sete). Conforme listados abaixo e subdivididos com as seguintes temáticas:

3.1 METAS FÍSICAS

Visando o monitoramento da qualidade e quantidade das atividades assistenciais e o alcance das metas estabelecidas em contrato de gestão, serão acompanhados, periodicamente, os indicadores estabelecidos pela SESAP.

A seguir apresentamos os Indicadores de Meta Física, compatíveis com os componentes assistenciais existentes do CHID. O Setor de Estatística será responsável por realizar o acompanhamento dos indicadores e elaboração dos relatórios de prestação de contas.

Este acompanhamento se faz necessário para que haja correções de rotas durante o mês contribuindo assim com a manutenção das habilitações e qualificações existentes no CHID.

A adoção da informação de forma sistemática no quotidiano, objetivam, cooperar na formação de uma nova cultura de compromisso entre a execução das ações e sua avaliação, permitindo reafirmar ou reconduzir rumos, visando aprofundar e aprimorar a construção do SUS.

Indicador	**4.1. Planejamento Operacional de Atenção ao Paciente Internado.**
Meta	Norteado pelos parâmetros do SUS de média de permanência e série histórica municipal.
Coleta de Dados	Sistema de faturamento SUS - AIH
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Quadro de Meta e Pontuação do Indicador **4.1**. Planejamento Operacional de Atenção ao Paciente Internado.

Tipologia de leito			**Saídas/mês**			**Pontuação por saída/mês**		
Especialidade Leitos	**Leitos (CNES)**	**MP'**	**saídas/ mês (parâm. a)**	**saídas/ mês (parâm. b)**	**saídas/ mês (parâm. c)**	**Pontuação (parâm. a)**	**Pontuação (parâm. b)**	**Pontuação (parâm. c)**
Cirúrgica	22	4,8	110	103	96	10	5	0
Obstétrica	26	3	208	195	182	10	5	0
Clínica	30	7,7	94	88	82	10	5	0
Psiquiátrica	11	10,4	25	24	22	10	5	0
Pediátrica	16	6	64	60	56	10	5	0

O leito de Pneumologia Sanitária compõe o efetivo da Clínica Médica. MP: Média de Permanência.*

Indicador	**4.2. Manutenção das cirurgias eletivas municipais e ampliação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos eletivos**
Meta	Disponibilização da escala do Centro Cirúrgico mensalmente, com a efetiva execução dos procedimentos eletivos, conforme minimamente definido em quadro abaixo e dentro da disponibilidade orçamentária e prévia autorização da equipe de regulação municipal em sistema informatizado.
Coleta de Dados	Sistema de faturamento SUS -AIH
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Quadro de Meta do Indicador 4.2. Manutenção das cirurgias eletivas municipais e ampliação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos eletivos.

Estratificação das cirurgias eletivas	
Meta Mínima	**Origem**
56	Lista Oficial de pacientes que aguardam cirurgias eletivas de média complexidade médica e buco-maxilo-facial do município, bem como procedimentos cirúrgicos com justificativa clínica autorizados pelo CRIH/CRUE cujo percentual de composição deverá observar as prioridades de filas de espera da SESAP nas diversas especialidades cirúrgicas de média complexidade em Tabela SESAP.
4	Esterilizações cirúrgicas em mulheres não gestantes da lista Oficial de laqueaduras do programa Municipal de Planejamento Familiar.

Indicador	**4.3. Colaborar com o Programa Municipal de Planejamento Familiar com a colocação de Dispositivos intrauterinos no pós-parto, os quais serão fornecidos pelo Ministério da Saúde e demais Entes Federativos.**
Meta	Promover um mínimo de 10% de colocação de Dispositivos intrauterinos/mês nos partos realizados no nosocômio, quando existentes e adequadamente indicados com autorização por Médico(a) e/ou Enfermeiro(a) de equipe subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde da SESAP ou de equipe do próprio CHID. Caso não exista manifestação da Subsecretaria de Atenção à Saúde, entenda-se como meta cumprida.
Coleta de Dados	Sistema de faturamento SUS - AIH
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.4. Proporcionar atendimento na Porta de Entrada (Boqueirão) e Unidade de Pronto Atendimento - UPA Charles Antunes Bechara de livre demanda e de forma contínua, 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo feriados e pontos facultativos, às urgências e emergências, garantindo acolhimento com classificação de risco, estabilização, primeira atenção qualificada e resolutiva, tratamento integral do agravo (na esfera de atuação de urgência e emergência), e o adequado referenciamento - quando necessário - dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento dos mecanismos de regulação estabelecidos pela Secretaria de Saúde Pública de Praia Grande. A Unidade de Pronto Atendimento - UPA Samambaia, atenderá 100% da demanda espontânea, vindas através de ambulâncias do SAMU e referenciados, com diferencial de que o translado de pacientes para outros serviços será realizado pela Entidade Gerenciadora contratada, exceto para o domicílio.**
Meta	Atendimento de 100% da demanda espontânea e referenciada pelas unidades ambulatoriais da rede municipal de Praia Grande, bem como do SAMU Regional Litoral Sul. Caso não exista manifestação de descumprimento pelo OuvidorSUS, entenda-se como meta cumprida.
Coleta de Dados	Sistema de Faturamento SUS - BPA
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.5. Manutenção, na Porta de Entrada da RUE/RRAS 07 do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, 10 (dez) Leitos de Repouso - sendo 05 (cinco) Leitos Femininos e 05 (cinco) Leitos Masculinos, 01 (um) Leito de Isolamento, 07 (sete) Leitos de Estabilização Adulto e 04 (quatro) Leitos de Estabilização Pediátrica, 02 (dois) Leitos de Observação Infantil e 01 (um) leito de isolamento infantil. Além de 07 (sete) Leitos de Observação Misto Adulto (disponível até a expansão da Porta de Entrada de Urgência e Emergência com o P.S. Central).**
Meta	Entrega de relatório mensal com emissão de rotatividade dos Leitos ao Gestor, sem prejuízo do adequado processamento da produção junto ao SIA/SUS.
Coleta de Dados	Sistema Wareline - Censo diário hospitalar
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.6. Adequado dimensionamento, da oferta dos exames diagnósticos de Eletrocardiograma, Radiografia, Tomografia Computadorizada (onde se inclui eventuais tomografias eletivas ambulatoriais cedidas à SESAP, com remuneração pós-fixada no mês subsequente a prestação do serviço, através de referência limite da tabela de preços SESAP vigente, com laudo para eletivos e internados, com ou sem contraste e sedação se necessário a partir da competência janeiro/2023), Exames Laboratoriais, Cardiotocografia (bem como demais condicionantes à avaliação do Perfil biofísico fetal), Endoscopias e Ultrassonografias, inclusive Ultrassonografias Obstétricas e todos esses em regime diário, 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo feriados e pontos facultativos (podendo ser, somente nos casos de Endoscopias plantão de sobreaviso e Ultrassonografias, sob demanda), tudo isso ofertando atendimento integral e pleno da demanda da Porta de Entrada tipo Geral do CHID e da UPA 24 horas Dr. Charles Antunes Bechara.**
Meta	Entrega de relatório mensal da quantidade utilizada, comprovada pelo adequado Faturamento – BPA.
Coleta de Dados	Sistema de Faturamento SUS - BPA
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.7. (Pré expansão da Porta de Entrada). Manter, em tempo integral, o efetivo de recursos humanos diretamente ligados ao atendimento da Porta de Entrada do CHID, bem como a oferta de interconsultas nas diversas especialidades médicas presentes no HMID, promovendo - no caso de ausência - a imediata reposição do efetivo profissional pactuado.**
Meta	Disponibilidade plena para atendimento de, no mínimo, por plantão de 12 horas (diurno e noturno), dois (02) profissionais Médicos da especialidade Cirurgia Geral, cinco (05) profissionais Médicos da especialidade Clínica Médica (sendo pelo menos dois profissionais com expertise como emergencistas junto aos leitos de estabilização)' dois (02) profissionais Médicos da especialidade Ginecologia e Obstetrícia (consolidando-se a contratação de 3 obstetras no plantão diurno), dois (02) profissionais Médicos da especialidade Ortopedia e Traumatologia (sendo 01 noturno em regime de sobreaviso), dois (02) profissionais Médicos da especialidade Pediatria (para atendimento de emergência e suporte aos leitos pediátricos de observação), dois (02) profissional de Odontologia na especialidade Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial (sendo 01 de sobreaviso, a partir de janeiro/2023) e que atenderá também às urgências odontológicas, para analgesia e um (01) Coordenador Médico do NIR (a partir de Janeiro/2023). Deverá constar também, no quadro de funcionários efetivos, cento e quarenta e três (143) profissionais de Enfermagem (32 Enfermeiros, 10 Técnicos e 101 Auxiliares) até a expansão da Porta de Urgência e Emergência - P.S. Central, quando então a Porta de Entrada do Hospital Irmã Dulce passará a contar com o seguinte efetivo: (75) profissionais de Enfermagem (23 Enfermeiros, 28 Técnicos e 24 Auxiliares), conforme dimensionamento em Apêndice A, três (03) supervisores administrativos, os quais passam a ser designados como Plantonistas Técnicos Administrativos - PTA, um (01) gerente e oito (08) Recepcionistas (a instituição apresentará mensalmente a escala completa com datas e horários de todos os profissionais atuantes na Porta de Entrada, com nome completo e, quando pertinente, número de registro em órgão de classe (CRM, Coren, CRO, etc.), e, para as especialidades médicas, quando obrigatório ser especialista, número do Registro de Qualificação

Indicador	**4.7. (Pré expansão da Porta de Entrada). Manter, em tempo integral, o efetivo de recursos humanos diretamente ligados ao atendimento da Porta de Entrada do CHID, bem como a oferta de interconsultas nas diversas especialidades médicas presentes no HMID, promovendo - no caso de ausência - a imediata reposição do efetivo profissional pactuado.**
	de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina de São Paulo ou nome da instituição onde concluiu Residência Médica, sujeitando-se a eventuais ações de monitoramento das diversas instâncias responsáveis por avaliação e controle do cumprimento dos recursos humanos pactuados). Serão considerados, como parte do efetivo profissional em regime de CLT, recursos humanos em férias e afastamentos de até 6 meses. Todos os profissionais Médicos das especialidades Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia Geral deverão ter, obrigatoriamente, na especialidade que estiverem exercendo, RQE no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo ou Certificado de Conclusão de Residência Médica reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica enquanto regularização junto ao órgão de classe. Para os profissionais de Odontologia, é necessário a comprovação de Título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial registrado no Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo.
Coleta de Dados	Escala mensal de todos os profissionais.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.8. Manter o efetivo de recursos humanos necessários ao componente específico da RUE/RRAS 07, particularmente os recursos humanos (médicos, enfermagem, nutrição, psicologia e assistência social) referente ao cuidado horizontal (jornada de trabalho 40h/semanais), utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;**
Meta	Disponibilização de relatório mensal contendo a escala de trabalhos dos profissionais ligados ao incentivo Ministerial.
Coleta de Dados	Escala mensal de todos os profissionais descritos no indicador.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.9. Manutenção de todos os condicionantes necessários para o funcionamento como UPA 24h Ampliada, habilitada e qualificada, Tipo III opção VIII de incentivo, conforme critérios da Portaria GM/MS n2679, de 24/04/2013, junto a UPA 24h Doutor Charles Antunes Bechara (CNES n9 7070713), destacando-se o mínimo de 09 (nove) médicos por plantão 24hs, sendo 5 diurnos e 4 noturnos, 01 cirurgião dentista clínico geral/24h, 01 auxiliar de consultório odontológico/24h, 15 leitos de observação, 4 leitos de sala de urgência e atendimentos com classificação de risco / mês (03.01.06.011-8) integral, buscando a garantia da produção mínima estabelecida no artigo 382da referida portaria.**
Meta	A instituição apresentará o compartilhamento diário, através do correio eletrônico ueah@praiagrande.sp.gov.br, até que definitivamente se implante o sistema informatizado, da escala diária de profissionais médicos atuando na Unidade de Pronto Atendimento, bem como atualizado cadastro no CNES, sujeitando-se a eventuais ações de monitoramento das diversas instâncias responsáveis por avaliação e controle do cumprimento dos recursos humanos pactuados. Serão considerados, como parte do efetivo profissional, recursos humanos em férias e afastamentos de até 2 meses. Deverá também ofertar o censo diário dos leitos de observação em planilha eletrônica
Coleta de Dados	Escala diária de todos os profissionais médicos e censo dos leitos de observação.
Periodicidade	Diariamente
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.10. Adequado encaminhamento para internação em serviços hospitalares, através do sistema CROSS (referências do Ente Estadual) ou de e-mail/sistema informatizado (leitos hospitalares municipais), conforme pertinência, quando pacientes não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação nas unidades não hospitalares do Complexo.**
Meta	100% da micro regulação com comprovação das solicitações entregues mensalmente para CRIH/CRUE, disponibilizando o acesso ao censo diário da sala de emergência
Coleta de Dados	Sistema SIRESP (antigo CROSS)
Periodicidade	Diariamente
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.11 Prestação ambulatorial de Serviços de Nefrologia de média e alta complexidade em Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal (Código SCNES 15.14) no NefroPG (CNES 7919697).**
Meta	Meta: Manutenção da capacidade de acompanhamento de 214 clientes SUS em ambulatório pré-dialítico e até 214 pacientes SUS na alta complexidade, com o capital médico obrigatório no NefroPG e rastreabilidade da oferta de agenda mensal adulto e infantil junto ao sistema informatizado da SESAP (sendo a alta complexidade condicionada à autorização, bem como pertinente financiamento, pelo Ministério da Saúde),
Coleta de Dados	Sistema **NEPHROSYS**
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**4.12. Prestação ambulatorial de Serviços de Nefrologia de média e alta complexidade em Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise tipo IV com diálise peritoneal (Código SCNES 15.14) no NefroPG (CNES 7919697).**
Meta	Garantia da confecção, quando indicado pelo ambulatório pré-dialítico, da fístula arteriovenosa de acesso à hemodiálise ou o de cateter para diálise peritoneal;
Coleta de Dados	Sistema NEPHROSYS
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

3.2 INDICADORES QUALITATIVOS

- **ATENÇÃO À SAÚDE**

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce faz parte da RAS e são considerados como estruturas de complexidades intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar, funcionando 24h por dia, todos os dias da semana, e compõe a rede Hospitalar e de Urgências e Emergências, com pactos e fluxos definidos, para garantir o acolhimento dos usuários, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os outros serviços proporcionando a continuidade da assistência, quando necessário

Indicador	**5.1. Relatório mensal assinado pelos membros executores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comitê de Investigação Hospitalar (mencionar número do memorando de envio), em observância ao**

	Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), conforme Portaria n2 2.616/1998 e RDC n9048/2000.
Meta	Apresentação de Relatório Mensal em consonância com PCIH assinado pela equipe de membros consultores.
Coleta de Dados	Relatório Mensal da CCIH
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.2. Representantes da Equipe Médica da Obstetrícia e da Equipe Médica da Pediatria do CHIO nas reuniões da Comissão Municipal de Mortalidade Materno-Infantil.**
Meta	Participação nas reuniões mensais
Coleta de Dados	Lista de Presença da Reunião Comissão Municipal de Mortalidade Materno-Infantil.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.3. Manutenção da estrutura operacional integrada ao OuvidorSUS municipal.**

Meta	100% de registro e entrega de protocolo de atendimento ao usuário demandante
Coleta de Dados	Sistema OuvidorSUS
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.4. Composição das Comissões em conformidade com as legislações vigentes: Comissão de Prontuário Médico, Comissão de Revisão de Óbitos, Comissão de Ética Médica e de Enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (consultores e executores), Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral e Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, respeitando a legislação em vigor.**
Meta	100% das Comissões ativas com entrega de relatório semestral com as respectivas Atas das reuniões realizadas.
Coleta de Dados	Atas das Reuniões Mensais e listas de presença.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.5. Relatório de alta.**
Meta	100% dos pacientes com resumo de alta, com preenchimento de campos conforme pertinência clínica do caso, das amostras auditadas nos prontuários das internações municipais da competência vigente com o Relatório de Alta completo (com nome completo do paciente, data de internação, data da alta, intercorrências, exames complementares e procedimentos realizados, diagnósticos primário e secundário, relevantes medicamentos para uso a partir da alta hospitalar com respectivas dosagens e posologias, descrição de orientações para auxiliar as equipes das unidades de atenção básica no seguimento do paciente), legível, com uma via entregue ao cliente/paciente, ou seu responsável legal, bem como sua ciência registrada. Na amostra desta meta não se deve estender o mérito desta meta aos prontuários que serão avaliados nos itens 5.15, 5.16, 5.25 e 5.26.
Coleta de Dados	Prontuários de pacientes com alta no mês.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.6. Taxa de Identificação da Origem do Paciente, independentemente da origem do mesmo.**
Meta	Identificar a origem dos pacientes atendidos.
Coleta de Dados	Sistema Wareline
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.7. Apresentação de Faturamento AIH, BPA (Consolidado e/ou individual) ou APAC (relativo a todo o Complexo Hospitalar Irmã Dulce), nos sistemas de informação pertinentes (SIA, SIH e CIHA).**
Meta	100% do faturamento, referente às saídas até prazo legal instituído pelo Ministério da Saúde.
Coleta de Dados	Sistemas de Faturamento SUS – BPA, AIH e APAC
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.8. Apresentar mensalmente o registro nominal de doses aplicadas, bem como movimento dos imunobiológicos, referente ao uso, controle de utilização e estoque dos imunobiológicos (vacina BCG, Hepatite B e imunoglobulina contra Hepatite B)**
Meta	Encaminhar mensalmente relatório quantitativo e nominal das doses aplicadas de vacina (BCG e Hepatite B) e Imunoglobulinas contra hepatite B quando aplicadas; movimento dos imunobiológicos; relatório com número de nascidos vivos identificando o Município de residência
Coleta de Dados	Sistema Olostech – relatório de doses aplicadas no HMID
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.9. Controle de notificação de acidentes antirrábico e animais peçonhentos juntamente com atendimento e encaminhamento ao PS Quietude do qual é a unidade de referência Municipal, apresentando mensalmente o registro nominal de notificações, sem prejuízo de posterior encaminhamento de ofícios de correção em até 10 dias.**
Meta	Notificar 100% dos casos atendidos a DVE através da Ficha de Notificação de Atendimento Antirrábico e de Atendimento a Acidentes a animais peçonhentos corretamente e completamente preenchida, entregues semanalmente a DVE da SESAP
Coleta de Dados	Fichas de doenças de notificação compulsórias e planilha consolidada
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.10. Realização de diagnóstico e das condutas estabelecidas no protocolo de investigação de Microcefalias e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central.**
Meta	Notificar todas as microcefalias, conforme parâmetros do MS (Intergrowth 21st. ou outro que venha a substituí-lo) e da SES/SP e todos os casos de Alterações do SNC, e seguir os protocolos do MS/SES/SESAP.
Coleta de Dados	Fichas de doenças de notificação compulsórias e planilha consolidada
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.11. Declarações de óbito (DO), primeira via, entregues à Divisão de Dados Epidemiológicos corretamente preenchidas (ou as 3 vias, quando canceladas) no prazo de 3 dias úteis após a ocorrência do óbito, sem prejuízo de posterior encaminhamento de ofícios de correção em até 10 dias.**
Meta	100% das DO entregues conforme estabelecido
Coleta de Dados	Declarações de óbito entregues conforme estabelecido
Periodicidade	Diariamente
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.12. Declarações de Nascidos Vivos (DNV), primeira via, entregues à Divisão de Dados Epidemiológicos corretamente preenchidas (ou as 3 vias, quando canceladas) no prazo de 3 dias úteis após a ocorrência do nascimento, sem prejuízo de posterior encaminhamento de ofícios de correção em até 10 dias.**
Meta	100% das DNVs entregues conforme estabelecido
Coleta de Dados	Declarações de Nascidos Vivos entregues conforme estabelecido
Periodicidade	Diariamente
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.13. Notificar DVE em até 24h (com envio posterior de ficha de Notificação) as doenças de notificação imediata (Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória - Portaria N° 205/MS, de 17/02/2016). As fichas de notificação corretamente preenchidas deverão ser entregues à DVE no prazo de 3 dias úteis após a notificação (entrega na SESAP ou na sala da DVE localizada no CHID).**
Meta	Notificar 100% dos casos conforme estabelecido
Coleta de Dados	Fichas de doenças de notificação compulsórias e planilha consolidada
Periodicidade	Diariamente
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.14. Notificação mensal das Paralisias Flácidas Agudas, com relatório anexo da notificação positiva, conforme fluxo estabelecido**
Meta	5º dia útil do mês seguinte
Coleta de Dados	Fichas de doenças de notificação compulsórias e planilha consolidada
Periodicidade	Diariamente
Prazo	A partir da vigência do POI.

- **PARTICIPAÇÃO NAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS**

A assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

De forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com outras políticas intersetoriais, a Assistência tem como objetivo garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado, assegurando a equidade e a transparência, sempre de forma pactuada com os princípios do SUS.

A RAS é composta por pontos de atenção, como os domicílios, unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, centros de apoio psicossocial, residências terapêuticas, sendo estes essenciais para alcançar seu objetivo. Nesse contexto, destaca-se o papel do hospital que atua dentro da rede como um de seus componentes. O hospital tem a missão assistencial de dar sequência ao tratamento iniciado na atenção básica, e através do atendimento ambulatorial, ofertar serviços como exames e regime de internação, além de prestar assistência contínua aos pacientes com condições agudas ou crônicas. O hospital dentro da RAS vem buscando atingir seu papel na assistência de saúde dando continuidade ao real trabalho em rede, e com isso as políticas públicas cada vez mais contribuem para que esse serviço aconteça e assim adequando seus objetivos aos da RAS integrando de forma sistêmica os serviços e ações em saúde.

Nesse sentido, o Complexo Hospitalar Irmã Dulce terá uma atuação integrada a Atenção Básica atendendo as Políticas Prioritárias do SUS.

Essas políticas na atenção primária são baseadas em Eixos de Ações Transversais às Redes Temáticas com foco na Rede de Atenção Psicossocial, nas Ações de Prevenção e Controle do Câncer de colo de útero e suas terapêuticas associadas (conização, CAF, amputação do colo do útero ou histerectomia se for o caso), que entre outras coisas, a linha de cuidado voltada à atenção primária na saúde da mulher, visa garantir o diagnóstico por meio de exames laboratoriais, inclusive de patologias cervicais de repetição e acompanhamento clínico das pacientes portadores de tratamentos oportuno de HIV e sífilis na esfera da competência hospitalar, inclusive com a obrigatoriedade da notificação através do SINAN, tanto às gestantes quanto

aos recém nascidos supostamente expostos a estes agravos, na Rede de Urgência e Emergência (RUE), na Rede Cegonha que prioriza o parto natural, além da saúde da pessoa idosa e da criança e adolescente.

Com a finalidade de analisar e monitorar, o desempenho das ações e serviços do CHID nas Políticas Prioritárias do SUS, os seguintes indicadores qualitativos serão avaliados.

Indicador	**5.15. Garantir diagnóstico (exames laboratoriais), inclusive dos abortos, e tratamento oportuno de HIV e sífilis na esfera de competência da atenção hospitalar, bem como a adequada notificação**
Meta	Ofertar a 100% das gestantes e recém-nascidos o suporte diagnóstico (para sífilis e HIV), bem como pertinente tratamento.
Coleta de Dados	Listagem de AIHs com CIDs
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.16. Programa SISCOLO: identificação das cirurgias por neoplasia de colo uterino realizadas no HMID com procedimento (conização a frio, CAF, amputação de colo ou histerectomia pós conização), data de realização e resultado de anatomopatológico da peça cirúrgica (a ser apresentado em competência posterior de acordo com data da emissão de laudo)**
Meta	Relatório mensal, com plena disponibilidade do capital humano para treinamento para implantação da plataforma web SISCAN.
Coleta de Dados	Lista de presença referente a treinamento da plataforma web SISCAN
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.17. Taxa de cesáreas no SUS**
Meta	Manutenção da taxa de cesáreas para valores inferiores a 25% (conforme Portaria GM n466 de 15 de junho de 2000) com tolerância de valores de até 48% para fins de pontuação em relatório mensal, bem como clara definição de motivo da Cesárea em CID/Procedimento Hospitalar (adotar SIHD como fonte oficial de dados).
Coleta de Dados	Listagem extraída do SIHD com motivos das cesáreas realizadas com CIDs
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.18. Número de internação por Diabetes Mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos por competência mensal (conforme Fonte- item 19 do Pacto pela Saúde - in: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactdescr.htm)**
Meta	100% das internações computadas ao indicador apresentadas no SIHD/ Gestor Municipal mensalmente, Procedimento Hospitalar 0303030038.
Coleta de Dados	Listagem extraída do SIHD com procedimento hospitalar 0303040149
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.19. Número de internação por Acidente Vascular Encefálico (AVE) na população de 30 a 59 anos por competência mensal (conforme Fonte- item 20 do Pacto pela Saúde - in: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactdescr.htm)**
Meta	100% das internações computadas ao indicador apresentadas no SIHD/ Gestor Municipal mensalmente, Procedimento Hospitalar 0303040149.

Indicador	**5.19. Número de internação por Acidente Vascular Encefálico (AVE) na população de 30 a 59 anos por competência mensal (conforme Fonte- item 20 do Pacto pela Saúde - in: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactdescr.htm)**
Coleta de Dados	Listagem extraída do SIHD com procedimento hospitalar 0303040149
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.20. Disponibilização de sala de distribuição de leite humano com área mínima de 4 m2.**
Meta	Manutenção da estrutura predial com limpeza terminal diária e suprimento de água e eletricidade perene para efetivo funcionamento.
Coleta de Dados	Disponibilização de sala
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

- **GESTÃO HOSPITALAR**

Os indicadores abaixo, compõem o conjunto de indicadores que permitem acompanhar e analisar a área temática Gestão Hospitalar.

Indicador	**5.21. Representantes da Entidade Gerenciadora contratada nas reuniões da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Contrato de Gestão.**
Meta	Participação nas reuniões mensais.
Coleta de Dados	Lista de presença da CMA com assinatura dos representantes da SPDM
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.22. Relatório do Núcleo Interno de Regulação do CHID, assinado pelo Médico Regulador deste e pelo responsável administrativo à CRIH/CRUE, conforme modelo indicado pela SESAP.**
Meta	Emissão de relatório mensal que contenha o fluxo de pacientes atendidos no ambulatório da Porta de Entrada, cirurgias realizadas e disponibilização dos indicadores de processos e resultados (produção e desempenho).
Coleta de Dados	Relatório mensal NIR
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.23. Censo diário às 07h e 17h com o número de leitos vagos por setor e relatório de vagas cedidas, com nome, origem e diagnóstico.**
Meta	Encaminhar relatório diário de censo ao correio eletrônico crih.crue@praiagrande.sp.gov.br
Coleta de Dados	Sistema Wareline - censo hospitalar
Periodicidade	Diário
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.24. Agendamento de consultas de gestantes, puérperas e recém-nascidos diretamente na agenda informatizada da Atenção Básica, na Unidade de Saúde da Família de referência do neonato, gestante e da puérpera, e que permita a adequada identificação desse público prioritário**
Meta	100% de gestantes, puérperas e recém-nascidos vivos (residentes no município de Praia Grande e puérpera já previamente cadastrados na USAFA de referência e que não se evadiram do serviço), no agendamento na Atenção Básica garantido na alta hospitalar
Coleta de Dados	Relatório do Sistema Olostech
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.25. Apresentação da prestação de contas à área técnica da Secretaria de Saúde Pública no prazo máximo de 60 dias após último dia do mês vigente.**
Meta	Protocolização de ofício de encaminhamento da prestação de contas mensal à área técnica da Secretaria da SESAP, referente à competência anterior
Coleta de Dados	Ofício Protocolizado da entrega do relatório.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.26. Promover o atendimento às urgências e emergências odontológicas/Trauma buco-maxilofacial - 24h/dia, de forma contínua, inclusive em finais de semana e feriados - na Porta de Entrada do Tipo Geral do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.**
Meta	Executar atendimentos pleno, conforme atribuições pertinentes à especialidade, bem como atendimento de quadro álgico agudo, garantindo-se a adequada referência à Atenção Primária à Saúde Municipal.
Coleta de Dados	Escala mensal de profissionais e consolidado da produção - BPA
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.27. Emissão de relatório mensal de controle dos Bens Patrimoniais Adquiridos e Assumidos na competência avaliada, bem como de eventuais bens classificados como inservíveis, junto ao Complexo Hospitalar Irmã Dulce - Praia Grande.**
Meta	Protocolizar no Gabinete SESAP mensalmente ofício aos cuidados da Subsecretaria de Administração em Saúde
Coleta de Dados	Relatório mensal de controle de Bens
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.28. Disponibilidade de Protocolo de sedação para as diversas instâncias do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, que contemple critérios de indicação e garantia de acesso à sedação e/ou à anestesia em casos de crianças e pacientes não colaborativos.**
Meta	Garantia de acesso qualificado à sedação e/ou anestesia em crianças e pacientes não colaborativos
Coleta de Dados	Envio de Protocolo à SESAP com ofício
Periodicidade	Mensal e quando houver atualizações
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.29. Manutenção mínima de profissional de enfermagem (CBO n92235-05), durante as 24h, com 01 profissional por turno na Central de Material e Esterilização (CME) e 01 profissional por turno na Enfermaria de psiquiatria.**
Meta	Disponibilização de relatório com escala de trabalho mensal desses profissionais junto aos respectivos ambientes
Coleta de Dados	Escala Mensal dos profissionais descritos.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

- **DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

PROTOCOLOS CLÍNICOS E ASSISTENCIAIS

A operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

População e Região de Saúde

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Estrutura Operacional

A estrutura operacional das RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam as RAS incluem: Atenção Básica à Saúde - centro de comunicação; os pontos de atenção Secundária e Terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

A SPDM participará dos fóruns de integração da RAS local, pactuando fluxos de encaminhamentos de pacientes objetivando a atenção integral.

No Complexo Hospitalar Irmã Dulce serão estabelecidos protocolos clínicos e assistenciais para a garantia e segurança de assistência de qualidade aos usuários atendidos. É salutar que os protocolos estejam incorporados nas ferramentas de registro adotadas, facilitando a sua utilização.

A SPDM disponibilizará e capacitará os profissionais para a correta utilização dos protocolos definidos em conjunto com a Secretaria de Saúde Pública. Considerando a importância dos protocolos para a qualidade do atendimento, as unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce utilizarão aqueles definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde Pública do Município da Estância Balneária de Praia Grande. Nos temas em que não houver protocolos do município, serão adaptados aqueles sugeridos pela SPDM após apresentação e autorização da Secretária de Saúde Pública.

Indicador	**5.30. Participação na criação e operacionalização de protocolos clínicos e fluxos de encaminhamento para as Redes de Atenção à Saúde da Baixada Santista, no que for pertinente ao CHID**
Meta	Entrega de tais instrumentos ao Gabinete da SESAP, através de Ofício Superintendência, destinando-os aos representantes municipais dos Grupos Condutores Regionais das Redes de Atenção à Saúde da Baixada Santista, quando formalmente solicitado por estes
Coleta de Dados	Envio de Protocolo à SESAP com ofício
Periodicidade	Mensal e quando houver atualizações
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.31. Fortalecimento das atividades conjuntas dos Contratantes no desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente em Saúde integrado, com ênfase multiprofissional e que inclua os recursos humanos de todas as unidades do CHID.**
Meta	Realização de encontros de Educação Permanente, conforme pactuação em reuniões semestrais entre a equipe da Educação Permanente municipal e a

Indicador	**5.31. Fortalecimento das atividades conjuntas dos Contratantes no desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente em Saúde integrado, com ênfase multiprofissional e que inclua os recursos humanos de todas as unidades do CHID.**
	equipe de Educação Continuada da Instituição, abrangendo profissionais do CHID e a Rede de Atenção Básica e/ou Urgência e Emergência, com apresentação de cronograma e lista de presença, bem como eventual disponibilidade de espaço físico para Educação Permanente da Rede Municipal quando oportunamente solicitado
Coleta de Dados	Lista de Presença das reuniões
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.32 - Ofertar de Campos de Estágio, com preceptores se consensuado entre as partes, para cursos de graduação e pós graduação médica e multiprofissional no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, conforme atividades municipais com o Polo Avançado de Integração Ensino-Serviço de Praia Grande**
Meta	Ofertar campo de estágio, conforme cronograma apresentado pela SESAP, para os Programas Municipais de Residência Multiprofissional e em Medicina de Família e Comunidade nas áreas a serem estipuladas conjuntamente com o Núcleo Docente Estruturante (NDE) municipal, além dos alunos de graduação de instituições de ensino conveniadas com a municipalidade. Revisando e regulando a oferta de acordo com os condicionantes necessários ao adequado funcionamento dos estágios
Coleta de Dados	Comprovante de oferta de campo de estágio

Indicador	**5.32 - Ofertar de Campos de Estágio, com preceptores se consensuado entre as partes, para cursos de graduação e pós graduação médica e multiprofissional no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, conforme atividades municipais com o Polo Avançado de Integração Ensino-Serviço de Praia Grande**
Periodicidade	Mensal quando houver estágio
Prazo	A partir da vigência do POI.

- **ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIA**

O Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2010, as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. Esse normativo pode ser considerado um marco histórico no processo de organização da assistência à saúde nos estados e municípios, com ênfase na organização dos territórios em regiões de saúde, resgatando o contexto histórico que justifica a implantação, bem como conceitos, fundamentos, elementos e estratégias para constituição da RAS.

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência de maneira integral e equânime. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada, qualificada e resolutiva.

O CHID, na rede de atenção, é referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade, contribuindo para a integralidade e horizontalização do cuidado ao fazer adequada contra referência após realizar o atendimento.

A SPDM nos serviços de Urgência e Emergência vem estimulando a organização da atenção à saúde, com pactos e fluxos previamente definidos, com o

objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da Rede de Assistência à Saúde (RAS), com vista à continuidade do tratamento, impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

Para monitorar e avaliar o desempenho do CHID no Atendimento às Urgências e Emergência o POA contempla os indicadores abaixo:

Indicador	**5.33. Manutenção da classificação de risco no acolhimento dos pacientes na UPA Dr. Charles Antunes Bechara, de acordo com padrões nacionais e internacionais reconhecidos.**
Meta	Manter o adequado registro de Nº de atendimentos de classificação de risco /mês, conforme codificação SIGTAP pertinente.
Coleta de Dados	Relatório comentado com dados do sistema *Wareline*
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.34. Classificação de Risco ininterrupta, seja para o atendimento à demanda espontânea, seja para a classificação de risco dos leitos de Estabilização da Porta de Entrada.**
Meta	Relatório mensal de estratificação dos tempos de atendimento para auditoria desta classificação, e a estratificação espacial por cores vermelho e amarelo nos leitos de Estabilização.
Coleta de Dados	Relatório comentado com dados do *sistema Wareline*

Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.35. Diretrizes da Política Nacional de Humanização.**
Meta	Entrega do relatório mensal de Pesquisa de Satisfação do usuário, com propostas de melhorar os itens apontados como insatisfatórios.
Coleta de Dados	Relatório mensal com dados da Pesquisa de Satisfação
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.36. Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH).**
Meta	Manutenção de tal instância, com disponibilização, em até 30 dias, dos relatórios de decisões do mês ou atas em consonância com as recomendações estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar (conforme artigo 28°. da Portaria n°. 2.395/2011 e subsequentes). Tais instrumentos deverão ser protocolados e juntados pelo representante da Secretaria em processo administrativo próprio.
Coleta de Dados	Relatórios de decisões ou Ata da reunião
Periodicidade	Mensal

Indicador	**5.37. Horizontalização do cuidado nos leitos disponibilizados na Porta de Entrada Tipo Geral do CHID.**
Meta	Manter equipe multiprofissional de referência que atue no serviço com escala de trabalho pré-definida, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão. Promover a organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista' (dias úteis), utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe. (Portaria de Consolidação n96, art. 861, parágrafo VI).
Coleta de Dados	Escala mensal dos profissionais descritos
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.38. Plano de Segurança do Paciente.**
Meta	Manter atuante um Núcleo de Segurança do Paciente nos moldes descritas na Resolução RDC/ANVISA n236/2013.
Coleta de Dados	Ata da reunião e lista de presença
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.39. Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos.**
Meta	Disponibilizar, para consulta e cumprimento por parte da equipe multiprofissional, na Porta de Entrada, bem como acessível para todas as alas do Hospital, compêndio atualizado a cada 6 meses, ou sempre que necessário, contendo os protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e procedimentos administrativos pertinentes ao atendimento do usuário SUS
Coleta de Dados	Disponibilização de diretrizes e protocolos
Periodicidade	Semestral ou antes quando houver atualizações.
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.40. Qualificação de 20 Leitos de Retaguarda para a Porta de Entrada Tipo Geral do HMID na RUE/RRAS 07, a partir dos leitos de clínica médica existentes, tão logo a inauguração de 20 novos leitos de retaguarda com a repactuação.**
Meta	Apresentação de pleito de qualificação de 20 leitos dentre os leitos de clínica médica existentes, com os condicionantes necessários estabelecidos em Portaria GM/MS 2.809/12 e subsequentes, até que os mesmos sejam habilitados.
Coleta de Dados	Disponibilização de leitos
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.41. Implantação de classificação de risco específica para a Rede Cegonha.**
Meta	manutenção do serviço de classificação de risco com disponibilização de relatório mensal de atendimentos.
Coleta de Dados	Relatório mensal de classificação de risco
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

- **ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

A organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização.

De acordo com o Ministério da Saúde, “A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento”.

Os procedimentos considerados de Média e alta complexidade Ambulatorial e hospitalar foram definidos e apresentados pelo Ministérios Da Saúde através de diversos instrumentos normativos, tal como; A Portaria SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2002, que estabeleceu o grupo de procedimentos considerados de alta complexidade Ambulatorial, as Políticas Nacionais de Saúde que apresentam delineamentos diversos, baseados em critérios tal como: agravo de saúde (doença renal, trauma).As ações e procedimentos definidos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estabelecem-se para os gestores um importante conjunto de responsabilidades, serviços e procedimentos, essenciais para a garantia da resolutividade, equidade e integralidade da assistência ao usuário.

Esse nível assistencial absorve muitos recursos físicos, humanos, tecnológicos e econômicos.

Para que a essa rede funcione organicamente, com eficiência e seja economicamente sustentável, o seu monitoramento e avaliação são imprescindíveis.

A seguir apresentamos os indicadores de avaliação propostos para esse eixo.

Indicador	**5.42. Normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas no serviço de diálise do Nefro PG.**
Meta	Disponibilizar, para fácil acesso de toda a equipe responsável pelo serviço de diálise do Nefro PG, os processos de trabalho do serviço, conforme preconizado no art. 79• da RDC n9. 11/2014 ou legislação que venha a substituí-la
Coleta de Dados	Disponibilização de normas, procedimentos e rotinas técnicas
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.43. Plano de Segurança do Paciente no Nefro PG.**
Meta	Disponibilizar, para as autoridades sanitárias competentes, as informações referentes à avaliação da qualidade e monitoramento dos processos desenvolvidos no serviço.
Coleta de Dados	Relatório de avaliação da qualidade e monitoramento dos processos
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.44. Plano de Atendimento à Pessoa Portadora de Hepatites Crônicas.**
Meta	Os pacientes admitidos no programa de tratamento dialítico com sorologia conhecida para hepatite B devem ser assistidos, durante todo o procedimento hemodialítico, em máquinas específicas para esse tipo de atendimento.

Indicador	**5.44. Plano de Atendimento à Pessoa Portadora de Hepatites Crônicas.**
Coleta de Dados	Plano de Atendimento à Pessoa Portadora de Hepatites Crônicas
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.45. Qualidade da água de abastecimento do serviço de diálise do Nefro PG.**
Meta	Garantir os condicionantes necessários para a manutenção do padrão de potabilidade em conformidade com a normatização vigente.
Coleta de Dados	Relatório de potabilidade da água.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**5.46. Manutenção do serviço ambulatorial ortopédico de pós-trauma, com uma capacidade instalada mínima (estrutural e de suporte diagnóstico e terapêutico, tais como radiografia, gesso, talas, etc.) para atendimento de 280 pacientes/mês do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.**
Meta	Manutenção do serviço ambulatorial ortopédico de pós-trauma, com uma capacidade instalada mínima (estrutural e de suporte diagnóstico e terapêutico, tais como radiografia, gesso, talas, etc.) para atendimento de 280 pacientes/mês do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.
Coleta de Dados	Relatório do Sistema Olostech - *Relação dos usuários recepcionados*

Indicador	**5.46. Manutenção do serviço ambulatorial ortopédico de pós-trauma, com uma capacidade instalada mínima (estrutural e de suporte diagnóstico e terapêutico, tais como radiografia, gesso, talas, etc.) para atendimento de 280 pacientes/mês do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.**
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

3.3 METAS FÍSICAS E QUALITATIVAS DOS NOVOS SERVIÇOS REPACTUADOS

A avaliação de desempenho dos serviços de saúde mediante um conjunto estruturado de indicadores abre caminho para a revisão e melhoria nos principais processos e rotinas envolvidas na atenção à saúde, possibilitando a intervenção nos processos falhos e desenvolvimento de melhorias, buscando sempre a qualidade do processo, e o retorno da produtividade para o setor. Com a finalidade acompanhar e avaliar o eixo 6. Metas Físicas e Qualitativas dos Novos Serviços Repactuados, propomos os indicadores abaixo:

Indicador	**6.1. Manutenção do capital humano repactuado, em observância ao dimensionamento por setor em apêndice A, mantendo regularmente atualizada a planilha eletrônica P0A2022_meta6.1 junto ao sistema de controle do SUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - conforme inciso XIII da cláusula quinta do Contrato de Gestão n°. 141/2018**
Meta	Atualização contínua da planilha eletrônica e encaminhamento das informações com funcionários em situação "alterada" mensalmente para os correios eletrônicosfaturamento2.sesap@praiagrande.sp.gov.bre informatização. sesap@praiagrande.sp.gov.br
Coleta de Dados	Planilha eletrônica *P0A2022_meta6.1*
Periodicidade	Diário
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.2. Expansão da Porta de Entrada da RUE/RRAS07, em endereço complementar junto à Av. Presidente Kennedy, n°. 1.497/1.501 (Pronto Socorro Central), acrescendo-se sala de classificação de risco (2 adulto e 1 pediátrica), suporte diagnóstico por Tomografia Computadorizada/Rx, sala de atendimento ortopédico, 9 leitos de estabilização (6 adultos e 3 pediátricos) e 12 leitos de observação no piso térreo; 12 leitos de observação adulto (6 masculinos e 6 femininos) e 01 leito de isolamento adulto no 1° andar; 05 leitos de observação infantil e 01 leito de isolamento infantil no 22andar; bem como a disponibilização de sala de procedimentos (2 salas de procedimentos ambulatoriais e 3 leitos de recuperação) e CME no 32 andar.**
Meta	Garantia do pleno funcionamento da estrutura operacional para atendimento de livre demanda e de forma contínua, 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo feriados e pontos facultativos, às urgências e emergências, garantindo acolhimento com classificação de risco, primeira atenção qualificada e resolutiva, estabilização, suporte diagnóstico laboratorial e por imagem (Tomografia computadorizada/Rx), tratamento pertinente e referenciamento adequado, dentro do Sistema Único de Saúde, conforme produção histórica do equipamento (publicamente disponível no DATASUS.
Coleta de Dados	Relatório comentado com dados da classificação de risco e relatório de faturamento BPA
Periodicidade	Mensal,
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.3. Disponibilização de ambiente que abrigue o Serviço de Atenção Domiciliar da municipalidade (61,25 m2) e sala de procedimentos (2 salas de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e 3 leitos de recuperação), junto a estrutura física do Pronto Socorro Central, onde caberá a Entidade Gerenciadora (CONTRATADA) garantir materiais e insumos cirúrgicos para procedimentos ambulatoriais médicos e odontológicos, bem como os recursos humanos de enfermagem compatíveis, conforme estimativa histórica de produção cirúrgica ambulatorial do município, estimada em 260 procedimentos/mês, onde se destacam os códigos 0401010015 (curativo grau II c/ ou s/ debridamento, 0401010023 (curativo grau 1 com ou sem debridamento), 0401010040 (eletrocoagulação de lesão cutânea), 0401010040 (eletrocoagulação de lesão cutânea), 0401010058 (excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa), 0401010066 (excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele / anexos e mucosa), 0401010074 (exérese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo / lipoma) e 0415040043 (debridamento de úlcera / necrose) e outros procedimentos pertencentes ao subgrupo SIGTAP de pequenas cirurgias na modalidade de atendimento ambulatorial ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos de enfermagem quando adequadamente acompanhados de prescrição médica ambulatorial. Obs: Caberá a Gestão Municipal prover as equipes médicas e odontológicas cirúrgicas, ficando a cargo da Contratada as equipes de enfermagem e materiais médicos hospitalares.**
Meta	Garantia do pleno funcionamento das salas de procedimento cirúrgico, conforme agenda ambulatorial eletiva estimada em 8 procedimentos/dia, bem como manutenção da estrutura predial com limpeza terminal diária e suprimento de água e eletricidade perene para efetivo funcionamento dos ambientes citados.
Coleta de Dados	Disponibilização de sala, matéria e insumos, além de equipe de enfermagem
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.4. Disponibilização de mais um anestesista 12h/dia, de segunda a sexta-feira, para operacionalização da quarta sala cirúrgica do HMID.**
Meta	Operacionalizar 4 salas cirúrgicas e garantir um período por semana para a garantia de acesso à sedação e/ou à anestesia em casos de crianças e pacientes não colaborativos.
Coleta de Dados	Escala mensal de anestesiologista
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.5. Implantação de 20 leitos de retaguarda clínica novos, qualificando outros 20 leitos existentes na clínica médica para atuar como referência na atenção à demanda referenciada da Porta de Entrada da RUE/RRAS 07 (demanda referenciada SAMU/COBOM/UTS através do acesso pela av. São Paulo, n21.014).**
Meta	Norteado pelos parâmetros SUS de média de permanência e taxa de ocupação hospitalar pactuadas no Planejamento Operacional para os leitos hospitalares municipais.
Coleta de Dados	Relatório extraído do Sistema de Faturamento SUS - SIH, *saídas por leito*
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Quadro de Meta do Indicador 6.5.

Tipologia de leito			**Saídas/mês**			**Pontuação por saída/mês**		
Especialidade Leitos	**Leitos (CNES)**	**MP'**	**saídas/ mês (parâm. a)**	**saídas/ mês (parâm. b)**	**Saídas /mês (parâm. c)**	**Pontuação (parâm. a)**	**Pontuação (parâm. b)**	**Pontuação (parâm. c)**
Retaguarda clínica	20	7,7	62	58	55	10	5	0

Indicador	**6.6. Manter pleno funcionamento dos leitos complementares do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (40 leitos de UTI adulto Tipo II, 10 leitos de UTI neonatal Tipo II e 10 leitos de UTI pediátrica Tipo II).**
Meta	Disponibilizar recursos diagnósticos e apoio, buscar contrarreferência, materiais médicos e hospitalares, medicamentos, hemoderivados, limpeza e alimentação.
Coleta de Dados	Relatório Sistema de Faturamento SUS - SIH, saídas por leito
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.7. Disponibilização de sala, com área mínima de 25 m2, destinada às atividades dos Técnicos Auxiliares de Regulação médica (TARM) da Central de Regulação de Urgência e Emergência municipal em interface com o NIR-HMID.**
Meta	Garantia de ambiência necessária ao acesso dos diversos sistemas informatizados implantados e informações produzidas pelo NIR-HMID.

Indicador	**6.7. Disponibilização de sala, com área mínima de 25 m2, destinada às atividades dos Técnicos Auxiliares de Regulação médica (TARM) da Central de Regulação de Urgência e Emergência municipal em interface com o NIR-HMID.**
Coleta de Dados	Disponibilização da sala
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.8. Implantação de recepção informatizada 24h das condições agudas em obstetrícia através da Maternidade (acesso pela rua Dair Borges), com classificação de risco, consultório informatizado e implantação das visitas eletivas de recepção de gestantes.**
Meta	Manutenção de recepção informatizada 24h em obstetrícia, garantindo-se rastreabilidade do fluxo de gestantes entre a maternidade e unidades da Atenção Primária municipal.
Coleta de Dados	Relatório do Sistema Olostech referente a agendamento de visitas, bem com lista de presencia de visitas guiadas
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.9. Elaboração do projeto da nova estrutura física do NefroPG.**
Meta	Participação de representantes da SPDM em cronograma pré-definido por ofício SESAP.
Coleta de Dados	Ata da reunião e lista de presença

Indicador	**6.9. Elaboração do projeto da nova estrutura física do NefroPG.**
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**6.10. Disponibilização de sistema(s) informatizado(s) de regulação do acesso ou assistenciais, através de mecanismo pós-fixado de serviços definidos no subcapítulo 8.7., buscando rastreabilidade da oferta assistencial (mapa) e referência e contra referência regulada, bem como projetos terapêuticos integrados, entre o componente hospitalar (em sua diversidade de tipologia de leitos) e a rede municipal.**
Meta	Comprovação de efetiva disponibilidade através de emissão de nota fiscal e manifestação da Central de Regulação de Urgência e Emergência, Central de Regulação de Internações Hospitalares e Divisão de Análise e Desenvolvimento de Sistemas, conforme descritivo de sistemas em tabela abaixo.
Coleta de Dados	Nota fiscal e parecer de avalição da área técnica SESAP
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Sistema informatizado	**Estimativa de custeio mensal**
Sistema Wareline (Of. PAIS n°. 19/2022)	R$ 25.000,00
Sistema Olostech (Of. PAIS n°. 19/2022)	R$ 110.000,00
Serviço de Monitorização Cerebral Continua (Of. SESAP n°. 10.4.4. no. 31/2022)	R$ 44.000,00

3.4 METAS FÍSICAS E QUALITATIVAS DOS LEITOS REGIONAIS DA RRAS

A regionalização como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) foi apresentada na Constituição Federal de 1988 (CF 1988) e na Lei n° 8.080/90 (LOS – Lei Orgânica da Saúde), como sendo o princípio em que se preconiza que o SUS deva ser organizado em forma de rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo, com atenção integral aos cidadãos e participação social. Este é, portanto, o ponto central na estruturação organizativa do SUS, assim definido tanto pela CF quanto pela LOS (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

De modo a organizar a atenção à saúde de forma regionalizada e hierarquizada e integral, em 2011, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) determinou a necessidade de instituir Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS no Estado de São Paulo, resultando na constituição de 17 RRAS no Estado de São Paulo.

As RRAS são delineamentos territoriais (político-administrativos e sanitários) inseridos em uma área geográfico, definidas como acordos, pactuações organizativos de ações e serviços de saúde de diversas densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, considerando diversidade do território, complementariedade entre as regiões e integralidade da atenção no território estabelecido.

O município de Praia Grande está inserido na RRAS 07, essa RASS é composta pelos municípios do Departamentos Regionais de Saúde IV (DRS) da Baixada Santista, formado por 9 (nove) municípios: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente, e pelo DRS XII do Vale do Ribeira, constituído por 15 (quinze) municípios: Barra do Turvo, Cajati,

Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera-Açu, Pedro De Toledo, Registro e Sete Barras.

Distribuição do total de População, segundo município, RRAS 07, São Paulo, 2023.

Município	População
Barra do Turvo	6.784
Bertioga	65.374
Cajati	28.495
Cananéia	12.240
Cubatão	111.549
Eldorado	12.887
Guarujá	286.515
Iguape	29.043
Ilha Comprida	13.733
Iporanga	4.028
Itanhaém	114.186
Itariri	1.5501
Jacupiranga	15.944
Juquiá	16.954
Miracatu	18.330
Mongaguá	6.3016
Pariquera-Açu	19.252
Pedro de Toledo	11.340
Peruíbe	68.851
Praia Grande	356.054
Registro	60.211
Santos	417.795

Município	População
São Vicente	328.574
Sete Barras	12.661
Total	**2.089.317**

Fonte: Fundação SEADE.

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce, estabeleceu-se como alicerce para a rede de saúde local, ofertando serviços ambulatoriais e hospitalares qualificados e humanizados aos usuários do SUS, contribuindo para a diminuição dos índices de morbimortalidade da região é Referência na Linha de Cuidado do Trauma e a principal Porta de Entrada da RUE/RRAS 07 na Baixada Santista.

Com a finalidade de monitorar e avaliar a prestação dos serviços pactuados entre o ente municipal e estadual, as seguintes metas físicas e qualitativas serão analisadas.

Indicador	**7.1. Garantir o mínimo de 157 Saídas Cirúrgicas ou clínicas contratualizadas, equivalendo a 80%.**
Meta	Meta: Garantir Equipes Médicas, técnica e operacional 24h por dia, materiais de consumo, materiais médicos para a assistência.
Coleta de Dados	Planilha com saídas dos leitos do Estado
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.2. Garantir, no mínimo, 16 saídas na especialidade de Neurocirurgia/Neurologia**
Meta Coleta de Dados	Meta: Garantir Equipes Médicas, técnica e operacional 24h por dia, materiais de consumo, materiais médicos para a assistência. Planilha com saídas dos leitos do Estado
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.3. Garantir o mínimo de 42 saídas na especialidade de Cirurgia Geral.**
Meta	Meta: Garantir Equipes Médicas, técnica e operacional 24h por dia, materiais de consumo, materiais médicos para a assistência.
Coleta de Dados	Planilha com saídas dos leitos do Estado
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.4. Garantir o mínimo de 93 saídas na especialidade de Traumato Ortopedia.**
Meta	Meta: Garantir Equipes Médicas, técnica e operacional 24h por dia, materiais de consumo, materiais médicos para a assistência.
Coleta de Dados	Planilha com saídas dos leitos do Estado
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.5. Realizar 30% (59) de saídas cirúrgicas (trauma ortopedia e cirurgia geral) de caráter eletivo do total 197 Saídas/mês, respeitando a proporcionalidade de 60% municipal e 40% regional.**
Meta	Meta: Acompanhar e avaliar o acesso, por caráter de internação, através de equipe técnica e operacional, para compilação de dados e emissão de relatório.
Coleta de Dados	Planilha com saídas dos leitos do Estado
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.6. Manter tempo médio de permanência de UTI Adulto em (10) dias, salvo os casos que demandem longa permanência e devidamente justificado pela equipe médica.**
Meta	Meta: Disponibilizar recursos diagnósticos e apoio, buscar contra referência, materiais médicos e hospitalares, medicamentos, hemoderivados, limpeza e alimentação.
Coleta de Dados	Relatório Sistema Wareline
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.7. Manter a taxa de mortalidade institucional em até 6%.**
Meta	Meta: Disponibilizar todos os recursos diagnósticos e apoio, equipe multidisciplinar de monitoramento e controle, para acompanhamento e avaliação do indicador.
Coleta de Dados	Relatório Comissão de discussão de óbito Hospitalar
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.8. Manter o Indicador de infecção hospitalar menor ou igual a 2,5%.**
Meta	Meta: Apresentar o Relatório com Índice de Infecção Hospitalar do HMID devidamente assinado pela CCIH.
Coleta de Dados	Relatório comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH)
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.9. Manter o CNES atualizado mensalmente.**
Meta	Meta: Enviar o relatório CNES atualizado mensalmente. Enviar cópia do documento previamente assinado pelo Diretor Técnico do Hospital.
Coleta de Dados	Sistema CNES
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.10. Realizar a atualização diária no Portal CROSS da ocupação dos leitos hospitalares às 11:00 e as 15:00 horas.**
Meta	Meta: Relatório da CROSS do período, informando atualizações esperadas, mês de competência da prestação do serviço pela CONTRATADA.
Coleta de Dados	Sistema SIRESP (antigo CROSS)
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.11. Implementar protocolo de Acolhimento do HMID e Classificação de Risco.**
Meta	Meta: Relatório do setor de Acolhimento e classificação de risco, estratificado por cor e unidade, assinado e carimbado. Apresentação mensal do número de pacientes atendidos, segundo a classificação, pelo Sistema CROSS. - M+1 M: mês subsequente de competência da prestação do serviço pela CONTRATADA.
Coleta de Dados	Sistema Wareline e Sistema SIRESP (antigo CROSS)
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.12. Garantir a escuta qualificada na Ouvidoria para os pacientes, funcionários e usuários.**
Meta	**Meta:** Apresentar mensalmente o relatório com os elogios, sugestões e queixas apresentados pelos usuários, trabalhadores e pacientes. Apresentar propostas da instituição visando melhoria e tomadas de decisão.
Coleta de Dados	Sistema Ouvidor SUS

Indicador	**7.12. Garantir a escuta qualificada na Ouvidoria para os pacientes, funcionários e usuários.**
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.13. Fomentar a Política Estadual de Humanização.**
Meta	**Meta:** Apresentação relatório das ações realizadas no HMID.
Coleta de Dados	Atas de reunião e lista de presença
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.14. Manter as comissões ativas de acordo com o cronograma planejado para o Exercício (Ética médica, Controle de infecção hospitalar, Óbito e Prontuários).**
Meta	**Meta:** Ata/relatório de reunião de cada uma das Comissões exigidas, com as devidas assinaturas e registro das ações propostas M+1: mês de competência da prestação do serviço pela CONTRATADA M+1: mês subsequente à prestação do serviço. (Apresentar a Ata da constituição da comissão uma vez ao ano e sempre que tiver alteração.)
Coleta de Dados	Atas das comissões e lista de presença
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.15. Manter ativa a Comissão Intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.**
Meta	**Meta:** Apresentação do Relatório efetuado em Sistema próprio da SES/SP. M+1 M: mês de competência da prestação do serviço pela CONTRATADA M+1: mês subsequente à prestação do serviço.
Coleta de Dados	Ata da reunião e lista de presença da comissão intra hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes.
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.17. Manter abaixo de 10% a taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos.**
Meta	**Meta:** N° de Cirurgias canceladas por motivos administrativo/Total de cirurgias canceladas M+1 M: mês de competência da prestação do serviço pela CONTRATADA M+1: segundo mês subsequente à prestação do serviço.
Coleta de Dados	Sistema Wareline
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.16. Atualizar os Alvarás de funcionamento e solicitar o auto de vistoria do corpo de bombeiros (AVCB).**
Meta	**Meta:** Apresentar o Alvará de Funcionamento disponibilizado anualmente e AVCB após aprovação do Corpo de Bombeiros ou protocolo dentro do prazo de vencimento. Anual
Coleta de Dados	Alvará de Funcionamento e AVCB
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.18. Realizar ações de Educação Permanente (EP) para os profissionais médicos, de enfermagem e administrativo (capacitações e treinamentos).**
Meta	Meta: Apresentação o planejamento anual de capacitação dos profissionais;(M+2) Disponibilizar Cronograma dos cursos, listas de presença e relatório do núcleo de EP com o quantitativo de profissionais capacitados/mês por especialidade de presença/ Certificados, quando houver
Coleta de Dados	Planejamento anual, cronograma, lista de presença e relatório
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.19. Manter Comissão de Infecção Hospitalar atuante**
Meta	Meta: Apresentação Relatório com as seguintes informações: Taxa de infecção hospitalar (%); Taxa de doentes com infecção hospitalar (%); Taxa de infecção por procedimento de risco (%); Taxa de densidade de infecção hospitalar (%). M+2 M: mês de competência da prestação do serviço pela CONTRATADA M+2: segundo mês subsequente à prestação do serviço. Relatório com assinatura da enfermeira responsável.
Coleta de Dados	Ata da Reunião da CCIH
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

Indicador	**7.20. Enviar semanalmente relatório dos pacientes internados nas Clínicas Médica e Pediátrica com as informações de: data de internação, nome, município de residência, código de procedimento; CID e código de autorização CROSS.**
Meta	Meta: Enviar o relatório atualizado semanalmente para e-mail do DRSIV
Coleta de Dados	Sistema Wareline e Sistema SIRESP (antigo CROSS)
Periodicidade	Mensal
Prazo	A partir da vigência do POI.

De acordo com o proposto observa-se um total de 86 indicadores que visam avaliar todos os serviços de saúde que fazem parte do Complexo Hospitalar Irmã Dulce. Através do uso dos sistemas de informações disponíveis, principalmente os de faturamento (BPA, SIS AIH, APAC, etc.) e os sistemas de prontuário eletrônico do paciente (Sistema Wareline e Nefroshys) será possível realizar levantamentos de dados além da extração de relatórios de forma periódica, durante cada competência, de modo a garantir avaliação oportuna das informações produzidas e manter ações já realizadas para consequente alcance das metas ou corrigir rotas para que não haja impacto negativo no resultado esperado.

O repasse das informações no tempo adequado, garante integridade e veracidade dos dados, permite que os órgãos competentes monitore, fiscalize e avalie a qualidade do serviço prestados, a partir de indicadores estabelecidos, fornece comparativo das metas propostas com os resultados alcançados.

O conjunto de indicadores de propostos para avaliação das ações serviços do CHID, permitem, monitorar, avaliar e qualificar os processos e os serviços de saúde ofertados a população, serão analisados de acordo com as regras estabelecidas e

sofrerão as ações corretivas, considerando-se as etapas envolvidas no processo relacionado ao indicador.

As ações corretivas para os indicadores de qualidade relacionados a assistência serão baseadas na avaliação diária e na avaliação mensal e serão desencadeadas a partir da equipe responsável pelo planejamento, informação e monitoramento em conjunto com os profissionais responsável pelas ações de Educação Permanente e das Comissão implantadas no Complexo.

O atendimento aos usuários será monitorado e avaliado quantitativa e qualitativamente. Os resultados serão registrados nos respectivos Sistemas de Informação e divulgados através de relatórios de prestação de contas. A produção de relatório contendo a demonstração e avaliação dos indicadores selecionados terá periodicidade mensal e apresentará a situação de cada setor do CHID.

A avaliação de desempenho dos serviços de saúde mediante um conjunto estruturado de indicadores abre caminho para a revisão e melhoria nos principais processos e rotinas envolvidas na atenção à saúde, possibilitando a intervenção nos processos falhos e desenvolvimento de melhorias, buscando sempre a qualidade do processo, e o retorno da produtividade para o setor.

Um indicador analisado de forma isolada, não é uma medida direta de qualidade, é necessário comparabilidade e metas que permitam analisar o desempenho e a evolução desse indicador ao longo do tempo.

Tendo como princípio que indicadores consiste na utilização dos dados na gestão, não apenas de forma punitiva, mas como instrumento capaz de promover uma reflexão do profissional que desperte o desejo de melhoria.

3.5 MANUTENÇÃO DA HABILITAÇÃO DA UPA DR CHARLES ANTUNES BECHARA

A UPA do município da Praia Grande, foi implantada para a configuração da rede de atenção a urgência e emergência, conta com Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento Adulto e Pediátrico, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde – RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional;

A SPDM entende que compete a UPA o acolhimento aos usuários e seus familiares; o trabalho articulado com a Rede de Atenção Básica, SAMU 192, Hospitais, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, construindo fluxos de referência e contra referência regulados pelo SIRESP.

A SPDM atuará com a finalidade de garantir a resolutividade para atender quadros agudos e ou crônicos agudizados, prestar o primeiro atendimento nas urgências visando a estabilização dos casos e avaliando a necessidade do encaminhamento para hospitalização. Alguns pacientes podem permanecer em observação até a alta ou referenciamento para outra unidade.

A SPDM atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem em cada tipo de unidade, respeitando suas características físicas e de acordo com as determinações da SMS segundo as diretrizes norteadoras do SUS nas unidades.

- **Habilitação**

De acordo com o Ministério da Saúde, o processo de habilitação de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) é realizado junto à Secretaria Estadual de Saúde de sua região, tendo em vista a publicação da Portaria GM/MS 1.997, de novembro de 2023, que descentralizou os procedimentos de habilitação, cabendo agora às Secretarias Estaduais de Saúde a análise e aprovação dos requerimentos de serviços na rede de urgência, bem como o encaminhamento ao Ministério da Saúde para homologação a ser realizada por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

- **Qualificação**

O Ministério da Saúde, define qualificação como: O Processo pelo qual o serviço já homologado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos em Portaria, passando a fazer jus a um incremento dos valores de custeio.

Conforme consta no CNES, a UPA Charles Antunes Bechara foi qualificada como UPA 24H NOVA OPCAO VIII em 11/2013. A SPDM se compromete com a manutenção da estrutura dos recursos, assistenciais, físicos, tecnológicos e humanos necessários para atender aos critérios e parâmetros de habilitação definidos pela Portaria 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017, na UPA Charles Antunes Bechara.

A UPA Charles Antunes Bechara é habilitada como UPA 24 h – opção VIII e a SPDM manterá as condições desta habilitação nos quesitos necessários. Serão mantidos o número de médicos não inferior a 9 médicos/24h, sendo 5 diurnos e 4 noturnos e a unidade manterá capacidade instalada para atendimento médico e classificação de risco superiores a 10.124 atendimentos mês.

Além disso, todas as ações identificadas como necessárias após a visita dos representantes do Ministério da Saúde no dia 14 de junho de 2023, relacionada à

renovação da Qualificação da UPA, e que estavam sob responsabilidade ou controle da SPDM, foram executadas e serão mantidas.

A seguir, destacamos delas:

1- Implantação da 2º sala de Acolhimento com classificação de risco mesmo que eventualmente (devido quadro de RH previsto) não haja enfermeiro para atendimento exclusivo na sala;
2- Organização das salas de modo que, a sala de curativo e sutura mesmo que seja permitido o compartilhamento, ocorra a correta assepsia entre as atividades;
3- Manutenção de sala exclusiva para realização de eletrocardiograma (ECG);
4- Manutenção da sala vermelha com o mínimo estabelecido par aos materiais e equipamentos, conforme opção de custeio, neste caso opção de custeio VIII.

A SPDM mantém o compromisso com a garantia de todos os critérios para a manutenção da qualificação da UPA Charles Antunes Bechara, como UPA 24h, porte VIII.

3.6 META DE CIRURGIA ELETIVA

O planejamento operacional para o funcionamento do centro cirúrgico em cirurgias eletivas e emergências envolve uma série de etapas e considerações para garantir a eficiência, a segurança dos pacientes e a qualidade dos cuidados prestados. É dividido em pré-operatório e pós-operatório desde agendamento até alta do paciente.

Para realizar 60 cirurgias eletivas, conforme a metas estabelecida no POA ano 2022, exige um planejamento minucioso e uma gestão eficiente dos recursos disponíveis. A organização das cirurgias eletivas, que são procedimentos agendados com antecedência e sem caráter de urgência, envolve várias equipes, recursos e infraestrutura do centro cirúrgico.

Etapas para realização de 60 Cirurgias Eletivas.

1 - Agendamento das Cirurgias:

Calendário Cirúrgico pré-estabelecido por sala

Organizar um calendário que distribua as 60 cirurgias ao longo do período estipulado (semanal, mensal), considerando a complexidade e a duração dos procedimentos.

Prioridade e Tipos de Cirurgia

Classificamos as cirurgias por prioridade, tipo de procedimento e necessidades específicas (equipamentos, equipe especializada, etc.).

2 - Gestão de Recursos Humanos:

Equipe Cirúrgica

Asseguramos a disponibilidade de cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e técnicos necessários para cada tipo de cirurgia.

Turnos de Trabalho

É realizado planejamento e dimensionamento por turnos que garantam cobertura adequada e evitem sobrecarga da equipe, preservando a qualidade do atendimento.

3 - Coordenação com Outros Departamentos:

Central de Material e Esterilização (CME)

Coordenar com a CME para garantir que todos os instrumentos e materiais cirúrgicos estejam esterilizados e prontos para uso conforme o calendário.

Anestesia e Laboratórios

Garantimos que exames pré-operatórios e avaliações anestésicas sejam realizados previamente a data do agendamento cirúrgico.

4 - Infraestrutura e Logística:

Disponibilidade de Salas Cirúrgicas

É realizado planejamento para o uso das salas cirúrgicas, onde é garantido que estejam disponíveis e preparadas para cada cirurgia.

Realizar bate mapa anteriormente para garantir a execução dos procedimentos

Equipamentos e Suprimentos

É realizado checagem anteriormente para garantir que todos os equipamentos estejam funcionando corretamente e que os suprimentos necessários estejam estocados.

5 - Preparação dos Pacientes:

Consultas Pré-operatórias

Realizado a consultas pré-operatórias para esclarecimentos, assinaturas de consentimentos e preparação do paciente.

Orientações:

É fornecido as orientações claras aos pacientes sobre o preparo antes da cirurgia (jejum, medicações, higiene corporal, retirada unhas gel, alongamento de cabelo, cílios postiços, princing entre outros que possa impactar no cancelamento da cirurgia).

6 - Monitoramento e Avaliação.

Registro e Acompanhamento:

Registramos todas as cirurgias realizadas e monitoramos os resultados, complicações e tempos de recuperação.

Revisão Diária:

É realizado reuniões de revisão diárias para avaliar o progresso em relação à meta e fazer ajustes necessários no planejamento**.**

7 - Comunicação e Coordenação

Sistema de Agendamento:

Utilizado um sistema de agendamento eficiente para evitar conflitos de horários e garantir que todos os envolvidos estejam informados.

Feedback Contínuo:

Mantemos a comunicação contínua com a equipe sobre mudanças no planejamento e status das cirurgias, junto a diretoria técnica, planejamento e gerencia de enfermagem através das ferramentas institucionais (e-mail, indicadores de cirurgias e outros)

8 - Controle de Qualidade e Segurança

Protocolos de Segurança

Asseguramos todos os protocolos de segurança sejam seguidos rigorosamente em cada etapa, desde a preparação do paciente até o pós-operatório.

Auditoria e Melhoria Contínua

Realizamos auditorias para identificar áreas de melhoria e implementar correções rapidamente.

O sucesso em alcançar a meta de 60 cirurgias eletivas depende de uma coordenação eficaz entre todos os envolvidos, uma gestão rigorosa do tempo e dos recursos, e um foco constante na segurança e na qualidade do atendimento ao paciente. A organização e o planejamento detalhados são essenciais para garantir que as metas sejam atingidas dentro do prazo, mantendo altos padrões de cuidado e satisfação do paciente.

A sala pré-operatória em um centro cirúrgico serve como um espaço de preparação para os pacientes antes de serem levados para a sala de cirurgia. Ela tem como finalidade na segurança e no bem-estar do paciente, bem como na eficiência do fluxo cirúrgico. Temos como objetivo e no planejamento dessa sala:

Preparação do Paciente, Avaliação Pré-anestésica/ Pós anestesia até alta do paciente.

A sala proporciona um ambiente onde o paciente pode ser monitorado e tranquilizado antes de ser levado para a sala de cirurgia, ajudando a reduzir a ansiedade.

Verificação de Documentação e Consentimentos

Verificação final de documentos importantes, como o consentimento informado, identificação do paciente e confirmação do procedimento a ser realizado.

Coordenação entre Equipes

Serve como um ponto de coordenação entre a equipe de enfermagem, anestesia e cirurgiões, garantindo que todos estejam alinhados antes de iniciar a cirurgia.

Planejamento da Sala Pré-operatória:

Localização Estratégica

A sala está localizada próxima às salas de cirurgia para facilitar o transporte rápido e seguro dos pacientes.

Espaço Adequado

Suficiente para o fluxo de pacientes e para o trabalho simultâneo de várias equipes (enfermagem, anestesia, etc.).

Equipamentos e Suprimentos

A sala é equipada com todos os materiais necessários para a preparação do paciente, incluindo medicamentos, equipamentos de monitoramento e instrumentos para colocação de acessos intravenosos.

Privacidade e Conforto

O ambiente garante a privacidade dos pacientes e proporcionar conforto, o que pode incluir controle de temperatura, luz e um ambiente menos estressante.

Controle de Infecções

O planejamento de admissão do paciente inclui medidas rigorosas para controle de infecções, como superfícies fáceis de limpar e fluxo de ar adequado.

Fluxo de Trabalho:

O layout da sala facilita o fluxo de trabalho eficiente, permitindo que as etapas de preparação sejam realizadas de forma sequencial e sem atrasos.

Monitoramento e Segurança

Sistemas de monitoramento contínuo e protocolos de segurança estão presentes para detectar qualquer alteração no estado do paciente e responder rapidamente a emergências.

O planejamento cuidadoso da sala pré-operatória é essencial para garantir que os pacientes estejam bem preparados e seguros antes da cirurgia, e que a transição para a sala de cirurgia seja eficiente e sem problemas.

Sala Pós Operatória (SRPA)

A sala de pós-operatório do Hospital Irmã Dulce – CHID, também conhecida como sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) ou sala de recuperação anestésica, é um espaço crítico dentro do centro cirúrgico, onde os pacientes são monitorados imediatamente após a cirurgia até que estejam estáveis o suficiente para serem transferidos para a enfermaria, UTI ou liberados. O planejamento dessa sala é crucial para a segurança e bem-estar dos pacientes.

Finalidades da Sala de Pós-Operatório:

Monitoramento Pós-Cirúrgico

Monitorar os sinais vitais do paciente, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, respiração e saturação de oxigênio.

Avaliação do nível de consciência e recuperação da anestesia.

Gestão da Dor e Sintomas:

Controle da dor pós-operatória com medicações adequadas.

Tratamento de náuseas, vômitos e outros sintomas relacionados à anestesia.

Identificação de Complicações

Detecção precoce de complicações cirúrgicas ou anestésicas, como hemorragias, dificuldades respiratórias ou reações adversas a medicamentos.

Preparo para Alta ou Transferência

Decisão sobre a liberação do paciente para o quarto, UTI, ou em alguns casos, para casa, após estabilização.

Planejamento da Sala de Pós-Operatório

Localização Estratégica

Está localizada próxima às salas de cirurgia para facilitar o transporte rápido e seguro dos pacientes após o procedimento.

Proximidade com a unidade de terapia intensiva (UTI) é ideal para facilitar transferências rápidas em caso de necessidade.

Espaço Físico

Espaço suficiente para acomodar macas ou camas com acesso a cada paciente.

Área de circulação ampla para a movimentação de equipamentos e profissionais de saúde.

Equipamentos Essenciais

Monitores multiparamétricos para checagem contínua dos sinais vitais (ECG, oximetria, pressão arterial, capnografia).

Equipamentos de suporte à vida, como ventiladores mecânicos, bombas de infusão, e desfibriladores.

Recursos para administração de oxigênio, aspiração de secreções e tratamento de emergências.

Materiais e Medicamentos

Suprimento adequado de medicamentos para controle da dor, tratamento de náuseas e estabilização hemodinâmica.

Materiais de ressuscitação, kits de emergência e equipamentos para via aérea.

Controle de Infecções

Superfícies e materiais fáceis de limpar para minimizar o risco de infecções.

Protocolos rigorosos de higiene para todos os profissionais e pacientes.

Privacidade e Conforto

Barreira entre os leitos para garantir a privacidade dos pacientes.

Controle de iluminação e temperatura para conforto do paciente, sem comprometer a vigilância clínica.

Sistema de Comunicação

Registro eletrônico ou manual para acompanhamento detalhado de cada paciente.

Equipes e Treinamentos

Presença contínua de profissionais de saúde qualificados, incluindo enfermeiros especializados em recuperação anestésica e médicos anestesistas.

Treinamento regular da equipe para emergências e atualização de protocolos.

Fluxo de Trabalho Eficiente

Protocolos claros para a admissão, monitoramento, tratamento e alta dos pacientes.

Planejamento para fluxo contínuo e seguro dos pacientes, evitando congestionamentos e tempo de espera excessivo.

O planejamento diário da sala de pós-operatório prioriza a segurança e o conforto do paciente, bem como a eficiência operacional. É um ambiente que exige alta vigilância, prontidão para intervenções rápidas e um layout que permita monitoramento próximo e contínuo de todos os pacientes. Um planejamento bem

executado contribui para a redução de complicações e uma recuperação mais tranquila e segura para os pacientes.

A Unidade hospitalar do CHID é referência na região em trauma e neurocirurgia no atendimento de pacientes de média e alta complexidade, também oferece atendimento em diversas especialidades clinicas e outras cirúrgicas, a saber:

- Cirurgia Geral,
- Ginecologia e Obstetrícia,
- Cirurgia Pediátrica,
- Cirurgia de Cabeça e Pescoço,
- Cirurgia Vascular,
- Urologia,
- Otorrinolaringologia,
- Cirurgia Plástica,
- Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Conta com ambulatórios nas diferentes especialidades e está apto a realizar cirurgias eletivas e de emergência, além dos serviços de apoio, como SAME e observações, serviço de esterilização (CME), salas cirúrgicas, RPA, expurgo e DML.

Tem em sua estrutura física 70 leitos para pacientes cirúrgicos. O serviço de Traumatologia atenderá nas 24h em demanda espontânea do HMID.

Oferece 60 cirurgias eletivas de média complexidade, 4 esterilizações cirúrgicas em mulheres não gestantes e 10% inserções de Dispositivo Intra-Uterino – DIU no pós parto imediato.

A porta de entrada do Hospital contará com Pronto Socorro nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia/Traumatologia, Neurocirurgia e Buco-Maxilo, além das áreas clinicas, obstetrícia e cirurgias ginecológicas

O Centro cirúrgico está capacitado, assim como as equipes cirúrgicas a realizar cirurgias de urgência nas 24h do dia, atendendo aos pacientes oriundos por demanda espontânea ou referenciados de outras unidades, SAMU e Bombeiros. Os pacientes cirúrgicos eletivos, entram pelo ambulatório de especialidades e obedecem ao agendamento conforme fluxos estabelecidos.

4. MODELO GERENCIAL

4.1. GERENCIAMENTO ADMINISTRATIVO

O Modelo Gerencial proposto é baseado em gestão, qualidade e a liderança, em consonância com as diretrizes organizativas do planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande, e as práticas assistenciais que serão desenvolvidas na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para uma assistência humanizada, participativa e resolutiva.

A gestão hospitalar será responsável por manter o hospital em pleno funcionamento, cuida de todos os demais departamentos administrativos, garantindo que suas rotinas estejam em sincronia e que possuam todo o necessário para realizar atendimentos de qualidade, mantendo os colaboradores satisfeitos, em um ambiente de trabalho saudável, proporcionando todas as ferramentas para que seu trabalho seja de excelência.

O Gerenciamento Administrativo será responsável por:

• planejar todas as rotinas administrativas, que definirá a maneira de como operar no dia a dia, isso incluí toas as atividades/operações burocráticas, distribuição de recursos, tomada de decisões e o gerenciamento dos setores internos;

• organizar os processos, não sendo apenas responsável por planejar e executar as atividades do hospital, como também organizar todos os processos relacionados a função, isso inclui por exemplo, as rotinas médicas e de enfermeiros e o uso de equipamentos, com isso organizar os processos dita a maneira como as operações irão acontecer até que o atendimento seja realizado.

• controlar as atividades realizadas dentro e fora do hospital, com as áreas de atuação e equipes de gestores de uma formação de qualidade e específica, que conheçam as funções administrativas e práticas, como exemplo controlar cada exame, atendimento e tratamento realizado no complexo hospitalar possibilitando a continuidade do serviço;

• solucionar problemas técnicos que venham acontecer, no complexo hospitalar, os profissionais com conhecimento técnico específico que permita a execução dessa atividade, como exemplo problemas em máquinas e equipamentos e ou na integração de atividades diretamente dependentes, interferência em uma rotina técnica que não funciona comprometendo o fluxo de trabalho.

O Gerenciamento Administrativo tem as responsabilidades citadas e administrar as finanças, de forma estratégica e eficiente, potencializando os serviços oferecidos, desenvolvendo e aperfeiçoando procedimentos e métodos administrativos, tendo em vista uniformizar, simplificar e aumentar a eficácia, gerando assim segurança gerencial as demandas assistenciais das atividades das Unidades do Contrato de Gestão – Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

A gestão e liderança estão baseadas em ações voltadas para resultados, planejadas e desenvolvidas com base em conhecimentos técnicos, científicos,

sustentados em princípios éticos e legais de cada categoria profissional, com vista à humanização e qualidade do cuidado.

A Direção Administrativa e Técnica local contará com o suporte de Gerências de Enfermagem e Administrativa e suas coordenações subordinadas que desenvolverão as ações:

- Coordenação Administrativa - planejar e controlar as atividades relacionada a compras de suprimentos e outros insumos para a Instituição, além da área de controle patrimonial;

- Coordenação de Farmácia e Almoxarifado - coordenar as atividades do almoxarifado, orientando na aplicação de normas e procedimentos, no recebimento, armazenagem, entrega e controle de materiais, visando o suprimento adequado das necessidades da Unidade;

- Coordenação de Faturamento - coordenar as atividades do Faturamento, garantindo o fechamento de contas e o faturamento propriamente dito;

- Coordenação de Tecnologia da Informação - coordenar as atividades da área de Informática da Unidade, no que diz respeito ao suporte técnico, visando atender as necessidades das áreas e da Unidade;

- Coordenação de Manutenção - coordenar o planejamento, organização e controle das manutenções das edificações, acompanhando o cumprimento dos cronogramas estabelecidos;

- Coordenação de Recursos Humanos - coordenar as políticas e diretrizes de Recursos Humanos na Unidade, de forma a assegurar a vinculação com os planos e estratégias globais da Instituição;

- Coordenação de Planejamento e Informação - coordenar as atividades do Serviço de Prontuário, no que diz respeito à guarda de prontuários de pacientes, bem como, pelo controle de informações, a fim de subsidiar pesquisas médicas, coletas e

tabulação de dados estatísticos de diagnóstico, resultando em trabalhos científicos, que visa beneficiar pacientes e a população e a regulação do acesso a rede de urgência e emergência e os níveis de atenção, além da auditoria interna;

• Coordenação de Hotelaria - coordenar as atividades da equipe de hotelaria, administrar custos e compras de materiais de limpeza e controlar os serviços prestados, a fim de garantir a qualidade e padrões de higiene.

• Coordenação Médica – Avaliar, monitorar, fiscalizar, planejar, acompanhar as ações relacionadas a assistência integral ao paciente, desenvolver, implantar normas e diretrizes técnicas em todos os níveis de atenção, atuando na gestão do corpo clínico, processos e sistematização do trabalho;

• Coordenações de Enfermagem – Gerir, apoiar, acompanhar a assistência da rotina da enfermagem junto a assistência aos pacientes, acolher e classificar os acessos aos pacientes, implementar rotina e processos de trabalho técnico e operacional em todos os níveis da assistência prestada.

• Coordenação Multiprofissional – Planejar, organizar, desenvolver e implantar normas e sistemas de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados em cada área assistencial, garantindo o cumprimento dos protocolos institucionais e cada órgão regulador.

Todas as áreas emitem relatórios gerenciais a fim de subsidiar a Diretoria e a Gerência no tocante as decisões quanto ações a serem implementadas e implantadas nas rotinas técnico administrativas de todo o complexo hospitalar, visando a eficiência alocativa dos recursos financeiros aplicados no contrato de Gestão, bem como atender ao Plano de Trabalho norteador do Contrato de Gestão e as políticas públicas do Gestor Municipal.

Com base nas diretrizes institucional e sua expertise, são realizados todos os mecanismos existentes, bem como validação de novos processos incluídos conforme

demanda loco regional, atribuindo e agregando valor ao desenvolvimento e cumprimento de metas quantitativas e qualitativas.

ACOMPANHAMENTO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA FINANCEIRA (CONTABILIDADE/CUSTOS/TESOURARIA)

A Diretoria Financeira, é responsável por estabelecer, aplicar as diretrizes e mecanismos para acompanhamento e execução orçamentária financeira dos Instrumentos Jurídicos, de modo a zelar pela correta aplicação, movimentação e gerenciamento dos recursos financeiros, de acordo com as orientações dos Órgãos de Controle, Fiscalizadores, além das Normativas, Legislações Contábeis e Fiscais vigentes, sendo responsável pelos seguintes processos de apoio gerencial no Hospital Irmã Dulce;

- I Financeiro;
- II Tesouraria.

A organização e estrutura da Diretoria Financeira é composta pelas seguintes áreas de atuação:

- Orçamento;
- Contas a Receber;
- Gestão de Custos;
- Contas a Pagar;
- Fiscal;
- Tesouraria;
- Controladoria;

- Prestação de Contas;
- Contabilidade;
- Patrimônio;

PLANEJAMENTO

O processo de planejamento diz respeito a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados aos serviços de saúde a partir de um objetivo que busca mudança situacional. Esse processo passa por uma análise profunda sobre as práticas, identificando e compreendendo os problemas que impedem ou dificultam a atuação dos serviços em seu máximo potencial.

O planejamento em saúde proposta pela SPDM é realizado em espaços de oficinas, sendo priorizados alguns problemas de saúde e setores que mereçam atenção imediata.

Definido o problema a ser trabalhado, realiza-se um levantamento situacional, visando a identificação de como os serviços e setores estão organizados para enfrentar os problemas priorizados. Origina-se com a consolidação deste levantamento, documento que serve como eixo para as discussões nas oficinas e construção da rede explicativa ao ser enriquecido pelo conhecimento dos participantes.

Na construção desta rede explicativa, são identificados os nós-críticos, ou seja, os empecilhos a serem superados para um bom funcionamento dos serviços e setores e definidos os objetivos e metas a serem atingidos.

A partir desta rede explicativa e considerando os nós críticos que constituem o problema, é definido o plano de ação, constituído de operações e ações para enfrentamento do problema definido. Nesse processo, que não se restringe só a formulação do Plano, é fundamental estarmos atentos ao envolvimento do maior número possível de atores sociais para que as ações se viabilizem, pois o planejamento proposto aqui se fundamenta na negociação e na incorporação ao Plano da visão de mundo decorrente das práticas dos envolvidos. A partir das demandas dos participantes, novos conhecimentos são acrescidos através de textos e treinamentos.

Definido e implementado o plano de ação, passa-se ao monitoramento, um importante momento do planejamento em que se verifica a operacionalização das ações no cotidiano dos serviços sua viabilidade e coerência frente a realidade. Ao identificar ações ainda não realizadas, deve-se pesquisar os motivos e buscar meios para a sua implementação, bem como identificar outros nós críticos que não foram detectados nas primeiras análises.

O Plano deve ficar à vista, ou seja, ao alcance de todos os atores envolvidos. Deve ser discutido nas reuniões técnicas e no monitoramento, avaliado periodicamente e se necessário corrigido para se adaptar a dinâmica da realidade.

A avaliação, que deverá ser feita com os participantes das oficinas, é outro momento importante do Planejamento em Saúde. Aí serão identificados avanços e novas situações a serem enfrentadas, num constante processo de reelaboração do plano, pois como dito anteriormente, apesar de seu núcleo temporal o plano há de ser efêmero para se conformar ao real.

Propõe-se assim, a realização de Oficinas de Planejamento em Saúde, junto ao CHID, com cronograma e temas previamente definidos junto aos envolvidos. Propõe-se a utilização desta metodologia em todos os serviços do Complexo com o

objetivo de reorganização do serviço, bem como de otimização dos serviços já oferecidos.

- **GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DO COMPLEXO**

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce possui um gerente administrativo que, sob orientação da Direção Administrativa local e com o apoio das coordenações das áreas, deverá orientar, acompanhar e controlar a execução dos processos administrativos do Complexo.

Esta gerência, acompanhará o balanço financeiro do Contrato de Gestão, fornecendo subsídios para sua respectiva Direção sobre as necessidades das áreas de apoio, sempre em consideração à saúde financeira do Contrato de Gestão, primando pela qualidade da assistência e segurança aos usuários dos serviços, em obediência das normas e legislações vigentes. Também deverá articular estratégias com as coordenações dos setores, para otimizar esses processos, assegurando o cumprimento das normas da instituição.

Garantirá a integralidade de suas áreas com a equipe assistencial, visando a segurança do paciente nas dependências do Complexo.

As áreas acompanhadas pela Gerência de Serviços são:

I. Coordenação Administrativa

a. Compras
b. Contratos
c. Controladoria
d. Patrimônio
e. Portaria

f. Secretária Geral

II. Coordenação de Farmácia e Almoxarifado

a. Farmácia Satélite

b. Farmácia Central

c. Farmácia Clínica

d. Almoxarifado

e. Almoxarifado OPME

III. Coordenação de Faturamento

a. Administrativos das Enfermarias

b. Faturamento

c. Auditoria.

IV. Coordenação de Tecnologia e Informação

V. Coordenação de Manutenção

a. Engenharia Predial

b. Engenharia Clínica

c. Gasoterapia

VI. Coordenação de Recursos Humanos

a. Gestão de Pessoas

b. Administração Pessoal

c. SESMT

d. Medicina do Trabalho

VII. Coordenação de Planejamento e Informação

a. Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME)
b. Central de Agendamento de Cirurgia (CACI)
c. Ouvidoria
d. Internação
e. Recepção
f. Planejamento
g. Núcleo Interno de Regulação (NIR)

VIII. Coordenação de Hotelaria

a. Transportes
b. Lavanderia
c. Higienização Hospitalar
d. Hotelaria

- **OUVIDORIA**

A ouvidoria tem a função de intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania.

Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.

O papel da ouvidoria é garantir ao cidadão ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.

No Complexo Irmã Dulce a manutenção do sistema de Ouvidoria SUS do Ministério da Saúde - MS dentro dos serviços se faz necessário, garantindo o recebimento das manifestações e o tratamento adequado das mesmas.

A SPDM propõe para a equipe do setor de ouvidoria 1 coordenador, 02 analistas de ouvidoria e ao longo do contrato propomos ampliar com 1 auxiliar administrativo.

A equipe responsável pelo setor de Ouvidoria do Complexo deverá acompanhar as manifestações diariamente e inserir as demandas dos atendimentos presenciais no sistema do Ouvidor SUS. As manifestações deverão ser direcionadas para os setores envolvidos para apuração, através do levantamento de dados e diálogo com os envolvidos quando couber, buscando responder aos questionamentos apresentados na manifestação. Após apuração, realizar a conclusão no Ouvidor SUS.

As manifestações do Ouvidor SUS deverão garantir o prazo de resposta de acordo com a Portaria n°8, de 25/05/2007 do Ministério da Saúde, no qual estabelecem os prazos conforme as classificações: urgente (até 15 dias), alta (até 30 dias), média (até 60 dias) e baixa (até 90 dias) em consonância com Secretária de Saúde Pública -SESAP. A equipe do setor de ouvidoria é responsável em monitorar os prazos e finalização das demandas junto ao Ouvidor SUS.

Os resultados deverão ser analisados mensalmente, utilizando o banco de dados consolidados pela equipe e comparado com o banco disponibilizado pela SESAP. Os relatórios de prestação de contas deverão conter o plano de ação com as tipificações de maior destaque.

- **SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CIDADÃO (SAC)**

A SPDM propõe a continuidade do canal de comunicação com os usuários do Complexo Hospitalar Irmã Dulce através do serviço denominado SAU - Serviço de Atendimento ao Usuário. Propomos discussão com a gestão local no sentido de definir pela continuidade do termo SAU ou a alteração para SAC.

O objetivo desta estratégia proposta, assim como o objetivo da Ouvidoria e da Pesquisa de Satisfação é estimular a participação da sociedade no processo de avaliação dos serviços; registrar e tratar das manifestações dos cidadãos relativas aos serviços prestados; apresentar aos gestores as informações decorrentes da avaliação da população; apoiar e fortalecer a participação social no SUS.

O SAC/SAU é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde e de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde. Além de ser instrumento de controle social para a defesa do direito à saúde, possibilita o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados. Constitui-se em um canal de comunicação direto e eficaz que interage fortemente com o ambiente interno e externo da instituição. Os serviços de atendimento ao cidadão usuário do SUS se aperfeiçoaram, dentro de uma estratégia de valorização do cidadão, que não quer somente ser atendido, mas exige soluções, seja de caráter individual ou coletivo.

Frente a isto, todos os serviços que compõem o Complexo Hospitalar Irmã Dulce continuarão com o SAC/SAU com o objetivo de possibilitar aos usuários e/ou seus acompanhantes manifestarem-se em relação a estes serviços com sugestões, elogios, informação, reclamações, solicitações, e denúncia visando uma boa comunicação entre os profissionais e os usuários, incentivando a autonomia dos mesmos e possibilitando um tratamento individualizado e personalizado, considerando suas reais necessidades.

As manifestações poderão ser feitas através do preenchimento de formulários criados especificamente para este fim, depositados em urnas disponibilizadas na unidade em locais de fácil acesso, diretamente à central do SAU da SPDM através de linha telefônica 0800, através de e-mail criado especificamente para este fim ou através de correspondência. O SAC/SAU estará integrado de forma eletrônica e on line à Ouvidoria SUS do Ministério da Saúde, conforme fluxos estabelecidos pela SESAP no que se refere à recepção e tratativa de manifestações.

No Complexo Irmã Dulce, as manifestações recebidas deverão gerar um processo que será analisado pelos setores responsáveis pela demanda, que providenciará as medidas necessárias à apuração da manifestação, levantando dados de atendimento, ouvindo funcionários e o usuário e providenciando a resposta ao cidadão manifestante. Depois de finalizada a demanda o processo é avaliado pelo responsável técnico da área que verificará a suficiência das providências tomadas, redirecionando-as caso necessário. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Os processos serão monitorados a partir de um banco de dados utilizando-se como indicador de qualidade o tempo de resposta dada ao usuário manifestante, que não deve ultrapassar 20 dias.

Os resultados obtidos deverão ser apresentados em relatórios consolidados aos diretores dos serviços do Complexo de forma sistemática e periódica para avaliação dos dados, identificação das necessidades e demandas sociais, tanto na dimensão coletiva quanto individual, transformando-as em suporte estratégico a tomada de decisão no campo da gestão e deverão ser apresentados ao gestor municipal através de relatórios de prestação de contas.

O serviço deverá ser divulgado na Unidade, através de cartaz afixado em local de fácil visualização dos usuários, constando os telefones e endereços necessários.

- **PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

A satisfação do paciente apresenta-se como um indicador fundamental na determinação dos aspectos de melhoria e aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados. Por essa razão, torna-se importante o conhecimento dos níveis e determinantes da satisfação dos utilizadores com o objetivo da qualificação dos serviços de saúde.

Considerando a importância da participação popular como uma estratégia para melhoria da saúde da população e fortalecimento da gestão democrática e do controle social, propomos a realização de pesquisa de satisfação para auxiliar a avaliação do serviço prestado a população pelo Complexo Hospitalar Irmã Dulce. A pesquisa proporciona aos usuários do SUS a oportunidade de opinar sobre as políticas públicas, infraestrutura e avaliar o atendimento recebido.

O objetivo da pesquisa de satisfação é avaliar a percepção do usuário em relação ao funcionamento e qualidade dos serviços de saúde.

A pesquisa de satisfação do usuário será realizada através de entrevista junto aos pacientes ou acompanhantes de alta hospitalar e também espontaneamente através de preenchimento de formulário próprio para os pacientes. Para os serviços de urgência e Nefro - PG a pesquisa será realizada através de totem informatizado ou disponibilização de QRCode. A pesquisa contemplará indicadores de qualidade de atendimento e infraestrutura, resolutividade e acesso.

Propõe-se utilizar formulário padronizado, aos moldes do apresentado a seguir, que poderá sofrer alterações após aplicação de teste e discussões com a SESAP.

A pesquisa deverá garantir o anonimato do entrevistado e serão realizadas diariamente através de entrevistas de forma aleatória ou através de manifestação espontânea, sob a coordenação do técnico responsável pelas atividades de planejamento na unidade.

Entrevista

No hospital, as entrevistas serão realizadas diariamente por profissional capacitado no momento da alta do paciente.

Propõe-se aplicação da entrevista em amostra calculada a partir de formula estatística reconhecida sobre do total de pacientes atendidos no período, garantindo a representatividade dos usuários de cada área de internação, podendo ser aplicada tanto junto ao usuário quanto ao seu acompanhante, no momento da alta hospitalar. O administrativo deverá consolidar os dados obtidos através da entrevista e encaminhará para ao assistente social responsável.

Avaliação Espontânea

Para os serviços que contarão com a Pesquisa de Satisfação de Usuários espontânea, serão disponibilizadas urnas e formulários padronizados e Totem informatizado quando possível.

A SPDM propõe para a pesquisa espontânea, a realização através dos formulários padronizados e da instalação de totem informatizado na recepção do Complexo Hospitalar, será habilitado com o formulário eletrônico para ser preenchido em tela Touch. O totem e a urna estarão em local de fácil acesso e visualização, mas de modo que também possibilite privacidade ao usuário no momento da sua utilização.

Diariamente um auxiliar administrativo do SAU poderá recolher das urnas as pesquisas realizadas (formulários) e consolidará os dados obtidos, encaminhando-os ao assistente social responsável.

No Totem a pesquisa de satisfação espontânea poderá ser realizada em qualquer momento, sendo permitido o registro de apenas uma avaliação para cada motivo de ida ao serviço.

O usuário e acompanhante serão informados e estimulados quanto a participação da pesquisa preferencialmente no momento de sua saída do serviço. Podendo um funcionário auxiliar no acesso a tela da pesquisa caso existem dúvidas ou dificuldades ou até mesmo no preenchimento do instrumento manualmente.

Para a realização da pesquisa de satisfação propomos avaliar os instrumentos utilizados atualmente pelos serviços, fazendo as adequações se necessário.

Monitoramento e Avaliação

Os resultados da pesquisa de satisfação serão monitorados buscando sempre o maior grau de satisfação dos usuários.

Diariamente um auxiliar administrativo consultará o sistema para verificar, se a tela da pesquisa está disponível, em funcionamento pleno, sem qualquer problema técnico que prejudique sua utilização. As entrevistas e os formulários preenchidos serão consolidadas diariamente compondo banco para a análise mensal.

Semanalmente serão extraídos relatórios do sistema Totem para avaliação de quantidade de pesquisas registradas de forma espontânea, visando garantir a participação dos usuários.

Relatórios da pesquisa de satisfação do Usuário serão elaborados, mensalmente para discussão nos serviços e para compor relatórios de prestação de contas do contrato de gestão.

Os dados obtidos na pesquisa de satisfação permitirão identificar as variações encontradas nos diversos setores e serviços, para que ações corretivas ou de melhoria possam ser traçadas, buscando um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional, de modo a disponibilizar serviços assistenciais centrados na qualidade e humanização do atendimento.

Os resultados obtidos deverão ser apresentados trimestralmente ao gestor municipal através de relatórios de prestação de contas.

- **CONSELHO GESTOR**

A partir da Constituição de 1988, é garantida a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde como uma das Diretrizes do Sistema Único de Saúde. A lei federal número 8.142/90, regulamenta a participação dos vários segmentos da população na gestão do SUS através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

A participação social é valorizada e percebida como importante instrumento na construção de um novo jeito de fazer saúde, cujos princípios são a integralidade da assistência e a descentralização das ações de saúde.

Os Serviços de Saúde têm também como responsabilidade o desenvolvimento de ações que fomentem a participação popular, sensibilizando os usuários para sua responsabilidade política e social, envolvendo, além dos conselhos gestores, os movimentos da sociedade civil organizada, tais como associações, ONGs, cooperativas, entre outras.

A SPDM em sua experiência de gerenciamento de serviços de saúde tem fomentado a participação popular e para tal, a fim de atender ao Plano Municipal de Saúde do Município de Praia Grande, período 2022 – 2025, Diretriz V: Objetivo II – Relações Inter federativas no SUS, meta *Criação dos conselhos locais de saúde, para*

fortalecimento do controle popular (10ª. CMS), **propõe a implantação do Conselho Gestor do Complexo Hospitalar Irmã Dulce**.

Considerando os Princípios e Diretrizes dispostas na Constituição da República Federativa do Brasil e nas Leis 8080/90, 8142/90 e a necessidade de potencializar a participação e gestão dos diversos sujeitos sociais, nas políticas públicas de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos na perspectiva da ampliação da democracia participativa, a SPDM propõe a formação do Conselho Gestor Local do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, que terá por objetivo:

I – Implementar a gestão participativa;

II – Discutir, identificar problemas, acompanhar e avaliar ações;

III – Sugerir prioridades e metas de ação que poderão orientar a elaboração do planejamento anual para o Complexo;

IV – Propor medidas para aperfeiçoar o planejamento, a organização, a avaliação e o controle das ações e dos serviços;

V – Acompanhar a execução das prioridades e metas estabelecidas para o complexo;

VI – Acompanhar e fiscalizar os serviços e as ações de saúde prestada nos serviços Complexo, visando a qualidade, a humanização da atenção e do cuidado e o controle dos riscos à saúde da população;

VII – Divulgar, periodicamente, informações a comunidade interna e externa, sobre a qualidade dos serviços prestados e os resultados obtidos.

VIII – Monitorar a implementação das políticas e diretrizes estabelecidas e o desenvolvimento das atividades e programas de saúde no âmbito do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

IX – Acompanhar a execução das prioridades e das metas estabelecidas no planejamento através dos relatórios de atividades, produção e de desempenho.

Para o desenvolvimento destas ações pressupõe-se que o Serviço seja um espaço de planejamento, exigindo do gestor local conhecimento das necessidades da demanda do Serviço, capacidade de eleger prioridades junto à equipe, de orientar e administrar os setores do complexo.

É primordial que se estabeleçam canais de comunicação entre os diretores, gerentes, os funcionários e a população assistida. A interação harmoniosa entre eles deve ser pretendida e defendida permitindo a qualidade do serviço oferecido. As reuniões periódicas são espaços importantes na definição das atividades com foco nas necessidades de saúde das pessoas e canal aberto de compreensão e avaliação do serviço.

O Conselho Gestor Local do Complexo Hospitalar Irmã Dulce deverá ter como composição: 50% participação da Comunidade; 25% dos trabalhadores do Serviço e 25% do segmento Gestor. Estes devem ser escolhidos em fórum próprio e o grupo se reunirá mensalmente. É um órgão colegiado, integrante ao serviço de saúde que deve agir por meio de colaboração efetiva e participação nas ações e programas que são desenvolvidos nos serviços.

O objetivo da reunião com os conselheiros é identificar as prioridades apontadas pela população atendida, elaborar projetos, negociar e construir estratégias de enfrentamento dos problemas identificados, potencializar os usuários para serem multiplicadores de saúde, estimular a organização da população e estabelecer parcerias com entidades para um efetivo controle social.

Para o fortalecimento das ações desse conselho destaca-se a importância da promoção de eventos, de fóruns e de capacitação periódicas, nos quais os conselheiros possam socializar ideias, construir conceitos e sugerir ações conjuntas. Essas atividades podem ser viabilizadas a partir da formação de comissões, constituídas por membros dos diferentes conselhos de saúde dos diversos serviços de Praia Grande e junto ao Conselho Municipal de Saúde e outros órgãos.

Também se reforça que, de modo a deixar público estes espaços de participação popular, o Complexo deve anexar em local visível: calendário com as datas, horários e local dos espaços destes encontros. As informações também devem ser divulgadas por meio de mídias digitais, meios eletrônicos estabelecidos pela OS e SESAP.

Os usuários devem ser continuamente orientados e convidados para participação desses espaços. Os diretores e gerentes devem se comprometer na regularidade e efetividade dos encontros, mantendo um espaço de cogestão, junto às lideranças locais, apresentando as atividades e prestando contas do funcionamento doa serviços do complexo, bem como acolhendo avaliações para apresentação de ajustes necessários e possíveis.

- **PUBLICIDADE DE SERVIÇOS HOSPITALARES ESPECIALIZADOS**

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES é a base cadastral para operacionalização dos Sistemas de Informações em Saúde hospitalar e ambulatorial, imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Foi instituído pela Portaria MS/SAS 376/2000 e destina-se ao cadastro do estabelecimento de saúde, bem como dos profissionais, equipamentos e serviços existentes

O CNES, é um potente sistema de informação, a sua utilização como instrumento de gestão, contribui para a área de planejamento, controle e avaliação em saúde, configura-se também como um instrumento valioso de controle social, já que permite que qualquer pessoa possa conferir a regularidade dos serviços que frequentam,

A Confiabilidade, completude e a veracidade das informações fornecidas pelo CNES, necessita de constante atualização, para isso a SPDM, estabelece o

compromisso de adequada manutenção e atualização do sistema, em todos os módulos necessários, mantendo a atualização também de serviços especializados de processados por hospitais terceiros. A atualização do CNES será efetuada regulamente por profissionais qualificados, com fluxos de trabalho definidos.

- **GESTÃO DOS BENS PATRIMONIAIS**

O Setor Patrimônio da SPDM é responsável pelo levantamento institucional, para fins de controle interno, dos Bens Patrimoniais Adquiridos e Assumidos, lotados fisicamente nos instrumentos celebrados, conforme atividades abaixo:

- Inventário Patrimonial na Assunção do instrumento celebrado, mediante Termo de Permissão de Uso, emitido e disponibilizado pela Contratante, de forma física e unitária, considerando as normas no que tange o Termo de Permissão de Uso;
- Análise das notas fiscais de Bens Permanentes adquiridos pela SPDM na execução do instrumento celebrado, através do Sistema Controladoria, integrado ao Sistema Gerencial de Patrimônio;
- Classificação numérica e layout diferenciado das chapas de Patrimônio entre os Bens Adquiridos e Assumidos, proveniente do instrumento celebrado;
- Elaboração do inventário patrimonial anual, provido de informações físicas dos Bens Permanentes (nº do patrimônio, proprietário, descrição completa, marca, modelo, nº de série, capacidade, dimensão, local), sejam eles adquiridos, assumidos, comodatos, alugados, recebidos a título de permuta patrimonial, doação, transferência e empréstimo, assim como os bens inservíveis por motivo de avaria ou obsolescência, os quais são relacionados e encaminhados à Contratante, visando providências apropriadas à baixa e remoção dos mesmos;

- Elaboração e envio periódico do Termo de Bens Permanentes adquiridos para Incorporação Patrimonial à Municipalidade, em conformidade ao prazo estabelecido no instrumento celebrado;
- Elaboração do Termo e o anexo de Transferência Patrimonial;
- Elaboração do Termo e o anexo de Permuta Patrimonial;
- Elaboração do Termo e o anexo de Empréstimo Patrimonial;
- Realização de visitas periódicas, no intuito de manter a integridade no controle dos bens arrolados nas previstas Unidades.

Para as atividades de gestão e controle de patrimônio a serem realizadas no Complexo Hospitalar Irmã Dulce, será designada a equipe técnica local.

O acompanhamento e gerenciamento da equipe técnica será realizada pela Gerência Administrativa e Diretora Administrativa Local.

- **SUSTENTABILIDADE**

A gestão de sustentabilidade em equipamentos de saúde se faz cada vez mais necessária, sendo de responsabilidade dos estabelecimentos dos serviços de saúde o correto gerenciamento de todos os resíduos dos serviços de saúde por ele gerados, cabendo aos órgãos públicos, dentro de suas competências, a gestão, regulamentação e fiscalização.

A SPDM tem como missão organizacional a promoção de saúde com compromisso social e ambiental. Estas pautas são desenvolvidas amplamente nas unidades de saúde gerenciadas pela instituição, tendo como diretriz a Política de Sustentabilidade e a Agenda Sustentável institucional.

Diretrizes e respectivos eixos descritos na Política de Sustentabilidade:

- Diretriz de Governança:

o Desenvolver a prestação de serviço de saúde conforme preconizado pelos documentos institucionais como: Manual de Conformidade Administrativa, Politicas e Princípios de Integridade; Regimento Institucional e Estatuto Social;

o Desenvolver ações pautadas pela Gestão de Riscos Socioambientais.

- Diretriz Ambiental:

o Desenvolver, cumprir e incorporar nos processos requisitos de normas e legislações conforme o contexto local voltado à Gestão Ambiental das unidades de saúde.

▪ Eixo Mudanças Climáticas;

▪ Eixo Uso Racional de Recursos Naturais;

▪ Eixo Gerenciamento de Resíduos;

▪ Eixo Vigilância Ambiental.

o Fomentar a Saúde Ambiental, estimulando a construção de espaços sustentáveis considerando a integração saúde e meio ambiente e o engajamento local.

- Diretriz Social:

o Promover e apoiar ações voltadas à prática dos princípios de Responsabilidade Social Empresarial e de cidadania corporativa

▪ Eixo Diversidade e Inclusão;

▪ Eixo Humanização;

▪ Eixo Valorização e Atenção às Pessoas;

▪ Eixo Campanhas Sociais;

▪ Eixo Voluntariado.

Para a prática do preconizado na Política, a SPDM atua através da área de Sustentabilidade, com e como apoio às áreas administrativas, técnicas e assistenciais, com o objetivo de atender a visão organizacional de prestação de serviço de saúde com qualidade à população.

Neste contexto, a SPDM tem como proposta a gestão de sustentabilidade com o objetivo de fomentar uma nova cultura organizacional voltada para a sustentabilidade em todos os seus processos e procedimentos.

1. Plano de Sustentabilidade Corporativo

O Plano de Sustentabilidade Corporativo é elaborado conforme o Planejamento Estratégico Institucional e tem como objetivo nortear de forma macro as ações locais a serem desenvolvidas nas unidades assistenciais.

Metodologia

A metodologia utilizada para o planejamento, implantação e manutenção do Plano de Sustentabilidade Corporativo é baseada na ferramenta de gestão de qualidade – PDCA (Plan, Do, Check, Act).

O PDCA é um método eficaz e confiável de controle das atividades de uma organização que facilita as tomadas de decisões visando o alcance de metas e o planejamento eficaz dos processos.

O PDCA se constitui das seguintes etapas:

• **Plan** – Estabelecer um planejamento com base nas diretrizes da política corporativa de sustentabilidade da SPDM, onde devem ser definidos os objetivos, o plano de ação e os meios para viabilização da proposta.

• **Do** – Execução do plano de ação definido na fase anterior.

• **Check** – Análise ou verificação dos resultados alcançados e dos dados coletados. Esta fase pode ser realizada durante a execução do plano de ação ou após um determinado período pré-estabelecido. Nesta fase se detectam os erros e falhas do processo.

• **Act ou action** – Realização de ações corretivas em função das dificuldades e/ou falhas no processo que foram detectadas nos passos anteriores. Nesta fase se investiga as causas das falhas e desvios no processo e se elabora as tomadas de decisões cabíveis à melhoria contínua.

Sistema de Gestão Ambiental para a ISO 14001

2. Gestão Ambiental

A estratégia para a implantação da sustentabilidade, dar-se-á pelo Plano de Sustentabilidade Corporativo, com a implementação dos seguintes Programas de Gestão Ambiental (PGA): Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, Uso Racional dos Recursos Naturais e Vigilância Ambiental.

Todas as ações desenvolvidas têm foco prioritário o atendimento as normativas federais, estaduais e municipais, norteadas pelos princípios norteadores da Política de Sustentabilidade institucional, a fim de garantir qualidade, segurança e bem-estar aos clientes internos e externos, comunidades do entorno, prestadores de serviços e parceiros da instituição.

PGA GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde - GRSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. O processo deve abranger todas as etapas de planejamento desde os recursos físicos, materiais até a capacitação e treinamento dos recursos humanos envolvidos direta ou indiretamente no manejo de RSS.

A implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz à minimização de geração de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência, concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesas naturais do receptor.

Objetivo Geral

Implantar e acompanhar o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde – PGRSS, por meio de ações de controle, gestão e monitoramento dos resíduos, visando reduzir a geração e prover um descarte final ambientalmente adequado e seguro, baseados nos princípios da sustentabilidade e da segurança ocupacional.

Objetivos Específicos

- Realizar Diagnóstico Ambiental rotineiro, que consiste na análise dos procedimentos e rotinas relacionados ao gerenciamento de resíduos de saúde, desde sua geração até o descarte final e análise de incidentes e acidentes relacionados ao tema;
- Monitorar o Relatório Situacional Ambiental com identificação das não conformidades e pontos críticos identificados no diagnóstico;
- Dar andamento ao plano de ação por meio de acompanhamento dos objetivos e metas mensuráveis e que subsidiem a consolidação dos dados em indicadores, conforme preconizado pela ANVISA;
- Dar continuidade ao acompanhamento da Comissão de Sustentabilidade (CS) que já é composta por equipe multidisciplinar, com a participação de pelo menos um representante de cada categoria profissional;
- Dar andamento ao PGRSS através do Responsável Técnico responsável pelo serviço, em caso de auditorias e necessidades de maiores esclarecimentos sobre o plano;
- Dar continuidade nas ações de readequação de procedimentos de manejo, segregação, manuseio, transporte interno e externo e descarte final dos resíduos dos serviços de saúde, conforme necessidade, de acordo com os tipos de resíduos e classes de risco;

▪ Implementar a rotina de medidas de controle e monitoramento dos resíduos gerados visando a consolidação dos dados em indicadores;

▪ Implementar a rotina de ações de educação permanente sobre o tema para as diversas categorias profissionais, independente do vínculo empregatício;

▪ Criar uma rotina de auditorias internas de acompanhamento dos procedimentos implantados e adequar sempre que necessário.

Monitoramento e Avaliação

De acordo com a RDC 222/2018 art. 6°, compete ao gerador de RSS:

▪ Estimar a quantidade dos RSS gerados por grupos, conforme a classificação do Anexo I da resolução;

▪ Descrever os procedimentos relacionados ao gerenciamento dos RSS quanto à geração, à segregação, ao acondicionamento, à identificação, à coleta, ao armazenamento, ao transporte, ao tratamento e à disposição final ambientalmente adequada;

▪ Estar em conformidade com as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente;

▪ Estar em conformidade com a regulamentação sanitária e ambiental, bem como com as normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana;

▪ Quando aplicável, contemplar os procedimentos locais definidos pelo processo de logística reversa para os diversos RSS;

▪ Estar em conformidade com as rotinas e processos de higienização e limpeza vigentes no serviço gerador de RSS;

▪ Descrever as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes decorrentes do gerenciamento dos RSS;

▪ Descrever as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de vetores e pragas urbanas, incluindo a tecnologia utilizada e a periodicidade de sua implantação;

▪ Descrever os programas de capacitação desenvolvidos e implantados pelo serviço gerador abrangendo todas as unidades geradoras de RSS e o setor de limpeza e conservação;

▪ Apresentar documento comprobatório da capacitação e treinamento dos funcionários envolvidos na prestação de serviço de limpeza e conservação que atuem no serviço, próprios ou terceiros de todas as unidades geradoras;

▪ Apresentar cópia do contrato de prestação de serviços e da licença ambiental das empresas prestadoras de serviços para a destinação dos RSS;

▪ Apresentar documento comprobatório de operação de venda ou de doação dos RSS destinados à recuperação, à reciclagem, à compostagem e à logística reversa.

Parágrafo único. Os documentos referidos nos incisos X e XII devem ser mantidos arquivados, em meio físico ou eletrônico, por no mínimo cinco anos, para fins de inspeção sanitária, a critério da autoridade sanitária competente.

Desta forma o monitoramento dos dados será realizado por meio de:

▪ Planilhas padronizadas para quantificação dos dados de resíduos gerados por Classes (ABNT NBR 10.004/04);

▪ Relatório Anual de Indicadores com base nos seguintes itens: (ANVISA, RDC 222/2018)

• Taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes;

• Taxa de acidentes com resíduos perfurocortantes em profissionais dos serviços de higiene e limpeza;

• Variação da geração de resíduos;

• Variação da proporção de Resíduos do Grupo A;

- Variação da proporção de Resíduos do Grupo B;
- Variação da proporção de Resíduos do Grupo D;
- Variação da proporção de Resíduos do Grupo E;
- Variação do percentual de reciclagem;
- Variação percentual de pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde;
- Variação percentual per capita.

Todos os dados, documentos e informações são arquivados por no mínimo 05 anos, a fim de atender auditorias e fiscalizações.

Indicadores de Gerenciamento de Resíduos

A planilha de monitoramento de dados quantitativos adotada, como mostrado a seguir, será utilizada nos Equipamentos de Saúde que estão no escopo, mediante o preenchimento mensal de informações, a fim de acompanhar a geração de resíduos de cada unidade e as capacitações realizadas, após construção prévia com as Comissões de Sustentabilidade devidamente implementadas.

Equipamento de Saúde	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Quantidade de Capacitações realizadas sobre GRSS												
Quantidade de Participantes nas Capacitações												

Equipamento de Saúde	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
(Funcionários Internos)												
Quantidade De Resíduos Recicláveis (Classe D)												
Quantidade De Resíduos Comum (Classe D)												
Quantidade de Resíduos Químicos (Classe B)												
Quantidade De Resíduos Perfurocortantes (Classe E)												
Quantidade De Resíduos Infectantes (Classe A)												

PGA USO RACIONAL DE RECURSOS NATURAIS

Visando apoiar iniciativas nacionais e internacionais em prol do desenvolvimento sustentável do planeta como o Objetivo do Desenvolvimento

Sustentável (ODS) 12: Consumo e Produção Responsáveis, a SPDM implementa ações com foco em uso racional de recursos naturais.

Objetivo Geral

Implantar e acompanhar a Comissão de Sustentabilidade que desenvolvem ações direcionadas à temática do uso racional de recursos naturais visando reduzir e mitigar os impactos ambientais causados pelas atividades e serviços prestados pela instituição.

Objetivos específicos

- Mitigar o impacto ambiental negativo gerado no consumo de recursos naturais na prestação de serviço de saúde;
- Reduzir o desperdício de recursos naturais;
- Conscientizar os profissionais sobre a temática de consumo consciente e responsável;
- Adequar os fluxos de trabalho/informações para redução de consumo de papel sulfite e copos descartáveis;
- Propor ações voltadas à implantação de processos mais sustentáveis nos equipamentos de saúde.

Plano de Ação

Ação	Metodologia	Meios de Monitoramento
Uso Racional de Energia Elétrica	▪ Realizar estudo de viabilidade financeira para troca gradual de lâmpadas incandescentes e fluorescentes por lâmpadas de LED; ▪ Ações permanentes de educação para sustentabilidade visando reduzir o desperdício de energia.	Planilhas de controle e monitoramento.
Uso Racional de Água	▪ Realizar estudo de viabilidade financeira para implantação de mecanismos economizadores como temporizadores de torneiras e válvulas duplas de descarga; ▪ Ações permanentes de educação para sustentabilidade visando reduzir o desperdício de água.	Planilhas de controle e monitoramento.
Uso Racional de Papel Sulfite e Copo Descartável	▪ Implantar métodos de reaproveitamento e redução de consumo de papéis e copos descartáveis; ▪ Realizar estudo de viabilidade financeira para troca gradual no uso de papéis para o uso de papéis reciclados ▪ Realizar estudo de viabilidade financeira para troca gradual no uso de copos descartáveis para o uso copos e/ou garrafas reutilizáveis; ▪ Ações permanentes de educação para sustentabilidade visando reduzir o consumo de papel sulfite e copo descartável.	Planilhas de controle e monitoramento.

Cronograma de Atividades Anual

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Realizar estudo de viabilidade financeira para implantação do programa de redução do consumo de água, energia e papel.												
Implantar ações de educação permanente para a sustentabilidade												
Realizar o monitoramento e acompanhamento dos resultados alcançados e ações de melhoria, se necessário.												

PGA VIGILÂNCIA AMBIENTAL

De importância para a gestão de riscos socioambientais, a vigilância ambiental possibilita a implantação de boas práticas preventivas e de acompanhamento como no manejo de resíduos, higienização interna, manejo arbóreo, controle de pragas e vetores, controle da qualidade de água, dentre outros.

Objetivo Geral

Apoiar tecnicamente, quanto aos impactos ambientais, os serviços de vigilância ambiental realizado pelo equipamento de saúde.

Objetivos específicos

- Sugerir ações preventivas a riscos socioambientais observados;
- Realizar visitas técnicas periódicas com a visão de potenciais riscos socioambientais;
- Elaborar escopos e pareceres técnicos ambientais, para subsidiar solicitações de serviços e compras, mitigando impacto ambiental negativo;
- Apoiar a promoção da qualidade no atendimento de saúde aos usuários, quanto aos serviços de apoio;
- Promover a melhoria contínua nos processos de trabalho das equipes envolvidas na temática.

Cronograma de Atividades Anual

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Diagnóstico ambiental inicial												
Elaboração de relatório e planos de ação												
Execução dos planos de ação												

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Visitas técnicas de acompanhamento (periodicidade a definir)												
Apoio técnico no processo de contratação e compras												

LICENCIAMENTO AMBIENTAL

O licenciamento ambiental é um processo administrativo e técnico essencial que visa assegurar que atividades e empreendimentos, especialmente aqueles com potencial para causar impactos ambientais significativos, estejam em conformidade com as normas legais e regulatórias pertinentes. No contexto nacional, a Lei nº 6.938/1981 estabelece as diretrizes gerais para a proteção ambiental e o licenciamento de atividades potencialmente poluidoras. No estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 14.673/2011 e o Decreto Estadual nº 8.468/1976 detalham os procedimentos e requisitos para o licenciamento ambiental, enquanto a Resolução SMA nº 29/2018 define os critérios específicos para avaliação de impactos. No nível municipal (Praia Grande), a Lei Municipal nº 6.326/2012 e o Decreto Municipal nº 8.248/2012 regulam diretamente o processo de licenciamento ambiental, incluindo diretrizes específicas para a gestão de resíduos e a conformidade ambiental das unidades de saúde. Juntas, essas normas garantem uma abordagem integrada e eficaz para a gestão ambiental, assegurando que as unidades de saúde operem de acordo com as melhores práticas para proteger o meio ambiente e a saúde pública em todas as esferas de regulamentação.

Objetivo Geral

Garantir a conformidade ambiental e a proteção da saúde pública por meio do licenciamento ambiental, assegurando que as unidades de saúde operem de acordo com as normas e práticas sustentáveis para minimizar impactos negativos ao meio ambiente e à comunidade.

Objetivos Específicos

- Garantir que a unidade de saúde esteja em conformidade com a legislação ambiental vigente, evitando problemas legais e sanções associadas ao não cumprimento das normas.
- Implementar práticas e medidas que reduzam os impactos ambientais associados ao manejo de resíduos sólidos e líquidos, como resíduos de serviços de saúde, prevenindo a contaminação do solo e da água.
- Adotar estratégias que evitem a liberação de substâncias e agentes patogênicos nocivos no ambiente, prevenindo riscos à saúde pública e surtos de doenças.
- Demonstrar o compromisso da unidade de saúde com práticas ambientais sustentáveis, fortalecendo a confiança da comunidade e dos stakeholders na instituição.
- Incentivar a eficiência no uso de recursos naturais, como água e energia, e a redução de emissões e resíduos, contribuindo para a sustentabilidade e a redução de custos operacionais a longo prazo.
- Realizar análises detalhadas dos impactos ambientais antes do início das operações para implementar medidas preventivas e corretivas, assegurando conformidade contínua e evitando problemas futuros.

Plano de Ação

A CETESB - Companhia Ambiental do Estado de São Paulo, emite o licenciamento ambiental, divididos em: licença prévia, licença de instalação e licença de operação. Nessas etapas, o empreendimento potencialmente poluidor deve demonstrar o cumprimento integral das condicionantes ambientais.

As condicionantes ambientais são cláusulas que estabelecem as condições, restrições, medidas administrativas e ambientais que deverão ser observadas pelo empreendedor para o gerenciamento dos impactos ambientais decorrentes da instalação e operação de empreendimentos e atividades objeto do licenciamento.

No quadro abaixo apresenta-se as condicionantes atribuídas ao serviço dado os riscos de contaminação do ar, água, solo, ruído e outros, conforme licença de instalação atual.

Ressalta-se que, as adequações que necessitem de recursos financeiros serão avaliadas junto à SESAP, e realizadas mediante disponibilidade em plano de trabalho.

Nº	Exigência Técnica	Plano de Ação	Responsável
1	Assegurar que não haja emissões de substâncias odoríferas na atmosfera em quantidade perceptíveis fora dos limites do empreendimento.	• Identificação, avaliação e controle das fontes potenciais de emissão de substâncias odoríferas (armazenamento de resíduo, sistemas de ventilação e ar condicionado, e processos laboratoriais). • Acompanhamento das reclamações da comunidade circunvizinha.	SPDM e SESAP
2	Assegurar que nenhum efluente	• Identificação das fontes de despejo de efluentes da unidade de saúde.	

Nº	Exigência Técnica	Plano de Ação	Responsável
	líquido proveniente das atividades da unidade de saúde seja lançado em galerias de água pluvial ou em vias públicas.	• Classificação de risco dos efluentes com base em sua composição e periculosidade. • Verificação das galerias de água pluvial e sistemas de drenagem existentes.	SPDM e SESAP
3	Garantir que os efluentes líquidos gerados pela unidade de saúde sejam tratados de acordo com as especificações do Artigo 19-A do Regulamento da Lei Estadual nº 997/76 e o Decreto nº 8.468/76, assegurando que atendam aos padrões estabelecidos para lançamento no meio ambiente.	• Realizar análises laboratoriais para determinar as características dos efluentes, como pH, demanda bioquímica de oxigênio (DBO), demanda química de oxigênio (DQO), sólidos suspensos, e outros parâmetros relevantes. • Implementação do Sistema de Tratamento com processos biológicos e químicos. • Garantir plano de manutenção preventiva e corretiva do sistema de tratamento dos efluentes. • Implementar plano de monitoramento de eficácia do sistema de tratamento dos efluentes.	SPDM e SESAP (mediante Plano de Trabalho do Contrato de Gestão)
4	Assegurar que os níveis de ruído gerados pelas atividades da unidade de saúde estejam em conformidade com a norma ABNT NBR	• Mapeamento e medição das fontes de ruído internas e externas durante o horário de funcionamento da unidade de saúde. • Comparar e analisar valores obtidos com os padrões estabelecidos nas normativas.	SPDM e SESAP

Nº	Exigência Técnica	Plano de Ação	Responsável
	10151:2019 e a Resolução CONAMA nº 01/90, garantindo que não haja impacto negativo sobre a comunidade vizinha e atendendo aos padrões legais e regulamentares estabelecidos.	• Implementar medidas de minimização e controle, conforme característica da Não Conformidade. • Emitir relatório técnico anual de conformidade do processo. • Acompanhamento das reclamações da comunidade circunvizinha.	
5	Assegurar que os processos e equipamentos da unidade de saúde que possam provocar interferências eletromagnéticas sejam adequadamente controlados, de forma a garantir que tais interferências não afetem os aparelhos eletrônicos na vizinhança.	• Identificação, avaliação e análise de risco das fontes de interferência eletromagnéticas (inventário e classificação de equipamentos). • Implementação de medidas e controle (blindagem, isolamento), conforme necessidade. • Fazer cumprir plano de manutenção (regulação, ajustes, calibração). • Acompanhamento das reclamações da comunidade circunvizinha.	SPDM e SESAP
6	Assegurar que os resíduos sólidos classe I - perigosos gerados pela unidade de saúde	• Identificação, classificação e análise de risco dos resíduos gerados pelo empreendimento com base no processo de geração e características de risco.	

Nº	Exigência Técnica	Plano de Ação	Responsável
	sejam armazenados e destinados de acordo com a norma NBR 12235 e as diretrizes da CETESB, garantindo a proteção ambiental e a conformidade regulatória.	• Adequação da infraestrutura de armazenamento dos resíduos. • Padronização dos equipamentos de acondicionamento de resíduos. • Regulamentação das documentações de manejo de resíduos perigosos. • Auditoria dos processos de coleta externa, tratamento e disposição final dos resíduos. • Monitoramento dos indicadores de geração por grupo de risco e medidas de minimização. • Desenvolvimento do plano de educação ambiental com foco na gestão eficiente dos resíduos de serviços de saúde. • Capacitação da Comissão de Sustentabilidade para atuação como auditores internos de processo. • Implementação de projetos de melhoria contínua das práticas de manejo de resíduos.	SPDM e SESAP (mediante Plano de Trabalho do Contrato de Gestão)
7	Garantir que os resíduos sólidos classe II A - não inertes e II B - inertes gerados pela unidade de saúde sejam armazenados e destinados de acordo com a norma NBR	• Idem item 6	Idem item 6

Nº	Exigência Técnica	Plano de Ação	Responsável
	11174 e as diretrizes da CETESB, assegurando a conformidade ambiental e a correta gestão dos resíduos.		
8	Garantir que todos os resíduos gerados na unidade de saúde sejam destinados de acordo com o Artigo 51 do regulamento da Lei nº 997/76, aprovado pelo Decreto nº 8468/76 e suas alterações, assegurando a conformidade com a legislação ambiental estadual e minimizando impactos ambientais.	• Implementação do plano de auditoria para prestadores de serviços de tratamento e disposição final. • Contratação de empresa especializada para serviços de coleta, tratamento e disposição final dos resíduos químicos.	SPDM e SESAP (mediante Plano de Trabalho do Contrato de Gestão)
9	Assegurar que a lista de equipamentos do empreendimento, incluindo botijões de gás GLP, vasos de pressão e cilindros,	• Revisão do formulário de caracterização do empreendimento	SPDM

Nº	Exigência Técnica	Plano de Ação	Responsável
	seja atualizada e apresentada corretamente no pedido de análise de Licença de Operação (LO), com todas as informações necessárias sobre potências e capacidades volumétricas.		
10	Apresentar o PGRSS atualizado indicando os resíduos gerados no empreendimento, contendo o fluxo dos resíduos do grupo B.	• Implementar plano de ação do item 8. • Realizar revisão bianual dos processos para atualização do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.	SPDM
11	Assegurar que a empresa obtenha e apresente um Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) válido do Estado de São Paulo, atendendo a todos os requisitos regulamentares e garantindo a conformidade com as	• Apresentar o AVCB válido durante o processo de requisição da licença de operação.	SPDM

Nº	Exigência Técnica	Plano de Ação	Responsável
	normas de segurança contra incêndio.		
12	Adotar sistema de canaletas para recolhimento de eventuais líquidos nas baias de armazenamento de resíduos perigosos.	• Cumprir com as adequações sinalizadas por meio do relatório técnico emitido pela Cetesb durante a inspeção de liberação da licença de instalação.	SPDM e SESAP (mediante Plano de Trabalho do Contrato de Gestão)
13	Elaborar e apresentar uma planta baixa detalhada do sistema de esgotamento sanitário do hospital, destacando os diversos pontos de descarte de efluentes líquidos na rede pública coletora de esgoto, para fins de inspeção.	• Levantamento de dados do sistema de esgotamento, identificação dos pontos de descarte, elaboração da planta, especificações técnicas do projeto, revisão e aprovação. • Encaminhamento do projeto para agência reguladora do munícipio.	SPDM e SESAP (mediante Plano de Trabalho do Contrato de Gestão)

Garantir a obtenção da Licença de Operação é crucial para assegurar a legalidade e a eficácia das práticas ambientais do empreendimento, reforçando o compromisso com a gestão sustentável e a proteção ambiental.

3. Responsabilidade Social

A Responsabilidade Social é um tema de grande relevância e de impacto positivo aos usuários, aos profissionais de saúde e aos prestadores de serviço das unidades assistenciais.

Considerando a amplitude do tema e conforme a Política de Sustentabilidade, os eixos a serem incorporados aos processos de trabalho são:

- Diversidade e Inclusão;
- Humanização;
- Valorização e Atenção às Pessoas;
- Campanhas Sociais;
- Voluntariado.

Objetivo Geral

Promover ações voltadas à solidariedade, humanização, diversidade e inclusão social, valorização às pessoas e voluntariado nas unidades assistenciais.

Objetivos específicos

- Realizar campanhas sociais que beneficiem instituições, projetos ou ONG do município que atuam em benefício da população local;
- Promover um ambiente acolhedor aos usuários durante o seu atendimento;
- Desenvolver ações de valorização e reconhecimento do profissional;

- Potencializar o voluntariado nos equipamentos, possibilitando a prática da cidadania por parte de cidadãos engajados;
- Potencializar ações de inclusão social e diversidade nos equipamentos de saúde;
- Promover um atendimento humanizado, integral e individualizado do usuário, respeitando a diversidade de culturas, crenças e opiniões;
- Promover um local de trabalho humanizado e que respeite as diretrizes técnicas e a rotina laboral;
- Potencializar ações voltadas a promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida do trabalhador;
- Possibilitar o desenvolvimento socioeconômico da área de abrangência do equipamento, fortalecendo parcerias com a comunidade local.

Público alvo

Profissionais e usuários dos equipamentos de saúde.

Plano de Ação

Ação	Metodologia	Meios de Monitoramento
Diagnóstico Social	▪ Realizar levantamento de potencialidades e fragilidades sociais e socioambientais da região; ▪ Mapear instituições que desenvolvam projetos e ações de impacto e relevância local;	Levantamento de informações e plano de ação documentados por meio de relatórios.

Ação	Metodologia	Meios de Monitoramento
	▪ Analisar a viabilidade operacional, técnica e financeira de apoiar ações já existentes na região.	
Diversidade e inclusão	▪ Apoiar ações de diversidade e inclusão, conforme preconizado na Política de Gestão de Recursos Humanos.	Resultado das ações documentadas por meio de relatórios.
Valorização e atenção às pessoas	▪ Desenvolvimento de ações voltadas à promoção de saúde e qualidade de vida do trabalhador; ▪ Realização de capacitações para desenvolvimento profissional; ▪ Demais ações realizadas pelos Programas Institucionais de Valorização e Reconhecimento Profissional e de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida.	Resultado das ações documentadas por meio de relatórios.
Humanização	▪ Apoiar ações de humanização, conforme preconizado na Política Institucional de Atendimento Humanizado e na Política Nacional de Humanização SUS – PNH.	Resultado das ações documentadas por meio de relatórios.
Campanhas Sociais	▪ Realizar e/ou apoiar a realização de Campanhas de cunho social como: - Campanha do Agasalho; -Campanha de Arrecadação de Roupas e Brinquedos Infantis; - Natal Solidário.	Resultado das ações documentadas por meio de relatórios.

Ação	Metodologia	Meios de Monitoramento
Voluntariado	▪ Apoiar ações de voluntariado nos equipamentos de saúde, conforme preconizado na Política de Sustentabilidade e nas diretrizes municipais se houver.	Resultado das ações documentadas por meio de relatórios.

Cronograma de Atividade Anual

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Diagnóstico Social												
Diversidade e inclusão												
Valorização e atenção às pessoas												
Humanização												
Campanhas Sociais												
Voluntariado												

4. Saúde Integrativa

De acordo com a PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, publicada em 2006, instituiu no SUS abordagens de cuidado integral à população por meio de outras práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos.

As práticas integrativas e complementares são ações de cuidado transversais, podendo ser realizadas na atenção básica, média e de alta complexidade.

Os objetivos da PNPIC são:

- Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde;
- Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso.
- Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades.

A política traz diretrizes gerais para a incorporação das práticas nos diversos serviços, dentre elas:

- Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS para profissionais o SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para educação permanente.
- Garantia do acesso aos demais insumos estratégicos da PNPIC, com qualidade e segurança das ações.
- Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PICS, para instrumentalização de processos de gestão.

Objetivo Geral

Atender à PNPIC – Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Objetivos específicos

• Dar continuidade às ações de PICS desenvolvidas pelos profissionais capacitados visando manter a oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde para a população.

Público alvo

Toda população atendida.

Metodologia

Os atendimentos em PICS se diferenciam entre atendimentos individuais e coletivos, porém na atenção de alta complexidade são os atendimentos individuais que facilitam o cuidado integral ao paciente.

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Diagnóstico inicial em PICS												
Elaboração de plano de ação												

Execução dos planos de ação												
Acompanhamento e Monitoramento das ações.												

5. Proposta de Capacitação em Sustentabilidade

A Sustentabilidade tem como suas prerrogativas o desenvolvimento de ações socioambientais nos equipamentos de saúde e na gestão, baseada na Política de Sustentabilidade.

Em face da necessidade de capacitar os profissionais para os PGA serão ofertadas as capacitações em saúde e meio ambiente, para os profissionais de saúde, atendendo as diretrizes ambientais legais, sendo:

- Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (GRSS), conforme preconizado pela Lei de Resíduos Sólidos 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 222, publicada pela Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) em 29 de março de 2018 e CONAMA 358/2005;
- Uso Racional de Recursos Naturais;
- Mudanças climáticas.

Esta capacitação priorizará o princípio de consumo consciente e responsável dos 5R´s (Reduzir, Reaproveitar, Reciclar, Recusar e Repensar), sendo este o norteador decisório nos processos de compras e serviços a serem escolhidos.

Objetivo Geral

Implantar o calendário proposto de capacitação “Saúde e Sustentabilidade” para profissionais de saúde, apresentando os Programas de Gestão Ambiental, visando fomentar a participação e o envolvimento nas ações de sustentabilidade desenvolvidas nos equipamentos de saúde e ampliar o olhar para as inter-relações existentes entre o tema Saúde e Sustentabilidade.

Objetivos específicos

- Incentivar e integrar práticas de saúde, sustentabilidade e educação cidadãs voltadas à promoção de saúde;
- Promover o convívio saudável e a corresponsabilidade pela manutenção e cuidado com o território onde trabalham e vivem;
- Capacitar profissionais de categorias profissionais diversas em Saúde e Sustentabilidade.

Público alvo

Profissionais de Saúde de diversas categorias.

Metodologia

As aulas são construídas com base na pedagogia problematizadora, onde o conhecimento prévio de todos os participantes é levado em consideração no processo de ensino-aprendizagem. Todas as aulas contam com apresentações expositivas e dialogas, uso de vídeos, dinâmicas e atividades em grupo de modo a consolidar o conhecimento construído em grupo.

As atividades são conduzidas de modo a apresentarem correlação com a prática profissional e pessoal de cada um.

Carga horária e formato de capacitação

A carga horária e o formato do curso podem variar conforme necessidade, temática, estratégia e formato a ser abordado. Os temas podem ser abordados de forma sazonal, a depender de análise prévia.

Alguns exemplos de ações educativas a ser realizadas:

Tema	Objetivo	Carga horária	Formato
Curso EAD de GRSS	Capacitação dos profissionais sobre o Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde	30h	Online
Webinar sobre Mudanças Climáticas	Capacitação dos profissionais sobre mudanças climáticas	2h	Online
Capacitação da Comissão de Sustentabilidade	Capacitação dos membros da Comissão de Sustentabilidade	4h	Presencial

6. Projeto Hospitais Saudáveis

O Projeto Hospitais Saudáveis – PHS, é uma organização não governamental que representa e coordena nacionalmente as atividades da Rede Global Hospitais Verdes e Saudáveis (Global Green Health Hospitals) e da Saúde sem Dano (Health

Care Without Harm), ambas iniciativas internacionais para promoção da assistência à saúde de forma sustentável e com menor impacto ambiental negativo.

A SPDM é signatária do PHS e, através das ferramentas e metodologia da iniciativa, buscará aprimorar a prática da gestão dos serviços de saúde, tornando-os unidades gerenciadas cada vez mais sustentáveis.

A SPDM, através de ferramentas e metodologia GRI Standards, publica bianualmente o Relatório de Sustentabilidade.

Esta é uma forma clara, transparente e atual quanto às práticas e resultados alcançados no respectivo ciclo em análise, ficando acessível a todas as partes interessadas.

- **REGIMENTO INTERNO**

Este Regimento Interno situa-se na perspectiva da organização e da sistematização da assistência médico-hospitalar e administrativa do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), unidade nomeada através da Lei Municipal nº 1.808/2016.

O Regimento Interno do CHID tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional aprovada no Decreto Municipal nº 6.099/2016;

O Regimento consta de 18 Capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam temas, detalhando as competências e atribuições das unidades pertencentes ao CHID, assim como suas Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho.

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Artigo 1º - O Complexo Hospitalar Irmã Dulce, cadastrado como estabelecimento de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) através do CNES de número 2716097, classificado como Hospital Geral de administração pública de escala Municipal é gerido através de contrato de gestão compartilhada.

Parágrafo Único- Constituem diretrizes norteadoras das estratégias de gestão do Complexo Hospitalar Irmã Dulce:

I- Aprimorar continuamente os processos de gestão compartilhada e de trabalho em saúde, consoante os dispositivos legais estabelecidos na Lei Municipal nº 1398, de 12 de maio de 2008, alterada pela Lei nº 1794, de 11 de dezembro de 2014 e demais subsequentes, a fim de exercer uma administração profissional com qualidade, utilizando, gerenciando e agenciando os recursos disponíveis, com o máximo de efetividade, eficácia e eficiência;

II- Promover educação permanente, buscando a capacitação do quadro de profissionais de saúde, em todas as suas categorias, necessários à plena operação de todas as unidades operacionais que compõem o complexo;

III- Buscar permanentemente o aprimoramento e disseminação dos modelos de gestão compartilhada, através da elaboração de Plano Operativo junto ao Contrato de Gestão;

Artigo 2º - As unidades pertencentes ao Complexo possuem estruturação e plano de trabalho determinadas em Plano Operativo Anual (POA);

Artigo 3º - O presente Regimento Interno (RI) disciplina as normas e rotinas a serem seguidas, visando organizar e garantir o funcionamento e a qualidade do atendimento à população.

Parágrafo Único: As Unidades que compõe o Complexo, são:

I. Hospital Municipal Irmã Dulce,

II. UPA 24h Dr. Charles Antunes Bechara,

III. Pronto Socorro Central;

IV. Centro de Nefrologia de Praia Grande (NEFRO PG)

Artigo 4º - O CHID é uma Unidade de Saúde do Órgão Público Municipal Credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e tem por objetivo, prestar assistência médica hospitalar, de urgência/emergência, eletiva e ambulatorial especializada, estruturadas na seguinte forma:

I. Unidades de Pronto Atendimento;

a. Pronto Socorro Central: Atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica, Ortopedia, Pediatria e Odontologia Clínica;

b. UPA 24h Dr. Charles Antunes Bechara: Atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica, Pediatria e Odontologia Clínica;

c. Pronto atendimento Obstétrico do Hospital Irmã Dulce: Atendimento de urgência, emergência e planejamento familiar a gestantes e puérperas;

d. Porta de Entrada referenciada do Hospital Irmã Dulce: Atendimento de urgência e emergência adulto ou infantil, atendimento inicial ao politrauma, atendimento especializado em acidentes vasculares cerebrais, traumatologia ortopédica, neurocirurgia e trauma bucomaxilofacial;

II. Assistência Hospitalar:

a. Clínica Médica;

b. Clínica Cirúrgica especializada:

1. Cirurgia Bucomaxilofacial;

2. Cirurgia de Gineco-Obstetrícia;

3. Cirurgia Geral;

4. Cirurgia Neurológica;

5. Cirurgia Otorrinolaringológica;

6. Cirurgia Traumato-Ortopédica;

7. Cirurgia Urológica;

8. Cirurgia Vascular.

c. Clínica Obstétrica;

d. Clínica Pediátrica;

e. Clínica Psiquiátrica

f. Enfermaria especializada em Hospital Geral, com plano de trabalho estruturado pela Portaria MS de nº 3088/2011, definido no atendimento de quadros agudos;

g. Unidades de Terapia Intensiva: Adulto tipo II, Pediátrica e Neonatal;

III. Assistência Ambulatorial:

a. Cirurgia Plástica;

b. Cirurgia de Cabeça e Pescoço;

c. Anestesiologia;

d. Nefrologia e Terapia de Substituição Renal.

IV. Serviços de Apoio Diagnóstico:

a. Endoscopia;

b. Ultrassonografia;

c. Tomografia Computadorizada;

d. Radiografia;

e. Patologia Clínica;

f. Métodos Gráficos;

g. Agência Transfusional;

h. Laboratório Clínico.

V. Serviços Multidisciplinares:

a. Serviço Social;

b. Serviço de Fisioterapia;

c. Serviço de Fonoaudiologia;

d. Serviço de Psicoterapia;

e. Serviço de Terapia Ocupacional;

f. Serviço de Nutrição e Dietética;

g. Medicina do Trabalho.

VI. Serviços de Apoio Gerenciais.

Artigo 5º - Sendo o CHID de caráter público, conveniado com o SUS, a sua prestação de serviços será totalmente gratuita para os pacientes atendidos, sempre em obediência às normas, princípios e rotinas organizacionais regidas pelo SUS.

Artigo 6º - A manutenção das Unidades de Saúde é de responsabilidade da Prefeitura da Estância Balnearia de Praia Grande, através de seus órgãos, assim como também a provisão de recursos para a expansão do Complexo e de seus equipamentos e afins.

Artigo 7º - As unidades do CHID serão gerenciadas por Organização Social contratada através de contrato de gestão em atenção às determinações de plano de trabalho previstas em Plano Operativo Anual (POA), seguindo normas e rotinas administrativas inerentes à gestão de equipamento de saúde pública;

CAPITULO II - DA COMPETÊNCIA

Artigo 8º - É de competência do CHID:

I- No âmbito assistencial:

a. Cumprir e fazer cumprir as leis vigentes que regem e regulamentam as políticas de saúde para os hospitais do Sistema Único de Saúde;

b. Garantir a integralidade do cuidado através de práticas interdisciplinares e multiprofissionais, bem como pelo funcionamento harmônico e sinérgico das diversas unidades funcionais;

c. Ser parte integrante ao Sistema Único de Saúde, nos âmbitos loco-regional e metropolitano, de acordo com as políticas estratégicas definidas em nível nacional, estadual e regional, atuando em apoio à Rede Municipal de Saúde como um todo

d. Garantir equilíbrio entre qualidade e custo através da implementação de ações gerenciais e assistenciais;

e. Participar no desenvolvimento, implantação e implementação de novas tecnologias aplicadas à área da saúde;

f. Oferecer-se como campo de validação de novas tecnologias a serem aplicadas ao Sistema Único de Saúde;

g. Prestar serviços de saúde, assistência farmacêutica, qualificação profissional e de educação permanente à sociedade, respeitando as legislações vigentes e a contratualização com os gestores do SUS.

II- Na qualidade de campo de ensino e educação permanente:

a. Oferecer campo para o ensino de graduação na área da saúde e afins;

b. Oferecer campo para programas de pós-graduação destinados a profissionais de saúde e afins;

c. Favorecer e incentivar o desenvolvimento da investigação científica tecnológica no campo das ciências da saúde, respeitadas as limitações financeiras e questões éticas;

d. Constituir equipes de saúde de acordo com as normas éticas e legais do exercício profissional;

e. Oferecer campo para a qualificação em administração hospitalar e de serviços de saúde;

f. Buscar e manter intercâmbio, seja com instituições nacionais e/ou internacionais, nos âmbitos da educação, da assistência à saúde.

Artigo 9º - É de competência das Unidades:

§1º - Hospital Irmã Dulce e do PS Central:

I- Funcionar durante 24 horas diárias para assistência gratuita, respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente no Brasil (Lei 8.080/90).

II- Fazer uso do Registro Geral de Atendimento de caráter hospitalar, para qualquer ocorrência diária.

III- Enviar relatórios necessários, diários, mensais ou anuais, à Secretaria de Saúde, devidamente assinados pelo responsável do setor.

IV- Relatar, quando solicitado, à Secretaria de Saúde os estoques de medicamentos e material de consumo necessário.

V- Fornecer ao paciente ou responsável, as informações necessárias para a recuperação do mesmo, sempre obedecendo a Ética Profissional e o protocolo institucional.

VI- Prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados;

VII- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;

VIII- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;

IX- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;

X- Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes);

XI- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

XII- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

§2º - UPA Dr. Charles Antunes Bechara

I- Funcionar durante 24 horas diárias para assistência gratuita, respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente no Brasil (Lei 8.080/90).

II- Fazer uso do Registro Geral de Atendimento de caráter hospitalar, para qualquer ocorrência diária.

III- Enviar relatórios necessários, diários, mensais ou anuais, à Secretaria de Saúde, devidamente assinados pelo responsável do setor.

IV- Relatar, quando solicitado, à Secretaria de Saúde os estoques de medicamentos e material de consumo necessário.

V- Fornecer ao paciente ou responsável, as informações necessárias para a recuperação do mesmo, sempre obedecendo a Ética Profissional e o protocolo institucional.

VI- Acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

VII- Articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;

VIII- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento;

IX- Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

X- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;

XI- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA 24h;

XII- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e

XIII- Manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

§3º - NefroPG

I- Funcionar de segunda-feira à sábado, das 07:00 às 22:00 horas, para assistência gratuita, respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente no Brasil (Lei 8.080/90).

II- Fazer uso do Registro Geral de Atendimento de caráter hospitalar, para qualquer ocorrência diária.

III- Enviar relatórios necessários, diários, mensais ou anuais, à Secretaria de Saúde, devidamente assinados pelo responsável do setor.

IV- Relatar, quando solicitado, à Secretaria de Saúde os estoques de medicamentos e material de consumo necessário.

V- Fornecer ao paciente ou responsável, as informações necessárias para a recuperação do mesmo, sempre obedecendo a Ética Profissional e o protocolo institucional.

VI- Realizar a atenção ambulatorial de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva – TRS;

VII- Realizar o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da Atenção Básica;

VIII- Disponibilizar carga horária adequada à realidade local para realizar o matriciamento, mediante realização presencial ou à distância, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde;

IX- Diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;

X- Encaminhar à Cirurgia Vascular do Hospital Irmã Dulce as necessidades de realizar a confecção da fístula artério venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal, conforme definição e pactuação;

XI- Garantir o encaminhamento ou transferência por meio da regulação de acesso de urgência e emergência para o Hospital Irmã Dulce ou outra unidade hospitalar de retaguarda SUS os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico;

XII- Manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;

XIII- Manter o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais; e

XIV- Prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências quando ocorrerem durante o processo dialítico, garantindo a estabilização do paciente

CAPÍTULO III - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Artigo 10º - Complexo Hospitalar Irmã Dulce para exercício de suas funções conta com estruturas básicas, instalações, equipamentos específicos e pessoal próprio para o seu funcionamento com a seguinte estrutura organizacional:

I- <u>HOSPITAL IRMÃ DULCE</u>

Artigo 11º - Para exercício de suas funções conta com suporte diretivo e gerencial compartilhados entre as Unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, bem como coordenações específicas, conforme descrito abaixo:

1. Diretoria Administrativa;

1.1. Gerente Administrativo;

1.1.1. Coordenações Administrativas:

1.1.1.1. Coordenação Administrativa;

a. Compras;

b. Contratos;

c. Controladoria;

d. Patrimônio;

e. Portaria;

f. Secretaria Geral;

g. Coordenação de Hotelaria;

h. Transportes;

i. Lavanderia;

j. Higienização Hospitalar;

k. Hotelaria;

1.1.1.2. Coordenação de Farmácia e Almoxarifado;

a. Farmácia Satélite;

b. Farmácia Central;

c. Farmácia Clínica;

d. Almoxarifado;

e. Almoxarifado OPME;

1.1.1.3. Coordenação de Faturamento;

a. Administrativos das Enfermarias;

b. Faturamento;

c. Auditoria;

1.1.1.4. Coordenação de Tecnologia e Informação;

1.1.1.5. Coordenação de Manutenção Predial e Clínica;

a. Engenharia Predial;

b. Engenharia Clínica;

c. Gasoterapia;

1.1.1.6. Coordenação de Recursos Humanos;

a. Gestão de Pessoas;

b. Administração Pessoal;

c. SESMT;

d. Medicina do Trabalho;

1.1.1.7. Coordenação de Planejamento e Informação;

a. Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME);

b. Central de Agendamento de Cirurgia (CACI)

c. Ouvidoria;

d. Internação;

e. Recepção;

f. Planejamento;

g. Núcleo Interno de Regulação (NIR);

2. Diretoria Técnica;

2.1. Diretoria Clínica – Eleita;

2.2. Gerência de Enfermagem;

2.2.1. Coordenações de Enfermagem;

a. Equipe assistencial de enfermagem.

2.2.2. Serviço de Educação Continuada em Saúde;

2.3. Coordenações Médicas (Gestão);

a. Coordenador Médico – Diretoria Técnica;

b. Coordenador Médico – Hospitalar;

c. Coordenador Médico – Urgência e Emergência;

d. Coordenador Médico – Regulação médica;

2.3.1.1. Equipes médicas assistenciais:

a. Clínica Médica;

b. Cirurgia Geral;

c. Ginecologia e Obstetrícia;

d. Pediatria;

e. Ortopedia;

f. Neurocirurgia;

g. Cirurgia Vascular;

h. Cirurgia Pediátrica;

i. Urologia;

j. Cirurgia Plástica;

k. Cirurgia de Cabeça e Pescoço;

l. Cirurgia Torácica;

m. Cirurgia Buco-maxilo-facial;

n. Medicina Intensiva Adulto;

o. Medicina Intensiva Pediátrica;

p. Medicina Intensiva Neonatal;

q. Neurologia Pediátrica;

r. Infectologia.

2.4. Coordenação Multidisciplinar;

a. Coordenação de Fisioterapia;

b. Psicologia;

c. Serviço Social;

d. Terapia Ocupacional;

e. Nutrição;

2.5. Serviço de Controle de Infecções Hospitalares;

2.6. Auditoria médica.

II - UPA DR. CHARLES ANTUNES BECHARA (UPA SAMAMBAIA)

Artigo 12º - A UPA Dr. Charles Antunes Bechara, qualificada através da Portaria GM/MS Nº 1.374, de 28 de setembro de 2023, para exercício de suas funções conta com suporte diretivo e gerencial compartilhados entre as unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e estruturas básicas, instalações e equipamentos específicos e de pessoal próprio para o seu funcionamento com a seguinte estrutura organizacional;

1. Coordenador Administrativo;

2. Médico Responsável Técnico / Coordenador Médico;

3. Equipe Médica assistencial:

a. Clínica Médica;

b. Medicina de Emergência;

c. Pediatria;

d. Odontologia Clínica.

4. Coordenador de enfermagem;

III - PS CENTRAL

Artigo 13º- Para o exercício de suas funções conta com suporte diretivo e gerencial compartilhados entre as unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e com estruturas básicas, instalações e equipamentos específicos e de pessoal próprio para o seu funcionamento com a seguinte estrutura organizacional:

1.Coordenador Administrativo;

2.Pessoal de Apoio Técnico e Administrativo;

3.Médico Responsável Técnico / Coordenador Médico;

4.Equipe Médica:

a. Clínica Médica;

b. Medicina de Emergência;

c. Clínica Pediátrica;

d. Cirurgia Geral;

e. Ortopedia;

f. Odontologia Clínica.

5.Coordenador de Enfermagem;

6.Equipe de Enfermagem;

7.Radiografia;

8.Tomografia Computadorizada;

9. Laboratório Clínico.

Artigo 14º- Da mesma forma que a UPA Samambaia, o PS Central compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, (RUE) com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede de atenção à saúde (RAS) para os serviços de atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento para exercício de suas funções conta com.

IV - CENTRO DE NEFROLOGIA DE PRAIA GRANDE (NEFRO PG)

Artigo 15º- A Unidade de Alta Complexidade em Cuidados ao Portador de Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva de Praia Grande (Nefro-PG) é referência em nefrologia na Baixada Santista.

Artigo 16º- A Unidade está subdivida em (02) serviços, sendo observado o Art. 4° da referida portaria, que define a classificação do estágio clínico da DRC (Doença Renal Crônica), no qual se configura como atenção especializada ambulatorial em DRC, o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC. O equipamento conta com ambulatório especializado para pacientes com Doença Renal Crônica (DRC). A unidade atende pacientes diagnosticados com problemas de insuficiência renal, encaminhados para o atendimento ambulatorial, pela regulação de vagas Municipais e para o procedimento de Hemodiálise os pacientes são encaminhados pelo SIRESP (Sistema de Regulação do Estado de São Paulo da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

Artigo 17º- Para atender sua demanda a unidade conta com suporte diretor e gerencial compartilhados entre as unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e com equipamentos e equipe própria com a seguinte estrutura organizacional:

I. Coordenador Administrativo;

II. Equipe de Apoio Técnico e Administrativo.

III. Coordenador Médico Assistencial;

IV. Equipe médica especializada em nefrologia;

V. Suporte médico em Cirurgia Vascular;

VI. Coordenador de Enfermagem;

VII. Equipe de enfermagem especializada;

CAPÍTULO V - DA OS GESTORA

Artigo 18º- O CHID, equipamento de saúde Municipal, é gerenciado pela OS gestora e Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande.

Artigo 19º - São atribuições da OS gestora:

I- Orientar e fiscalizar todos os procedimentos que integram a atividade da Direção Técnica, Administrativa e Clínica do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

II- Reunir-se com Diretor Técnico, administrativo ou demais profissionais que executam cargos de representação do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, sempre que julgar necessário, para pedir esclarecimentos, soluções ou aconselhar qualquer destes profissionais.

III- Orientar, do ponto de vista técnico, as previsões de expansão ou qualquer obra que venha ser necessário no CHID.

IV- Dar parecer sobre os regulamentos dos setores do hospital, antes da aprovação do mesmo.

V- Solicitar relatórios, sempre que julgar necessário, para o bom andamento, administrativo e funcional do serviço.

VI- Apurar junto às direções, técnica e administrativa, qualquer acusação ou denúncia que venha a denegrir a imagem do serviço, mantendo para isso uma equipe, para apuração e solução das denúncias.

VII- Reivindicar à Secretaria Municipal de Saúde, melhorias para complexo.

CAPÍTULO VI - DA NOMEAÇÃO E ATRIBUIÇÃO DE CARGOS E RESPONSABILIDADE TÉCNICA DAS UNIDADES E SETORES

Artigo 20º. - A indicação e atribuição dos cargos relacionados ao Complexo Hospitalar Irmã Dulce é da competência da OS gestora em concordância com a Secretaria Municipal de Praia Grande.

Artigo 21º - O cargo de responsável técnico (RT) é exclusivo aos profissionais de nível superior, e é um cargo técnico e administrativo em assuntos que se referem à assistência à saúde.

Artigo 22º - Na ausência do RT do setor os funcionários estarão subordinados à Diretoria Técnica quanto as suas atividades assistenciais e a direção administrativa quanto às questões de ordem funcional.

Artigo 23º - Todos os funcionários devem conhecer e seguir as diretrizes e normas institucionais apresentadas pela OS gestora disponibilizadas no ato da contratação;

Artigo 24º - Todos os funcionários deverão obedecer ao horário de trabalho, afixado pela direção ou responsável pelo setor.

Artigo 25º - Deverá o funcionário respeitar todas as normas e regulamentos do Hospital.

Artigo 26º - Deverá o funcionário zelar pela limpeza e pelo patrimônio do hospital, seguindo as normas e rotinas.

CAPÍTULO VII - DA ADMINISTRAÇÃO

Artigo 27º - O Diretor Administrativo será indicado pela OS gestora.

Artigo 28º - Compete ao Diretor Administrativo:

I- Executar as determinações da OS gestora;

II- Exercer a direção administrativa de todo o Complexo Hospitalar, diretamente ou através de representantes de setores, praticando os atos necessários à boa ordem e eficiência dos serviços;

III- Propiciar as condições necessárias para que todos os setores do Hospital possam cumprir dignamente a assistência médico-social, nos padrões adequados e desejados, conforme o objetivo dos serviços;

IV- Encaminhar relatórios de problemas surgidos no CHID, resolvidos ou não, de caráter administrativo ou clínico, à OS gestora;

V- Encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde, relatórios referentes a atividades, balanço de desempenho e andamento dos diversos segmentos funcionais, estatísticas do movimento de pacientes, diagnósticos assim como todos os procedimentos e atendimentos realizados no âmbito do CHID;

VI- Solicitar pareceres da OS gestora;

VII- Aprovar regulamentos dos setores do Complexo em acordo com a OS gestora e Secretaria Municipal de Saúde;

VIII- Reivindicar suprimento das necessidades humanas e materiais, junto à OS gestora, desde que contribua para o bom funcionamento do Complexo;

IX- Acompanhar e avaliar o desempenho dos colaboradores subordinados;

X- Prover reuniões e debates entre os colaboradores, visando melhorar o funcionamento das unidades do complexo;

XI- Controlar a frequência e a assiduidade dos funcionários;

XII- Providenciar, zelar e vistoriar diariamente os livros de ocorrência nos diversos setores funcionais da instituição, e fazer os encaminhamentos devido aos seus registros;

XIII- Comunicar por Carta Ofício à SPDM o motivo e necessidade de afastamento de colaborador;

XIV- Dar ciência do regimento interno e normas e rotinas do hospital aos recém admitidos;

XV- Elaborar escala de Férias anualmente;

XVI- Normatizar as atribuições e responsabilidades nos diversos setores através de ordens de serviço ou rotina de trabalho;

XVII- Zelar pela manutenção e funcionamento adequado dos equipamentos, máquinas e aparelhos de uso no hospital, requisitando substituição e conserto sempre que necessário;

XVIII- Zelar pela segurança dos servidores e pacientes bem como do ambiente de todo o CHID;

XIX- Manter organizada e arquivada toda documentação do hospital;

XX- Participar da elaboração de todos os documentos que envolvam a segurança do serviço tais como: Contratos, convênios e assemelhados;

XXI- Zelar pelo equilíbrio financeiro do hospital através da organização das atividades visando o controle de despesas a através da efetiva cobrança junto ao SUS de procedimento executado e que assim seja permitido por lei;

CAPITULO VIII - DA GERENCIA ADMINISTRATIVA DO CHID

Artigo 29º – O Cargo de Gerente Administrativo será exercido por profissional com Ensino Superior Completo em Administração de Empresas ou áreas afins, com Pós-Graduação Completa em Administração Hospitalar, Gestão em Saúde ou áreas afins.

Artigo 30° - Compete a Gerência Administrativa:

I. Gerenciar os trabalhos da área administrativa, orientando, acompanhando e controlando a execução dos processos, visando assegurar o cumprimento das normas da Unidade;

II. Planejar e controlar as atividades, relacionada a compras de suprimentos e outros insumos para a Instituição;

III. Gerenciar as atividades do almoxarifado, orientando na aplicação de normas e procedimentos, no recebimento, armazenagem, entrega e controle de materiais, visando o suprimento adequado das necessidades da Unidade;

IV. Gerenciar as atividades do Faturamento, garantindo o fechamento de contas e o faturamento propriamente dito;

V. Gerenciar as atividades da área de Informática da Unidade, no que diz respeito ao suporte técnico, bem como aquisição de novos equipamentos, visando atender as necessidades das áreas e da Unidade;

VI. Planejar, organizar e gerenciar as atividades relacionadas a projetos e obras de expansão da Instituição, manutenção e edificações, aprovando serviços e acompanhando o cumprimento dos cronogramas estabelecidos;

VII. Administrar as políticas e diretrizes de Recursos Humanos na Unidade, de forma a assegurar a vinculação com os planos e estratégias globais da Instituição;

VIII. Planejar e controlar as atividades administradas pelas áreas de Serviços, visando manter os trabalhos dentro dos padrões de qualidade exigidos;

IX. Administrar as atividades do Serviço de Prontuário, no que diz respeito à guarda de prontuários de pacientes, bem como, pelo controle de informações, a fim de subsidiar pesquisas médicas, coletas e tabulação de dados estatísticos de diagnóstico, resultando em trabalhos científicos, que visa beneficiar pacientes e a população;

X. Fornece relatórios e documentações sempre que solicitado pela Instituição;

XI. Executar as atribuições determinadas pela Instituição a respeito das práticas a serem tomadas em relação à proteção de dados pessoais - LGPD.

Artigo 31º – O Cargo de Coordenadores Administrativos será exercido por profissional com Ensino Superior Completo em Administração de Empresas ou áreas correlacionadas ao cargo, com Pós-Graduação Completa em Gestão Hospitalar ou áreas correspondentes ao cargo.

Artigo 32° - Compete as Coordenações Administrativas:

I. Coordenação Administrativa - planejar e controlar as atividades, relacionada a compras de suprimentos e outros insumos para a Instituição, além da área de controle patrimonial;

a. Compras - O setor de compras tem como função obter os itens de forma a realizar a reposição do estoque observando corretamente o volume de produtos necessários para abastecer a instituição e também evitar perdas por materiais em excesso.

b. Contratos – O setor de contratos tem como função formalizar acordos, evitando riscos que possam ocorrer durante as etapas do documento.

c. Controladoria – O setor de controladoria pela emissão de dados para pagamento.

d. Patrimônio – O setor de patrimônio tem como função contabilizar e gerenciar todos os bens existentes no Complexo Hospitalar (bens cedidos, locados, doados, comprados).

e. Portaria – O setor de portaria tem como função fiscalizar, observar e orientar a entrada e saída de pessoas, receber, identificar e encaminhar as pessoas aos destinatários.

f. Secretária Geral – O setor de secretária geral tem como função realizar o atendimento aos pacientes, familiares e representantes legais, sanar dúvidas referente a solicitação de prontuários, relatórios médicos e laudos.

II. Coordenação de Farmácia e Almoxarifado - coordenar as atividades do almoxarifado, orientando na aplicação de normas e procedimentos, no recebimento, armazenagem, entrega e controle de materiais, visando o suprimento adequado das necessidades da Unidade;

a. Farmácia Satélite – O setor de farmácia satélite localizada no próprio setor da dispensação, tem como função a dispensação, estocar adequadamente os medicamentos e materiais, com a finalidade de proporcionar uma assistência farmacêutica efetiva e direta de uma forma que o paciente seja prontamente atendido

b. Farmácia Central – O setor de farmácia central é uma unidade clínica, administrativa e econômica, tendo como função o armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares de forma eficiente às unidades hospitalares.

c. Farmácia Clínica – O setor de farmácia clínica tem como função analise das prescrições, desenvolver e participar de ações assistenciais multidisciplinares e de gerenciamento de riscos hospitalares.

d. Almoxarifado – O setor de almoxarifado tem como função conservar os materiais e assegurar que estejam adequados, na quantidade e no local certos, além de também impedir que tenham divergências de inventário e perdas de qualquer natureza.

e. Almoxarifado OPME – O setor de almoxarifado OPME tem como função a administração e fornecimento de dispositivos médicos essenciais baseando-se nas necessidades específicas dos pacientes e dos procedimentos programados.

III. Coordenação de Faturamento - coordenar as atividades do Faturamento, garantindo o fechamento de contas e o faturamento propriamente dito;

a. Administrativos das Enfermarias – O setor tem como função a organização dos prontuários, fechamento e cobrança das pendencias.

b. Faturamento – O setor de faturamento tem como função a cobrança e recebimento de pagamentos por serviços médicos prestados na unidade hospitalar.

c. Auditoria – O setor de auditoria tem como função verificar a conformidade das cobranças hospitalares em relação aos serviços prestados, procedimentos e se os atendimentos assistenciais realizados na organização de Saúde concordam com as normas vigentes.

IV. Coordenação de Tecnologia e Informação - coordenar as atividades da área de Informática da Unidade, no que diz respeito ao suporte técnico, visando atender as necessidades das áreas e da Unidade;

V. Coordenação de Manutenção - coordenar o planejamento, organização e controle das manutenções das edificações e acompanhando o cumprimento dos cronogramas estabelecidos;

a. Engenharia Predial – O setor de engenharia predial tem como função o gerenciamento de toda a instalação hospitalar a fim de manter a qualidade dos ambientes e tudo em funcionamento.

b. Engenharia Clínica – O setor de engenharia clínica visa manter o adequado funcionamento de todos os equipamentos médicos da unidade.

c. Gasoterapia – O setor de gasoteria tem como função o gerenciamento de todos os tipos de gases utilizados dentro da unidade hospitalar.

VI. Coordenação de Recursos Humanos - coordenar as políticas e diretrizes de Recursos Humanos na Unidade, de forma a assegurar a vinculação com os planos e estratégias globais da Instituição;

a. Gestão de Pessoas – O setor de gestão de pessoas tem como função à administração e ao desenvolvimento dos colaboradores, com objetivo criar um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

b. Administração Pessoal – O setor de administração pessoal tem como função o desenvolvimento de programas de treinamento, processo de integração de funcionários e a orientação para o desenvolvimento interno.

c. SESMT – O setor de SESMT tem como função principal monitorar e proteger o funcionário em seu local de trabalho, evitando acidentes e doenças decorrente de suas atividades.

d. Medicina do Trabalho – O setor de medicina do trabalho tem como função o acompanhamento da saúde do funcionário, exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho e mudança de função.

VII. Coordenação de Planejamento e Informação - coordenar as atividades do Serviço de Prontuário, no que diz respeito à guarda de prontuários de pacientes, bem como, pelo controle de informações, a fim de subsidiar pesquisas médicas, coletas e tabulação de dados estatísticos de diagnóstico, resultando em trabalhos científicos, que visa beneficiar pacientes e a população e a regulação do acesso a rede de urgência e emergência e os níveis de atenção, além da auditoria interna;

a. Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME) – O setor do SAME tem como função a organização, guarda e preservação de prontuários médicos.

b. Central de Agendamento de Cirurgia (CACI) – O setor do CACI tem como função o agendamento de procedimentos cirúrgicos.

c. Ouvidoria – O setor de ouvidoria tem como função a comunicação entre o cidadão e os gestores da unidade hospitalar, com o objetivo de relatar as dificuldades enfrentadas ou apresentar sugestões de melhoria que podem ser implementadas.

d. Internação – O setor de internação tem como função a admissão de pacientes em leito hospitalar por período igual ou maior que um dia, 24 horas.

e. Recepção – O setor de recepção tem como função atuar como ponto de entrada e acolhimento para pacientes, familiares e visitantes que chegam ao hospital.

f. Planejamento – O setor de planejamento tem como função o planejamento estratégico hospitalar, identificando seu estado atual, o estado desejado e traçando um roteiro para atingir o que se deseja.

g. Núcleo Interno de Regulação (NIR) – O setor do NIR tem como função o monitoramento do paciente, a partir de seu ingresso no hospital, sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar.

VIII. Coordenação de Hotelaria - coordenar as atividades da equipe de hotelaria, administrar custos e compras de materiais de limpeza e controlar os serviços prestados, a fim de garantir a qualidade e padrões de higiene.

a. Transportes – O setor de transportes tem como finalidade a coleta, entrega e distribuição de documentos e o transporte de pessoas criando o planejamento de rotas com o objetivo de redução dos custos.

b. Lavanderia – O setor de lavanderia é responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital.

c. Higienização Hospitalar – O setor de higienização hospitalar tem como função favorecer a limpeza e desinfecção da instituição, rompendo a cadeia epidemiológica das infecções hospitalares.

d. Hotelaria - O setor de hotelaria tem como função oferecer condições de conforto, bem-estar, responsabilidade com acomodação, roupas, ambiente, higiene, manutenção e alimentação.

CAPÍTULO IX - DA DIREÇÃO TÉCNICA DO CHID

Artigo 33° - O cargo de Diretor Técnico será exercido por profissional médico qualificado e nomeado pela OS gestora, em concordância com a Secretaria Municipal de Saúde de Praia Grande.

Artigo 34° - Compete a Diretoria Técnica:

I- Dirigir o corpo médico do Complexo.

II- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica do Complexo.

III- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento interno do Corpo Clinico do Complexo.

IV- Responder perante o CREMESP, pelo cumprimento dos princípios éticos ou pelas condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil.

V- Nomear as Comissões e aberturas de eleições para as mesmas, sejam elas permanentes ou temporárias.

VI- Assegurar o pleno funcionamento da Comissão de Ética Médica.

VII- Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras.

VIII- Planejar e executar os processos técnicos, assistenciais e clínicos das unidades monitorando o desempenho, avaliando os resultados, e viabilizando ações de melhoria.

Artigo 35º - Compete ao Diretor Técnico:

I. A responsabilidade técnica pela prática ética da medicina perante o Conselho Federal de Medicina;

II. Responder eticamente por todas as informações prestadas perante os Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

III. Assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis a uma boa pratica médica.

IV. Supervisionar a coordenação de todos os serviços técnicos das unidades relacionados ao Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

V. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

VI. Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à pratica médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;

VII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica

VIII. Cientificar à Mesa Administrativa da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;

IX. Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;

X. Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras

XI. Quando exigirem a legislação em vigor;

XII. Manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da instituição;

XIII. Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;

XIV. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

XV. Fornecer apoio técnico ao planejamento estratégico das unidades de saúde.

Parágrafo Único - A direção técnica responde tecnicamente por todo o Complexo Hospitalar, diretamente ou através de representantes de setores, praticando os atos necessários às boas práticas da medicina e segurança do paciente.

Artigo 36° - O Diretor Técnico poderá ser substituído, a qualquer momento, por razões técnicas ou administrativas.

Artigo 37º - O Cargo de Coordenadores Médicos será exercido por profissional com formação superior em Medicina, regularmente inscrito e ativo no Conselho Regional de Medicina, com Pós-Graduação Completa em Gestão Hospitalar ou áreas correspondentes ao cargo.

Artigo 38º - Compete ao coordenador médico:

I. Fornecer apoio à diretoria técnica em suas atribuições frente ao Conselho Regional de Medicina, se prontificando à responsabilidade técnica de unidades ou vice responsabilidade técnica, quando necessário e de acordo com indicação do diretor técnico;

II. Elaborar relatórios médicos e subsidiar demandas técnicas quando solicitadas pela instituição gestora;

III. Elaborar, instituir e acompanhar a execução de protocolos clínicos assistências;

IV. Coordenar as equipes médicas assistenciais;

V. Fiscalizar a prestação de serviços médicos contratualizados;

VI. Participar do planejamento e organização dos serviços pertinentes á atividades médicas;

VII. Coordenar e supervisionar a assistência médica prestada aos usuários do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

VIII. Participar ativamente do processo de Ouvidoria SUS quando pertinente à área médica;

IX. Colaborar tecnicamente com práticas de regulação médica;

X. Presidiar comissões médicas obrigatórias, organizando seu pleno e autônomo funcionamento e gerando atas e relatórios de ações;

XI. Participar ativamente do Núcleo de segurança do paciente;

XII. Identificar e agir sobre melhorias na gestão assistencial dos setores clínicos das unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce;

Parágrafo único: A atribuição de cada coordenador médico é definida pelo Diretor Técnico de acordo com planejamento estratégico anual da diretoria técnica.

CAPÍTULO X - DA DIREÇÃO CLÍNICA DO HOSPITAL MUNICIPAL IRMÃ DULCE

Artigo 39º - O Diretor Clínico será um médico do Corpo Clínico do Hospital, eleito de acordo com as diretrizes do CREMESP.

Artigo 40º - Compete ao Diretor Clínico do Hospital Municipal Irmã Dulce

I- Presidir as reuniões do Corpo Clínico.

II- Zelar, supervisionar e ressaltar responsabilidade profissional, ética, ordem, disciplina e o cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia médica Código de Ética Médica.

III- Fazer executar as disposições deste Regimento Interno.

IV- Fixar, de acordo com os serviços médicos, os horários de funcionamento das atividades médicas, em conjunto com o Diretor Técnico.

V- Representar o Hospital em suas relações com autoridades sanitárias e outras, quando se exigirem.

VI- Comparecer as reuniões quando for convocado.

VII- Encaminhar ao Diretor Técnico, as sugestões para o bom andamento do setor e pedidos de recursos humanos e materiais.

VIII- Zelar pelo correto e completo preenchimento dos documentos relativos aos pacientes.

IX- Promover discussões de casos clínicos entre os membros do corpo clínico e equipe de enfermagem, visando melhoria assistencial.

X- Promover e incentivar o espírito científico, de colaboração e apoio aos membros de toda equipe de saúde.

XI- Orientar os recém-contratados, integrando-os a rotina de trabalho do hospital.

CAPÍTULO XI - DO CORPO CLÍNICO DA UNIDADE DE SAÚDE

Artigo 41º - O Corpo Clínico da Unidade será composto de profissionais médicos, que terão a responsabilidade pela assistência médica aos pacientes que procurarem a instituição ou que a ela sejam encaminhadas, respeitando os princípios do SUS.

Artigo 42º - É dever de todos os membros do Corpo Clínico:

I- Assiduidade aos trabalhos.

II- Cumprir corretamente as escalas de serviços.

III- Ter o comportamento rigorosamente ético.

IV- Encaminhar a direção às sugestões e as reclamações observadas.

V- Zelar de todos os bens móveis e imóveis da Unidade.

VI- Preencher os prontuários, atender aos pacientes sobre sua responsabilidade.

VII- Não fornecer, atestados, declarações e informações, de caráter sigiloso, sem o consentimento da direção.

VIII- Observar, respeitar e cumprir o regulamento interno do Hospital.

IX- Fornecer informações sobre o estado de saúde dos pacientes aos seus familiares, bem como a terapêutica aplicada aos mesmos.

X- Participar das reuniões de serviços quando convocado.

XI- Realizar atendimento/procedimentos de acordo com protocolos padronizados pela OS gestora, Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde.

Artigo 43º - Documentos exigidos para a contratação do profissional, para compor o quadro de Corpo clínico da Unidade:

I- Documentos comprobatórios de sua formação profissional.

II- Registro no C.R.M. (Conselho Regional de Medicina) do Estado de São Paulo.

III- Indicação de sua especialidade ou outra que deseje atuar, devendo constar os títulos ou provas de realização dos cursos de especialização.

CAPITULO XII - DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM CHID

Artigo 44º O cargo de Gerente de Enfermagem será exercido por profissional de enfermagem qualificado com pós graduação em Gestão Saúde e ou/ Hospitalar, experiencia mínima de 12 meses em gestão na área de saúde. Ao Enfermeiro Gerente de Enfermagem do CHID, compete:

I. Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e

consequente Plano de Trabalho, acompanhando e divulgando o planejamento estratégico da organização;

II. Organizar; Estruturar; Coordenar e Supervisar as ações do Serviço de Enfermagem, assegurando uma assistência de qualidade e de excelência, cumprindo ao Regimento do Serviço de Enfermagem;

III. Monitorar os indicadores assistenciais, com tomadas de decisões assertivas pautadas na cientificidade, frente as ações corretivas;

IV. Realizar reuniões periódicas com a Equipe de Enfermagem, com registro em Ata;

V. Favorecer a promoção, proteção, tratamento e reabilitação a saúde;

VI. Participar, com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, das atividades de assistência, ensino e pesquisa;

VII. Fomentar o crescimento profissional, proporcionando condições favoráveis à pesquisa e ao desenvolvimento de programas de Educação Permanente em Enfermagem e Saúde;

VIII. Ensejar espaços de comunicação, para que sujeitos – serviços definam projetos coletivos;

IX. Prever, elaborar e distribuir quali-quantitativamente do quadro de profissionais nas unidades de sua responsabilidade, mantendo o quantitativo necessário de profissionais de enfermagem, na escala de trabalho, observando o disposto na Resolução COFEN n° 543/2017, disponibilizando seu conhecimento em local acessível aos Profissionais de Enfermagem;

X. Manter registro das atividades administrativas e técnicas de Enfermagem, devidamente assinadas, com número da inscrição no COREN, e carimbo individual e /ou institucional, conforme a Resolução COFENnº514/2016;

XI. Participar proativamente em projetos de reforma ou construção de unidade ou

serviços;

XII. Favorecer um processo de transformação cultural progressiva;

XIII. Estabelecer elos entre a direção executiva e os serviços assistências e logísticos;

XIV. Contribuir para o compartilhamento de informação e harmonização da linguagem entre os atores da organização.

XV. Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos da profissão e estar em consonância com a Resolução COFEN Nº 564/2017.

Artigo 45º - Deverá compor o quadro de enfermagem um número suficiente de profissionais com experiência, para atender dignamente todos os pacientes que procuram os serviços de saúde do CHID.

Artigo 46° - O quadro de enfermagem estará diretamente subordinado ao gerente de enfermagem, que responde pela RT de enfermagem do Hospital Municipal Irmã Dulce.

Artigo 47º - Obedecerá rigorosamente a escala de trabalho, traçada pelo responsável técnico e afixado no quadro de avisos.

Artigo 48º - Todos os Funcionários do Quadro de Enfermagem deverão usar uniforme, previamente estabelecido pela Direção Administrativa.

Artigo 49º - Deverá a equipe de enfermagem realizar o seu trabalho adequadamente, respeitando e propiciando ao paciente, assistência humanizada.

Artigo 50º - Será especificado previamente pelo responsável técnico, quais os setores à que cada funcionário irá trabalhar, podendo haver rodízio de setor.

Artigo 51º - O funcionário deverá responsabilizar-se pela organização do setor designado, bem como pelo registro de suas atividades.

CAPITULO XIII - DO QUADRO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL MUNICIPAL IRMÃ DULCE

Artigo 52º- A estrutura do corpo de enfermagem do CHID reflete a visão de profissionais de enfermagem que lutam por uma profissão verdadeiramente preocupada com sociedade mais justa e mais humana. Em linhas gerais são representados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem do Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID e institui as normas gerais de funcionamento do serviço de enfermagem, (SE) aplicável a todos os profissionais lotados neste serviço. Este serviço interage em todas as áreas, de forma integrada e com a corresponsabilidade da qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é sempre feita com responsabilidade e competência, conhecimento técnico – cientifico e humanização.

CAPITULO XIV - DAS INTERNAÇÕES

Artigo 53º - A Internação dos pacientes se realizará por solicitação de vaga via Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP) e da Central de Regulação de Urgência e Emergência do Município de Praia Grande (CRUE), pelo ambulatório do HMID e pela porta de emergência do Hospital.

Artigo 54º- Os prontuários médicos e os documentos relacionados com a assistência dos pacientes, serão arquivadas no arquivo médico e estatístico do Hospital Municipal Irmã Dulce e de lá não serão retirados, salvo sob pedido judicial e/ou por solicitação do próprio paciente ou representante legal em documento estabelecido pela OS gestora.

CAPÍTULO XV - CONTROLE DE VISITA HOSPITALAR E DE ACOMPANHANTE:

Artigo 55º- Todo cliente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, sendo que para cada um dos horários estabelecidos será permitido 1 (um) visitante por vez, limitando-se a 2 (dois) visitantes.

Parágrafo Único: Algumas das legislações de referência:

I- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.

II- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

III- Lei nº 8.080, de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS).

IV- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).

V- Portaria MS/GM nº 2.418, de 02/09/2005 – (Acompanhantes em trabalho de parto).

VI- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.

CAPÍTULO XVI - DO HORARIO DE TRABALHO

Artigo 56º- Nas escalas de trabalho contínuo, é proibido o abandono de posto sem a chagada de substituto.

Artigo 57º- A carga horária do pessoal técnico e administrativo é definida no dimensionamento de recursos humanos e contrato de trabalho, pela diretoria competente. É obrigação do funcionário respeitar os horários de trabalho definido pelas chefias e de seus superiores hierárquicos apontarem o não cumprimento dos mesmos.

CAPÍTULO XVII - DAS COMISSÕES E COMITÊS

Artigo 58º - Sem prejuízo de outras que possam ser criadas, são comissões e comitês do CHID, cada uma das quais possui seu próprio regimento e composição, conforme normas e regulamentos vigentes:

I. Comissão de Ética Médica

II. Comitê Interno de Gestão de Serviços de Saúde

III. Comissão de Controle Interno Infecção Hospitalar;

IV. Comissão de Gestão Gerenciamento de Riscos;

V. Comissão Núcleo Interno Segurança do Paciente;

VI. Comissão De Prontuário

VII. Comissão de Qualidade

VIII. Comissão da Diversidade

IX. Comissão de Humanização

X. Comissão De Óbito

XI. Comissão CIHDOTT

XII. Comissão De Cuidados Paliativos

XIII. Comissão De Sustentabilidade

XIV. Comissão CFT (Farmácia E Terapêutica)

XV. Comissão CPMMH– Padronização De Materiais E Medicamentos Hospitalares

XVI. Comissão PPRAMP

XVII. Comite Mortalidade Materno Infantil

XVIII. Comissão EMTN – Equipe Multiprofissional De Terapia Nutricional

XIX. Comissão Interna De Prevenção De Acidentes - CIPA

XX. NEP- Núcleo De Educação Permanente

XXI. Brigada de Incêndios

CAPÍTULO XVIII- DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 59º - Qualquer caso de infração das normas do Hospital, ou anormalidade que possa vir a prejudicar o bom andamento dos serviços deverá ser levado ao conhecimento do corpo Diretivo do Complexo, para que o mesmo tome as devidas providências.

Artigo 60º - O presente Regulamento Interno do Complexo Hospitalar Irmã Dulce poderá ser modificado, em todo ou em parte, para tanto deverá ter a aprovação da OS gestora.

Artigo 61º - Qualquer caso não previsto neste Regimento, deverá ser analisado pelo corpo Diretivo do CHID e da OS gestora.

Artigo 62º - Este regimento entrará em vigor a partir da data da primeira reunião técnico-administrativa após assunção da unidade pela OS gestora.

4.2 GERÊNCIAMENTO DE SISTEMAS E INFORMÁTICA

4.2.1. INFRAESTRUTURA DE REDE LÓGICA, CFTV (CÂMERAS DE SEGURANÇA), EQUIPAMENTOS, SERVIDORES, BACKUP, LINK DE INTERNET E SUPORTE TÉCNICO

A SPDM irá prever infraestrutura de rede, equipamentos e serviços de TI, para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), contemplando Hospital Municipal Irmã Dulce, Expansão da Porta de Entrada RUE/RRAS (Pronto-Socorro Central – Guilhermina), UPA 24 Horas Doutor Charles Antunes Bechara e Centro de Nefrologia - NEFROPG, conforme detalhado a seguir:

1 - Infraestrutura de Rede Lógica

A SPDM implantará pontos de rede, equipamentos ou serviços de rede, a fim de garantir uma alta disponibilidade da infraestrutura de rede lógica no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

2 - CFTV (Câmeras de Segurança)

A SPDM instalará infraestrutura de cabeamento para CFTV, fixação e configuração de câmeras em locais específicos, instalação e ou revisão dos painéis de monitoramento com televisores e configuração de rede e acesso remoto no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

3 - Equipamentos de Informática

A SPDM suprirá as necessidades de computadores e impressoras para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

4 – Datacenter/Servidores para Serviços de Rede e Prontuário Eletrônico

A SPDM disponibilizará datacenter/servidores com redundância para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

5 - Backup de Arquivos e Prontuário Eletrônico

A SPDM disponibilizará equipamentos destinados ao backup de servidores, banco de dados de prontuário eletrônico e demais sistemas, arquivos em rede e demais mídias digitais conforme a necessidade e criticidade da informação no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

6 - Link de Internet

A SPDM disponibilizará links de internet dedicados redundantes para atender as demandas da unidade no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

7 - Fornecimento de profissionais de Tecnologia da Informação

A SPDM disponibilizará profissionais de TI para dar suporte ao quadro de funcionários, infraestrutura de rede, servidores, sistemas, links de internet, computadores, impressoras e demais serviços de TI no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

8 - Central de Serviços (SERVICE DESK)

A SPDM disponibilizará uma central de Serviços (Service Desk). Esta central será responsável pelo suporte ao usuário dos recursos de tecnologia e também para gerenciar os níveis de todos os serviços de tecnologia prestados no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

Esta central de serviços terá como função prover suporte de primeiro, segundo e terceiro nível, em nível local e remoto. Além de ser o responsável por gerenciar todos os chamados de usuários das diversas áreas, a central de serviços deverá ser responsável, ainda, por fazer a gestão e inventário dos ativos de tecnologia, fazer o

gerenciamento de imagens de softwares dos equipamentos de informática, promover as atualizações necessárias, aplicar e monitorar as políticas de tecnologia da Informação.

Assim, a central de serviços, por meio de um sistema informatizado de Gestão de Chamados, irá receber, classificar, priorizar, gerenciar e responder as solicitações e chamados relacionados a estes serviços, tratando-os em um dos três níveis de atendimento, oferecendo suporte remoto (web, e-mail e telefone) e local, registrando a abertura, andamento, fechamento (condicionado à solução do problema) e avaliando a qualidade do atendimento dos chamados.

Irá trabalhar da forma mais otimizada possível, minimizando os prazos de atendimento e melhorando o desempenho geral do ambiente de tecnologia, através de uma interface de comunicação e de troca de informações direta com todos os serviços de tecnologia e usuários, alinhando eventuais intervenções, indisponibilidades e quaisquer problemas que afetem a operação do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

O modelo de atendimento deverá ser divido em três camadas (níveis) hierarquizadas de acordo com a complexidade do chamado.

Será feita mensuração mensal e classificação sistemática das ocorrências, para atendimento junto aos usuários.

9 - Totem de autoatendimento como gerenciador de filas e satisfação do usuário

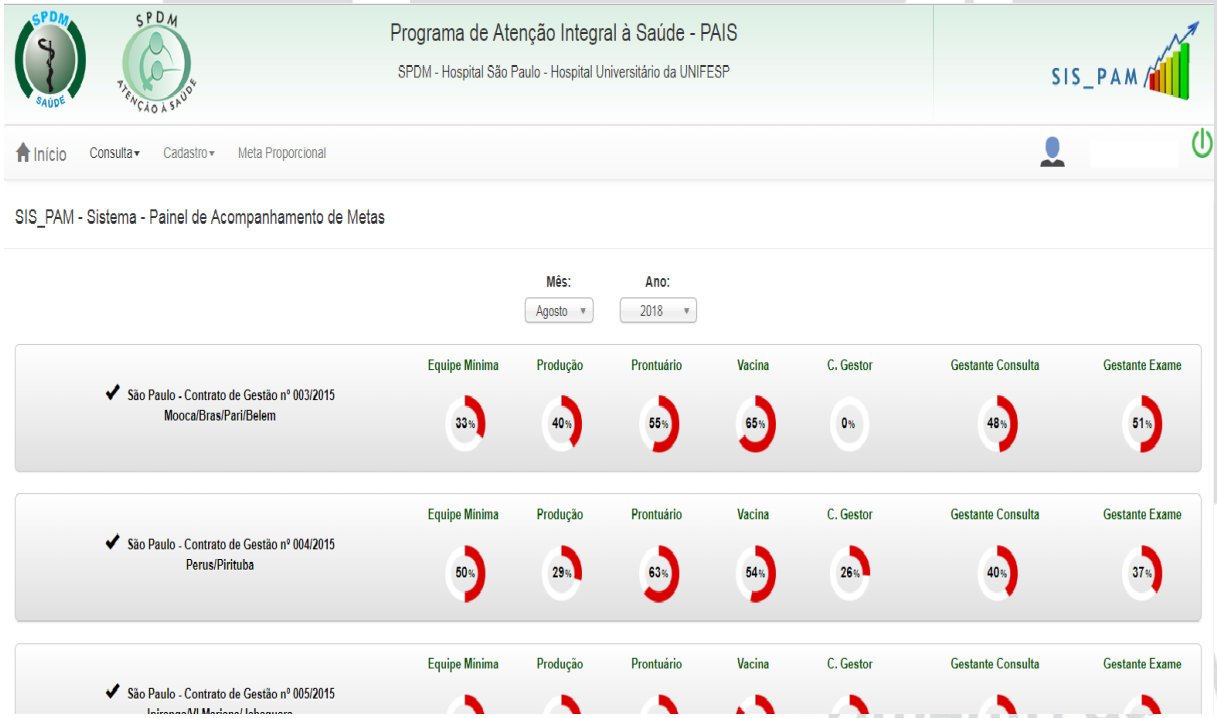
A SPDM disponibilizará totem de autoatendimento como gerenciador de filas e satisfação do usuário para atender as demandas da unidade no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID).

4.2.2. SISTEMA DE APOIO À INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

A SPDM se necessário, disponibilizará sistemas e aplicativos como ferramenta de apoio para as atividades administrativas e assistenciais nas diversas unidades que compõe o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), conforme detalhado a seguir:

1 - SISPAM – Sistema para Acompanhamento de Metas e Indicadores

O SISPAM foi um sistema desenvolvido pela SPDM para atuar como modelo de gestão por resultado nos contratos de gestão firmados entre a SPDM e o estado/município. Como principal objetivo o SISPAM traz a visão do gerenciamento de todas as unidades do contrato de gestão a fim de desencadear ações integradas de prevenção e controle qualificado, estabelecendo redução de falhas e a melhor eficiência na administração da unidade de saúde.



São Paulo - Contrato de Gestão nº 003/2015 Mooca/Bras/Pari/Belem

Unidade	Equipe Mínima (%)	Produção (%)	Qualidade Pront. (%)	Qualidade Vacina (%)	Qualidade Conselho Gestor (%)	Qualidade Gestante C. (%)	Qualidade Gestante Exame (%)
AMA ÁGUA RASA	0	Não Se Aplica	100	Não se Aplica	0	Não se Aplica	Não se Aplica
UBS ÁGUA RASA	100	38,13	0	99,22	0	66,67	66,67
HOSPITAL DIA RHC MOOCA	Não Se Aplica	32,18	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
SADT RHC MOOCA	Não Se Aplica	28,50	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
CAPS AD II MOOCA	0	0	0	Não se Aplica	0	Não se Aplica	Não se Aplica
AMA PARI	9,88	Não Se Aplica	100	Não se Aplica	0	Não se Aplica	Não se Aplica
UBS PARI	0	23,52	100	0	0	0	0
PAI PARI	Não Se Aplica	95,83	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
AMA VILA ORATÓRIO	22,32	Não Se Aplica	0	Não se Aplica	0	Não se Aplica	Não se Aplica
SADT VILA ORATÓRIO	N	23,27	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
UBS VILA ORATÓRIO	100	41,34	86,44	97,88	0	86,96	78,26
APD - CER II TATUAPÉ	Não Se Aplica	100	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
UBS BELENZINHO	Não Se Aplica	33,63	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica
UBS BRÁS	Não Se Aplica	28,50	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica	Não se Aplica

Detalhar Equipe Mínima

2 - Sistema Integrado de Informações Administrativas - S.I.I.A/SPDM

A SPDM poderá disponibilizar para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), sistema integrado de informações administrativas denominado S.I.I.A/SPDM.

O S.I.I.A/SPDM é um sistema desenvolvido e utilizado pela SPDM para gerenciar as informações administrativas a respeito dos funcionários e das unidades. O SIIA possui sete módulos: Convênios/Contratos de Gestão, Plano de Trabalho, Unidades, Funcionários, Ofícios, Quadro de Vagas e Relatórios. O sistema ainda possui uma integração com o sistema de folha de pagamento, afastamento e demissional.

Segue abaixo a descrição dos módulos que compõe o sistema S.I.I.A/SPDM:

Plano de trabalho: Possibilita a unidade de saúde consultar o total de vagas a serem trabalhadas e ocupadas, sendo possível visualizar a categoria, carga horária mensal, semanal e a quantidade total de colaboradores que compõe o plano de trabalho da unidade.

CATEGORIA	CARGA HORÁRIA	PERÍODO	CH SEMANAL	QUANTIDADE	LOTAÇÃO
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	40H		40	2	
ASSISTENTE SOCIAL	30H		30	1	
ASSISTENTE TECNICO	40H		40	1	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	12X36H		36	6	
AUXILIAR APOIO ADMINISTRATIVO	12X36H		36	2	
AUXILIAR ENFERMAGEM	12X36H		36	10	
ENFERMEIRO	12X36H		36	4	
ENFERMEIRO	40H		40	1	
FARMACEUTICO	40H		40	1	
JOVEM APRENDIZ	30H		30	2	
MEDICO CLINICA GERAL	12H		12	18	
MEDICO CLINICA GERAL / PEDIATRIA	12H		12	1	
MEDICO PEDIATRIA	12H		12	12	
TECNICO FARMACIA	12X36H		36	4	
TECNICO SUPORTE	40H		40	1	

TOTAL: 66

Funcionários: Possibilita a unidade de saúde visualizar os dados básicos dos colaboradores que fazem parte do quadro de funcionários da unidade.

Pode-se consultar a data de admissão, data de demissão, carga horária, horário de trabalho, verificar se as férias dos colaboradores foram programadas corretamente, bem como dados simplificados de afastamento previdenciário e alguns dados de contatos dos profissionais.

Recém Admitido CPF: Matrícula: Nome:

NOME		REGISTRO CONSELHO	ADMISSÃO	DEMISSÃO	CATEGORIA	CARGA HORÁRIA
João	- D	CRM	11/04/2011	12/06/2013	MEDICO PLANTONISTA CLINICA GERAL	19:00 - 07:00 quinta-feira com 1 hora para refeição
João	- D	CRM	01/02/2011	01/07/2011	MEDICO PLANTONISTA CIRURGIÃO	07:00 - 19:00 sábado com 1 hora para refeição
João	- D	CRM	13/06/2011	11/02/2012	MEDICO PLANTONISTA CLINICA GERAL	19:00 - 07:00 quinta-feira com 1 hora para refeição
João	- D	CRM	17/10/2011	02/03/2012	MEDICO PLANTONISTA CIRURGIÃO	07:00 - 19:00 sábado com 1 hora para refeição
João	- D	CRM	07/02/2011	23/02/2012	MEDICO PLANTONISTA CLINICA GERAL	19:00 - 07:00 segunda-feira com 1 hora para refeição
João	- A	CRM	09/07/2012		MEDICO PLANTONISTA CLINICA GERAL	07:00 - 19:00 terça-feira, quarta-feira e quinta-feira

Ofícios: Possibilita a unidade acessar os ofícios de movimentação de pessoal, contratação, promoções, dentre outros, enviados para cadastro para a administração (corporativo). O sistema contempla quatro tipos de ofícios: demissão, dispensa, afastamento e movimentações.

Dentre os quatro tipos podemos citar o ofício de movimentação que contempla qualquer alteração de contrato de trabalho do colaborador após a sua contratação, como por exemplo: promoção, transferência, mudança de horário.

DATA OFÍCIO	DATA CADASTRO	DATA INÍCIO	NOME	CATEGORIA	TIPO OFÍCIO	
16/12/2014	17/12/2014 12:01:56	01/01/2015	João	MEDICO PLANTONISTA CLINICA GERAL	REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA	R M
16/12/2014	17/12/2014 12:00:08	08/01/2015	João	MEDICO PLANTONISTA CLINICA GERAL	AMPLIAÇÃO DE CARGA HORÁRIA	R M
01/12/2014	16/12/2014 16:54:13		João	AUX.ENFERMAGEM 40 HR	DISPENSA	R
10/12/2014	16/12/2014 16:53:09	01/01/2015	João	TECNICO ENFERMAGEM	TRANSFERÊNCIA DE UNIDADE NA MESMA FUNÇÃO	R M
10/12/2014	16/12/2014 16:47:51	01/01/2015	João	TECNICO ENFERMAGEM	MUDANÇA DE HORÁRIO (MESMO TURNO E MESMA UNIDADE)	R M
15/12/2014	16/12/2014 16:30:59	01/01/2015	João	AG.COMUNITARIO DE SAUDE PSF	EFETIVAÇÃO DE CONTRATO DETERMINADO PARA MESMA UNIDADE	R M
15/12/2014	16/12/2014 16:30:59	01/01/2015	João	AG.COMUNITARIO DE SAUDE PSF	EFETIVAÇÃO DE CONTRATO DETERMINADO PARA MESMA UNIDADE	R M
16/12/2014	16/12/2014 16:26:29	01/01/2015	João	AG.COMUNITARIO DE SAUDE PSF	TRANSFERÊNCIA DE MICRO ÁREA	R M

Quadro de vagas: Possibilitará ao Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) visualizar o quadro de vagas da própria unidade, identificando as vagas abertas, fechadas, reservadas, suspensas, bem como a situação geral da unidade no que refere aos funcionários já contratados ou em fase de processo seletivo para contratação.

Permite também que se visualizem os ofícios atrelados a cada vaga e todo o histórico de movimentação da mesma.

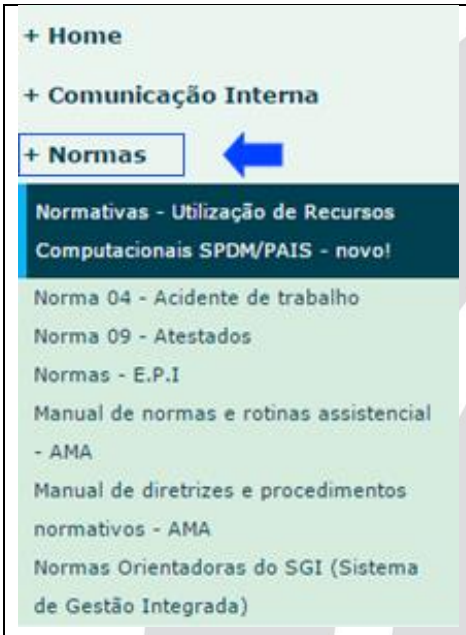
Este sistema facilita a gestão e gerenciamento do cumprimento do plano de trabalho de recursos humanos.

3 - Intranet Institucional

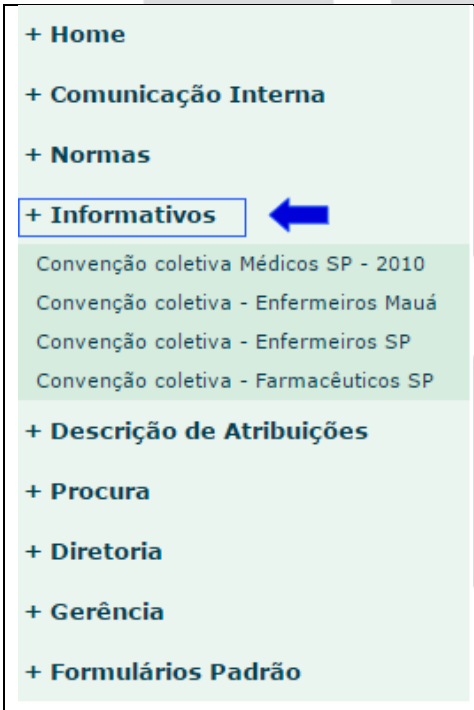
A SPDM poderá disponibilizar para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) uma intranet institucional.

A intranet da SPDM é um sistema que permite acesso a informações privadas da administração da SPDM e da unidade, onde somente pessoas autorizadas terão acesso, diferente da “internet”, em que qualquer um pode ter acesso à informação. Com a intranet da SPDM o usuário conseguirá manter um canal de comunicação permanente.

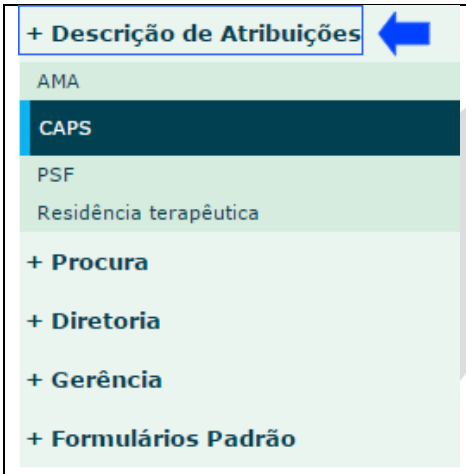
A seguir apresentaremos uma visão geral de cada funcionalidade do sistema:

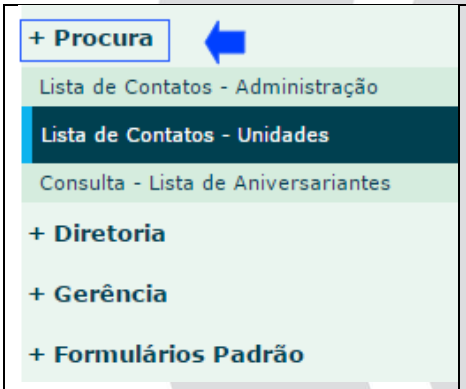
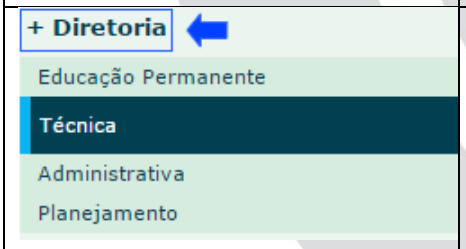


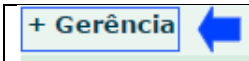
Área destinada a visualização de diversas normas internas da instituição como por exemplo normas de utilização de sistemas, acidente de trabalho, etc.

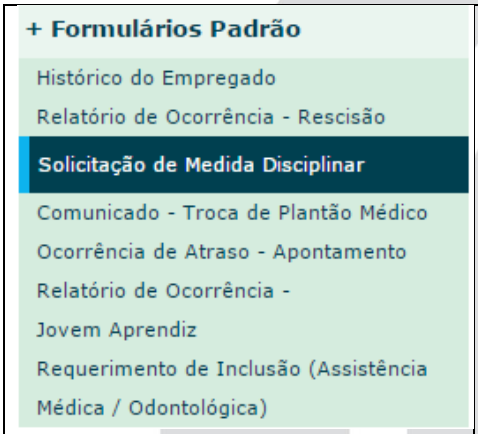


Área destinada a visualização de informativos de recursos humanos como, por exemplo, convenção coletiva, etc.

	Descrição das atribuições constantes nos programas das unidades administradas pela SPDM.

	Área destinada a procura de lista de contatos (e-mail, telefone, rádio, etc.) da Administração da SPDM e unidade para visualização dos dados por todos os usuários com acesso à intranet da instituição.
	Descritivo e organograma da estrutura corporativa da SPDM: Diretorias, Gerências, etc.

	Área destinada as principais informações dos departamentos incluindo políticas, diretrizes, responsabilidades de cada setor.

	Área destinada a download de diversos formulários de uso administrativo.

Área destinada aos acessos dos módulos de sistemas que compõe a intranet:

Descrição geral dos módulos dos sistemas da intranet SPDM:

4 - Lista de Contatos

Sistema que permite cadastrar e visualizar contatos da Administração da SPDM e estados/municípios para visualização destes dados para todos os usuários com acesso à intranet.

5 - Sistema de Chamados de Tecnologia da Informação

O Sistema de Chamados é um sistema desenvolvido pelo Departamento de Tecnologia da Informação da SPDM sendo uma ferramenta construída para controle e gestão dos chamados de equipamentos, infraestrutura e demais necessidades no que diz respeito à tecnologia da informação nas unidades de saúde administradas pela SPDM.

Dentre as principais funcionalidades e benefícios do sistema, podemos citar:

- Acompanhamento por parte do usuário final dos chamados cadastrados;
- Cadastramento de todos os equipamentos de informática e a origem dos mesmos: LOCAÇÃO ou PATRIMONIO.
- Controle patrimonial (inventário) e situacional dos ativos de tecnologia da informação;
- Relatórios gerenciais de acompanhamento e de apoio à decisão;
- Possibilidade de medição de eficiência no atendimento aos chamados;
- Identificação dos problemas mais recorrentes para planejamento de ações corretivas e preventivas;

- Documentação e padronização dos processos de tecnologia da informação no que diz respeito à atendimento e suporte;
- Visão detalhada e analítica aos gestores de tecnologia da informação da SPDM quanto à situação dos processos de T.I nas unidades de saúde. Acompanhamento online pelo T.I (Corporativo) da OS/SPDM dos processos ocorridos nas unidades, incluindo os hospitais.

6 - Sistema de Controle de Absenteísmo

Sistema desenvolvido para se cadastrar ausências de colaboradores das suas atividades por motivos diversos e afastamento inferiores a 15 dias, para cálculos de indicadores de absenteísmo e trabalho preventivo quanto às causas de afastamento e qualidade de vida do trabalhador.

7 - Sistema de Contabilidade/Financeiro

O sistema contábil/financeiro controla de forma eficaz todos os fluxos de caixa e movimentações bancárias que existe dentro da SPDM. Com as divisões de módulos implantados no sistema, o mesmo é apto a trabalhar de forma multiempresa. O objetivo do sistema é controlar movimentações de caixas, lançamentos bancários por centros de custos além de gerar relatórios para controle.

MÓDULOS

O Sistema Contábil/Financeiro está subdividido em três partes distintas:

a) Módulo de Contabilidade Geral;

b) Módulo de Contas a Pagar;

c) Módulo de Tesouraria.

a) Contabilidade Geral

Este Aplicativo irá tratar especificamente as rotinas pertinentes a Contabilidade. Este módulo está integrado com o sistema de Controle de Materiais (CMH), com o Contas a Pagar, Tesouraria, Folha de Pagamento e Patrimônio para que estes sistemas gerem lançamentos automaticamente na Contabilidade. O módulo de Contabilidade Geral está ainda subdividido em módulos para tratamentos específicos, a saber:

- Tabelas
- Plano de Contas
- Lançamentos Contábeis
- Lançamentos de Caixa
- Relatórios Diversos

b) Contas a Pagar

O módulo de Contas a Pagar irá controlar os pagamentos a ser efetuado pela SPDM.

Este módulo possui uma interface com o sistema de Compras e Estoques para que as ordens de fornecimento referentes a pagamentos antecipados e as notas fiscais das mercadorias que entram no estoque sejam apropriadas no sistema de Contas a Pagar. O módulo de Contas a Pagar subdivide-se em: Apropriação de Pagamentos e Relatórios Diversos.

c) Tesouraria

O módulo de Tesouraria tem como objetivo controlar o fluxo de caixa da SPDM, bem como os pagamentos e recebimentos em Bancos.

O módulo de Tesouraria subdivide-se em:

- Pagamento
- Recebimento
- Transferência
- Débito Direto em Conta
- Relatórios Diversos

8 - Sistema de Compras

O módulo de Compras foi desenvolvido para facilitar o processo de planilhamento, cotação e geração de ordens de compras, que podem ser feitas por nomes genéricos (princípio ativo) ou nomes comerciais. Além de atender completamente o processo de compras em instituições privadas, também conta com um completo conjunto de ferramentas para compras públicas, incluindo pregão presencial, tornando os processos licitatórios ágeis e documentados. Totalmente integrado com os módulos de Estoque, Farmácia, Contratos e Financeiro, permite gerenciamento total do setor de suprimentos. Requisições gerais ou por grupo de produtos ou serviços

- Montagem automática de planilhas de cotação (pré cadastro de fornecedores)
- Várias formas de cotação: digitação, interface web (alimentada pelo fornecedor), integração com Bionexo
- Autorização eletrônica
- Seleção automática dos melhores preços
- Classificação por projetos
- Registro / consulta de cotações anteriores

- Comparativos de eficiência de compras
- Follow-up de compras
- Compras públicas
- Analise técnica de produtos
- Pregão eletrônico
- Ata de registro de preços
- Documentação do processo gerada pelo sistema (por exemplo: atas e relatórios oficiais)

9 - Sistema de Controladoria

O módulo Controladoria foi desenvolvido para atender as necessidades da SPDM. Seu objetivo é fazer o controle de todas as despesas, respeitando a estrutura orçamentária, definida pelo gestor público. O módulo de Controladoria trabalha totalmente integrado com os módulos de Orçamento, Contratos, Financeiro e Suprimentos de forma a controlar todas as etapas desde a solicitação até a autorização de pagamento, incluindo as retenções de impostos e informações necessárias para a prestação de contas.

- Previsão Orçamentária / Controle de Recebíveis;
- Cadastro de estrutura orçamentária de forma independente por empresas e por vigência;
- Emissão de dados para pagamentos e controle via protocolo de todas as etapas percorridas;

- Armazenamento de documentos digitalizados relacionados ao processo. Interface para importação de arquivos para Folha de pagamento, Benefícios, Rescisões, etc.;
- Integração com os módulos de suprimentos e contratos para rateio dos valores por verba de acordo com as solicitações de compras ou contratação por centro de custos;
- Análise Fiscal / Retenção de impostos;
- Gestão de patrimônios comprados durante a gestão da SPDM;
- Controle de verbas e verbas variáveis definidas pela prefeitura em conjunto com o plano de contas interno da instituição;
- Controle de despesas operacionais;
- Integração com sistemas contábeis;
- Grades gerencias para extração de dados para prestação de contas;
- Relatórios e grades gerenciais;

4.2.3. SISTEMA INFORMATIZADO DE RECEPÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E ELETIVA DE GESTANTES, BEM COMO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO COM CAPACIDADE DE INTEGRAÇÃO COM A REDE AMBULATORIAL MUNICIPAL

A SPDM dispõe de sistemas informatizados de gestão hospitalar e assistencial para atender as diversas unidades que compõem o Complexo Hospitalar Irmã Dulce

1. Sistema Informatizado de Recepção da Demanda Espontânea e Eletiva de Gestante – Sistema Saudetech (Olostech)

2. Sistemas de Gestão Hospitalar – Prontuário Eletrônico – Sistema Conecte/w (Wareline)

2.1. Gestão de Pacientes

2.2. Apoio Clinico

2.3. Serviços

2.4. Utilitários

2.5. Faturamento e Gestão

3. Sistema de Gestão em Nefrologia e Diálise – Sistema NephroSys

3.1. Gestão de Pacientes

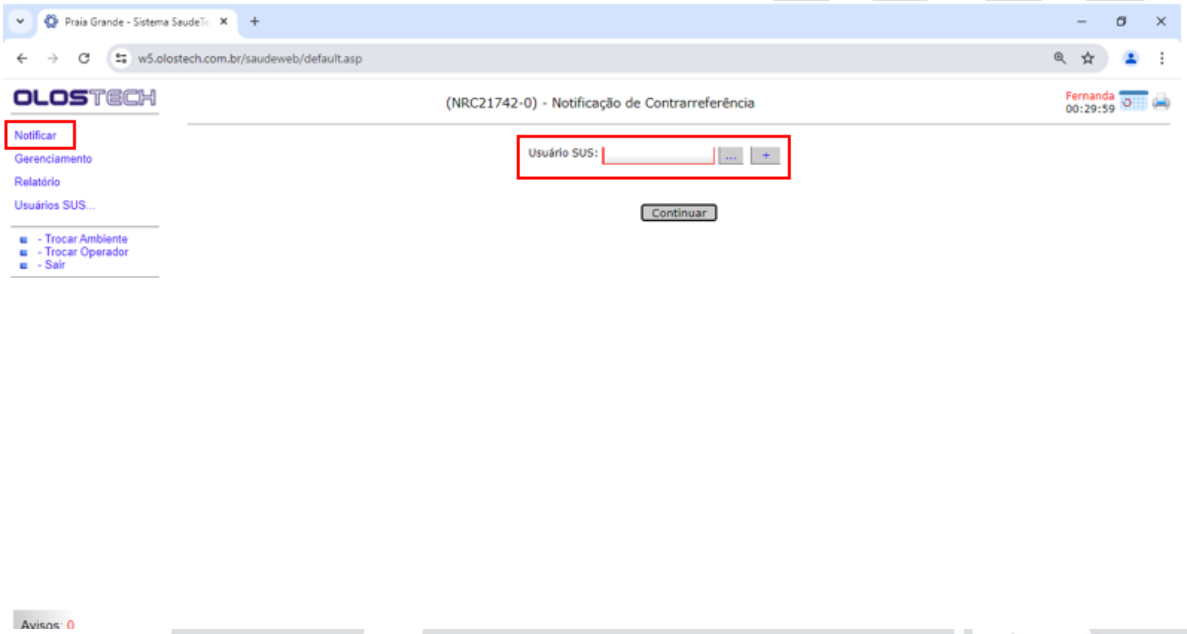
3.2. Apoio Clinico

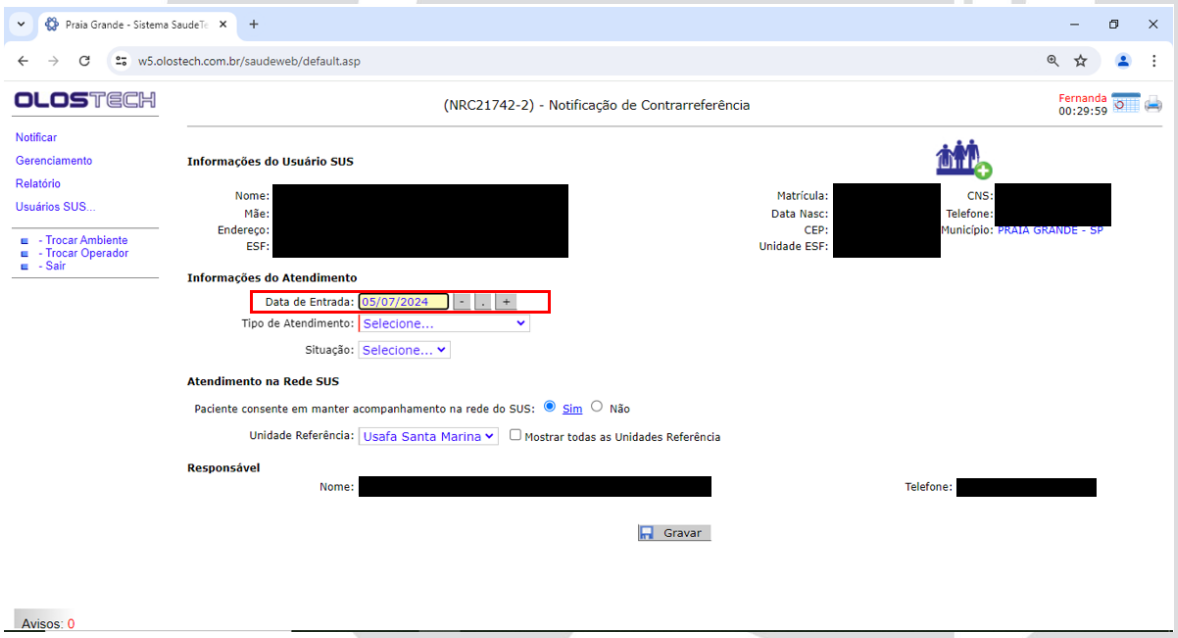
3.3. Utilitários

- **SISTEMA INFORMATIZADO DE RECEPÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA E ELETIVA DE GESTANTE - SISTEMA SAUDETECH (OLOSTECH)**

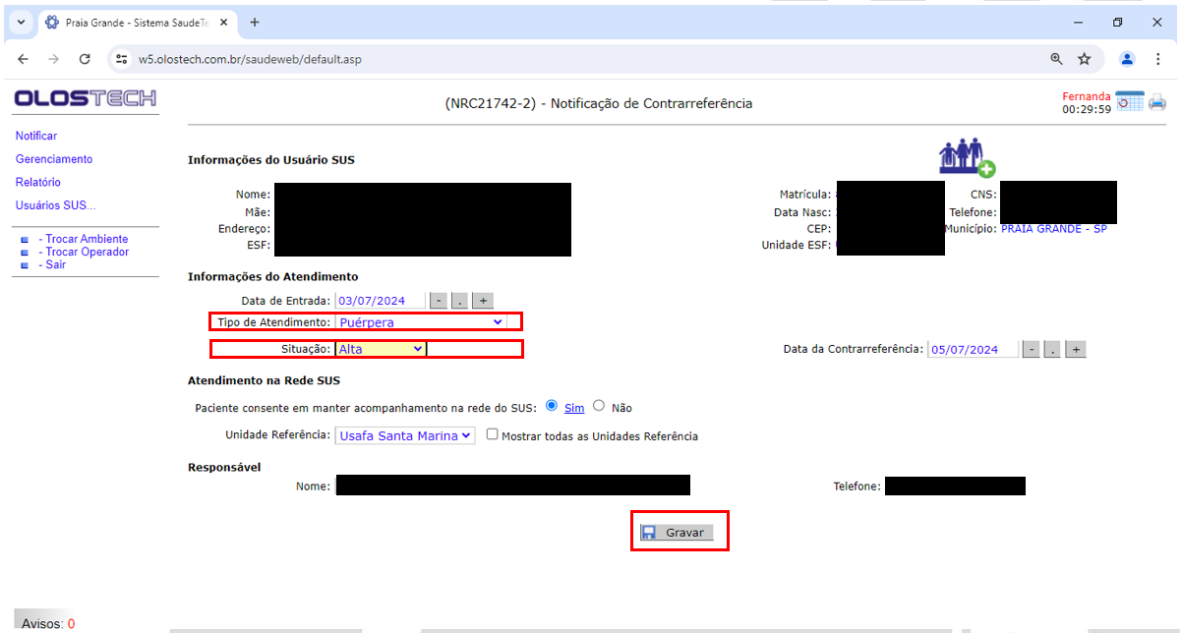
O Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) conta com o sistema de regulação do município **denominado Saudetech (Olostech**), o qual será mantido pela OS/SPDM. Atualmente o fluxo de demanda espontânea e eletiva de gestantes é realizado via e-mail, no entanto a SPDM propõe a integração entre o sistema de prontuário eletrônico do hospital com o sistema Saudetech (Olostech

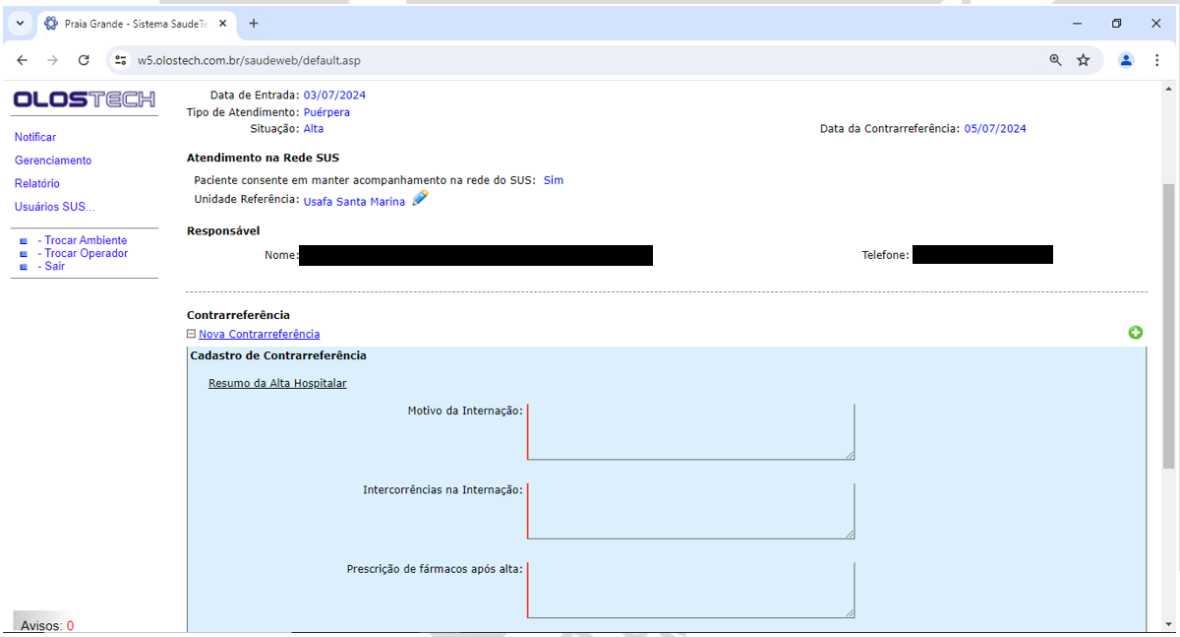
Segue abaixo as telas referenciando o sistema Saudetech (Olostech):



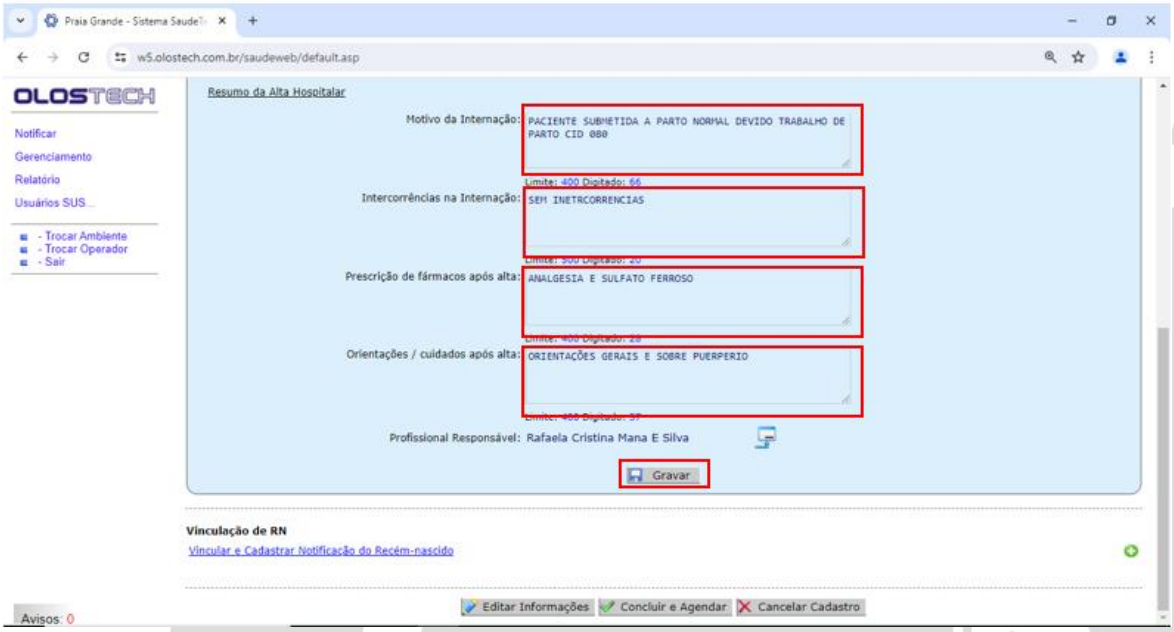


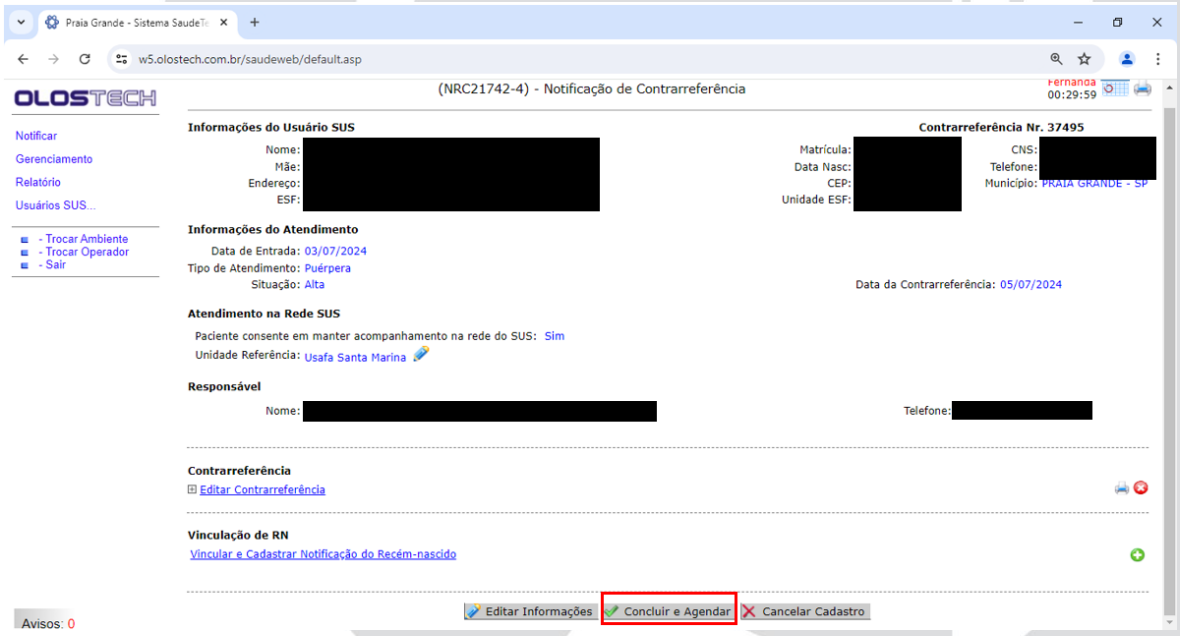
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



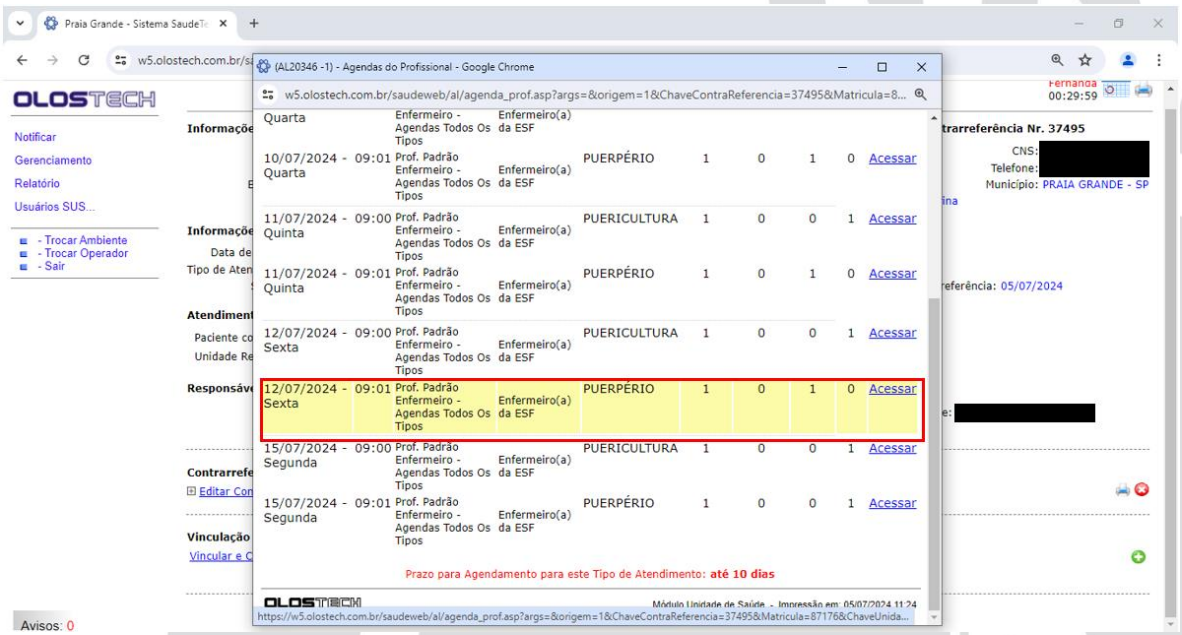


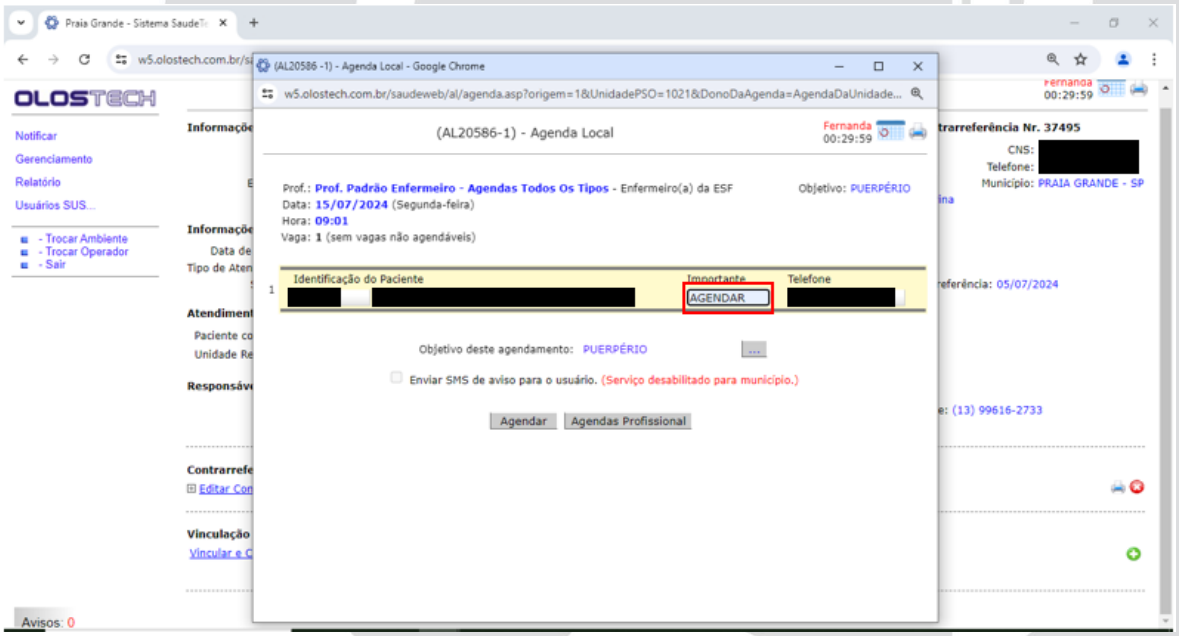
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

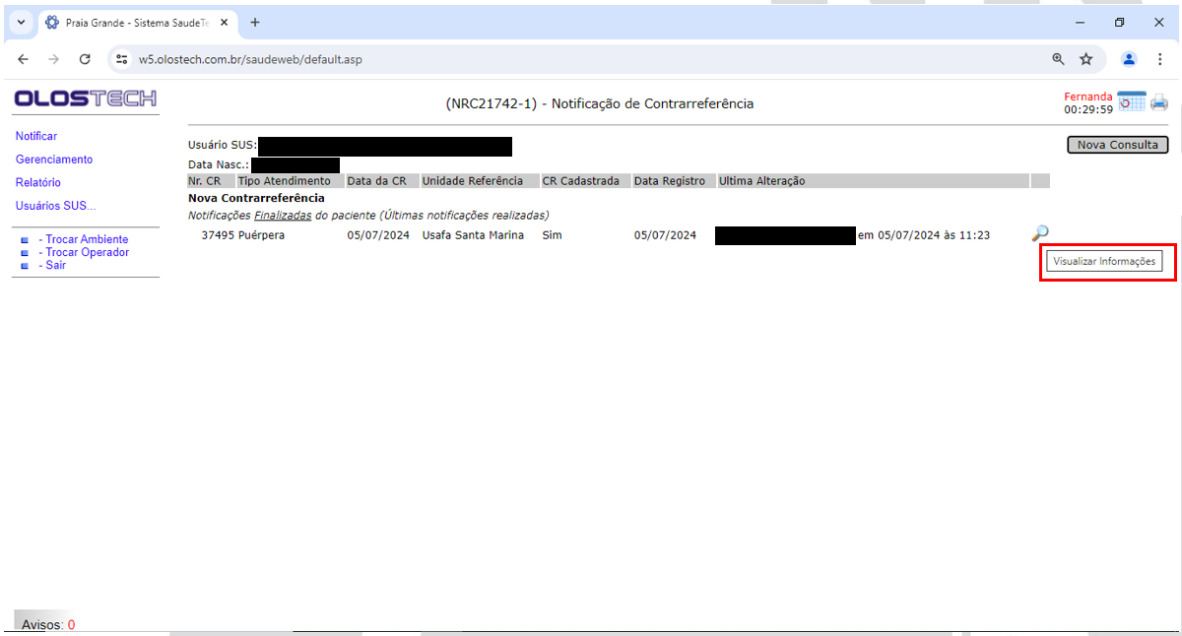


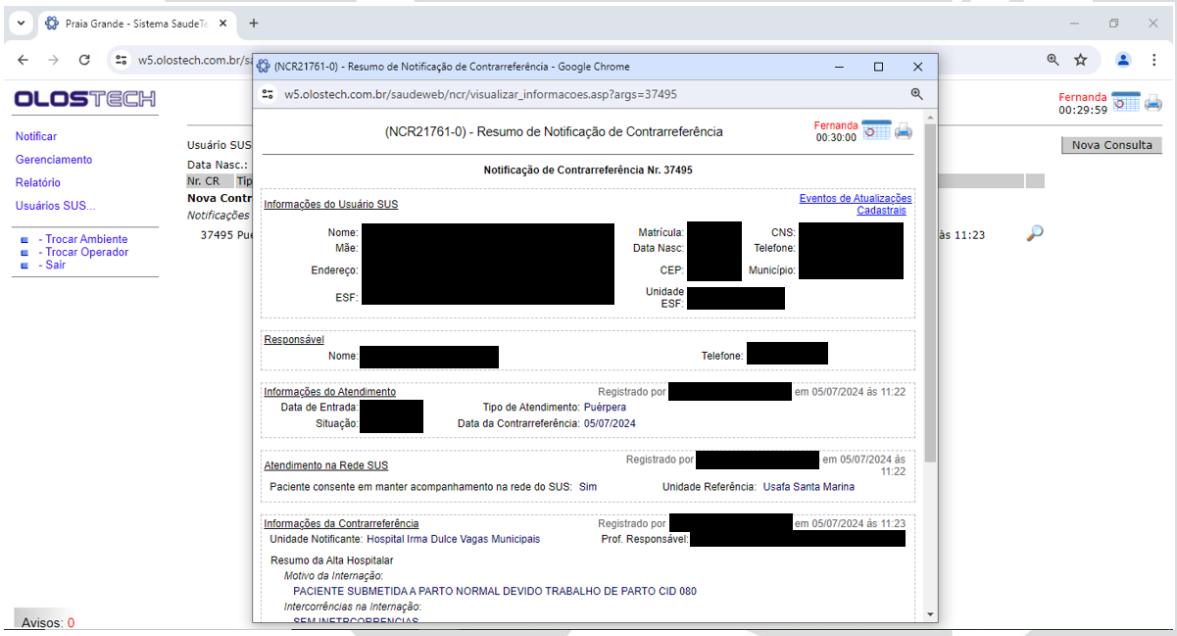


Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina


(AL20346 -1) - Agendas do Profissional - Google Chrome
Prof. Padrão Enfermeiro - Agendas Todos Os Tipos
Enfermeiro(a) da ESF
10/07/2024 - 09:01 Quarta PUERPÉRIO
11/07/2024 - 09:00 Quinta PUERICULTURA
11/07/2024 - 09:01 Quinta PUERPÉRIO
12/07/2024 - 09:00 Sexta PUERICULTURA
12/07/2024 - 09:01 Sexta PUERPÉRIO
15/07/2024 - 09:00 Segunda PUERICULTURA
15/07/2024 - 09:01 Segunda PUERPÉRIO
Acessar
Prazo para Agendamento para este Tipo de Atendimento: até 10 dias


(AL20586 -1) - Agenda Local - Google Chrome
(AL20586-1) - Agenda Local
Prof.: Prof. Padrão Enfermeiro - Agendas Todos Os Tipos - Enfermeiro(a) da ESF
Objetivo: PUERPÉRIO
Data: 15/07/2024 (Segunda-feira)
Hora: 09:01
Vaga: 1 (sem vagas não agendáveis)
Identificação do Paciente
Importante
Telefone
AGENDAR
Objetivo deste agendamento: PUERPÉRIO
Enviar SMS de aviso para o usuário. (Serviço desabilitado para município.)
Agendar
Agendas Profissional





Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

- **SISTEMAS DE GESTÃO HOSPITALAR - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO - SISTEMA CONECTE/W (WARELINE)**

A SPDM estará disponibilizando sistema de gestão hospitalar - prontuário eletrônico **denominado Conecte/w (Wareline)** para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), composto de vários módulos que permitirá realizar a pesquisa de todos os eventos relacionados ao paciente dentro da instituição, de forma organizada, rápida e precisa, para consulta e recuperação do histórico clínico registrado na Base de Dados.

Gestão de Pacientes

Cadastros Gerais – Cadastramento dos itens de todos módulos do ERP

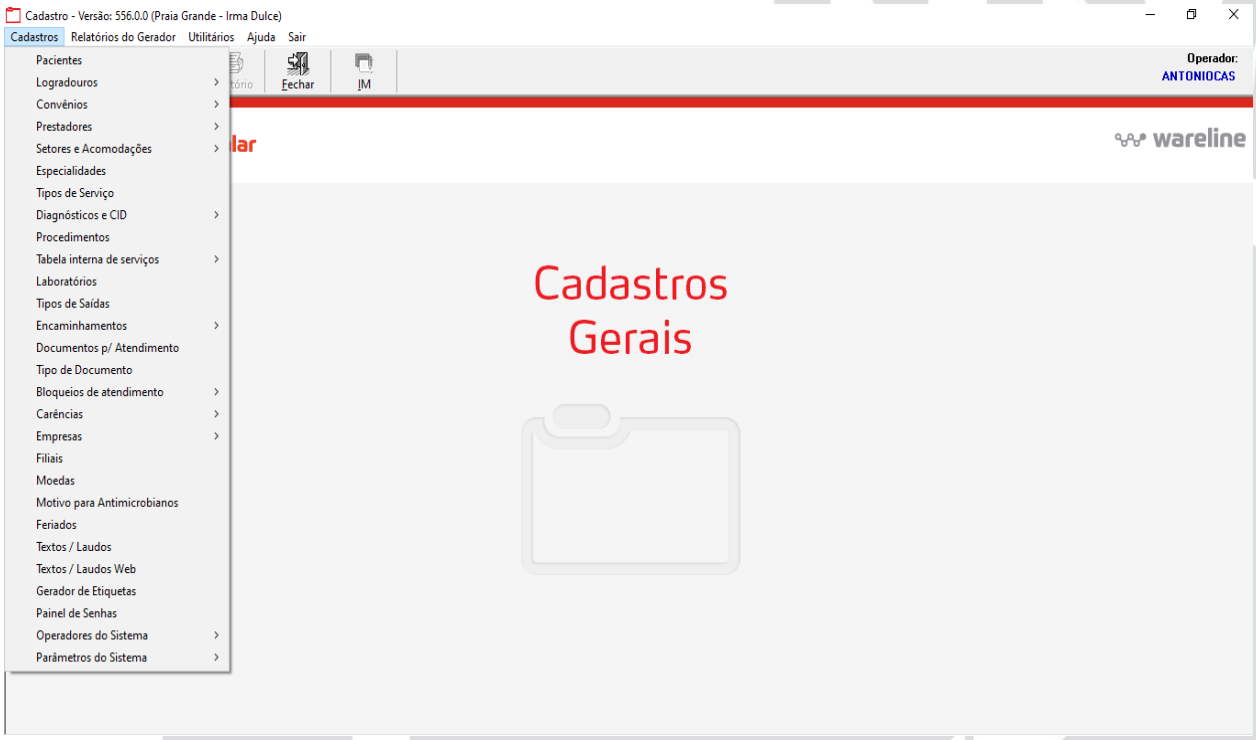
Descrição do Módulo de Cadastros Gerais.

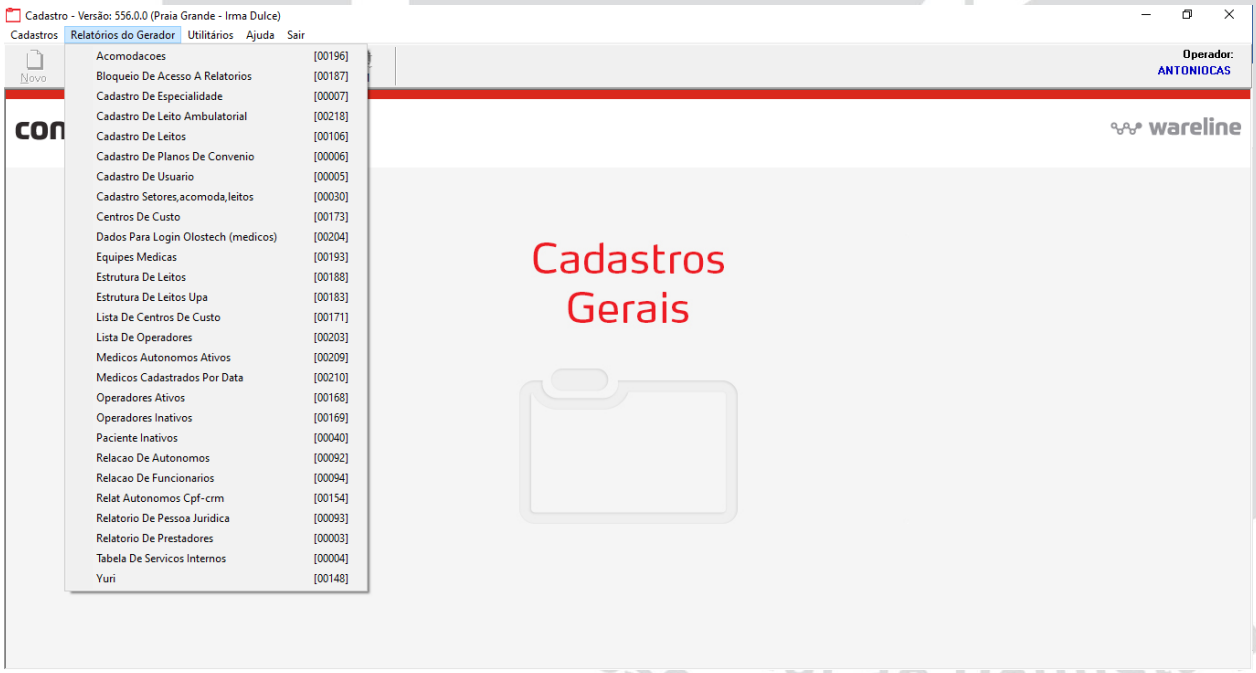
Componentes:

- Editor de textos para desenhar os documentos expedidos na recepção;
- Permissão de acesso customizado por usuário e perfil;
- Cadastros de convênio com regras de cobrança definidas por plano;
- Rastreamento das operações mais importantes que os usuários fizerem no sistema através das Auditorias de Transações (log).

O módulo de Cadastros Gerais concentra os itens de cadastramento de todos os módulos do ERP que são acessíveis a mais de um módulo.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Cadastros Gerais Sistema Wareline


Cadastro - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Relatórios do Gerador
Utilitários
Ajuda
Sair
Pacientes
Logradouros
Convênios
Prestadores
Setores e Acomodações
Especialidades
Tipos de Serviço
Diagnósticos e CID
Procedimentos
Tabela interna de serviços
Laboratórios
Tipos de Saídas
Encaminhamentos
Documentos p/ Atendimento
Tipo de Documento
Bloqueios de atendimento
Carências
Empresas
Filiais
Moedas
Motivo para Antimicrobianos
Feriados
Textos / Laudos
Textos / Laudos Web
Gerador de Etiquetas
Painel de Senhas
Operadores do Sistema
Parâmetros do Sistema
Fechar
IM
Operador:
ANTONIOCAS
wareline
Cadastros
Gerais


Cadastro - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Relatórios do Gerador
Utilitários
Ajuda
Sair
Acomodacoes [00196]
Bloqueio De Acesso A Relatorios [00187]
Cadastro De Especialidade [00007]
Cadastro De Leito Ambulatorial [00218]
Cadastro De Leitos [00106]
Cadastro De Planos De Convenio [00006]
Cadastro De Usuario [00005]
Cadastro Setores,acomoda,leitos [00030]
Centros De Custo [00173]
Dados Para Login Olostech (medicos) [00204]
Equipes Medicas [00193]
Estrutura De Leitos [00188]
Estrutura De Leitos Upa [00183]
Lista De Centros De Custo [00171]
Lista De Operadores [00203]
Medicos Autonomos Ativos [00209]
Medicos Cadastrados Por Data [00210]
Operadores Ativos [00168]
Operadores Inativos [00169]
Paciente Inativos [00040]
Relacao De Autonomos [00092]
Relacao De Funcionarios [00094]
Relat Autonomos Cpf-crm [00154]
Relatorio De Pessoa Juridica [00093]
Relatorio De Prestadores [00003]
Tabela De Servicos Internos [00004]
Yuri [00148]
Novo
Operador:
ANTONIOCAS
wareline
Cadastros
Gerais

Agendamento – Marcação de Consultas

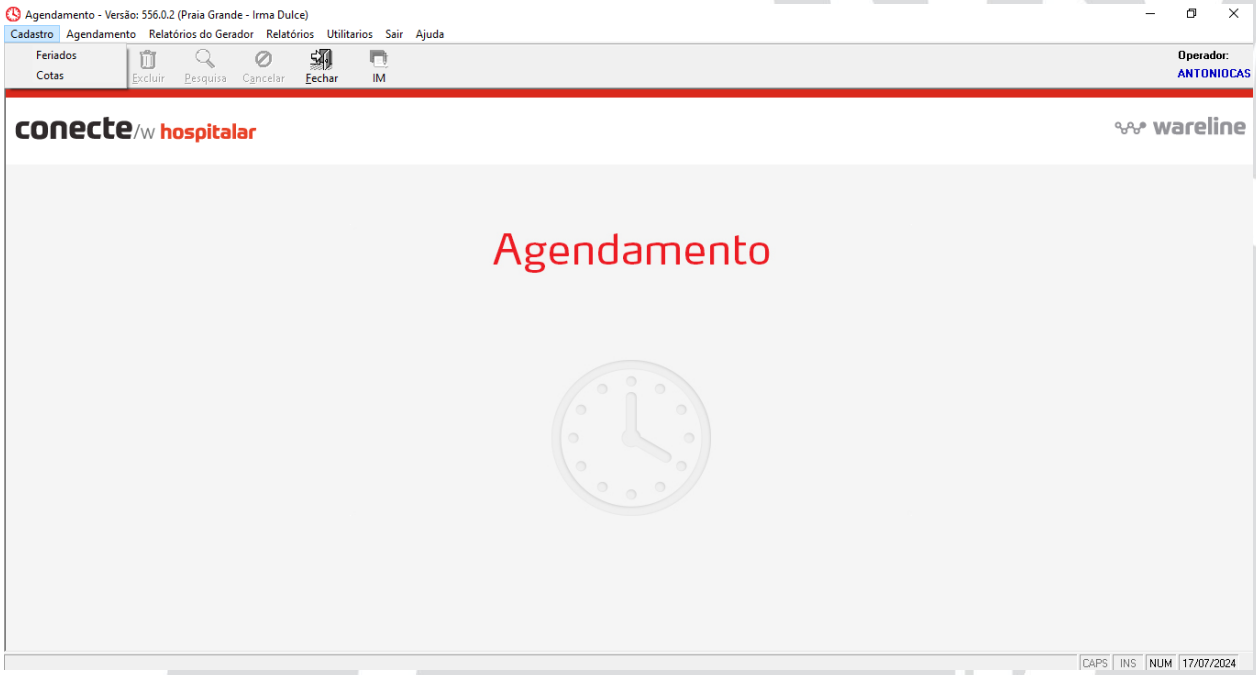
Descrição do Módulo de Agendamento.

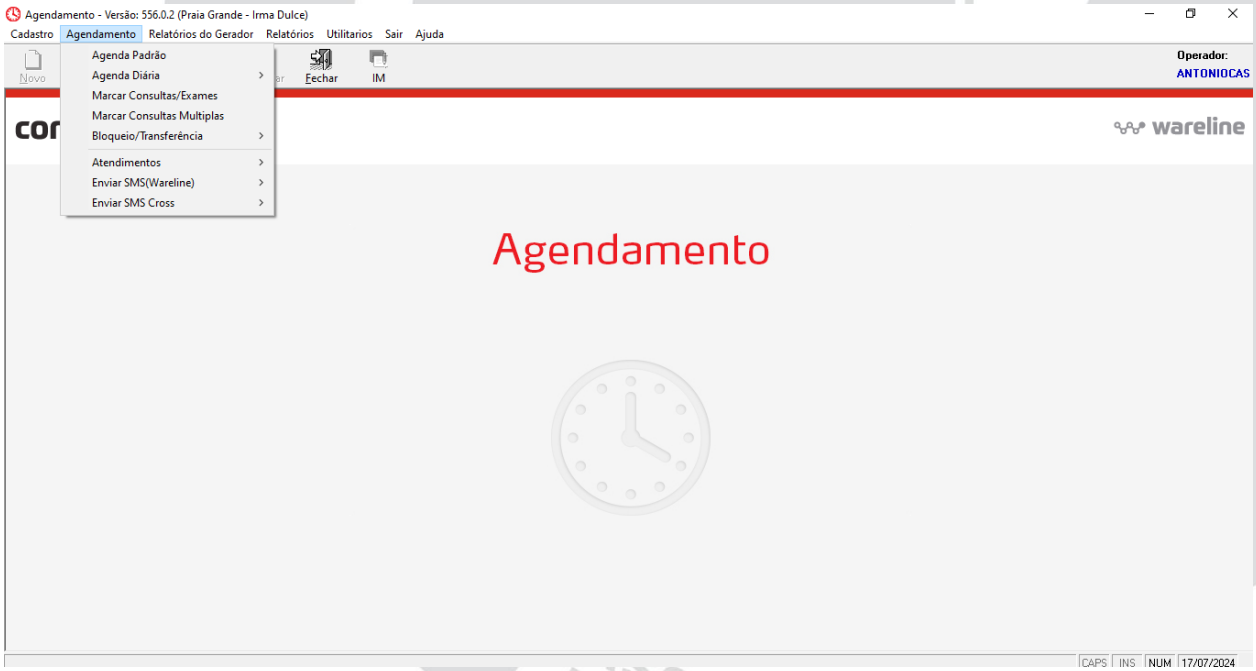
Componentes:

- Agendamento de consultas, exames e pequenas cirurgias;
- Visualização da agenda do médico completa com possibilidade de bloqueio, remarcação e encaixe;
- Geração de agenda para longos períodos;
- Determinação de cotas de agendamento por municípios, especialidades, serviços, exames, especialidades e convênios;
- Envio de mensagens SMS;
- Agendamento de consultas múltiplas, onde é possível agendar vários dias para o mesmo paciente de uma só vez;
- Geração de fichas de atendimentos antecipados.

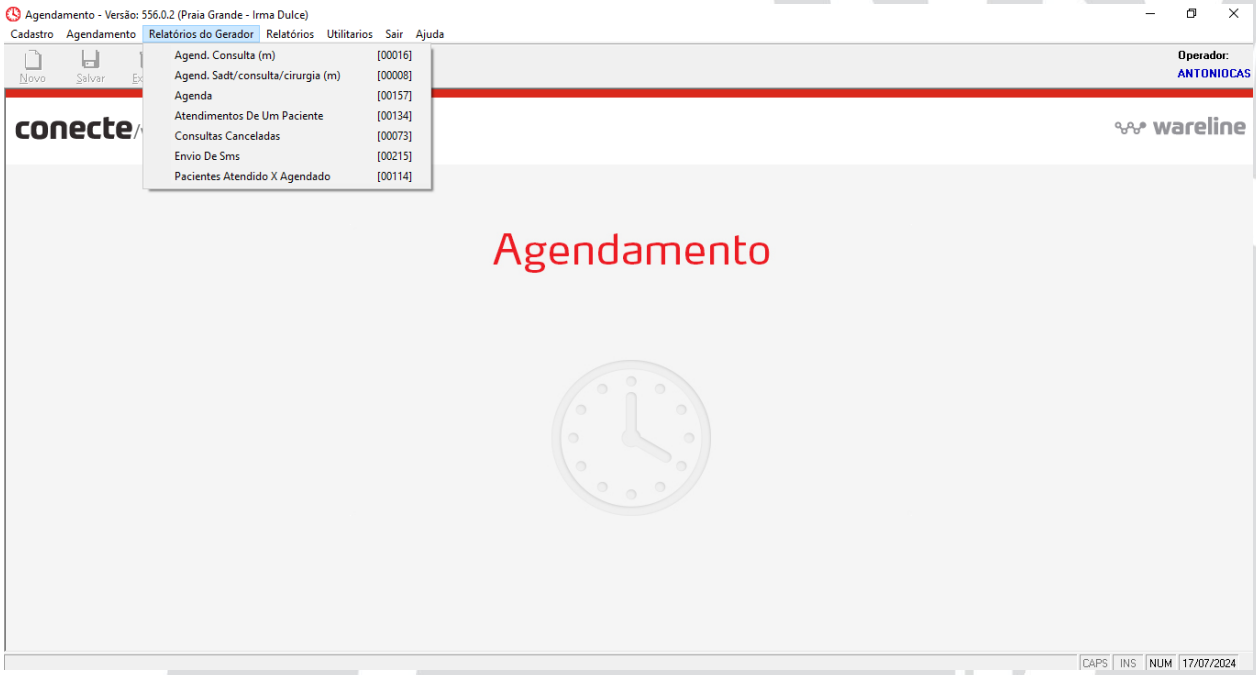
O módulo de Agendamento permite o gerenciamento de todos os tipos de agenda. Além disto, permite o trabalho independente, por setor, ou a utilização em uma central de agendamento.

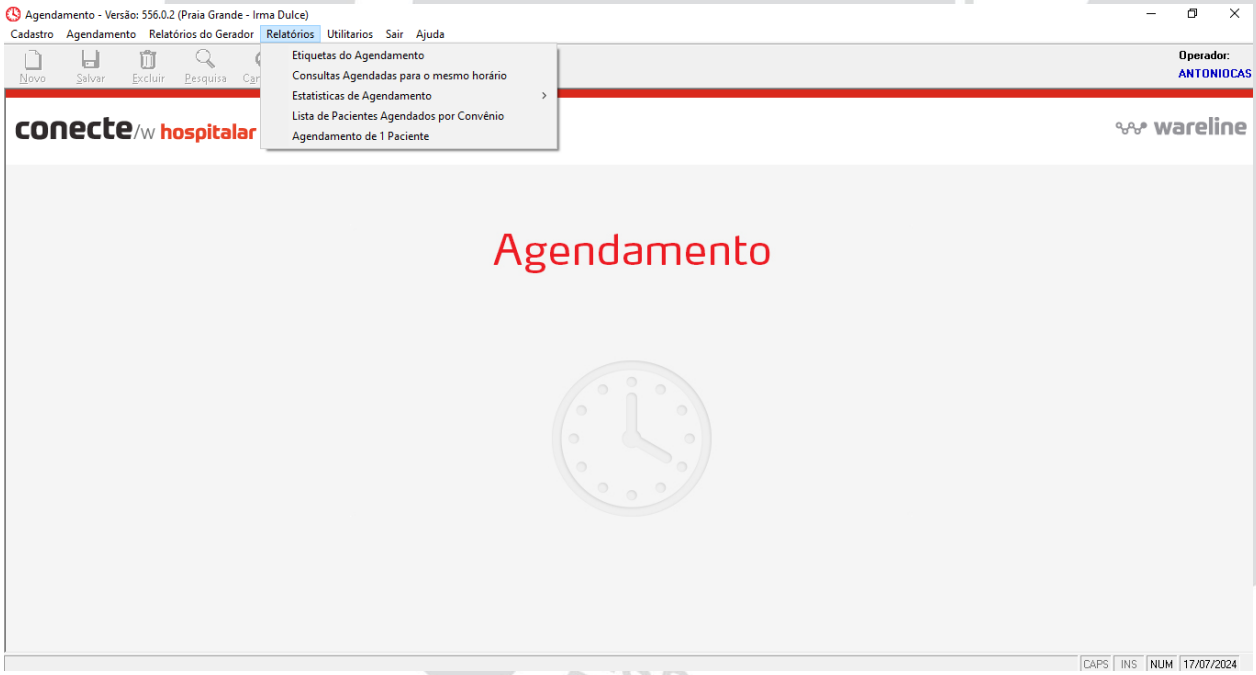
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Agendamento Sistema Wareline



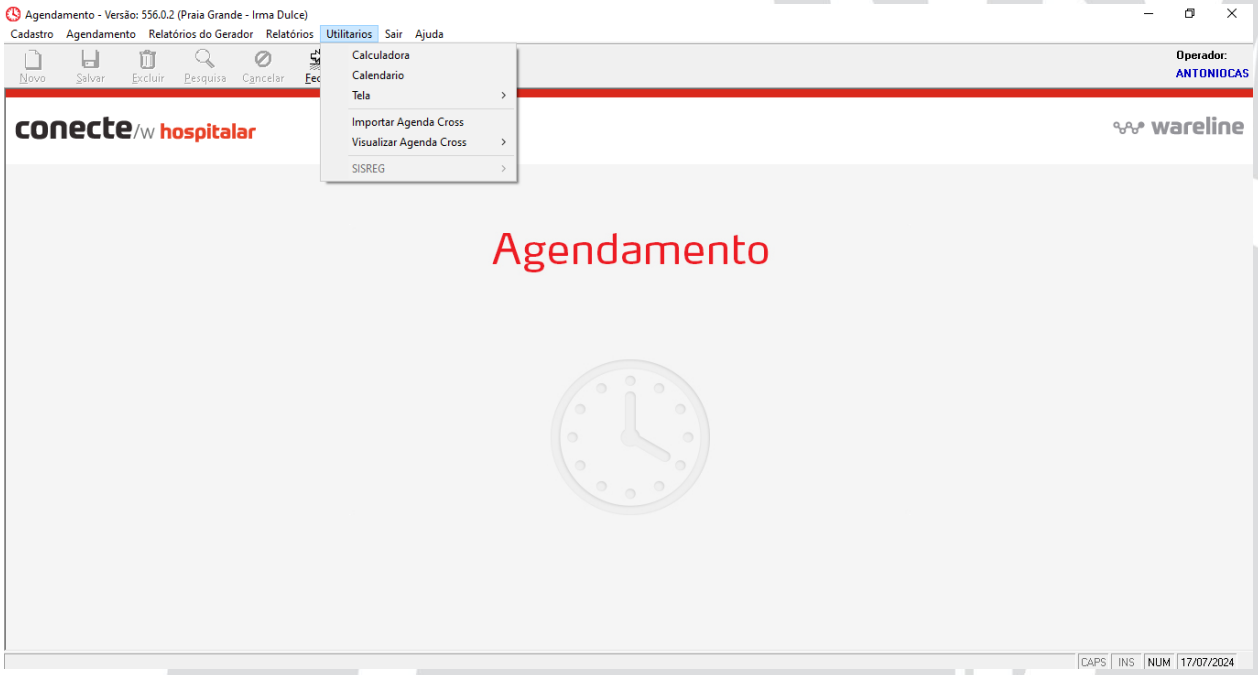


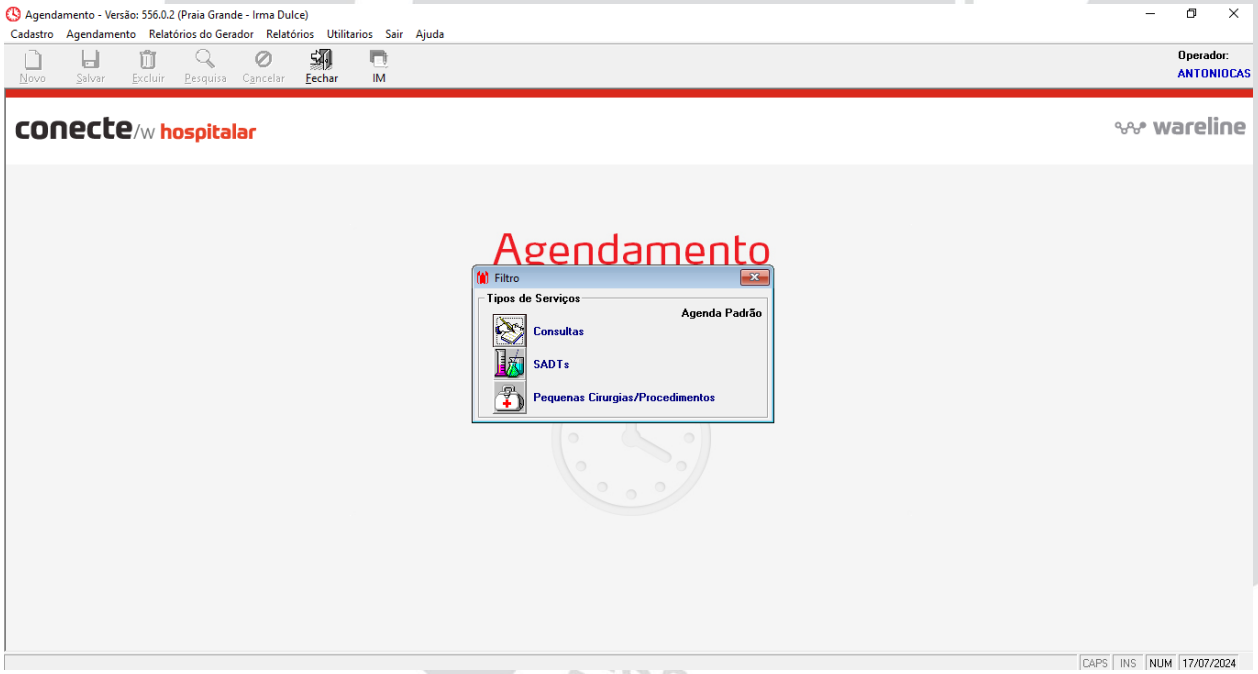
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



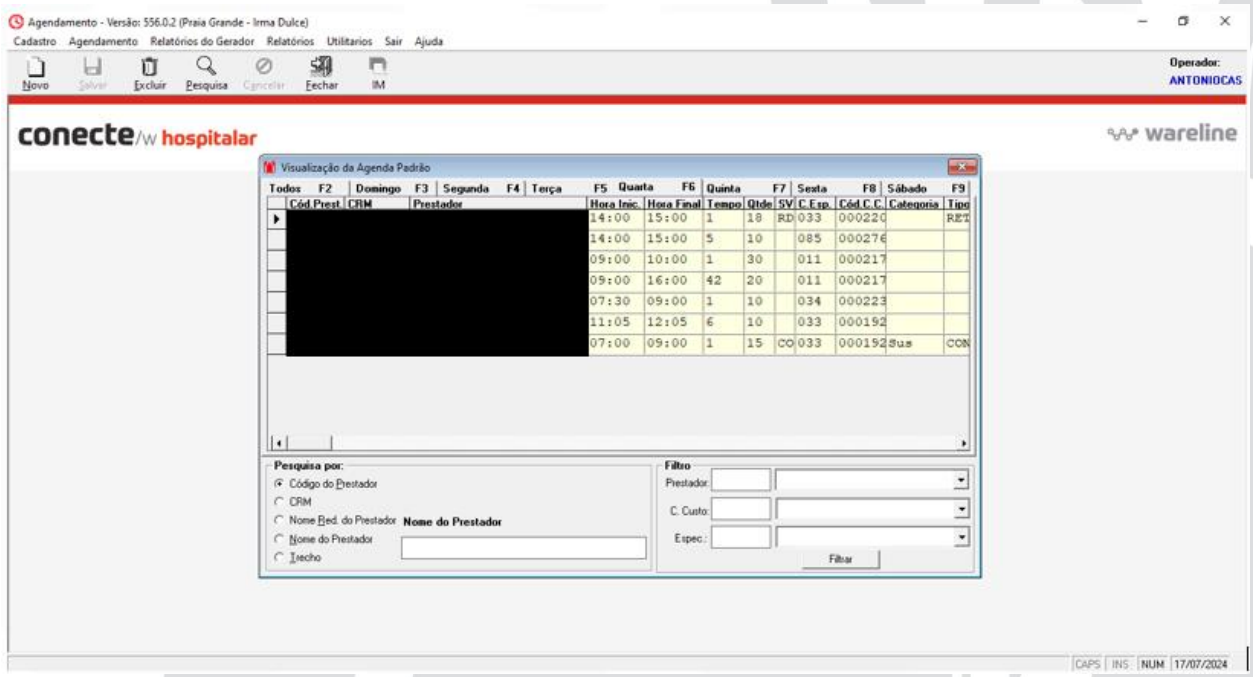


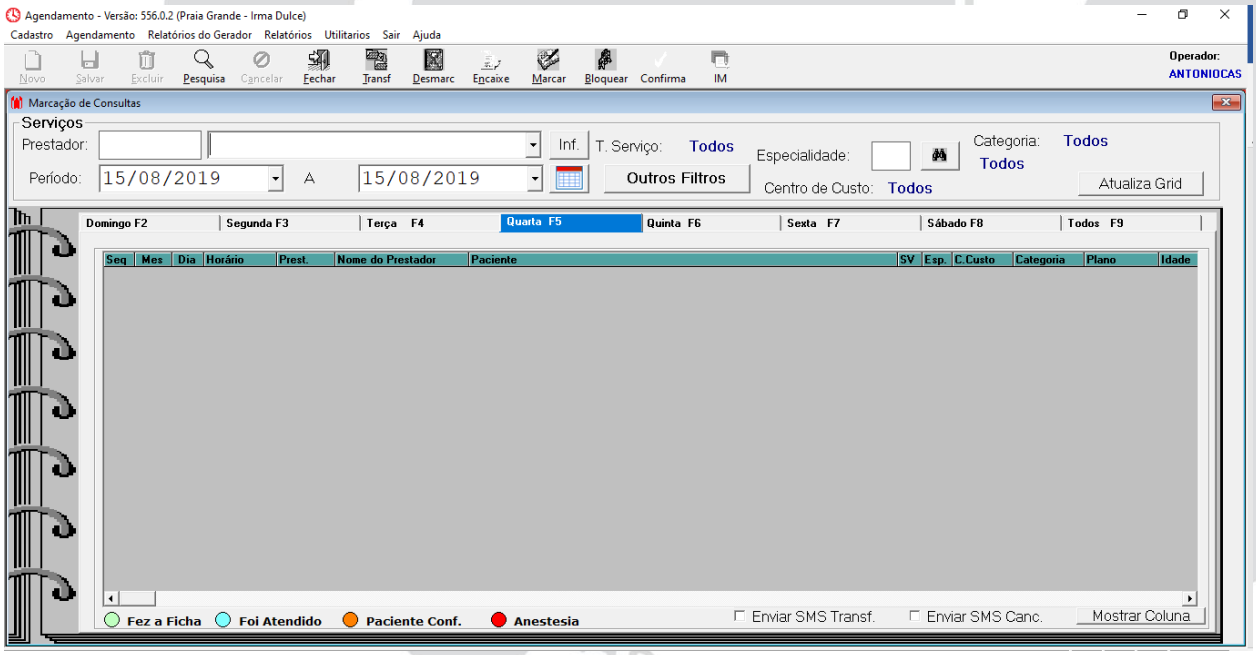
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



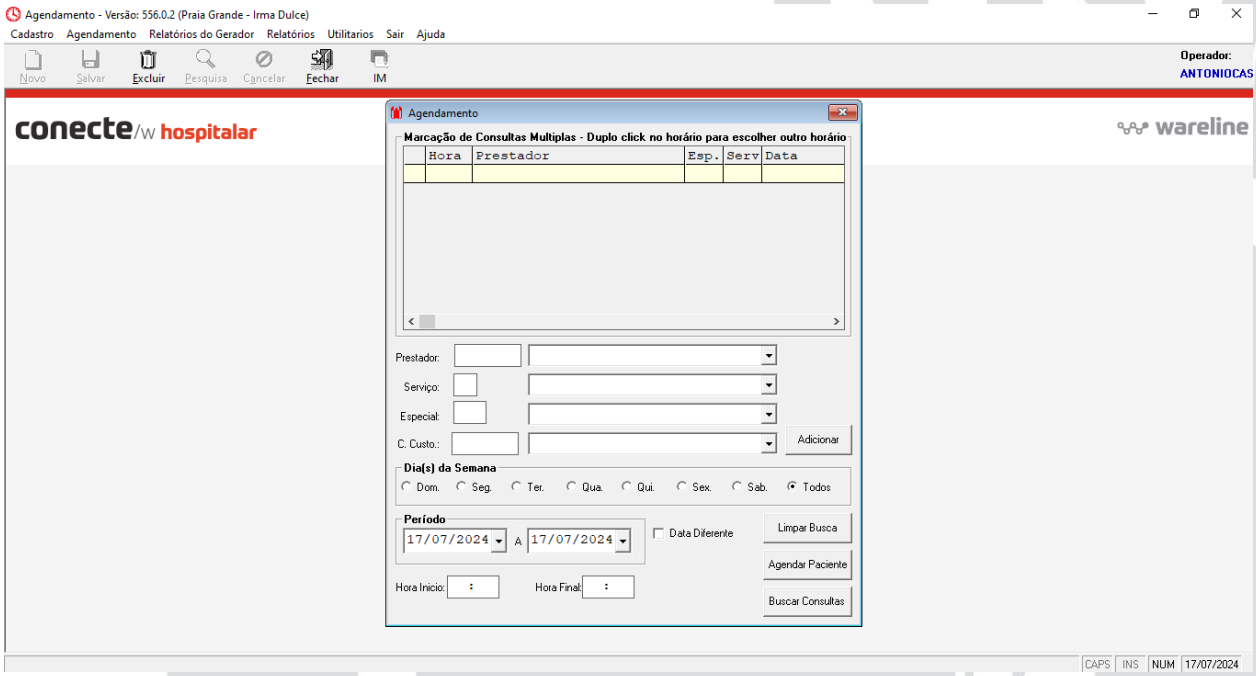


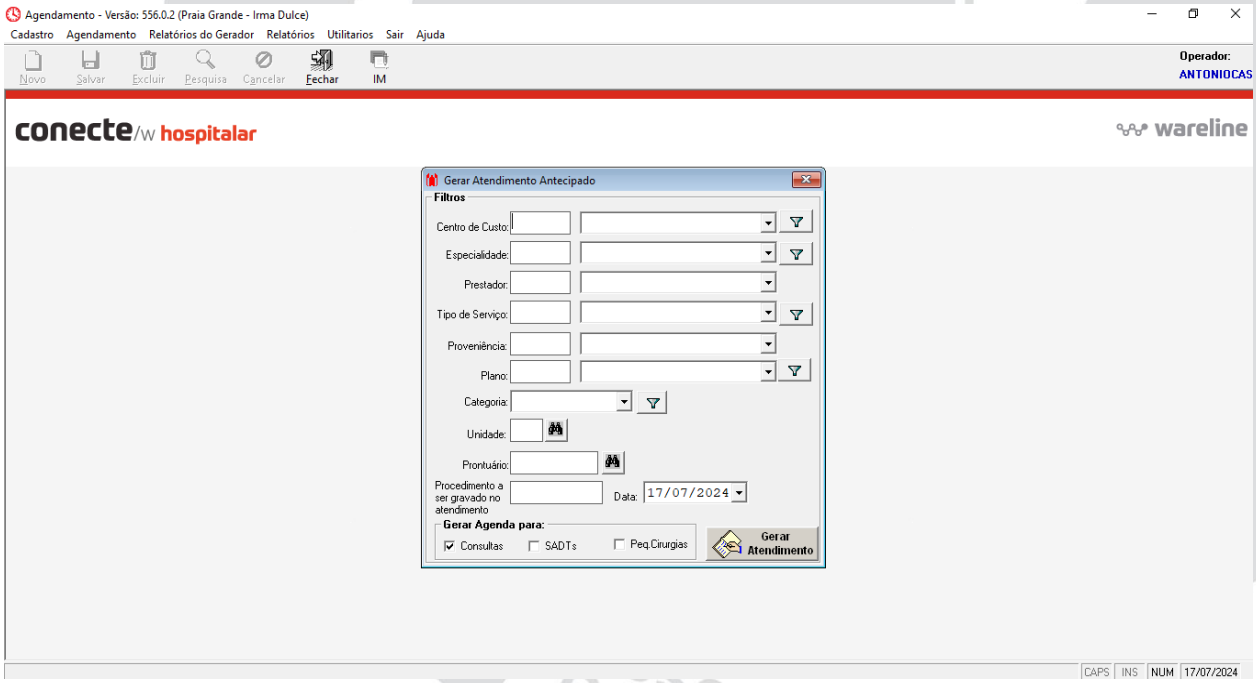
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



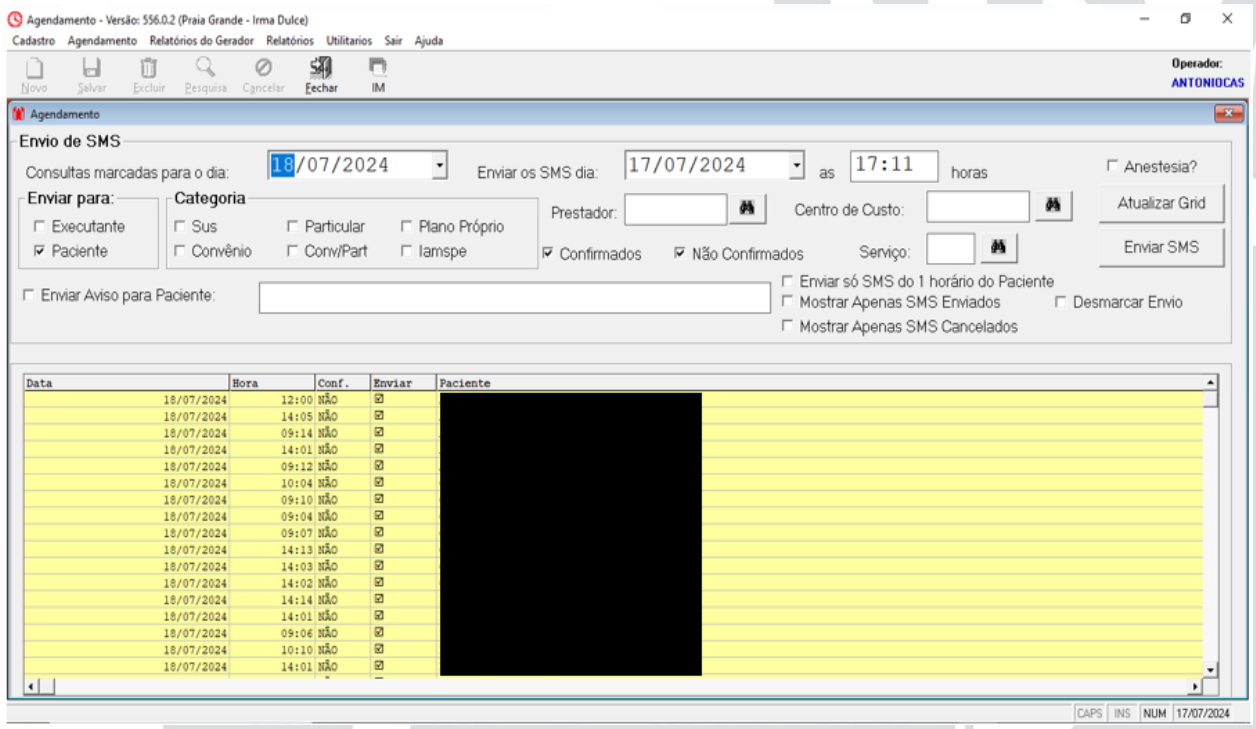


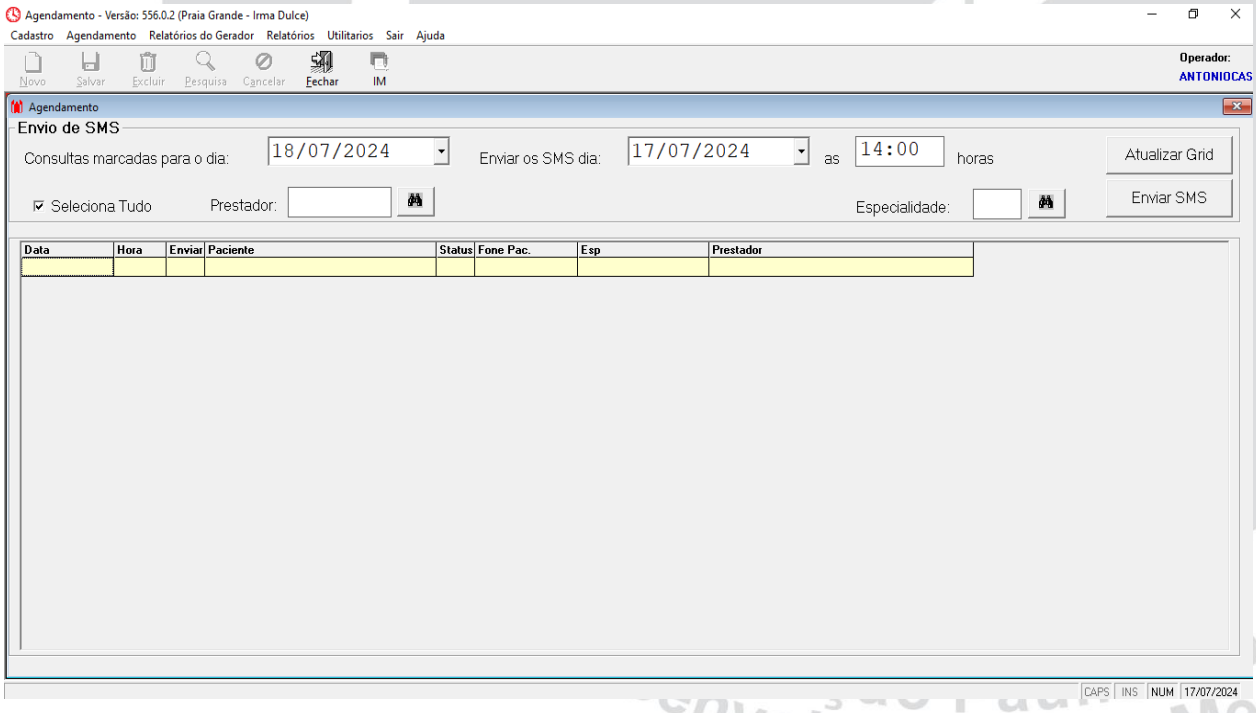
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina





Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina





Atendimento – Registro Eletrônico da admissão e alta do usuário;

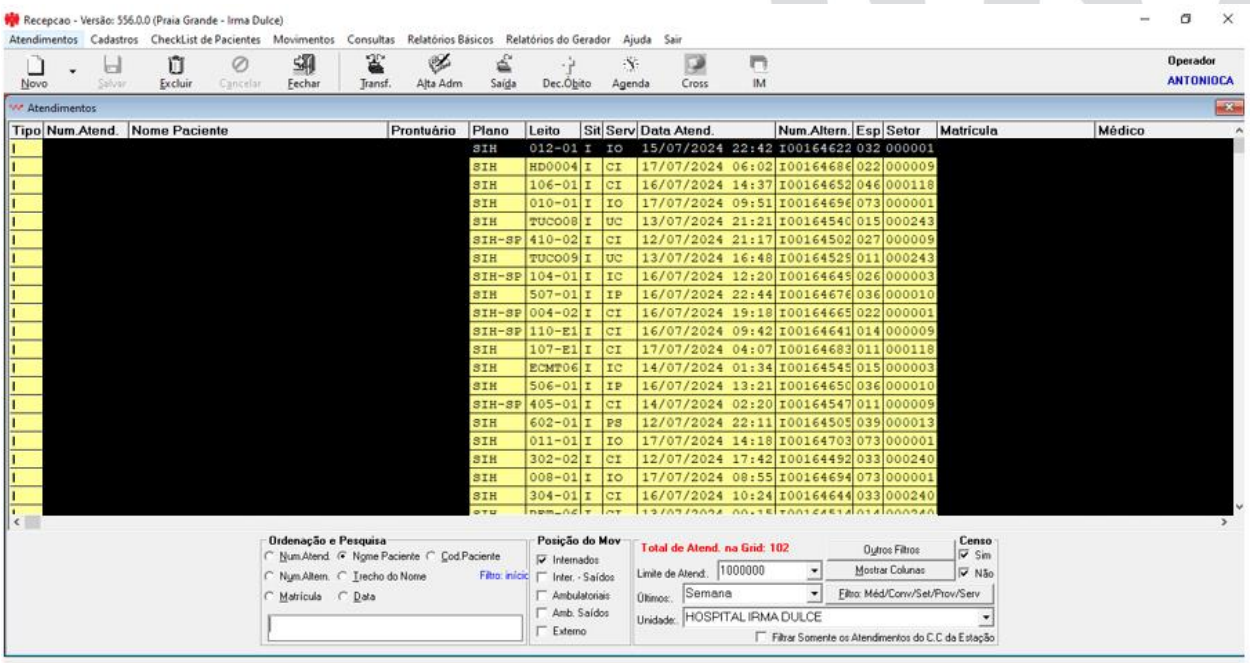
Descrição do Módulo de Atendimento.

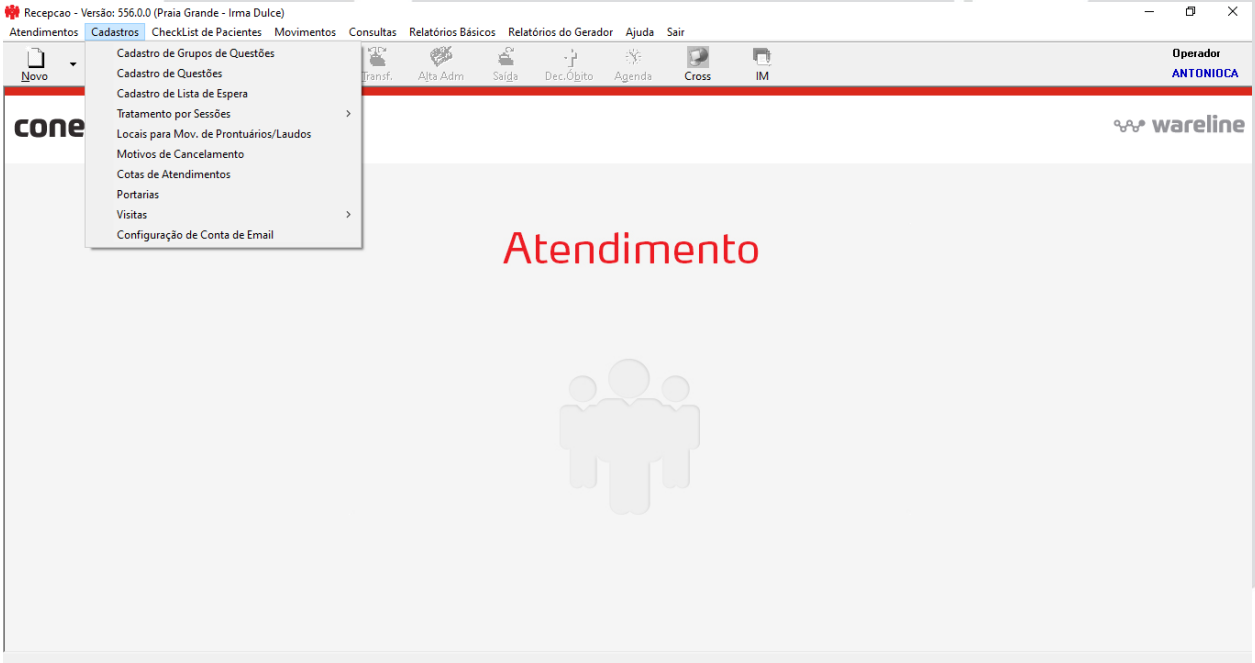
Componentes:

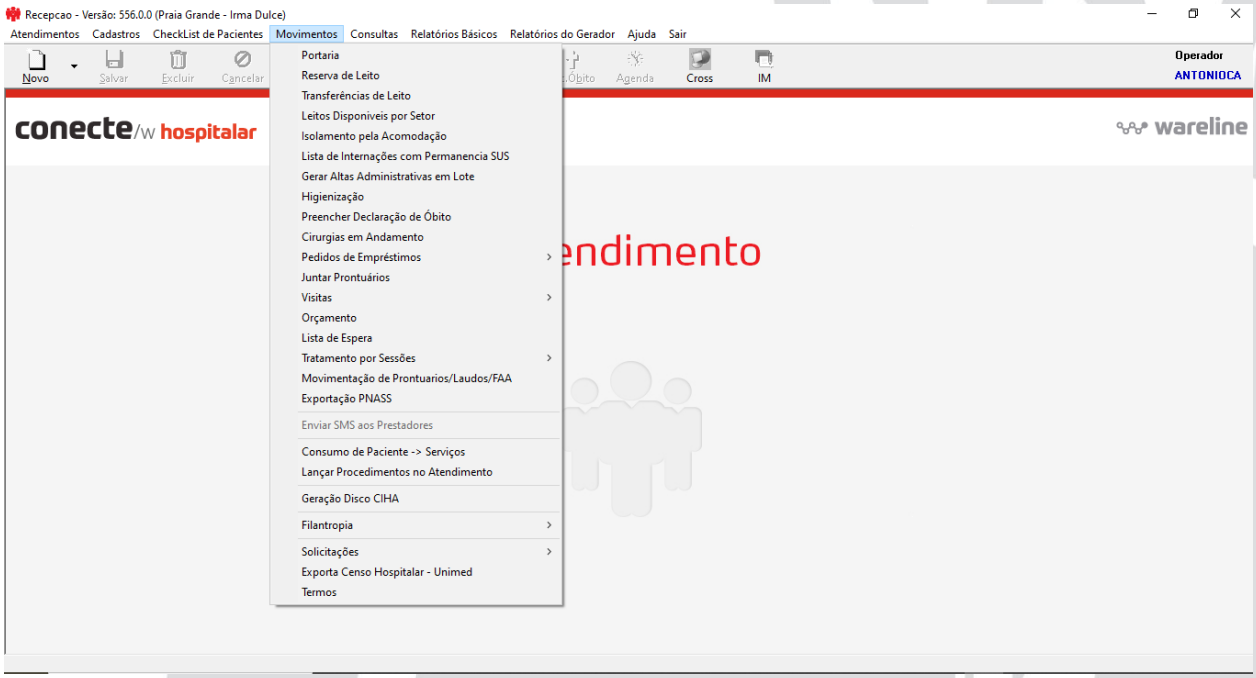
- Atendimento a pacientes internados, ambulatoriais e pacientes externos;
- Cadastro único de pacientes acessível a outras unidades da rede de saúde;
- Ferramentas para impossibilitar duplicidades de pacientes;
- Configurações de entrada de dados diferentes para o SUS, Convênios e particulares;
- Geração de mapas e discos de CIH106, SAH, CIH, etc.;
- Configuração de campos obrigatórios por convênio;
- Cálculo de Filantropia.

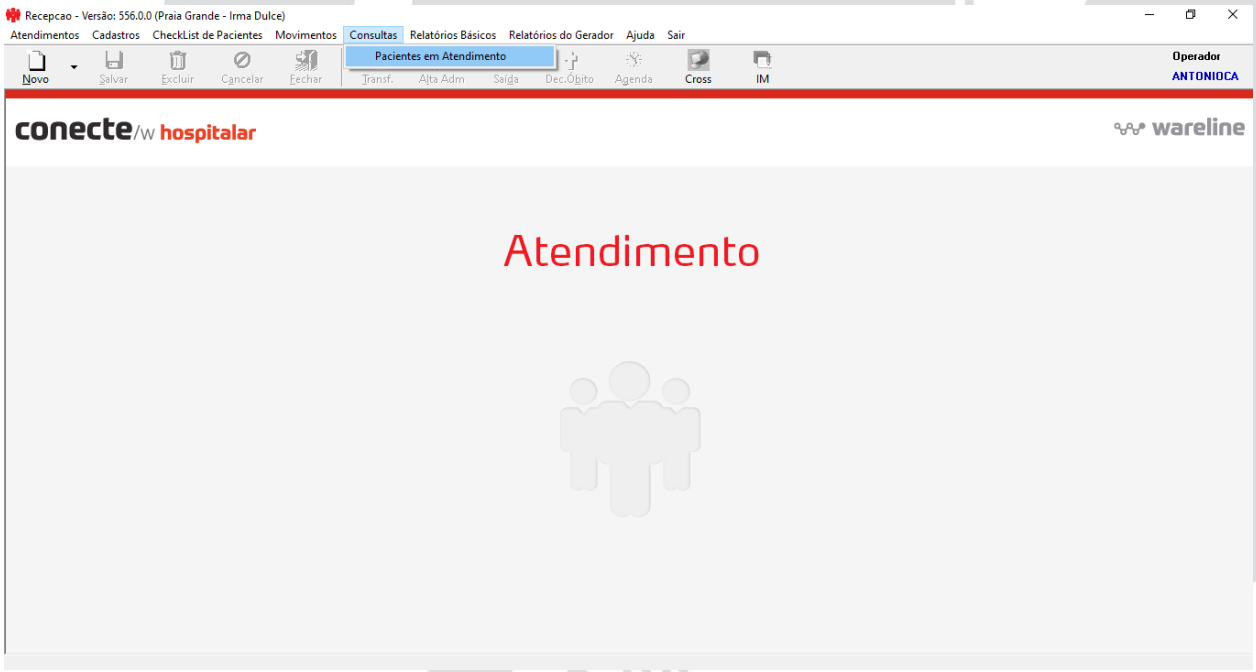
O módulo de Atendimento destina-se ao atendimento dos pacientes, desde a reserva de leitos, controle de visitas, até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

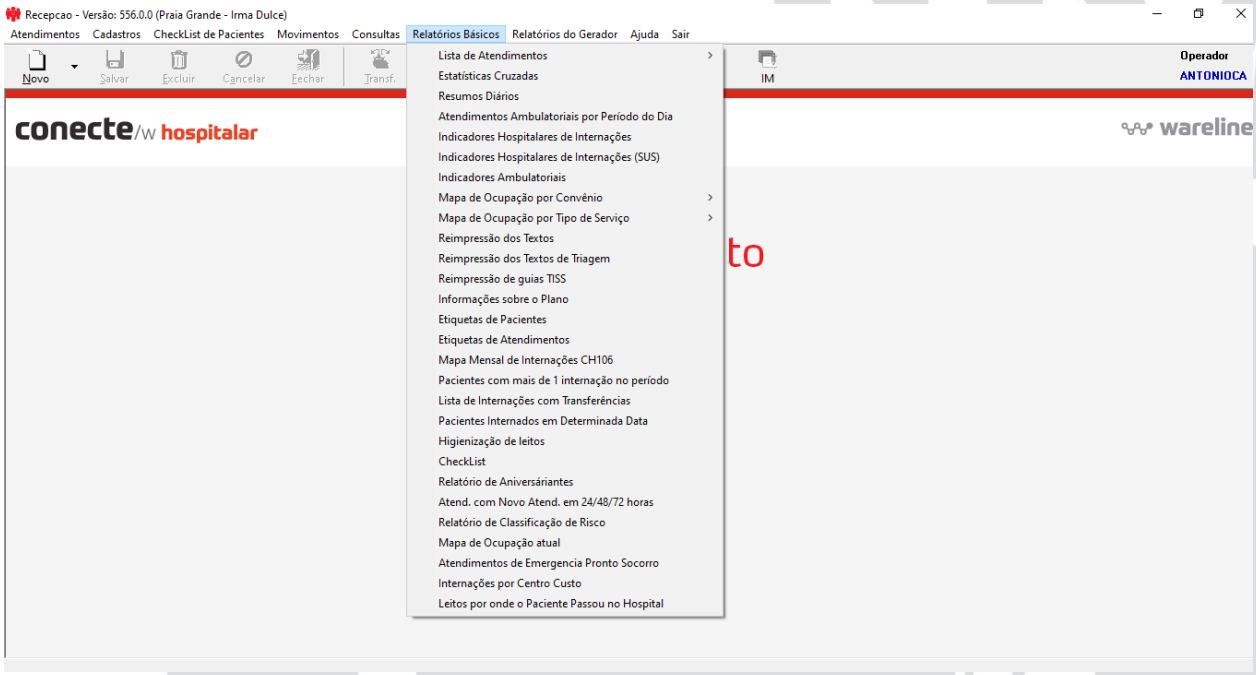
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Atendimento Sistema Wareline

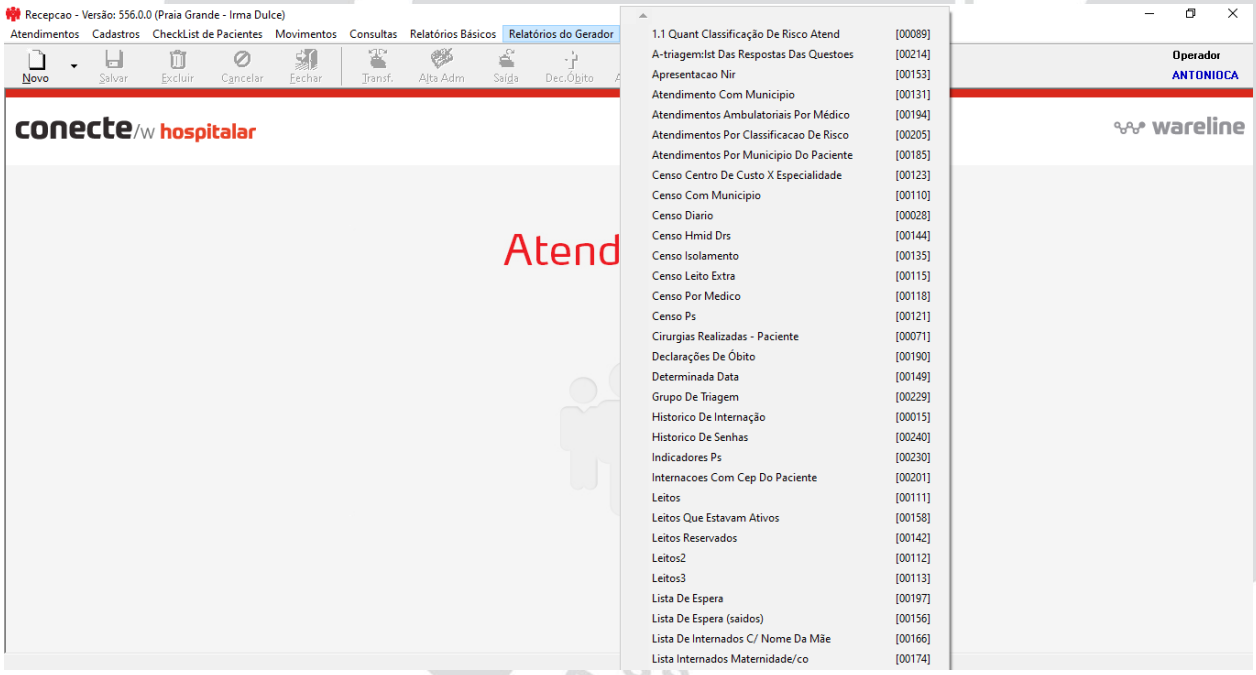

Recepcao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Atendimentos Cadastros CheckList de Pacientes Movimentos Consultas Relatórios Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo Salvar Excluir Cancelar Fechar Transf. Alta Adm Saída Dec.Óbito Agenda Cross IM
Operador
ANTONIOCA
Atendimentos
Tipo Num.Atend. Nome Paciente Prontuário Plano Leito Sit Serv Data Atend. Num.Altern. Esp Setor Matrícula Médico
Ordenação e Pesquisa
Posição do Mov
Censo
Total de Atend. na Grid: 102
Outros Filtros
Mostrar Colunas
Limite de Atend.. 1000000
Últimos: Semana
Filtro: Méd/Conv/Set/Prov/Serv
Unidade: HOSPITAL IRMA DULCE
Filtrar Somente os Atendimentos do C.C da Estação


Recepcao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Atendimentos Cadastros CheckList de Pacientes Movimentos Consultas Relatórios Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo
Operador
ANTONIOCA
Cadastro de Grupos de Questões
Cadastro de Questões
Cadastro de Lista de Espera
Tratamento por Sessões
Locais para Mov. de Prontuários/Laudos
Motivos de Cancelamento
Cotas de Atendimentos
Portarias
Visitas
Configuração de Conta de Email
wareline
Atendimento

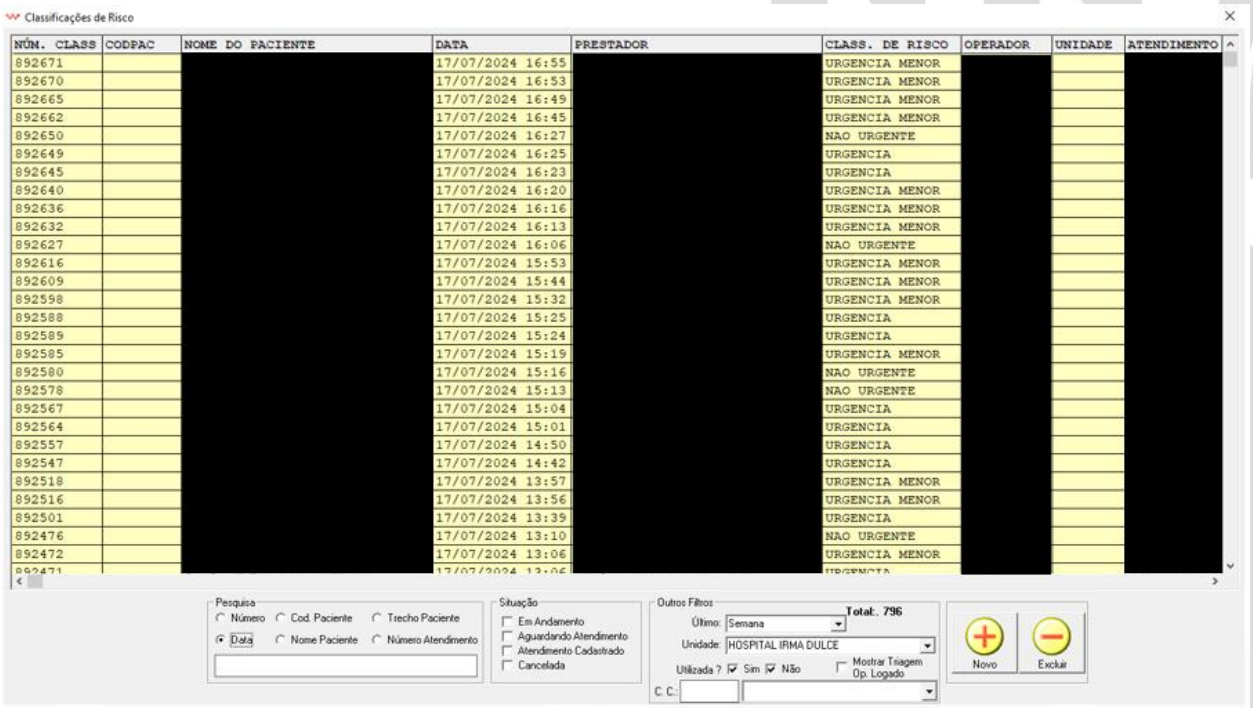

Recepcao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Atendimentos Cadastros CheckList de Pacientes Movimentos Consultas Relatórios Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo Salvar Excluir Cancelar Cross IM
Operador
ANTONIOCA
Portaria
Reserva de Leito
Transferências de Leito
Leitos Disponiveis por Setor
Isolamento pela Acomodação
Lista de Internações com Permanencia SUS
Gerar Altas Administrativas em Lote
Higienização
Preencher Declaração de Óbito
Cirurgias em Andamento
Pedidos de Empréstimos
Juntar Prontuários
Visitas
Orçamento
Lista de Espera
Tratamento por Sessões
Movimentação de Prontuarios/Laudos/FAA
Exportação PNASS
Enviar SMS aos Prestadores
Consumo de Paciente -> Serviços
Lançar Procedimentos no Atendimento
Geração Disco CIHA
Filantropia
Solicitações
Exporta Censo Hospitalar - Unimed
Termos
conecte/w hospitalar
wareline

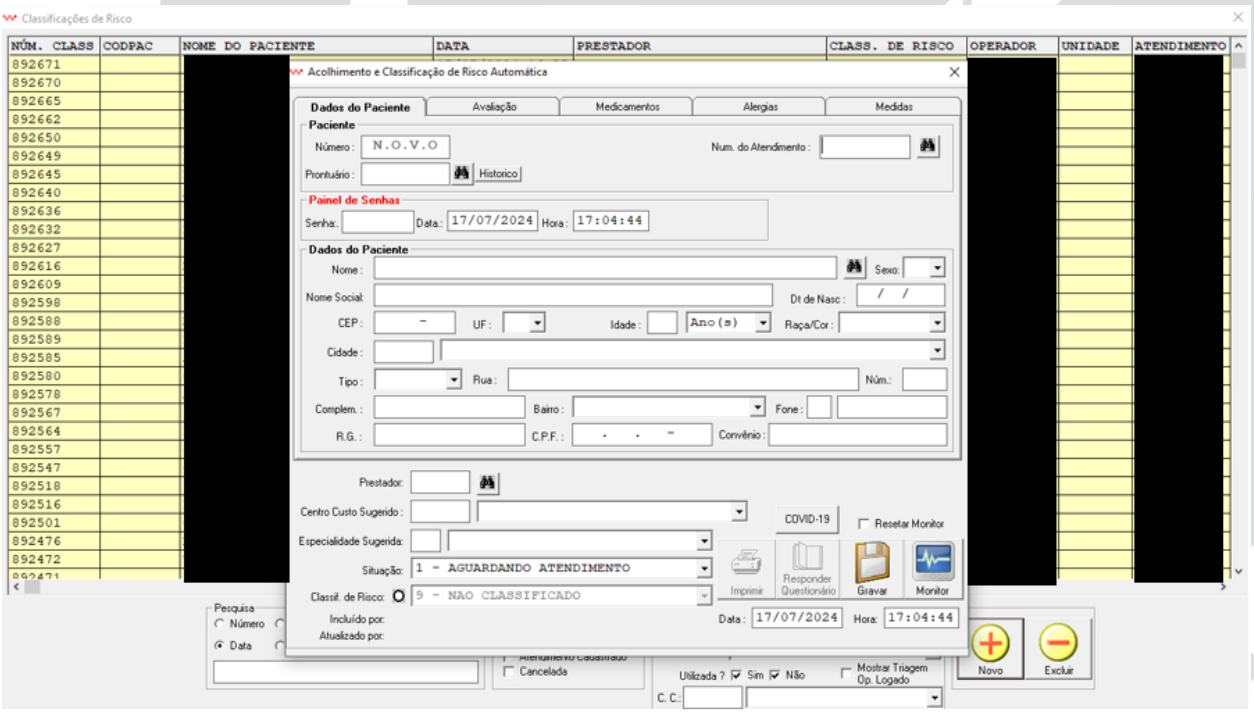

Recepcao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Atendimentos Cadastros CheckList de Pacientes Movimentos Consultas Relatórios Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Pacientes em Atendimento
Novo Salvar Excluir Cancelar Fechar Transf. Alta Adm Saída Dec.Óbito Agenda Cross IM
Operador
ANTONIOCA
conecte/w hospitalar
wareline
Atendimento

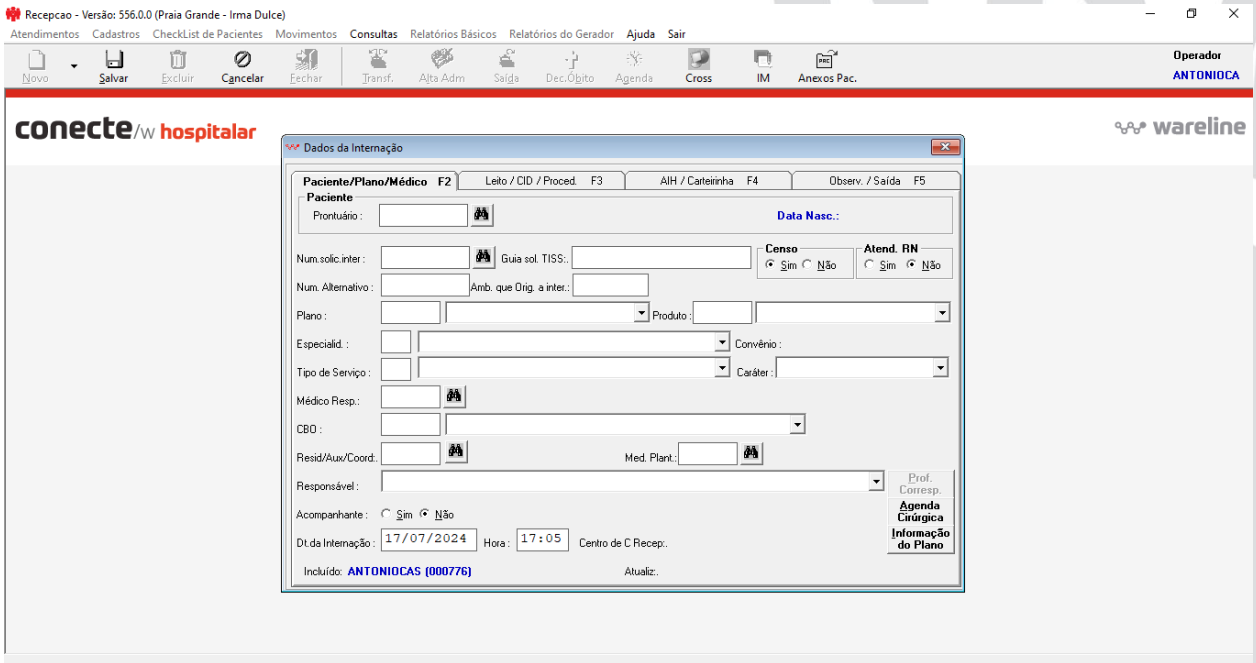


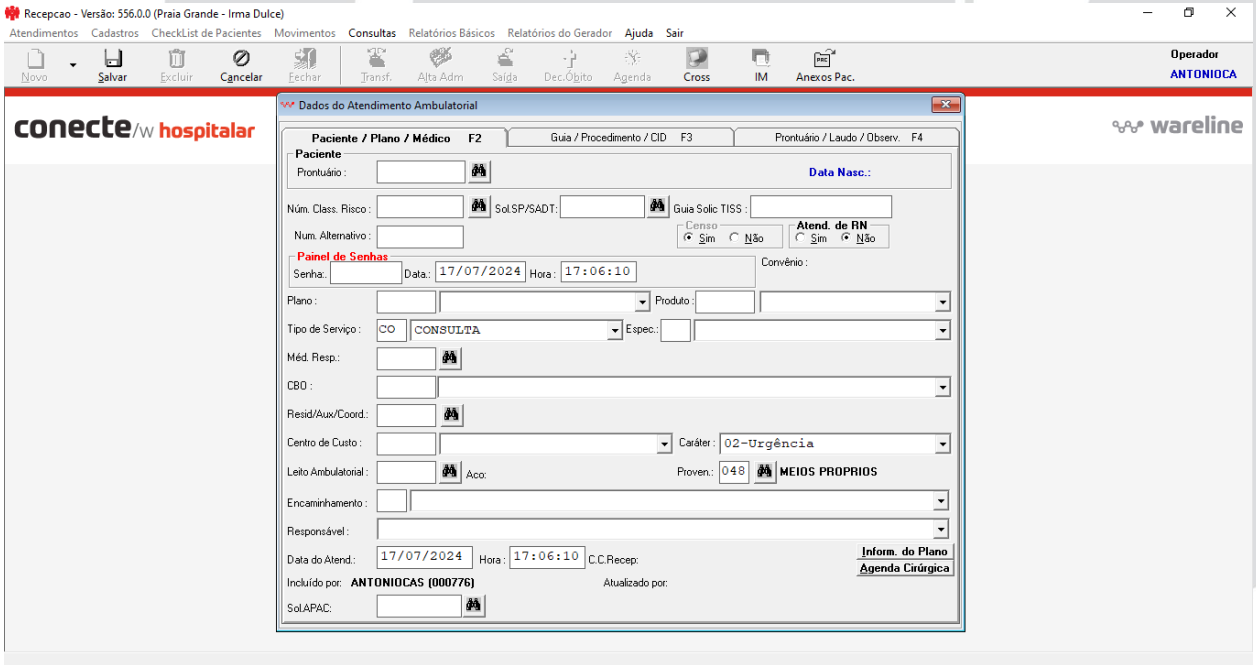


Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

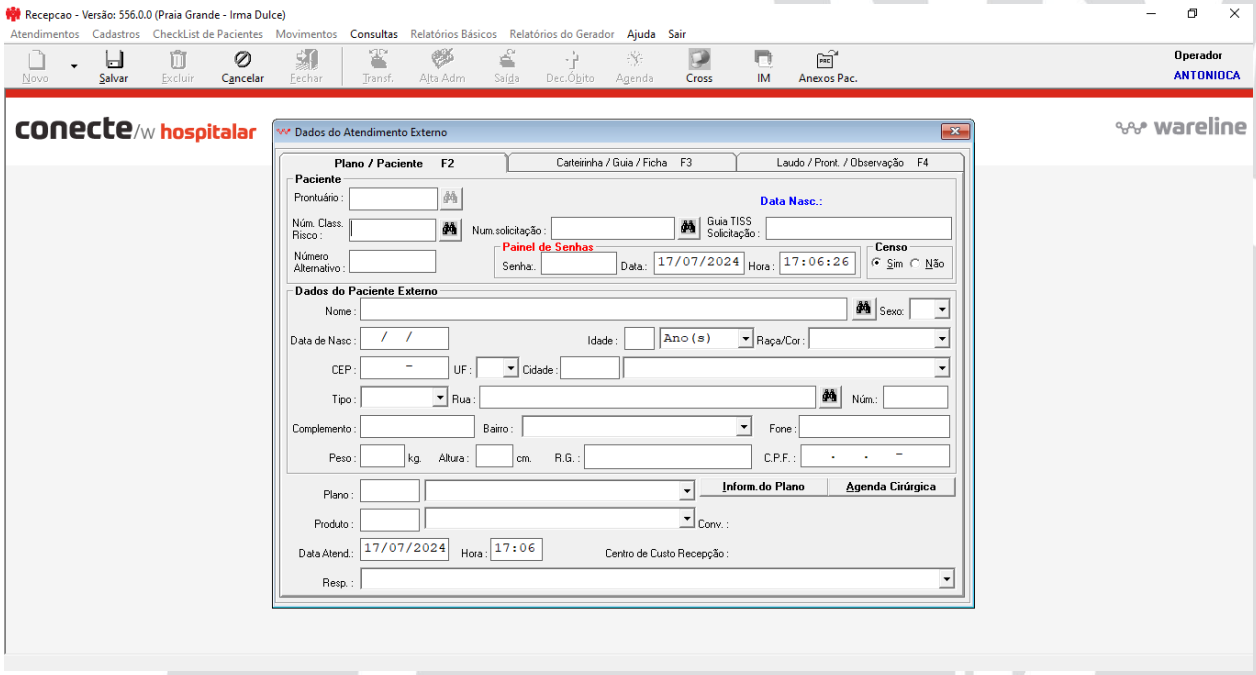

Classificações de Risco
NÚM. CLASS
CODPAC
NOME DO PACIENTE
DATA
PRESTADOR
CLASS. DE RISCO
OPERADOR
UNIDADE
ATENDIMENTO
892671 17/07/2024 16:55 URGENCIA MENOR
892670 17/07/2024 16:53 URGENCIA MENOR
892665 17/07/2024 16:49 URGENCIA MENOR
892662 17/07/2024 16:45 URGENCIA MENOR
892650 17/07/2024 16:27 NAO URGENTE
892649 17/07/2024 16:25 URGENCIA
892645 17/07/2024 16:23 URGENCIA
892640 17/07/2024 16:20 URGENCIA MENOR
892636 17/07/2024 16:16 URGENCIA MENOR
892632 17/07/2024 16:13 URGENCIA MENOR
892627 17/07/2024 16:06 NAO URGENTE
892616 17/07/2024 15:53 URGENCIA MENOR
892609 17/07/2024 15:44 URGENCIA MENOR
892598 17/07/2024 15:32 URGENCIA MENOR
892588 17/07/2024 15:25 URGENCIA
892589 17/07/2024 15:24 URGENCIA
892585 17/07/2024 15:19 URGENCIA MENOR
892580 17/07/2024 15:16 NAO URGENTE
892578 17/07/2024 15:13 NAO URGENTE
892567 17/07/2024 15:04 URGENCIA
892564 17/07/2024 15:01 URGENCIA
892557 17/07/2024 14:50 URGENCIA
892547 17/07/2024 14:42 URGENCIA
892518 17/07/2024 13:57 URGENCIA MENOR
892516 17/07/2024 13:56 URGENCIA MENOR
892501 17/07/2024 13:39 URGENCIA
892476 17/07/2024 13:10 NAO URGENTE
892472 17/07/2024 13:06 URGENCIA MENOR
Pesquisa
Número
Cod. Paciente
Trecho Paciente
Data
Nome Paciente
Número Atendimento
Situação
Em Andamento
Aguardando Atendimento
Atendimento Cadastrado
Cancelada
Outros Filtros
Último: Semana
Total: 796
Unidade: HOSPITAL IRMA DULCE
Utilizada ? Sim Não
Mostrar Triagem Op. Logado
C. C.:
Novo
Excluir


Classificações de Risco
Acolhimento e Classificação de Risco Automática
Dados do Paciente
Avaliação
Medicamentos
Alergias
Medidas
Paciente
Número: N.O.V.O
Num. do Atendimento:
Prontuário:
Histórico
Painel de Senhas
Senha:
Data: 17/07/2024
Hora: 17:04:44
Dados do Paciente
Nome:
Sexo:
Nome Social:
Dt de Nasc:
CEP:
UF:
Idade:
Ano (s)
Raça/Cor:
Cidade:
Tipo:
Rua:
Núm.:
Complem.:
Bairro:
Fone:
R.G.:
C.P.F.:
Convênio:
Prestador:
Centro Custo Sugerido:
Especialidade Sugerida:
COVID-19
Resetar Monitor
Situação: 1 - AGUARDANDO ATENDIMENTO
Classif. de Risco: 9 - NAO CLASSIFICADO
Imprimir
Responder Questionário
Gravar
Monitor
Incluído por:
Atualizado por:
Data: 17/07/2024
Hora: 17:04:44
Pesquisa
Número
Data
Cancelada
Utilizada ? Sim Não
Mostrar Triagem Op. Logado
C. C.:
Novo
Excluir





Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



SAME – Serviço de Análise, Métricas e Estatísticas

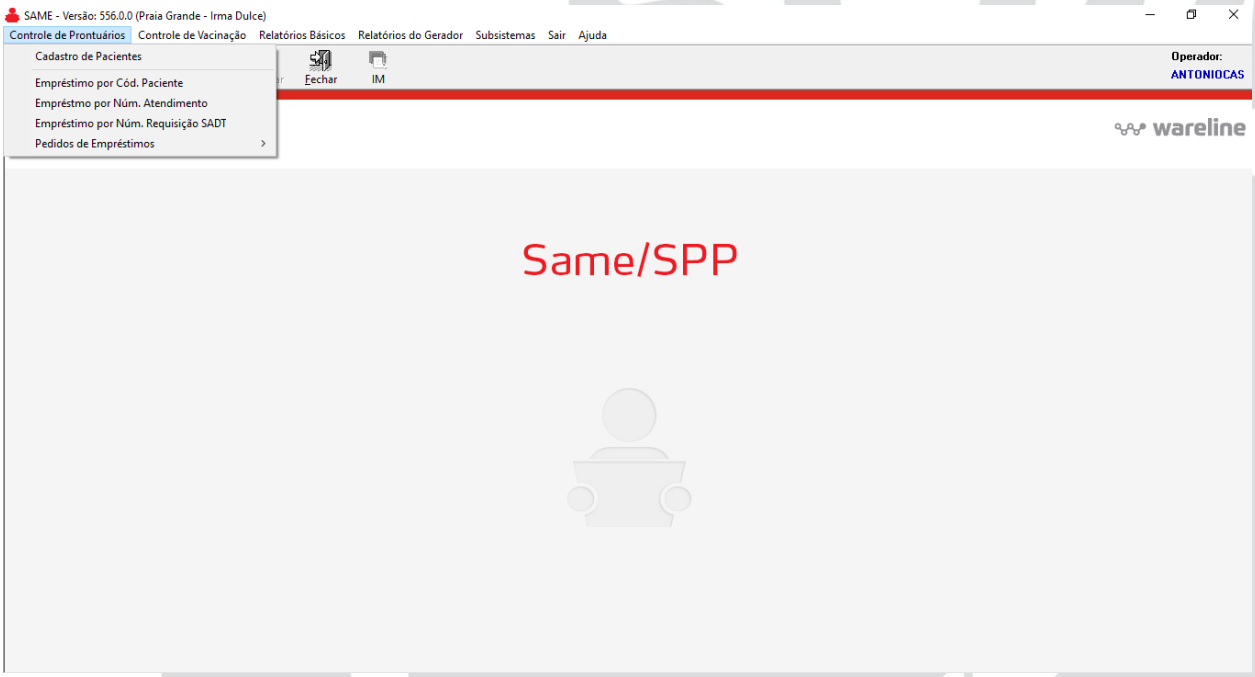
Descrição do Módulo SAME

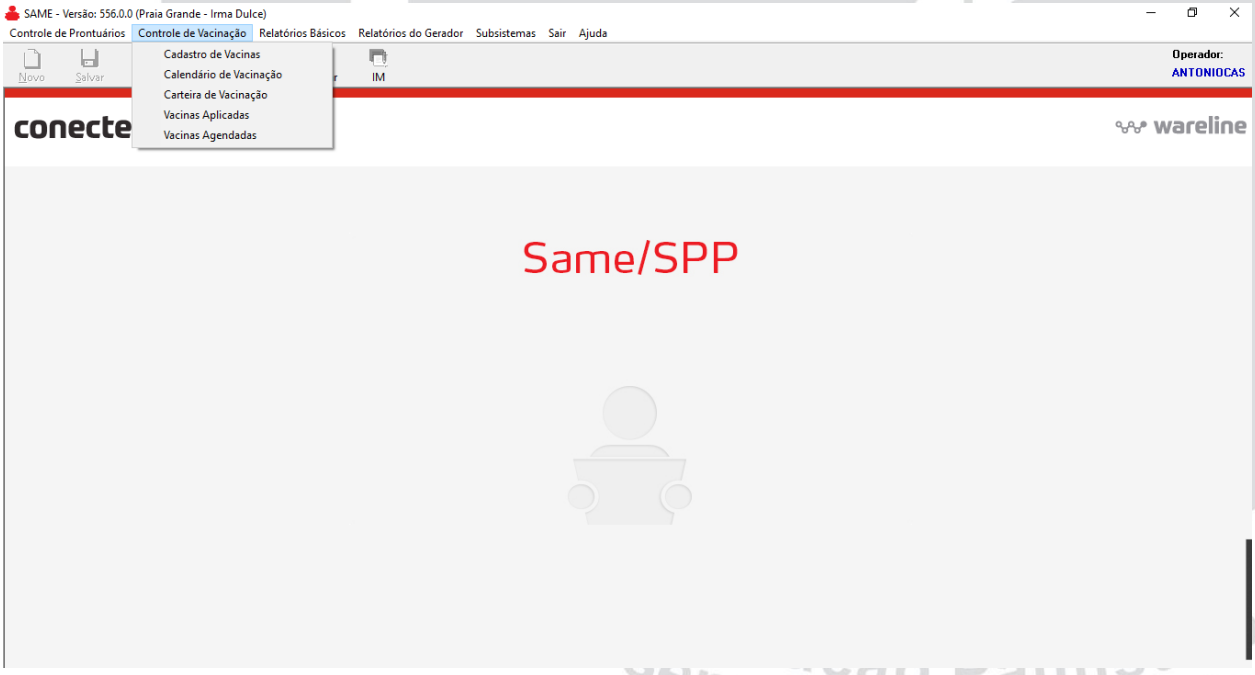
Componentes:

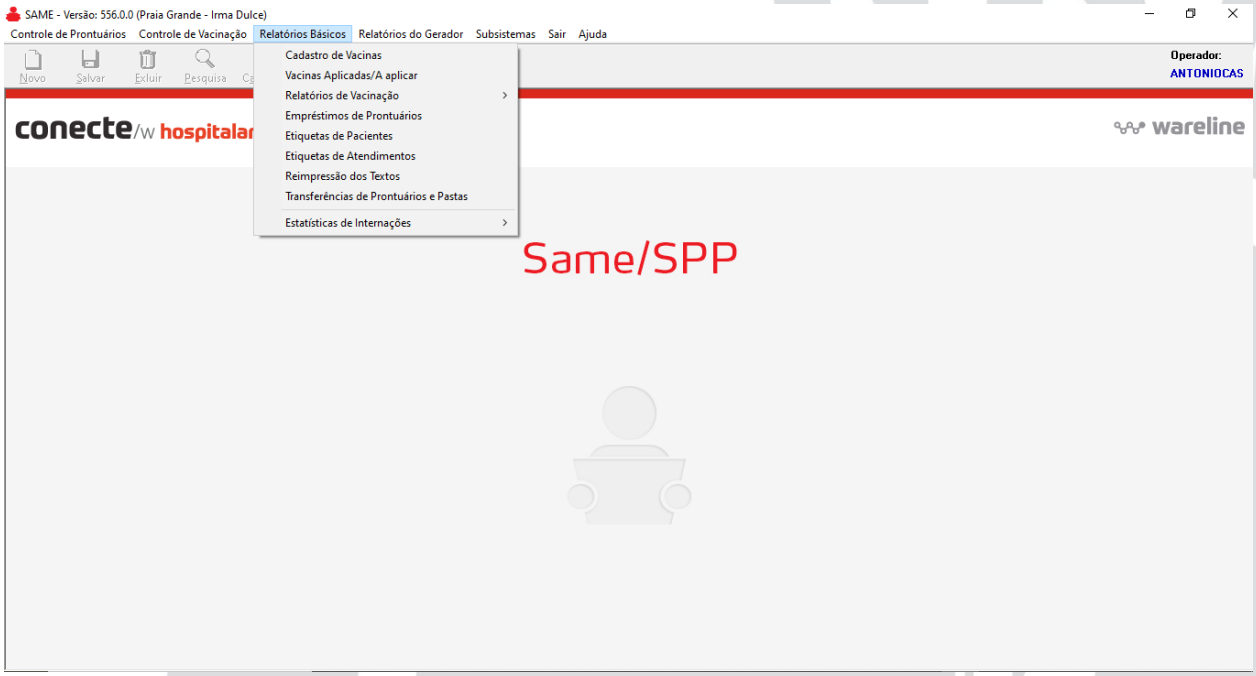
- Controle estatístico dos movimentos de atendimento hospitalar;
- Geração de pedidos de empréstimos por lote;
- Baixa de pedidos por lotes através de leitor de código de barras.

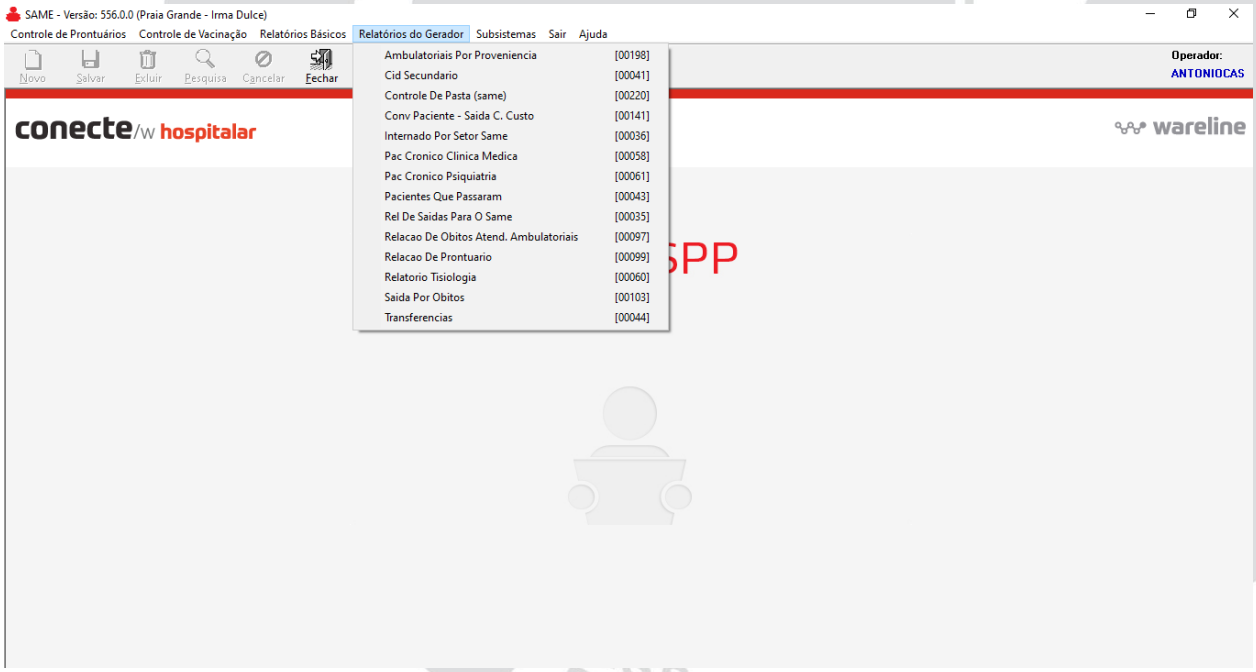
O módulo SAME (Serviço de Análise, Métricas e Estatísticas) é permitido fazer todo o acompanhamento do prontuário do paciente, registrando-se os empréstimos e saídas de prontuários do setor de arquivo, e também processar todos os relatórios estatísticos e indicadores do hospital. Neste módulo também é possível controlar todas as campanhas de vacinação, definindo as agendas de vacinas de um determinado paciente.

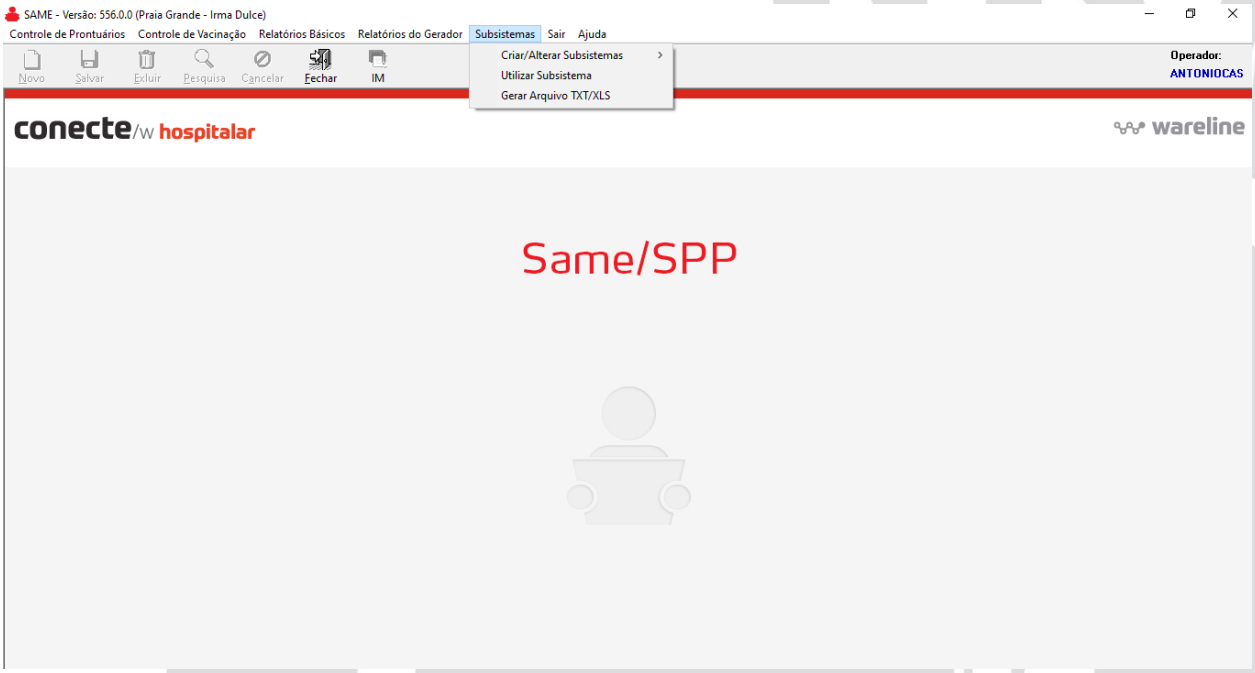
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Same Sistema Wareline






SAME - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Controle de Prontuários
Controle de Vacinação
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Subsistemas
Sair
Ajuda
Novo
Salvar
Excluir
Pesquisa
Operador:
ANTONIOCAS
Cadastro de Vacinas
Vacinas Aplicadas/A aplicar
Relatórios de Vacinação
Empréstimos de Prontuários
Etiquetas de Pacientes
Etiquetas de Atendimentos
Reimpressão dos Textos
Transferências de Prontuários e Pastas
Estatísticas de Internações
conecte/w hospitalar
wareline
Same/SPP


SAME - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Controle de Prontuários
Controle de Vacinação
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Subsistemas
Sair
Ajuda
Novo
Salvar
Excluir
Pesquisa
Cancelar
Fechar
Operador:
ANTONIOCAS
Ambulatoriais Por Proveniencia [00198]
Cid Secundario [00041]
Controle De Pasta (same) [00220]
Conv Paciente - Saida C. Custo [00141]
Internado Por Setor Same [00036]
Pac Cronico Clinica Medica [00058]
Pac Cronico Psiquiatria [00061]
Pacientes Que Passaram [00043]
Rel De Saidas Para O Same [00035]
Relacao De Obitos Atend. Ambulatoriais [00097]
Relacao De Prontuario [00099]
Relatorio Tisiologia [00060]
Saida Por Obitos [00103]
Transferencias [00044]
conecte/w hospitalar
wareline
SPP



Painel de Senha

Descrição do Módulo Painel de Senhas.

Componentes:

- Cadastro de Filas;
- Cadastro de Painéis;
- Cadastro de Totens;
- Cadastro de Pontos de Atendimentos;
- Cadastro de Prioridades;
- Cadastro de Tempo de Espera por Classificação de Risco.

O módulo de Painel de Senhas permite o gerenciamento de todos os pontos de atendimentos, prioridades, tempo de espera por Classificação de Risco, painéis e

totens. Segue abaixo as telas referenciando o módulo Painel de Senhas Sistema Wareline.

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Sistema de Gerenciamento de Filas de Atendimento - Modulo de Cadastros
HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE
Cadastro de Filas
Cadastro de Painéis
Cadastro de Totens
Pontos de Atendimento
Cadastro de Prioridades
Tempo de Espera por Classificação de Risco
CADASTRO DE PRIORIDADES NO ATENDIMENTO
Codigo Descrição
1 NORMAL
2 PREFERENCIAL
3 PREFERENCIAL CRIANÇA
4 PREFERENCIAL DOR NO PEITO
5 PREFERENCIAL IDADE 60
6 PRIORIDADE ESPECIAL +80 ANOS
7 DOR NO PEITO
8 URGENCIA MAIOR
9 EMERGENCIA
10 URGENCIA
11 URGENCIA MENOR
12 NAO URGENTE
Novo
Salvar
Cancelar
Excluir
Listar Cadastrados

Sistema de Gerenciamento de Filas de Atendimento - Modulo de Cadastros
HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE
Cadastro de Filas
Cadastro de Painéis
Cadastro de Totens
Pontos de Atendimento
Cadastro de Prioridades
Tempo de Espera por Classificação de Risco
CADASTRO DE PRIORIDADES NO ATENDIMENTO
Codigo Descrição
1 NORMAL
2 PREFERENCIAL
3 PREFERENCIAL CRIANÇA
4 PREFERENCIAL DOR NO PEITO
5 PREFERENCIAL IDADE 60
6 PRIORIDADE ESPECIAL +80 ANOS
7 DOR NO PEITO
8 URGENCIA MAIOR
9 EMERGENCIA
10 URGENCIA
11 URGENCIA MENOR
12 NAO URGENTE
Novo
Salvar
Cancelar
Excluir
Listar Cadastrados

APOIO CLINICO

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

Descrição do Módulo PEP.

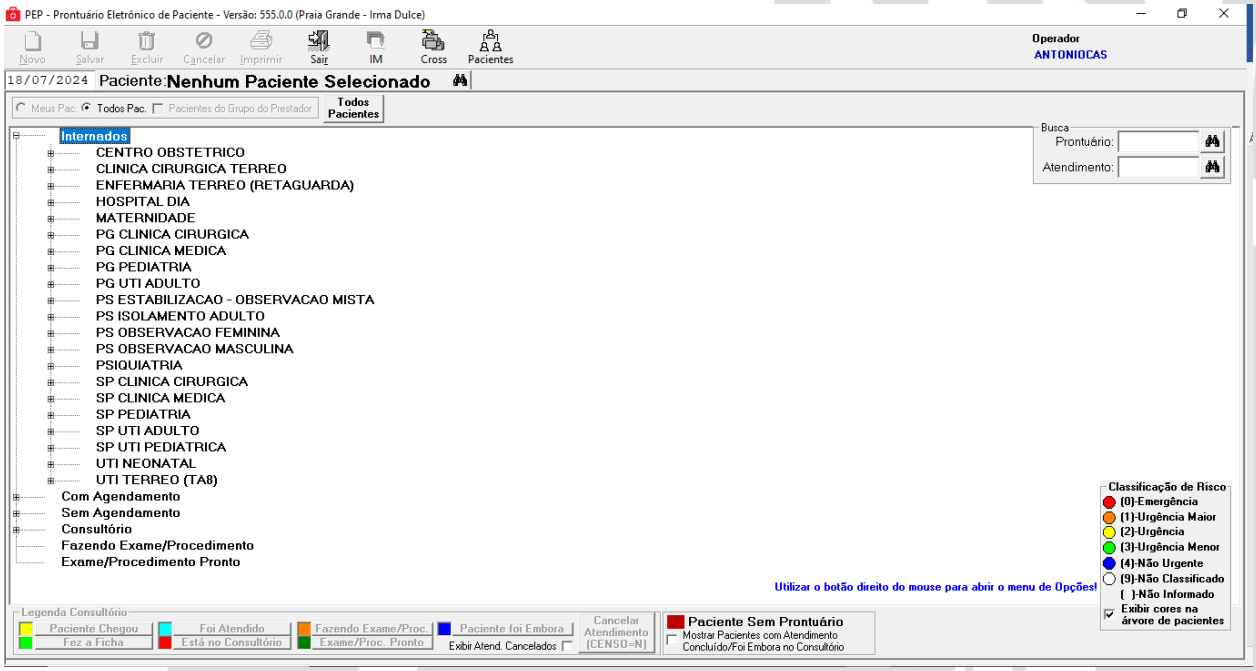
Componentes:

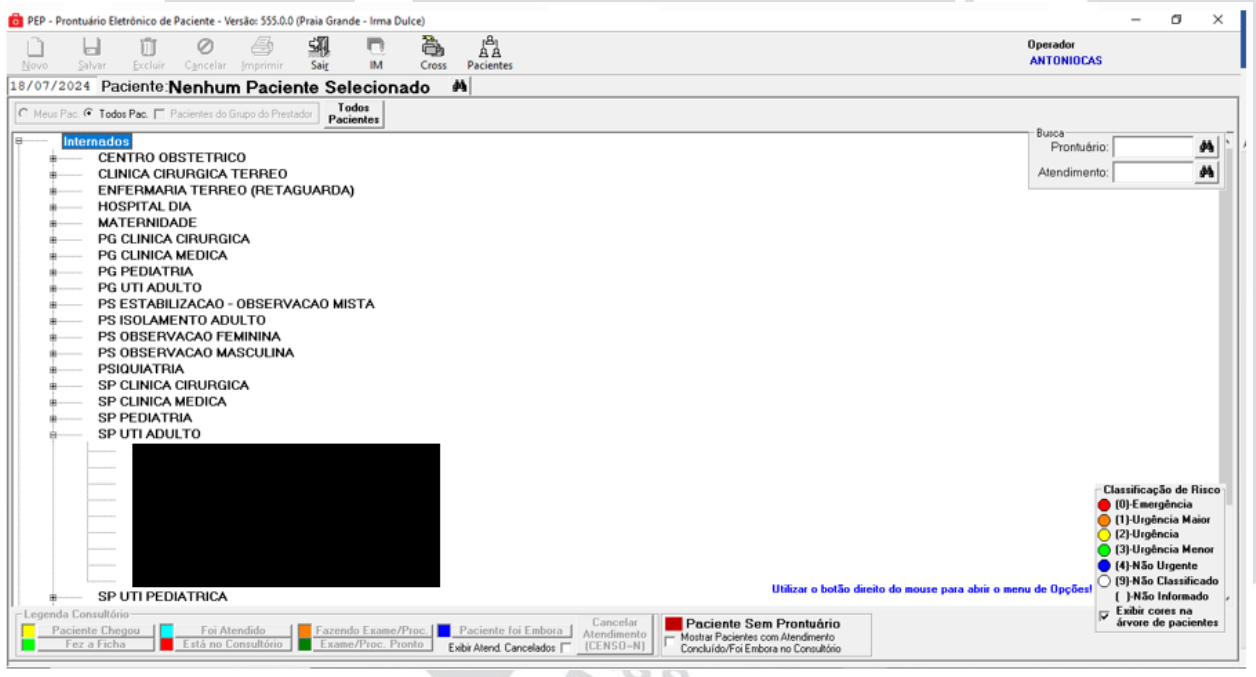
- Prescrição eletrônica é composta por dietas, nutrição, medicação, cuidados, exames e materiais;
- Fichas de Anamnese e evoluções médicas, evoluções de enfermagem;
- Atendimento de pacientes agendados;
- Impressão de fichas nos consultórios;
- Receituário médico;
- Acolhimento com classificação de risco;
- Visualização das movimentações dos pacientes pelos diversos setores do hospital.

O módulo PEP é possível verificar todas as internações e FAA's vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções: exames de raios-x, laboratório, endoscopia, ultrassonografia e anátomo, agendamento de cirurgias, materiais e medicamentos lançados para a internação ou FAA dos pacientes podem ser trabalhadas.

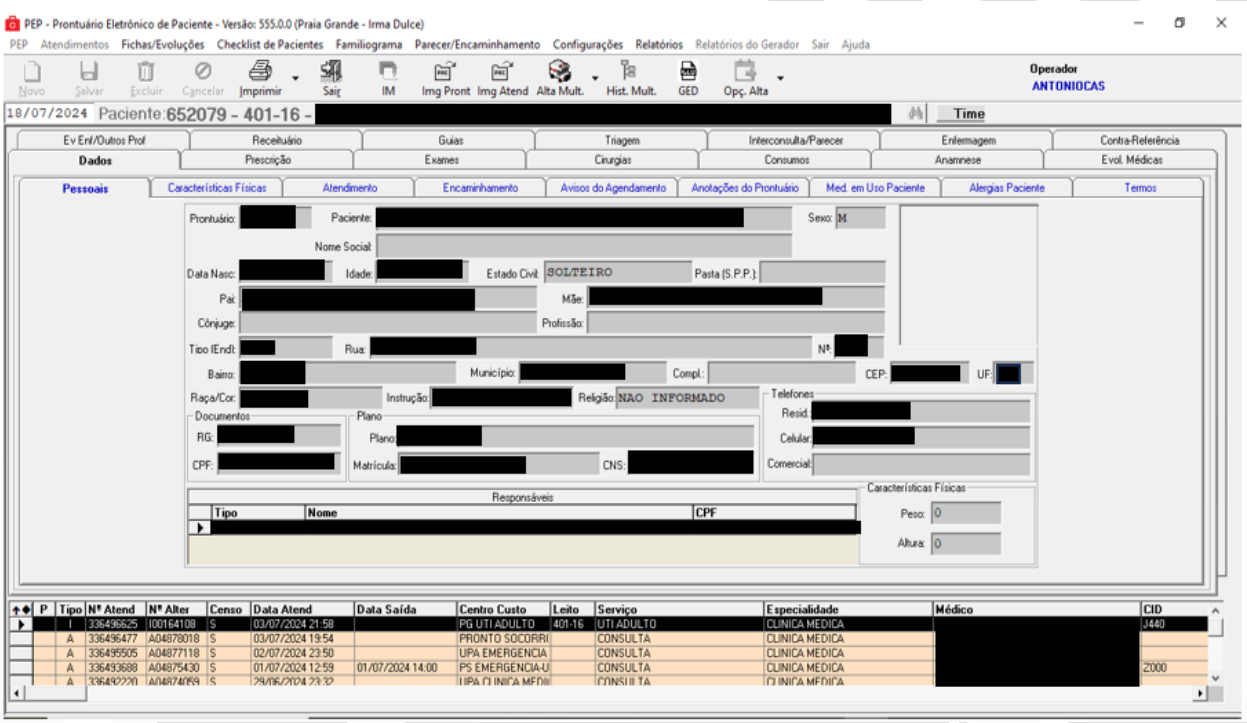
Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, internações, consumos e imagens.

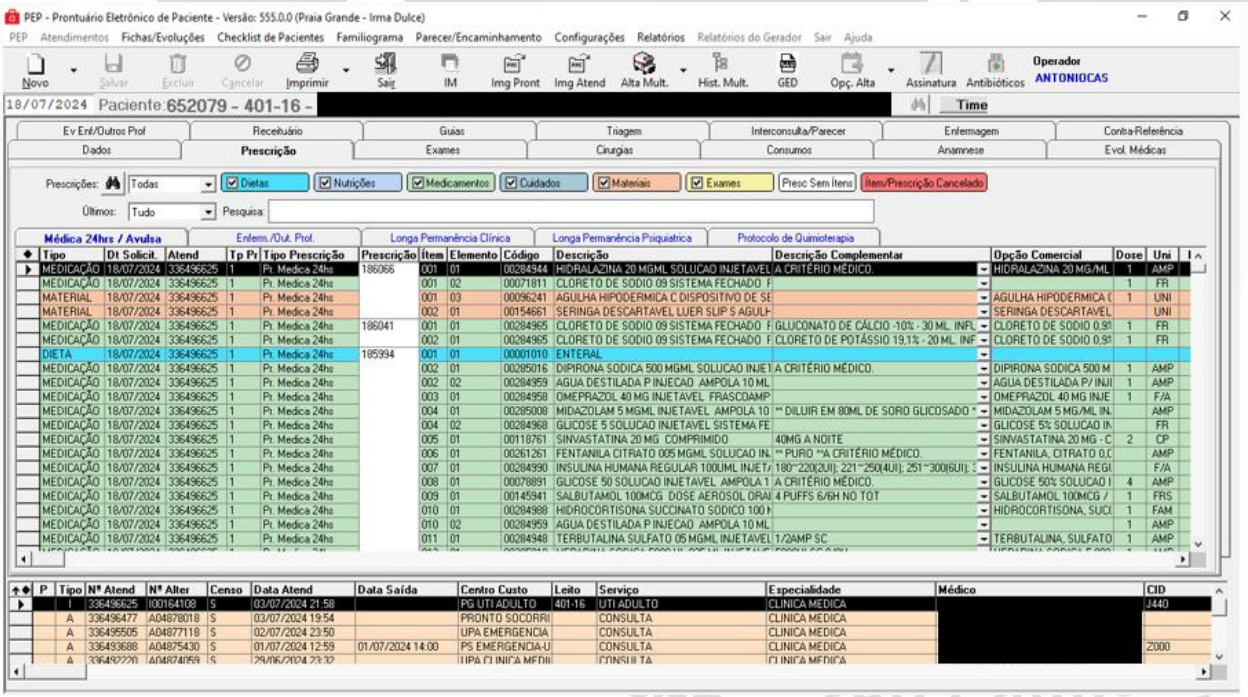
Segue abaixo as telas referenciando o módulo PEP Sistema Wareline.



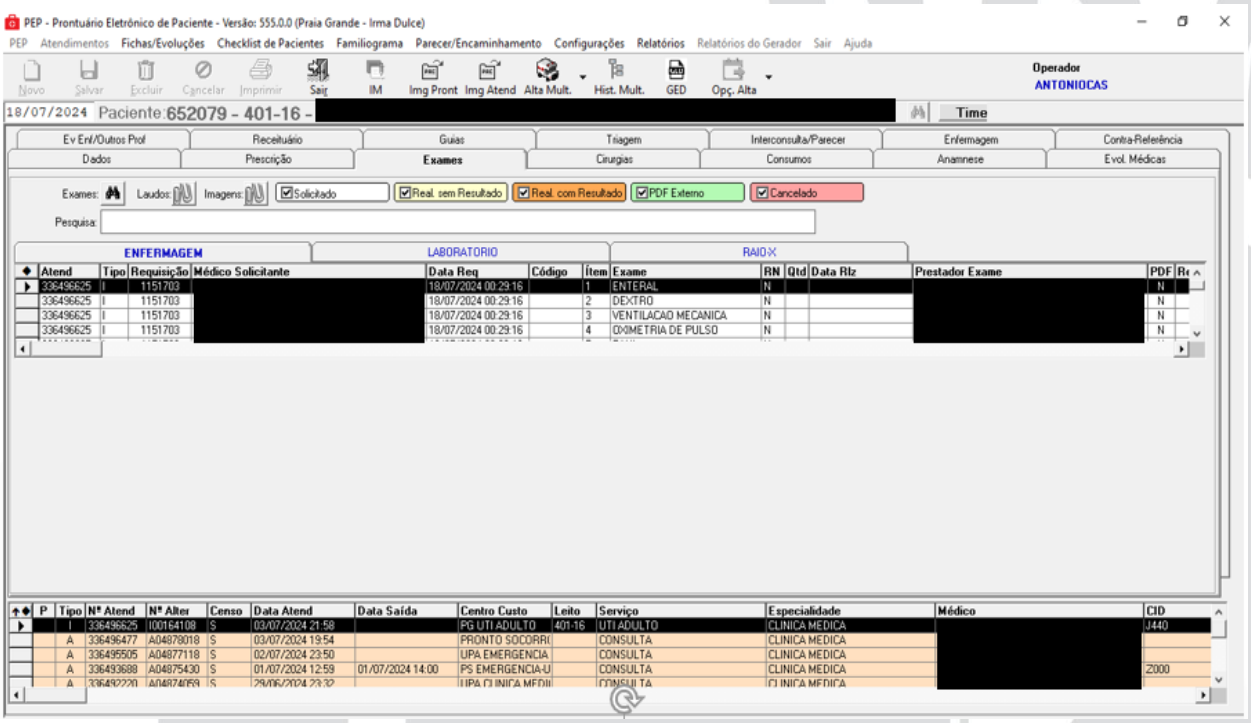


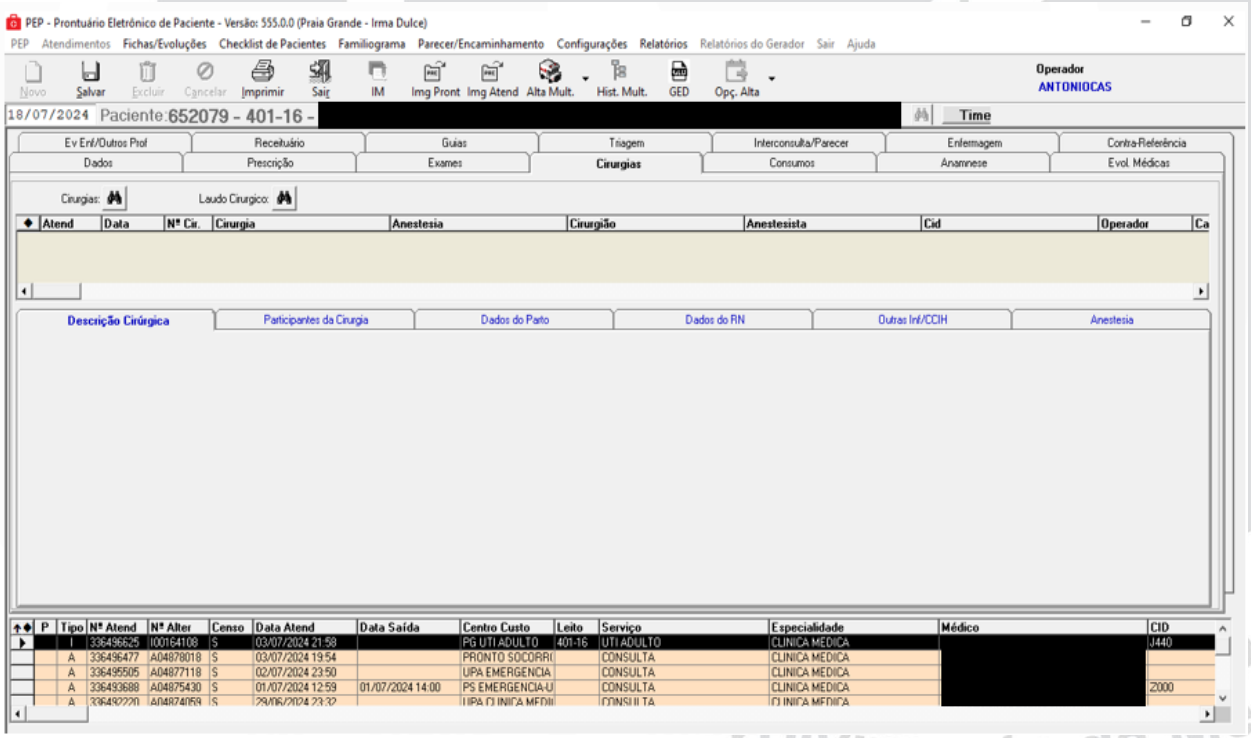
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

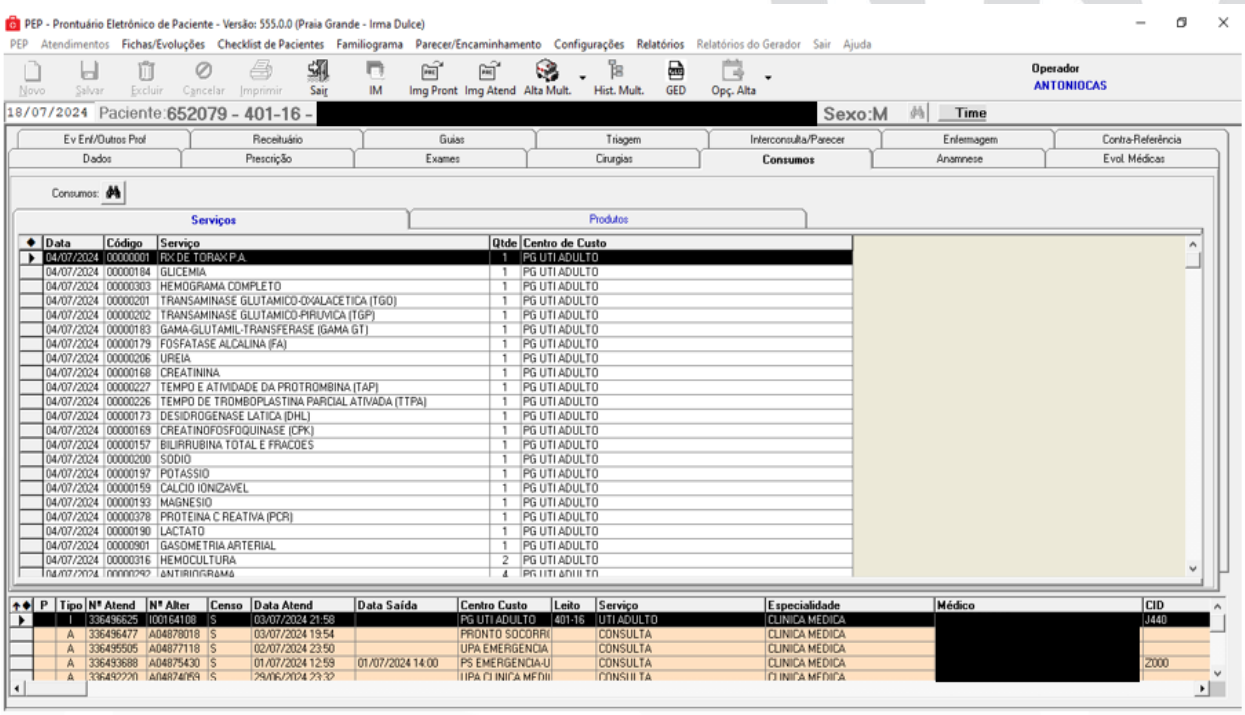


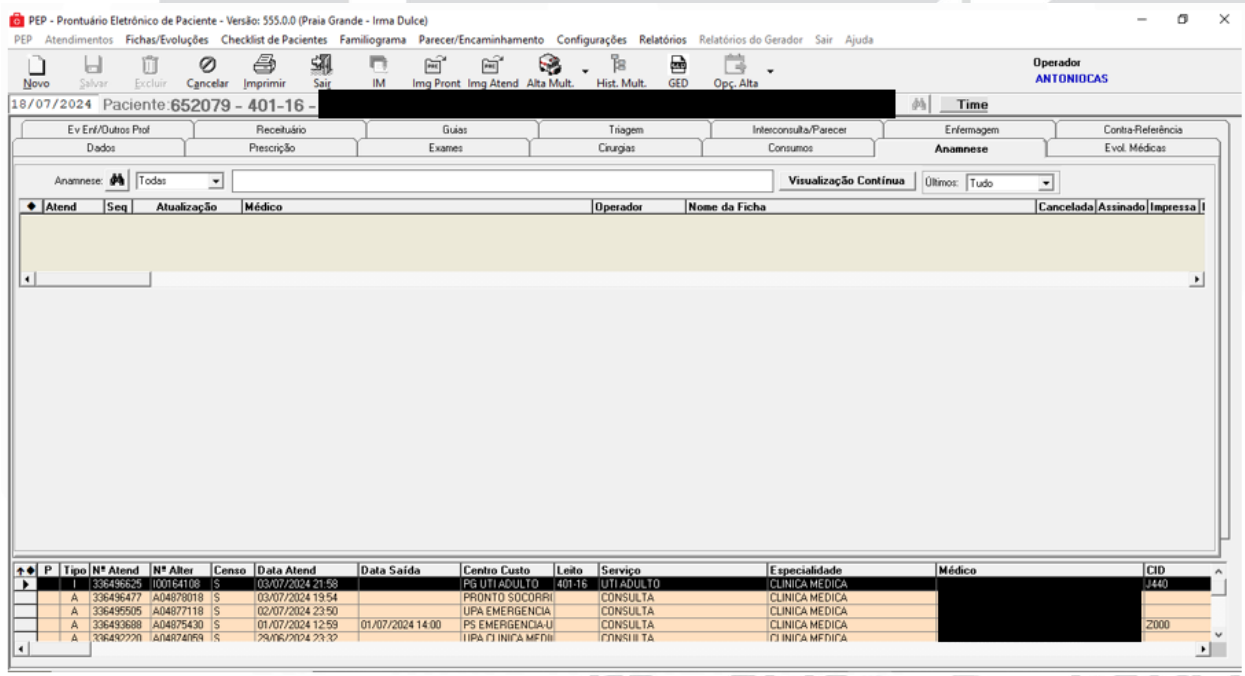


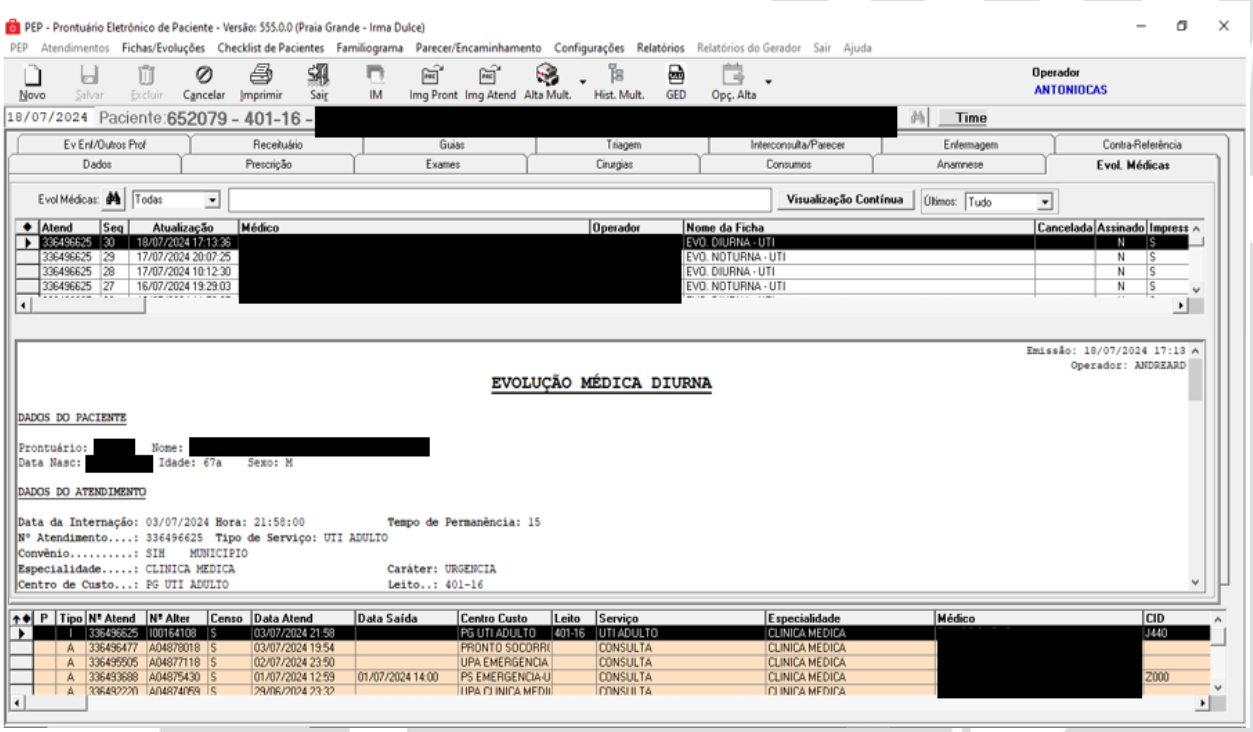
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

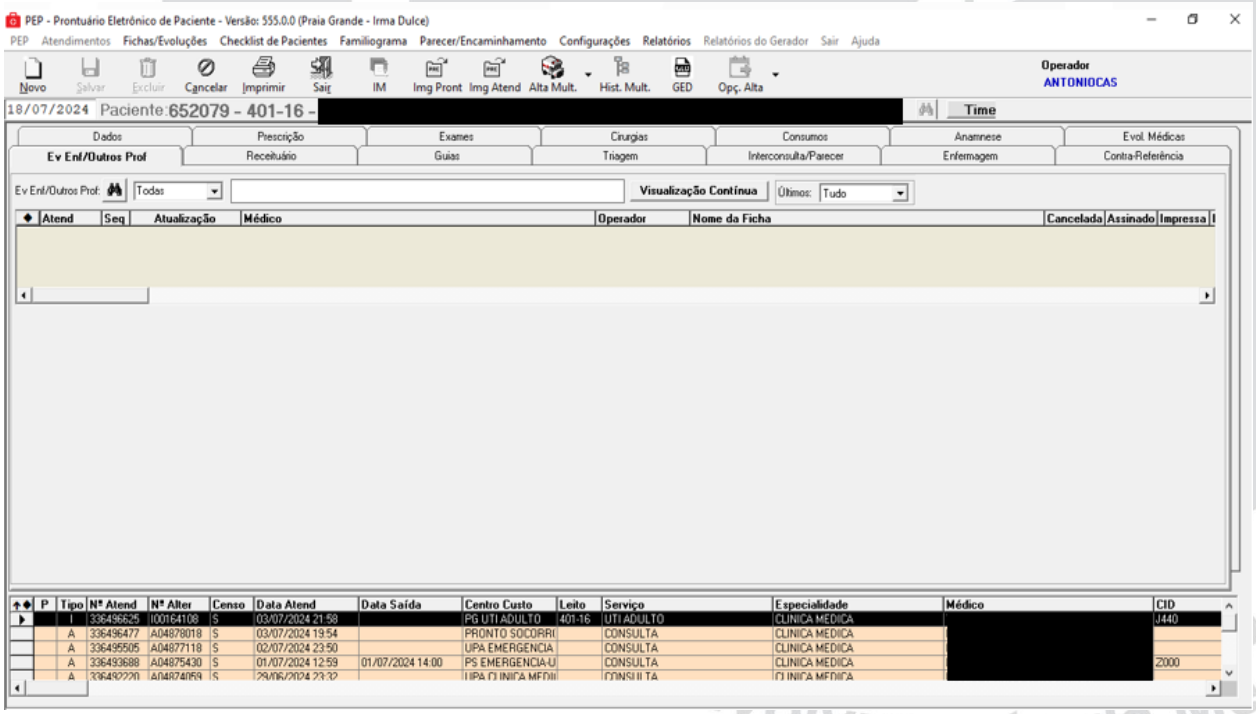

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
Time
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Exames: Laudos: Imagens: Solicitado Real. sem Resultado Real. com Resultado PDF Externo Cancelado
Pesquisa:
ENFERMAGEM LABORATORIO RAIO-X
Atend Tipo Requisição Médico Solicitante Data Req Código Item Exame RN Qtd Data Rlz Prestador Exame PDF
336496625 I 1151703 18/07/2024 00:29:16 1 ENTERAL N N
336496625 I 1151703 18/07/2024 00:29:16 2 DEXTRO N N
336496625 I 1151703 18/07/2024 00:29:16 3 VENTILACAO MECANICA N N
336496625 I 1151703 18/07/2024 00:29:16 4 OXIMETRIA DE PULSO N N
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRO CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000

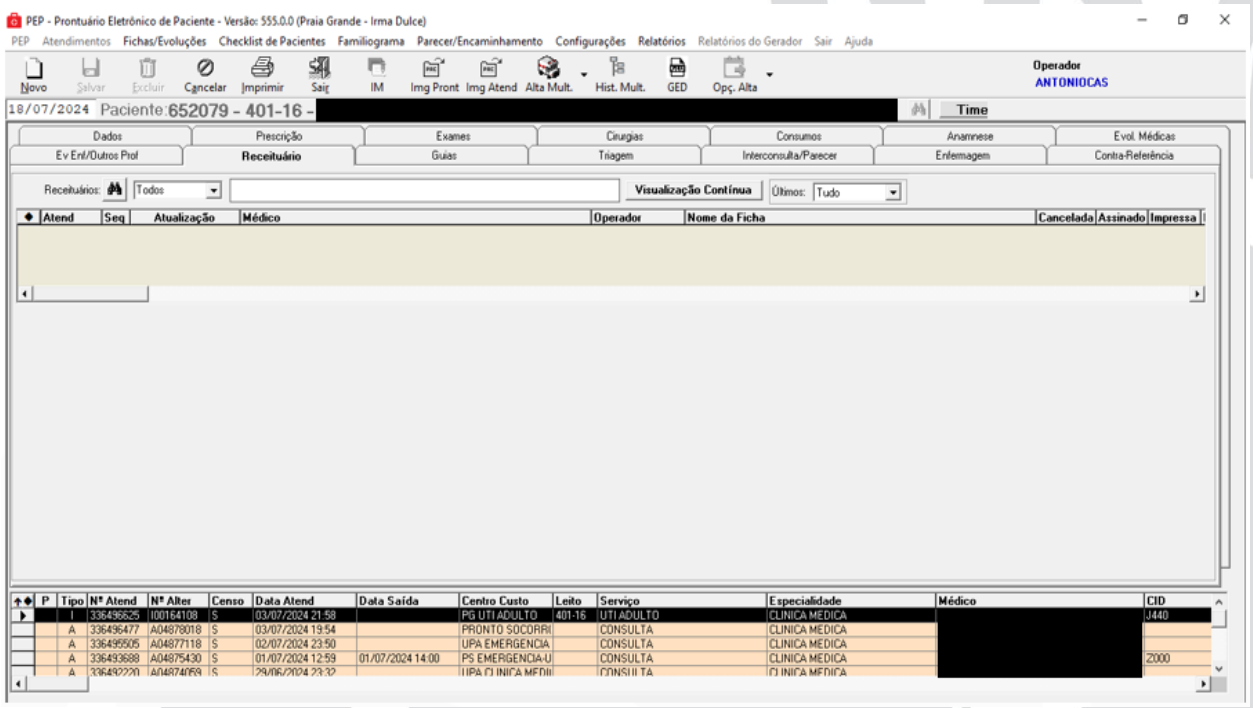

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
Time
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Cirurgias: Laudo Cirurgico:
Atend Data Nº Cir. Cirurgia Anestesia Cirurgião Anestesista Cid Operador
Descrição Cirúrgica Participantes da Cirurgia Dados do Parto Dados do RN Outras Inf/CCIH Anestesia
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRO CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000

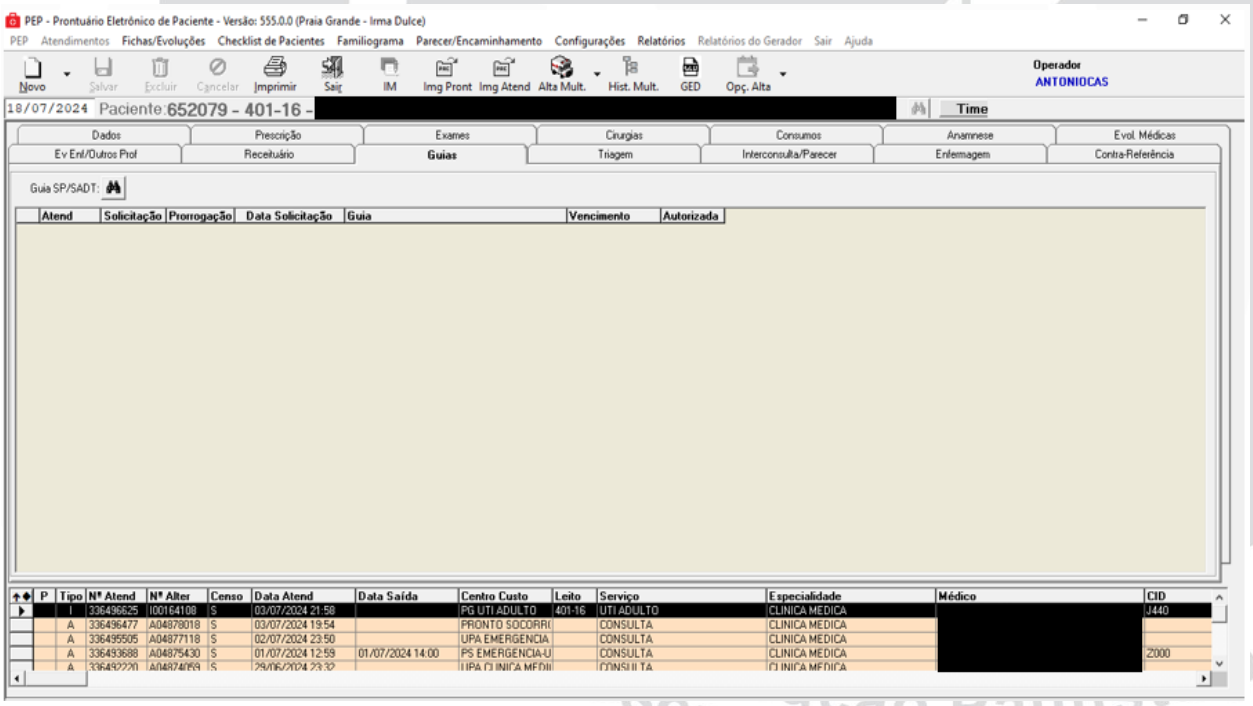

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 - [redacted] Sexo:M Time
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Consumos:
Serviços Produtos
Data Código Serviço Qtde Centro de Custo
04/07/2024 00000001 RX DE TORAX P.A. 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000184 GLICEMIA 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000303 HEMOGRAMA COMPLETO 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000201 TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000202 TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000183 GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000179 FOSFATASE ALCALINA (FA) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000206 UREIA 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000168 CREATININA 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000227 TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000226 TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000173 DESIDROGENASE LATICA (DHL) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000169 CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000157 BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000200 SODIO 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000197 POTASSIO 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000159 CALCIO IONIZAVEL 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000193 MAGNESIO 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000378 PROTEINA C REATIVA (PCR) 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000190 LACTATO 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000901 GASOMETRIA ARTERIAL 1 PG UTI ADULTO
04/07/2024 00000316 HEMOCULTURA 2 PG UTI ADULTO
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRI CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000

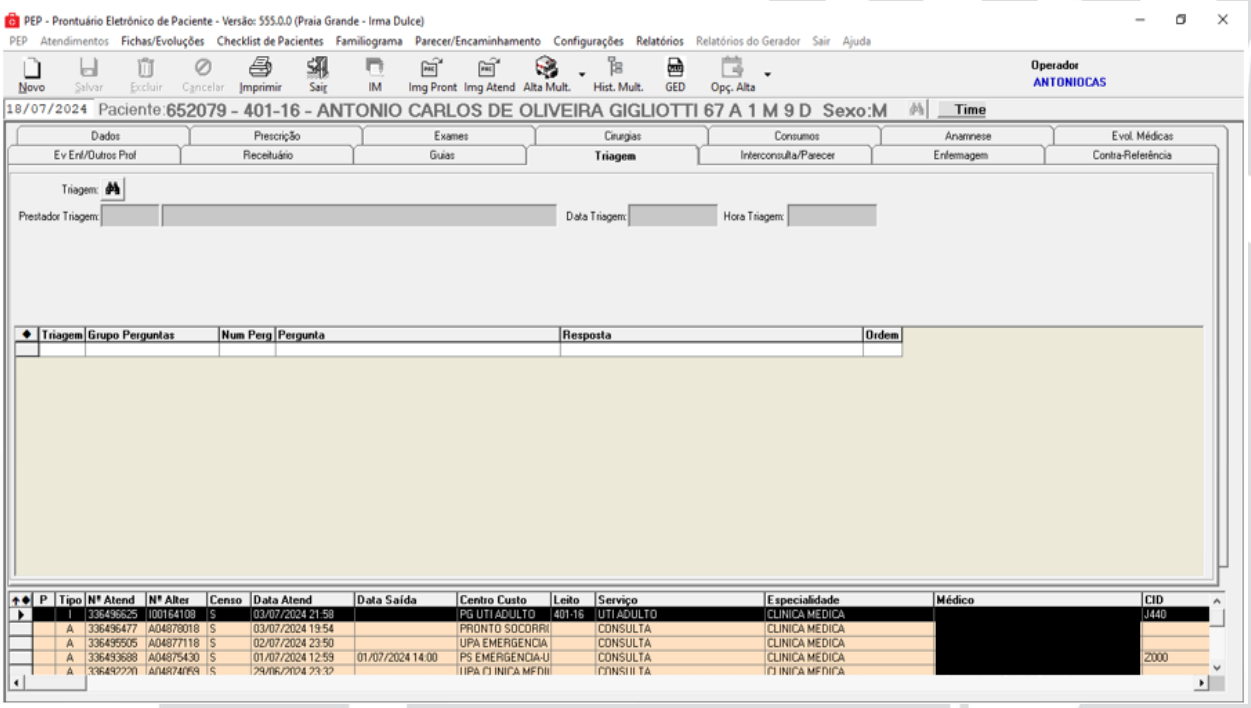

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 - [redacted] Time
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Anamnese: Todas Visualização Contínua Últimos: Tudo
Atend Seq Atualização Médico Operador Nome da Ficha Cancelada Assinado Impressa
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRI CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000

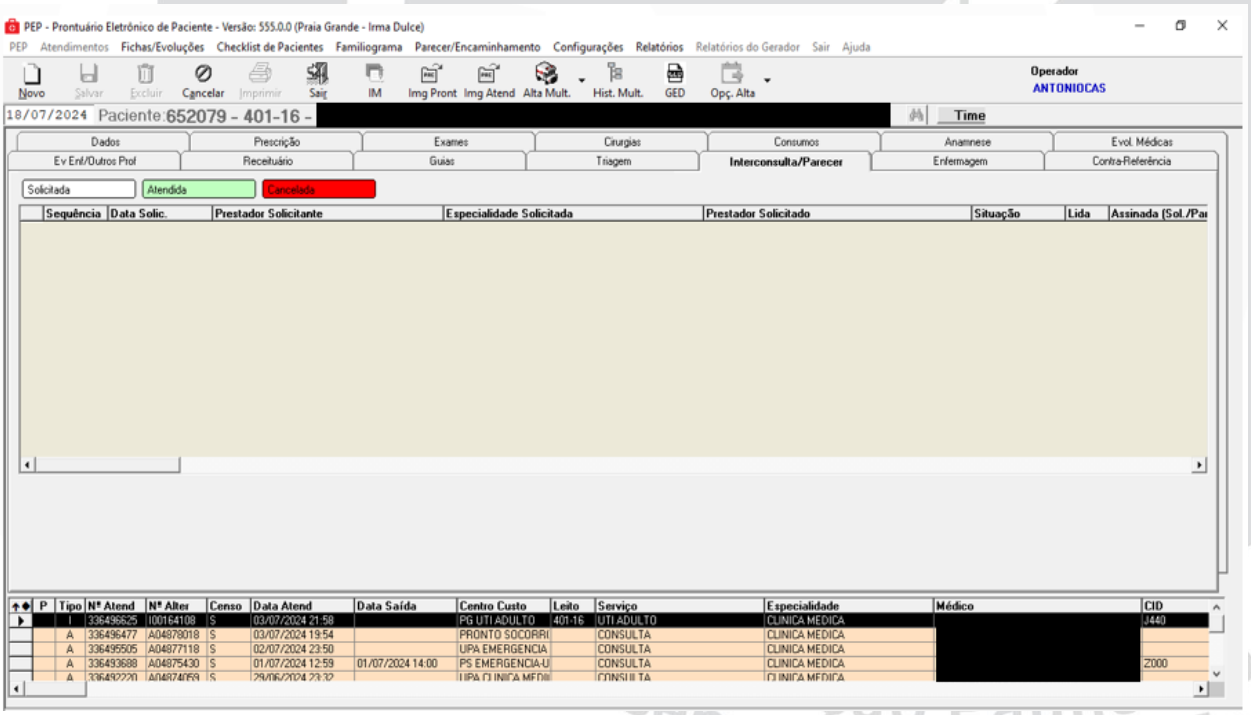

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA
DADOS DO PACIENTE
DADOS DO ATENDIMENTO

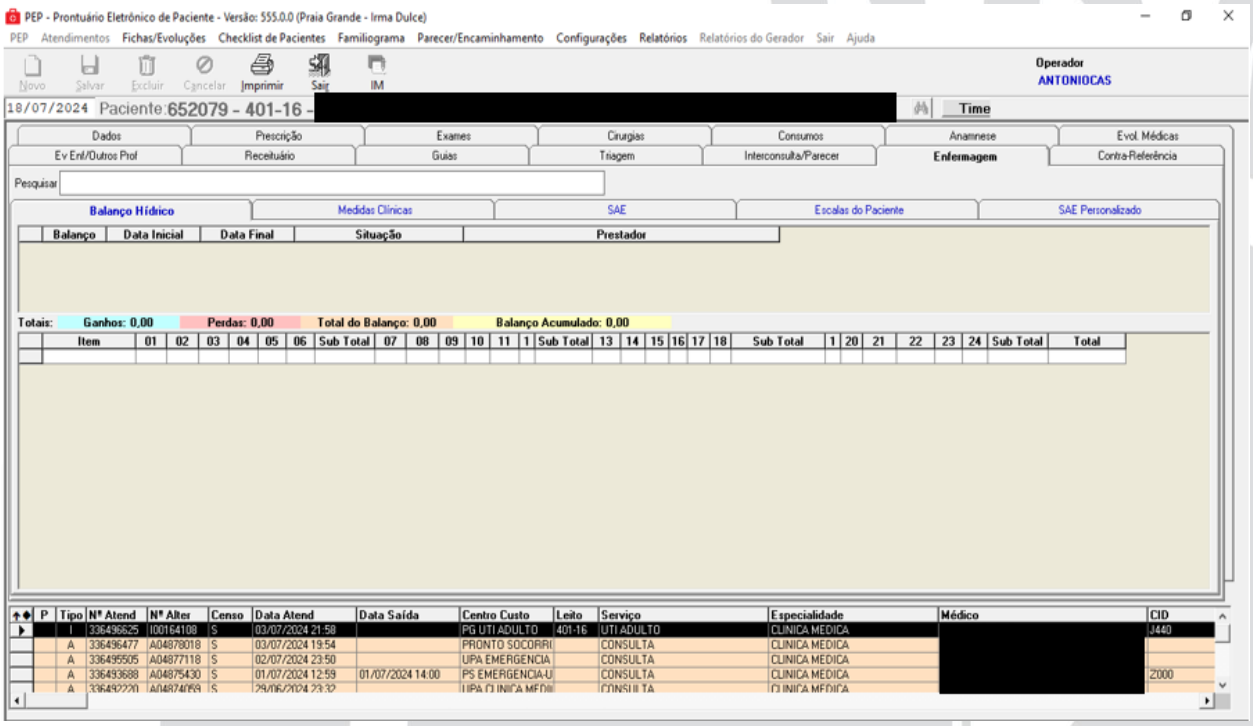

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -

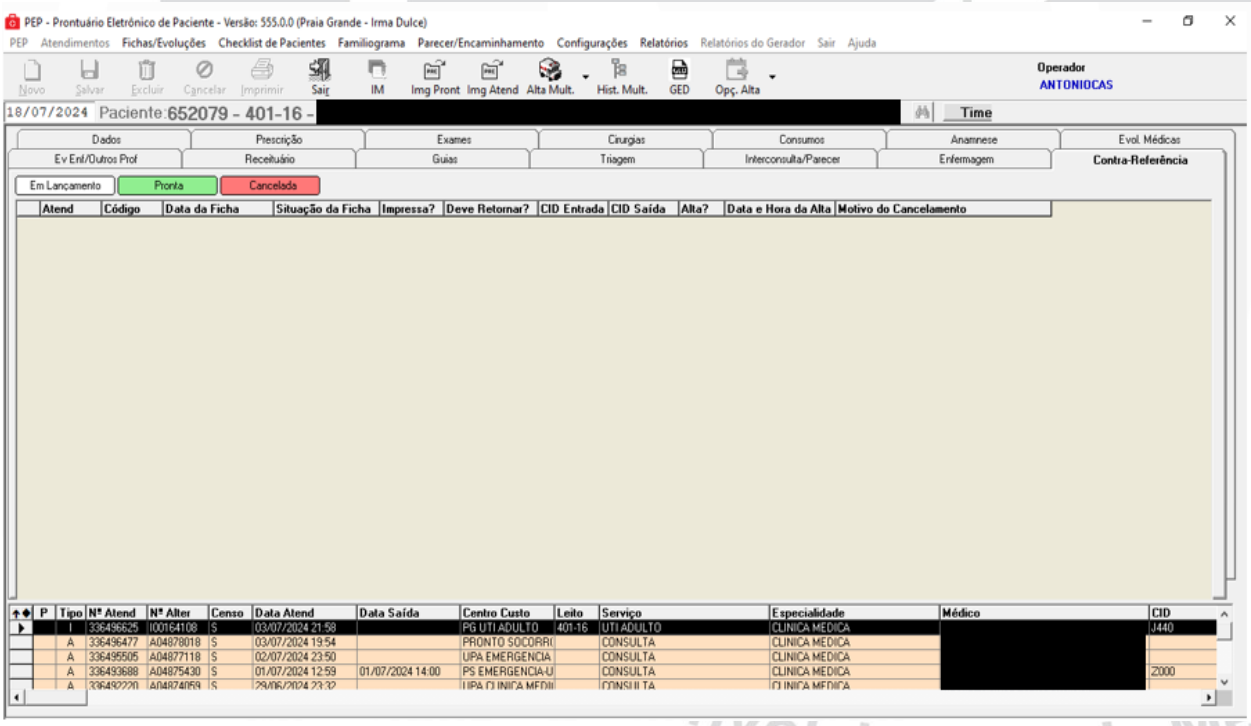

PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
Time
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Receituários: Todos
Visualização Contínua
Últimos: Tudo
Atend Seq Atualização Médico Operador Nome da Ficha Cancelada Assinado Impressa
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRI CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000


PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
Time
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Guia SP/SADT:
Atend Solicitação Prorrogação Data Solicitação Guia Vencimento Autorizada
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRI CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000


PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 - ANTONIO CARLOS DE OLIVEIRA GIGLIOTTI 67 A 1 M 9 D Sexo:M
Time
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Triagem:
Prestador Triagem:
Data Triagem:
Hora Triagem:
Triagem Grupo Perguntas Num Perg Pergunta Resposta Ordem
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRI CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000


PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
Time
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Solicitada Atendida Cancelada
Sequência Data Solic. Prestador Solicitante Especialidade Solicitada Prestador Solicitado Situação Lida Assinada (Sol./Pa
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRI CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000


PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
Time
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Pesquisar
Balanço Hídrico Medidas Clínicas SAE Escalas do Paciente SAE Personalizado
Balanço Data Inicial Data Final Situação Prestador
Totais: Ganhos: 0,00 Perdas: 0,00 Total do Balanço: 0,00 Balanço Acumulado: 0,00
Item 01 02 03 04 05 06 Sub Total 07 08 09 10 11 1 Sub Total 13 14 15 16 17 18 Sub Total 1 20 21 22 23 24 Sub Total Total
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRO CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000


PEP - Prontuário Eletrônico de Paciente - Versão: 555.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
PEP Atendimentos Fichas/Evoluções Checklist de Pacientes Familiograma Parecer/Encaminhamento Configurações Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Cancelar Imprimir Sair IM Img Pront Img Atend Alta Mult. Hist. Mult. GED Opç. Alta
Operador
ANTONIOCAS
18/07/2024 Paciente:652079 - 401-16 -
Time
Dados Prescrição Exames Cirurgias Consumos Anamnese Evol. Médicas
Ev Enf/Outros Prof Receituário Guias Triagem Interconsulta/Parecer Enfermagem Contra-Referência
Em Lançamento Pronta Cancelada
Atend Código Data da Ficha Situação da Ficha Impressa? Deve Retornar? CID Entrada CID Saída Alta? Data e Hora da Alta Motivo do Cancelamento
P Tipo Nº Atend Nº Alter Censo Data Atend Data Saída Centro Custo Leito Serviço Especialidade Médico CID
I 336496625 I00164108 S 03/07/2024 21:58 PG UTI ADULTO 401-16 UTI ADULTO CLINICA MEDICA J440
A 336496477 A04878018 S 03/07/2024 19:54 PRONTO SOCORRO CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336495505 A04877118 S 02/07/2024 23:50 UPA EMERGENCIA CONSULTA CLINICA MEDICA
A 336493688 A04875430 S 01/07/2024 12:59 01/07/2024 14:00 PS EMERGENCIA-U CONSULTA CLINICA MEDICA Z000

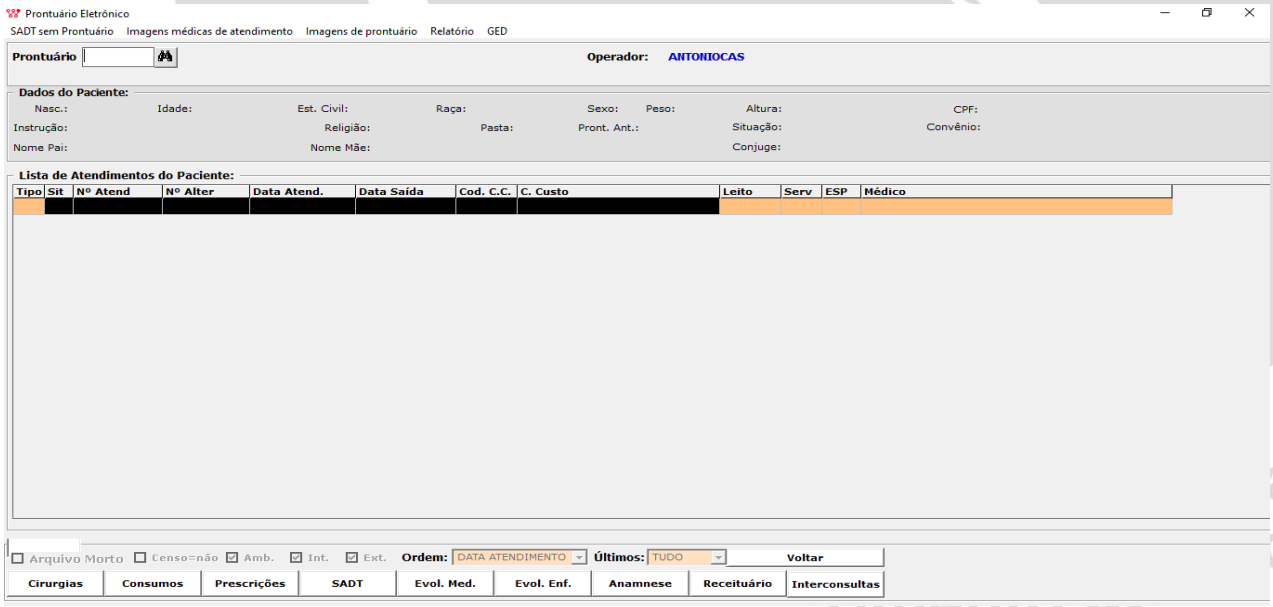
Prontuário Eletrônico

Descrição do Módulo Prontuário Eletrônico

Componente:

- Consulta todas as evoluções de enfermagem, médicas, fichas de anamnese e triagem.

O módulo Prontuário Eletrônico Reúne, em apenas um módulo, o máximo de informações sobre a movimentação dos pacientes pelos diversos setores do hospital. Com este programa é possível verificar todas as internações e FAA's vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções: Solicitações e Resultados de exames de raios-x, laboratório, endoscopia, ultrassonografia e anátomo, inclusive imagens, agendamento de cirurgias, materiais e medicamentos lançados para a internação ou FAA dos pacientes. Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, internações, consumos e imagens. Segue abaixo as telas referenciando o módulo Prontuário Eletrônico Sistema Wareline.



Requisição Eletrônica

Descrição do Módulo Requisição Eletrônica

Componentes:

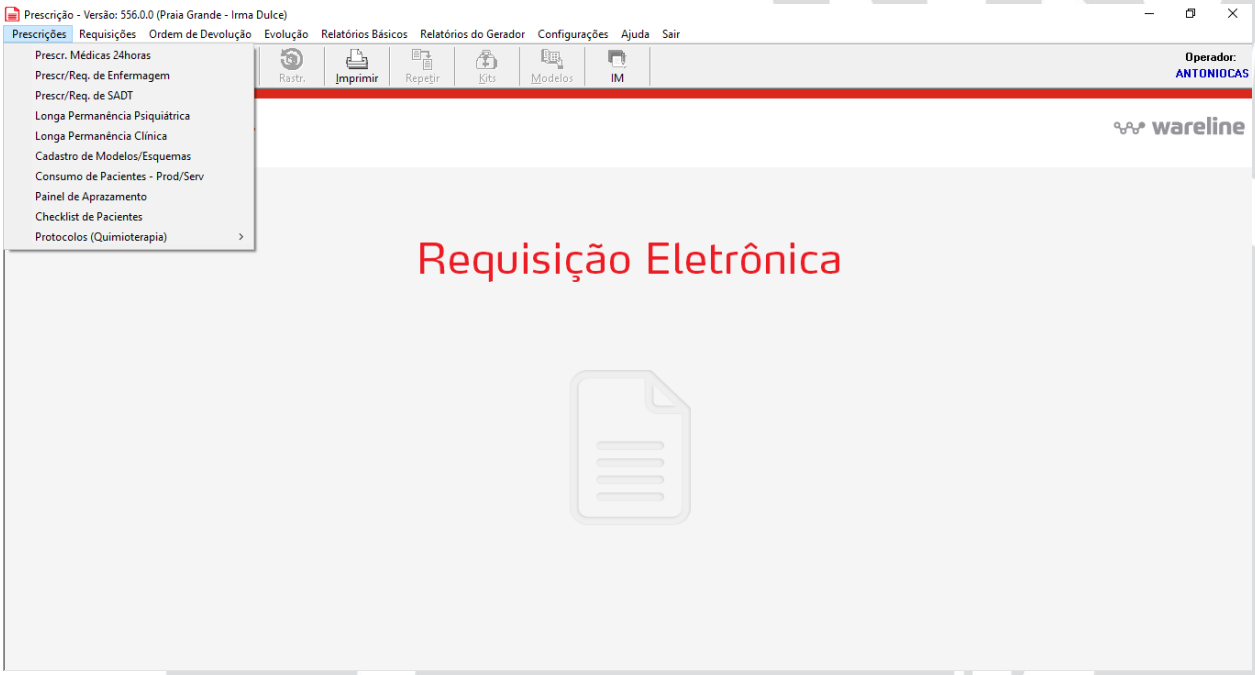
- Prescrição eletrônica de Curta e Longa permanência;
- Prescrição de exames, dietas, SADT, Procedimentos e Mat/Med;
- Requisições Eletrônicas de consumo interno e sub estoques;
- Fichas de Anamnese e evoluções.

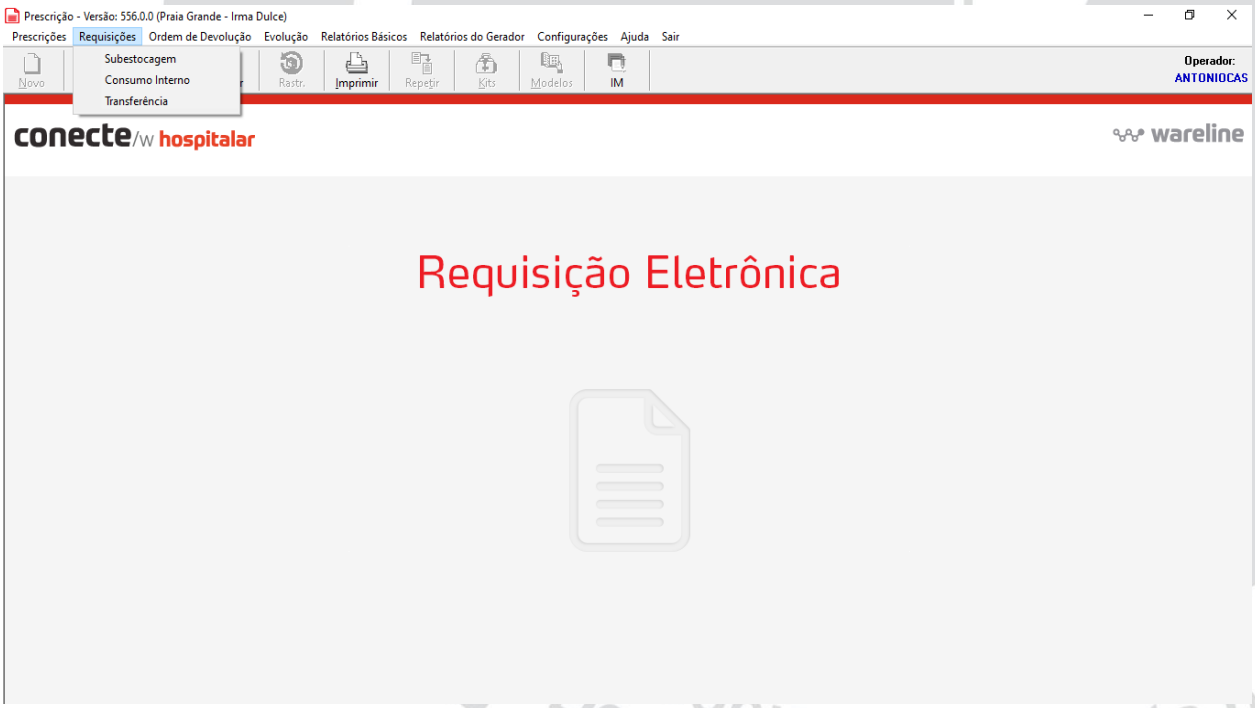
O módulo Requisição Eletrônica é uma das funcionalidades do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Colocamos está em evidência, pois é a partir dela que se dá o início do tratamento, liberando para outros módulos as atividades que necessitam ser realizadas.

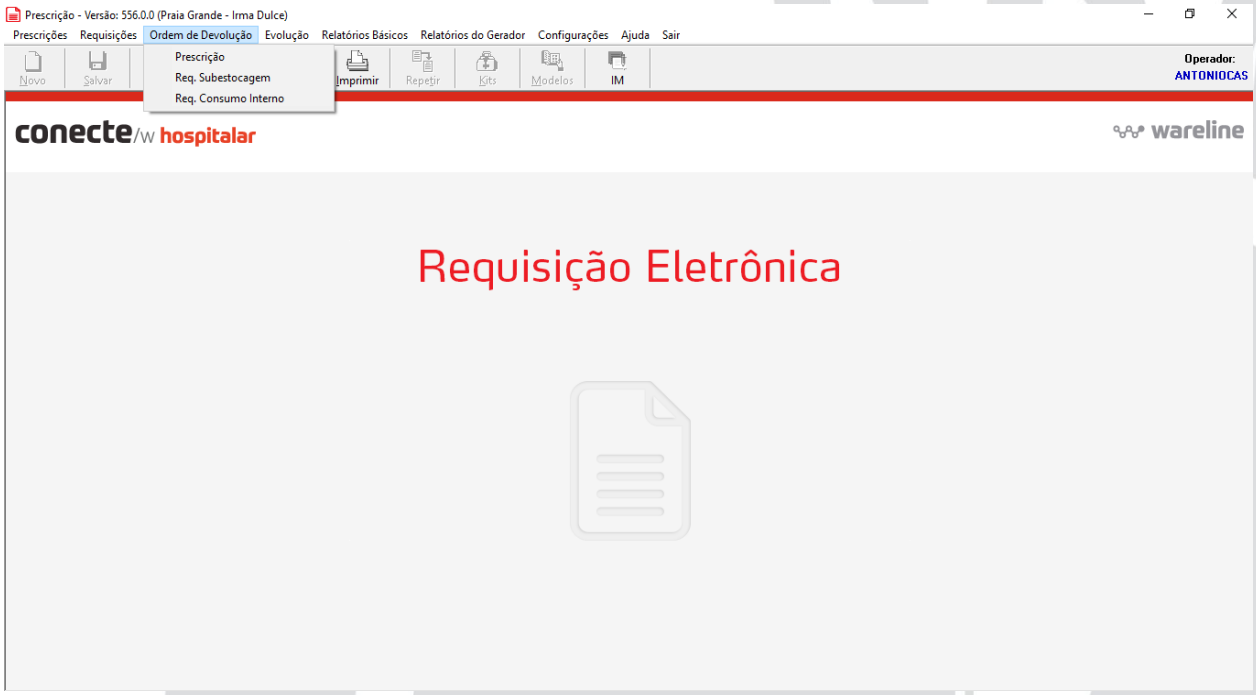
É a partir dela que se dá o início ao tratamento do paciente, liberando para outros módulos as atividades que necessitam ser realizadas. Nela são prescritos medicamentos, exames, dietas, nutrição, entre outras informações e esse "pedido" vai até a farmácia onde os medicamentos são retirados do estoque e vão direto ao paciente.

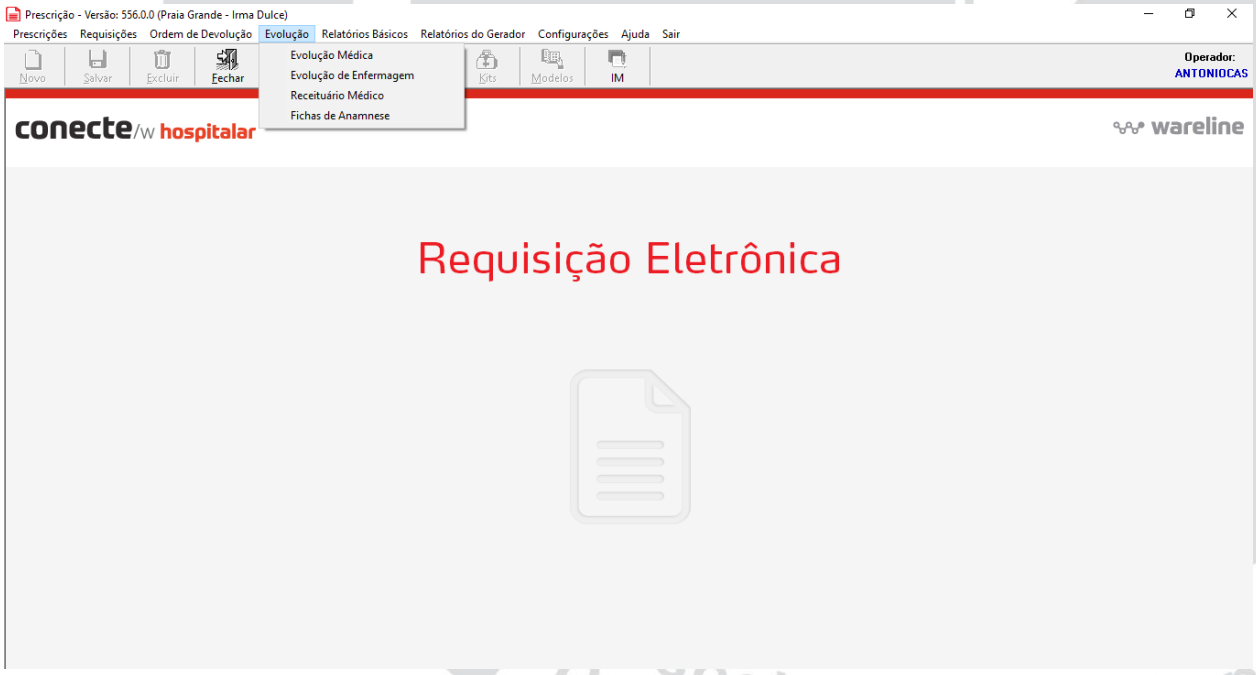
Esse módulo serve para auxiliar o médico, ajudando a evitar erros de administração dos medicamentos e dispensação. Por ser eletrônico, facilita no entendimento das informações, evitando rasuras ou caligráficas que não podem ser identificadas.

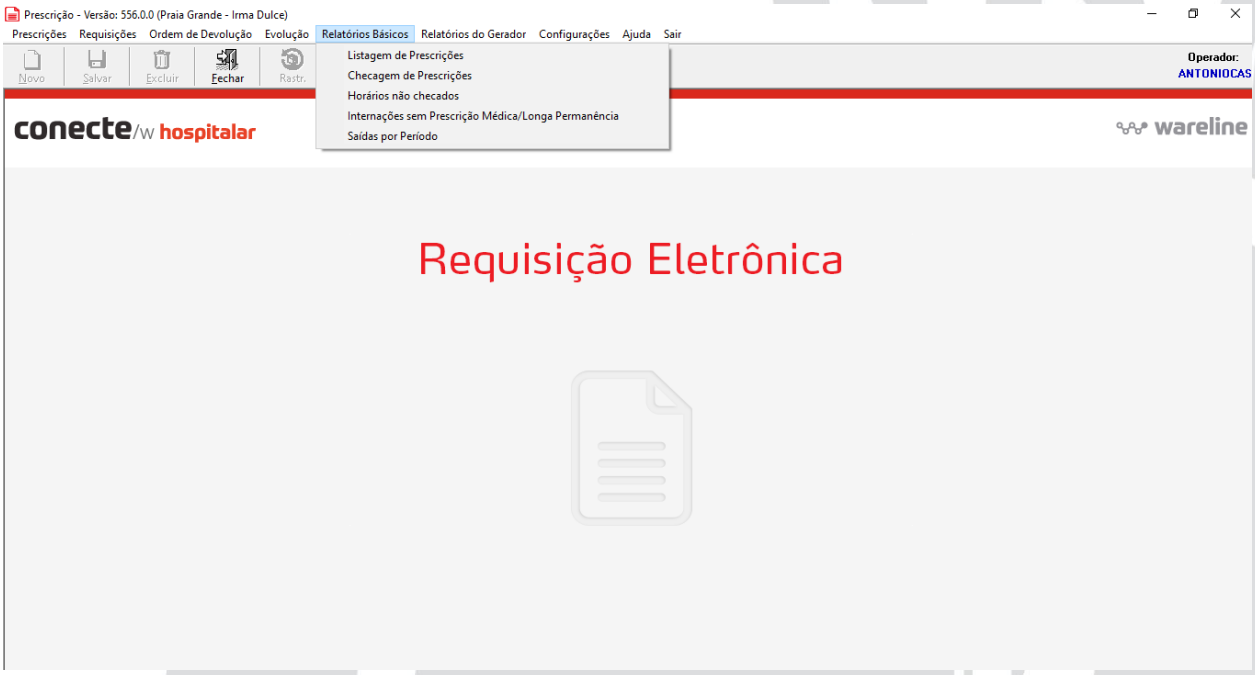
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Requisição Eletrônica Sistema Wareline.


Prescrição - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Prescrições
Requisições
Ordem de Devolução
Evolução
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Configurações
Ajuda
Sair
Prescr. Médicas 24horas
Prescr/Req. de Enfermagem
Prescr/Req. de SADT
Longa Permanência Psiquiátrica
Longa Permanência Clínica
Cadastro de Modelos/Esquemas
Consumo de Pacientes - Prod/Serv
Painel de Aprazamento
Checklist de Pacientes
Protocolos (Quimioterapia)
Rastr.
Imprimir
Repetir
Kits
Modelos
IM
Operador:
ANTONIOCAS
wareline
Requisição Eletrônica


Prescrição - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Prescrições
Requisições
Ordem de Devolução
Evolução
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Configurações
Ajuda
Sair
Subestocagem
Consumo Interno
Transferência
Novo
Rastr.
Imprimir
Repetir
Kits
Modelos
IM
Operador:
ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
Requisição Eletrônica

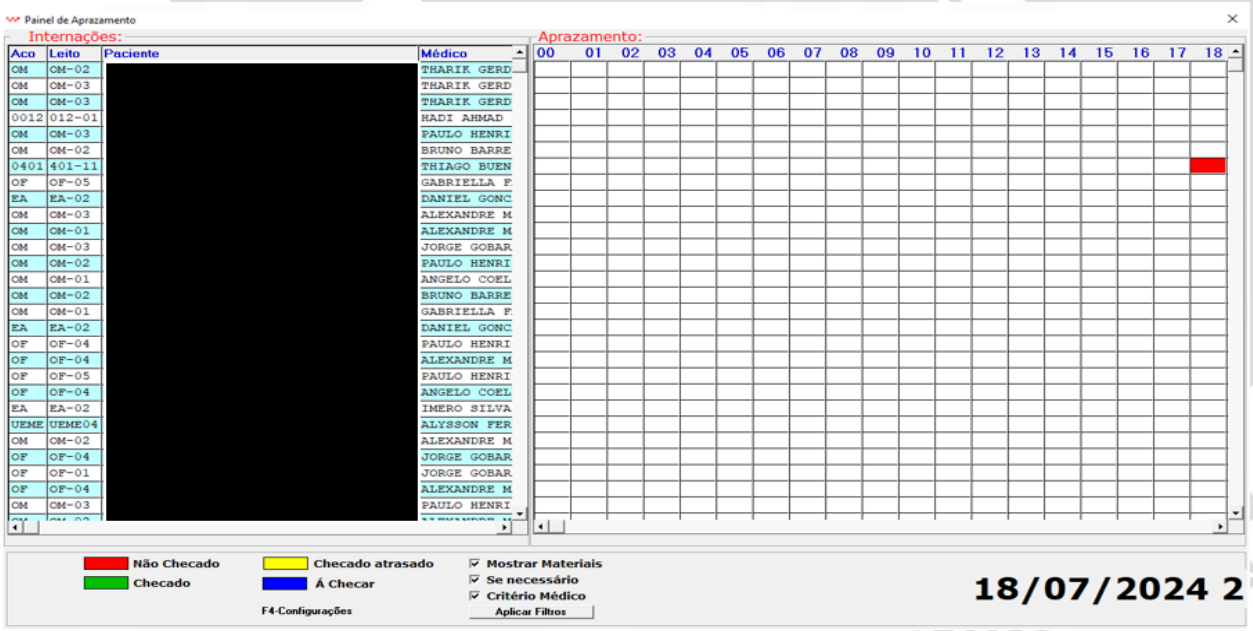

Prescrição - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Prescrições Requisições Ordem de Devolução Evolução Relatórios Básicos Relatórios do Gerador Configurações Ajuda Sair
Prescrição
Req. Subestocagem
Req. Consumo Interno
Novo Salvar Imprimir Repetir Kits Modelos IM
Operador:
ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
Requisição Eletrônica


Prescrição - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Prescrições Requisições Ordem de Devolução Evolução Relatórios Básicos Relatórios do Gerador Configurações Ajuda Sair
Evolução Médica
Evolução de Enfermagem
Receituário Médico
Fichas de Anamnese
Novo Salvar Excluir Fechar Kits Modelos IM
Operador:
ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
Requisição Eletrônica



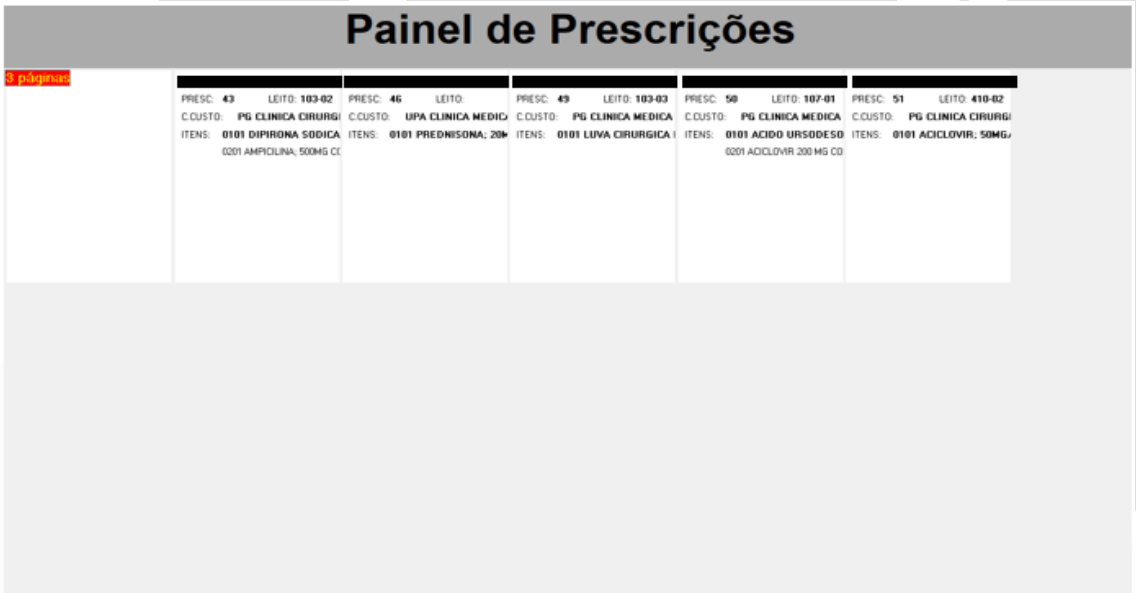
Painel de Aprazamento

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Painel de Aprazamento Sistema Wareline.



Painel de Prescrição

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Painel de Prescrição Sistema Wareline

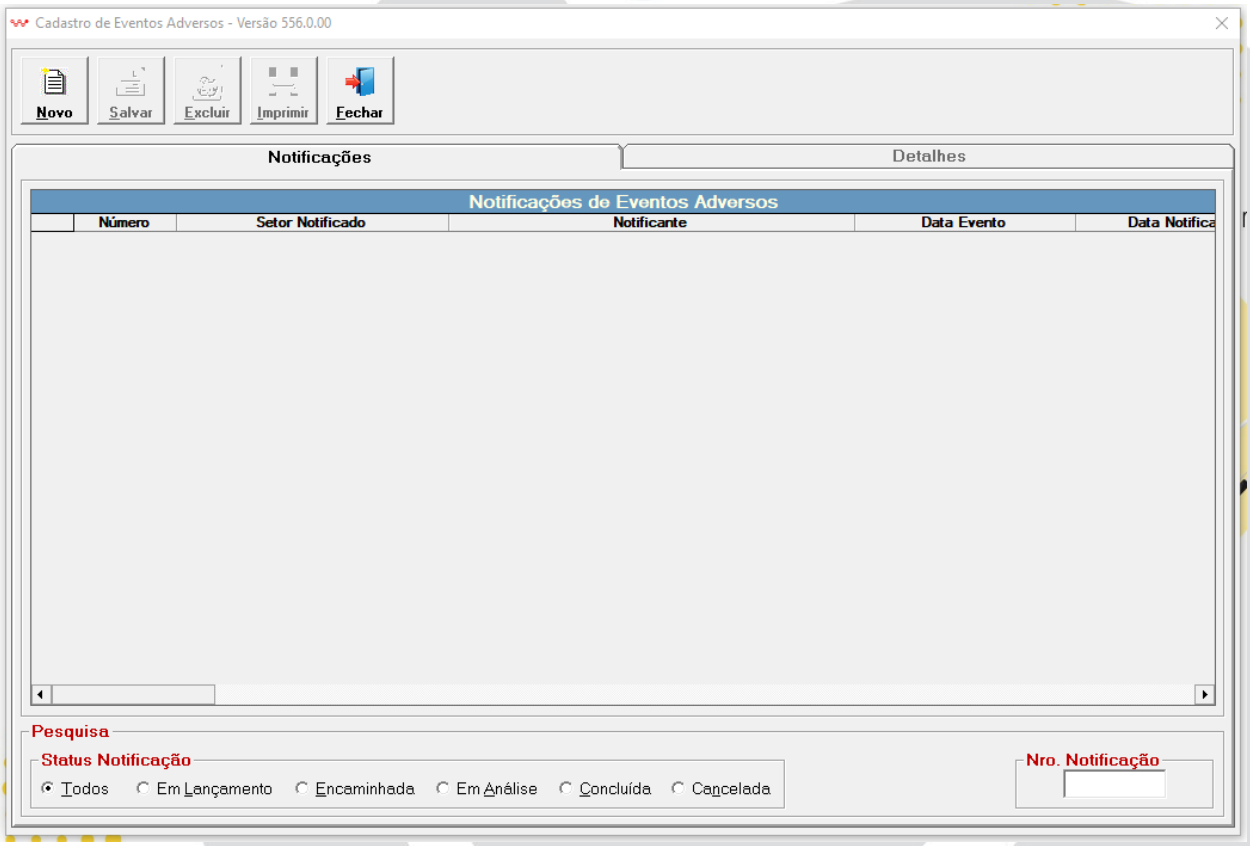


DIRETORIA EXECUTIVA
Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Diretor Presidente da SPDM
Prof. Dr. Gaspar de Jesus Lopes Filho
Diretor Vice-Presidente da SPDM

SUPERINTENDENTES
Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
PAIS - Programa de Atenção Integral à Saúde
Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Hospital São Paulo / Unidades Afiliadas

Eventos Adversos

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Eventos Adversos Sistema Wareline



Serviços

SADT

Descrição do Módulo SADT

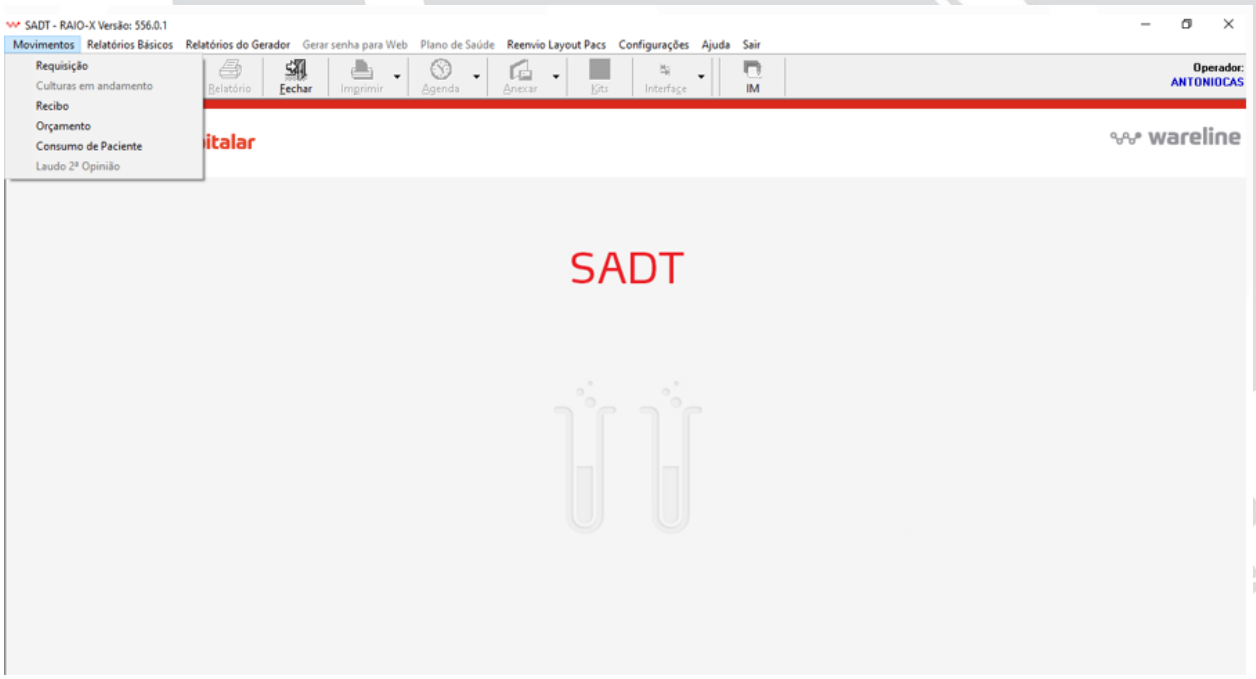
Componentes:

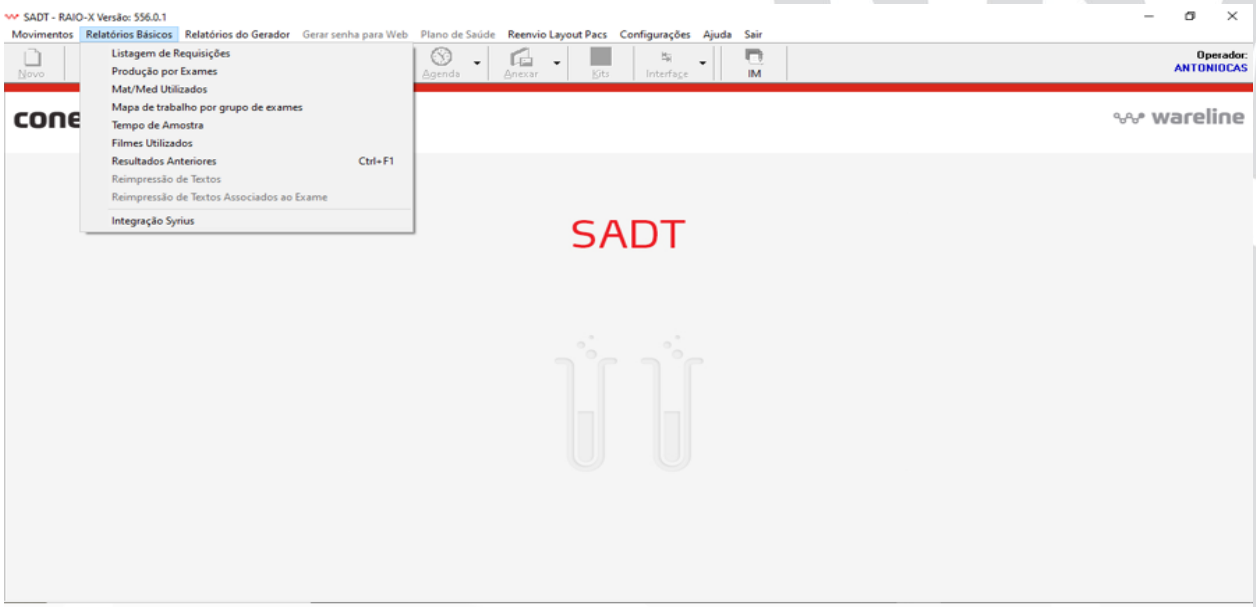
- Laboratório;
- Ressonância;

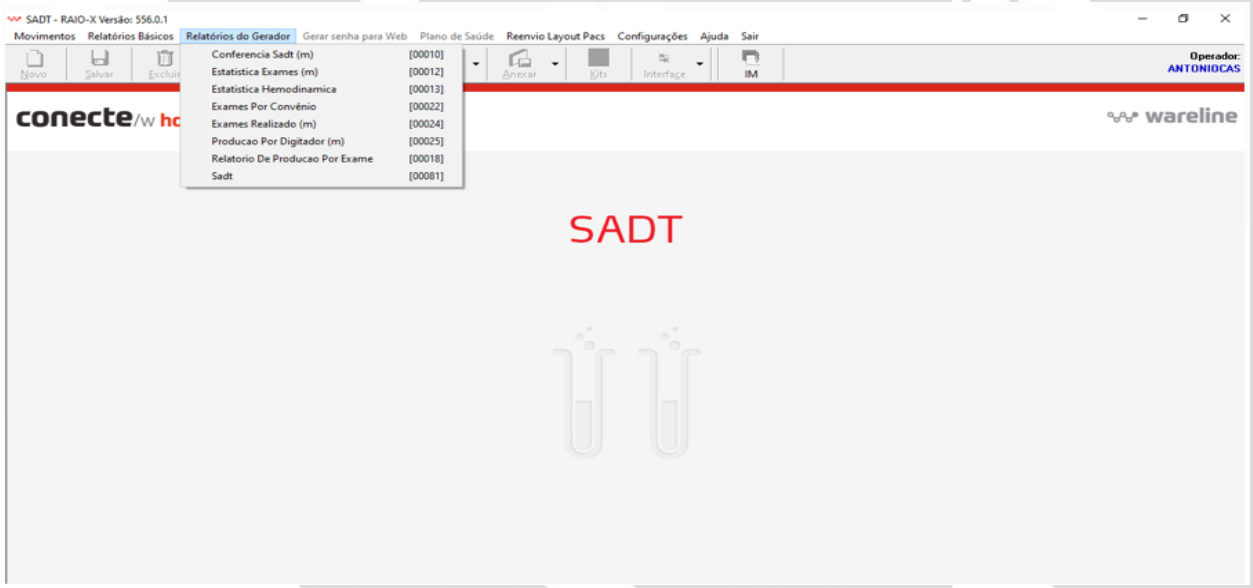
- Mamografia;
- Endoscopia;
- Diagnóstico por Imagem (Raio X);
- Anexa imagens no formato Dicom e Jpg com seus respectivos laudos;
- Controle de entrega de resultados;
- Orçamento de exames para pacientes;
- Integração com PACS;
- Interfaceamento entre o sistema e os equipamentos de automação laboratorial do hospital.

O módulo SADT permite o gerenciamento dos serviços de exames. O gerenciamento ocorre desde o agendamento até a emissão dos resultados e seu faturamento.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo SADT Sistema Wareline.







Centro Cirúrgico – Gestão de Procedimentos Cirúrgicos

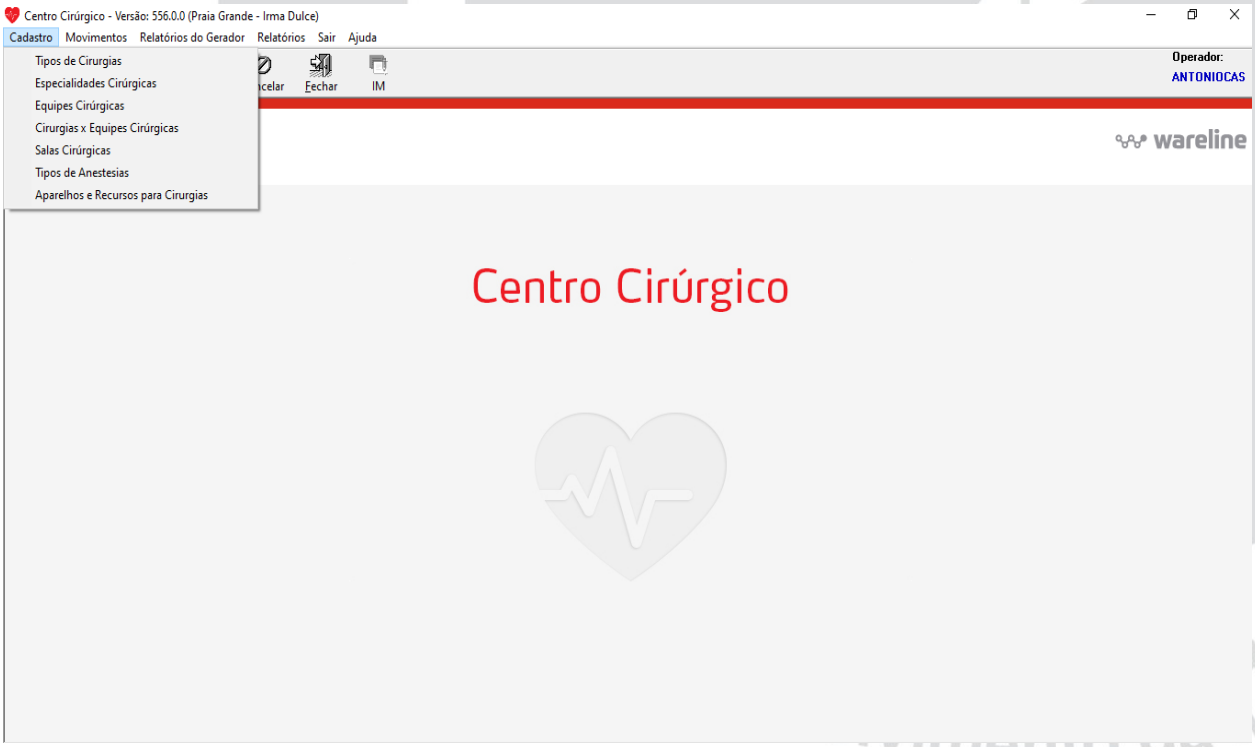
Descrição do Módulo Centro Cirúrgico

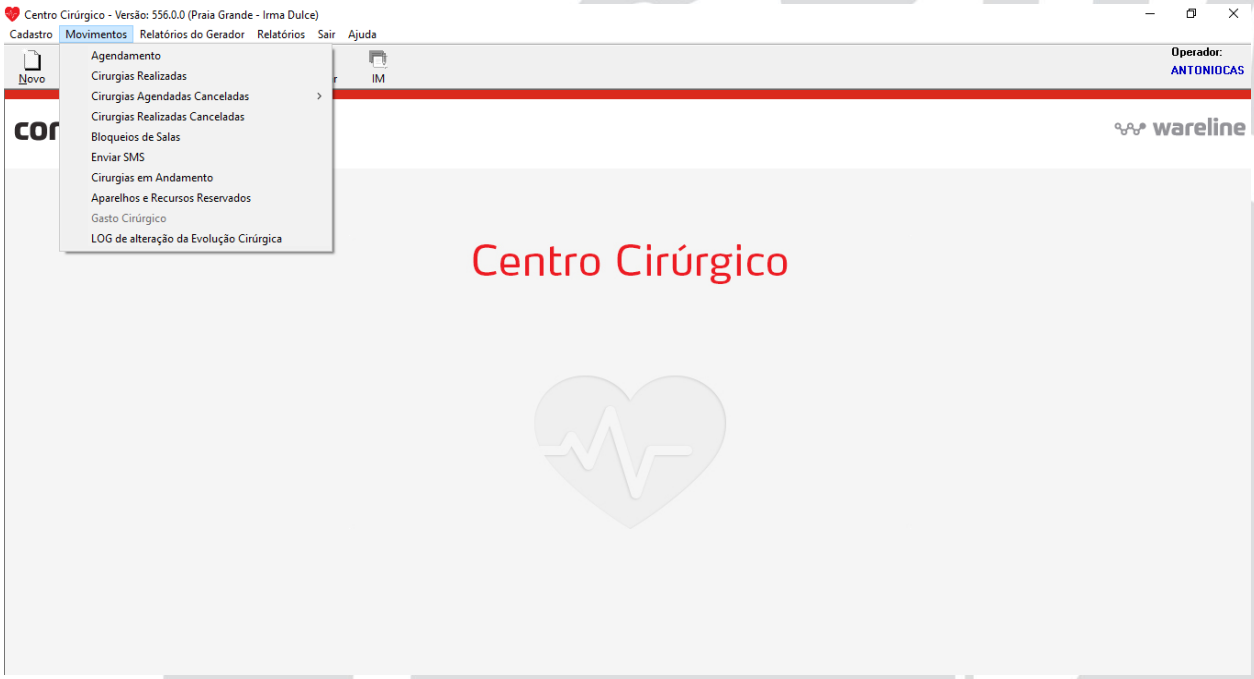
Componentes:

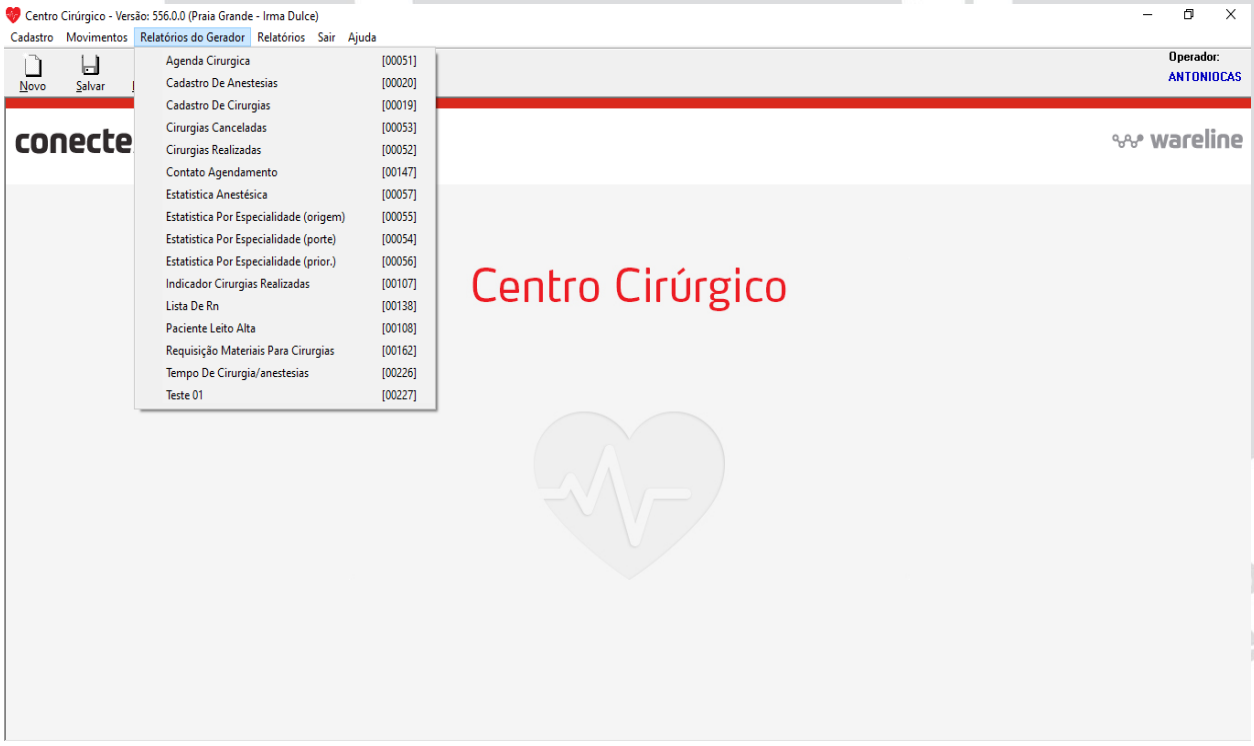
- Agenda e reserva de salas cirúrgicas de acordo com o tipo de cirurgia;
- Estatísticas de ocupação por tipo de cirurgia, médicos, anestesias, etc;
- Estatísticas por centro de custo;
- Reserva de leitos;
- Integração com o módulo de Atendimentos;
- Requisição de materiais para as cirurgias.

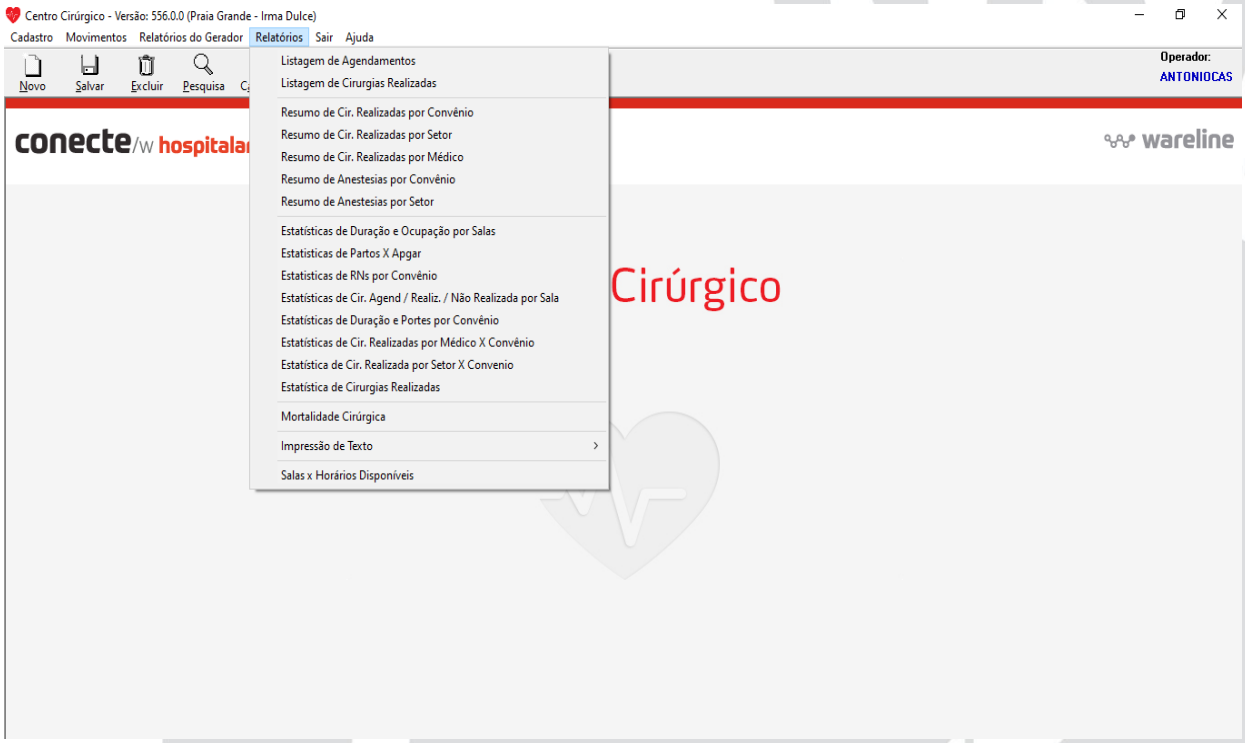
O módulo Centro Cirúrgico destina-se à gestão do fluxo de atendimento, desde a agenda até atendimento da farmácia, além de compreender todas as informações clínicas do paciente complementando as informações do prontuário eletrônico.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Centro Cirúrgico Sistema Wareline.




Centro Cirúrgico - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastro
Movimentos
Relatórios do Gerador
Relatórios
Sair
Ajuda
Novo
IM
Operador:
ANTONIOCAS
Agendamento
Cirurgias Realizadas
Cirurgias Agendadas Canceladas
Cirurgias Realizadas Canceladas
Bloqueios de Salas
Enviar SMS
Cirurgias em Andamento
Aparelhos e Recursos Reservados
Gasto Cirúrgico
LOG de alteração da Evolução Cirúrgica
wareline
Centro Cirúrgico


Centro Cirúrgico - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastro
Movimentos
Relatórios do Gerador
Relatórios
Sair
Ajuda
Novo
Salvar
Operador:
ANTONIOCAS
Agenda Cirurgica [00051]
Cadastro De Anestesias [00020]
Cadastro De Cirurgias [00019]
Cirurgias Canceladas [00053]
Cirurgias Realizadas [00052]
Contato Agendamento [00147]
Estatistica Anestésica [00057]
Estatistica Por Especialidade (origem) [00055]
Estatistica Por Especialidade (porte) [00054]
Estatistica Por Especialidade (prior.) [00056]
Indicador Cirurgias Realizadas [00107]
Lista De Rn [00138]
Paciente Leito Alta [00108]
Requisição Materiais Para Cirurgias [00162]
Tempo De Cirurgia/anestesias [00226]
Teste 01 [00227]
wareline
Centro Cirúrgico



Utilitários

Manutenção

Descrição do Módulo Manutenção

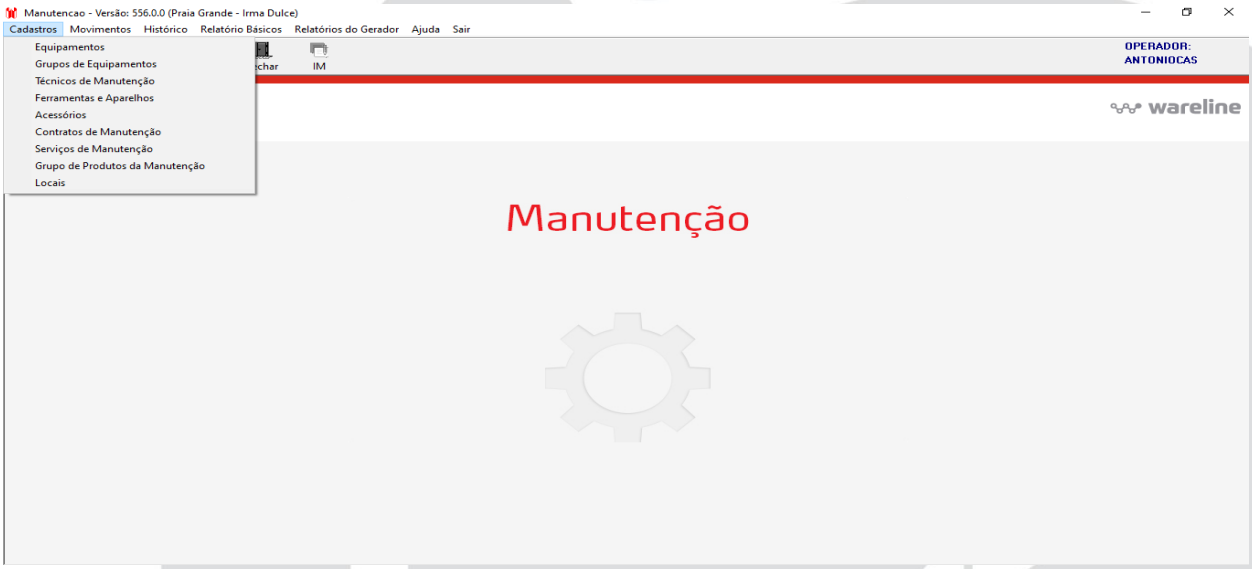
Componentes:

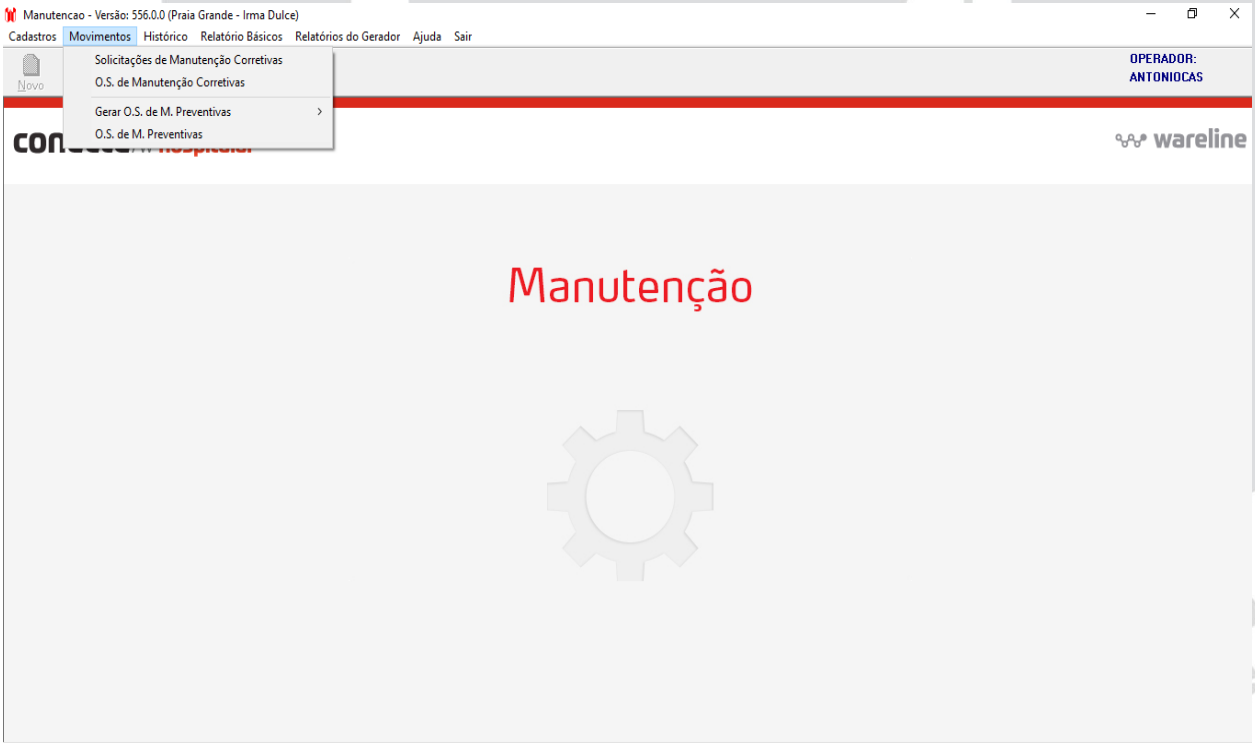
- Controle de Manutenção Preventivas;
- Controle de Itens que estão na garantia;
- Controle do tempo gasto em cada ordem de serviço;
- Controle de Ordem de Serviços por Centro de Custo.

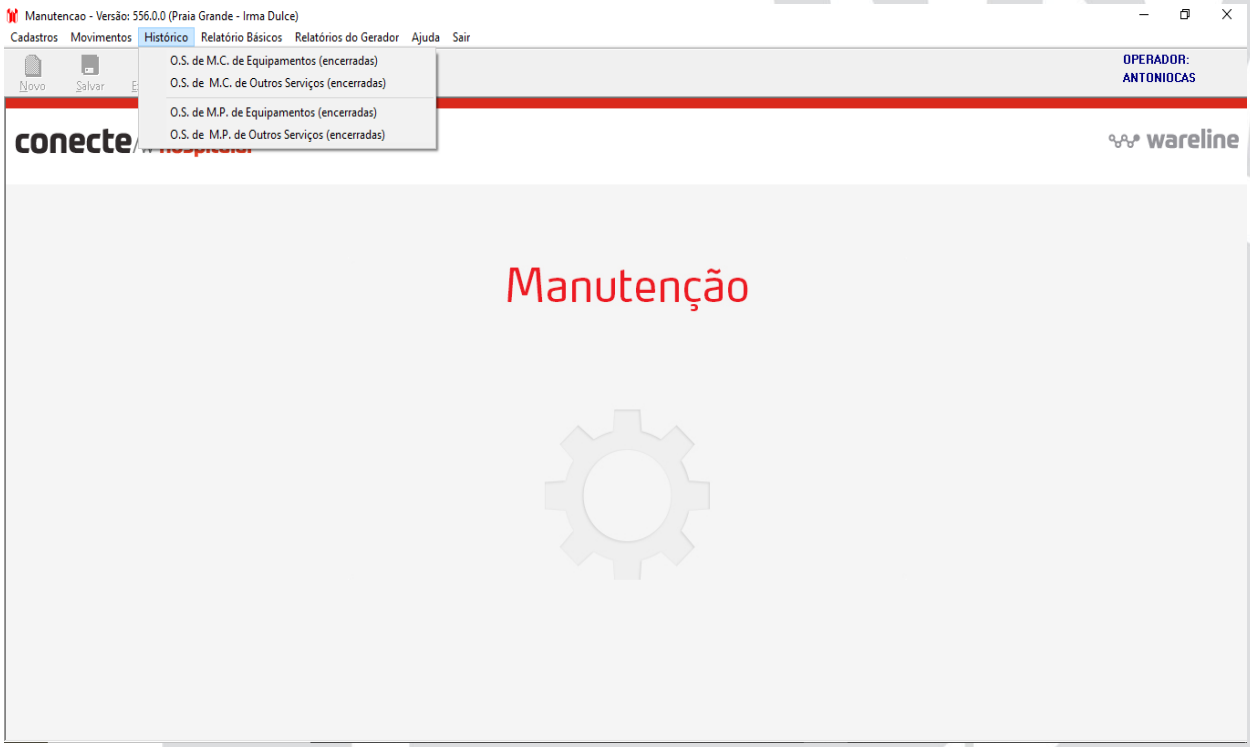
O módulo Manutenção trabalha integrado com o módulo de Patrimônio e todos os cadastros estarão visíveis à Manutenção. Neste módulo é possível realizar todo o acompanhamento de Ordem de Serviços, Contratos com Terceiros, Equipes de

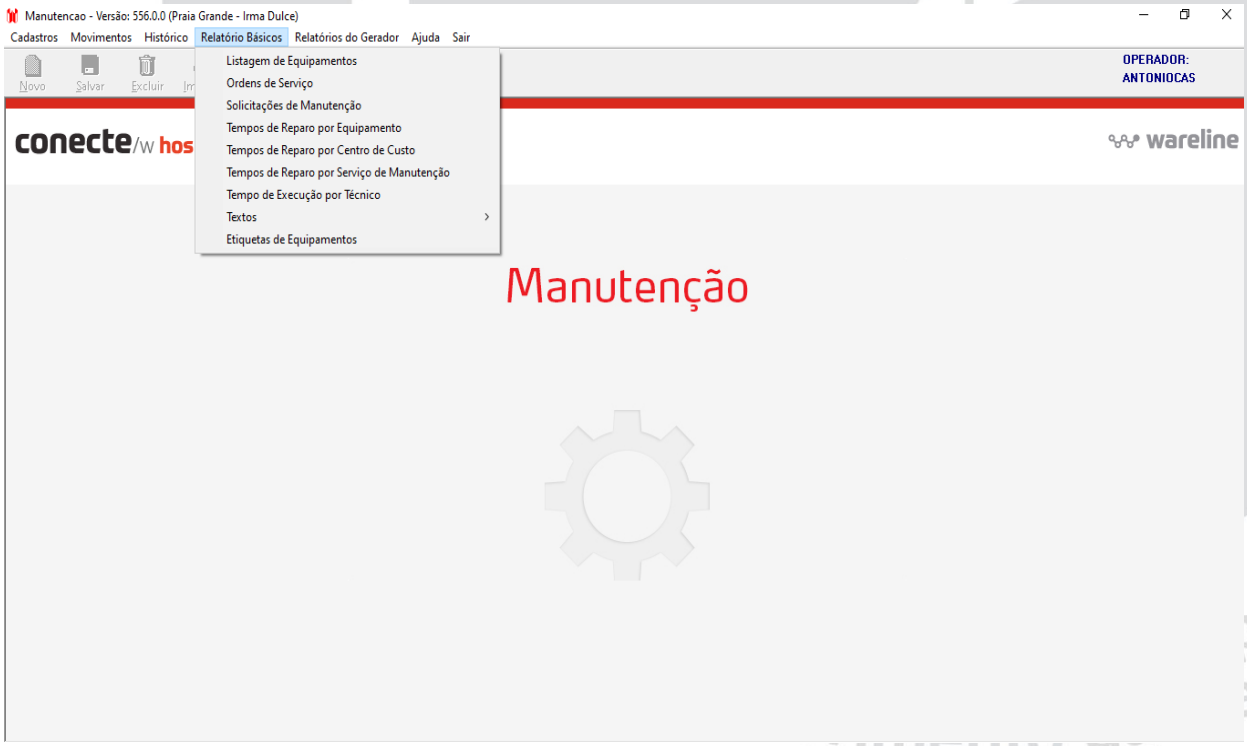
Manutenção, Ferramentas, Programação de Manutenções Preventivas, Ficha técnica dos Equipamentos e etc.

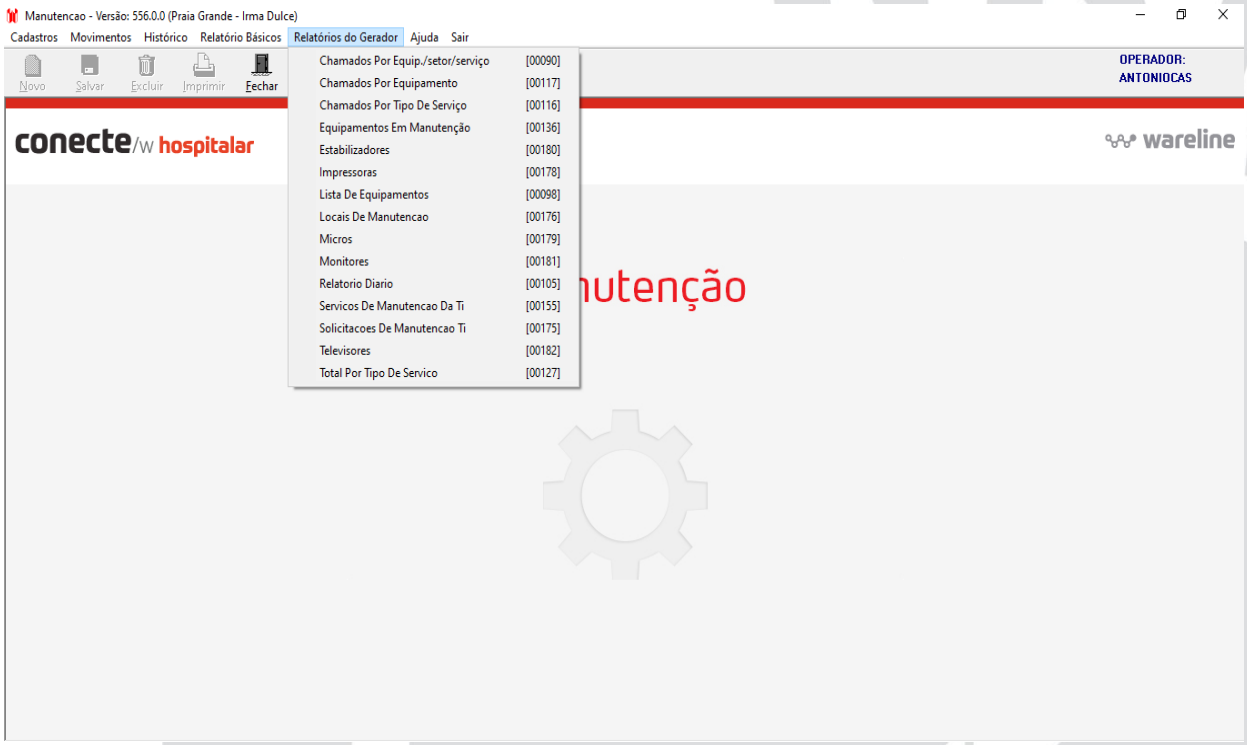
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Manutenção Sistema Wareline

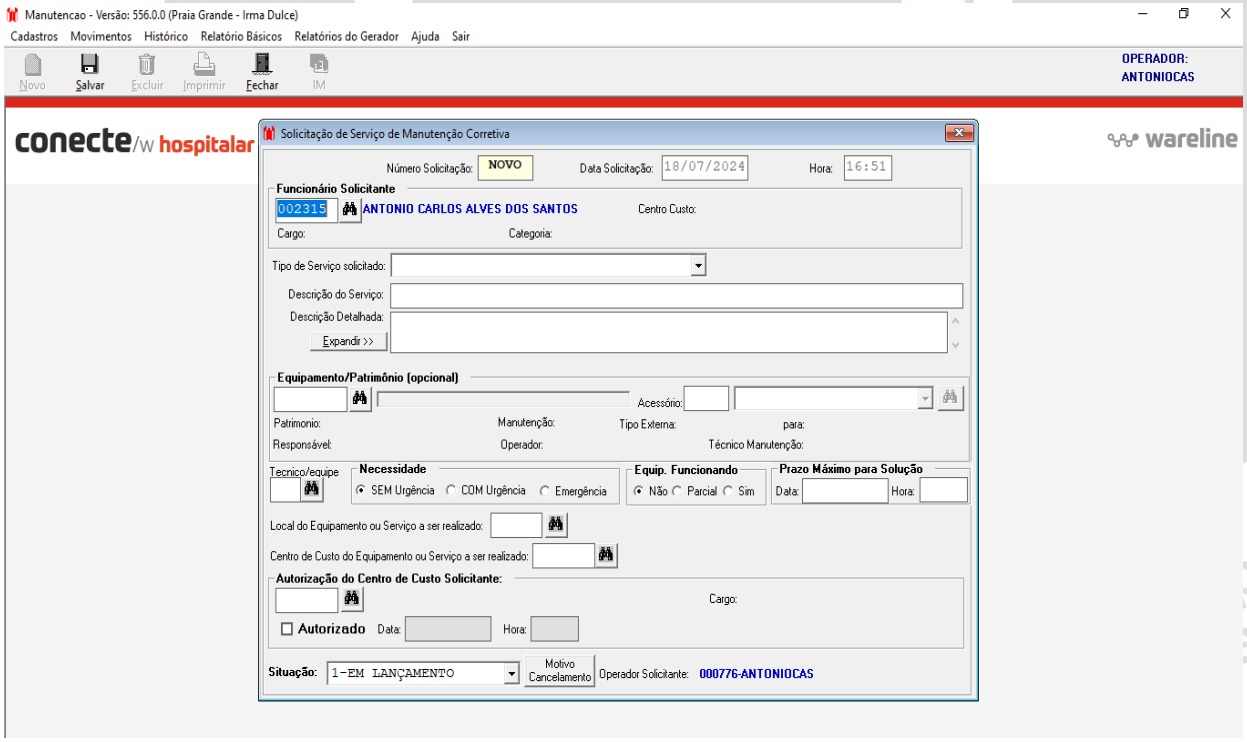





Manutencao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Movimentos Histórico Relatório Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo Salvar
O.S. de M.C. de Equipamentos (encerradas)
O.S. de M.C. de Outros Serviços (encerradas)
O.S. de M.P. de Equipamentos (encerradas)
O.S. de M.P. de Outros Serviços (encerradas)
OPERADOR:
ANTONIOCAS
conecte
wareline
Manutenção


Manutencao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Movimentos Histórico Relatório Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo Salvar Excluir
Listagem de Equipamentos
Ordens de Serviço
Solicitações de Manutenção
Tempos de Reparo por Equipamento
Tempos de Reparo por Centro de Custo
Tempos de Reparo por Serviço de Manutenção
Tempo de Execução por Técnico
Textos
Etiquetas de Equipamentos
OPERADOR:
ANTONIOCAS
wareline
Manutenção


Manutencao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Movimentos Histórico Relatório Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar
OPERADOR: ANTONIOCAS
Chamados Por Equip./setor/serviço [00090]
Chamados Por Equipamento [00117]
Chamados Por Tipo De Serviço [00116]
Equipamentos Em Manutenção [00136]
Estabilizadores [00180]
Impressoras [00178]
Lista De Equipamentos [00098]
Locais De Manutencao [00176]
Micros [00179]
Monitores [00181]
Relatorio Diario [00105]
Servicos De Manutencao Da Ti [00155]
Solicitacoes De Manutencao Ti [00175]
Televisores [00182]
Total Por Tipo De Servico [00127]
conecte/w hospitalar
wareline
nutenção


Manutencao - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Movimentos Histórico Relatório Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar IM
OPERADOR: ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
Solicitação de Serviço de Manutenção Corretiva
Número Solicitação: NOVO
Data Solicitação: 18/07/2024
Hora: 16:51
Funcionário Solicitante
002315 ANTONIO CARLOS ALVES DOS SANTOS
Centro Custo:
Cargo:
Categoria:
Tipo de Serviço solicitado:
Descrição do Serviço:
Descrição Detalhada:
Expandir >>
Equipamento/Patrimônio (opcional)
Acessório:
Patrimonio:
Manutenção:
Tipo Externa:
para:
Responsável:
Operador:
Técnico Manutenção:
Tecnico/equipe
Necessidade
SEM Urgência COM Urgência Emergência
Equip. Funcionando
Não Parcial Sim
Prazo Máximo para Solução
Data:
Hora:
Local do Equipamento ou Serviço a ser realizado:
Centro de Custo do Equipamento ou Serviço a ser realizado:
Autorização do Centro de Custo Solicitante:
Cargo:
Autorizado
Data:
Hora:
Situação: 1-EM LANÇAMENTO
Motivo Cancelamento
Operador Solicitante: 000776-ANTONIOCAS

Patrimônio

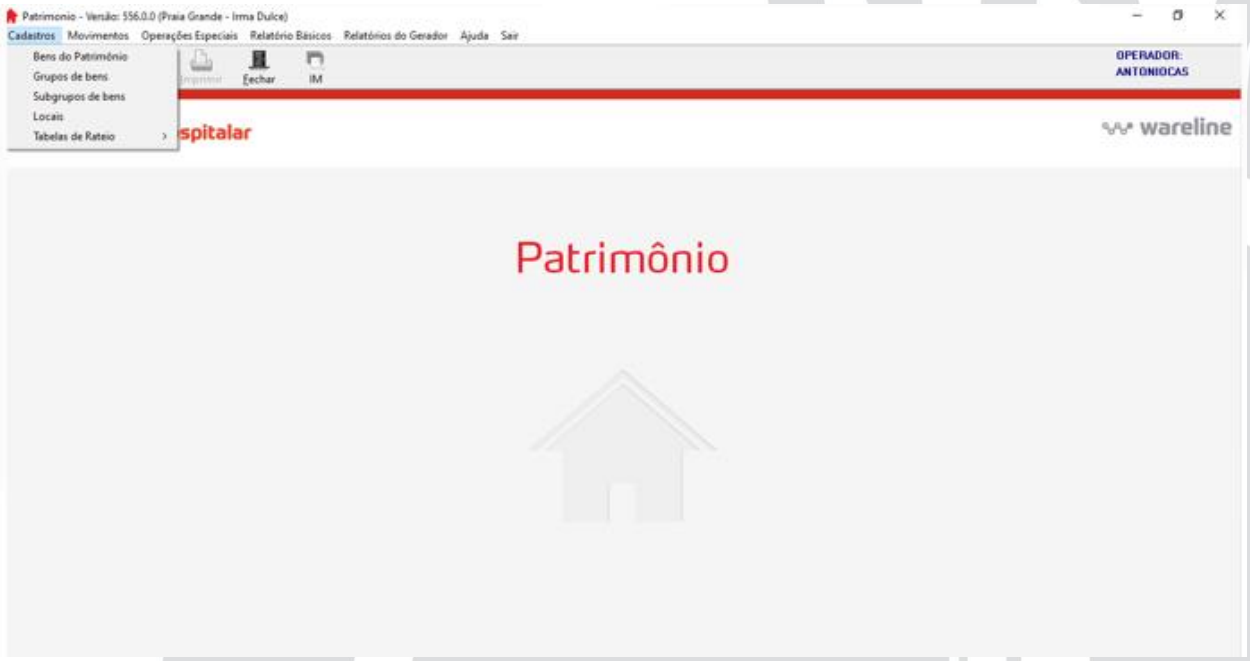
Descrição do Módulo Patrimônio

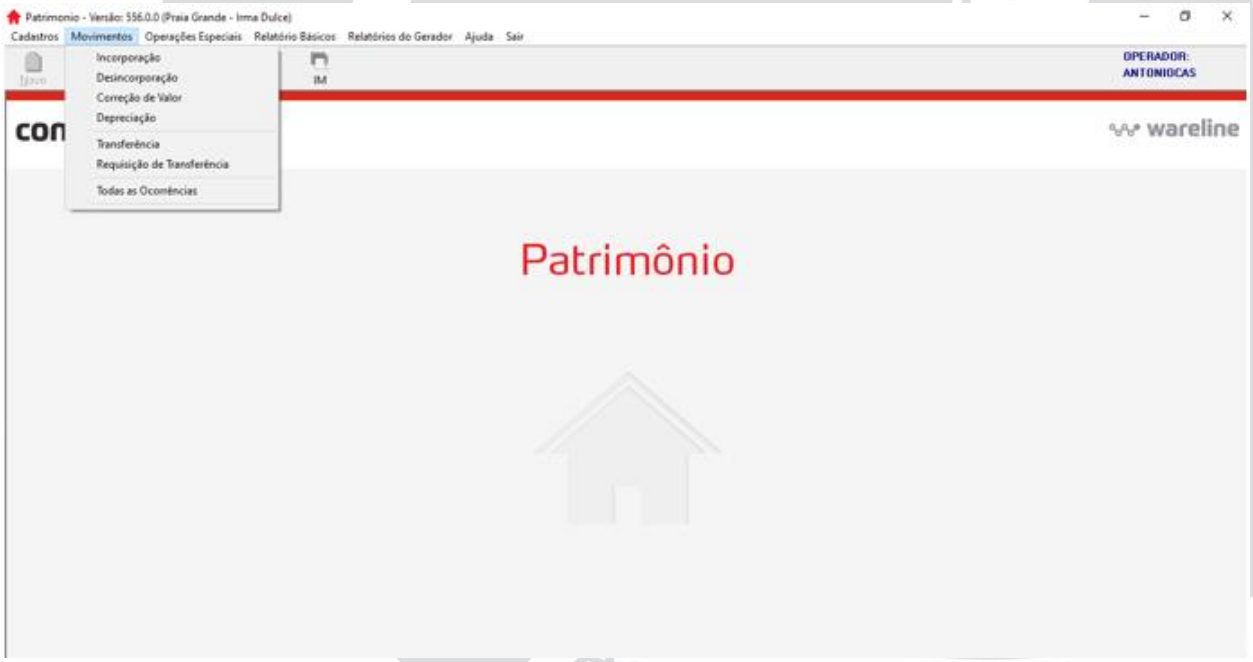
Componentes:

- Controle de entrada de bens imobilizados;
- Registros de ocorrências;
- Calculo de depreciação de acordo com critérios do cliente;
- Controle de quem é responsável pelo bem;
- Controle da localização do bem.

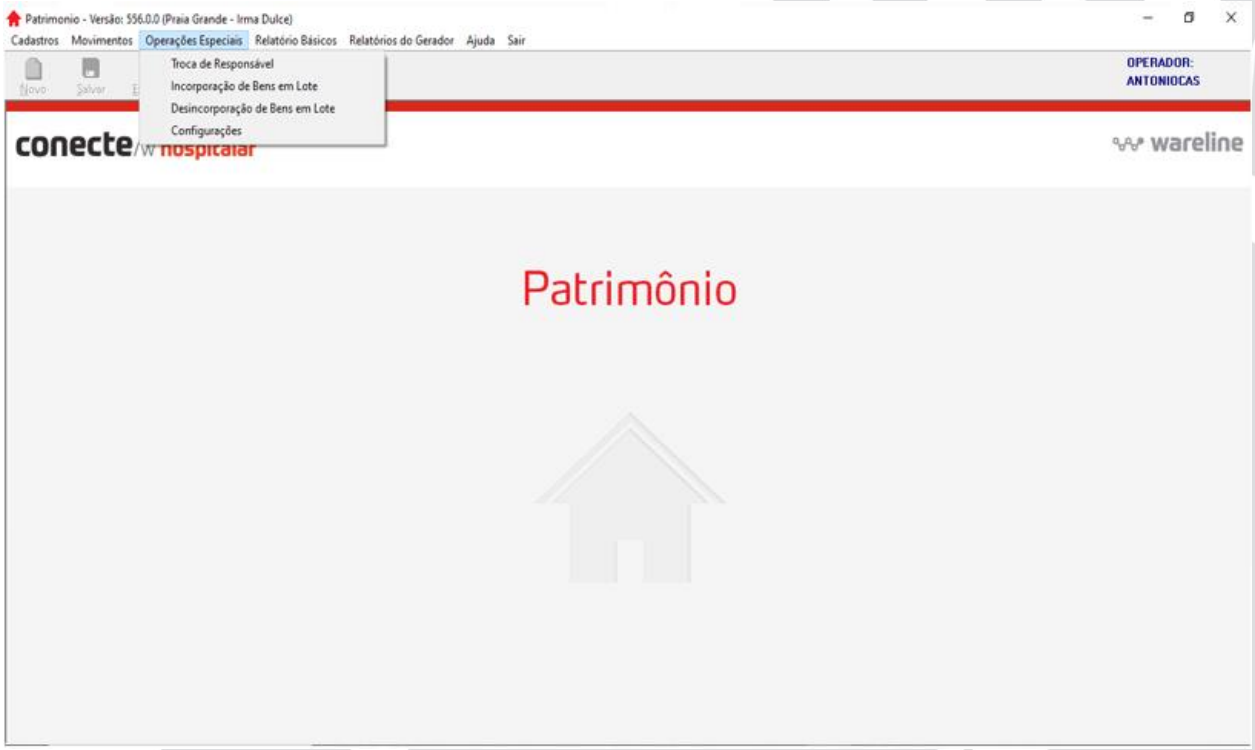
O módulo Patrimônio trabalha integrado com o módulo de Estoque e Contabilidade. Todas notas de entrada de bens de patrimônio podem ser incorporadas no sistema patrimonial sem que haja redigitação do item. Nesse módulo podemos visualizar todo o controle dos bens imobilizados do hospital, catalogando-os com etiquetas geradas pelo próprio sistema, definindo sua localização e identificando-os com foto.

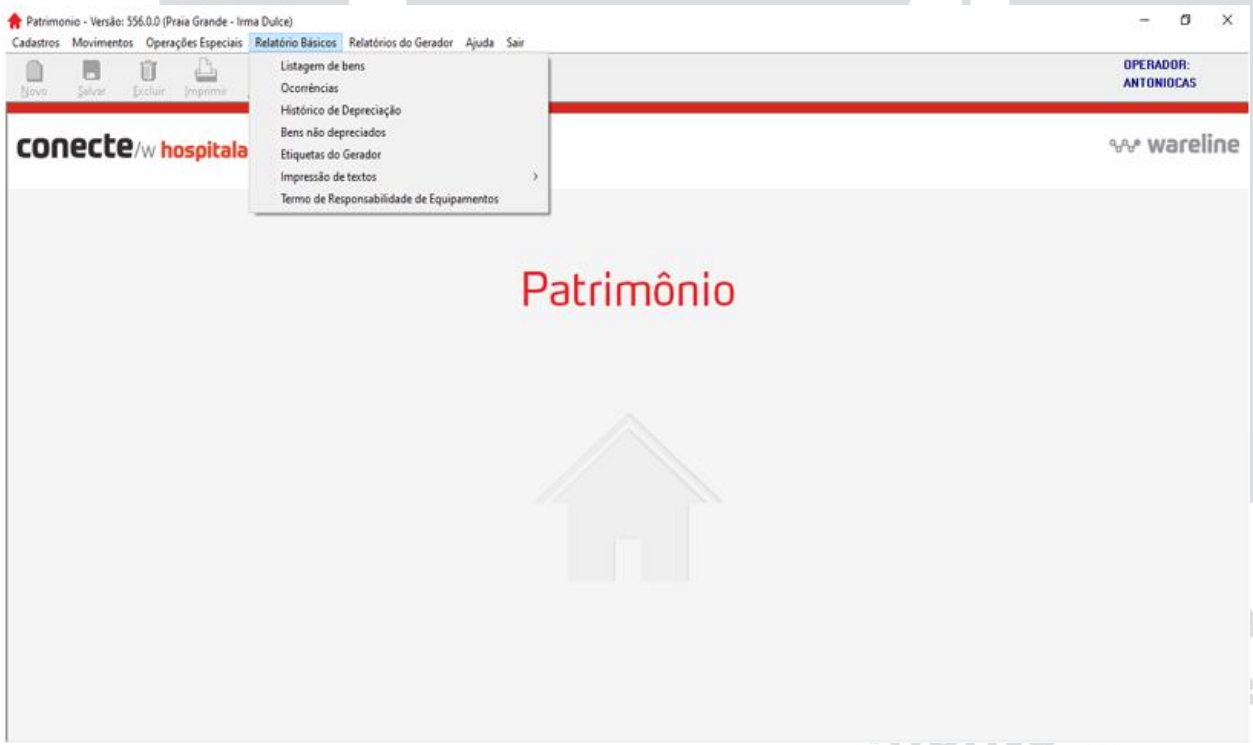
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Patrimônio Sistema Wareline.

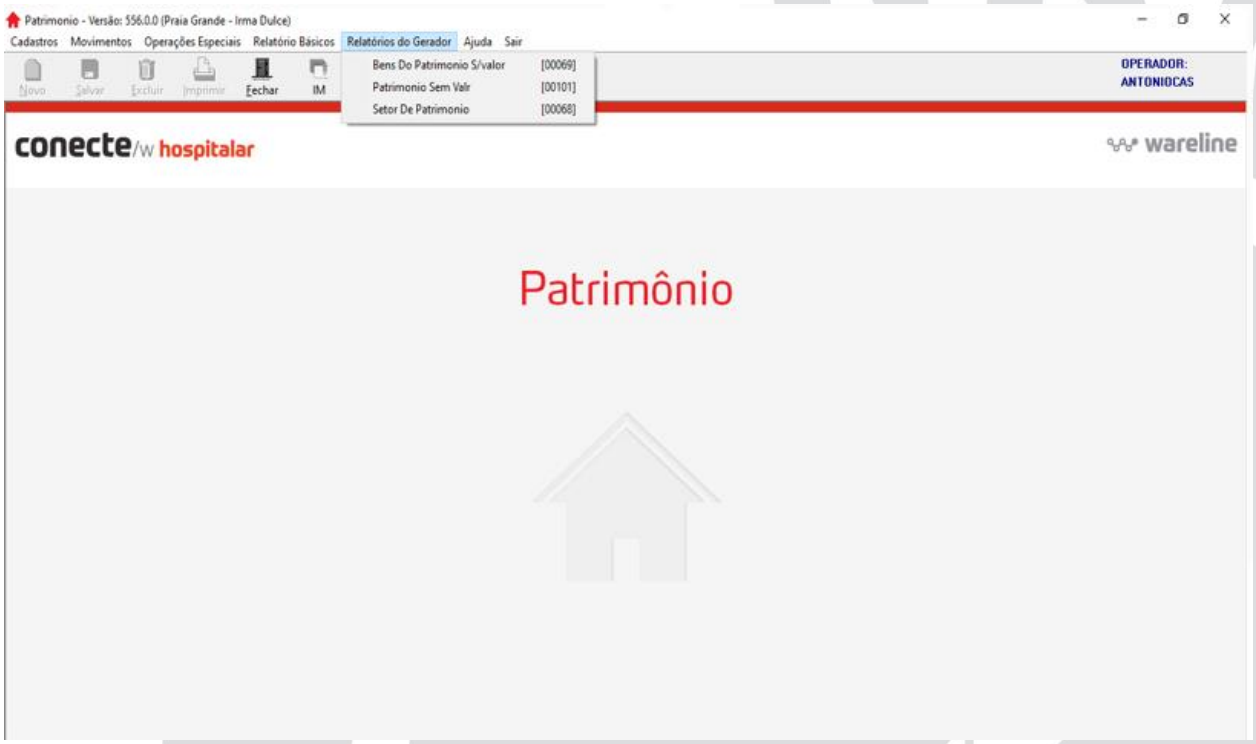


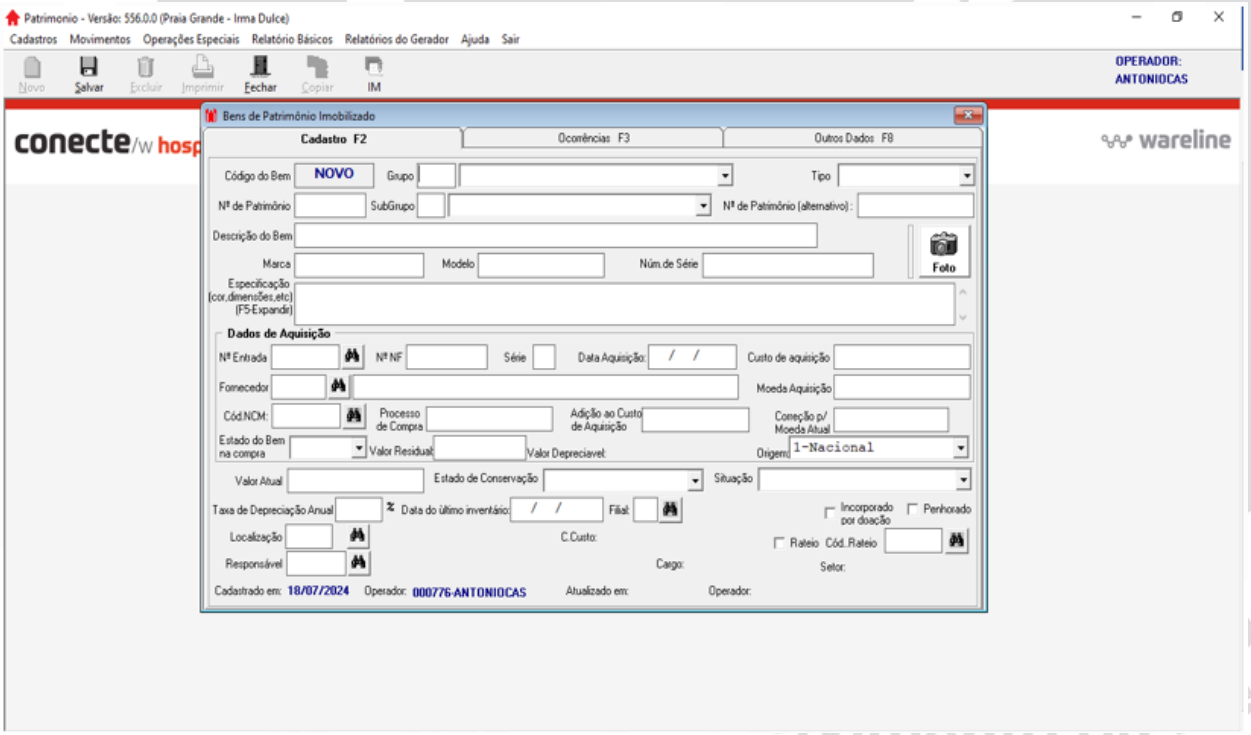


Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina


Patrimonio - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Movimentos
Operações Especiais
Relatório Básicos
Relatórios do Gerador
Ajuda
Sair
Troca de Responsável
Incorporação de Bens em Lote
Desincorporação de Bens em Lote
Configurações
OPERADOR:
ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
Patrimônio


Patrimonio - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Movimentos
Operações Especiais
Relatório Básicos
Relatórios do Gerador
Ajuda
Sair
Novo
Salvar
Excluir
Imprimir
Listagem de bens
Ocorrências
Histórico de Depreciação
Bens não depreciados
Etiquetas do Gerador
Impressão de textos
Termo de Responsabilidade de Equipamentos
OPERADOR:
ANTONIOCAS
conecte/w hospitala
wareline
Patrimônio


Patrimonio - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Movimentos Operações Especiais Relatório Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Bens Do Patrimonio S/valor [00069]
Patrimonio Sem Valr [00101]
Setor De Patrimonio [00068]
Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar IM
OPERADOR: ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
Patrimônio


Patrimonio - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Movimentos Operações Especiais Relatório Básicos Relatórios do Gerador Ajuda Sair
Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar Copiar IM
OPERADOR: ANTONIOCAS
Bens de Patrimônio Imobilizado
Cadastro F2
Ocorrências F3
Outros Dados F8
Código do Bem NOVO
Grupo
Tipo
Nº de Patrimônio
SubGrupo
Nº de Patrimônio (alternativo):
Descrição do Bem
Marca
Modelo
Núm.de Série
Foto
Especificação (cor,dimensões,etc) (F5-Expandir)
Dados de Aquisição
Nº Entrada
Nº NF
Série
Data Aquisição:
Custo de aquisição
Fornecedor
Moeda Aquisição
Cód.NCM:
Processo de Compra
Adição ao Custo de Aquisição
Correção p/ Moeda Atual
Estado do Bem na compra
Valor Residual:
Valor Depreciavel:
Origem 1-Nacional
Valor Atual
Estado de Conservação
Situação
Taxa de Depreciação Anual
Data do último inventário:
Filial:
Incorporado por doação
Penhorado
Localização
C.Custo:
Rateio Cód.Rateio
Responsável
Cargo:
Setor:
Cadastrado em: 18/07/2024 Operador: 000776-ANTONIOCAS
Atualizado em:
Operador:

Gerador de Relatórios

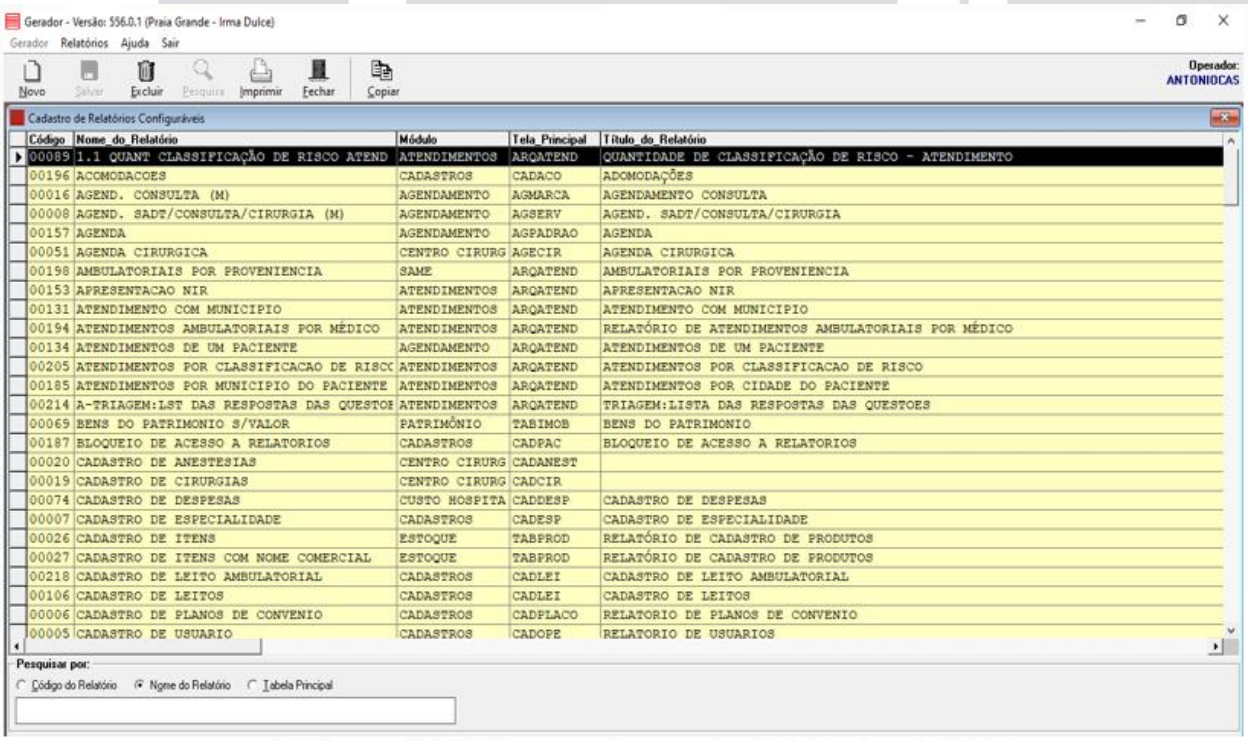
Descrição do Módulo Gerador de Relatórios

Componentes:

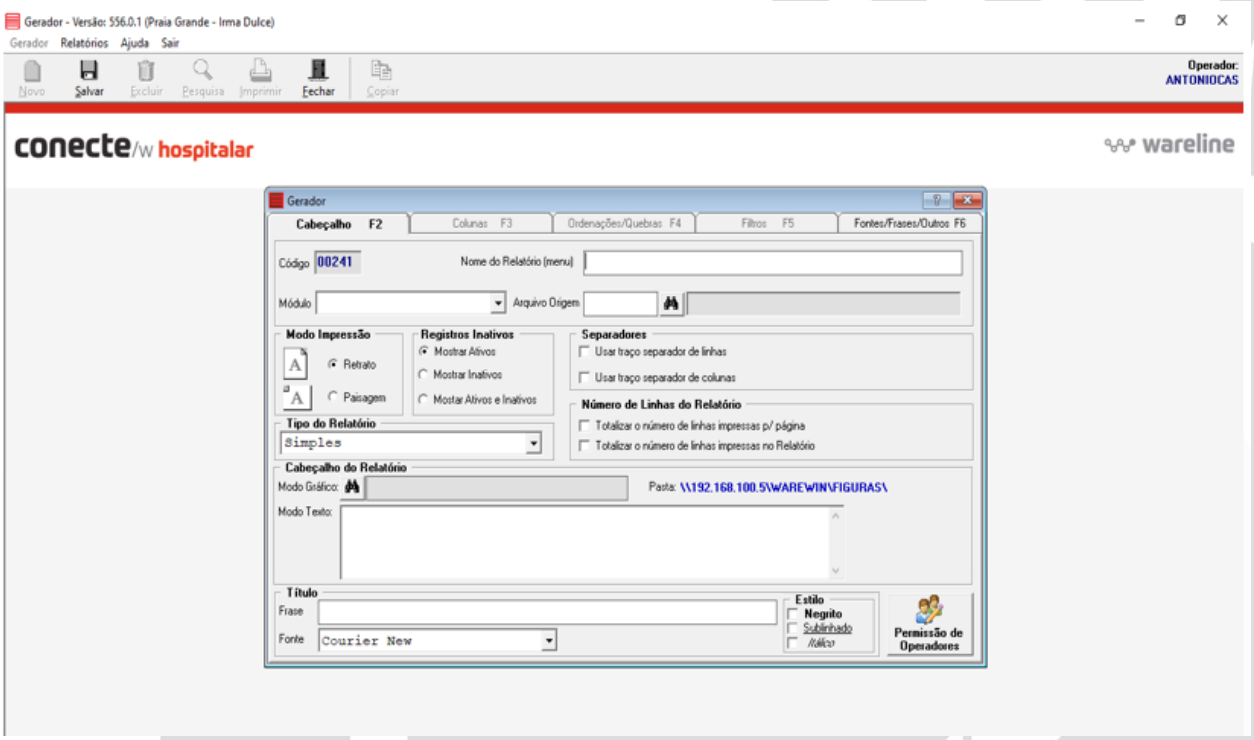
- Gera relatórios integrado com todos os módulos;
- Permite acesso ao banco de dados completo;
- Gera indicadores relacionados a outros módulos com possibilidades de formatação, quebras, ordenação e etc.

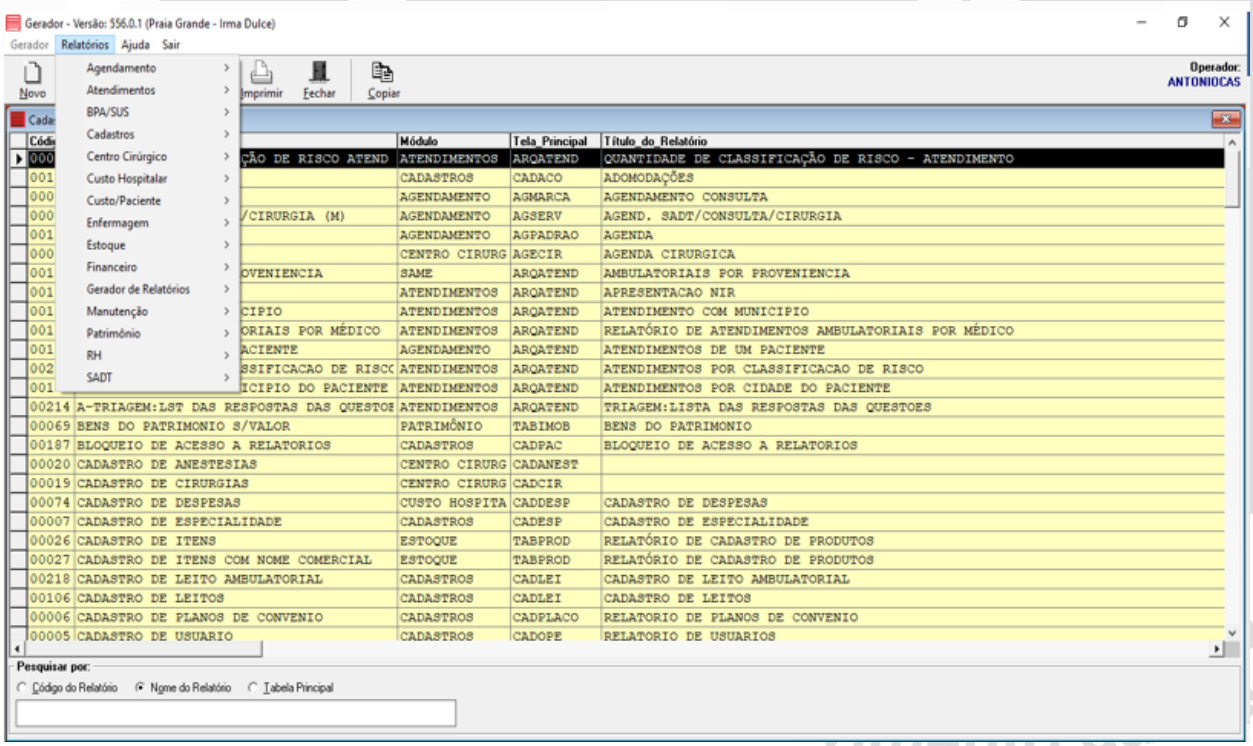
O módulo Gerador de Relatórios permite aos clientes a customização e criação de relatórios específicos de acordo com as necessidades da organização.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Gerador de Relatórios Sistema Wareline



Código	Nome_do_Relatório	Módulo	Tela_Principal	Título_do_Relatório
00089	1.1 QUANT CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ATEND	ATENDIMENTOS	ARQATEND	QUANTIDADE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - ATENDIMENTO
00196	ACOMODACOES	CADASTROS	CADACO	ADOMODAÇÕES
00016	AGEND. CONSULTA (M)	AGENDAMENTO	AGMARCA	AGENDAMENTO CONSULTA
00008	AGEND. SADT/CONSULTA/CIRURGIA (M)	AGENDAMENTO	AGSERV	AGEND. SADT/CONSULTA/CIRURGIA
00157	AGENDA	AGENDAMENTO	AGPADRAO	AGENDA
00051	AGENDA CIRURGICA	CENTRO CIRURG	AGECIR	AGENDA CIRURGICA
00198	AMBULATORIAIS POR PROVENIENCIA	SAME	ARQATEND	AMBULATORIAIS POR PROVENIENCIA
00153	APRESENTACAO NIR	ATENDIMENTOS	ARQATEND	APRESENTACAO NIR
00131	ATENDIMENTO COM MUNICIPIO	ATENDIMENTOS	ARQATEND	ATENDIMENTO COM MUNICIPIO
00194	ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MÉDICO	ATENDIMENTOS	ARQATEND	RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MÉDICO
00134	ATENDIMENTOS DE UM PACIENTE	AGENDAMENTO	ARQATEND	ATENDIMENTOS DE UM PACIENTE
00205	ATENDIMENTOS POR CLASSIFICACAO DE RISCO	ATENDIMENTOS	ARQATEND	ATENDIMENTOS POR CLASSIFICACAO DE RISCO
00185	ATENDIMENTOS POR MUNICIPIO DO PACIENTE	ATENDIMENTOS	ARQATEND	ATENDIMENTOS POR CIDADE DO PACIENTE
00214	A-TRIAGEM:LST DAS RESPOSTAS DAS QUESTOE	ATENDIMENTOS	ARQATEND	TRIAGEM:LISTA DAS RESPOSTAS DAS QUESTOES
00069	BENS DO PATRIMONIO S/VALOR	PATRIMÔNIO	TABIMOB	BENS DO PATRIMONIO
00187	BLOQUEIO DE ACESSO A RELATORIOS	CADASTROS	CADPAC	BLOQUEIO DE ACESSO A RELATORIOS
00020	CADASTRO DE ANESTESIAS	CENTRO CIRURG	CADANEST	
00019	CADASTRO DE CIRURGIAS	CENTRO CIRURG	CADCIR	
00074	CADASTRO DE DESPESAS	CUSTO HOSPITA	CADDESP	CADASTRO DE DESPESAS
00007	CADASTRO DE ESPECIALIDADE	CADASTROS	CADESP	CADASTRO DE ESPECIALIDADE
00026	CADASTRO DE ITENS	ESTOQUE	TABPROD	RELATÓRIO DE CADASTRO DE PRODUTOS
00027	CADASTRO DE ITENS COM NOME COMERCIAL	ESTOQUE	TABPROD	RELATÓRIO DE CADASTRO DE PRODUTOS
00218	CADASTRO DE LEITO AMBULATORIAL	CADASTROS	CADLEI	CADASTRO DE LEITO AMBULATORIAL
00106	CADASTRO DE LEITOS	CADASTROS	CADLEI	CADASTRO DE LEITOS
00006	CADASTRO DE PLANOS DE CONVENIO	CADASTROS	CADPLACO	RELATORIO DE PLANOS DE CONVENIO
00005	CADASTRO DE USUARIO	CADASTROS	CADOPE	RELATORIO DE USUARIOS


Gerador - Versão: 556.0.1 (Praia Grande - Irma Dulce)
Gerador Relatórios Ajuda Sair
Novo Salvar Excluir Pesquisa Imprimir Fechar Copiar
Operador: ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
Gerador
Cabeçalho F2
Colunas F3
Ordenações/Quebras F4
Filtros F5
Fontes/Frases/Outros F6
Código 00241
Nome do Relatório (menu)
Módulo
Arquivo Origem
Modo Impressão
Retrato
Paisagem
Registros Inativos
Mostrar Ativos
Mostrar Inativos
Mostrar Ativos e Inativos
Separadores
Usar traço separador de linhas
Usar traço separador de colunas
Número de Linhas do Relatório
Totalizar o número de linhas impressas p/ página
Totalizar o número de linhas impressas no Relatório
Tipo do Relatório
Simples
Cabeçalho do Relatório
Modo Gráfico:
Pasta: \\192.168.100.5\WAREWIN\FIGURAS\
Modo Texto:
Título
Frase
Fonte
Courier New
Estilo
Negrito
Sublinhado
Itálico
Permissão de Operadores

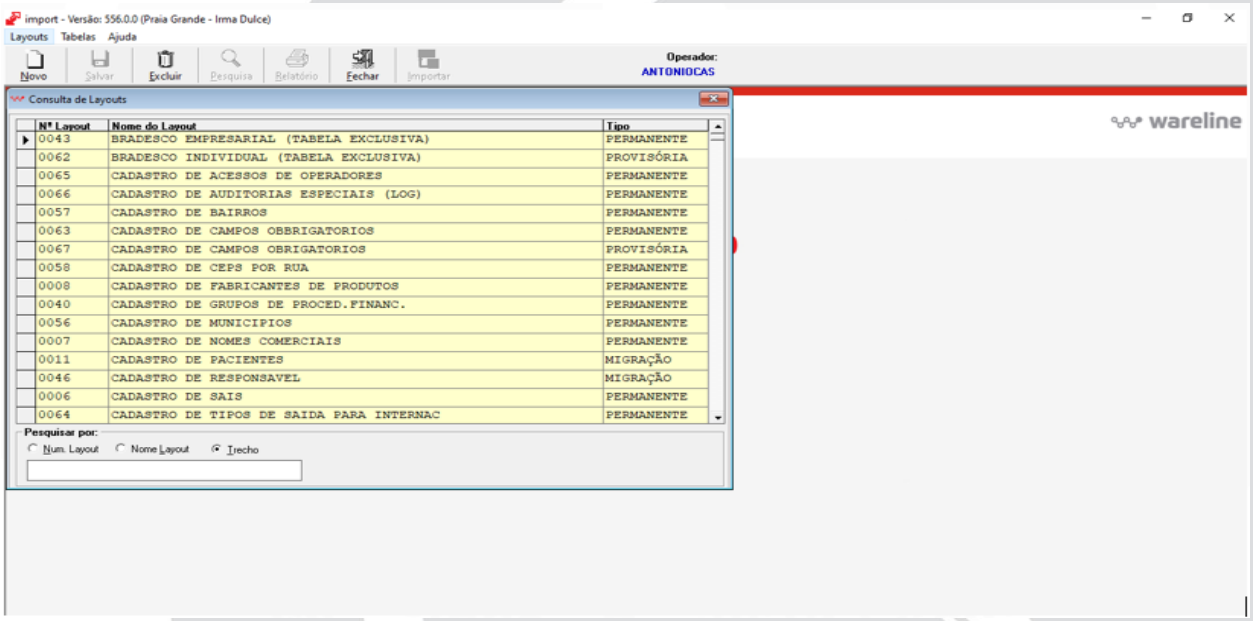

Gerador - Versão: 556.0.1 (Praia Grande - Irma Dulce)
Gerador Relatórios Ajuda Sair
Agendamento
Atendimentos
BPA/SUS
Cadastros
Centro Cirúrgico
Custo Hospitalar
Custo/Paciente
Enfermagem
Estoque
Financeiro
Gerador de Relatórios
Manutenção
Patrimônio
RH
SADT
Novo Imprimir Fechar Copiar
Operador: ANTONIOCAS
Código Módulo Tela_Principal Título_do_Relatório
000 ÇÃO DE RISCO ATEND ATENDIMENTOS ARQATEND QUANTIDADE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - ATENDIMENTO
001 CADASTROS CADACO ADOMODAÇÕES
000 AGENDAMENTO AGMARCA AGENDAMENTO CONSULTA
000 /CIRURGIA (M) AGENDAMENTO AGSERV AGEND. SADT/CONSULTA/CIRURGIA
001 AGENDAMENTO AGPADRAO AGENDA
000 CENTRO CIRURG AGECIR AGENDA CIRURGICA
001 OVENIENCIA SAME ARQATEND AMBULATORIAIS POR PROVENIENCIA
001 ATENDIMENTOS ARQATEND APRESENTACAO NIR
001 CIPIO ATENDIMENTOS ARQATEND ATENDIMENTO COM MUNICIPIO
001 ORIAIS POR MÉDICO ATENDIMENTOS ARQATEND RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS POR MÉDICO
001 ACIENTE AGENDAMENTO ARQATEND ATENDIMENTOS DE UM PACIENTE
002 SSIFICACAO DE RISCO ATENDIMENTOS ARQATEND ATENDIMENTOS POR CLASSIFICACAO DE RISCO
001 ICIPIO DO PACIENTE ATENDIMENTOS ARQATEND ATENDIMENTOS POR CIDADE DO PACIENTE
00214 A-TRIAGEM:LST DAS RESPOSTAS DAS QUESTOS ATENDIMENTOS ARQATEND TRIAGEM:LISTA DAS RESPOSTAS DAS QUESTOES
00069 BENS DO PATRIMONIO S/VALOR PATRIMÔNIO TABIMOB BENS DO PATRIMONIO
00187 BLOQUEIO DE ACESSO A RELATORIOS CADASTROS CADPAC BLOQUEIO DE ACESSO A RELATORIOS
00020 CADASTRO DE ANESTESIAS CENTRO CIRURG CADANEST
00019 CADASTRO DE CIRURGIAS CENTRO CIRURG CADCIR
00074 CADASTRO DE DESPESAS CUSTO HOSPITA CADDESP CADASTRO DE DESPESAS
00007 CADASTRO DE ESPECIALIDADE CADASTROS CADESP CADASTRO DE ESPECIALIDADE
00026 CADASTRO DE ITENS ESTOQUE TABPROD RELATÓRIO DE CADASTRO DE PRODUTOS
00027 CADASTRO DE ITENS COM NOME COMERCIAL ESTOQUE TABPROD RELATÓRIO DE CADASTRO DE PRODUTOS
00218 CADASTRO DE LEITO AMBULATORIAL CADASTROS CADLEI CADASTRO DE LEITO AMBULATORIAL
00106 CADASTRO DE LEITOS CADASTROS CADLEI CADASTRO DE LEITOS
00006 CADASTRO DE PLANOS DE CONVENIO CADASTROS CADPLACO RELATORIO DE PLANOS DE CONVENIO
00005 CADASTRO DE USUARIO CADASTROS CADOPE RELATORIO DE USUARIOS
Pesquisar por:
Código do Relatório
Nome do Relatório
Tabela Principal

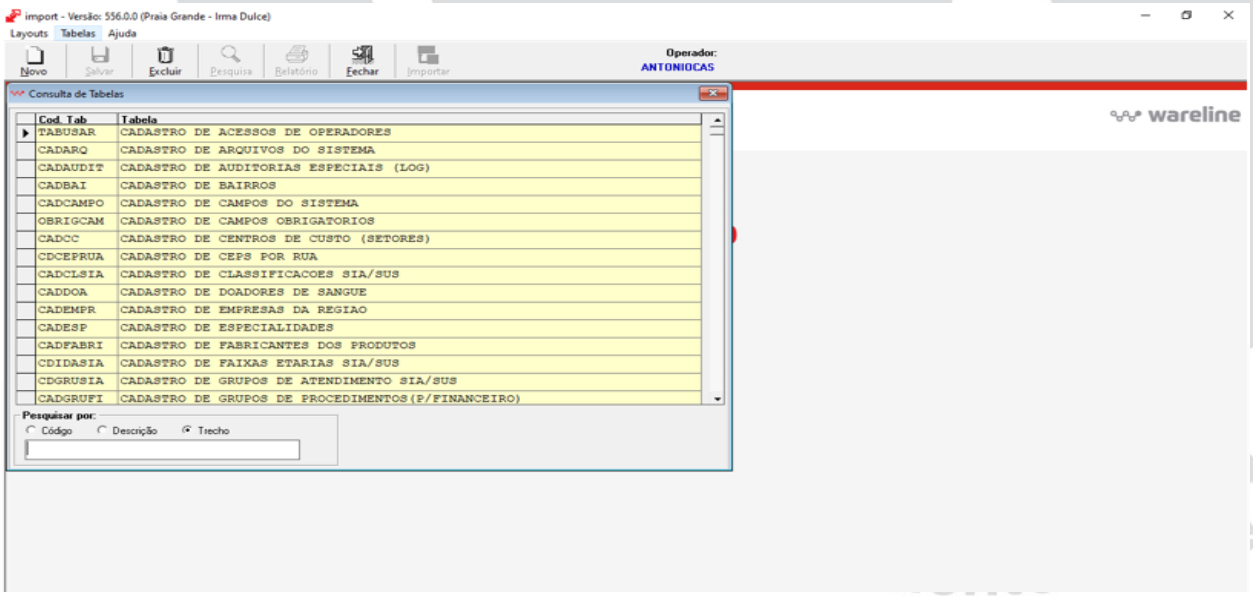
Importação

Descrição do Módulo Importação

O módulo Importação Importa informações em layout texto.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Importação Sistema Wareline



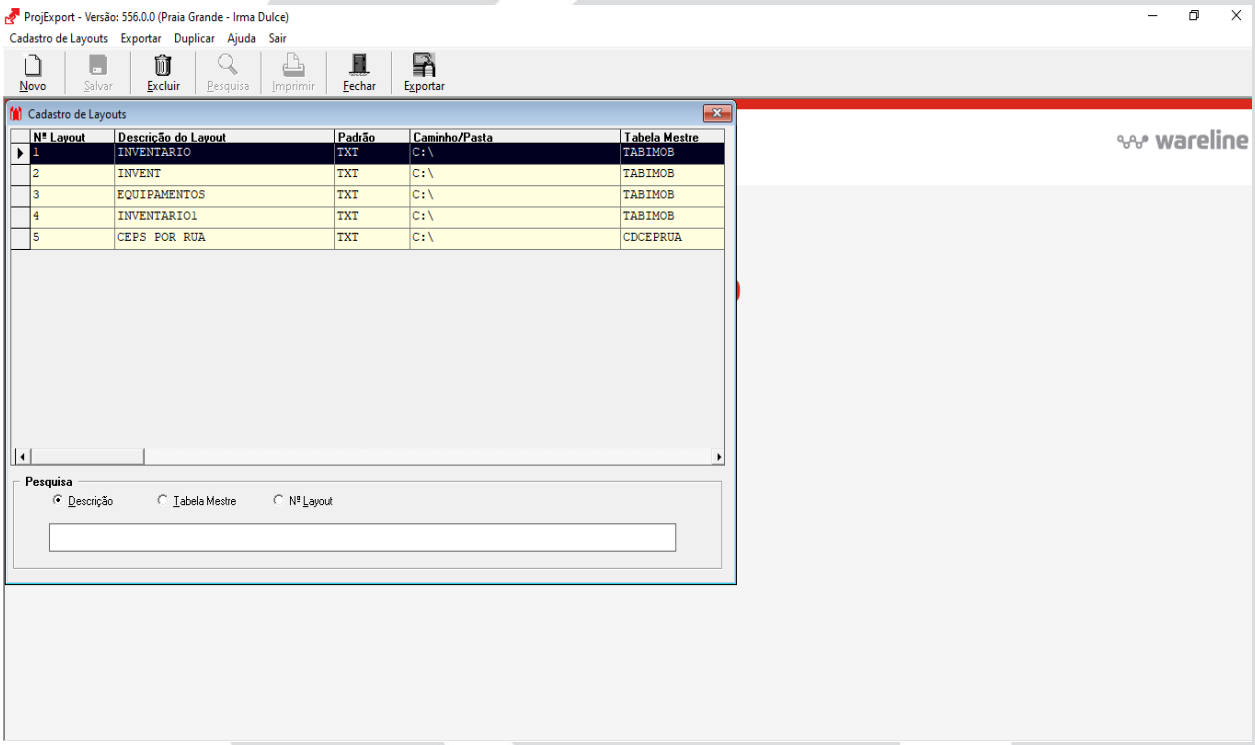


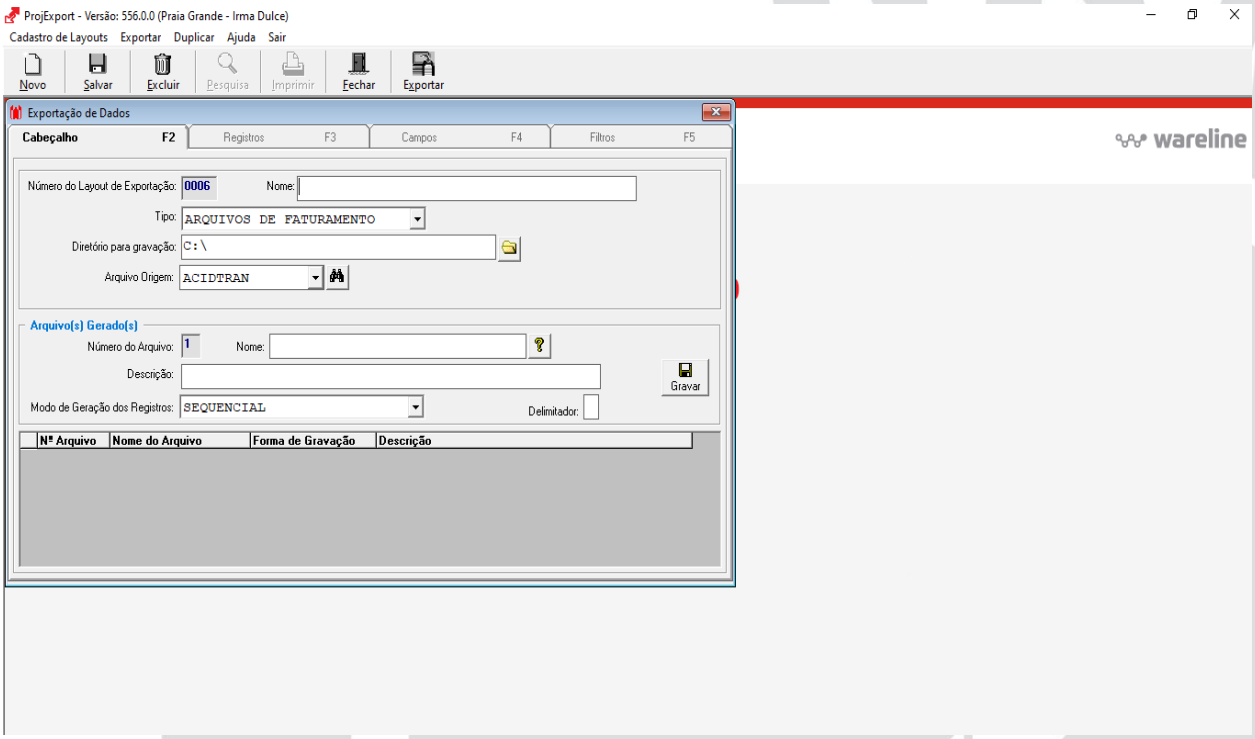
Exportação

Descrição do Módulo Exportação

O módulo Exportação Exporta informações em layout texto.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Exportação Sistema Wareline



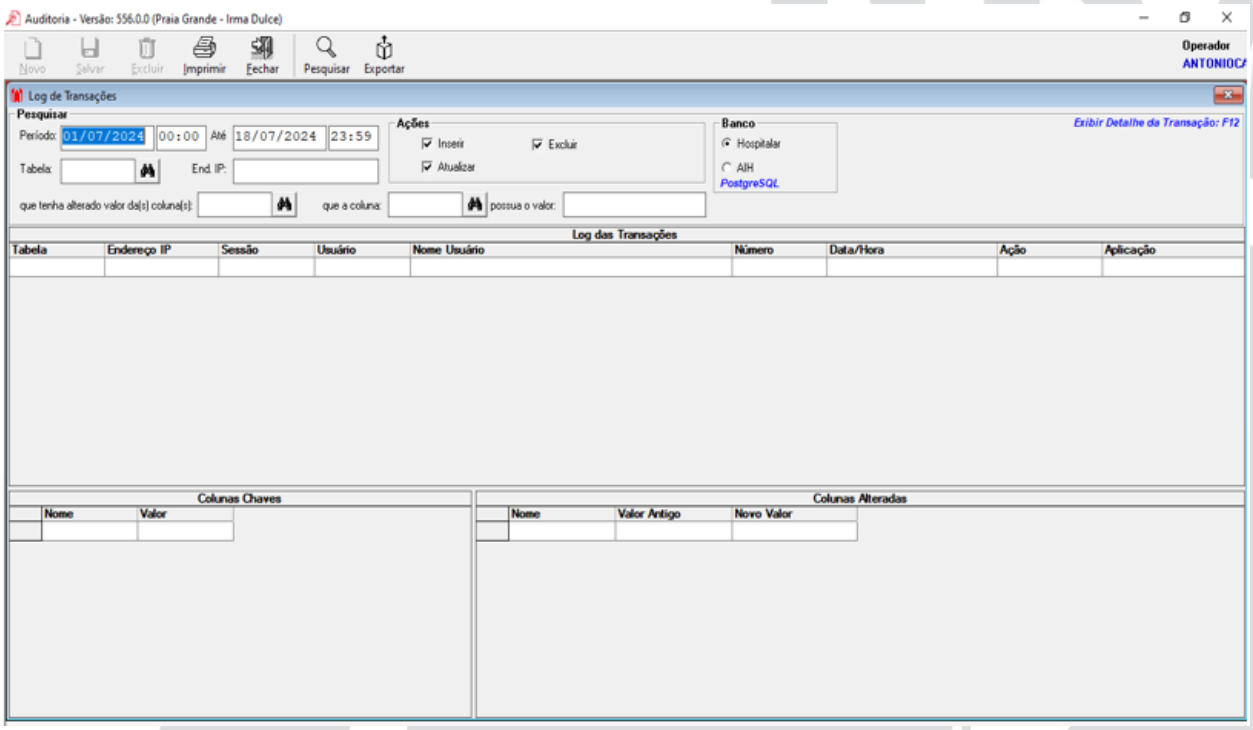


Auditoria

Descrição do Módulo Auditoria

O módulo Auditoria permite auditar todos os processos que foram realizados dentro de todos os módulos.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Auditoria Sistema Wareline.



Faturamento e Gestão

Faturas

Descrição do Módulo Faturas

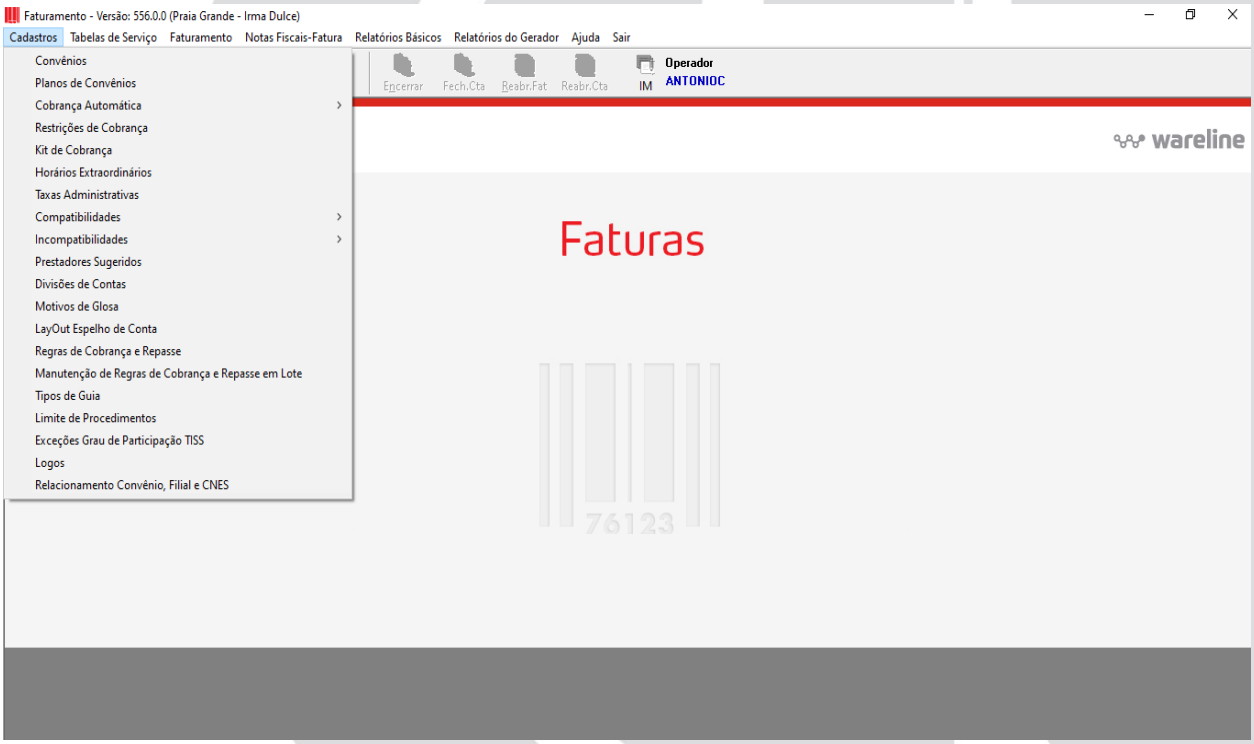
Componentes:

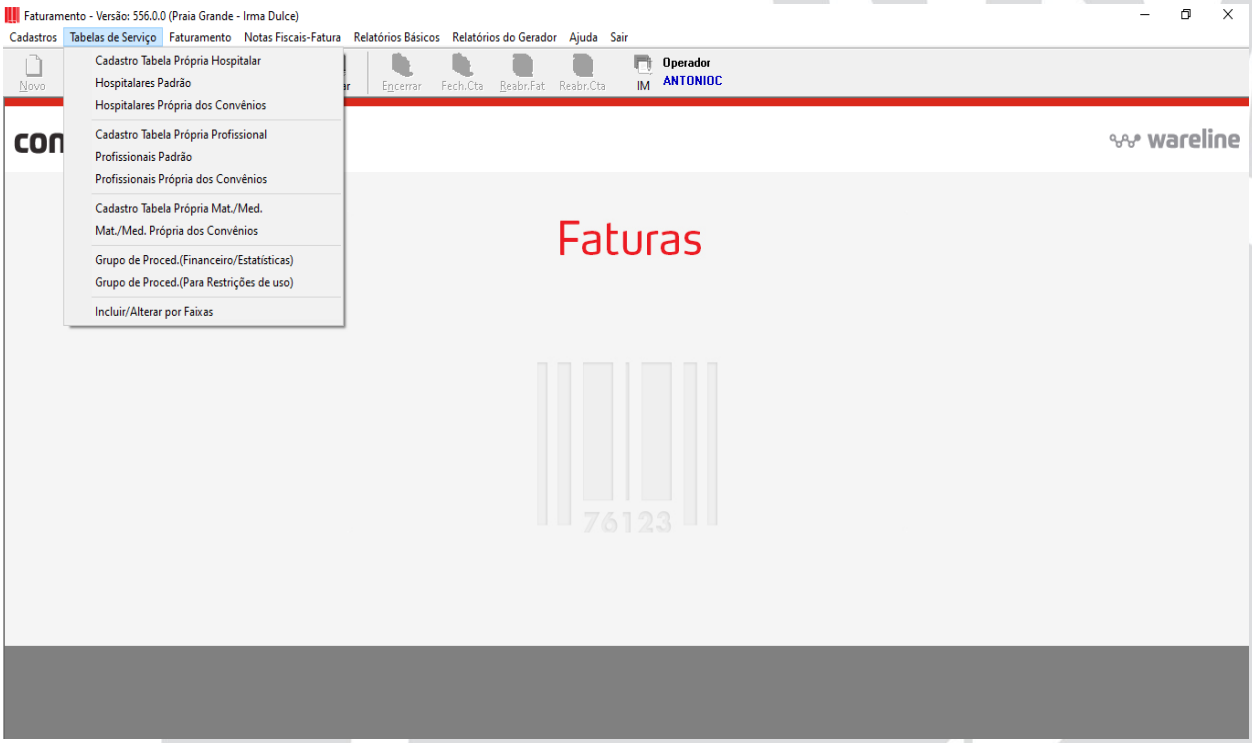
- Faturas por convênio, por período e etc, separadas por remessas e lotes;
- Layout de espelhos de conta configurados pelo cliente;
- Configurações de cobrança automática de diárias e taxas;
- Configuração de kits de cobrança.

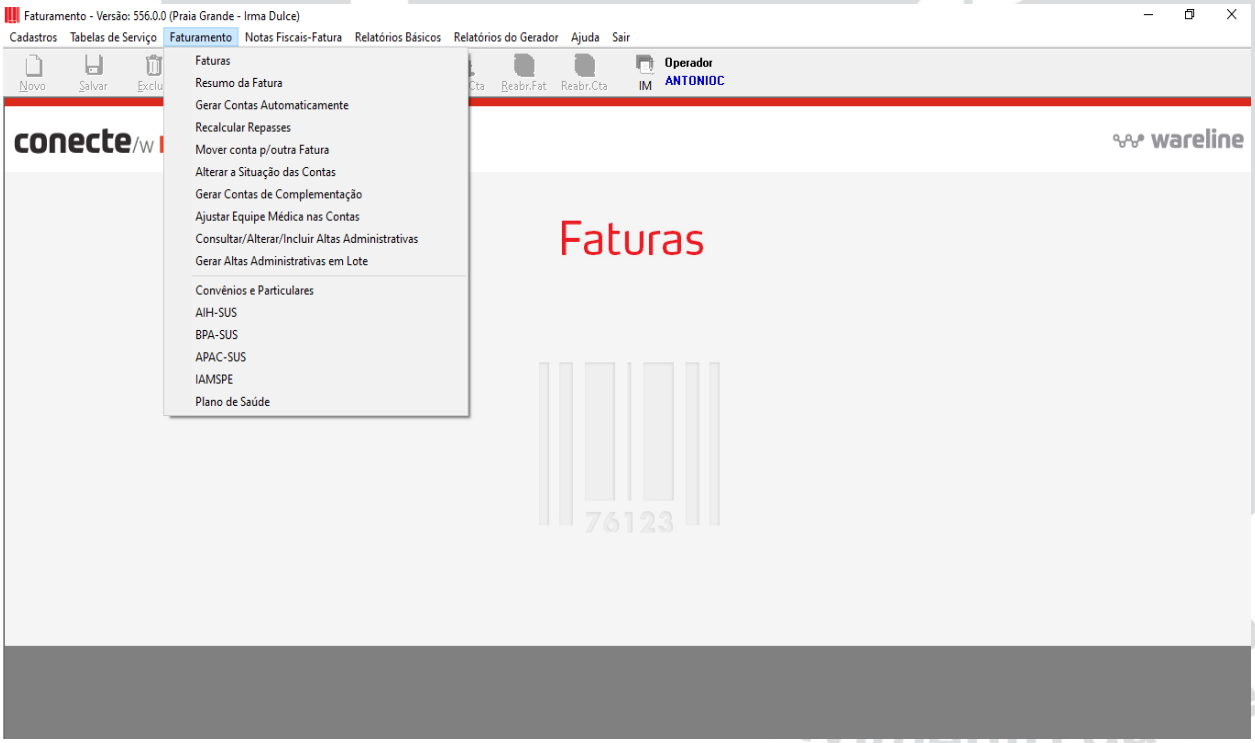
O módulo Faturas controla todos os produtos e serviços oferecidos pela unidade hospitalar, bem como as regras de faturamento/cobertura, de acordo com o praticado por cada convênio. À medida que ocorre o consumo do paciente nos

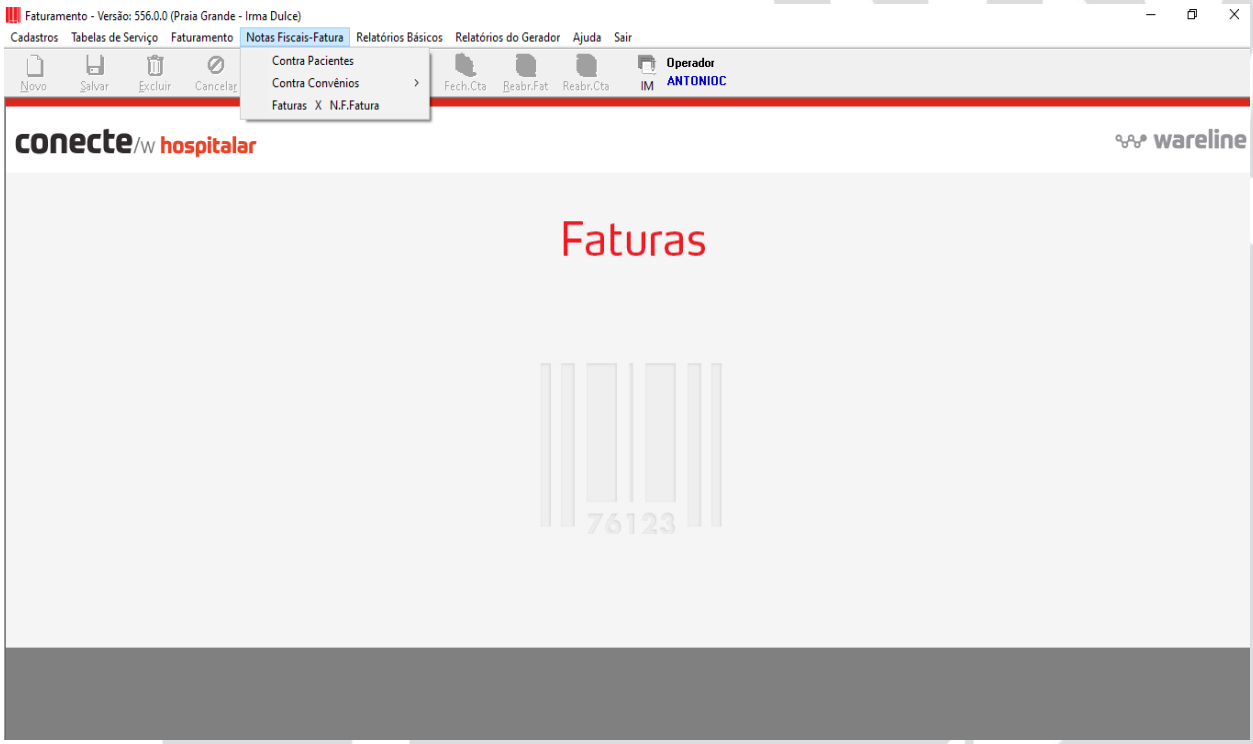
diversos setores do hospital, o destino da cobrança e o preço de cada item consumido são automaticamente identificados. De acordo com o destino da cobrança, os itens irão compor a conta corrente do paciente ou do convênio, conforme o caso. Para cada fatura emitida, é associada uma data de vencimento, obtendo-se um controle das contas a receber por paciente e por convênio. As faturas, agrupadas em remessas, são acompanhadas no que se refere aos prazos e valores recebidos e a receber de cada convênio.

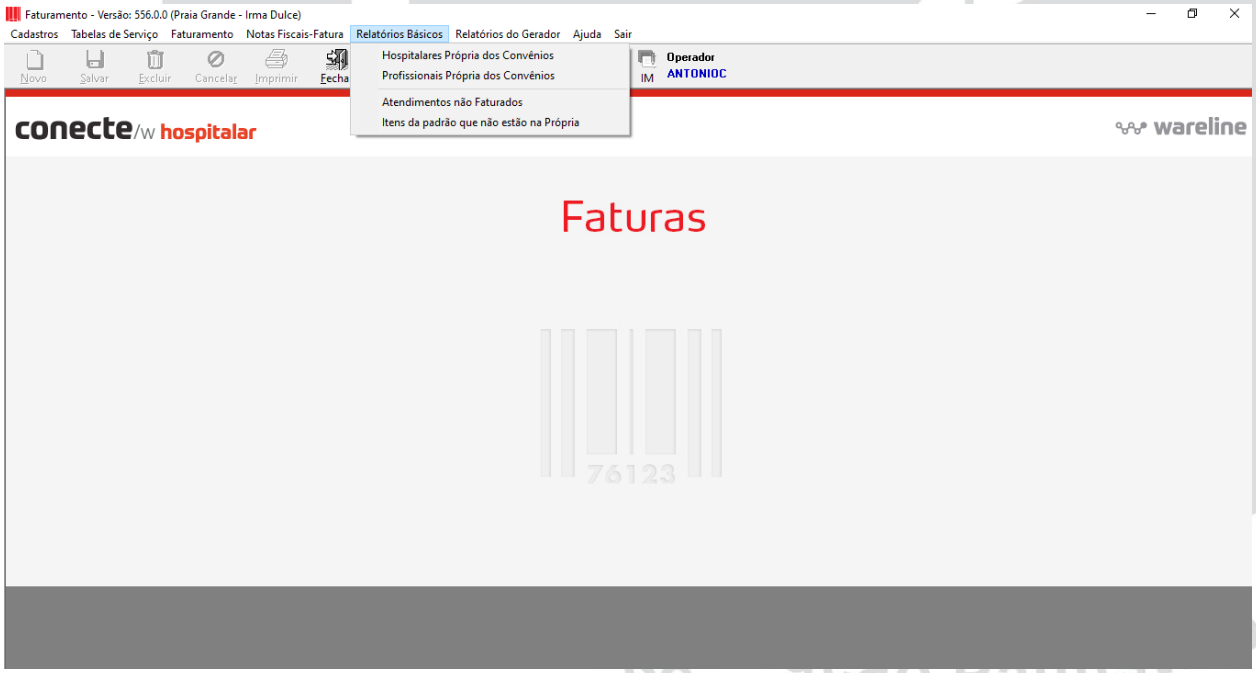
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Faturas Sistema Wareline




Faturamento - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Tabelas de Serviço
Faturamento
Notas Fiscais-Fatura
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Ajuda
Sair
Cadastro Tabela Própria Hospitalar
Hospitalares Padrão
Hospitalares Própria dos Convênios
Cadastro Tabela Própria Profissional
Profissionais Padrão
Profissionais Própria dos Convênios
Cadastro Tabela Própria Mat./Med.
Mat./Med. Própria dos Convênios
Grupo de Proced.(Financeiro/Estatísticas)
Grupo de Proced.(Para Restrições de uso)
Incluir/Alterar por Faixas
Operador
ANTONIOC
wareline
Faturas


Faturamento - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Tabelas de Serviço
Faturamento
Notas Fiscais-Fatura
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Ajuda
Sair
Faturas
Resumo da Fatura
Gerar Contas Automaticamente
Recalcular Repasses
Mover conta p/outra Fatura
Alterar a Situação das Contas
Gerar Contas de Complementação
Ajustar Equipe Médica nas Contas
Consultar/Alterar/Incluir Altas Administrativas
Gerar Altas Administrativas em Lote
Convênios e Particulares
AIH-SUS
BPA-SUS
APAC-SUS
IAMSPE
Plano de Saúde
Operador
ANTONIOC
wareline
Faturas


Faturamento - Versão: 556.0.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Tabelas de Serviço
Faturamento
Notas Fiscais-Fatura
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Ajuda
Sair
Novo
Salvar
Excluir
Cancelar
Contra Pacientes
Contra Convênios
Faturas X N.F.Fatura
Fech.Cta
Reabr.Fat
Reabr.Cta
Operador
IM
ANTONIOC
conecte/w hospitalar
wareline
Faturas


Faturamento - Versão: 556.0.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros
Tabelas de Serviço
Faturamento
Notas Fiscais-Fatura
Relatórios Básicos
Relatórios do Gerador
Ajuda
Sair
Novo
Salvar
Excluir
Cancelar
Imprimir
Hospitalares Própria dos Convênios
Profissionais Própria dos Convênios
Atendimentos não Faturados
Itens da padrão que não estão na Própria
Operador
IM
ANTONIOC
conecte/w hospitalar
wareline
Faturas

Custo Paciente

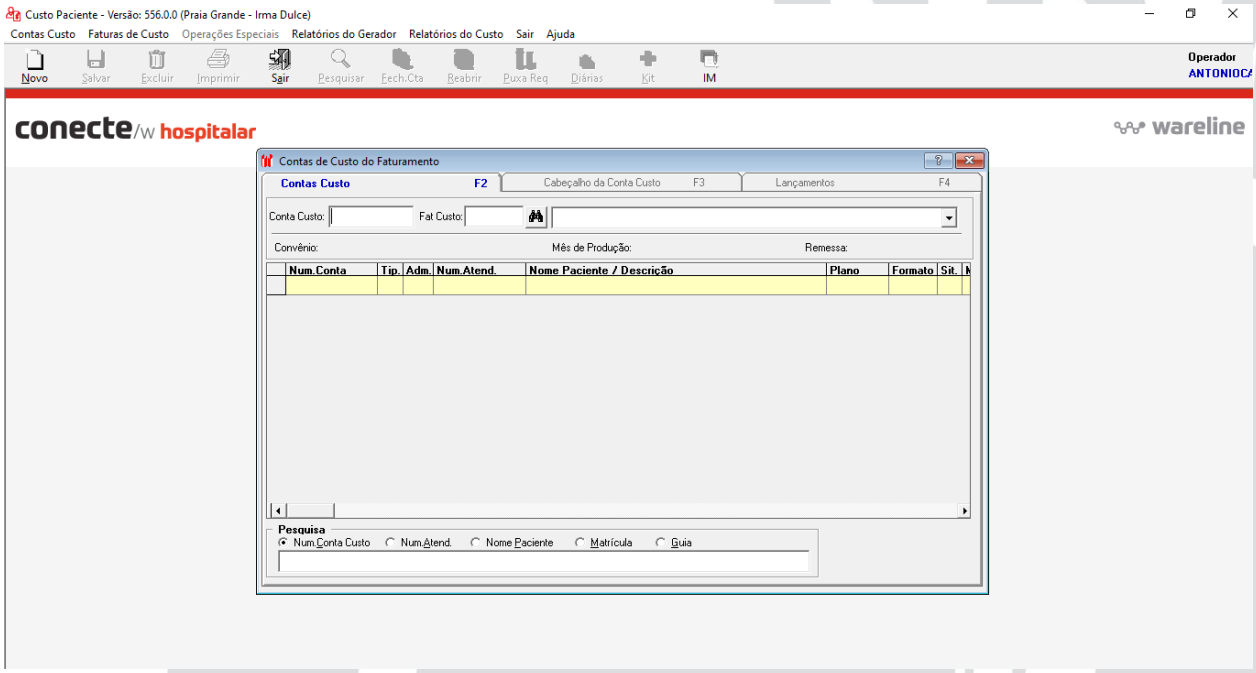
Descrição do Módulo Custo Paciente

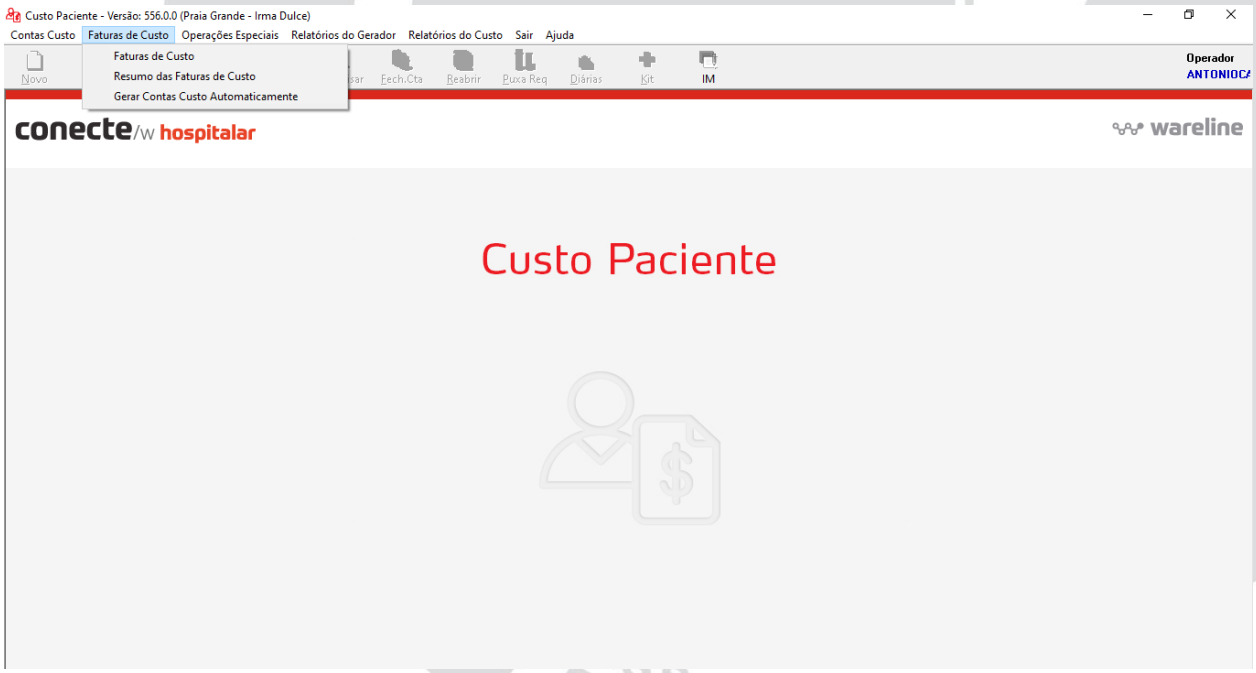
Componentes:

- Calcula, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da conta do paciente, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados, separadas por remessas e lotes;
- Permite incluir no custo das contas, diárias e taxas que obedecerão a um cadastro de cobrança com condições de acordo com a internação e atendimento do paciente;
- O sistema emite diversos relatórios de custos, tais como o custo por procedimento, setor, clínica, etc, e inclusive um comparativo do custo com a receita da conta no sistema de AIH para os pacientes do SUS e no sistema de faturamento de convênios para pacientes de convênios e particulares.

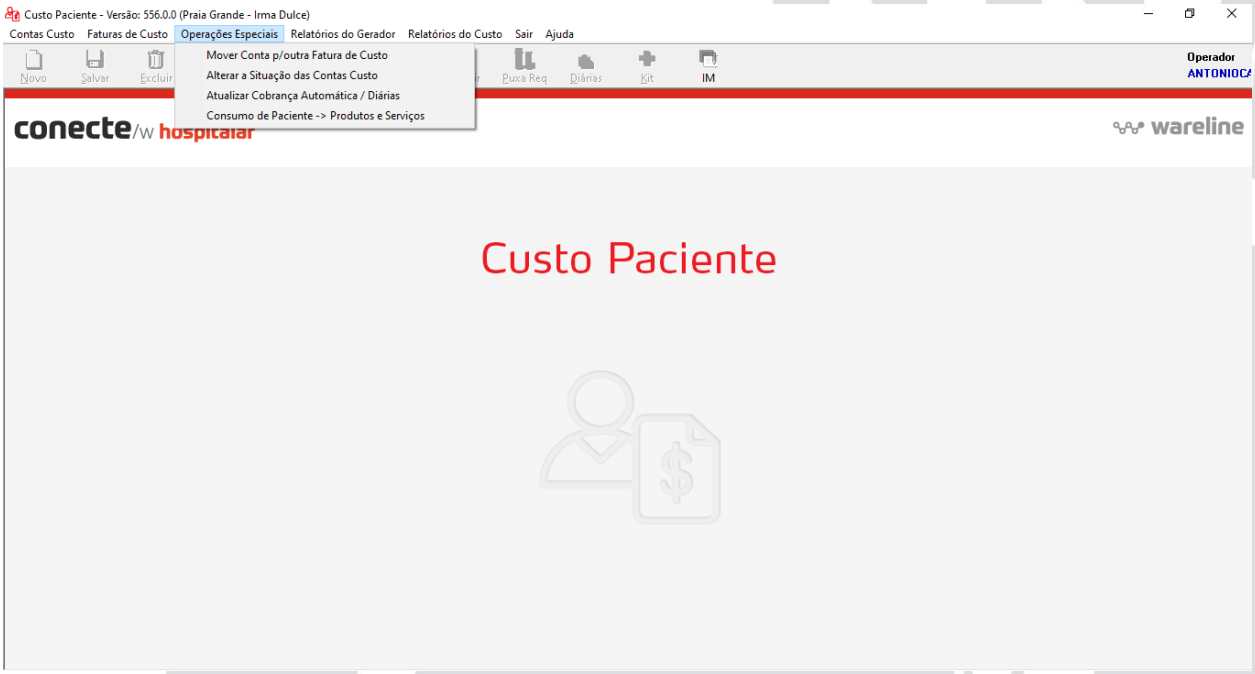
O módulo Custo Paciente a competitividade existente entre as empresas ligadas à área de saúde está diretamente relacionada com a capacidade de prover melhores serviços, com maior rentabilidade e menor custo. Sendo assim, o conhecimento dos custos é uma importante ferramenta de apoio à gestão hospitalar. Atentos a este contexto, desenvolvemos dois módulos (Custo Paciente e Custo Hospitalar) que fazem a apuração dos custos na instituição.

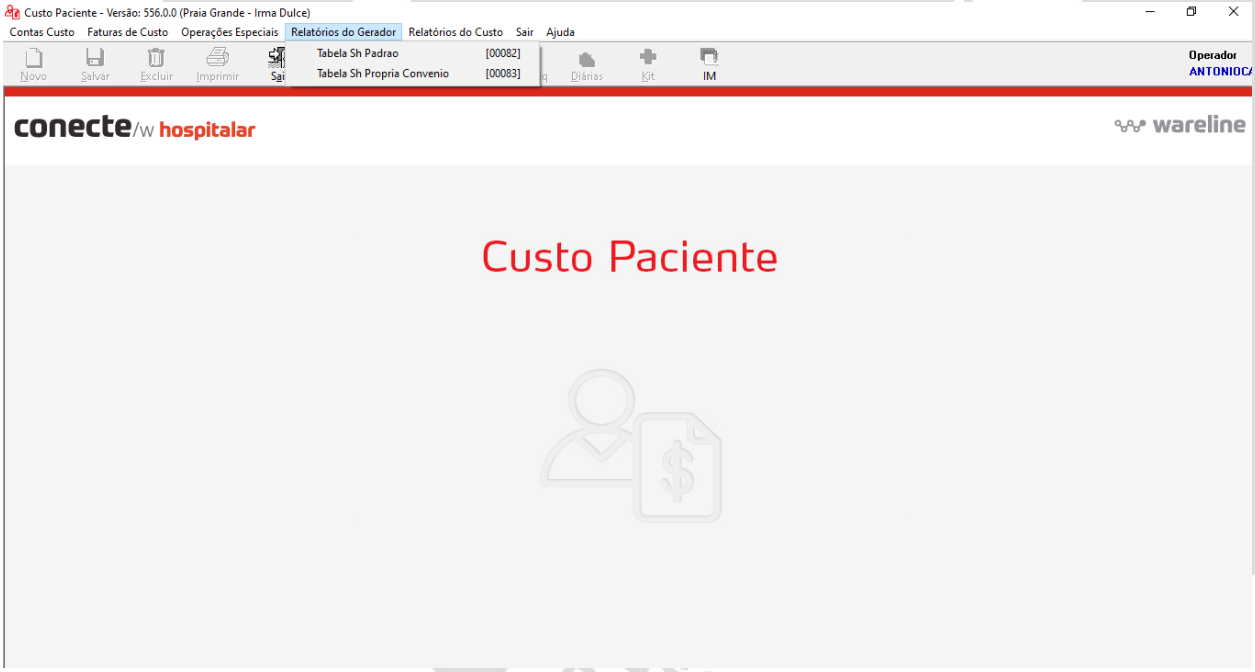
Segue abaixo as telas referenciando o módulo Custo Paciente Sistema Wareline

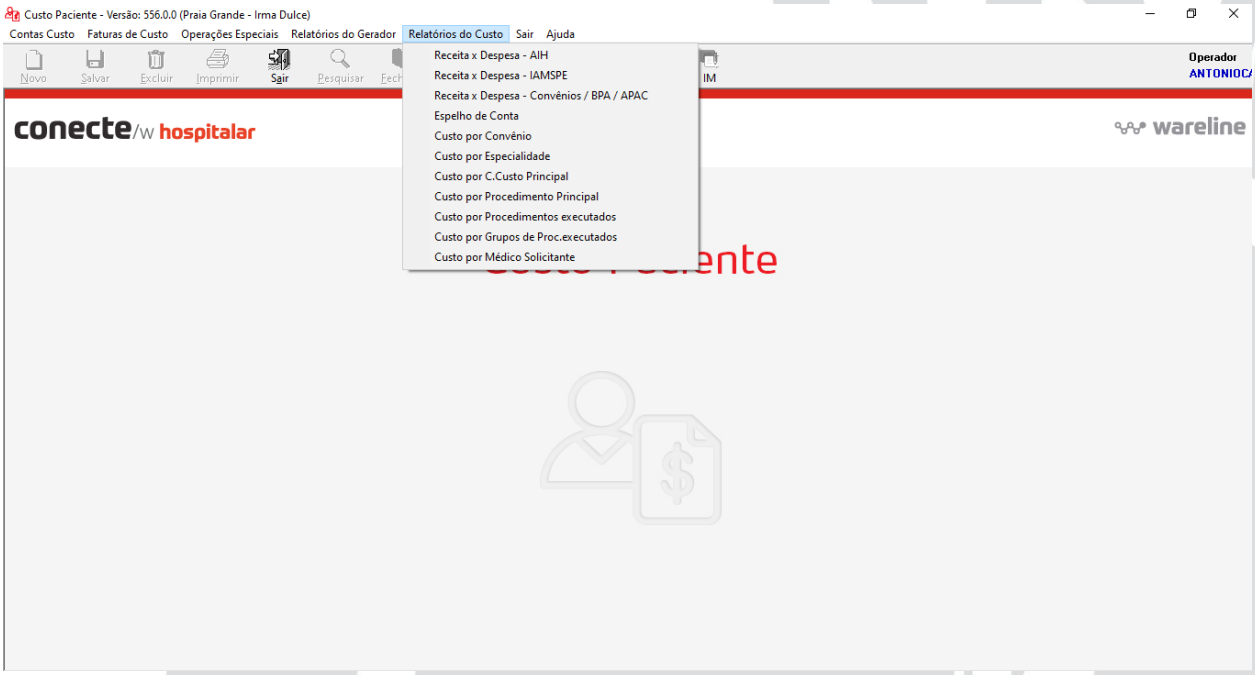




Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina


Custo Paciente - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Contas Custo
Faturas de Custo
Operações Especiais
Relatórios do Gerador
Relatórios do Custo
Sair
Ajuda
Mover Conta p/outra Fatura de Custo
Alterar a Situação das Contas Custo
Atualizar Cobrança Automática / Diárias
Consumo de Paciente -> Produtos e Serviços
Novo
Salvar
Excluir
Puxa Req
Diárias
Kit
IM
Operador
conecte/w hospitalar
wareline
Custo Paciente


Custo Paciente - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Contas Custo
Faturas de Custo
Operações Especiais
Relatórios do Gerador
Relatórios do Custo
Sair
Ajuda
Tabela Sh Padrao [00082]
Tabela Sh Propria Convenio [00083]
Novo
Salvar
Excluir
Imprimir
Diárias
Kit
IM
Operador
conecte/w hospitalar
wareline
Custo Paciente



AIH / SUS

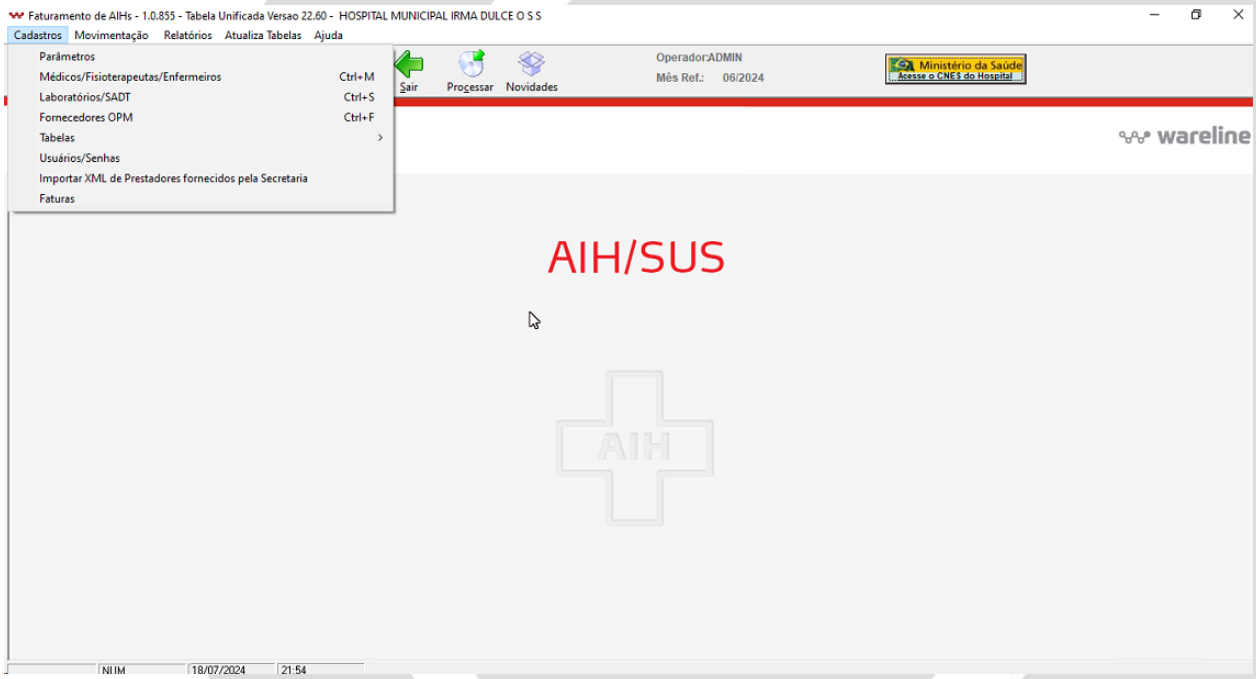
Descrição do Módulo AIH / SUS

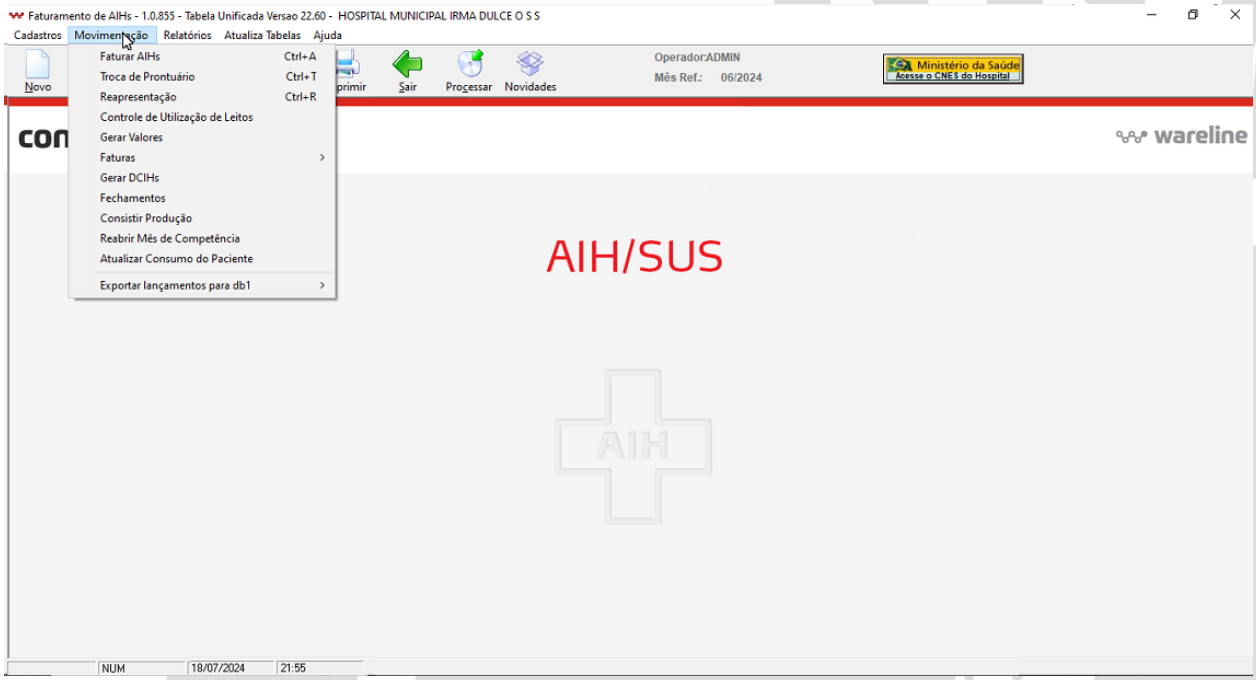
Componentes:

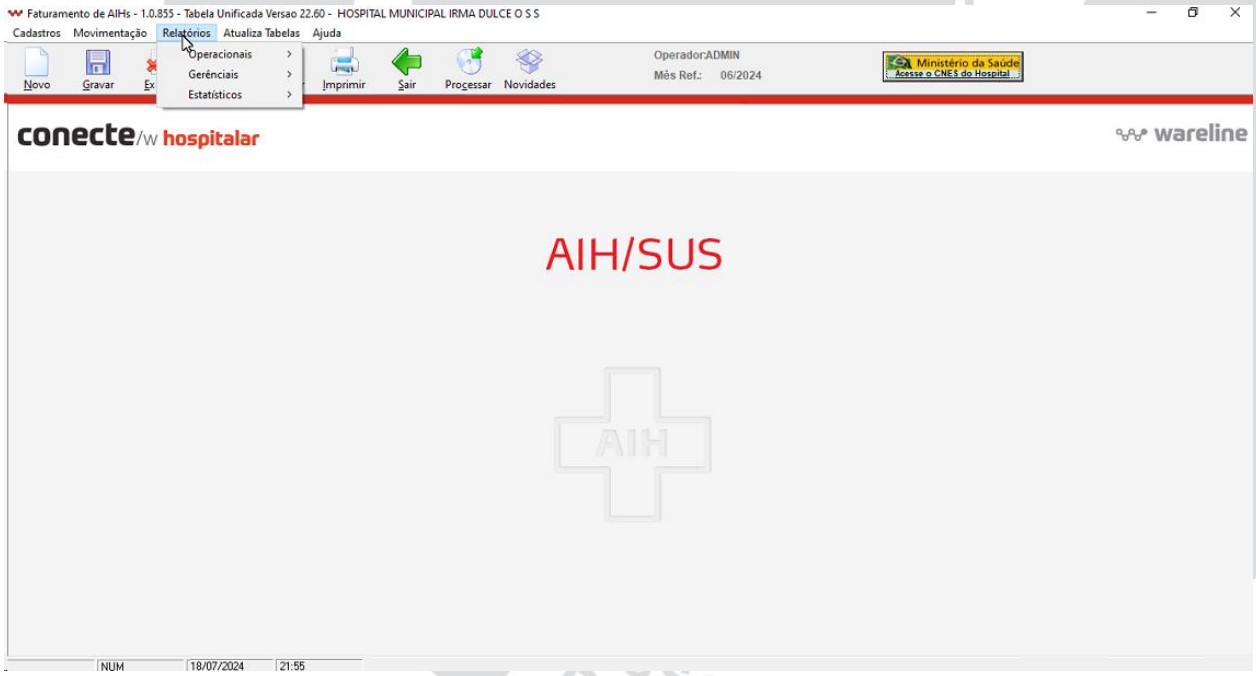
- Faturamento de AIH integrado com as recepções e SADT em interface amigável e multiusuário;
- Geração de arquivo eletrônico para o sistema do governo;
- Processa e concentra todos os procedimentos lançados em conta de acordo com as permissões avaliadas periodicamente baseado no diário oficial garantindo confiabilidade e segurança na geração de arquivo eletrônico para o governo;
- Gerenciamento de permanência Maior automática na conta;
- Controle da gratuidade, teto financeiro e SADT.

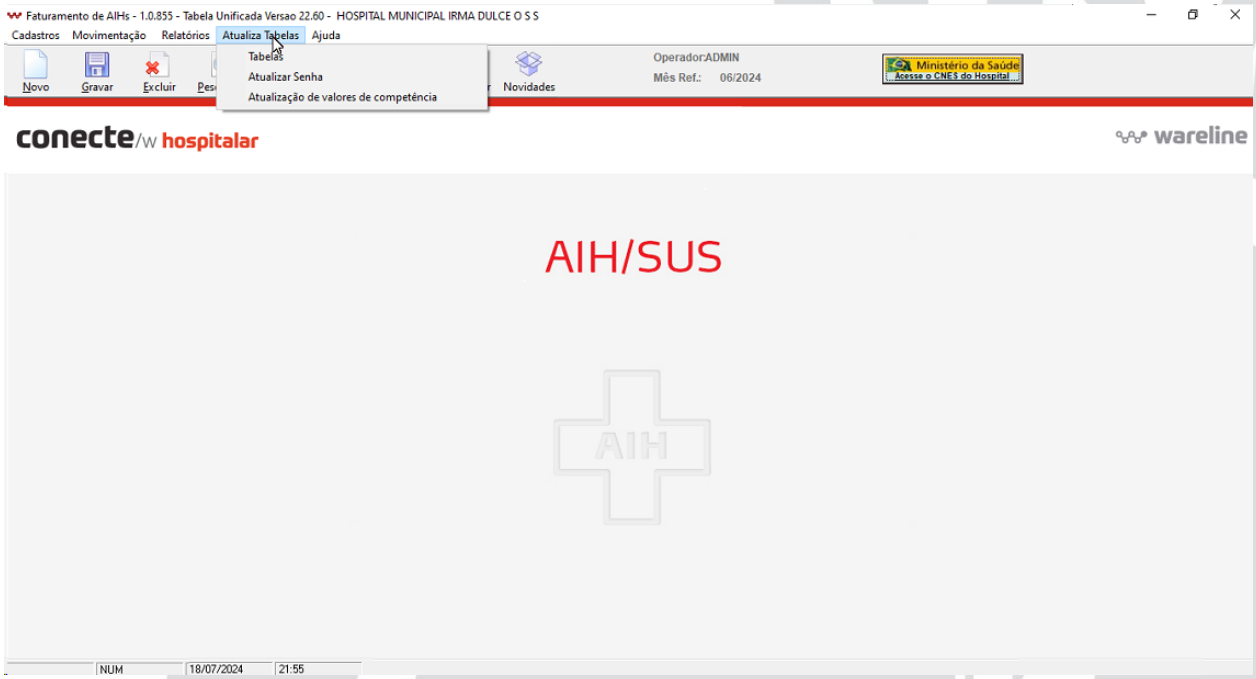
Todos os módulos referentes ao SUS atendem às exigências da secretaria de saúde para o faturamento de pacientes internados, recebem os procedimentos lançados em seus setores de origem e geram integração com o sistema do DATASUS, e permitem o gerenciamento do retorno dos processos e o repasse dos valores faturado.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo AIH/SUS Sistema Wareline.




Faturamento de AIHs - 1.0.855 - Tabela Unificada Versao 22.60 - HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE O S S
Cadastros
Movimentação
Relatórios
Atualiza Tabelas
Ajuda
Faturar AIHs Ctrl+A
Troca de Prontuário Ctrl+T
Reapresentação Ctrl+R
Controle de Utilização de Leitos
Gerar Valores
Faturas
Gerar DCIHs
Fechamentos
Consistir Produção
Reabrir Mês de Competência
Atualizar Consumo do Paciente
Exportar lançamentos para db1
Novo
Sair
Processar
Novidades
Operador:ADMIN
Mês Ref.: 06/2024
Ministério da Saúde
Acesse o CNES do Hospital
wareline
AIH/SUS
NUM
18/07/2024
21:55


Faturamento de AIHs - 1.0.855 - Tabela Unificada Versao 22.60 - HOSPITAL MUNICIPAL IRMA DULCE O S S
Cadastros
Movimentação
Relatórios
Atualiza Tabelas
Ajuda
Operacionais
Gerênciais
Estatísticos
Novo
Gravar
Imprimir
Sair
Processar
Novidades
Operador:ADMIN
Mês Ref.: 06/2024
Ministério da Saúde
Acesse o CNES do Hospital
conecte/w hospitalar
wareline
AIH/SUS
NUM
18/07/2024
21:55



BPA / SUS

Descrição do Módulo BPA / SUS

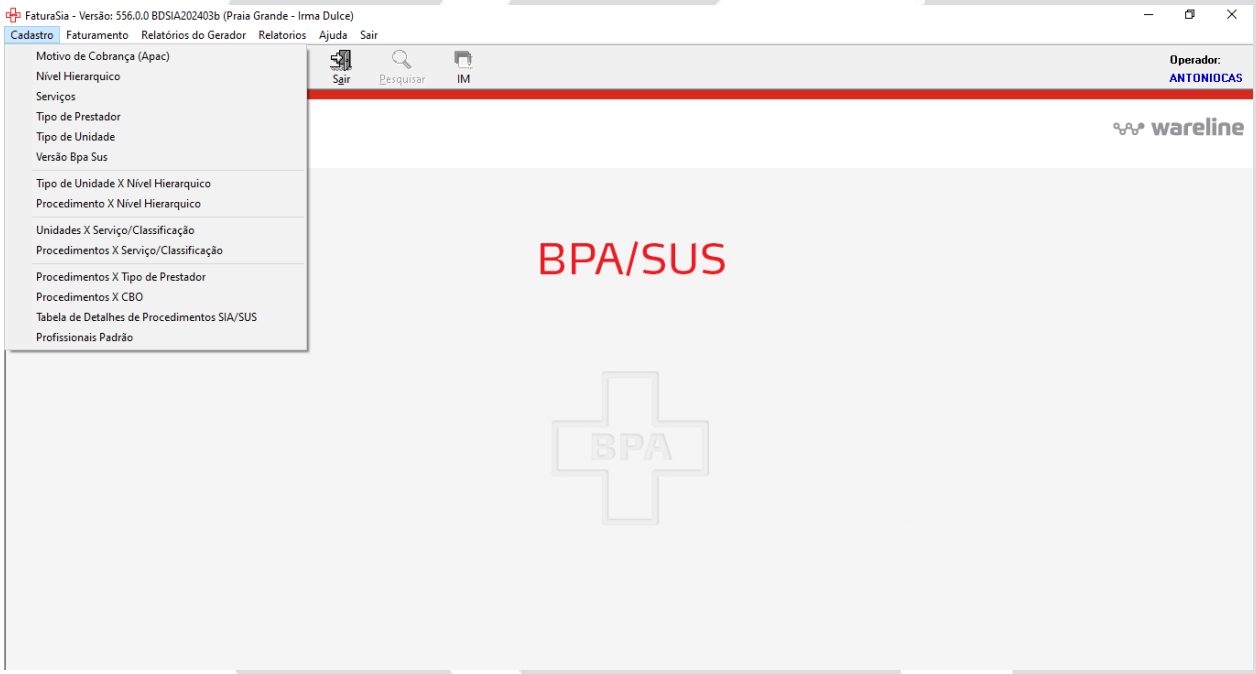
Componentes:

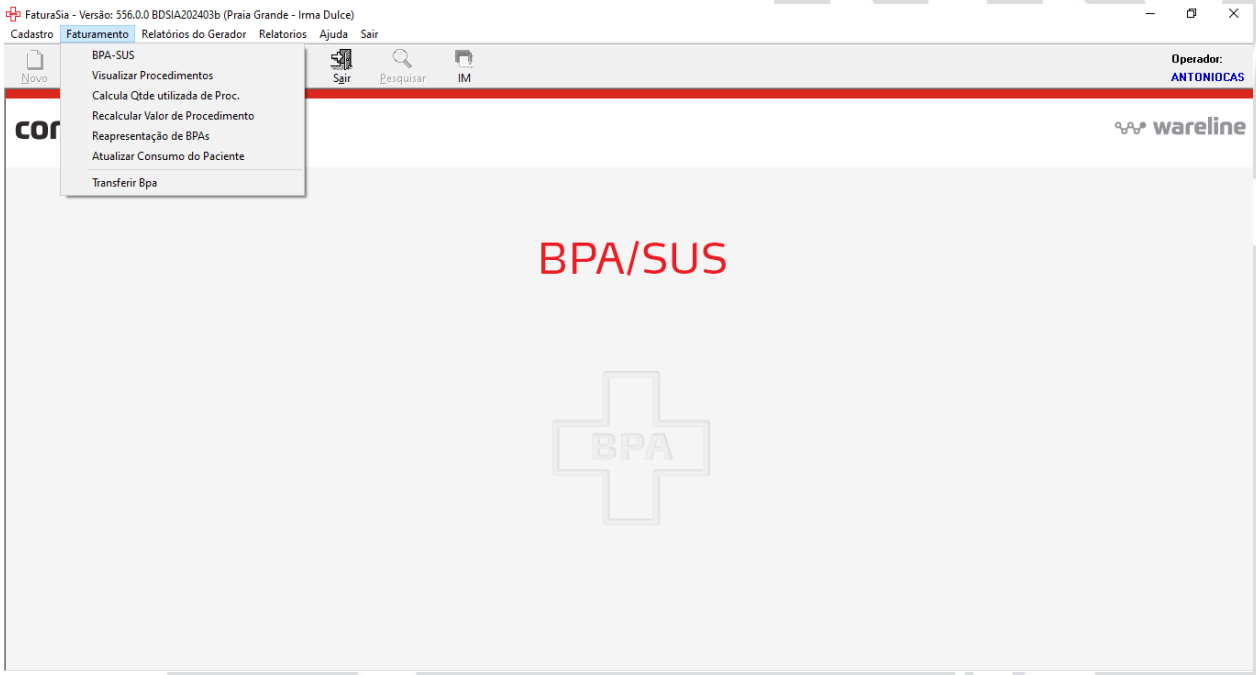
- Faturamento Ambulatorial Individualizado e Consolidado do SUS;
- Transferência automática para o sistema do governo;
- Controle Orçamentário por Procedimento ou Valor;
- Consistência de Procedimentos X CBO;
- Controle de Atendimentos não Faturados;
- Impressão de FPO para controle dos procedimentos digitados, em que comparar o permitido com o que foi digitado;
- Geração de XML (mamografia), para o sistema governo;

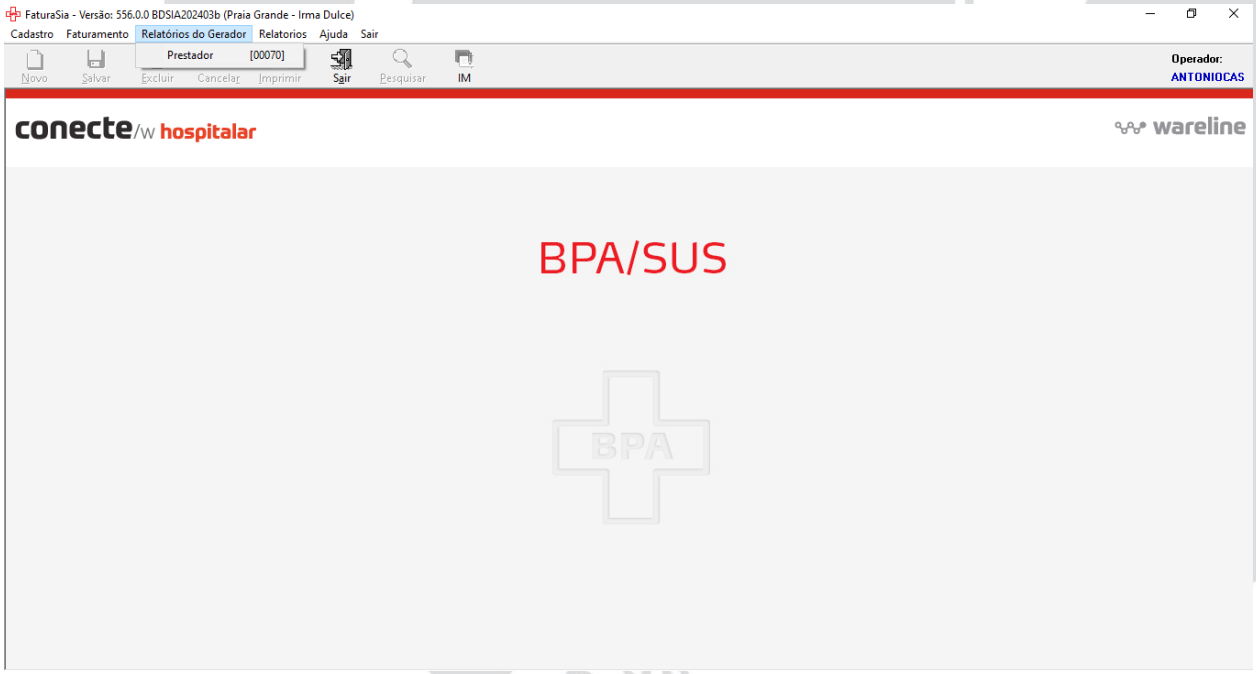
- Busca automática de SADT, cirurgia e cobrança automática.

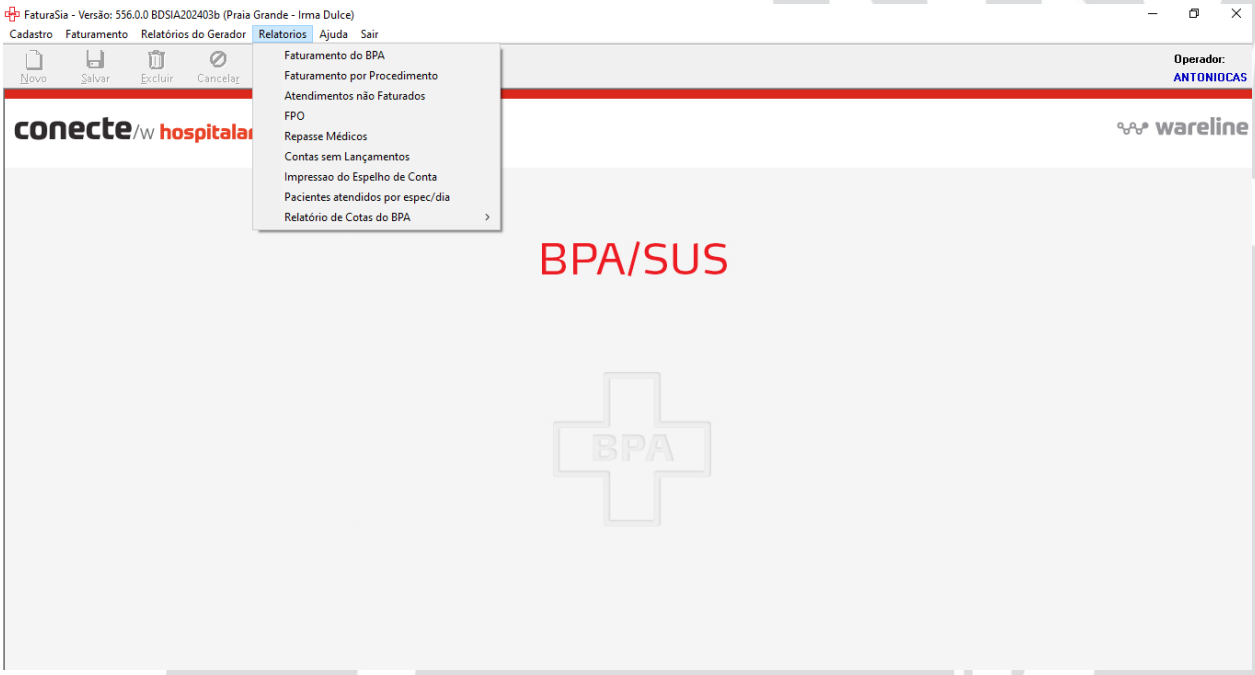
Todos os módulos referentes ao SUS atendem às exigências da secretaria de saúde para o faturamento de pacientes internados, recebem os procedimentos lançados em seus setores de origem e geram integração com o sistema do DATASUS, e permitem o gerenciamento do retorno dos processos e o repasse dos valores faturado.

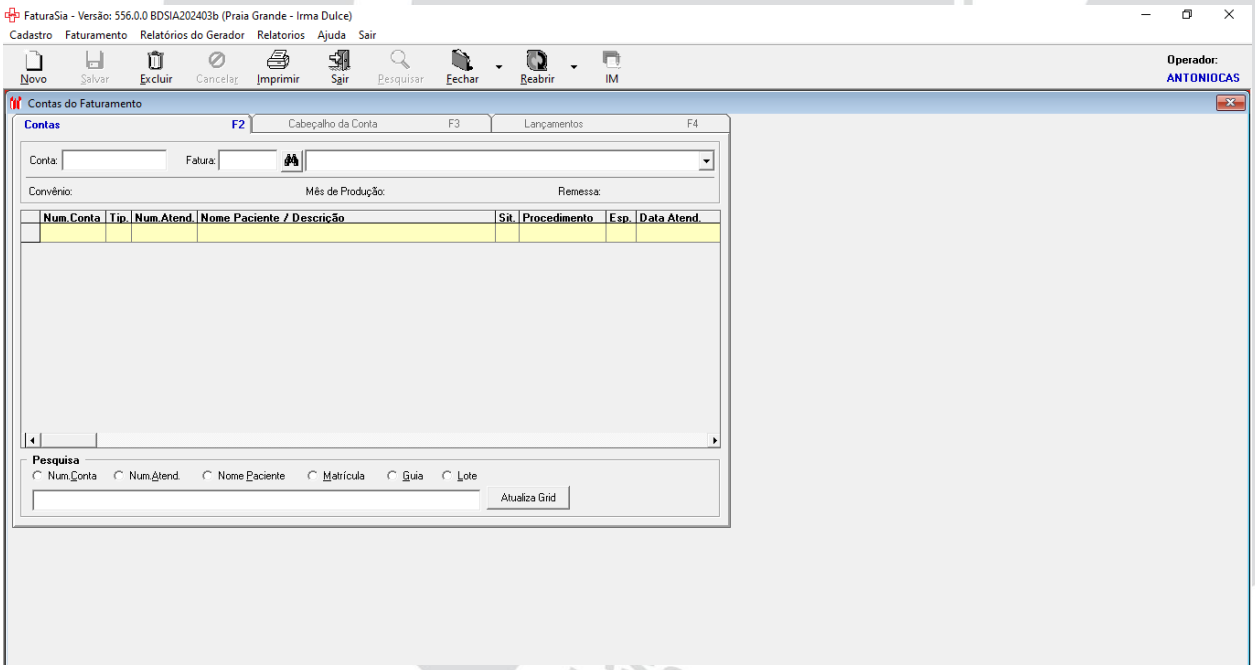
Segue abaixo as telas referenciando o módulo BPA/SUS Sistema Wareline




FaturaSia - Versão: 556.0.0 BDSIA202403b (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastro
Faturamento
Relatórios do Gerador
Relatorios
Ajuda
Sair
BPA-SUS
Visualizar Procedimentos
Calcula Qtde utilizada de Proc.
Recalcular Valor de Procedimento
Reapresentação de BPAs
Atualizar Consumo do Paciente
Transferir Bpa
Novo
Sair
Pesquisar
IM
Operador:
ANTONIOCAS
wareline
BPA/SUS
BPA


FaturaSia - Versão: 556.0.0 BDSIA202403b (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastro
Faturamento
Relatórios do Gerador
Relatorios
Ajuda
Sair
Prestador
[00070]
Novo
Salvar
Excluir
Cancelar
Imprimir
Sair
Pesquisar
IM
Operador:
ANTONIOCAS
conecte/w hospitalar
wareline
BPA/SUS
BPA





Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Custo Hospitalar

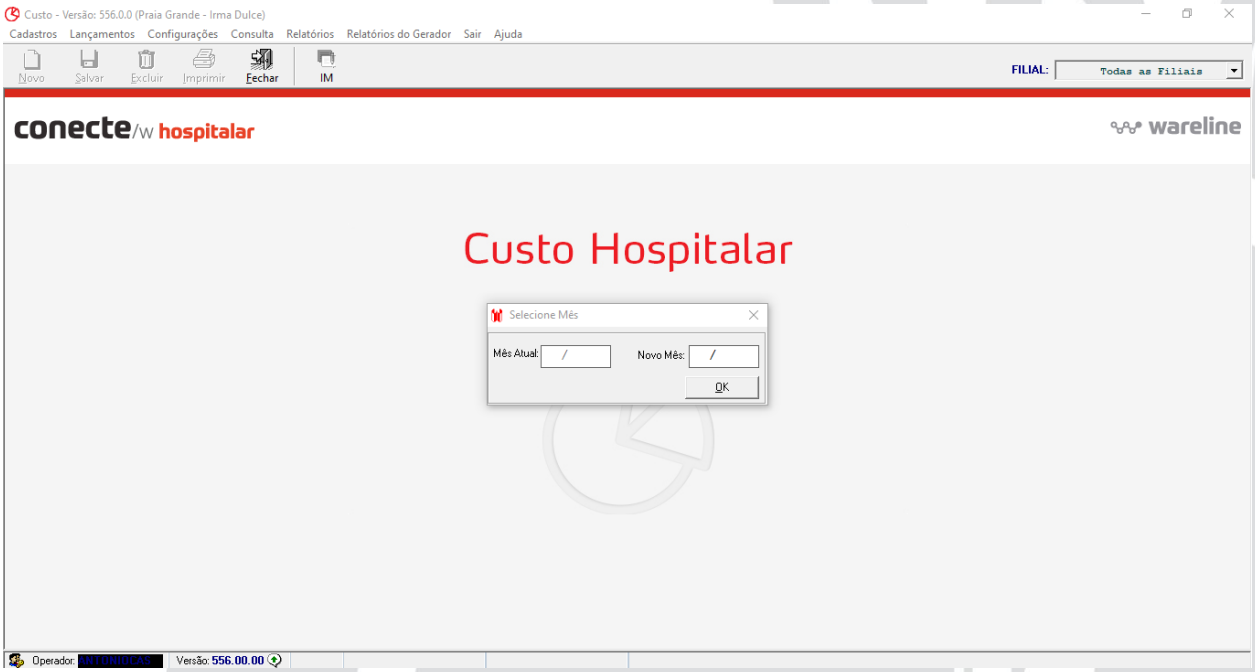
Descrição do Módulo Custo Hospitalar

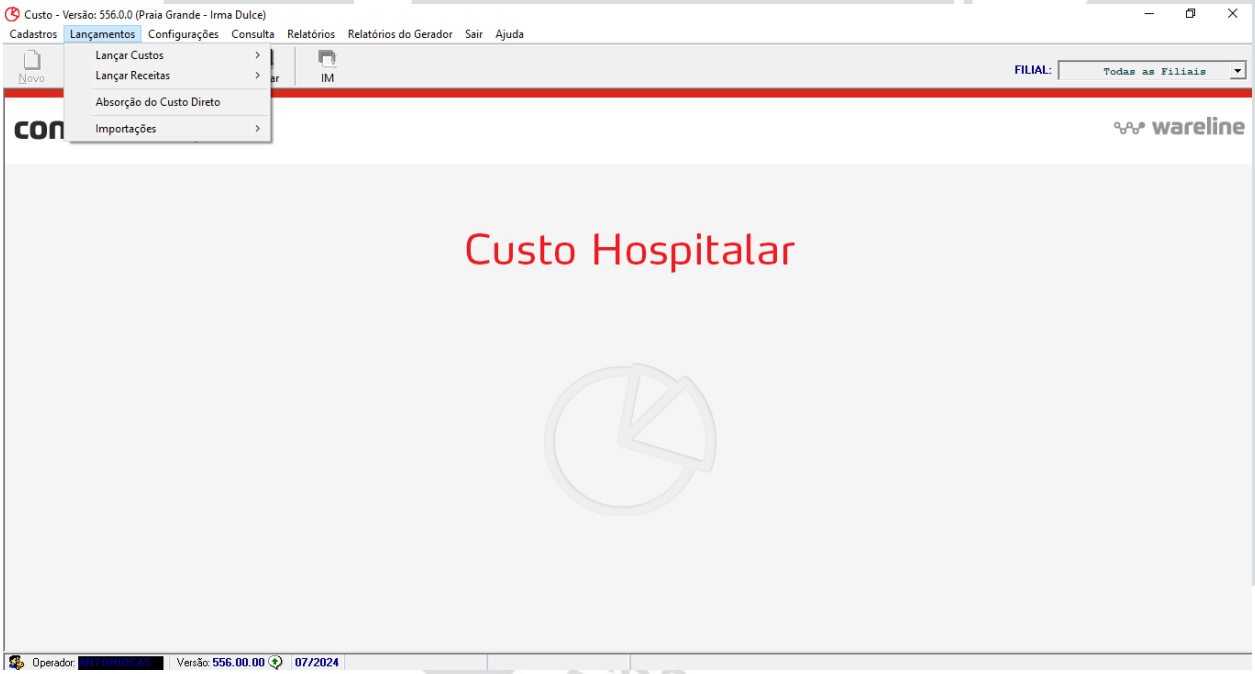
Componentes:

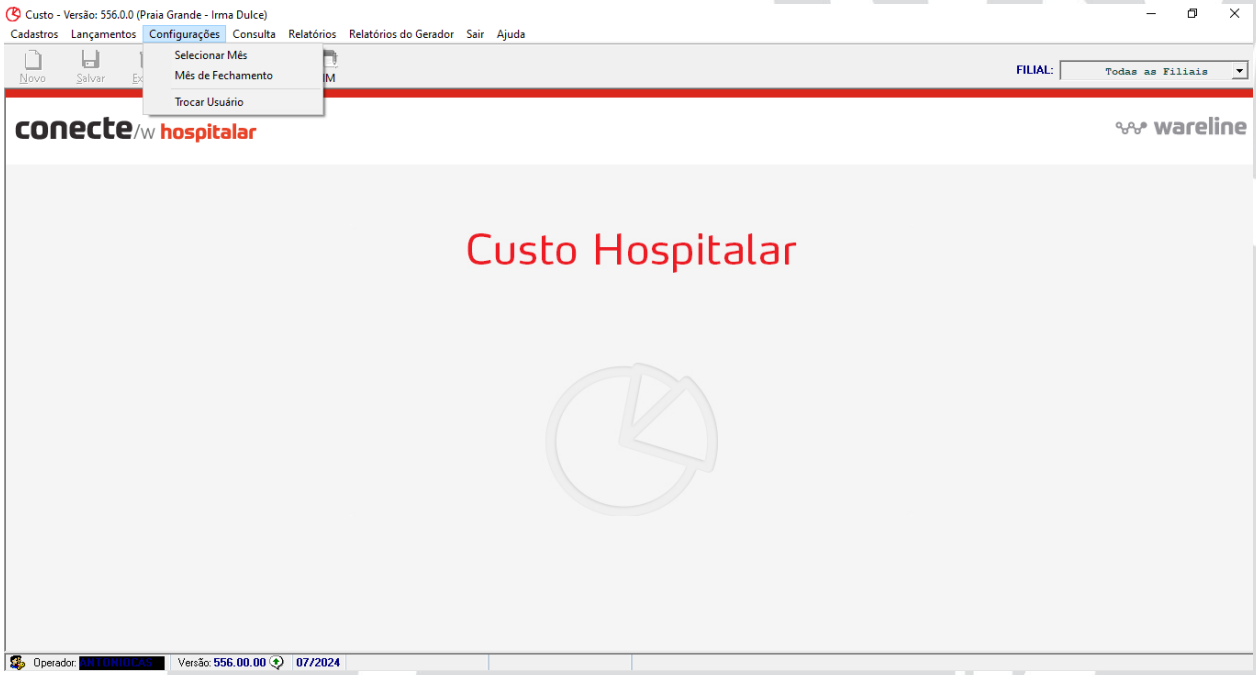
- Configuração de tabelas de rateio parametrizáveis por custo;
- Custo unitário, custo por centro de custo, custo das diárias etc;
- Apuração dos custos pelo Sistema de custeio por absorção, apresentando o relatório final dos custos diretos e indiretos por centros de custos e relatórios comparativos;
- Comparativo de Receitas e Despesas por Centro de custo, mostrando onde o Hospital é Deficitário ou Superavitário;

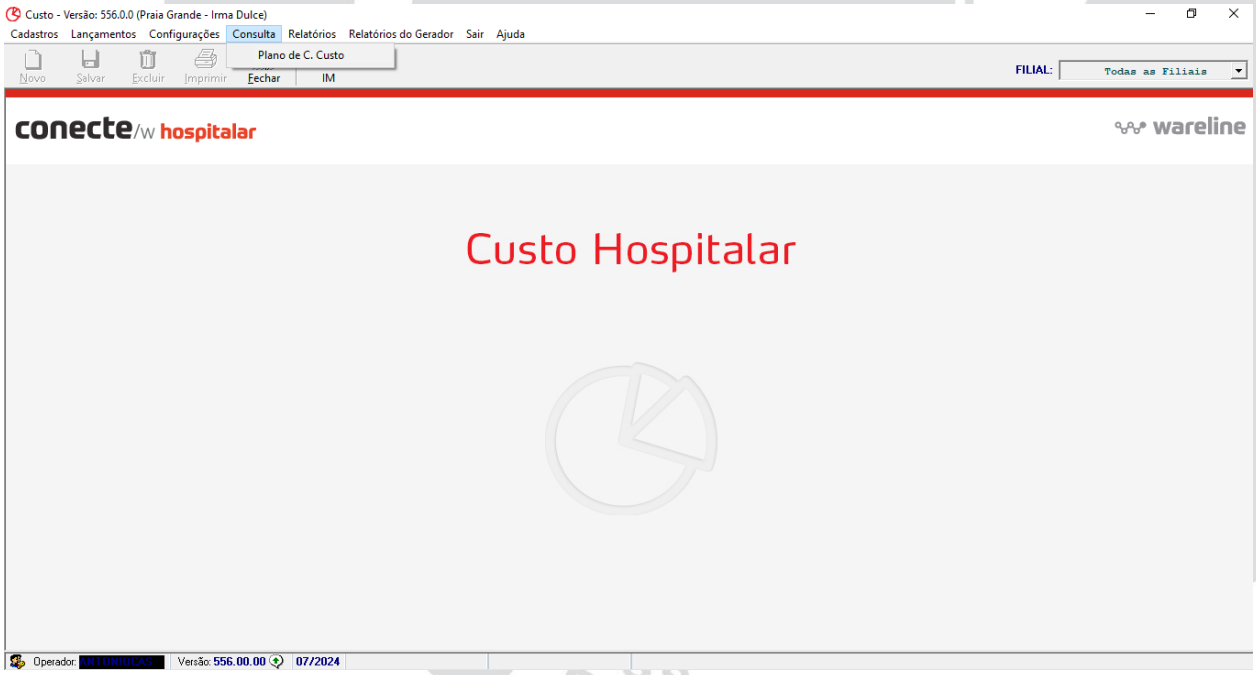
Integrado com os módulos de Atendimentos, SADT, Estoque, Centro Cirúrgico, Faturas, Financeiro, Patrimônio e Manutenção.

Segue abaixo as telas referenciando o módulo Custo Hospitalar Sistema Wareline.

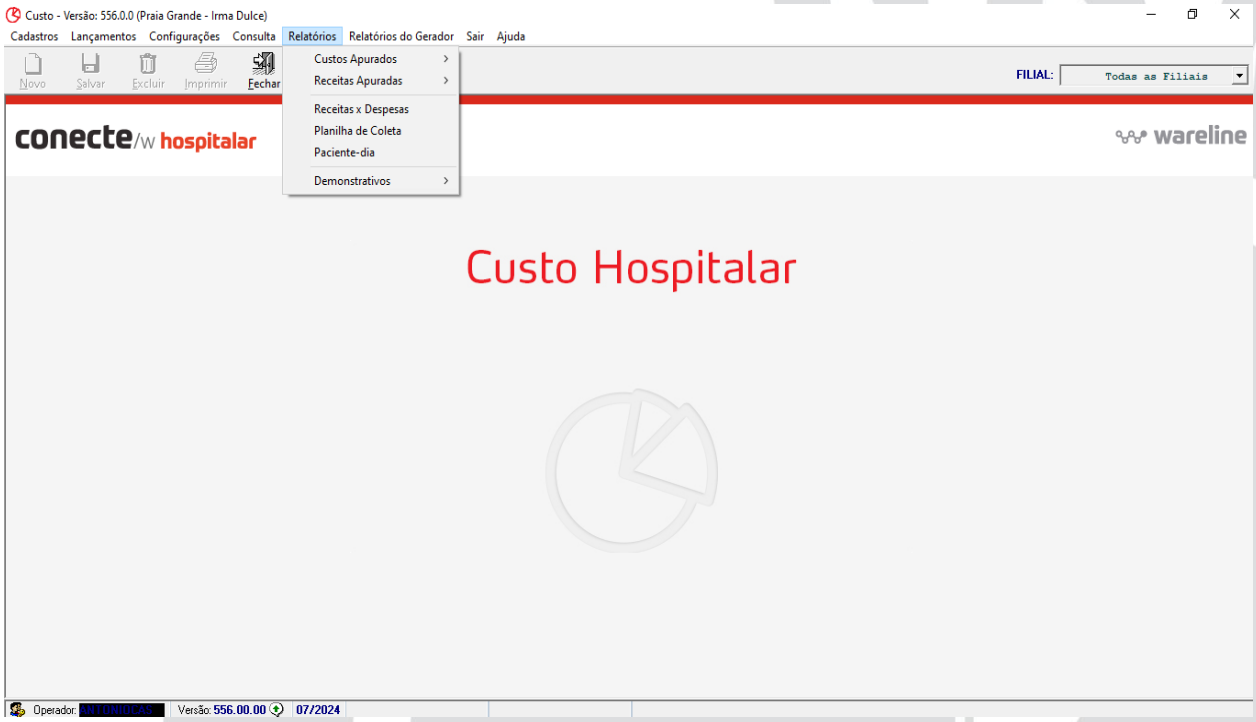

Custo - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Lançamentos Configurações Consulta Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar IM
FILIAL: Todas as Filiais
conecte/w hospitalar
wareline
Custo Hospitalar
Selecione Mês
Mês Atual: /
Novo Mês: /
OK
Operador:
Versão: 556.00.00

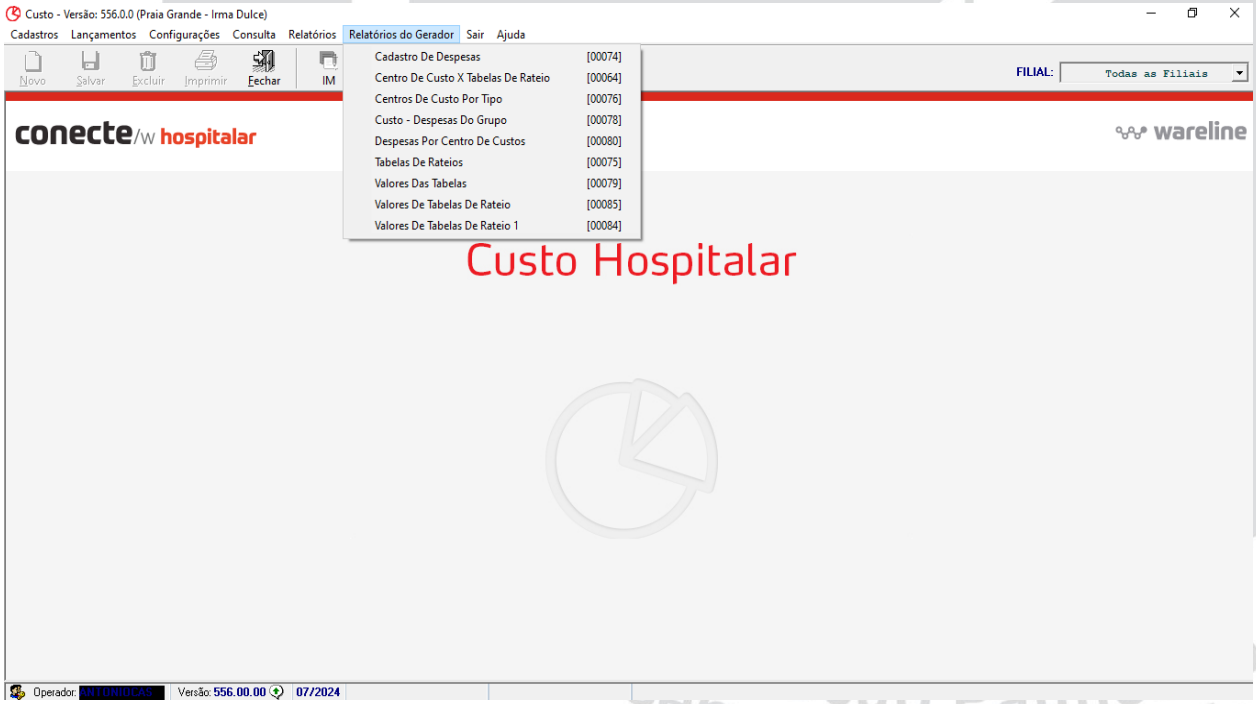

Custo - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Lançamentos Configurações Consulta Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Lançar Custos
Lançar Receitas
Absorção do Custo Direto
Importações
Novo IM
FILIAL: Todas as Filiais
wareline
Custo Hospitalar
Operador:
Versão: 556.00.00
07/2024





Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina


Custo - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Lançamentos Configurações Consulta Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar
Custos Apurados
Receitas Apuradas
Receitas x Despesas
Planilha de Coleta
Paciente-dia
Demonstrativos
FILIAL: Todas as Filiais
conecte/w hospitalar
wareline
Custo Hospitalar
Operador:
Versão: 556.00.00
07/2024


Custo - Versão: 556.0.0 (Praia Grande - Irma Dulce)
Cadastros Lançamentos Configurações Consulta Relatórios Relatórios do Gerador Sair Ajuda
Novo Salvar Excluir Imprimir Fechar IM
Cadastro De Despesas [00074]
Centro De Custo X Tabelas De Rateio [00064]
Centros De Custo Por Tipo [00076]
Custo - Despesas Do Grupo [00078]
Despesas Por Centro De Custos [00080]
Tabelas De Rateios [00075]
Valores Das Tabelas [00079]
Valores De Tabelas De Rateio [00085]
Valores De Tabelas De Rateio 1 [00084]
FILIAL: Todas as Filiais
conecte/w hospitalar
wareline
Custo Hospitalar
Operador:
Versão: 556.00.00
07/2024

ESCOPO SISTEMAS DE GESTÃO HOSPITALAR – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO – SISTEMA CONECTE/W (WARELINE)

1. Objetivo

O presente documento visa apresentar uma solução de prontuário eletrônico que contemple todo processo assistencial, administrativo e estatístico no âmbito da emergência, observação e internação do paciente dentro do Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID, localizado na Rua Dair Borges, 550, bairro Boqueirão, na Estância Balneária de Praia Grande/SP, CEP 11.701-210.

2. Apresentação

O objetivo maior para este projeto é o uso da tecnologia da informação, visando melhorar a qualidade dos serviços em saúde e do dado que é gerado, através de uma solução robusta de prontuário eletrônico, que atenda aos pontos elencados neste escopo através de uma interface coerente à dinâmica do atendimento de emergência/urgência e garantindo de forma concomitante a eficiência, qualidade, integralidade e humanização dos serviços e dados inseridos.

3. Definições

Para a realização do projeto serão necessárias algumas ações básicas no que se refere à integridade do sistema pela CONTRATADA, conforme abaixo:

a. Disponibilizar uma solução completa, que atenda aos requisitos deste escopo viabilizando os recursos necessários para a correta operação do sistema no Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID.

b. A empresa proponente deve garantir que o serviço prestado em sua totalidade, desde o fornecimento do software, profissionais atuantes, servidores e unidades de armazenamento estejam em rigorosa conformidade com a legislação vigente sobre Proteção de Dados Pessoais e com as determinações de órgãos reguladores/fiscalizadores sobre a matéria, em especial, a Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), e, em hipótese de descumprimento, aplicam-se as sanções previstas na LGPD.

c. A empresa proponente compromete-se a restringir o acesso aos Dados Pessoais decorrentes do presente contrato aos profissionais envolvidos nas atividades, assim como quaisquer processos decorrentes desse, com atuação condicionada ao conhecimento prévio e estrita observância das obrigações e condições determinadas na LGPD.

d. A empresa proponente deve comprometer-se a armazenar Dados Pessoais em banco de dados seguro, protegidos por usuário e senha, e, quando em meio físico, devidamente armazenados, com controle e registro de acesso, devendo ser armazenados pelo tempo necessário, conforme diretrizes das áreas competentes, sendo observadas as hipóteses de conservação conforme art. 16 da LGPD.

e. A empresa proponente deve notificar a Contratante, em até 05 (cinco) dias úteis a partir do conhecimento do incidente, sobre qualquer ocorrência de vazamento de Dado Pessoal que esteja sob sua guarda, assim como tomar as medidas razoáveis para investigar, remediar e mitigar os efeitos do Incidente.

f. A solução deve garantir a confidencialidade e a privacidade sobre determinado conjunto de parâmetros clínicos. Em cada tela de registro de informação tem que ser possível identificar os parâmetros ditos confidenciais, o que implica que apenas o usuário com a categoria profissional autorizada possa realizar consulta às informações.

g. A Contratante assumirá o papel de Controladora dos dados pessoais, nos termos do inciso VI, do art. 5º da LGPD, sendo a mesma exclusivamente responsável sobre o inteiro teor do conteúdo publicado, devendo observar a legislação vigente, inclusive a LGPD; e a Contratada assumirá o papel de Operadora dos dados pessoais, nos termos do inciso VII, do art. 5º da LGPD, em nome da Controladora.

h. Desejável ter certificação vigente padrão mínimo NGS2 emitido pela SBIS - Sociedade Brasileira de Informática em Saúde / CFM - Conselho Federal de Medicina. Caso não possua a certificação, a empresa proponente deve garantir que a solução apresentada atenda aos Requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 do documento *Requisitos para Certificação de S-RES > PEP > Pronto Atendimento Versão 5.2*. Os requisitos e o processo para esta avaliação estão descritos e detalhados em (http://www.sbis.org.br). A empresa proponente deve informar as medidas tomadas para obtenção desta certificação para a solução apresentada como proposta deste escopo. Imprescindível informar quais os requisitos não estão em conformidades, bem como quais as ações e prazos para adequação.

i. Os requisitos deste escopo que não tenham solução pronta deverão ser devidamente descritos através de um relatório e apresentado para deliberação da Comissão de Avaliação do Prontuário Eletrônico do Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID. Deverá ser informado neste relatório o prazo de atendimento.

j. Deverão informar o valor da hora de desenvolvimento para atendimento de novas solicitações que surjam e que não estejam descritas neste escopo. Devem considerar o prazo máximo de 90 dias para entrega das implementações que venham a ser solicitadas.

k. Planejar as atividades referentes à implantação dos sistemas, apresentação do projeto, configuração e parametrização dos sistemas de informação, capacitação dos usuários e multiplicadores de conhecimento. O cronograma de implantação não pode exceder a 180 dias de execução.

l. Disponibilizar equipes de profissionais capacitados, com expertise no processo de implantação e operacionalização dos sistemas de informação no Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID que devem atuar in loco. Disponibilizar manuais ou canais de treinamento para utilização do prontuário eletrônico atualizados constantemente.

m. Disponibilizar manutenção e suporte completos de todos os serviços contemplados neste projeto através de suporte via telefone, sistema de chamados e de forma presencial em horário comercial. Disponibilizar canal de atendimento sobreaviso, que possa ser acionado via e-mail, help desk ou telefone especialmente nos horários que não haverá atendimento in loco.

A CONTRATADA deverá garantir a disponibilidade do sistema obedecendo a um SLA (Service Level Agreement) de no máximo 2h (duas horas) para resolução dos problemas de paralisação do sistema, seja por questões de infraestrutura ou software e desde que motivados por responsabilidade da CONTRATADA. Excluem-se os casos de problemas causados por motivos alheios como problemas de infraestrutura relativos a quebra ou instabilidade de energia elétrica que causem avaria ou provoquem mecanismos de recuperação no sistema como por exemplo, recuperação RAID.

n. Devem garantir que os módulos executados no Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID do prontuário eletrônico sempre estejam devidamente atualizados, salvo expresso formalmente que a atualização não deve ser aplicada no ambiente deste Complexo. Antes de executar as atualizações devem informar através de releases quais sãos as melhorias e os possíveis impactos.

o. Criar rotinas de integração e/ou interfaces com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde como BPA, SISAIH, CNES, CADSUS, e do Município da Estância Balneária de Praia Grande. Além de garantir qualquer integração que se faça necessária para a rede de atenção à saúde municipal e com os sistemas da SPDM. Ex.: Farmácia, almoxarifado e etc.

p. Criar rotinas de integração e/ou interfaces com os sistemas de laboratório, imagem e outros.

q. Permitir a execução do programa através de tablets ou computadores conectados à rede da unidade;

r. Assegurar à Secretária de Saúde do Município da Estância Balneária de Praia Grande o acesso irrestrito e em tempo real aos sistemas informatizados a serem utilizados caso seja necessário.

s. Disponibilizar relatórios, dashboard, BI com informações precisas permitindo a emissão de dados e variáveis do sistema em qualquer tempo para apresentação dos indicadores e prestações de contas para Secretária de Saúde do Município da Estância Balneária de Praia Grande e ainda relatórios que venham ser solicitados pela SPDM.

t. Deverá efetuar a migração dos dados do atual prontuário eletrônico para o novo prontuário contratado.

u. Garantir a execução de rotinas de backup e restore.

v. A empresa deverá utilizar em seus sistemas banco de dados relacional.

w. Em caso de rompimento de contrato a empresa deverá disponibilizar para a SPDM cópia do banco de dados com o dicionário de dados.

x. Deverá disponibilizar também aplicativo de consulta ao prontuário eletrônico e aos relatórios utilizados, inclusive após a rescisão do contrato caso venha acontecer.

y. A empresa deverá descrever a logística de armazenamento das informações do sistema.

z. A empresa deverá oferecer Datacenter em nuvem e/ou servidor local com banco de dados relacional para armazenamento das informações do sistema

aa. Gerenciamento de profissionais usuários do Sistema (Adicionar Profissional / Usuário do Sistema, Redefinir Senha do Usuário, lotar um profissional, outras opções para um Profissional);

bb. Permitir a emissão de documentos assistenciais conforme padrão da SMS (ex: atestados, receituários, requisições de exames, etc...)

Informatização para o Fluxo do Paciente no Complexo Hospitalar Irmã Dulce - CHID

O sistema para informatização do atendimento do paciente, extração de relatórios estatísticos e gerenciais a ser implantado no Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID deverá atender aos fluxos baseados em classificação de risco, pronto atendimento, agendamento de follow up, internação de pacientes, prontuário eletrônico, prescrição eletrônica, faturamento sus e etc. O sistema também deverá ser integrado com equipamentos eletrônicos (totens/tablets) para registro da pesquisa de satisfação do usuário, gerenciamento de filas de espera e painéis chamadores.

I. Recepção

O módulo deve ofertar recursos e ferramentas para o preenchimento correto do cadastro e da ficha de atendimento, validando se os dados delineados como obrigatório estão corretamente preenchidos (negar entradas genéricas, tais como “0000000”).

Deve oferecer ferramenta para busca rápida no cadastro de um determinado paciente e seus dados, por exemplo: nome, CPF, nome da mãe, data de nascimento, prontuário e CNS.

Deve registrar alteração de dados essenciais (por ex: endereço do usuário) e registrar a data e usuário que a realizou, sendo de fácil consulta pelo gestor. Deve viabilizar a importação de dados do cadastro CadWebSUS/CPF e ser integrado com o cadastro único de pacientes (CNS/CPF).

Deve diferenciar no momento inicial do cadastro o paciente com documento e sem documento. Deve emitir etiquetas de identificação com os dados cadastrais do paciente para identificação rápida.

Deve emitir alerta no caso de homônimos e/ou duplicados.

Deve permitir a captura de fotografia do paciente e a associação ao seu cadastro.

Permitir cadastramento provisório de paciente, no caso de cadastro de emergência, sinalizando que o cadastro deve ser completado posteriormente alertando ao usuário toda vez que ele logar, bem como emitir tais informações ao gestor do setor via SMS e E-mail.

Permitir o cadastro de endereço por CEP e/ou endereço, importando dados oficiais, como Correios e sistemas municipais, garantindo que essa base seja sempre mantida atualizada, não apenas efetuando durante a implantação, mas durante todo tempo firmado no Contrato.

Possibilitar o cadastro do nome civil e social do paciente possuindo interfaces com os módulos do sistema.

Através de telas simples e ágeis, o módulo deverá permitir o cadastro dos dados do paciente e da ficha de atendimento, bem como emissão de declarações de horas, termo de responsabilidade e outros, permitindo a parametrização destes.

Deve ter campo para o registro dos dados do responsável/acompanhante pelo paciente (nome, CPF, grau de parentesco, telefone de contato e endereço).

Deve gerar a identificação do paciente com pulseira com código de barras.

O sistema deverá permitir controlar o processo de visitas e acompanhantes dos pacientes internados, emitindo crachás (etiquetas de identificação e pulseiras) e registrando informações sobre o visitante e indicando horário de entrada e saída do mesmo - obrigatório cadastro com foto.

Deve viabilizar a consulta de forma prática e fácil dos visitantes, acompanhantes tanto de pacientes como de setores.

O sistema deverá controlar o número máximo de visitas permitido para cada paciente.

Realizar o cadastro eletrônico de entrada de pessoas, com caracterização de nome, número do documento identificador, endereço, data e hora da entrada e unidade de trabalho de destino, terceirizado, fornecedor (prestador de serviços, representante, entregador, etc), registrando a categoria e organização vinculada.

Permite a configuração de visitantes por número / turno / paciente.

Possibilitar visualização de consultas (revisão e follow up) e procedimentos agendados, além dos pacientes internados no dia.

Entre os relatórios a serem disponibilizados referente ao processo de cadastro ofertar o recurso de envio automático por e-mail dos cadastros incompletos separar por recepcionistas, por Dia/Mês/Ano listando as pendências.

Disponibilizar relatório de pacientes cadastrados, e filtros por usuário que cadastrou, dia/mês/ano; visitas realizadas para os pacientes; acompanhantes que se encontram na unidade e/ou que não registraram saída.

O sistema deverá emitir listagem dos pacientes internados de cada clínica/andar, contendo a localização do paciente na unidade, visando facilitar o processo de visita.

Deverá permitir a abertura de solicitação de movimentação de pacientes (SMP), por maqueiros. Formulário deverá conter dados do solicitante: Nome do solicitante,

setor e matrícula; dados do paciente: nome, data de nascimento, leito, origem/destino, opção locomoção (maca/cadeira) e criticidade do chamado, mediante avaliação do estado clínico do paciente. Deve permitir estabelecer o SLA conforme critérios de prioridades dos atendimentos a ser definidor pelo gestor (referente a ordem de atendimento das solicitações de remoções de alta, realização de exames, movimentação de leitos). Ao final, deverá gerar número de protocolo onde será possível acompanhar andamento da solicitação. O chamado deverá ser associado a um maqueiro para início do atendimento e finalizado pelo próprio solicitante. Deve viabilizar relatórios de atendimentos realizados por maqueiros (dia/mês/ano); de movimentação por local e turno; tempo médio de atendimento (dia/mês/ano).

II. Classificação de risco

O módulo do sistema para atendimento na classificação de risco do paciente deverá ser baseado no protocolo de MANCHESTER (Protocolo Municipal preconizado), com a possibilidade de adequações na extração de dados dos resultados gerados conforme Indicadores previstos no Contrato de Gestão (permitindo cadastrar os parâmetros como pressão arterial, frequência e ritmo de pulso, temperatura, glicemia, saturação de O2, escala de dor, escala de coma de Glasgow, frequência respiratória, glicemia capilar, dilatação uterina, contrações uterinas, BCF), com possibilidades de adaptações pela unidade e/ou utilização de outros protocolos.

A ferramenta deverá permitir registrar e tomar decisões de maneira rápida e precisa, deve viabilizar a integração dos dados como monitor multiparâmetro e glicosímetro. Manter o registro de todas essas informações integrado com o prontuário eletrônico do paciente o objetivo de melhorar o tempo de atendimento aos pacientes mais graves.

O módulo de classificação deverá ser capaz de avaliar e registrar graus de risco com ênfase em cores e tempos, destinos (interno-externos) baseado na gravidade, permitir o registro de novas classificações para o mesmo atendimento mantendo sempre o registro de usuário data e hora que as informações foram incluídas.

Deve permitir gerar a identificação do paciente com pulseira com código de barras. Deve gerar relatórios de produtividade por profissional e classificações realizadas.

Deve permitir inserir informações sobre alergias, informando tipo de alergia e severidade na admissão do paciente.

Deve permitir inserção de informações de agravos de notificação compulsória, incluindo dados obrigatórios conforme ficha de notificação/ investigação.

Permitir cadastrar as prioridades clínicas, discriminadores, e fluxogramas de decisão do Protocolo de Manchester e para os casos de saúde mental e obstetrícia.

Deve permitir ao usuário definir o protocolo da unidade, controle de processo, bem como a definição do perfil do atendimento que está ocorrendo, possibilitando ao profissional classificar o grau de urgência dos pacientes.

Permitir pesquisar / reimprimir classificações realizadas; realizar o registro da classificação de risco de forma retroativa; reclassificação do paciente, com possibilidade de mudança de discriminador e/ou prioridade clínica da classificação, sem perder o histórico de classificações anteriores em um mesmo atendimento, e registrando o usuário e data e hora de cada classificação.

Deverá ter campo para indicar que o paciente não respondeu ao chamado, e assim retornar com ele para a fila de pacientes pendentes.

Permitir a visualização dos pacientes classificados e seu devido encaminhamento (aguardando atendimento, aguardando coleta de exames,

aguardando resultado de exames, aguardando medicação, aguardando alta, redirecionamento para atenção básica).

O sistema deverá possibilitar avaliação em tempo real dos indicadores:

- Tempo da chegada do paciente (retirada da senha) até o início da classificação de risco
- Tempo da duração da classificação de risco (hora início da classificação e hora fim da classificação)
- Tempo entre o fim da classificação x chamada e início do atendimento médico
- Tempo do início do primeiro atendimento médico até a tomada de decisão clínica, a partir de tela de monitoramento em tempo real com alertas no caso de excedentes do tempo ideal cadastrado, e/ou a partir de relatórios de período definido pelo usuário do sistema.

Gerar relatório e gráfico de classificações de risco por prioridade clínica realizadas; reclassificação; de redirecionamento para unidade básica de saúde; de produtividade por profissional.

Emissão de relatórios estatísticos e gerenciais de atendimento por período, prioridade.

O sistema deverá enviar alertas ao gestor local via e-mail ou SMS, quando um determinado indicador não atingir a meta;

Permitir inserção de informação da plataforma do trauma;

Permitir Integração dos Protocolos Gerenciados: Protocolo de Sepse, Protocolo de IAM, Protocolo de AVC.

III. Pronto atendimento (P.S)

O modulo do sistema para atendimento ao tratamento de urgências deverá ser capaz de dar agilidade no registro e atendimento de pacientes não agendados.

Deverá ter painel multimídia de chamada do paciente por nome para a classificação de risco e para o atendimento médico, informando o local que será atendido.

Com base na Classificação de Risco, ordenar o atendimento pelo grau de urgência Clínica definido na classificação de risco do paciente.

Através de telas simples e ágeis, otimizando o processo da assistência e induzindo a inserção correta dos dados.

O módulo de atendimento deverá permitir a emissão de fichas de atendimento, receituários, atestados, termos, e integrar o processo de recepção, médico, enfermagem, farmácia e exames.

O médico deverá visualizar a classificação da triagem do paciente através de cores pré-definidas do Protocolo de Manchester e tempo de espera. Permitir o filtro de exames possíveis a serem solicitados e criação de kits que agilizem o atendimento.

O módulo de atendimento deverá viabilizar de forma simples, o histórico clínico do paciente, resumo cronológico de diagnósticos e problemas, últimos atendimentos na emergência e em outras áreas e resultados de exames.

Emitir alerta para o médico que o exame solicitado de urgência está pronto e disponibilizado no prontuário.

Permitir a geração de alertas de alteração de dados vitais do paciente de acordo com a idade, baseando-se em protocolos pré-definidos (ex: PEWS, SEPSE).

Deve permitir inserção de informações de agravos de notificação compulsória, incluindo dados obrigatórios conforme ficha de notificação/ investigação.

Registro de dados evolutivos no prontuário eletrônico, para pacientes mantidos na observação que estão aguardando resultados de exames ou recebendo medicação ou sob cuidados de especialidades, permitindo que estes sejam associados a leitos de observação.

Deverá emitir laudo de autorização de Internação Hospitalar (AIH) que vincule o diagnóstico à tabela de procedimentos do SUS, e viabilizar os campos para que o preenchimento seja realizado todo pelo sistema.

Informar na Admissão e na alta da emergência o diagnóstico com CID. Possibilitar ao médico realizar o desfecho do atendimento, podendo gerar a alta do paciente, encaminhar para internação, realizar uma transferência, manter em observação.

O módulo deve emitir alertas para os atendimentos que estão próximos ou que ultrapassaram tempo de espera conforme a classificação de risco do paciente; alerta dos atendimentos com tempo alto e sem uma finalização ou pendência de alta.

Deve permitir a solicitação de parecer médico para diversas especialidades; os médicos especialistas devem receber alertas dentro do sistema e por mecanismos externos (painel e mensagem de texto) das solicitações que estão aguardando atendimento; estas solicitações devem permitir o retorno dele para o médico solicitante.

As notificações pontuadas como alertas devem ter a opção de modo pop-up, e/ou outro formato que demonstre em tela aos profissionais as inconsistências que precisam de atenção. A mensagem precisa ser clara em relação a ação que precisa ser tomada.

O módulo de atendimento deverá gerar relatórios de atendimento por diversos filtros e ainda gerar indicadores de produção por médico, horário, especialidades, CID, prontuário ativo (sem alta médica), desistência, cancelamento, evasão, procedimentos, setor, censo, mapa hospitalar, e o que se fizer necessário para atendimento à Secretária de Saúde do Município da Estância Balneária de Praia Grande.

Deve permitir a consulta (data de saída) do tempo médio de atendimento por setor (ex: emergência, sala amarela, ortopedia etc).

Permitir monitorar os status (em atendimento, aguardando, atendido, etc) de todos os pacientes do PS, inclusive por meio de painel disponível no setor.

Permitir a ferramenta KANBAN para controle do tempo de permanência e pendências utilizando o sistema de cores e a viabilidade de exibição desta em painéis exibindo os pacientes do setor.

Deve ter integração com o laboratório, disponibilizando diretamente no módulo do pronto do atendimento o resultado dos exames laboratoriais realizados, otimizando a consulta do resultado, status da solicitação e consulta de exames anteriores se necessário.

Deve ter integração com o PACS facilitando a visualização dos exames de imagens e dos laudos realizados.

Deve garantir recursos necessários para o registro dos óbitos vinculado ao atendimento do paciente, com data e hora do óbito, registro do status “pessoa em situação de rua”, “identificado”, “Não identificado”; identificação de quem fez o reconhecimento; campo para transcrição da causa da morte. Deve gerar relatório por perfil do óbito (Já Cadáver, + De 24h, - De 24h, Natimorto); período e status.

Disponibilizar módulo de Faturamento e arquivo em formato compatível ao BPA Individualizado para os atendimentos de urgência/emergência.

IV. Informatização para o atendimento de internação do paciente

O módulo do sistema para o registro das internações deve prioritariamente integrar os dados através do preenchimento prévio da AIH pelo médico. Deverá sinalizar toda vez que uma nova AIH for preenchida.

Deverá permitir a inclusão do registro de internação com o nome do paciente, Clínica, CID, AIH, origem, médico, leito e tratamento. Deve ofertar a busca do registro por nome, CNS, CPF, DNV.

Deve viabilizar a configuração dos parâmetros obrigatórios e ofertar total controle das informações relativas a movimentações de pacientes internados, gerenciando a disponibilidade de leitos, isolamentos, bloqueios por manutenção, limpeza e outros.

O módulo deverá fornecer visualização da ocupação ou disponibilidade dos recursos existentes de forma simples e rápida. Deverá contemplar os processos operacionais de reserva de leitos, alta administrativa, mapas de movimentação hospitalar, censos hospitalares e controle de visitas.

O módulo deverá gerar estatísticas de macroindicadores conforme demandas das áreas técnicas da SMS e/ou dados necessários para inserção em outros sistemas do Ministério de Saúde (ex: SINARIO; SER, etc...).

Disponibilizar módulo de Faturamento e arquivo em formato compatível ao SISAIH para exportação ao Ministério da Saúde.

Permitir a vinculação do dado em AIH, do registro do RN em Cartório civil quando realizado no Hospital.

Deve garantir recursos necessários para o registro dos óbitos vinculado ao atendimento do paciente, com data e hora do óbito, registro do status “pessoa em situação de rua”, “identificado”, “Não identificado”; identificação de quem fez o

reconhecimento; campo para transcrição da causa da morte. Deve gerar relatório por perfil do óbito (Já Cadáver, + De 24h, - De 24h, Natimorto); período e status.

V. Informatização para o atendimento ao centro cirúrgico

O módulo deverá fornecer ferramentas para o gerenciamento completo do atendimento cirúrgico desde a indicação de cirurgia pelo médico, agendamento da cirurgia, o ato cirúrgico e pós cirúrgico.

O sistema deve viabilizar o cadastro de todas as informações necessárias para realização da mesma: sala de cirurgia com determinação de período de utilização, cirurgia/procedimento (tempo previsto, parâmetros do SIGTAP e demais requisitos de faturamento SUS, kits relacionados, orientações pré-operatórias), categoria da cirurgia (eletiva ou urgência), equipe cirúrgica completa e demais profissionais atuantes (Enfermeiro, Instrumentador, Circulante, Perfusionista, Maqueiro, Técnico), necessidades especiais reserva de hemoderivados, reserva de CTI e OPME e equipamentos.

O módulo deve oferecer recursos de acompanhamento do fluxo dos pacientes agendados (horários de entrada e saída ou início e fim de cada etapa) informando o "status" do paciente: paciente aguardando por início e fim de cada etapa) informando o "status" do paciente: “paciente aguardando por cirurgia no setor X”, “sendo transportado para o CC sob responsabilidade do funcionário”, “paciente sendo operado”, “paciente em recuperação anestésica”, “paciente liberado para retornar ao setor, paciente sendo transportado ao setor sob cuidados do funcionário X”.

Deverá gerar mapa cirúrgico, controle de horários, kits de cirurgias (cadastro dos equipamentos, materiais, fios, órteses, próteses e medicamentos por

procedimento e salas), tipos de anestesias utilizadas e técnicas cirúrgicas a partir de protocolos.

Permitir o cadastro de modelo editável de boletim anestésico (permitindo o lançamento dos dados vitais do paciente e a prescrição dos medicamentos, balanço hídrico e gases medicinais administrados no momento intra operatório, descrição do ato anestésico, destino do paciente, registro da substituição de profissional anestesista no momento do ato cirúrgico, com inserção do nome e CRM do profissional que assumirá o ato), descrição cirúrgica (permitir a geração de relatório de descrição do ato cirúrgico com todos os detalhes do procedimento, inseridos pelo médico responsável, com interface com o módulo de faturamento, PEP, Farmácia) e folha de sala (todos os itens consumidos durante a cirurgia, tempo de movimentação e posicionamento cirúrgico do paciente e equipe responsável, com interface com o módulo de faturamento, PEP, Farmácia).

O módulo deve realizar a consistência do agendamento da cirurgia com checklist automático: pré-operatório está pronto, o preparo foi feito, resultados de exames pré-operatórios essenciais, autorizações assinadas pelo paciente ou familiar, cuidados especiais de preparo para cirurgia (jejum, preparo intestinal, tricotomias, suspenção de drogas, etc), visita do anestesista para o pré-anestésico, situações que potencialmente alteram o risco da anestesia (classificação ASA), as reservas de sangue e de vaga no CTI (quando necessárias) foram confirmadas, confirmação de OPME.

Deverá ter opção para emissão das solicitações especiais (OPME) lançadas para o pedido cirúrgico, facilitando assim a requisição e separação do item solicitado.

Permitir o cadastro de equipamentos cirúrgicos utilizados no Centro Cirúrgico, com possibilidade de indicação se o equipamento poderá ou não ser compartilhado no mesmo período em 2 (duas) cirurgias diferentes, visando sua reserva quando do agendamento de uma cirurgia.

O sistema deverá possibilitar a desativação/ativação do uso dos equipamentos (para fins de manutenção).

O módulo deverá viabilizar o bloqueio de salas de cirurgia com registro de data e hora do início e do término e o motivo do bloqueio.

Deve possuir recursos para controle de envio de material para descarte ou sepultamento com dados de:

- Identificação do paciente, do material, diagnóstico cirúrgico, tipo de conservante usado (se necessário), responsável pelo envio do material ao setor de destino, responsável pelo recebimento no setor de destino;

- Controle de envio para anatomia patológica: identificação do paciente, do material, diagnóstico cirúrgico, tipo de conservante usado, tipo de exame solicitado, responsável pelo envio do material ao laboratório, mantendo integração com o sistema de Laboratório;

- Controle de envio para esterilização: de bandejas, pacotes, caixas e kits enviados para esterilização convencional e de equipamentos e materiais enviados para esterilização em outros métodos.

- Permitir controle sobre solicitação e entrega de consignados e OPME, garantindo a rastreabilidade em todo o processo. Emissão de extrato de cirurgia contendo todos os lançamentos efetuados.

- Permitir, a partir do mapa cirúrgico, lançar todos os materiais e medicamentos que serão utilizados em cirurgias agendadas para datas posteriores.

- Dispor de Módulo de Controle de Infecção Hospitalar através da natureza das cirurgias realizadas e do cadastro de procedimentos invasivos para uso do setor de SCIH na construção de seus indicadores.

- Permitir a inclusão e checagem de bundles com interface do módulo de SCIH.

- Monitorar pacientes em RPA, utilizando as escalas assistências para definição de alta ou permanência no RPA.

- Permitir, através da função Avaliação Pré-Anestésica do Paciente (APAE), registrar dados clínicos do paciente, sinais vitais, vias aéreas e achados não desejados.

- Permitir a inserção de POP-ups para as principais alergias e condições especiais.

- Permitir a consulta do módulo de Agência Transfusional, para consulta de disponibilidade de hemocomponentes.

- Permitir gerenciar controle e devolução de sangue nas cirurgias para pacientes cirúrgicos.

- Permitir o cadastro de modelo de checklist de cirurgia segura e parto seguro (OMS) e preenchimento no sistema.

- Registrar no Prontuário Eletrônico os acontecimentos do turno de trabalho, auxiliando na passagem de plantão;

- Permitir relatórios customizáveis pelo usuário: Número de cirurgias e procedimentos realizados (por período, clínica ou especialidade, cirurgião ou equipe). Tempos cirúrgicos médios por período e acumulado, por tipo de procedimento e por profissional. Número de cirurgias agendadas, desmarcadas, adiadas, por especialidade, por médico solicitante, por cirurgião, por sala, por centro de custo, por CID. Total de agendamentos. Número de anestesias e procedimentos realizados dentro e fora do bloco (cirúrgico, obstétrico, radiologia, tomografia, ECT, endoscopia): por período, clínica ou especialidade, anestesista, tipo de anestesia, tipo da cirurgia. Permanência dos pacientes internados no pré e pós-operatório. Relatório de tempo médio de internação antes e depois da cirurgia por clínica, tipo de procedimento, cirurgião, equipe etc. Mapa do centro cirúrgico com informações das cirurgias por sala e por período (com horário de início e fim da cirurgia, paciente, idade, unidade, leito, situação da cirurgia, cirurgião, anestesista, tipo de anestesia, potencial de

contaminação, uso de antibióticos, sala, observações e o procedimento realizado). Livro de registro do centro cirúrgico (por período, com identificação do paciente, tipo de atendimento, data e hora da cirurgia, cirurgia/ procedimento realizado, data e hora de início e término da exposição ao procedimento invasivo, cirurgião, anestesista, tipo de anestesista, data da alta e diagnóstico definitivo.

O módulo deverá contemplar o gerenciamento da Central de Material e Esterilização, com recursos para cadastro, descrição, rastreabilidade e criação de kits.

Permitir o controle de material esterilizado armazenado no setor, possibilitando a pesquisa por itens, lote, embalagens, executante, prazo de validade e quantidade disponível.

O sistema deverá emitir alerta no caso de estoque crítico, de acordo com parametrização do setor. Prover meios para garantir a rastreabilidade dos materiais dispensados para o setor e devolvidos para a CME, registrando quantidade e a ocorrência de danos dos materiais.

O módulo deverá viabilizar o gerenciamento de todas as OPME, por meio de cadastro com vínculo da tabela SIGTAP; gestão de estoque com alerta de estoque mínimo; localização, rastreabilidade pela NF, número de série, lote, marca e fornecedor; cadastro de fornecedores, com interface ao sistema de Almoxarifado.

Deve viabilizar entrada de consignação: local de estoque e número de remessa. Deve gerar relatório de consumos.

VI. Informatização do Prontuário Eletrônico

O módulo do sistema para controle do prontuário eletrônico do paciente (PEP), deverá facilitar o registro das ações médicas (e de outros profissionais, como enfermeiros, médicos de plantão, equipe multidisciplinar – fisioterapeutas,

fonoaudiólogos, serviço social, SND etc) e ainda gerar as informações para demais setores proporcionando maior agilidade nos processos internos de contas médicas.

Possibilitar alerta aos setores envolvidos no caso de movimentação interna, óbito, alta ou transferência do paciente. No caso do paciente internado em outra clínica, sendo a especialidade diferente da clínica/leito internado, deverá apresentar e sinalizar este paciente com sua respectiva especialidade e clínica pertinente, sendo origem (clínica/leito atual) e destino (clinica/leito adequado).

O módulo deverá permitir acesso aos laudos de exames, históricos dos pacientes, bem como o registro de pedidos, prescrições e evoluções. Apresentar os resultados laboratoriais em listagem com todos os resultados por ordem cronológica, e em caso de anormalidades devem ser evidenciadas como alerta de acordo com os parâmetros estabelecidos pela instituição.

Permitir a inserção de alergias do paciente em medicamentos ou materiais, e alertas relacionados aos processos assistenciais como prescrição ou procedimento.

Demonstrar de forma automática para o médico a disponibilidade de estoque se de um determinado medicamento no momento da solicitação.

O módulo deve permitir acompanhar, registrar e cancelar, desde que registre uma justificativa, a alta médica e administrativa; deve gerar a Guia de Alta Referenciada com preenchimento completo através do sistema e manter as informações, bem como log das impressões realizadas com data, hora e usuário.

O módulo deve informar de forma simples os pacientes dos respectivos setores e eventuais pendências relacionadas ao paciente, como resultados de exames, agendas, entre outros; (evolução, prescrição, resposta de parecer/interconsulta, aguardando procedimento interno ou regulado).

Permitir a definição do score de gravidade de acordo com escalas inseridas no sistema, como APACHE II, CRIB, Escala de Braden, Morse, etc.

Permitir a monitorização do paciente com interface com equipamentos de monitorização em tempo real e equipamentos de vídeo.

Integrar com Sistema de imagem PACS, disponibilizando a consulta das imagens dos exames dentro do prontuário, ou através de um visualizador, encurtando o processo de consulta de imagem para que não seja necessária uma nova busca pelo paciente em um segundo sistema.

Integrar com Sistema de laboratório, disponibilizando os resultados através do prontuário, de modo que não seja necessário realizar uma nova busca pelo paciente em um segundo sistema. O sistema deve permitir a inserção do registro de hemodiálise.

O sistema deve viabilizar o registro das informações do recém nato, proporcionando a realização de prescrição, evolução e exames identificados devidamente como pertencentes ao recém nato, quando em referência a uma paciente da obstetrícia.

Solicitação de interconsulta/ parecer com especialistas ou outros profissionais de saúde (psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, cardiologistas, neurologistas, ortopedistas, psiquiatras, etc;) através de pedido (on-line), identificado em apresentação de listas por clínica para a coordenação da clínica ou ao especialista. Rastreabilidade e registro de eventos com data e hora (do pedido e do atendimento). Deverá emitir alertas para os especialistas solicitados e alertas aos solicitantes quando houver a resposta da solicitação.

O sistema deve viabilizar um controle dos agendamentos de procedimentos e exames externos com alertas para os profissionais do setor do paciente e do NIR do preparo prévios quando necessário e da proximidade do dia, horário e local agendado.

Deve permitir a digitalização de exames e relatórios (provindos de unidades externas) para entrada no Prontuário Eletrônico.

O módulo deve subsidiar o serviço de nutrição e dietética de recursos que facilitem a consulta das informações fundamentais para composição da dieta e recomendação alimentar (tipo de dieta liberada pelo médico, condição clínica, etc) e o registro de informações do estado nutricional e tipo da prescrição indicada. Tabelas de dietas padronizadas do SND com sua composição. Possibilitar cálculos dietéticos e de adaptação para dietas padronizadas pelo SND. Dispor de Alerta das solicitações de interconsulta e ou acompanhamento do caso pela nutricionista.

O módulo deve gerar relatórios operacionais e gerenciais permitindo parametrização; gerar relatórios de produção das empresas terceirizadas de hemodiálise, nutrição parenteral, entre outros; gerar censo de pacientes internados. Permitir a geração de relatório de pacientes internados sem identificação com dados relativos a características físicas do paciente para o Serviço social realizar a busca da família.

Viabilizar meios de acesso remoto pelos gestores e chefias das prescrições, evoluções, indicadores, pendências.

O módulo de prontuário eletrônico deve ofertar recursos para o monitoramento e alertas de controle de infecção. Deve suprir o SCIH de meios para registros de alertas relacionados a situações especiais (infecção e outros) e um alertar no PEP quanto a paciente portador de bactéria multirresistente, com as precauções a serem tomadas para este paciente; permitir a inclusão e checagem de bundles com interface do módulo de CIH; permitir o registro de procedimentos invasivos para uso da SCIH e indicativos para cuidados; Prescrição de antibióticos dentro das normas da SCIH; Sempre que um antimicrobiano controlado é prescrito o sistema avisar sobre a necessidade da justificativa de tal pedido com campo próprio para isso.

O preenchimento dos dados já disponíveis no sistema deve ser automático (dados cadastrais, diagnósticos, dados microbiológicos, uso prévio de antimicrobianos etc;) e o médico completará as demais informações necessárias ao programa de

otimização do uso de antibióticos (tipo de infecção, fatores de risco, complicadores etc;). Prever parâmetro da contagem do tempo de duração do tratamento, alertando o médico e o SCIH sobre a necessidade de nova prescrição. Prever a possibilidade de início imediato de administração de antimicrobianos com posterior avaliação da SCIH. Permitir gerar mapa com a localização dos pacientes em medidas de precaução. Ter interação com laboratório e permitir gerar relatórios de resultado de cultura, exame para HIV, VDRL, Hepatites virais e BAAR.

O módulo de prontuário eletrônico deve viabilizar recursos à enfermagem para gerenciar o consumo e solicitações de material e medicamentos para farmácia e almoxarifado de forma integrada.

Deve viabilizar o cálculo de balanço hídrico: com entradas VO, EV (soro, parenteral, sangue e derivados), e perdas (sudorese, diurese, perdas gastrointestinais, estase, vômito, diarreia, sonda gástrica, ostomias, drenos abdominais, torácicos, diálise etc.) de forma automática incluindo conceito de água endógena, ganho pelo ventilador e perdas insensíveis.

Realizar classificação (escores) dos pacientes por nível de complexidade e exigência de cuidados e atenção da enfermagem, de acordo com protocolos previamente definidos.

Deve possuir aviso de medicações ou produtos com substâncias de uso contraindicado para paciente (ex: substâncias que o paciente referiu alergia); - Aviso de medicações ou produtos de alta vigilância Ex: KCL, anticoagulantes e etc. Realizar classificação (escores) dos pacientes por nível de complexidade e exigência de cuidados e atenção da enfermagem, de acordo com protocolos previamente definidos. Permitir alternativa de definição da hora de entrada dos dados vitais de forma que a hora registrada possa ser a do momento que os dados foram introduzidos no sistema ou por hora informada pelo profissional, sendo a opção utilizada definida pela coordenadora da área.

Deve disponibilizar a consulta e listagem do censo hospitalar por setor ou por unidade hospitalar. Evolução Beira Leito que permita que as informações do paciente e de seu tratamento possam ser alimentadas e consultadas por meio de um aplicativo de smartphone, tablet ou via web. Consulta eletrônica do estado dos exames solicitados (coletado, realizado, resultado preenchido, resultado liberado), com interface com sistema de laboratório e imagem. Mapa de horários e controle da checagem da medicação por paciente - Emitir alerta para medicamento prescrito e não checado. Plano de cuidados de cada paciente, considerando prescrição médica, sinais vitais, administração de dietas, preparo para exames, transporte do paciente para exames e outros procedimentos pré-agendados, além dos dados da prescrição de enfermagem. Prescrição de enfermagem segundo protocolos de cuidados definidos pelo setor. Utilização dos protocolos SAE - Consulta de Enfermagem, levantamento das necessidades assistenciais, diagnósticos de enfermagem, planos de cuidados, prescrição e instrumento de avaliação diária: anotação das observações e evoluções da enfermagem admitindo entrada em texto livre ou em formato estruturado de dados com dicionário de termos mais usados por clínica. Prever os questionários do protocolo SAE; NIC / NOC / NANDA. Programa de trabalho com lista cronológica de tarefas a serem realizadas por profissional e relacionadas ao conjunto de pacientes sob seus cuidados, podendo ser agrupadas também por tipo de tarefa.

Possibilitar a complementação de produtos a partir do que foi prescrito pelos médicos.

Admissão de enfermagem de pacientes na internação e alocação destes no leito, complementando dados de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente.

Registro de sinais vitais, FC, FR, PA, Temperatura e outros parâmetros como (PVC, pressões invasivas, saturimetria etc.), oxigenioterapia, peso corporal, com frequência de medidas vinculada à prescrição médica. Entrada de dados em forma de

planilha e apresentação dos dados em forma de planilha e gráficos, incluindo balanço hídrico.

Preenchimento pelo prontuário da Escala de Morse e Escala de Braden, Fugulim, Delphin e NAS, Registro de alergia, Mews e instrumento de passagem de plantão (SBAR). Registro do uso de equipamentos (com identificação de data, hora de início e fim do tratamento, tempo ou quantidade de uso, registro de regime de urgência e plantão).

Registro do uso de gases medicinais (com identificação de data, hora de início e fim do tratamento, tempo ou quantidade de uso).

Registro e controle de alta médica e movimentação dos pacientes (admissão, saída para realização de exames ou procedimentos, transferência interna, e saída de alta). Instrumento de detalhamento de exames ou procedimentos, com instrumento de transporte (transferência interna, saída ou alta).

Rotinas de enfermagem com especificação de técnica (passo a passo), materiais necessários para cada procedimento e atribuições de tarefas. Atualização e revisão da rotina. Textos pré-definidos (para facilitar a digitação das evoluções da enfermagem e dos médicos).

Ao emitir comprovante de alta, o sistema deverá alterar o status do leito, atualizando o módulo de Gestão de Leitos. Ao emitir comprovante de alta, o sistema deverá enviar um alerta para o módulo Portaria para autorização da saída do paciente - Emitir alerta para alta de pacientes binômio, mãe bebê, em todas as etapas do processo. Transferências de pacientes dentro da mesma unidade (mudanças de leito) de enfermaria/apartamento, isolamento. Transferências para outras unidades dentro do mesmo hospital são acompanhadas de resumos e relatórios médicos e de enfermagem para facilitar a continuidade da assistência.

Todas estas mudanças e transferências são sempre vinculadas ao módulo de Internação e controle de leitos mantendo sempre atualizado o censo hospitalar, dando visibilidade de tais alterações aos setores de suporte como SND, rouparia, CCIH, especialidades clínicas que estão participando da assistência. Balanço hídrico das terapias intensivas. Permitir mapas de dietas com visualização direta ao SND. Emitir alertas de -1 para pacientes com exames e procedimento programados.

Deve Permitir o registro de plano terapêutico singular (PTS) servindo como centralizador e integrador de todas as informações relativas a todas as ações de saúde sejam elas diagnósticas, terapêuticas ou de cuidados com o paciente pela Equipe Multiprofissional.

Integração com o sistema da rouparia, viabilizando que a dispensação possa ser realizada nominalmente através do sistema do prestador de serviço da rouparia.

VII. Informatização para Coordenação de Planejamento e Informação

Os módulos integrados do sistema devem viabilizar a otimização de processos e integração a fim de manter atualizado e gerar de forma automática relatórios, estatísticas, arquivos de prestação de contas e indicadores do contrato de gestão.

Para isso é imprescindível possuir checagem automática das informações obrigatórias para o faturamento SUS, com alerta no caso de informações obrigatórias faltantes.

Permitir importar tabela Sigtap e suas atualizações para manter os procedimentos médicos nas devidas conformidades do SUS.

Disponibilizar um conjunto de indicadores gerenciais para análise do desempenho dos atendimentos de urgência/emergência, procedimentos, ambulatório de Follow-up e exames.

Controle sobre as solicitações de AIH enviadas e as que retornaram com a autorização de internação e procedimento; essas solicitações devem conter o procedimento médico conforme tabela SUS Unificada e o diagnóstico conforme tabela de CID10.

Identificação de forma automática do médico responsável pelo atendimento, da especialidade e da clínica (em conformidade com as exigências do SUS) para fins de auditoria e faturamento.

Permitir checar todas as pendências administrativas no momento da alta conforme parametrização (dias sem evoluções médicas, enfermagem, equipe multidisciplinar, prescrição, etc).

Registrar automaticamente todos procedimentos, exames e atendimentos, bem como os respectivos profissionais no módulo de Faturamento.

Gerar o arquivo para o BPA e SISAIH, consistindo previamente a fim de corrigir os movimentos que estão com inconsistências.

Realizar o fechamento da competência com toda a Produção Ambulatorial de forma individualizada (BPA-i), evitando a reapresentação e erros;

Permitir Importação de arquivo XML - CNES para cadastro de profissionais.

O módulo deve oferecer recurso de protocolo de tramitação do prontuário físico (protocolo de quando foi enviado o prontuário para determinado local com os devidos registros).

Controle de solicitação de exames, laudos e imagens pelos pacientes com emissão de comprovante de solicitação, status da solicitação (Aguardando laudo, pendência, entregue, etc).

Produção de relatórios de Indicadores Hospitalares e outros conforme a seguir:

- Pacientes internados por período (por leito, clínica, andar, médico, tempo de internação, diagnóstico, características do paciente, período etc.).

- Censo hospitalar: planilha por dia do mês e totais consolidados de todos os movimentos de leitos: internações, altas, óbitos, transferências, leitos livres, leitos bloqueados, etc.

- Taxa de ocupação/ ociosidade e tempo médio de internação por clínica, andar, médico, diagnóstico, características do paciente, período etc. Lista de vagas atuais e previstas ou em andamento.

- Número de internações, altas, óbitos, transferências, nascimentos, por período, por clínica etc.

- Permanência média de pacientes por clínica, por médico responsável, por diagnóstico principal.

- Relatório sobre os tempos em que o leito demora para ser ocupado após uma alta e deste tempo quanto foi devido à demora da alta física, limpeza e desinfecção e serviço de rouparia.

- Relatório com os dados sobre disponibilidade, movimentação e utilização mensal de leitos nas unidades assistenciais.

- Relatório com internações dentro do período vigente (semanal / mensal / anual). Relatório pacientes egresso e/ou internados por: registro, nome, sexo, faixa etária, diagnóstico (CID 10), procedimento, período de internação, procedência, período de saída, permanência ultrapassada, médico assistente.

Ter opção de emissão relatório com indicadores de atendimentos anuais e mensais em Série Histórica.

- Internados por período, com quebra por especialidade;

- Para solicitação de guias de autorizações diversas, como procedimentos de alto custo;

- Altas / Óbitos / Transferências;

- Atendimentos por CID;

- Atendimentos por origem do paciente - Município;

- Censo Analítico separando por clínicas;

- Censo Diário de Ocupação por setor, com todos os status dos leitos de acordo com a parametrização da instituição - Padronizar também pela plataforma SUS.

- Emissão de relatório de Estatísticas de Internação por Especialidade e/ou Médico; por centro de custo; de produção por cidade, sexo, bairro, CID, idade, Etc; tratamento.

- Emissão de relatório de internação por especialidade, por clínica e procedência, por faixa etária, pacientes atendidos por município agrupado por médico; permanência paciente x clínicas; histórico de transferências dos pacientes.

- Relatórios sobre óbitos (cirúrgicos / até 24h / 24-48h / + 48h), tipo de óbito (materno, infantil...).

- Relatórios dos partos e cirurgias.

- Integrar Atas das comissões hospitalares obrigatórias;

Produção de relatórios de Indicadores do Contrato de Gestão conforme a necessidade da OS.

4. Resumo

O sistema que implantado no Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID, localizado no Município da Praia Grande/SP, deverá atender os diversos setores

existentes trazendo agilidade e informações para os gestores do complexo. Além de apresentar resultados e indicadores para controle total da gestão da SPDM .

- **SISTEMA DE GESTÃO EM NEFROLOGIA E DIÁLISE – SISTEMA NEPHROSYS**

O Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) conta com o Sistema de Gestão em Nefrologia e Diálise **denominado NEPHROSYS**, o qual será mantido pela SPDM.

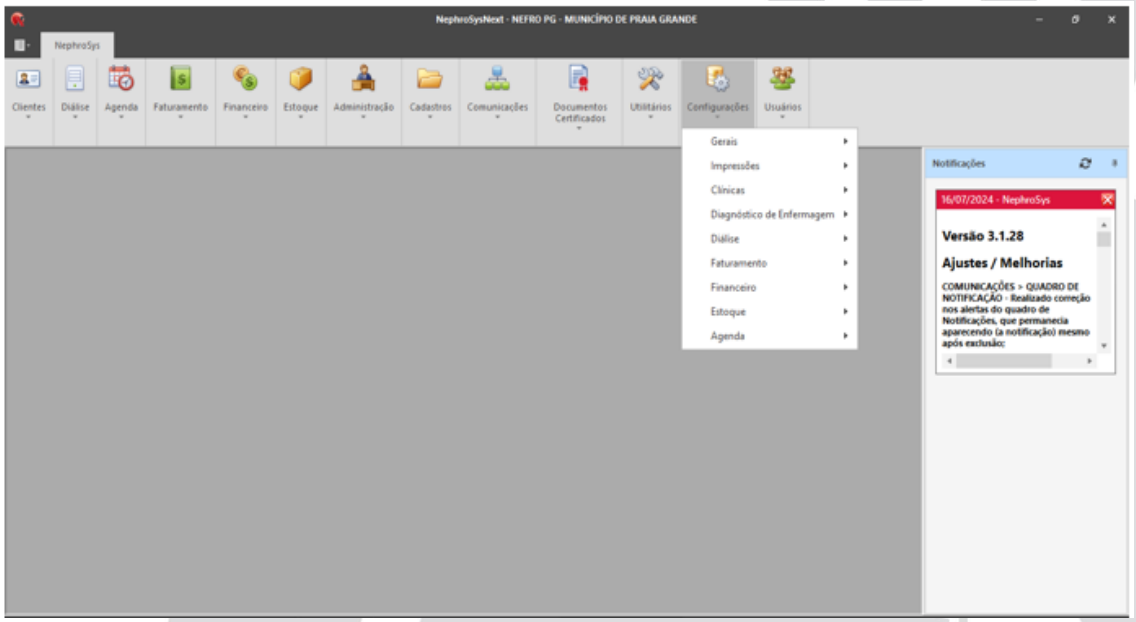
Gestão de Pacientes

Configurações – Cadastramento dos itens de todos módulos do ERP.

Descrição do Módulo de Configurações

Componentes:

- Poderoso editor de textos para desenhar os documentos expedidos na recepção;
- Permissão de acesso customizado por usuário e perfil;



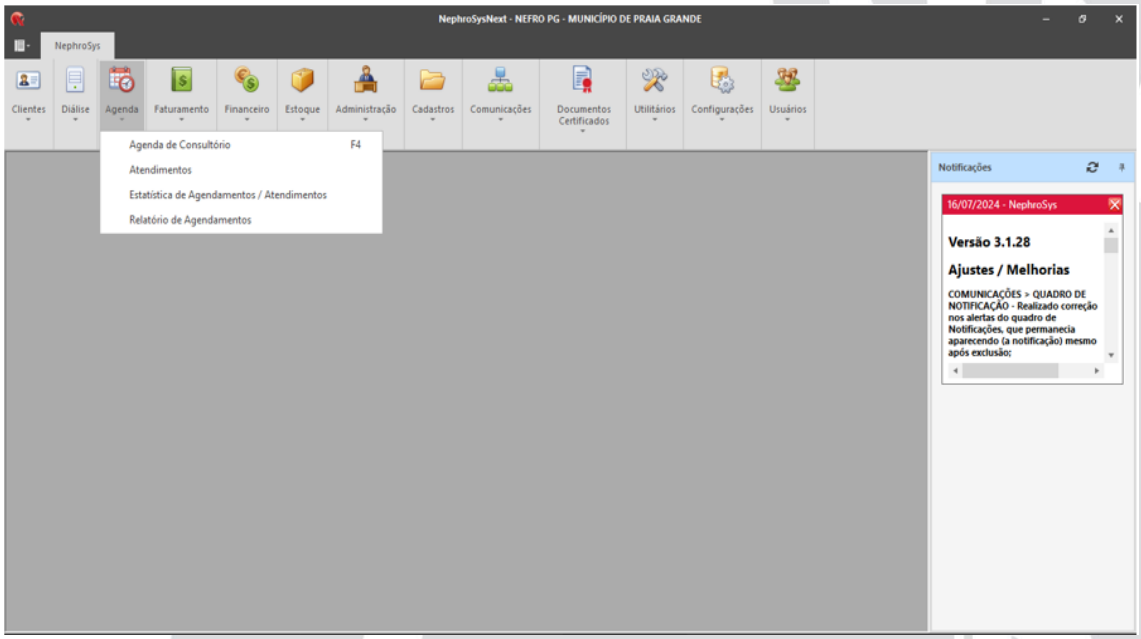
Tela menu Configurações

Agenda – Marcação de Consultas

Descrição do Módulo de Agenda

Componentes:

- Agendamento de Consultório;
- Visualização da agenda do médico completa com possibilidade de bloqueio, remarcação e encaixe;
- Atendimentos;
- Estatísticas de Agendamentos / Atendimentos;
- Relatório de Agendamentos.
-



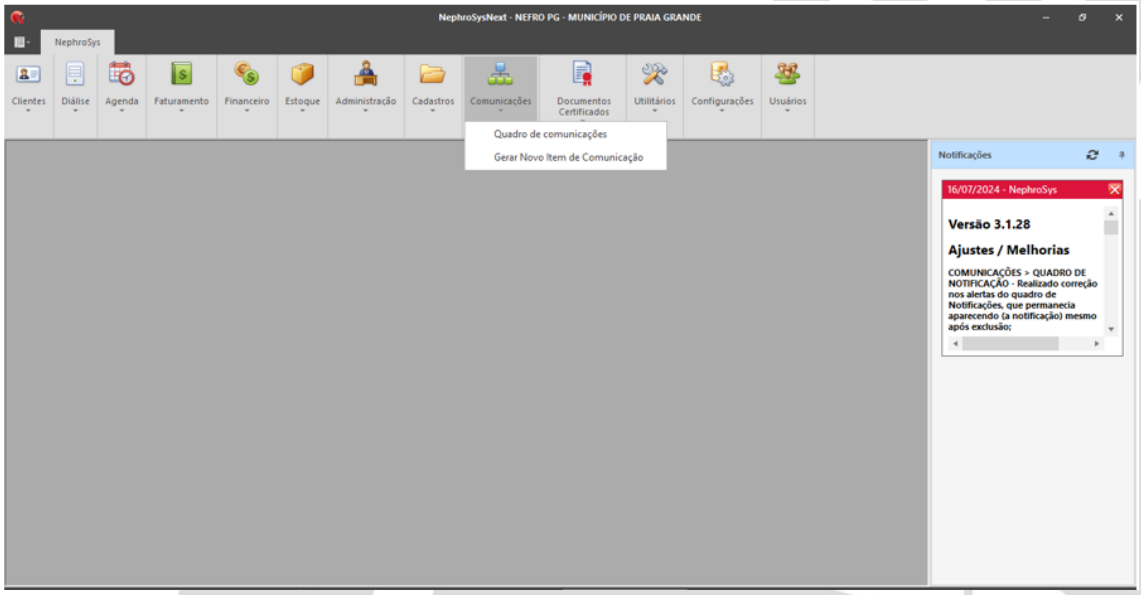
Tela menu Agenda

Comunicações

Descrição do Módulo de Comunicações

Componentes:

- Quadro de Comunicações;
- Gerar Novo Item de Comunicação.



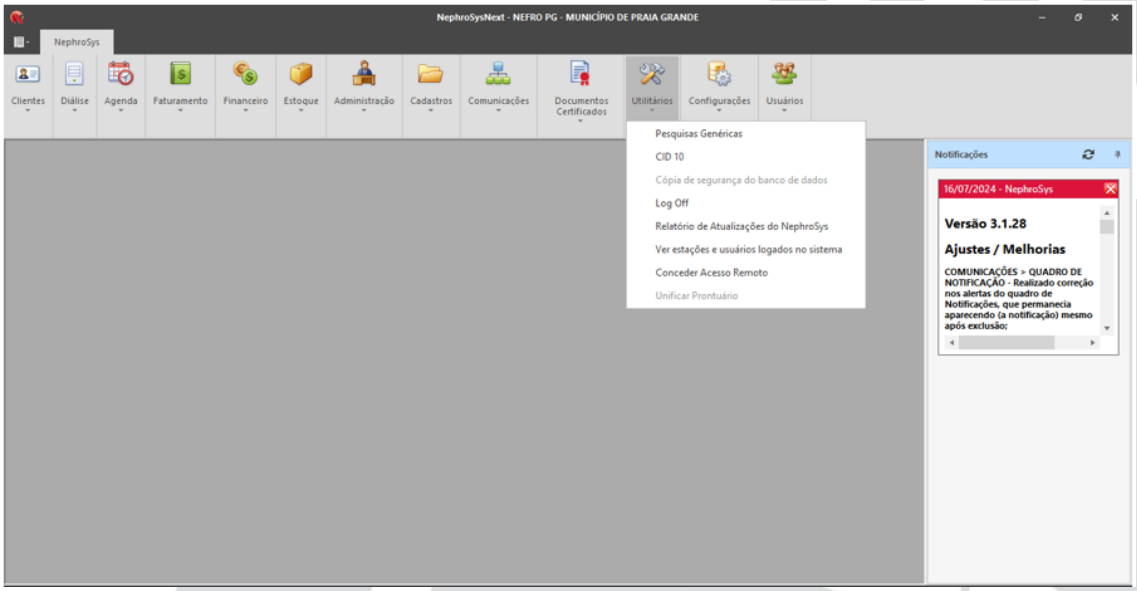
Tela menu Comunicações

Utilitários.

Descrição do Módulo Utilitários.

Componentes:

- Pesquisa Genéricas;
- CID 10;
- Log Off;
- Relatório de Atualizações do NephroSys;
- Ver estações e usuários logados no sistema;
- Conceder Acesso Remoto.



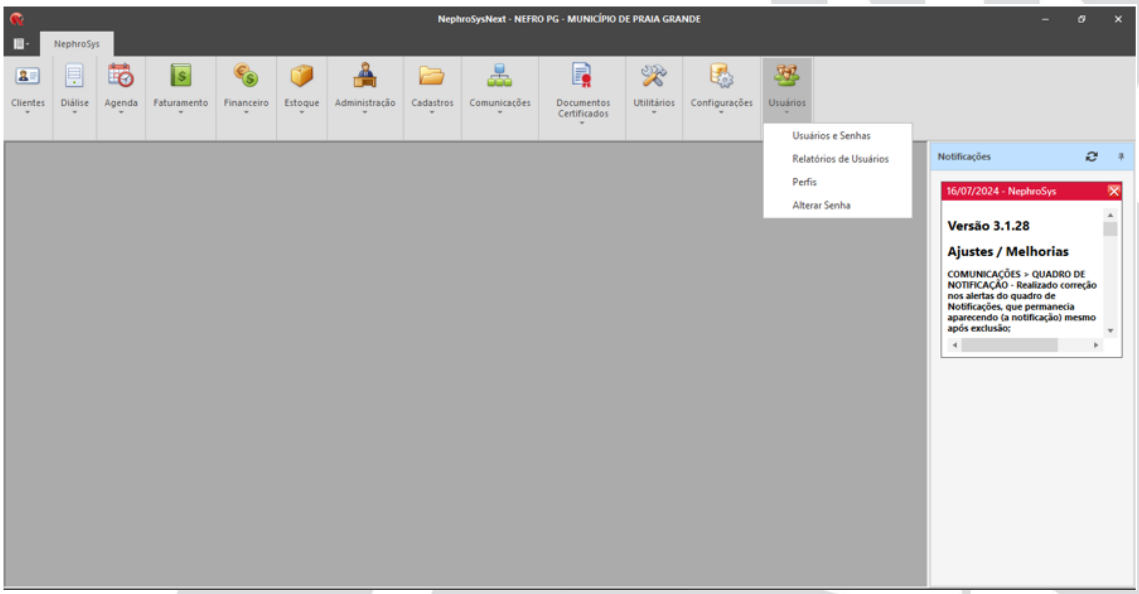
Tela menu Utilitários

Usuários

Descrição do Módulo Usuários.

Componentes:

- Usuários e Senhas;
- Relatórios de Usuários;
- Perfil;
- Alterar Senha.



Tela menu Usuários

Apoio Clinico

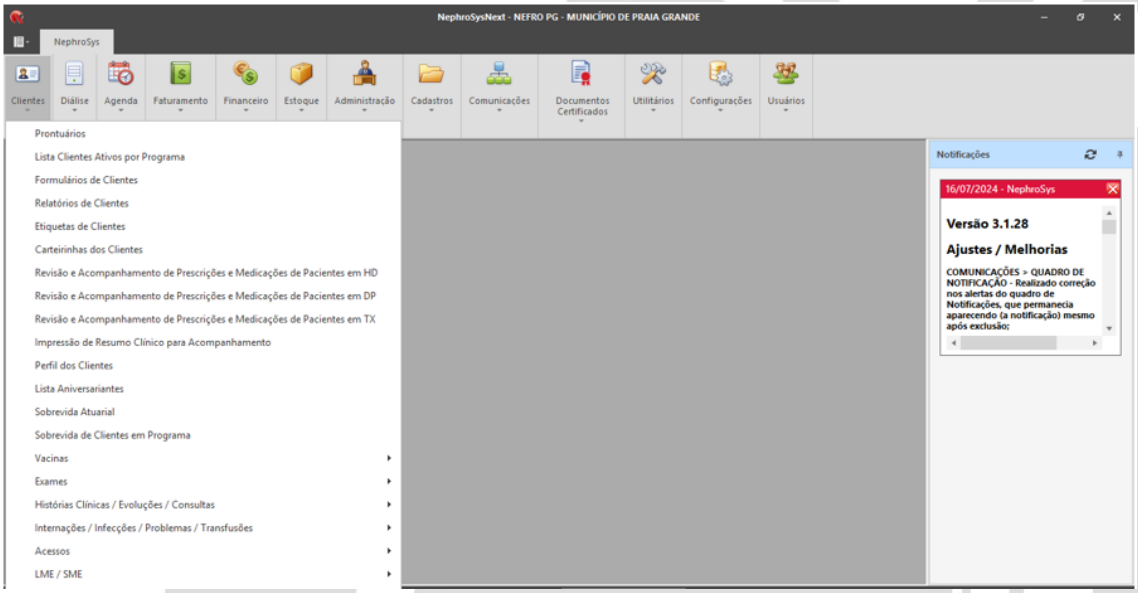
Clientes – Prontuário Eletrônico do Paciente.

Descrição do Módulo de Clientes

Componentes:

- Prontuário único;
- Consistência e unicidade das informações;
- Customização pelo usuário;
- Registro de sessões de HD;
- Relatórios configuráveis;
- Relatórios mantidos no tempo;
- Impressões configuráveis;

- Integrações com laboratórios.



Tela menu Clientes

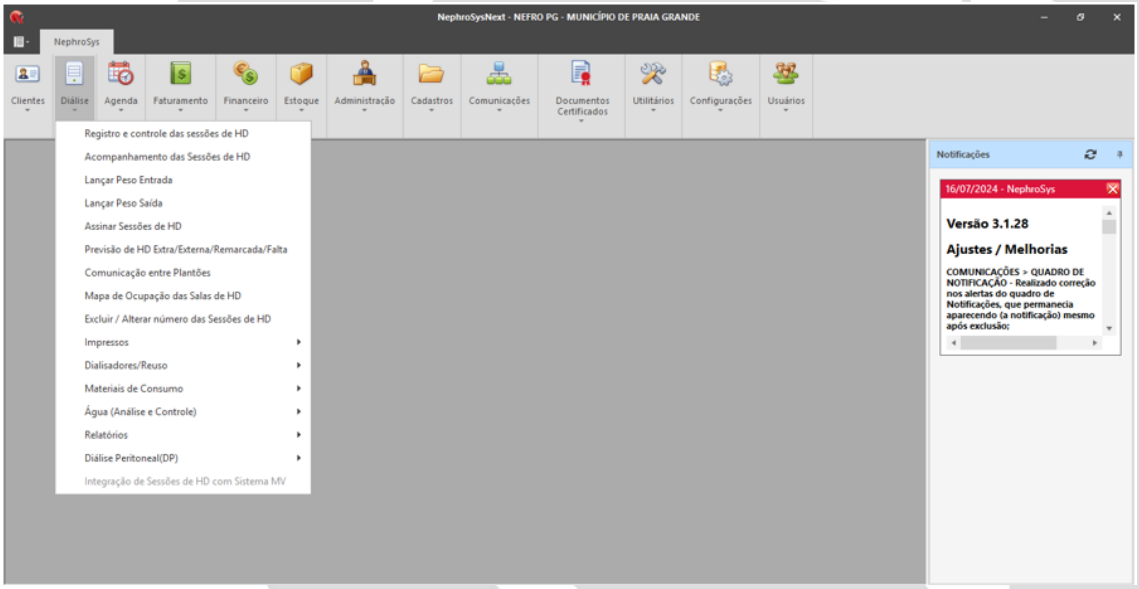
Diálise

Descrição do Módulo de Diálise

Componentes:

- Registro e controle das sessões de HD;
- Acompanhamento das sessões de HD;
- Lançar Peso Entrada;
- Lançar Peso Saída;
- Assinar Sessões de HD;
- Previsão de HD Extra/ Externa/ Remarcada/ Falta;
- Comunicação entre Plantões;

- Mapa de Ocupação das Salas de HD;
- Excluir/ Alterar número das Sessões de HD;
- Impressos;
- Dialisadores/ Reuso;
- Materiais de Consumo;
- Água (Análise e Controle);
- Relatórios;
- Diálise Peritoneal (DP).



Tela menu Diálise

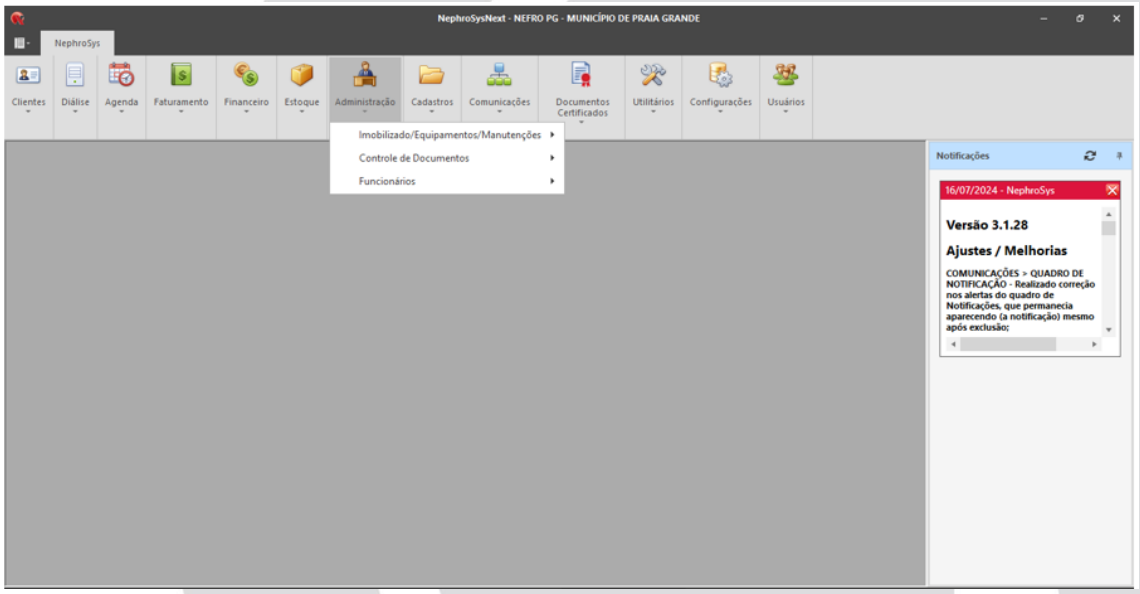
Utilitários

Administração

Descrição do Módulo de Administração

Componentes:

- Imobilizado/ Equipamentos/ Manutenções;
- Controle de Documentos;
- Funcionários.



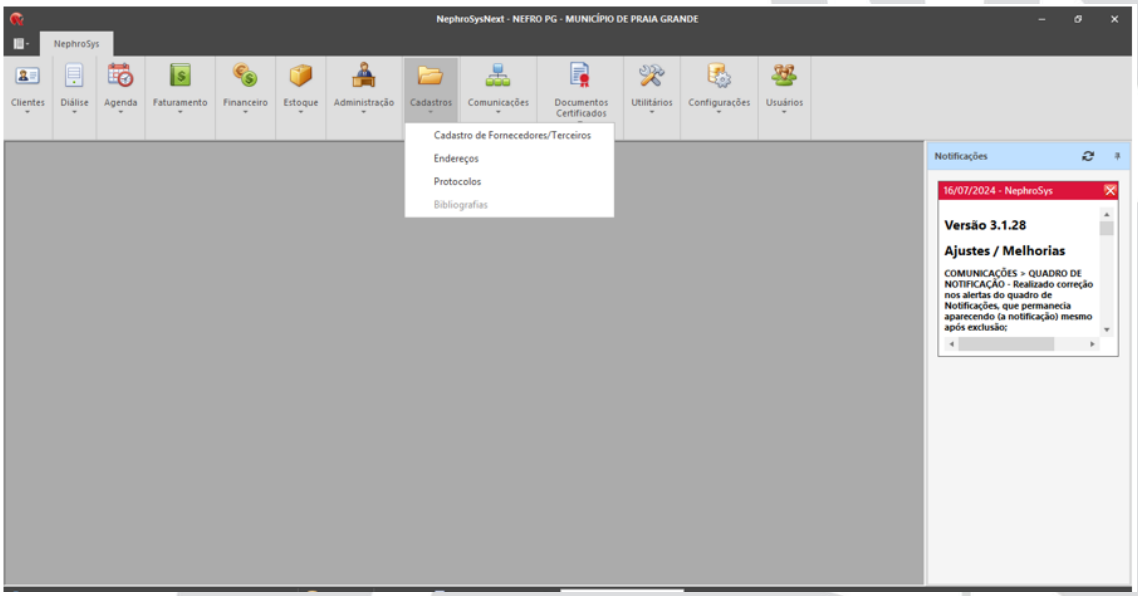
Tela menu Administração

Cadastros

Descrição do Módulo de Cadastros

Componentes:

- Cadastro de Fornecedores/ Terceiros;
- Endereços;
- Protocolos.



Tela menu Cadastros

ESCOPO SISTEMA DE GESTÃO EM NEFROLOGIA E DIÁLISE – SISTEMA NEPHROSYS

1. Objetivo

O presente documento visa apresentar uma solução de Nefrologia e Diálise que contempla a gestão clínica e terapêutica.

2. Justificativa

A adoção do Sistema NephroSys visa melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, otimizar processos e garantir a integridade das informações clínicas.

3. Local de Execução dos Serviços

Os serviços serão executados na unidade CENTRO DE NEFROLOGIA - NEFROPG.

4. Detalhamento do Projeto

- Fornecimento e instalação do sistema NephroSys.
- Desenvolvimento/configuração do NephroSys.
- Treinamento de usuários.
- Suporte pós-implantação.

5. Funcionalidades do Sistema

5.1 Pacientes

- Registro de pacientes com prontuário único.
- Consistência e unicidade das informações.
- Customização pelo usuário.
-

5.2 Hemodiálise (HD)

- Registro de sessões de hemodiálise.
- Relatórios configuráveis e mantidos ao longo do tempo.
- Impressões configuráveis.

5.3 Equipamentos e Manutenções

- Controle de equipamentos e suas manutenções.

6. Características

- Interface multitelas.
- Atualização automática.
- Segurança e integridade dos dados.
- Agenda de consultas.
- Quadro de comunicações/mensagens.

7. Diferenciais e Recursos Adicionais

- Compatibilidade com o TDMS:
  - Integração com o Sistema de Gerenciamento da Terapia.
- Emissão de relatórios Anvisa:
  - Atendimento aos padrões regulatórios.
- SAE semiautomatizada:
  - Controle de diagnósticos e prescrições de enfermagem.
- Prontuário único:
  - Acompanhamento completo dos pacientes em todas as fases do tratamento.
- Acesso remoto via Mixed Mode:
  - Flexibilidade para acessar o sistema de qualquer lugar.
- Interface com laboratórios:
  - Importação de exames.
- Módulo de faturamento eficiente:

- Interface com operadoras privadas e alertas automáticos.

- Acesso remoto ao NephroSys:

- Sincronização automática de dados.

- Segurança e disponibilidade.

- Funcionamento mesmo sem internet nas dependências da clínica.

- Solução para emergências.

8. Prescrições e Laudos Digitais

- Assinatura digital de documentos para pacientes.
- Facilita o atendimento online via videoconferência.

9. Integração com o TDMS

- Monitorização em tempo real para a equipe de enfermagem.

10. Considerações Finais

A CONTRATADA obriga-se, em caso de rompimento do contrato, a fornecer banco de dados do sistema, com dicionário de dados, tela de consulta dos prontuários e relatórios.

A CONTRATADA deve atender à LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

- **SOLUÇÃO COMPLETA DE TI PARA GESTÃO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS E OPME**

1. Sistema Informatizado para Gestão de Estoques de Medicamentos, Insumos e OPME

A SPDM dispõe de Sistema Informatizado para Gestão de Estoques de Medicamentos, Insumos e OPME, que estará disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, e permitirá o gerenciamento das etapas de recebimento, conferência, armazenamento, controle físico-financeiro, separação, expedição para os setores e/ou pacientes de medicamentos, insumos e OPME

Descrição do Sistema Farmácia / Estoques

O sistema permite o controle total do estoque, iniciando com o cadastramento dos itens de forma estruturada (grupo/sub grupo farmacológico, princípio ativo, nome comercial e fração) e registrando todas as movimentações do estoque com total rastreabilidade de lotes/validades através da utilização de código de barras.

O sistema incorpora as tabelas BRASÍNDICE, SIMPRO, ABC-Farma, além das tabelas próprias dos convênios. Realiza o cálculo automático de preço médio, emissão do Livro de medicamentos controlados e controle de antibiótico, além das Curvas ABC/XYZ e outros inúmeros relatórios gerenciais e operacionais.

O módulo de Estoque permite o controle dos diversos sub-estoques existentes no hospital, tais como almoxarifado, nutrição, manutenção, entre outros. Todos os controles permitem a rastreabilidade total dos itens através de código de barras e controle de lotes. Gera informações para pedido de reposição baseado em consumo, estoque.

- ***Características***

● Cadastro estruturado (especializado em saúde, incluindo fracionamento de itens)

● Todas as movimentações através de código de barras, com identificação de lote/validade dos itens

● Rastreabilidade total

● Ajuste de inventário simples e rápido

● Cálculo de preço médio mensal dentro das regras contábeis

● Saldos por Princípio Ativo / Nome Comercial / Lote / Sub-Estoque

● Integração com Compras (Requisição e Ordem de Compra) / Financeiro (Ct.Pagar) / Faturamento / Custos / Central de Guias / Patrimônio / Manutenção / Controladoria

● Sugestão de reposição de estoque inteligente

● Atendimento total às regras da ANVISA e Vigilância Sanitária

● Livro de Psicotrópico

● Kits de dispensação / Kits Cirúrgicos

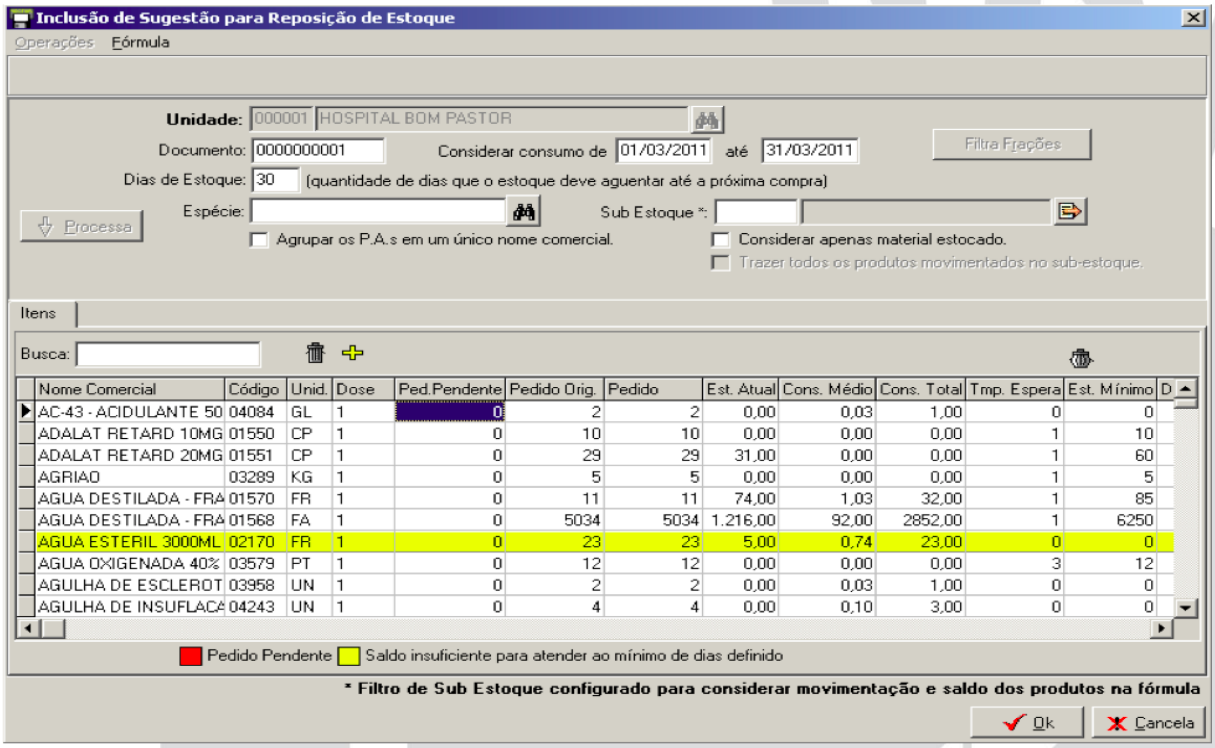
● Controle de empréstimos / doações

● Aplicação direta

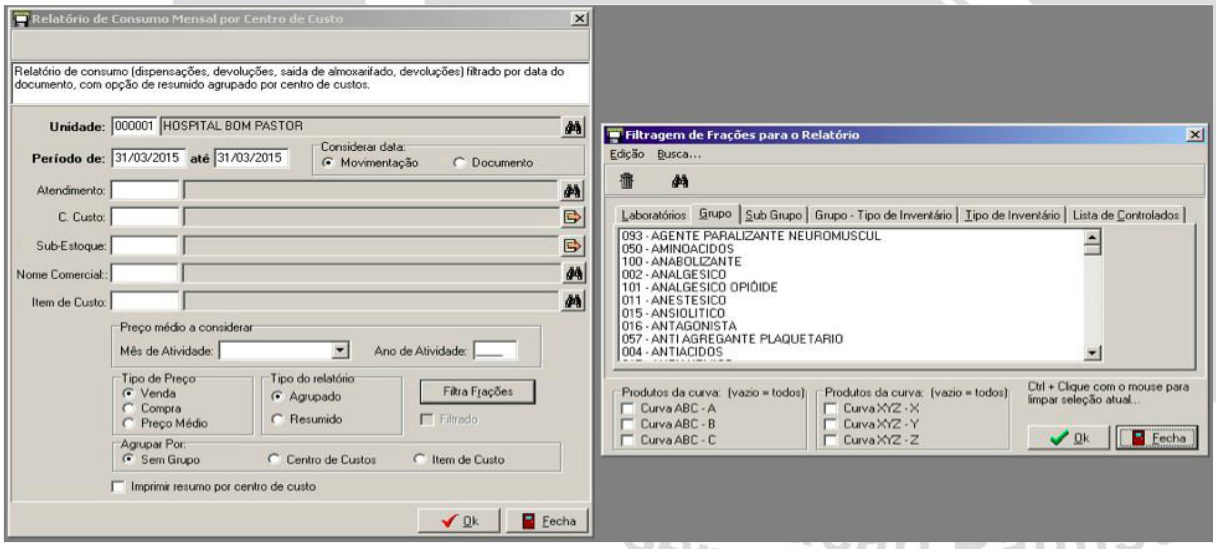
● Controle de antibióticos

● Relatórios por centro de custo / grupos / itens / sub-estoques / etc

● Avaliação da qualidade do fornecedor (com emissão de relatório de notas)



Sugestão de reposição de estoque: considera tempo de reposição, estoque mínimo, estoque de segurança, pedidos pendentes, consumo, etc.

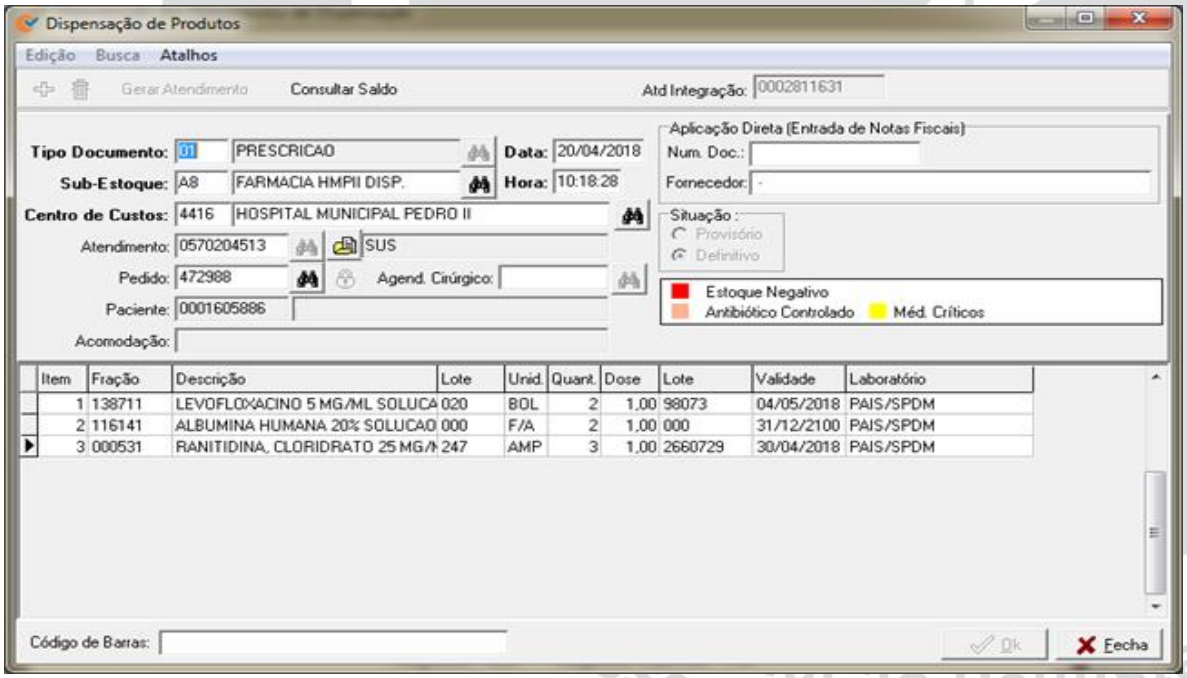


Todos os relatórios podem ser filtrados por fabricante, grupo/sub grupo farmacológico, tipo de inventário (grupo contábil), lista de controlados

- **Dispensação de medicamentos sob prescrição medica**

O sistema de controle de estoque da SPDM possui também a possibilidade de integrar com qualquer sistema de prescrição médica. Hoje temos diversas linhas de sistema integrando com a dispensação de medicamentos devido a necessidade de o sistema de prontuário ser distinto do sistema de controle de estoque.

O sistema de controle de estoque possui mecanismo para a dispensação de medicamentos sob prescrição medica. A dispensação de medicamentos consiste na administração de medicamentos aos pacientes na unidade devendo ser feita por profissional farmacêutico, técnico de farmácia ou outro profissional capacitado designado pelo gerente da unidade.



O sistema de controle de estoque da SPDM possui ainda o controle de dispensações de medicamentos psicotrópicos. Estes medicamentos são alertados ao

farmacêutico, técnico de farmácia ou profissional capacitado que o medicamento é controlado devendo incluir o CRM do médico solicitante. Isto agrega a rotina de segurança para rastreamento de informações.

- **Dispensação de medicamentos e materiais para os setores internos**

Após a definição interna das rotinas de solicitação ao estoque, o sistema da SPDM possui mecanismos de atendimento a diversas áreas da unidade de saúde. A enfermagem deve solicitar os medicamentos em quantidade gerando protocolos no sistema e comunicação para os setores.

A dispensação da saída de material por departamento/setor no sistema de informatização segue a mesma linha da dispensação sob prescrição.

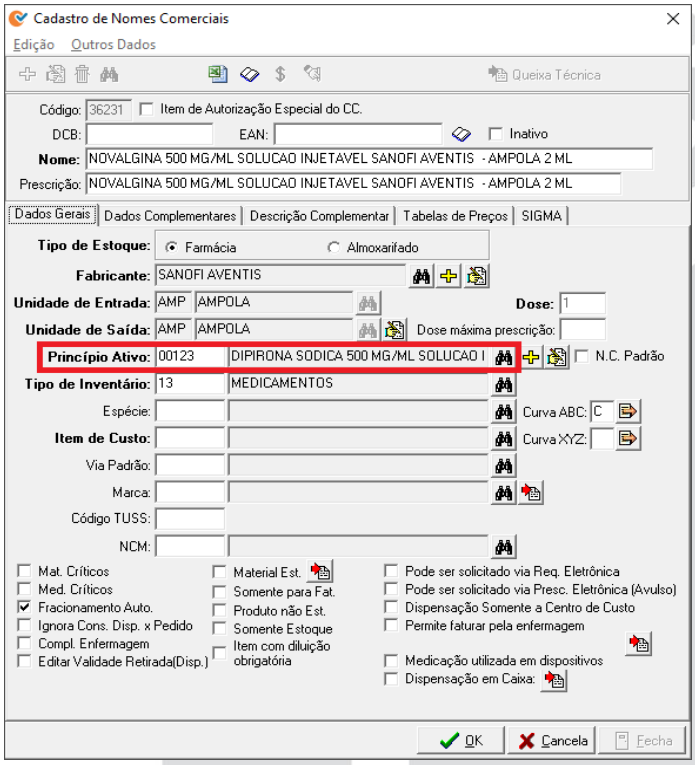
2. Funcionalidades do sistema

O sistema deverá contar minimamente com as seguintes funcionalidades:

2.1. Padronização do cadastro de medicamentos, insumos e OPME

A padronização do cadastro de medicamentos, insumos e OPME deverá conter minimamente:

2.1.1. Nome do princípio ativo - DCB (para medicamentos)

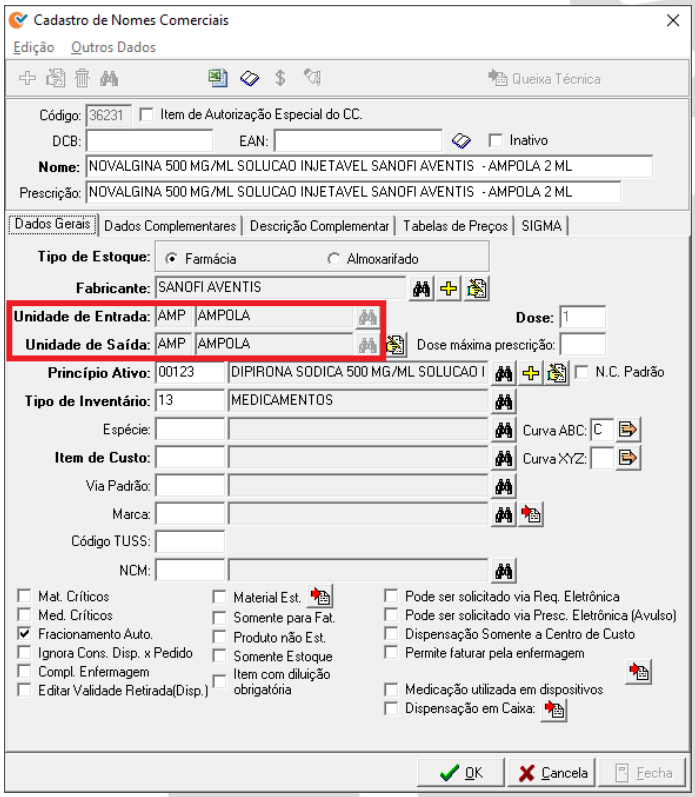


Tela de Cadastro de Produtos (Princípio Ativo)

2.1.2. Código de Medicamentos compatível com o utilizado pelo Sistema HORUS (para medicamentos)

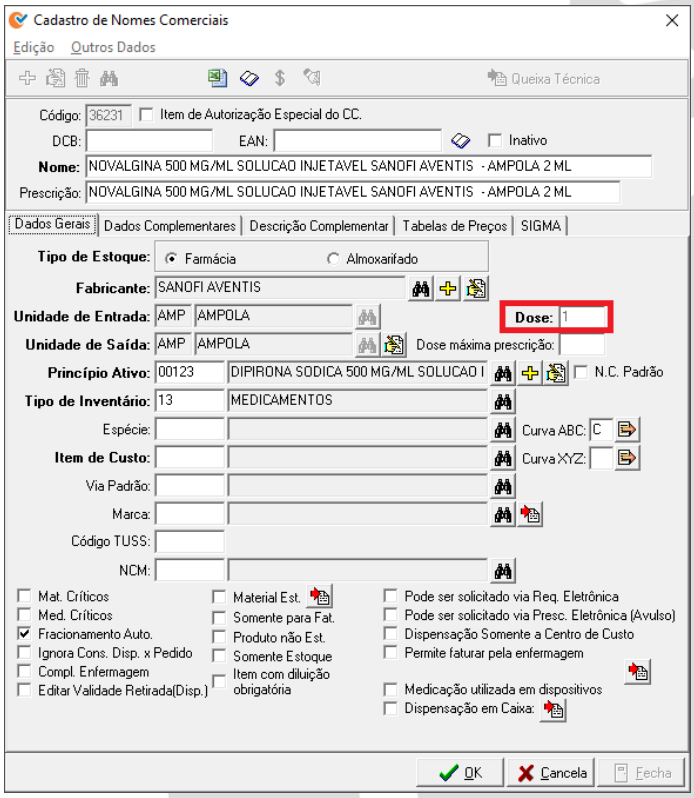
O Sistema Informatizado para Gestão de Estoques de Medicamentos permitirá a integração com o sistema HORUS.

2.1.3. Forma farmacêutica (para medicamentos)



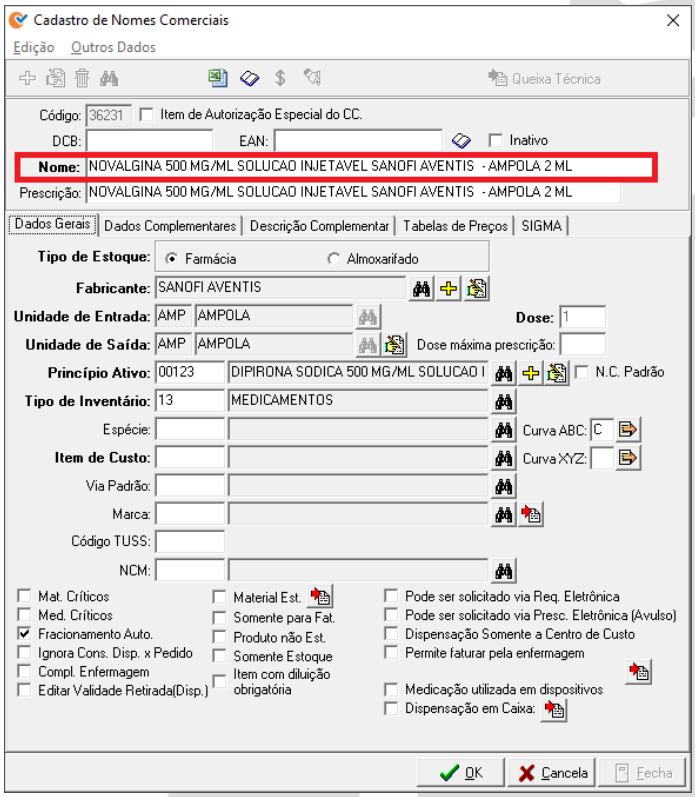
Tela de Cadastro de Produtos (Unidade de Entrada e Saída)

2.1.4. Dosagem (para medicamentos)



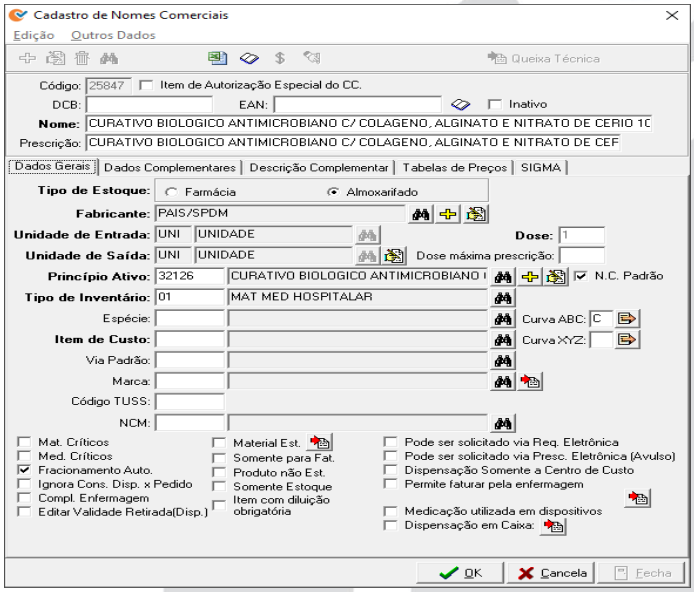
Tela de Cadastro de Produtos (Dose)

2.1.5. Apresentação (para medicamentos, insumos e OPME)

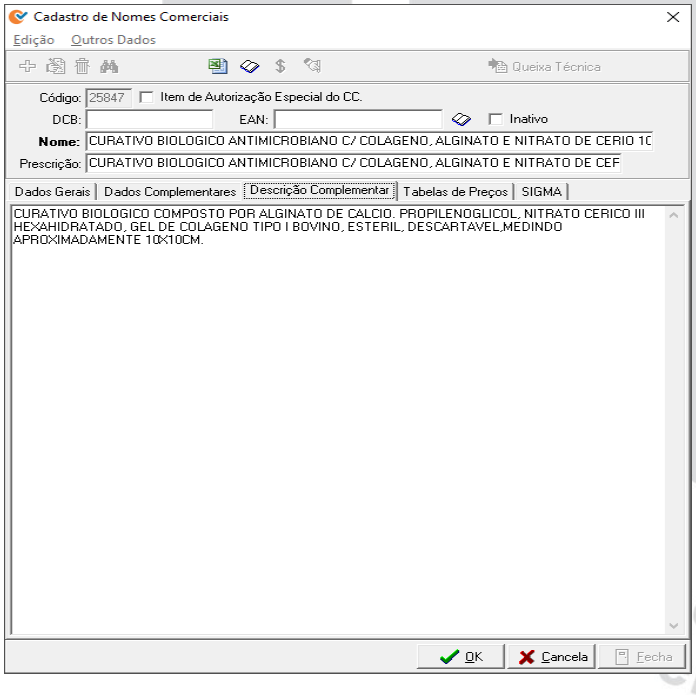


Tela de Cadastro de Produtos (Apresentação)

2.1.6. Descritivo completo do item, com material, medidas etc. (para insumos e OPME)

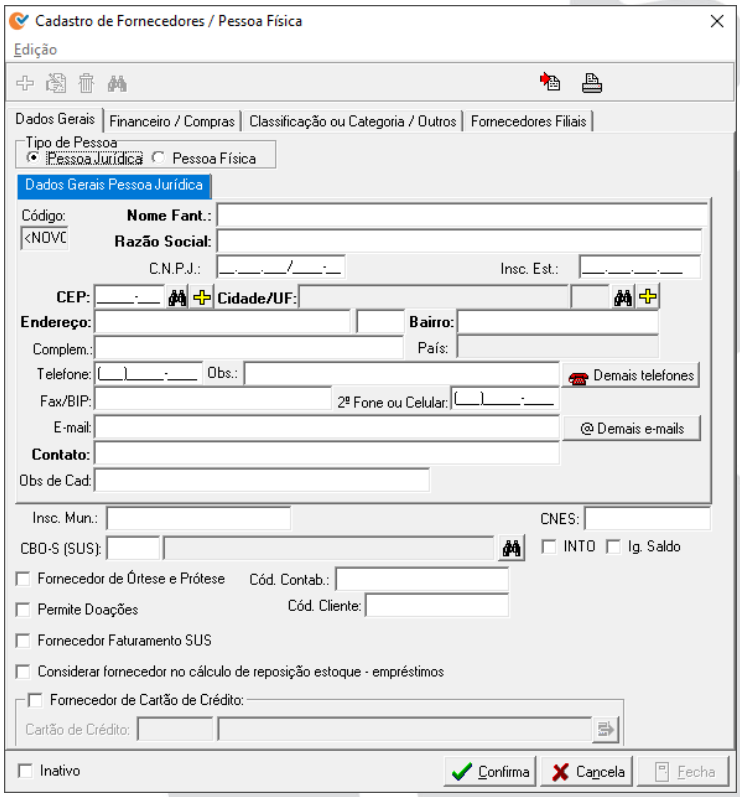


Tela de Cadastro de Produtos - Descritivo Completo (Imagem 01)

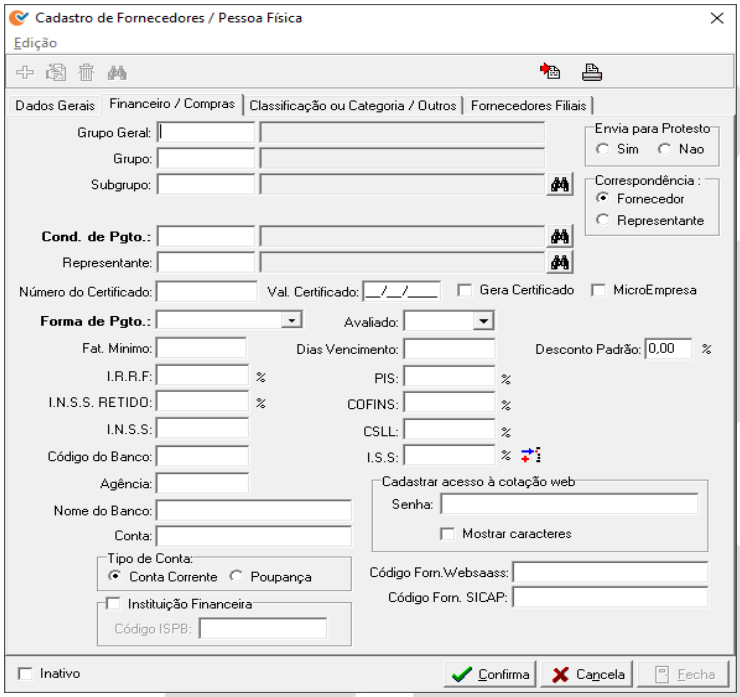


Tela de Cadastro de Produtos - Descritivo Completo (Imagem 02)

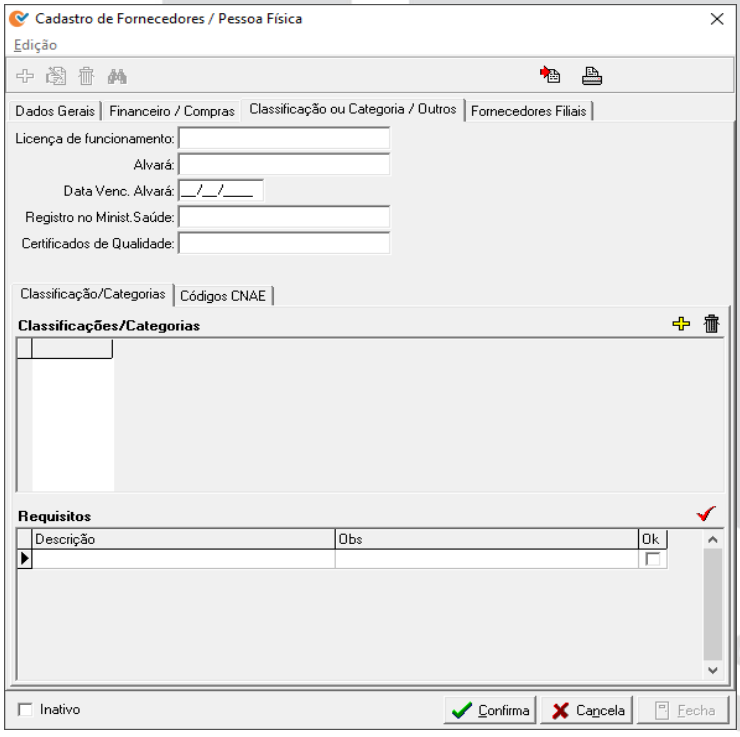
2.2. Padronização do cadastro de fornecedores



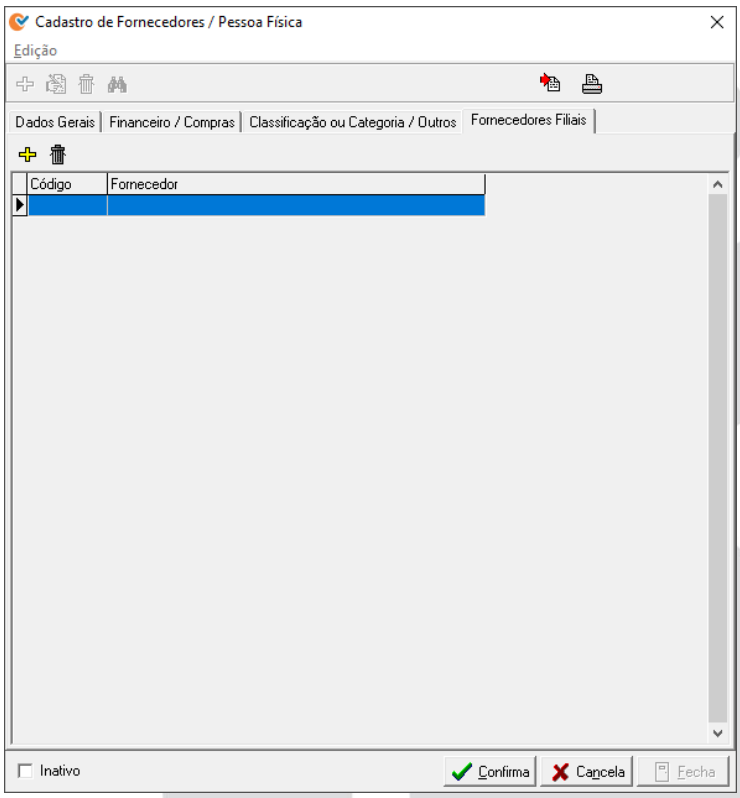
Tela cadastro de Fornecedor (imagem 01)



Tela cadastro de Fornecedor (imagem 02)

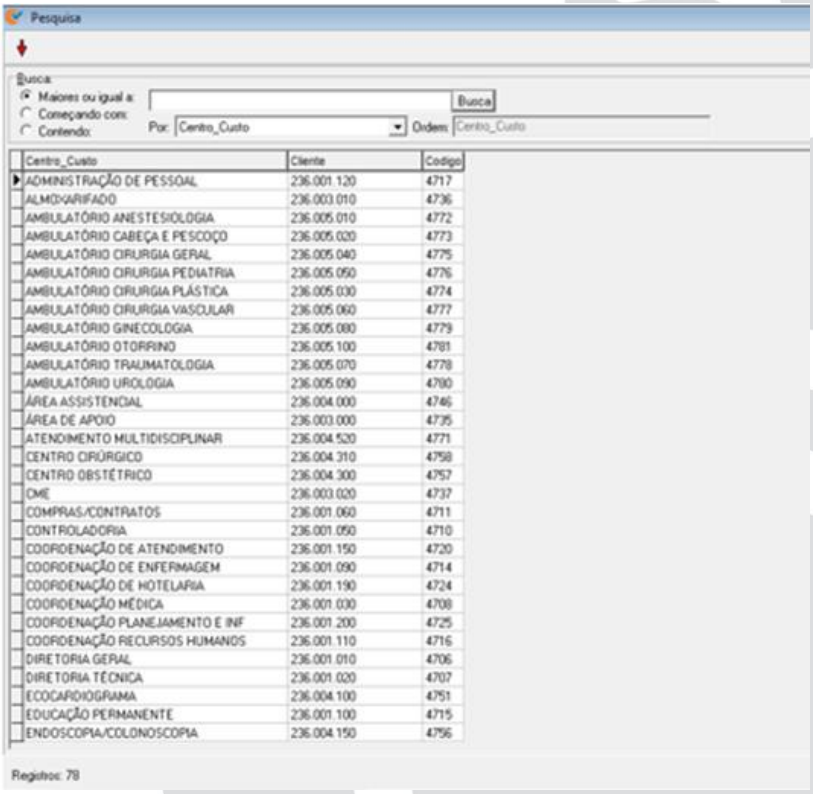


Tela cadastro de Fornecedor (imagem 03)



Tela cadastro de Fornecedor (imagem 04)

2.3. Padronização do cadastro dos setores destinatários



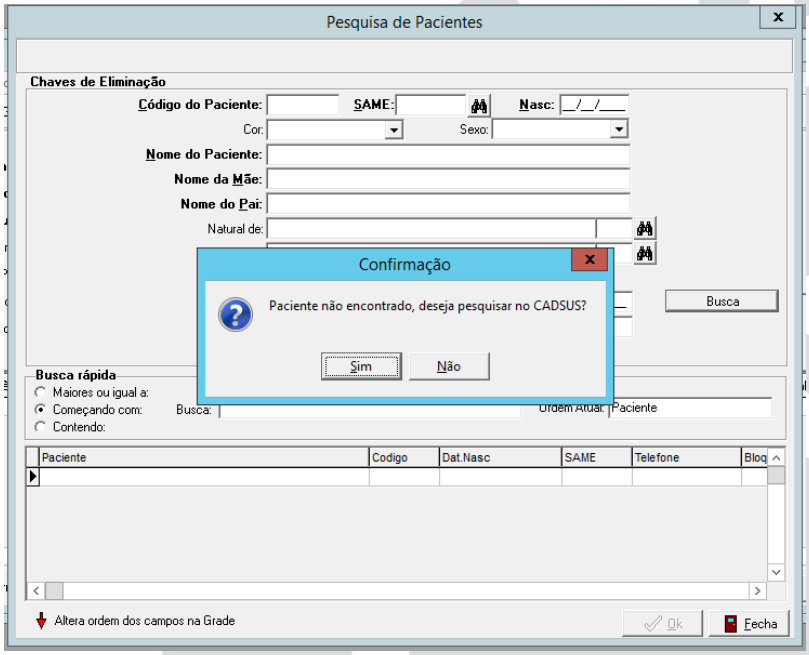
Tela destinatários

2.4. Padronização do cadastro dos pacientes

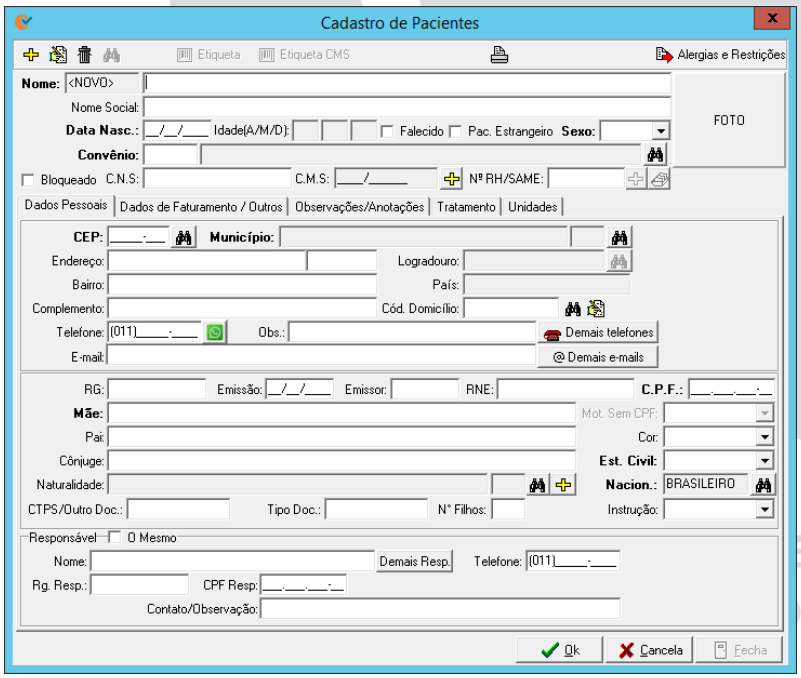
Sistema Informatizado para Gestão de Estoques de Medicamentos é integrado com o Sistema de Gestão Hospitalar Wareline, com isso o cadastro do paciente é feito de forma automatizada.

O Sistema de Gestão de Estoques de Medicamentos, também possibilita a pesquisa de paciente e retorno do cadastro através da própria base de dados do sistema e caso o paciente não seja localizado o sistema permite ainda a busca dos

dados do paciente na base de dados CADSUS WEB, outra opção é o cadastramento do paciente manualmente.



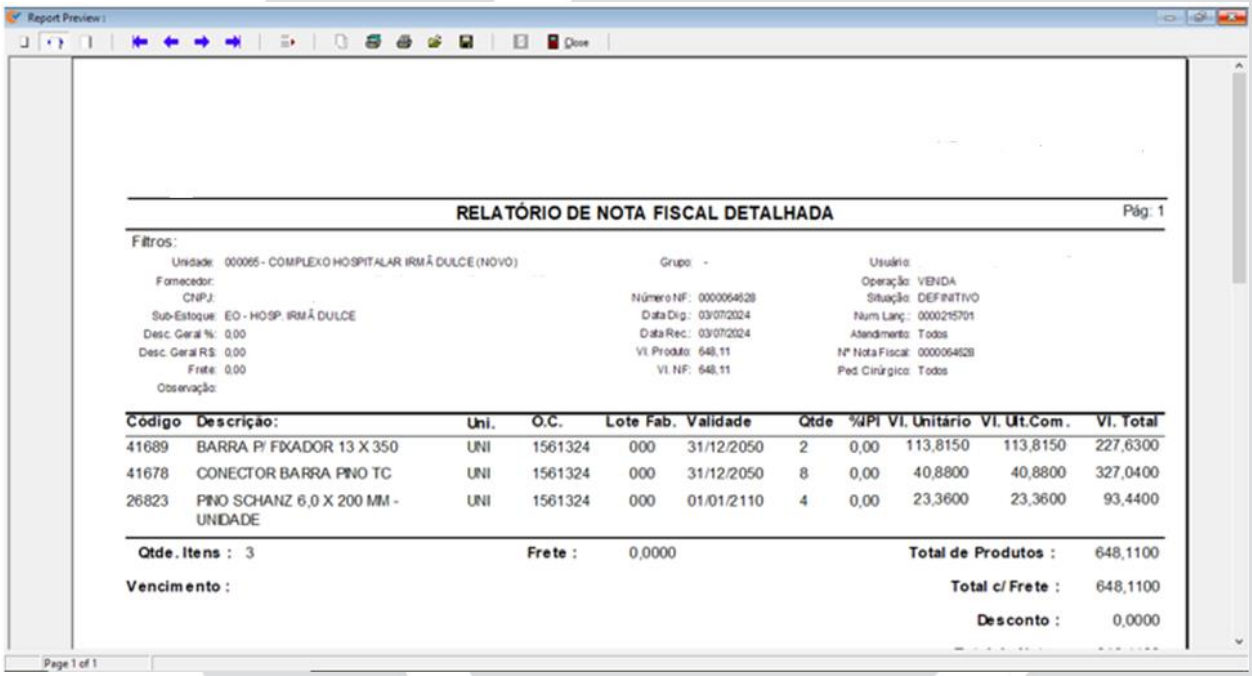
Tela Pesquisa de Paciente na base de dados CADSUS



Tela Cadastramento manual de pacientes

2.5. Emissão de relatórios gerenciais, tais como:

2.5.1. Entrada



RELATÓRIO DE NOTA FISCAL DETALHADA — Pág: 1

Filtros:

Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO) | Grupo: - | Usuário:
Fornecedor: | | Operação: VENDA
CNPJ: | Número NF: 0000064628 | Situação: DEFINITIVO
Sub-Estoque: EO - HOSP. IRMÃ DULCE | Data Dig.: 03/07/2024 | Num Lanç.: 0000215701
Desc. Geral %: 0,00 | Data Rec.: 03/07/2024 | Atendimento: Todos
Desc. Geral R$: 0,00 | Vl. Produto: 648,11 | Nº Nota Fiscal: 0000064628
Frete: 0,00 | Vl. NF: 648,11 | Ped. Cirúrgico: Todos
Observação:

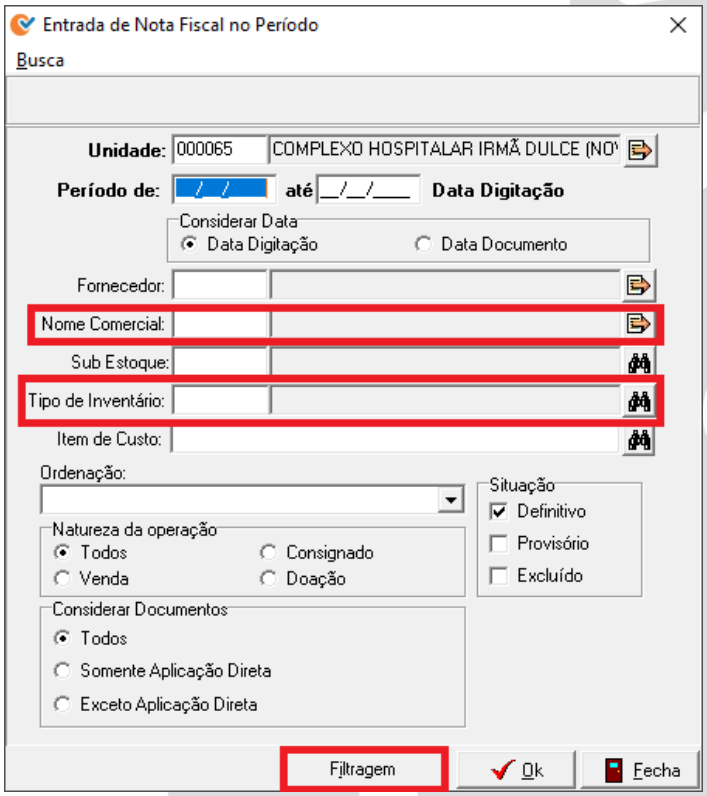
Código	Descrição:	Uni.	O.C.	Lote Fab.	Validade	Qtde	%IPI	Vl. Unitário	Vl. Ult.Com.	Vl. Total
41689	BARRA P/ FIXADOR 13 X 350	UNI	1561324	000	31/12/2050	2	0,00	113,8150	113,8150	227,6300
41678	CONECTOR BARRA PINO TC	UNI	1561324	000	31/12/2050	8	0,00	40,8800	40,8800	327,0400
26823	PINO SCHANZ 6,0 X 200 MM - UNIDADE	UNI	1561324	000	01/01/2110	4	0,00	23,3600	23,3600	93,4400

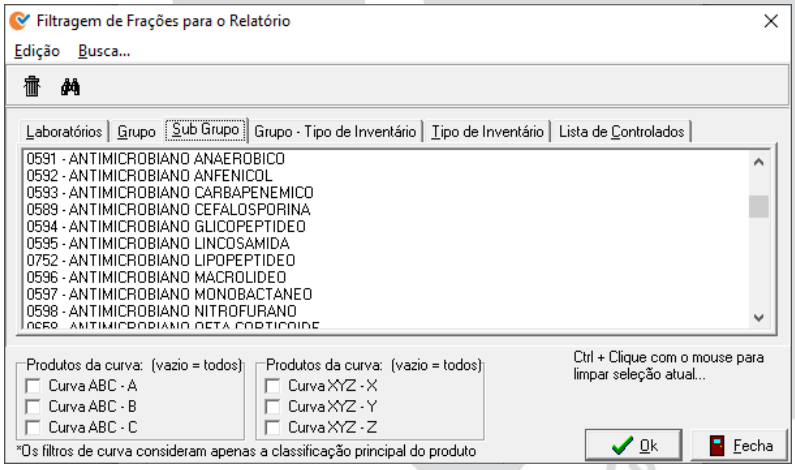
Qtde. Itens : 3 | Frete : 0,0000 | Total de Produtos : 648,1100
Vencimento : | Total c/ Frete : 648,1100
Desconto : 0,0000

Page 1 of 1

Relatório entrada de NF.

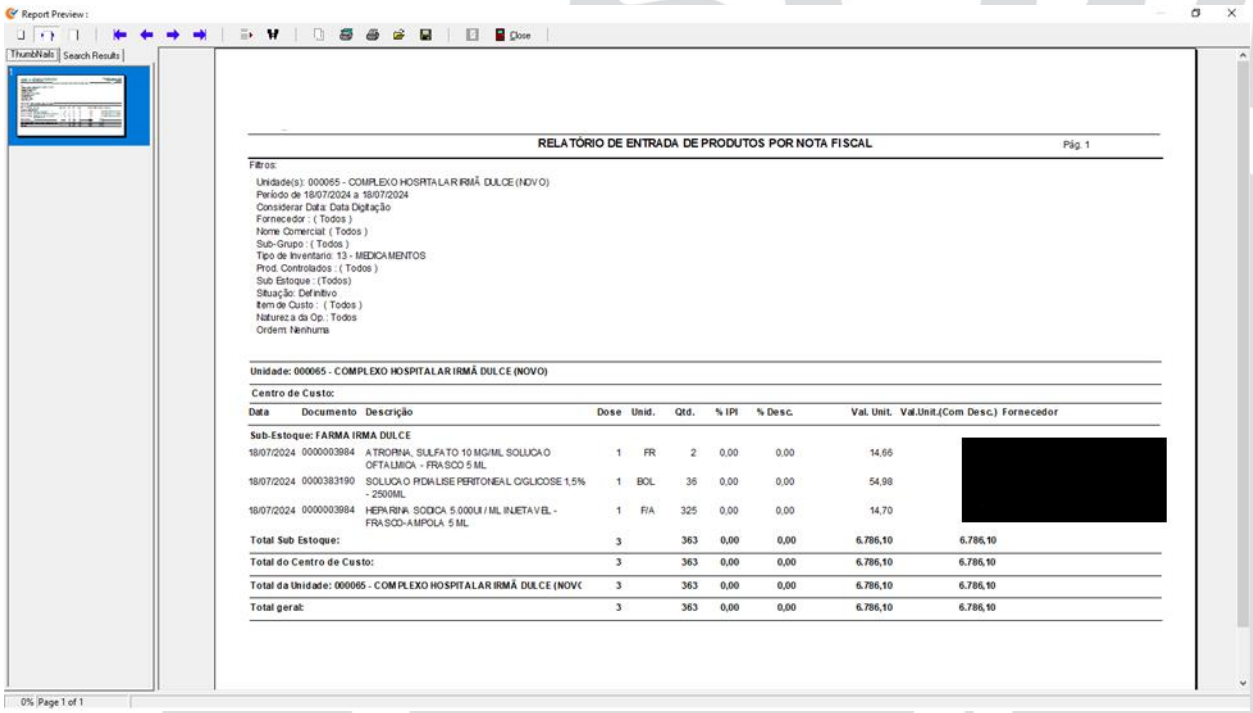
2.5.2. Histórico de recebimentos por produto ou grupo de produtos





Tela e relatório entregas pendentes.

<u>As telas acima atendem aos itens 2.5.2 e 2.5.3</u>

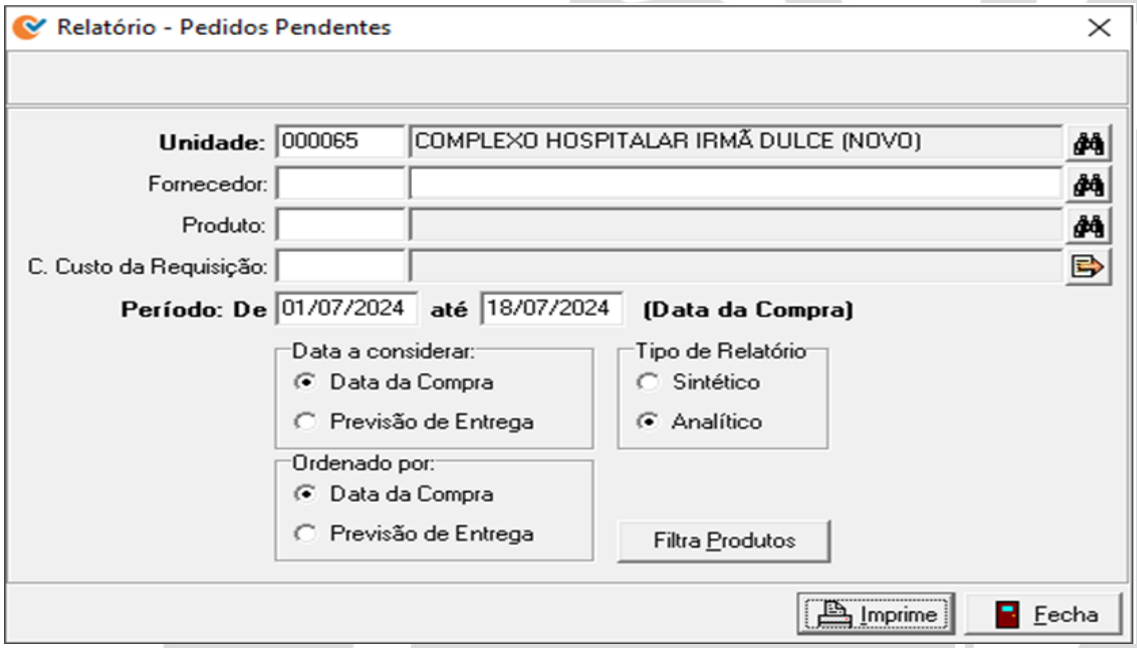


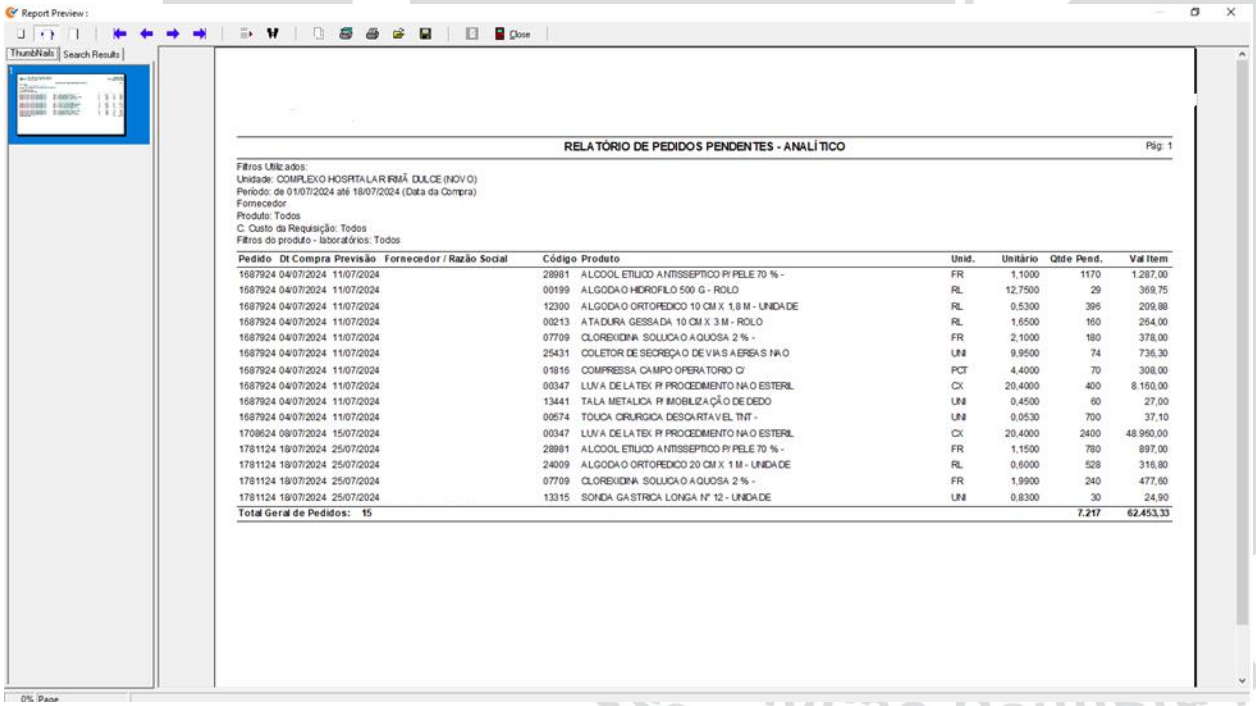
Tela e relatório entrada de NF por período, produto, grupo produto, fornecedor.

2.5.3. Recebimentos por período (dia, semana, mês), produto, Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica (DANFE), e fornecedor

As telas apresentadas no item 2.5.2 atendem também a este item.

2.5.4. Fornecedores com entregas pendentes (dentro do prazo ou em atraso);





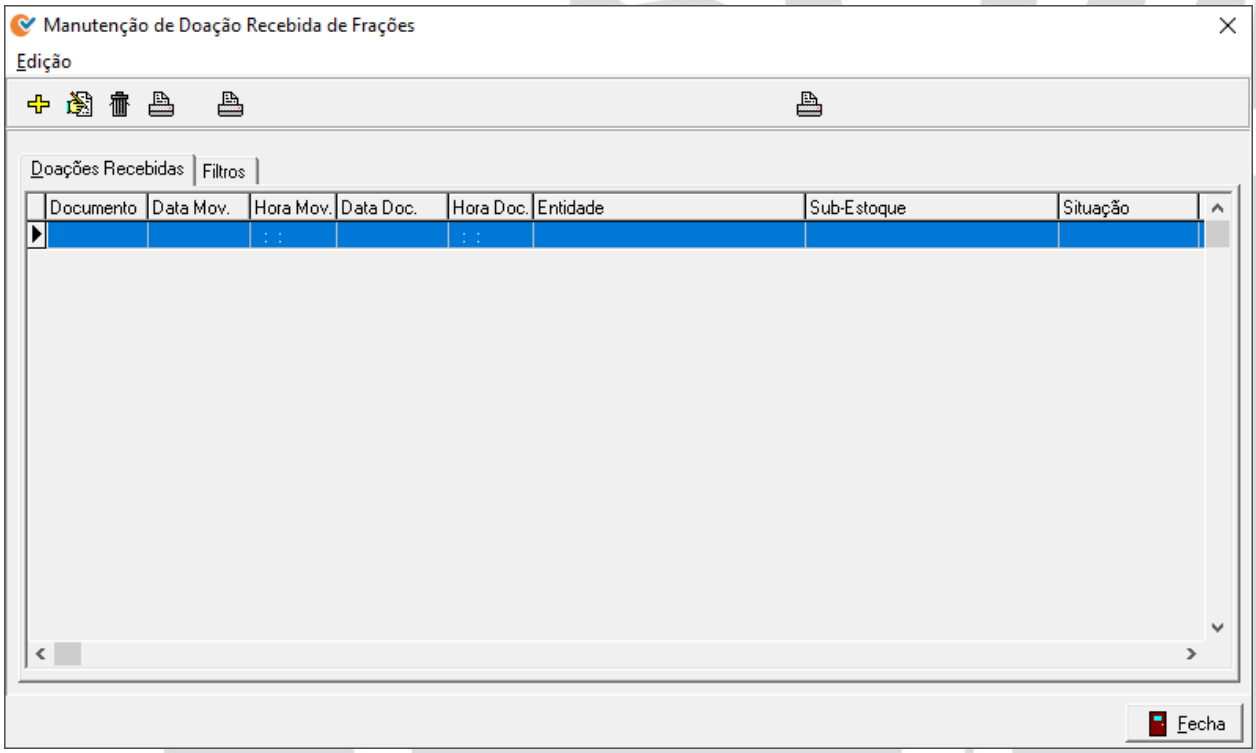
RELATÓRIO DE PEDIDOS PENDENTES - ANALÍTICO — Pág: 1

Filtros Utilizados:
Unidade: COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Período: de 01/07/2024 até 18/07/2024 (Data da Compra)
Fornecedor
Produto: Todos
C. Custo da Requisição: Todos
Filtros do produto - laboratórios: Todos

Pedido	Dt Compra	Previsão	Fornecedor / Razão Social	Código	Produto	Unid.	Unitário	Qtde Pend.	Val Item
1687924	04/07/2024	11/07/2024		28981	ALCOOL ETILICO ANTISSEPTICO PI PELE 70 % -	FR	1,1000	1170	1.287,00
1687924	04/07/2024	11/07/2024		00199	ALGODAO HIDROFILO 500 G - ROLO	RL	12,7500	29	369,75
1687924	04/07/2024	11/07/2024		12300	ALGODAO ORTOPEDICO 10 CM X 1,8 M - UNIDADE	RL	0,5300	396	209,88
1687924	04/07/2024	11/07/2024		00213	ATADURA GESSADA 10 CM X 3 M - ROLO	RL	1,6500	160	264,00
1687924	04/07/2024	11/07/2024		07709	CLOREXIDINA SOLUCAO AQUOSA 2 % -	FR	2,1000	180	378,00
1687924	04/07/2024	11/07/2024		25431	COLETOR DE SECREÇAO DE VIAS AEREAS NAO	UNI	9,9500	74	736,30
1687924	04/07/2024	11/07/2024		01816	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO C/	PCT	4,4000	70	308,00
1687924	04/07/2024	11/07/2024		00347	LUVA DE LATEX PI PROCEDIMENTO NAO ESTERIL	CX	20,4000	400	8.160,00
1687924	04/07/2024	11/07/2024		13441	TALA METALICA PI IMOBILIZAÇÃO DE DEDO	UNI	0,4500	60	27,00
1687924	04/07/2024	11/07/2024		00674	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL TNT -	UNI	0,0530	700	37,10
1708624	08/07/2024	15/07/2024		00347	LUVA DE LATEX PI PROCEDIMENTO NAO ESTERIL	CX	20,4000	2400	48.960,00
1781124	18/07/2024	25/07/2024		28981	ALCOOL ETILICO ANTISSEPTICO PI PELE 70 % -	FR	1,1500	780	897,00
1781124	18/07/2024	25/07/2024		24009	ALGODAO ORTOPEDICO 20 CM X 1 M - UNIDADE	RL	0,6000	528	316,80
1781124	18/07/2024	25/07/2024		07709	CLOREXIDINA SOLUCAO AQUOSA 2 % -	FR	1,9900	240	477,60
1781124	18/07/2024	25/07/2024		13315	SONDA GASTRICA LONGA Nº 12 - UNIDADE	UNI	0,8300	30	24,90
Total Geral de Pedidos: 15								7.217	62.453,33

Tela e relatório entregas pendentes.

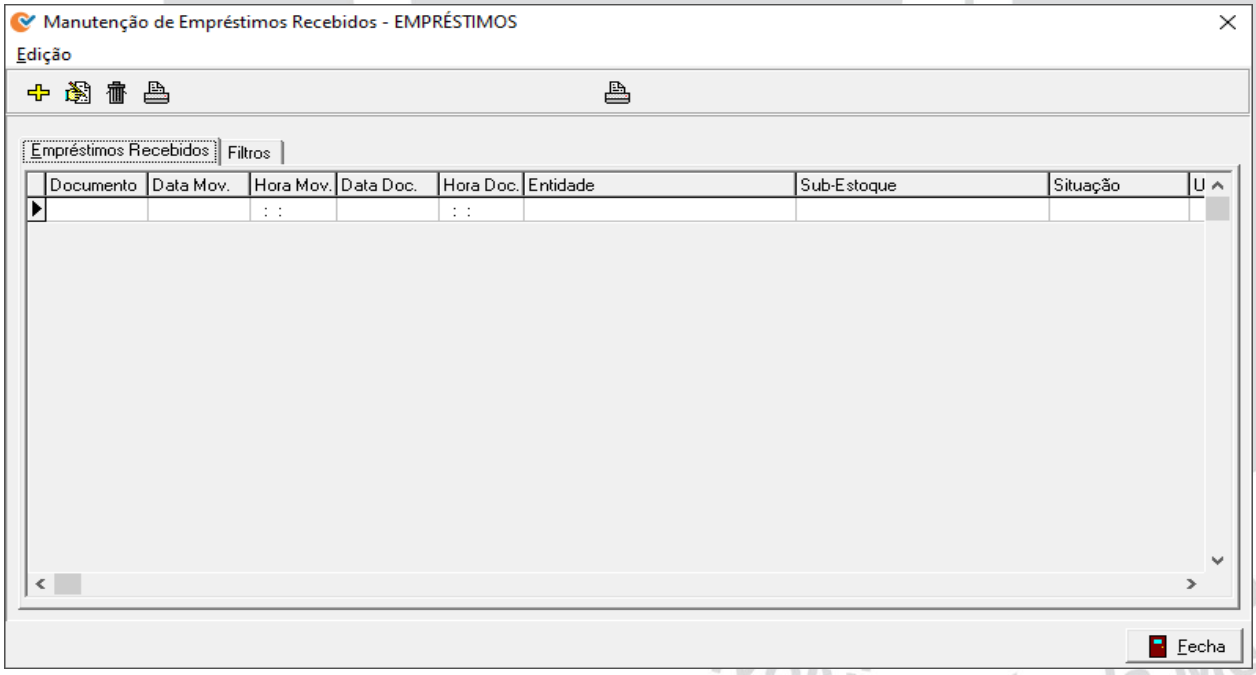
2.5.5. Histórico de recebimentos diversos (devolução, doação);



Tela Recebimento de Doação

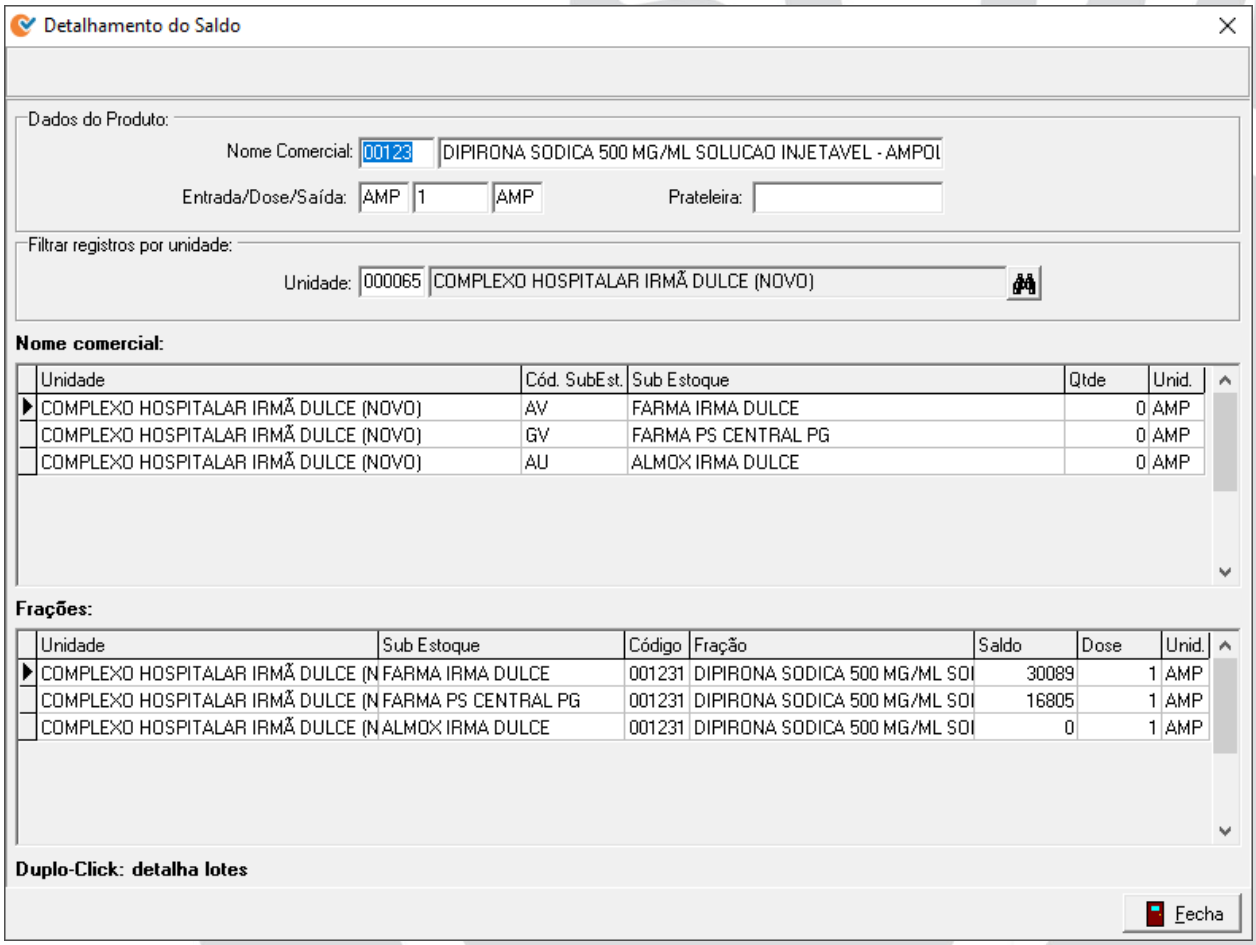
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Tela Recebimento de Devolução Dispensação



Tela Recebimento de Empréstimo

2.5.6. Posição de estoque por local e por produto;



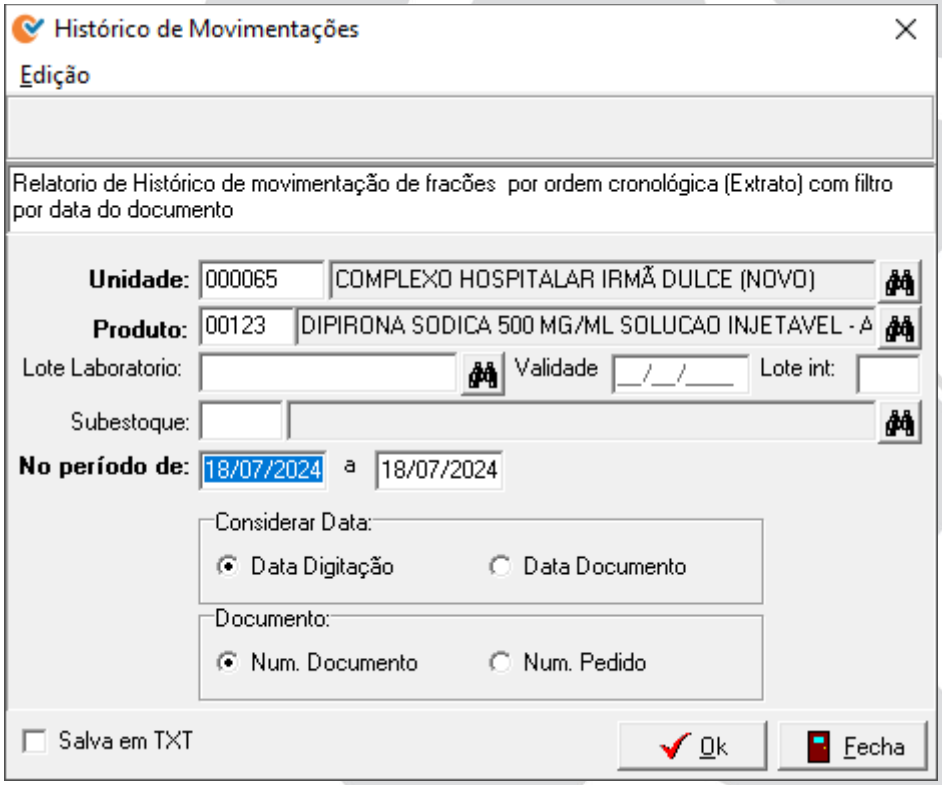
Tela Posição Estoque por Produto e Local.

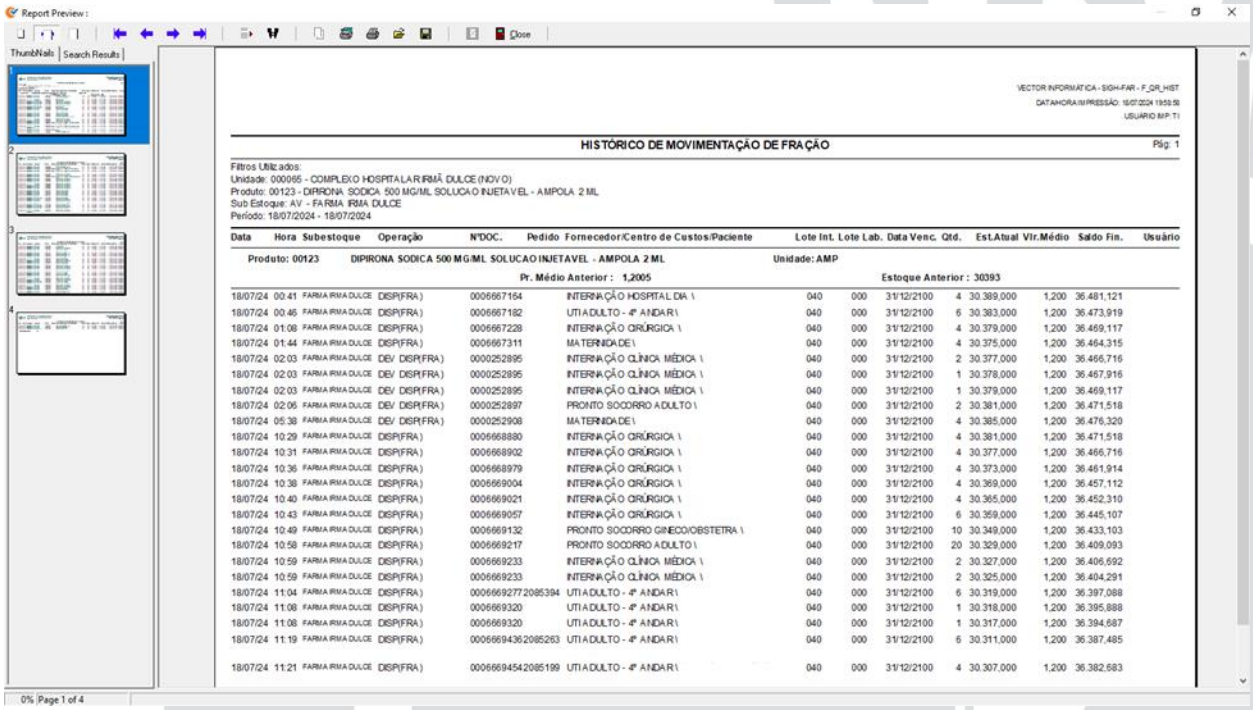
2.5.7. Ficha de estoque (movimentações)

2.5.8. Validade

2.5.9. Movimentação por período

As telas abaixo atendem aos itens 2.5.7, 2.5.8 e 2.5.9.





HISTÓRICO DE MOVIMENTAÇÃO DE FRAÇÃO

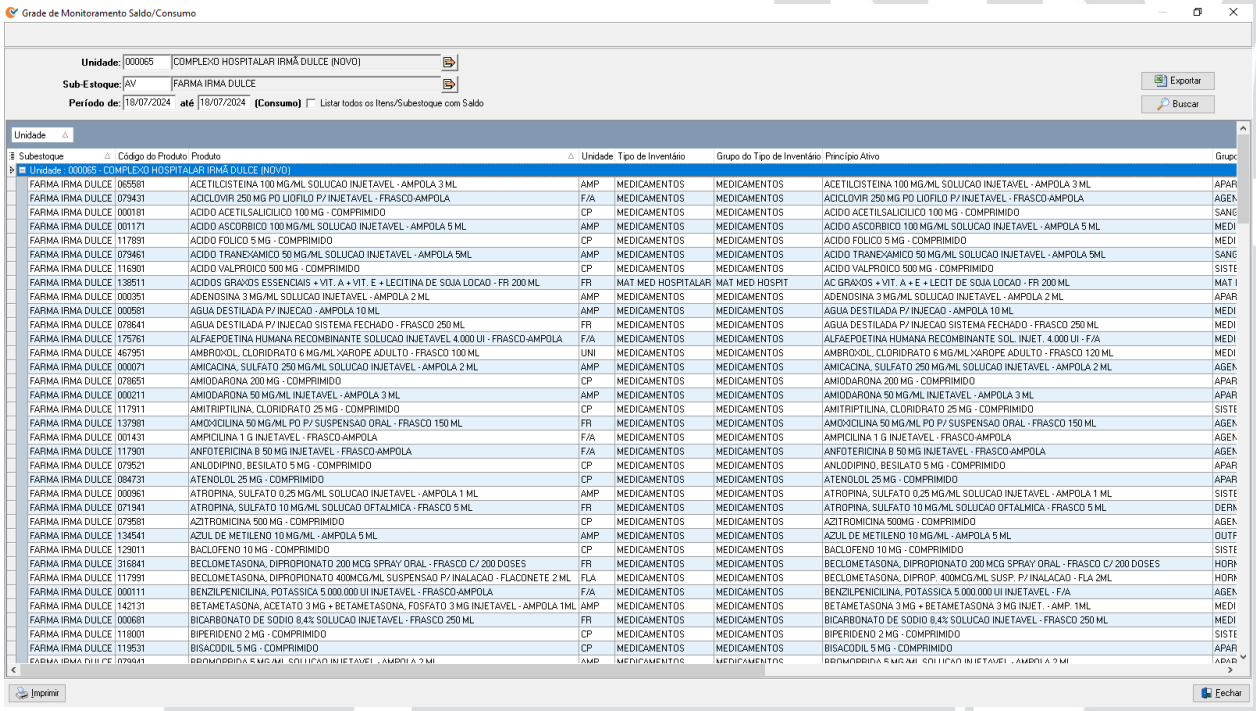
Filtros Utilizados:
Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Produto: 00123 - DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML
Sub Estoque: AV - FARMA IRMA DULCE
Período: 18/07/2024 - 18/07/2024

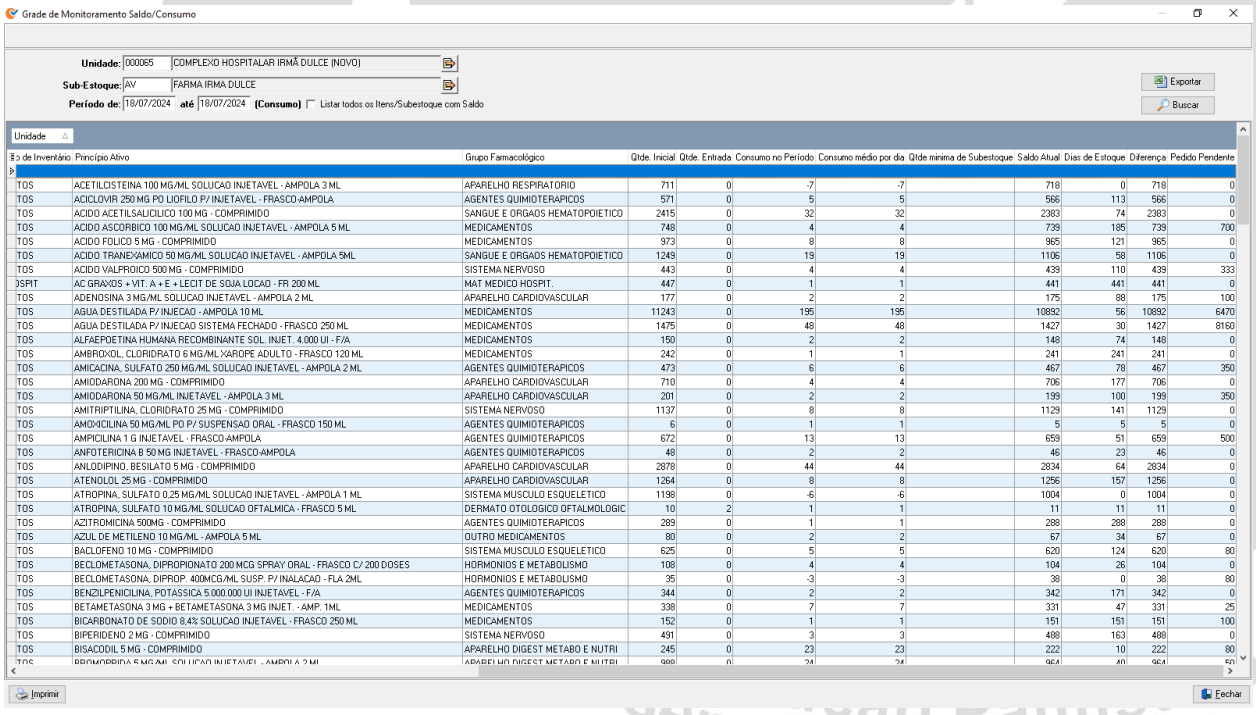
Data	Hora	Subestoque	Operação	N°DOC.	Pedido	Fornecedor/Centro de Custos/Paciente	Lote Int.	Lote Lab.	Data Venc.	Qtd.	Est.Atual	Vlr.Médio	Saldo Fin.	Usuário
Produto: 00123			DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML				Unidade: AMP							
							Pr. Médio Anterior : 1,2005				Estoque Anterior : 30393			
18/07/24	00:41	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006667164		INTERNAÇÃO HOSPITAL DIA \	040	000	31/12/2100	4	30.389,000	1,200	36.481,121	
18/07/24	00:46	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006667182		UTI ADULTO - 4º ANDAR \	040	000	31/12/2100	6	30.383,000	1,200	36.473,919	
18/07/24	01:08	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006667228		INTERNAÇÃO CIRÚRGICA \	040	000	31/12/2100	4	30.379,000	1,200	36.469,117	
18/07/24	01:44	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006667311		MATERNIDADE \	040	000	31/12/2100	4	30.375,000	1,200	36.464,315	
18/07/24	02:03	FARMA IRMA DULCE	DEV DISP(FRA)	0000252895		INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA \	040	000	31/12/2100	2	30.377,000	1,200	36.466,716	
18/07/24	02:03	FARMA IRMA DULCE	DEV DISP(FRA)	0000252895		INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA \	040	000	31/12/2100	1	30.378,000	1,200	36.467,916	
18/07/24	02:03	FARMA IRMA DULCE	DEV DISP(FRA)	0000252895		INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA \	040	000	31/12/2100	1	30.379,000	1,200	36.469,117	
18/07/24	02:06	FARMA IRMA DULCE	DEV DISP(FRA)	0000252897		PRONTO SOCORRO ADULTO \	040	000	31/12/2100	2	30.381,000	1,200	36.471,518	
18/07/24	05:38	FARMA IRMA DULCE	DEV DISP(FRA)	0000252908		MATERNIDADE \	040	000	31/12/2100	4	30.385,000	1,200	36.476,320	
18/07/24	10:29	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006668880		INTERNAÇÃO CIRÚRGICA \	040	000	31/12/2100	4	30.381,000	1,200	36.471,518	
18/07/24	10:31	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006668902		INTERNAÇÃO CIRÚRGICA \	040	000	31/12/2100	4	30.377,000	1,200	36.466,716	
18/07/24	10:36	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006668979		INTERNAÇÃO CIRÚRGICA \	040	000	31/12/2100	4	30.373,000	1,200	36.461,914	
18/07/24	10:38	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669004		INTERNAÇÃO CIRÚRGICA \	040	000	31/12/2100	4	30.369,000	1,200	36.457,112	
18/07/24	10:40	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669021		INTERNAÇÃO CIRÚRGICA \	040	000	31/12/2100	4	30.365,000	1,200	36.452,310	
18/07/24	10:43	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669057		INTERNAÇÃO CIRÚRGICA \	040	000	31/12/2100	6	30.359,000	1,200	36.445,107	
18/07/24	10:49	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669132		PRONTO SOCORRO GINECO/OBSTETRA \	040	000	31/12/2100	10	30.349,000	1,200	36.433,103	
18/07/24	10:58	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669217		PRONTO SOCORRO ADULTO \	040	000	31/12/2100	20	30.329,000	1,200	36.409,093	
18/07/24	10:59	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669233		INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA \	040	000	31/12/2100	2	30.327,000	1,200	36.406,692	
18/07/24	10:59	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669233		INTERNAÇÃO CLÍNICA MÉDICA \	040	000	31/12/2100	2	30.325,000	1,200	36.404,291	
18/07/24	11:04	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	00066692772085394		UTI ADULTO - 4º ANDAR \	040	000	31/12/2100	6	30.319,000	1,200	36.397,088	
18/07/24	11:08	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669320		UTI ADULTO - 4º ANDAR \	040	000	31/12/2100	1	30.318,000	1,200	36.395,888	
18/07/24	11:08	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	0006669320		UTI ADULTO - 4º ANDAR \	040	000	31/12/2100	1	30.317,000	1,200	36.394,687	
18/07/24	11:19	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	00066694362085263		UTI ADULTO - 4º ANDAR \	040	000	31/12/2100	6	30.311,000	1,200	36.387,485	
18/07/24	11:21	FARMA IRMA DULCE	DISP(FRA)	00066694542085199		UTI ADULTO - 4º ANDAR \	040	000	31/12/2100	4	30.307,000	1,200	36.382,683	

Tela e Relatório Movimentação por estoque, produto, período, lote e validade

2.5.10. Produtos com estoque excedente

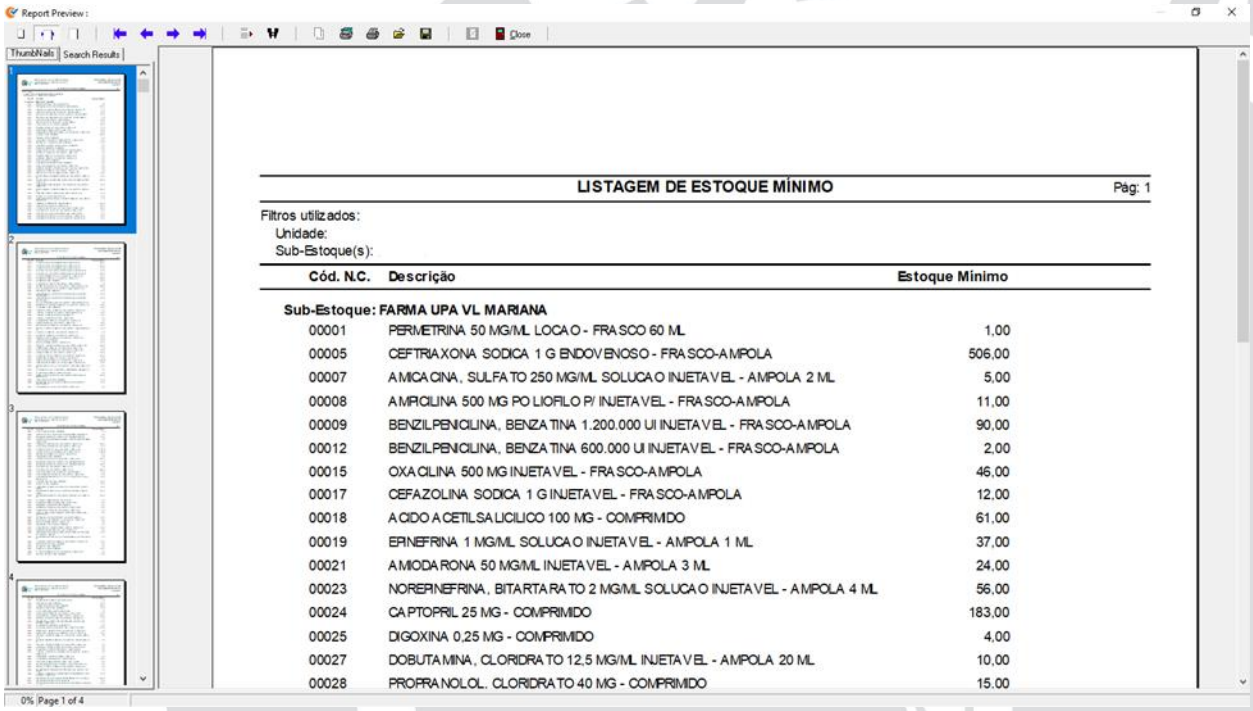
2.5.11. Produtos com estoque ideal





Tela Monitoramento Saldo/Consumo

2.5.12. Produtos com estoque mínimo



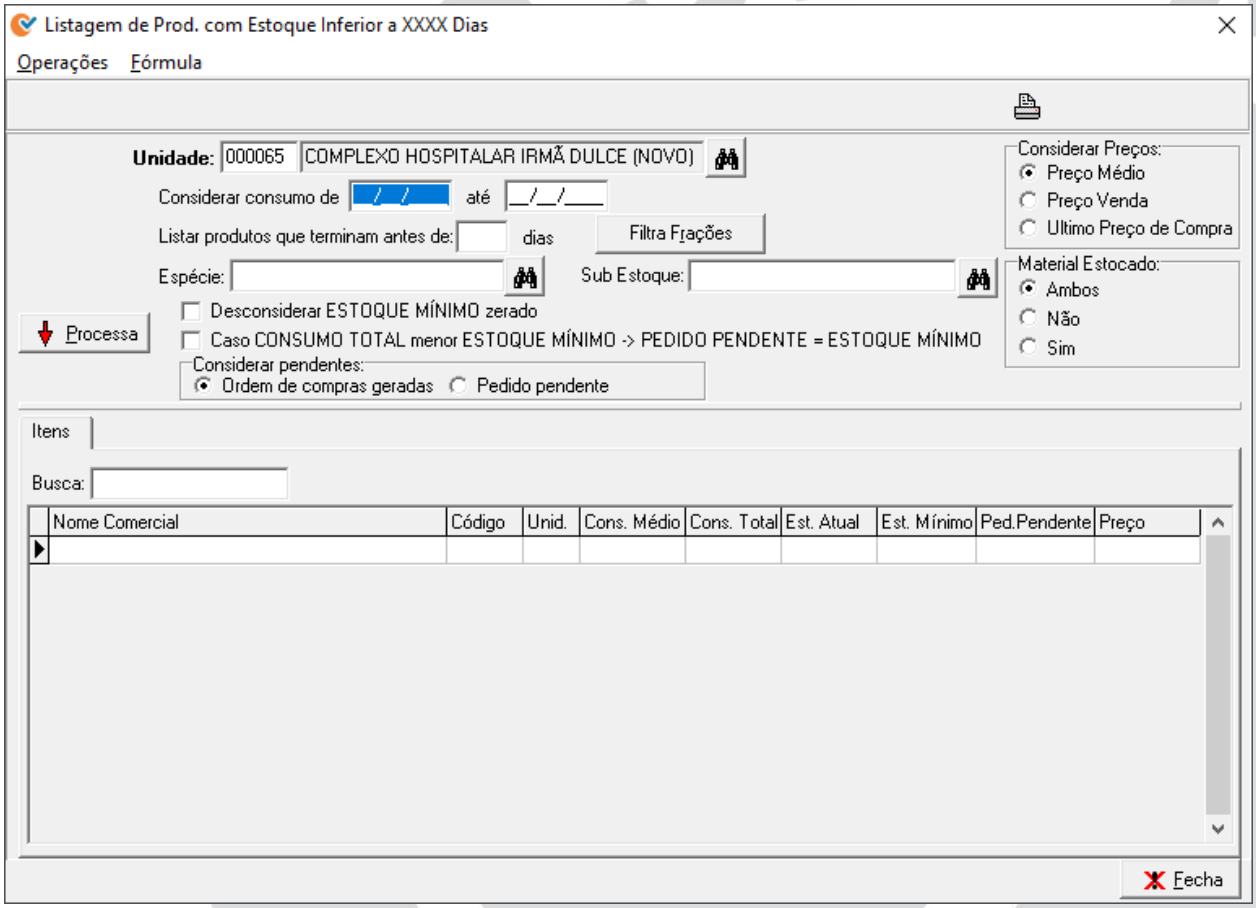
LISTAGEM DE ESTOQUE MÍNIMO — Pág: 1

Filtros utilizados:
Unidade:
Sub-Estoque(s):

Cód. N.C.	Descrição	Estoque Mínimo
Sub-Estoque: FARMA UPA VL MARIANA		
00001	PERMETRINA 50 MG/ML LOCAO - FRASCO 60 ML	1,00
00005	CEFTRIAXONA SODICA 1 G ENDOVENOSO - FRASCO-AMPOLA	506,00
00007	AMICACINA, SULFATO 250 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML	5,00
00008	AMPICILINA 500 MG PO LIOFILO P/ INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	11,00
00009	BENZILPENICILINA, BENZATINA 1.200.000 UI INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	90,00
00012	BENZILPENICILINA, BENZATINA 600.000 UI INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	2,00
00015	OXACILINA 500 MG INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	46,00
00017	CEFAZOLINA SODICA 1 G INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	12,00
00018	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG - COMPRIMIDO	61,00
00019	ERNEFRINA 1 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 1 ML	37,00
00021	AMIODARONA 50 MG/ML INJETAVEL - AMPOLA 3 ML	24,00
00023	NORERNEFRINA, BITARTARATO 2 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 4 ML	56,00
00024	CAPTOPRIL 25 MG - COMPRIMIDO	183,00
00025	DIGOXINA 0,25 MG - COMPRIMIDO	4,00
00027	DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5 MG/ML INJETAVEL - AMPOLA 20 ML	10,00
00028	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG - COMPRIMIDO	15,00

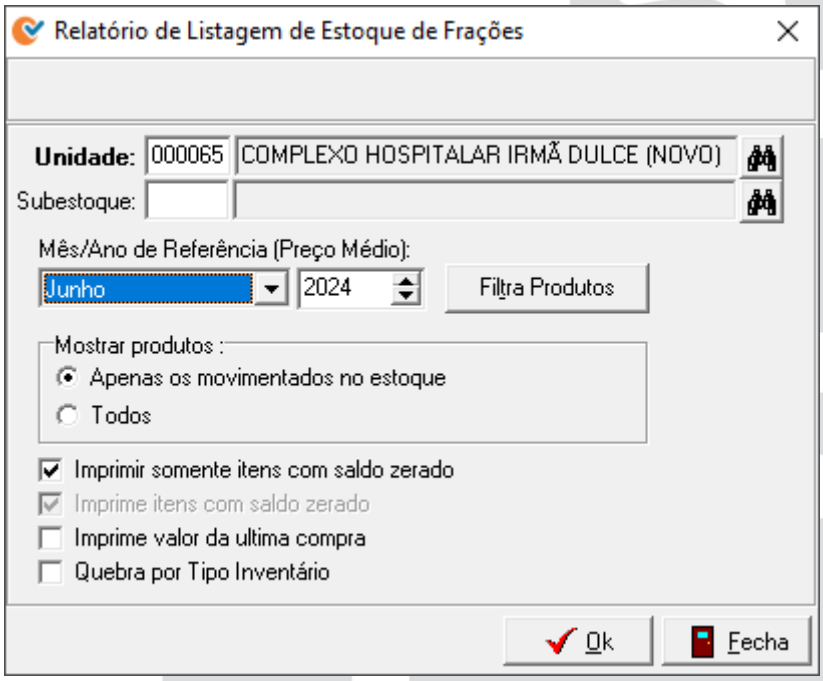
Relatório Estoque Mínimo

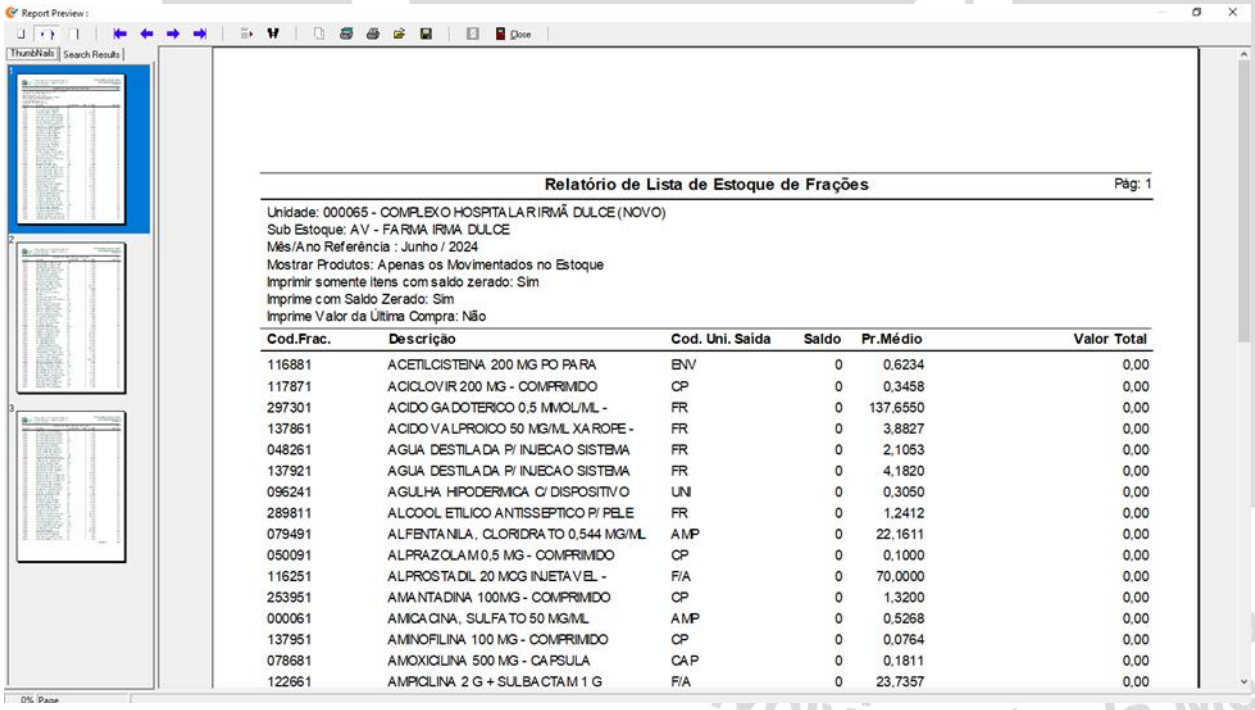
2.5.13. Produtos com estoque crítico



Tela Estoque Critico

2.5.14. Produtos sem estoque





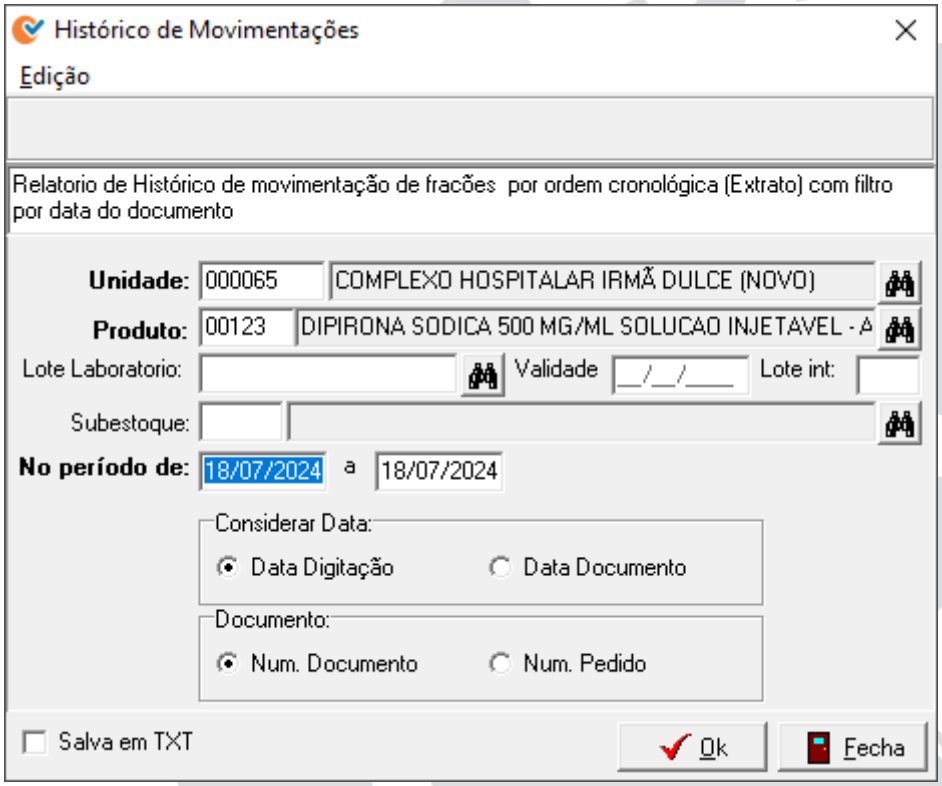
Relatório de Lista de Estoque de Frações Pág: 1

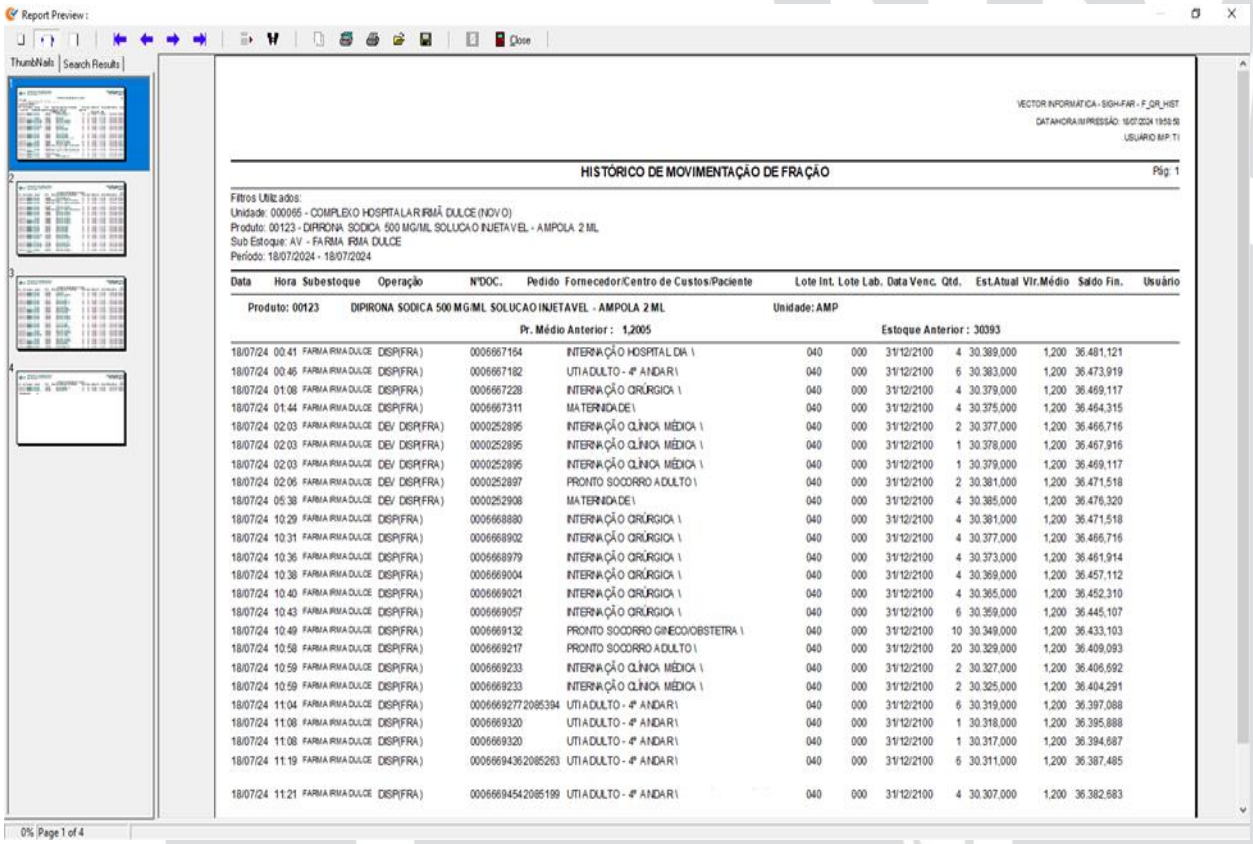
Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Sub Estoque: AV - FARMA IRMA DULCE
Mês/Ano Referência : Junho / 2024
Mostrar Produtos: Apenas os Movimentados no Estoque
Imprimir somente itens com saldo zerado: Sim
Imprime com Saldo Zerado: Sim
Imprime Valor da Última Compra: Não

Cod.Frac.	Descrição	Cod. Uni. Saida	Saldo	Pr.Médio	Valor Total
116881	ACETILCISTEINA 200 MG PO PARA	ENV	0	0,6234	0,00
117871	ACICLOVIR 200 MG - COMPRIMIDO	CP	0	0,3458	0,00
297301	ACIDO GADOTERICO 0,5 MMOL/ML -	FR	0	137,6550	0,00
137861	ACIDO VALPROICO 50 MG/ML XAROPE -	FR	0	3,8827	0,00
048261	AGUA DESTILADA P/ INJECAO SISTEMA	FR	0	2,1053	0,00
137921	AGUA DESTILADA P/ INJECAO SISTEMA	FR	0	4,1820	0,00
096241	AGULHA HIPODERMICA C/ DISPOSITIVO	UNI	0	0,3050	0,00
289811	ALCOOL ETILICO ANTISSEPTICO P/ PELE	FR	0	1,2412	0,00
079491	ALFENTANILA, CLORIDRATO 0,544 MG/ML	AMP	0	22,1611	0,00
050091	ALPRAZOLAM 0,5 MG - COMPRIMIDO	CP	0	0,1000	0,00
116251	ALPROSTADIL 20 MCG INJETAVEL -	F/A	0	70,0000	0,00
253951	AMANTADINA 100MG - COMPRIMIDO	CP	0	1,3200	0,00
000061	AMICACINA, SULFATO 50 MG/ML	AMP	0	0,5268	0,00
137951	AMINOFILINA 100 MG - COMPRIMIDO	CP	0	0,0764	0,00
078681	AMOXICILINA 500 MG - CAPSULA	CAP	0	0,1811	0,00
122661	AMPICILINA 2 G + SULBACTAM 1 G	F/A	0	23,7357	0,00

Tela e Relatório produtos sem estoque

2.5.15. Lote


Histórico de Movimentações
Edição
Relatorio de Histórico de movimentação de fracões por ordem cronológica (Extrato) com filtro por data do documento
Unidade: 000065 COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Produto: 00123 DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - A
Lote Laboratorio:
Validade __/__/____
Lote int:
Subestoque:
No período de: 18/07/2024 a 18/07/2024
Considerar Data:
Data Digitação
Data Documento
Documento:
Num. Documento
Num. Pedido
Salva em TXT
Ok
Fecha

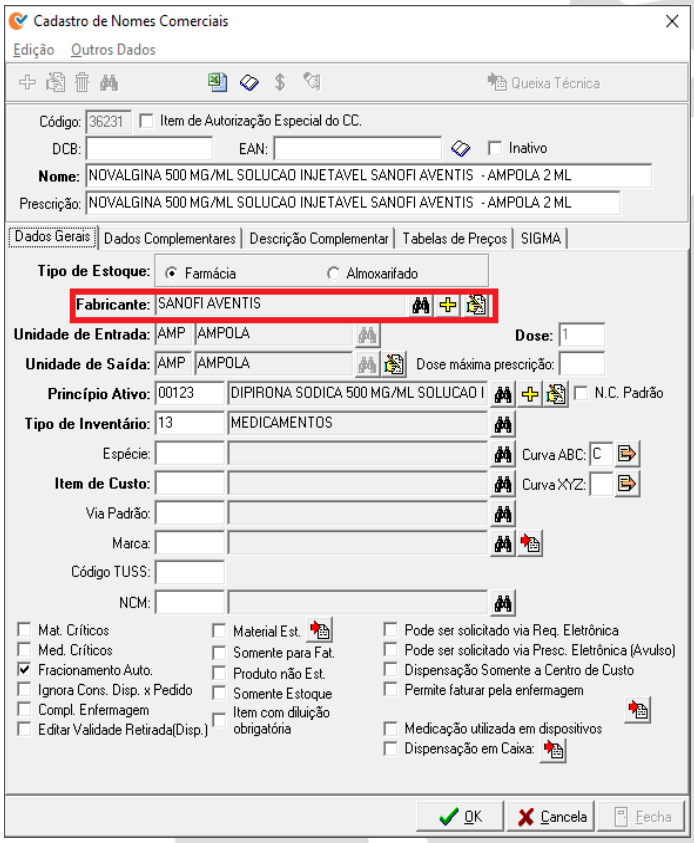


Tela e Relatório Movimentação por estoque, produto, período, lote e validade

2.5.16. Validade

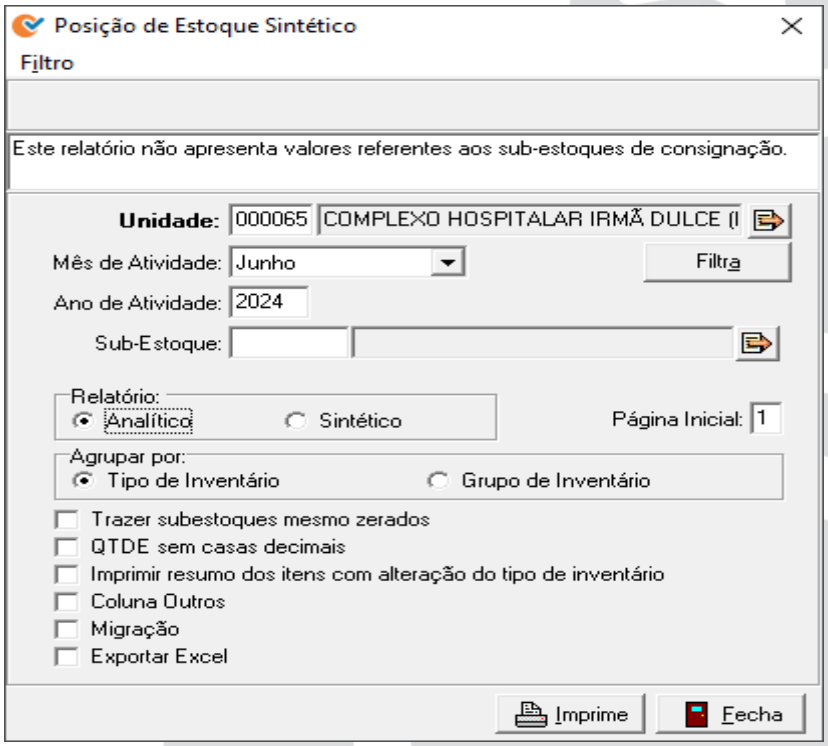
As telas apresentadas no item 2.5.15 atendem também a este item.

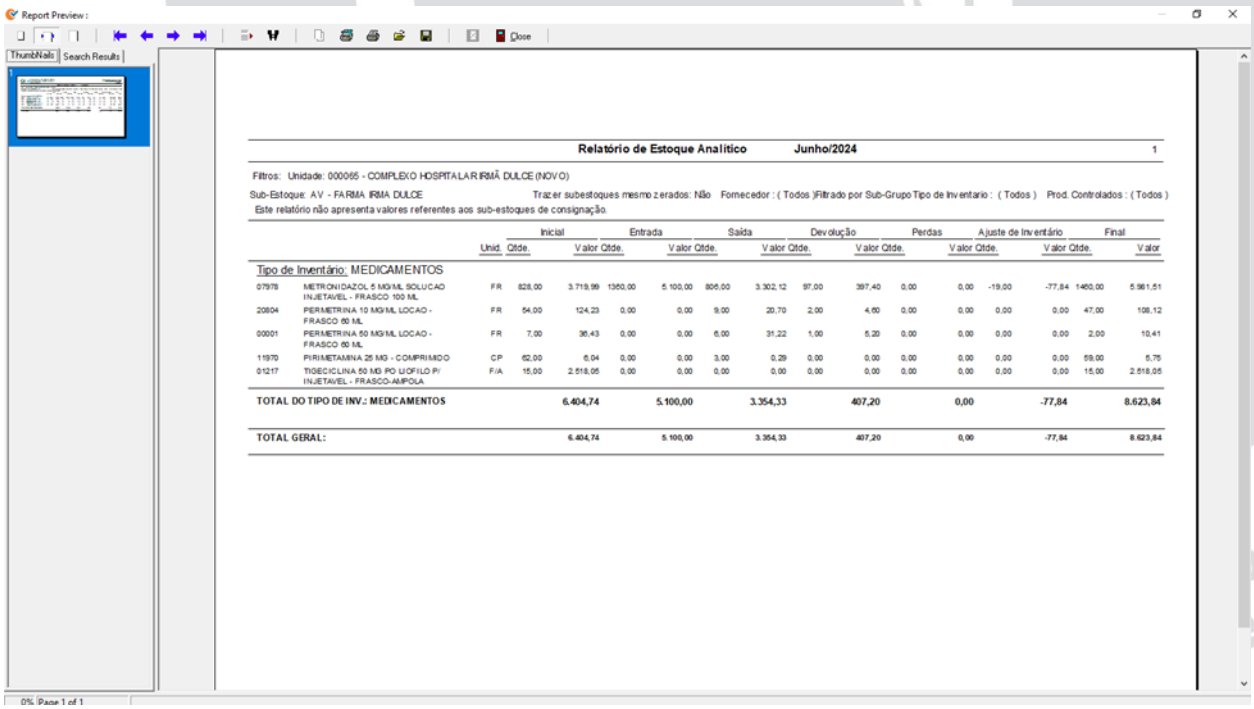
2.5.17. Fabricante



Tela de Cadastro de Produtos (Fabricante)

2.5.18. Custo dos itens





Relatório de Estoque Analítico Junho/2024 1

Filtros: Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)

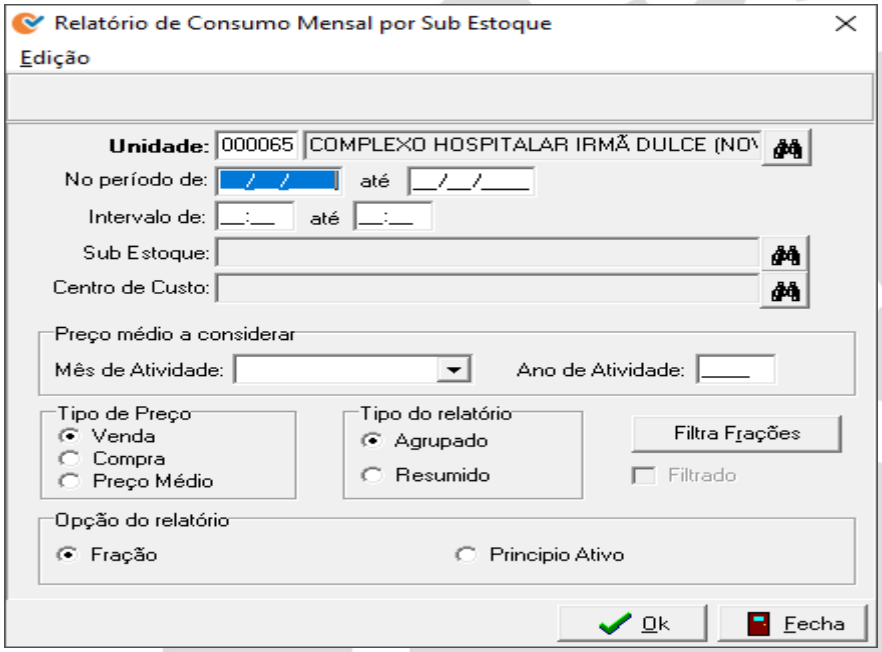
Sub-Estoque: AV - FARMA IRMA DULCE Trazer subestoques mesmo zerados: Não Fornecedor : (Todos)Filtrado por Sub-Grupo Tipo de Inventario : (Todos) Prod. Controlados : (Todos)

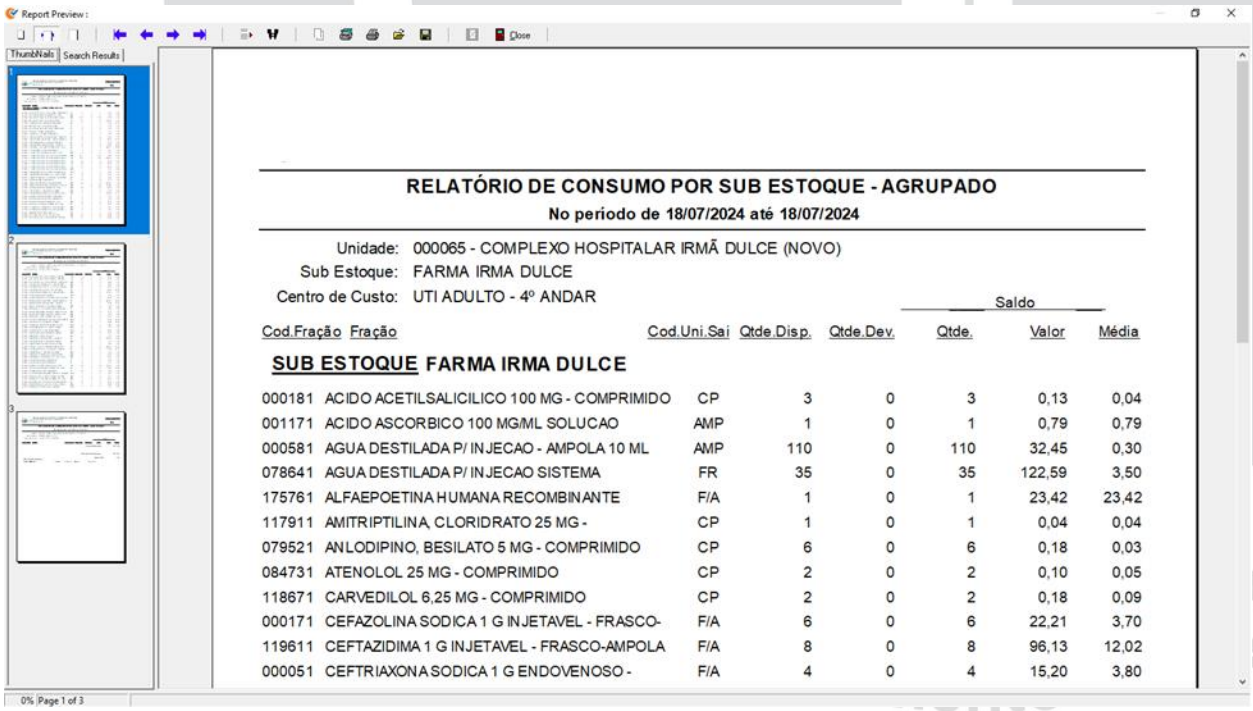
Este relatório não apresenta valores referentes aos sub-estoques de consignação.

			Inicial		Entrada		Saída		Devolução		Perdas		Ajuste de Inventário		Final	
		Unid.	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor	Qtde.	Valor
Tipo de Inventário: MEDICAMENTOS																
07978	METRONIDAZOL 5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - FRASCO 100 ML	FR	828,00	3.719,99	1360,00	5.100,00	806,00	3.302,12	97,00	397,40	0,00	0,00	-19,00	-77,84	1460,00	5.961,51
20804	PERMETRINA 10 MG/ML LOCAO - FRASCO 60 ML	FR	54,00	124,23	0,00	0,00	9,00	20,70	2,00	4,60	0,00	0,00	0,00	0,00	47,00	108,12
00001	PERMETRINA 50 MG/ML LOCAO - FRASCO 60 ML	FR	7,00	36,43	0,00	0,00	6,00	31,22	1,00	5,20	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	10,41
11970	PIRIMETAMINA 25 MG - COMPRIMIDO	CP	62,00	6,04	0,00	0,00	3,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	59,00	5,75
01217	TIGECICLINA 50 MG PO LIOFILO P/ INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	F/A	15,00	2.518,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,00	2.518,05
TOTAL DO TIPO DE INV.: MEDICAMENTOS				6.404,74		5.100,00		3.354,33		407,20		0,00		-77,84		8.623,84
TOTAL GERAL:				6.404,74		5.100,00		3.354,33		407,20		0,00		-77,84		8.623,84

Tela e Relatório Custo Produtos

2.5.19. Saídas por destino/setor/paciente





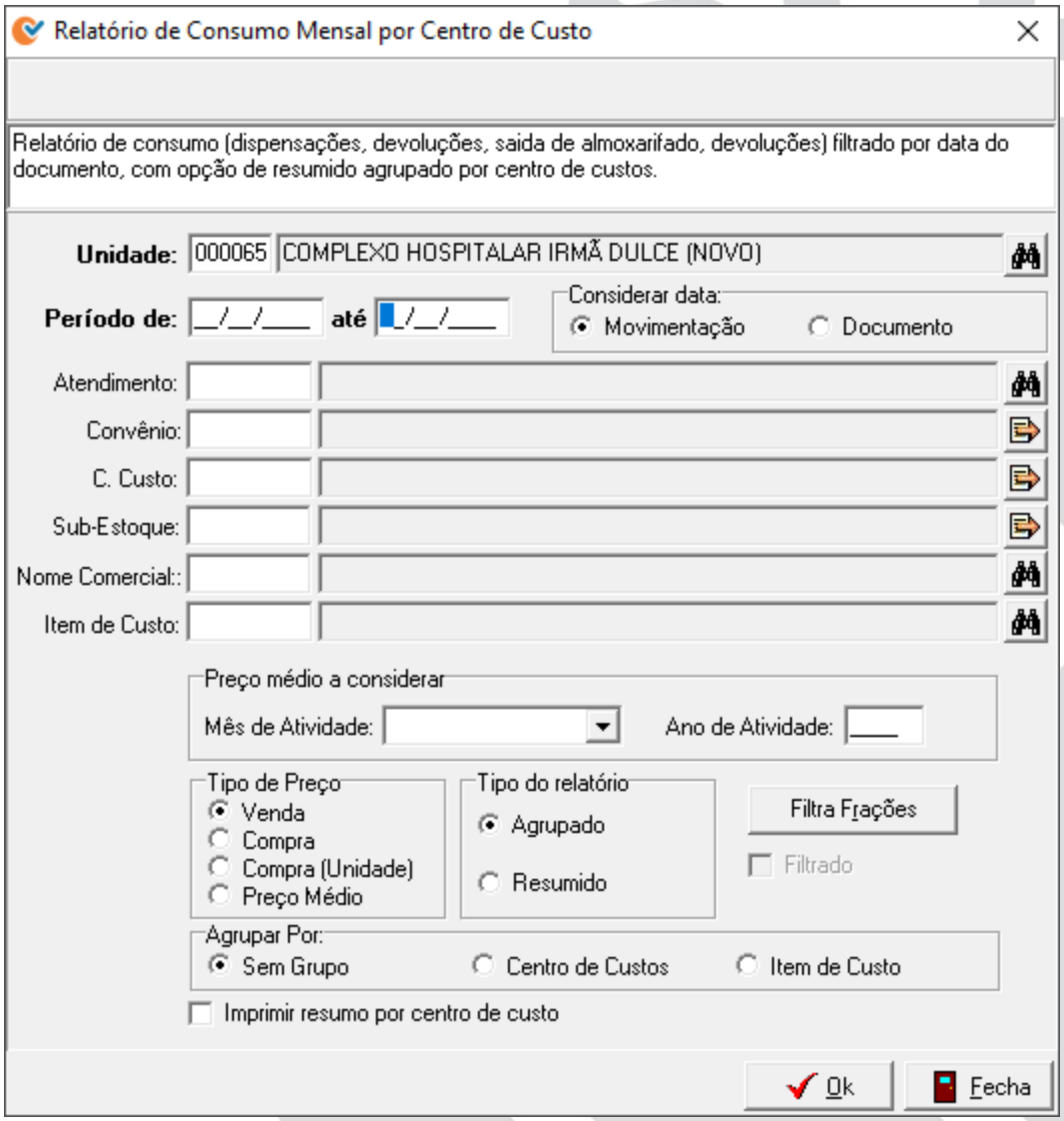
RELATÓRIO DE CONSUMO POR SUB ESTOQUE - AGRUPADO

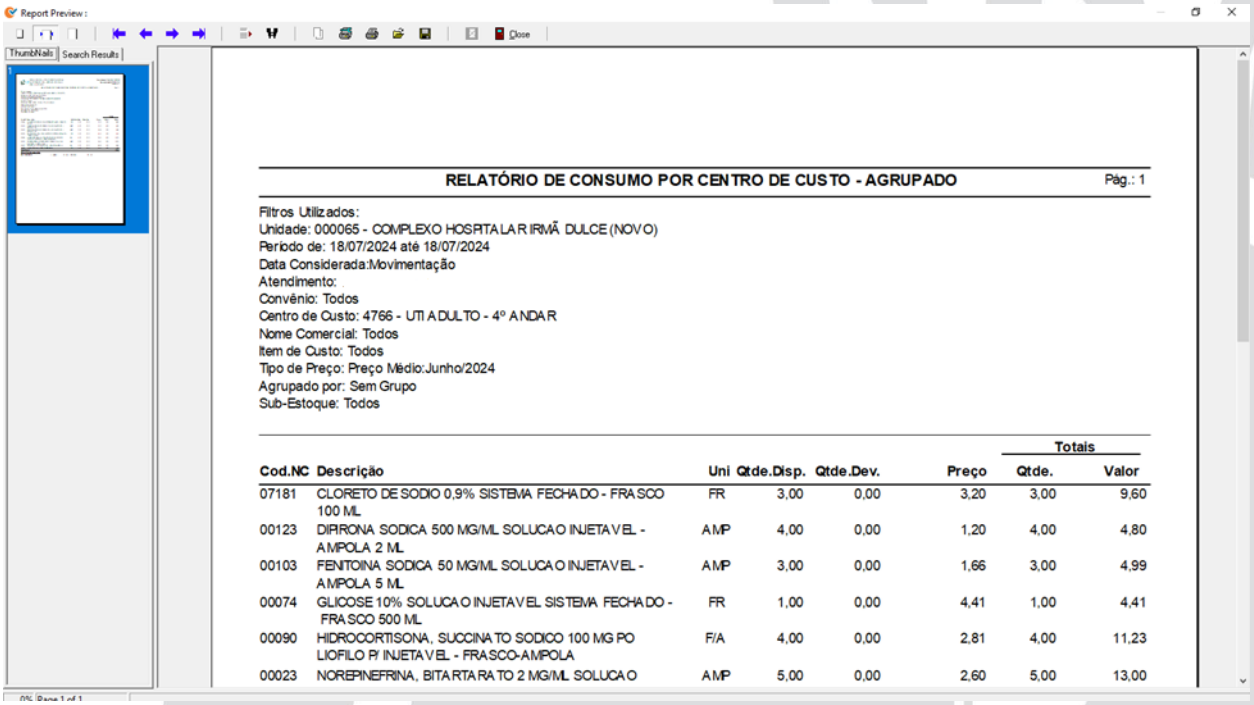
No periodo de 18/07/2024 até 18/07/2024

Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Sub Estoque: FARMA IRMA DULCE
Centro de Custo: UTI ADULTO - 4º ANDAR

Cod.Fração	Fração	Cod.Uni.Sai	Qtde.Disp.	Qtde.Dev.	Saldo Qtde.	Saldo Valor	Saldo Média
SUB ESTOQUE FARMA IRMA DULCE							
000181	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG - COMPRIMIDO	CP	3	0	3	0,13	0,04
001171	ACIDO ASCORBICO 100 MG/ML SOLUCAO	AMP	1	0	1	0,79	0,79
000581	AGUA DESTILADA P/ INJECAO - AMPOLA 10 ML	AMP	110	0	110	32,45	0,30
078641	AGUA DESTILADA P/ INJECAO SISTEMA	FR	35	0	35	122,59	3,50
175761	ALFAEPOETINA HUMANA RECOMBINANTE	F/A	1	0	1	23,42	23,42
117911	AMITRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG -	CP	1	0	1	0,04	0,04
079521	ANLODIPINO, BESILATO 5 MG - COMPRIMIDO	CP	6	0	6	0,18	0,03
084731	ATENOLOL 25 MG - COMPRIMIDO	CP	2	0	2	0,10	0,05
118671	CARVEDILOL 6,25 MG - COMPRIMIDO	CP	2	0	2	0,18	0,09
000171	CEFAZOLINA SODICA 1 G INJETAVEL - FRASCO-	F/A	6	0	6	22,21	3,70
119611	CEFTAZIDIMA 1 G INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	F/A	8	0	8	96,13	12,02
000051	CEFTRIAXONA SODICA 1 G ENDOVENOSO -	F/A	4	0	4	15,20	3,80

Tela e relatório consumo por sub-estoque



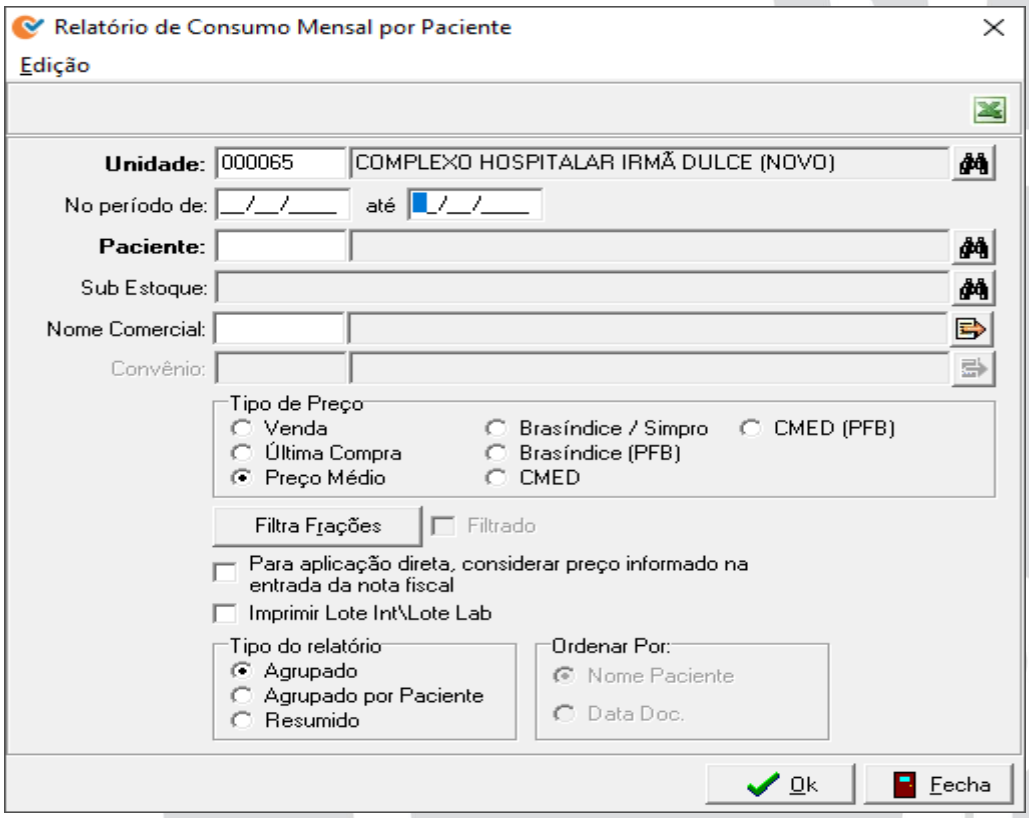


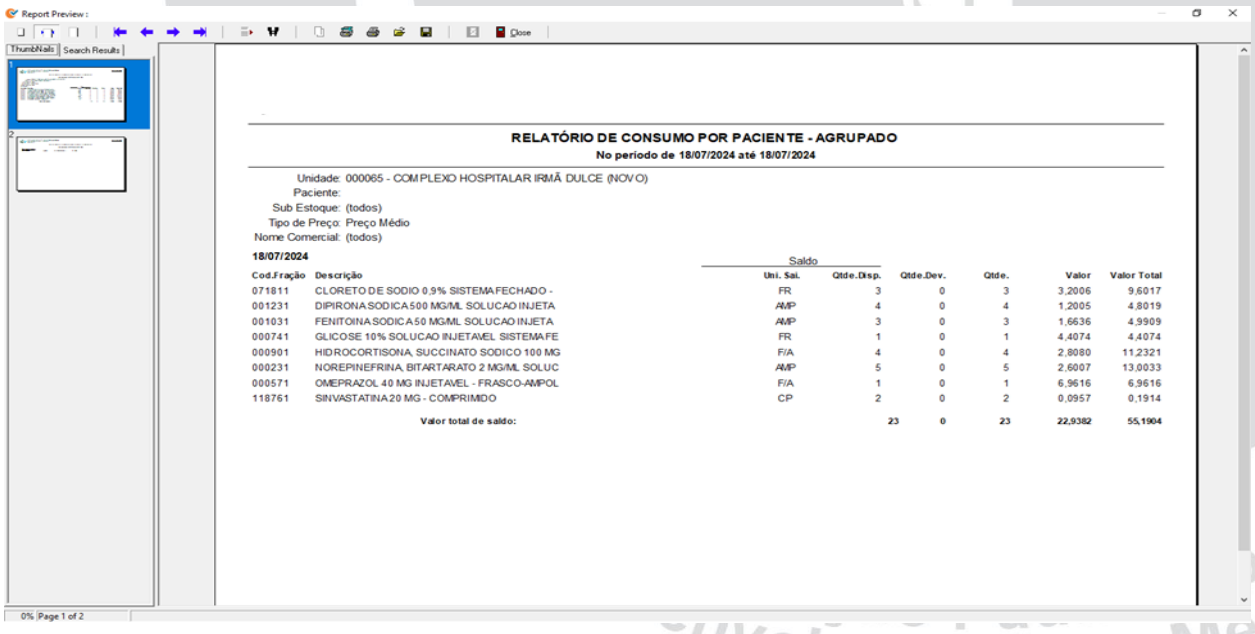
RELATÓRIO DE CONSUMO POR CENTRO DE CUSTO - AGRUPADO Pág.: 1

Filtros Utilizados:
Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Período de: 18/07/2024 até 18/07/2024
Data Considerada:Movimentação
Atendimento:
Convênio: Todos
Centro de Custo: 4766 - UTI ADULTO - 4º ANDAR
Nome Comercial: Todos
Item de Custo: Todos
Tipo de Preço: Preço Médio:Junho/2024
Agrupado por: Sem Grupo
Sub-Estoque: Todos

						Totais	
Cod.NC	Descrição	Uni	Qtde.Disp.	Qtde.Dev.	Preço	Qtde.	Valor
07181	CLORETO DE SODIO 0,9% SISTEMA FECHADO - FRASCO 100 ML	FR	3,00	0,00	3,20	3,00	9,60
00123	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML	AMP	4,00	0,00	1,20	4,00	4,80
00103	FENITOINA SODICA 50 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 5 ML	AMP	3,00	0,00	1,66	3,00	4,99
00074	GLICOSE 10% SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FECHADO - FRASCO 500 ML	FR	1,00	0,00	4,41	1,00	4,41
00090	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SODICO 100 MG PO LIOFILO P/ INJETAVEL - FRASCO-AMPOLA	F/A	4,00	0,00	2,81	4,00	11,23
00023	NOREPINEFRINA, BITARTARATO 2 MG/ML SOLUCAO	AMP	5,00	0,00	2,60	5,00	13,00

Tela e Relatório Consumo por Centro de Custo





RELATÓRIO DE CONSUMO POR PACIENTE - AGRUPADO

No período de 18/07/2024 até 18/07/2024

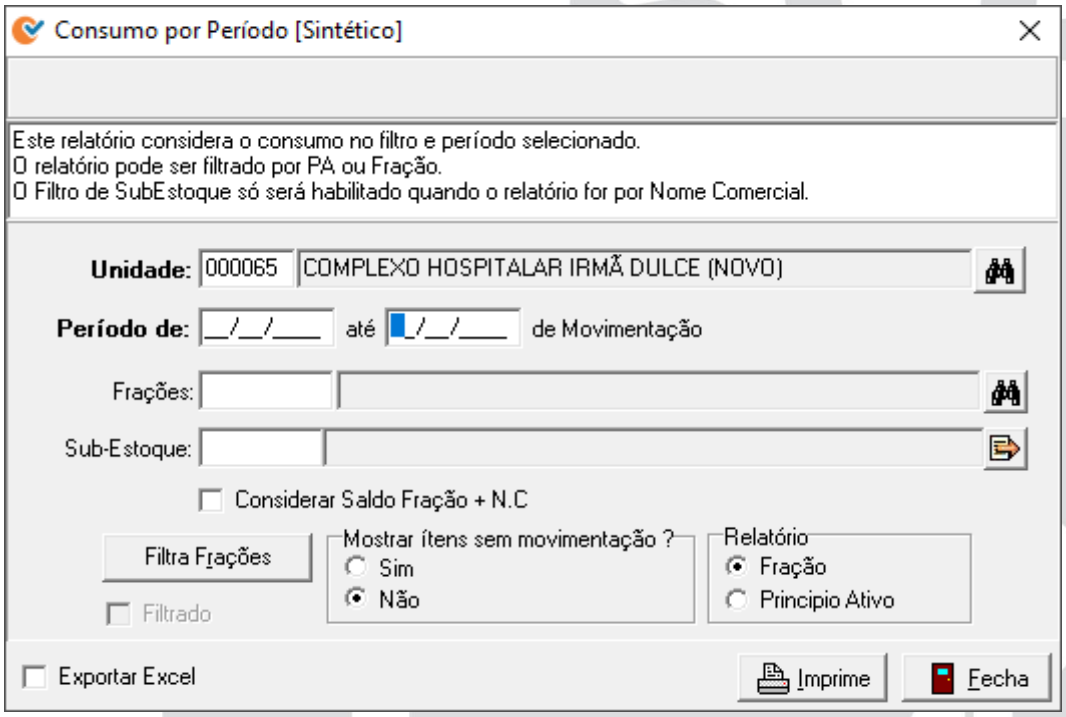
Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Paciente:
Sub Estoque: (todos)
Tipo de Preço: Preço Médio
Nome Comercial: (todos)

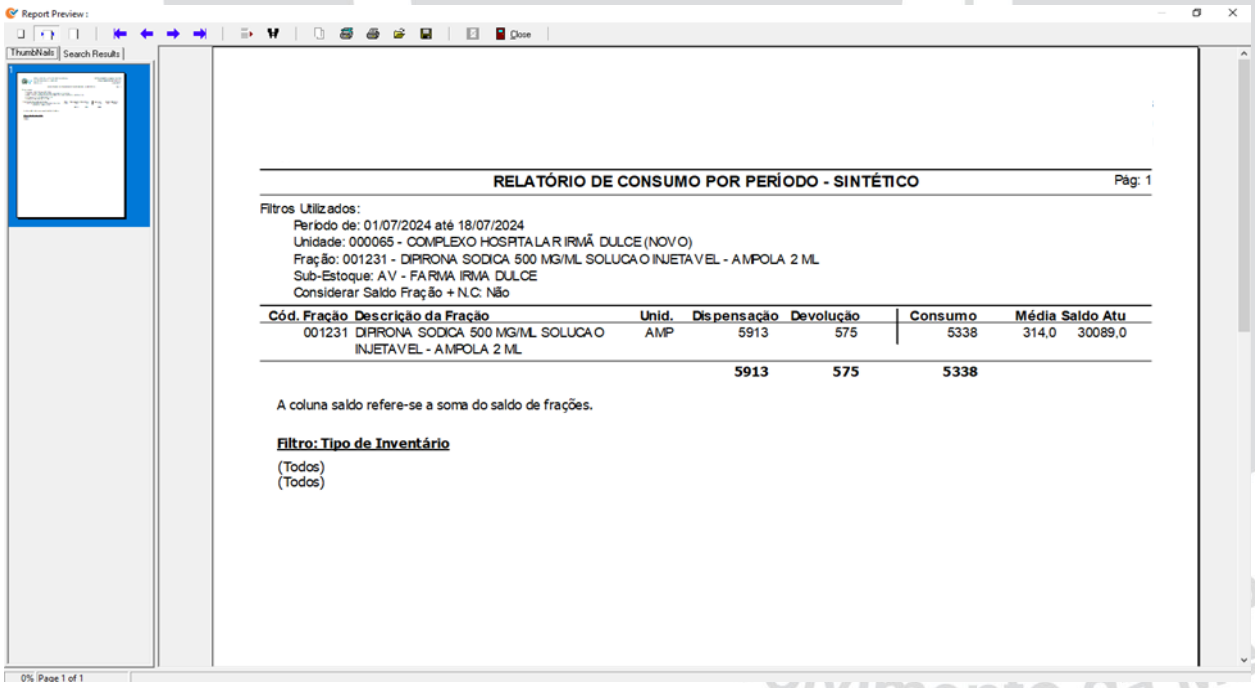
18/07/2024

Cod.Fração	Descrição	Saldo Uni. Sai.	Qtde.Disp.	Qtde.Dev.	Qtde.	Valor	Valor Total
071811	CLORETO DE SODIO 0,9% SISTEMA FECHADO -	FR	3	0	3	3,2006	9,6017
001231	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETA	AMP	4	0	4	1,2005	4,8019
001031	FENITOINA SODICA 50 MG/ML SOLUCAO INJETA	AMP	3	0	3	1,6636	4,9909
000741	GLICOSE 10% SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FE	FR	1	0	1	4,4074	4,4074
000901	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SODICO 100 MG	F/A	4	0	4	2,8080	11,2321
000231	NOREPINEFRINA, BITARTARATO 2 MG/ML SOLUC	AMP	5	0	5	2,6007	13,0033
000571	OMEPRAZOL 40 MG INJETAVEL - FRASCO-AMPOL	F/A	1	0	1	6,9616	6,9616
118761	SINVASTATINA 20 MG - COMPRIMIDO	CP	2	0	2	0,0957	0,1914
	Valor total de saldo:		23	0	23	22,9382	55,1904

Tela e Relatório Consumo por Paciente

2.5.20. Consumo médio por período e destino





RELATÓRIO DE CONSUMO POR PERÍODO - SINTÉTICO Pág: 1

Filtros Utilizados:
Período de: 01/07/2024 até 18/07/2024
Unidade: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Fração: 001231 - DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML
Sub-Estoque: AV - FARMA IRMA DULCE
Considerar Saldo Fração + N.C: Não

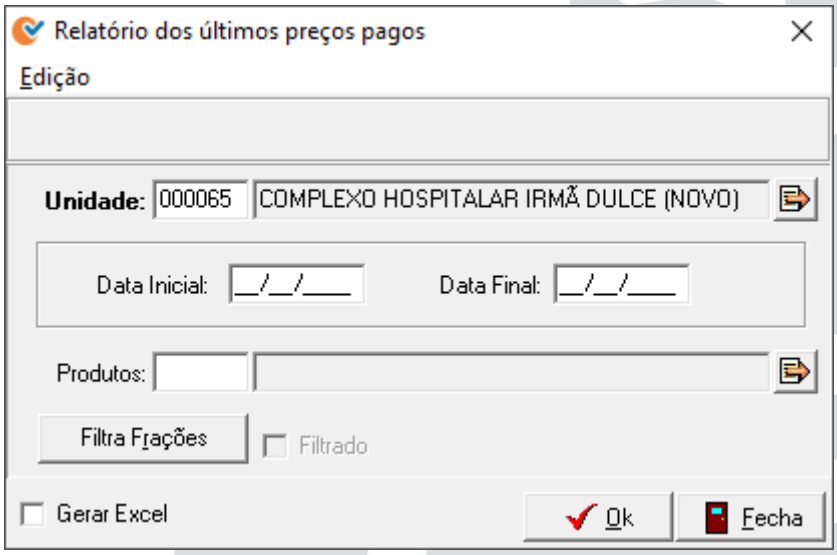
Cód. Fração	Descrição da Fração	Unid.	Dispensação	Devolução	Consumo	Média	Saldo Atu
001231	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML	AMP	5913	575	5338	314,0	30089,0
			5913	575	5338		

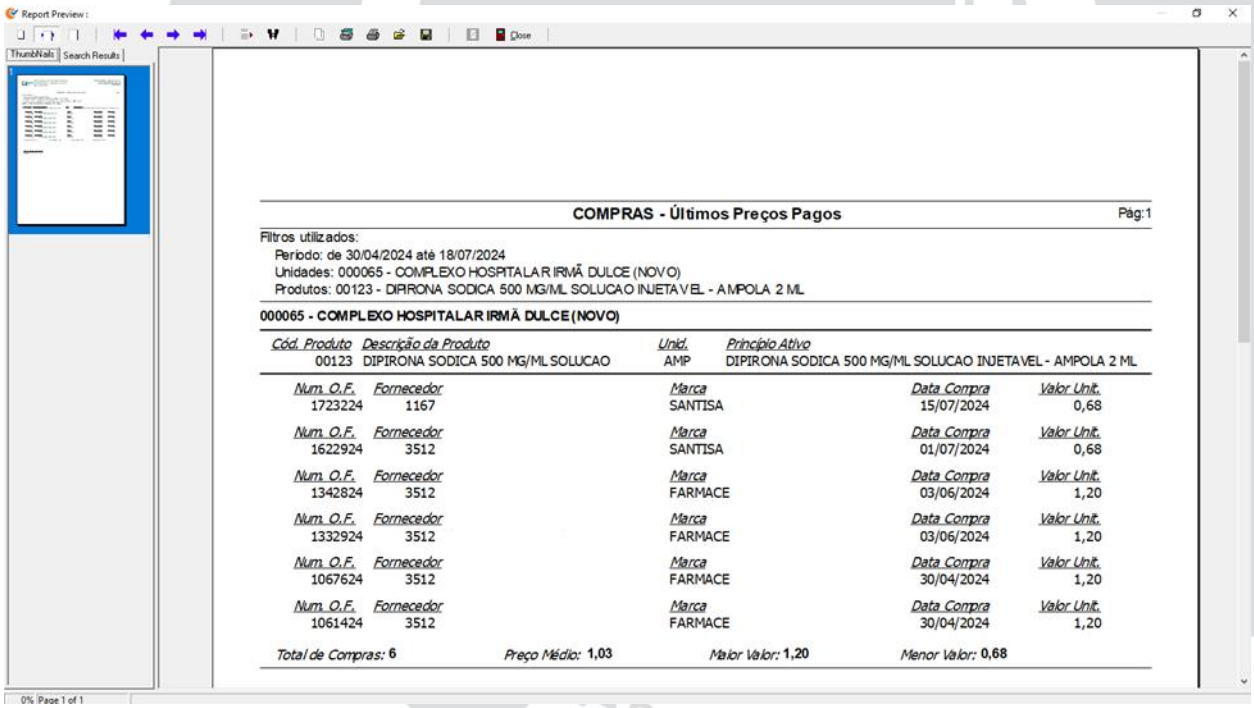
A coluna saldo refere-se a soma do saldo de frações.

Filtro: Tipo de Inventário
(Todos)
(Todos)

Tela e Relatório Consumo Médio por Período e Local.

2.5.21. Valores pagos por item por período





COMPRAS - Últimos Preços Pagos Pág:1

Filtros utilizados:
Período: de 30/04/2024 até 18/07/2024
Unidades: 000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)
Produtos: 00123 - DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML

000065 - COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE (NOVO)

Cód. Produto	Descrição do Produto	Unid.	Princípio Ativo
00123	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO	AMP	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL - AMPOLA 2 ML

Num. O.F.	Fornecedor	Marca	Data Compra	Valor Unit.
1723224	1167	SANTISA	15/07/2024	0,68
1622924	3512	SANTISA	01/07/2024	0,68
1342824	3512	FARMACE	03/06/2024	1,20
1332924	3512	FARMACE	03/06/2024	1,20
1067624	3512	FARMACE	30/04/2024	1,20
1061424	3512	FARMACE	30/04/2024	1,20

Total de Compras: 6 Preço Médio: 1,03 Maior Valor: 1,20 Menor Valor: 0,68

Tela e Relatório Valores Pagos por Período e Produto.

- **SOLUÇÃO COMPLETA DE TI PARA REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA**

SISTEMA DE REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA

A SPDM propõe a continuidade da utilização do sistema Saudetech (Olostech) como Sistema de Regulação do Acesso à Assistência, **conforme parâmetros sugeridos no subcapítulo 8.7 do modelo de Plano Operativo 2022.**

A SPDM realizará a integração do sistema de prontuário eletrônico Wareline com o sistema Saudetech (Olostech), contemplando:

a. Obtenção dos atendimentos de um paciente;

b. Obtenção de lista de pacientes em atendimento em uma unidade;

c. Obter dados pessoais e demográficos de um paciente.

A integração proposta está descrita no escopo a seguir.

ESCOPO DA SOLUÇÃO PARA REGULAÇÃO – SISTEMA SAUDETECH (OLOSTECH)

Segue o escopo da solução de regulação, considerando as funcionalidades do Sistema Saudetech (Olostech), com base nos parâmetros sugeridos no subcapítulo 8.7 do modelo de Plano Operativo 2022.

TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

Fornecimento de serviço de software com interfaces web, na modalidade de SaaS, acessível via Internet, para informatização das operações do município de Praia Grande (SP), incluindo licença ilimitada de acesso às interfaces web do software, conforme Regras e Funcionalidades descritas no Termo de Referência.

2. DETALHAMENTO DO OBJETO

Os seguintes serviços deverão ser fornecidos:

2.1. Serviços de implantação de módulos e/ou recursos ainda não implantados pela SESAP.

2.2. Serviço mensal para tratamento de dados via Internet com disponibilização na modalidade SaaS, de software com interfaces web, acessível via Internet, para informatização das operações da SESAP do Município de Praia Grande (SP), conforme características e requisitos descritos no Projeto Básico do Termo de Referência, estando incluído no Serviço Mensal:

2.2.1. Serviços de Suporte Técnico.

2.2.2. Serviço de Manutenção Corretiva.

2.2.3. Serviço de Banco de Dados.

2.2.4. Serviço de Manutenção Evolutiva legal.

2.2.5. Serviço de Assinatura Digital.

2.2.5.1. Suporte a Assinatura Digital Avançada e Qualificada.

2.2.5.2. Serviço de guarda de Certificados Digitais em dispositivo HSM.

2.2.5.3. Serviço de arquivamento de documentos da saúde assinados digitalmente.

2.2.5.4. Fornecimento de Créditos para emissão de Certificados Digitais ICP-Brasil.

2.2.6. Serviço de Comunicação com o Usuário SUS.

2.2.6.1. Aplicativo para o Cidadão.

2.2.6.2. Serviço de envio de SMS.

2.2.7. Serviço de Integração com Prestadores de Serviço com consulta ao Laudo.

3. Escopo Geral

O software como serviço (SaaS) deverá atender a informatização Secretaria Municipal de Saúde do Município e estar devidamente implantado e funcional nos prazos exigidos. Cada item abaixo será doravante denominado “Frente Operacional”.

3.1. Unidades da Atenção Primária e ESF

3.1.1. Agendas.

3.1.2. Recepção.

3.1.3. Atendimento informatizado com prontuário eletrônico.

3.1.4. Sala de Vacina.

3.1.5. Entrega de documentos no aplicativo.

3.1.6. Gestão de cadastros do ESF.

3.1.7. Aplicativo móvel para ACS.

3.1.8. Gerência e controle.

3.1.9. Avisos de reforço de agendamento pelo aplicativo e SMS.

3.1.10. Acesso a Prontuários do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPAs com sistema de terceiros.

3.1.11. Recurso para permitir sistema de terceiros do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPAs acessem prontuários de pacientes atendidos na rede ambulatorial.

3.2. Unidades Especializadas

3.2.1. Agendas.

3.2.2. Recepção.

3.2.3. Atendimento informatizado com prontuário eletrônico.

3.2.4. Entrega de documentos via aplicativo.

3.2.5. Gerência e controle.

3.2.6. Avisos de reforço de agendamento pelo aplicativo e SMS.

3.2.7. Acesso a Prontuários do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPAs com sistema de terceiros.

3.2.8. Recurso para permitir sistema de terceiros do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPAs acessem prontuários de pacientes atendidos na rede ambulatorial.

3.3. Unidades de Pronto Atendimento

3.3.1. Recepção.

3.3.2. Classificação de Risco.

3.3.3. Atendimento.

3.3.4. Gerenciamento da Administração de Medicamentos integrado ao dispensário da farmácia.

3.3.5. Gerência e Controle.

3.3.6. Acesso a Prontuários do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPAs com sistema de terceiros.

3.3.7. Recurso para permitir sistema de terceiros do Complexo Hospitalar Irmã Dulce e UPAs acessem prontuários de pacientes atendidos na rede ambulatorial.

3.4. Regulação

3.4.1. Consultas da Atenção Primária.

3.4.2. Consultas na Atenção Especializada.

3.4.3. Procedimentos.

3.4.4. Integração com Prestadores de Serviço de Diagnose.

3.4.5. Gestão de Lista de Espera com regulação de acesso e priorização.

3.4.6. Gerenciamento de Processos TFD.

3.4.7. Portal de Transparência da Lista de Espera.

3.4.8. Avisos de reforço de agendamento pelo aplicativo e SMS.

3.4.9. Regulação de Internação Hospitalar de Urgência e Emergência.

3.5. Serviço de Assinatura Digital

3.5.1. Suporte a utilização de Certificados A3 em dispositivos tipo Token/Cartão e Certificados na nuvem (HSM).

3.5.2. Assinatura digital conforme padrão ICP-Brasil de Prontuários e Documentos Digitais emitidos no processo de atendimentos realizados por todos os profissionais de saúde.

3.5.3. Armazenamento e disponibilização de consulta online de documentos assinados digitalmente pelo período de 6 meses.

3.5.4. Serviço de Guarda de Certificados Digitais em dispositivo HSM.

3.5.5. Serviço de Armazenamento de Documentos assinados digitalmente.

3.6. Gerenciamento de Transporte

3.6.1. Transporte de Pacientes.

3.6.2. Transporte de Funcionários.

3.6.3. Gestão de veículos.

3.7. Almoxarifados

3.7.1. Materiais de Consumo.

3.7.2. Medicamentos.

3.8. Farmácia

3.8.1. Dispensário Farmácia Básica.

3.8.2. Dispensário de Judiciais e Especiais.

3.8.3. Medicamentos Controlados.

3.8.4. Programas de Saúde.

3.9. Gestantes

3.9.1. Sisprenatal integrado com o prontuário eletrônico.

3.9.2. Notificação e Monitoramento.

3.9.3. Contrarreferência para transferência de cuidados.

3.10. Vigilância Epidemiológica

3.10.1. Notificação compulsória.

3.10.2. Notificação e Monitoramento de pacientes.

3.10.3. Gerenciamento de Imunobiológicos.

3.10.4. Sintomas Sentinelas.

3.11. Aplicativo móvel para usuários SUS

3.11.1. Recebimento de Mensagens de reforço a compromissos agendados.

3.11.2. Gerenciamento de situação de agendas.

3.11.3. Consulta de Atendimentos realizados.

3.11.4. Recebimento de mensagens gerais da secretaria com gerenciamento de recebimento e leitura.

3.11.5. Consulta lista de medicamentos e unidades.

3.11.6. Consulta a situação em listas de espera.

3.11.7. Suporte a portabilidade de documentos digitais.

3.11.8. Automonitoramento de situação de saúde.

3.12. Serviços de Apoio

3.12.1. Transparência de Listas de Espera.

3.12.2. Validação de Atestados e Declarações pelas empresas.

3.12.3. Gerenciamento de solicitação de manutenção.

3.12.4. Gerenciamento de conferência municipal de saúde.

3.12.5. Gerenciamento de empréstimo de equipamentos.

4. Serviços de Implantação e pós Implantação

4.1. Serviços para a Implantação

4.1.1 Regras Gerais

A implantação compreende em realizar a ativação técnica dos sistemas na Secretaria Municipal de Saúde do Município, a migração e/ou importação dos dados aproveitáveis existentes, as configurações e parametrizações iniciais, eventuais ajustes e adaptações e os treinamentos em todas as Frentes Operacionais descritas no item '4. Escopo Geral'. A configuração e parametrização visam à carga de todos os parâmetros inerentes aos processos em uso pela Secretaria Municipal de Saúde do Município e que atendam a legislação Municipal, Estadual e Federal. Deve atender as seguintes regras gerais:

a) A contratada deverá responsabilizar-se integralmente por sua equipe técnica, primando pela qualidade, desempenho, eficiência e produtividade, visando à consecução dos trabalhos durante toda a execução do contrato dentro dos prazos estipulados, sob pena de ser considerada infração passível de aplicação das penalidades.

b) A Secretaria Municipal de Saúde do Município designara um ou mais profissionais para a atividade de Administrador do Sistema, que acompanharão todo o processo de implantação.

c) O sistema a ser utilizado para a prestação do serviço de SaaS para atender a informatização das operações deve estar disponível e acessível via web num prazo de 3 (três) dias úteis a partir da assinatura do contrato, ou seja, as funcionalidades exigidas deverão estar disponíveis para acesso de acordo com o item 15 - “Funcionalidades do Software”.

d) A implantação deverá ocorrer nos prazos citados no item '4 – Escopo Geral'.

e) O prazo de implantação de cada Frente Operacional ou item da Frente Operacional passa a vigorar a partir da notificação formal pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, de que as condições necessárias para o funcionamento do sistema para a informatização de uma frente operacional em questão estejam adequadas (computadores, internet, recursos humanos).

f) A contratada deverá sempre observar que todas as decisões e entendimentos havidos entre as partes durante o andamento dos trabalhos e que impliquem em modificações ou implementações nos planos, cronogramas ou atividades pactuadas, deverão ser prévia e formalmente acordados e documentados entre as partes.

g) A implantação deverá englobar, no mínimo, os serviços listados nos itens a seguir. A implantação também deverá seguir o quadro de macro ações de implantação e respectivas responsabilidades citadas no seguinte quadro de Macro ações de implantação:

Macro Ação	**Responsável**	**Apoio**
Planejamento Geral objetivando definição de cronograma geral de implantação	Contratada	Gestores do Contratante
Planejamento específico para implantação da frente operacional objetivando	Contratada	Coordenação da Frente Operacional do Contratante

definição dos detalhes do processo		
Pré-configuração dos parâmetros do sistema/módulo para informatização de uma frente operacional específica	Administrador do Sistema Coordenação da frente operacional do Contratante	Contratada
Treinamento em grupo para todos os profissionais que irão operar o sistema	Contratada	Administrador do Sistema Coordenação da frente operacional do Contratante
Apoio ao acompanhamento da ativação do sistema em cada uma das unidades da frente operacional	Contratada	Administrador do Sistema Coordenação da frente operacional do Contratante

4.1.2 Serviços a serem prestados

Os seguintes serviços deverão ser prestados na fase de implantação:

a) Consultoria e assessoramento para definição do plano de implantação e do cronograma do projeto.

b) Consultoria e assessoramento para levantamento das informações necessárias para a parametrização do software.

c) A contratada deverá possuir em sua equipe de consultores pelo menos um profissional com graduação ou pós-graduação em gestão de saúde pública ou área correlata ou na área da informática, gestão de projetos ou em área correlata.

d) Serviços técnicos de importação de tabelas operacionais de cadastros.

e) Acompanhamento presencial a ser realizado pelos responsáveis da frente operacional e responsáveis pela administração do sistema.

f) Em unidades de pronto atendimento que tem atividades 24/7, o acompanhamento deve ser realizado para cada turno de trabalho.

4.1.3 Treinamentos

Os seguintes serviços de treinamento deverão ser prestados na fase de implantação:

a) Treinamento dos profissionais contratados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município que serão os Administradores do Sistema, para executar a implantação dos módulos do sistema e acompanhar seu uso.

b) Treinamento em grupo em Informática Básica, se observada a necessidade durante o planejamento da implantação, objetivando preparar todos os profissionais

potenciais operadores do sistema (do que tenham dificuldade no uso de computadores, com acompanhamento obrigatório do responsável pela administração do sistema, devendo as ferramentas e manuais/apostilas de treinamento ficar disponíveis ao responsável pela administração do sistema para treinamento de novos profissionais.

c) Treinamento dos profissionais responsáveis pelas várias frentes de implantação

vinculados a cada módulo e/ou área, com acompanhamento obrigatório do responsável pela administração do sistema.

d) Treinamento em grupo dos profissionais operadores na operação básica de cada módulo do sistema objetivando preparar a compreensão dos conceitos de usabilidade dos mesmos,

com acompanhamento obrigatório do responsável pela administração do sistema e responsável pela frente de implantação.

e) Os treinamentos deverão ser realizados com carga não inferior a 4 (quatro) horas-aula por turma, em datas, horários e formato (remoto ou presencial) a serem definidos em comum acordo entre Contratante e Contratada. Quando em formato presencial.

4.2 Serviços pós implantação

Os seguintes serviços pós-implantação deverão ser prestados considerando as seguintes regras gerais:

4.2.1. Atualização de Bases de Dados do Ministério da Saúde

A Contratada deverá manter atualizadas as bases de dados que têm origem no Ministério da Saúde, vinculadas à base SIGTAP (procedimentos, CBO's e todas as outras pertinentes).

4.2.2. Atualização do sistema ofertado

A Contratada deverá manter atualizadas as ferramentas de sistema utilizadas para tratamento de dados, entrada de dados e consulta de dados, disponíveis no sistema ofertado pela Contratada, de forma contínua, objetivando:

a) Atender a legislação municipal, estadual e federal.

b) Atender as normas técnicas e diretrizes vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

c) Atender a diretiva de bom funcionamento do sistema em relação a erros ou falhas de funcionalidades contratadas.

4.2.3. Serviço de Assessoramento Operacional

A Contratada deve ofertar serviço de apoio objetivando promover a aderência do sistema aos processos da Contratante, orientando sobre configurações e recursos do sistema, devendo considerar:

a) A contratada deverá manter em sua equipe de consultores, durante toda a vigência do contrato, pelo menos um profissional com graduação ou pós-graduação em gestão de saúde pública ou área correlata ou na área da informática, gestão de projetos ou em área correlata.

b) Objetivo: orientar os Coordenadores responsáveis pelas áreas operacionais da Secretaria de Saúde (APS, Regulação, Assistência Farmacêutica, Materiais, entre outros) sobre boas práticas relacionadas às regras de negócio e fluxos operacionais da saúde municipal sempre quando vinculadas ao escopo do sistema contratado, visando garantir:

b.1) Processos de trabalho que possibilitem otimizar a entrega humanizada dos serviços de saúde aos Usuários do SUS.

b.2) Processos de trabalho que possibilitem contribuir para a redução de desperdícios.

b.3) Processos de trabalho que possibilitem gerar economicidade dos recursos públicos.

b.4) A boa captação e a qualidade dos dados da produção ambulatorial e demais dados exigidos pelos sistemas de controle do Ministério da Saúde.

c) A Contratada é responsável por reportar formalmente às respectivas coordenações operacionais e/ou ao secretário de saúde e sua diretoria administrativa situações de uso indevido do sistema, problemas de fluxo operacionais ou de registro ou exportação de dados, com potencial de causar danos operacionais, retrabalhos, perdas de produção, perda de qualidade na entrega dos serviços de saúde, entre outros; que venham a ser identificadas durante o exercício de suas funções de suporte técnico ou assessoramento operacional.

d) É de responsabilidade da Contratante o monitoramento de prazos legais para cumprimento de obrigações da Contratante junto ao Ministério da Saúde e outros órgãos demandantes.

e) Formato de Trabalho

e.1) O assessoramento deve ocorrer a partir de reuniões demandadas pelos setores e responsáveis envolvidos e agendadas em datas definidas em comum acordo entre partes.

e.2) As reuniões ocorrerão em formato online. No caso da Contratante demandar reunião presencial, é facultado à Contratada a cobrança do deslocamento a partir da sede da contratada até o local de treinamento, aplicando-se ao total de horas de deslocamento o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

e.3) A impossibilidade de participação em reunião agendada deve ser comunicada com pelo menos 1 hora de antecedência por um dos canais de atendimento (telefone fixo, e-mail, helpdesk, etc.).

e.4) As reuniões agendadas deverão ocorrer no horário programado, sendo facultado à contratada:

e.4.1) Encerrar o evento após 10 (dez) minutos depois de iniciada a sessão, caso nenhum participante inscrito esteja presente e não haja comunicação de atraso.

b.4.2) Objetivando preservar o fluxo dos trabalhos, não aceitar participantes após 10 (dez) minutos do início efetivo da reunião.

e.5) Para as reuniões agendadas e não canceladas no prazo previsto, que não puderem ser realizadas por ausência dos participantes, será cobrada a taxa de 1 (uma) hora técnica, aplicando-se o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

4.2.4. Serviço de assessoramento específico.

A Contratada deverá ofertar serviço de assessoramento específico, objetivando atender a demandas originadas em necessidades da Contratante que fogem ao escopo de operação do sistema ofertado pela Contratada, devendo considerar

a) Objetivo: apoiar a Contratante nas seguintes demandas:

a.1) Apoio à revisão de processos internos de serviços da Contratante.

a.2) Apoio à gestão para desenvolvimento de novos fluxos.

a.3) Monitoramento e configurações específicas resultantes de eventuais mudanças de processo.

b) Formato de trabalho: As regras para a prestação desse serviço farão parte do orçamento apresentado, refletindo os acordos estabelecidos entre as partes.

c) Este serviço só poderá ser prestado pela Contratada mediante solicitação formal da Contratante.

d) Este serviço poderá ser executado de forma presencial ou remota via operação do sistema e apoio do responsável por videoconferência.

e) A Contratada a acompanhar diretamente profissional responsável de determinada área operacional da Contratante no processo de configuração do sistema contratado.

f) A Contratada poderá executar configuração de parâmetros do sistema contratado a partir de orientação formal, aprovada previamente, e/ou com acompanhamento do profissional responsável da respectiva área operacional.

g) O serviço e assessoramento específico, quando solicitado, será objeto de orçamento prévio com base no valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

h) Para a prestação desse serviço de forma presencial é facultado à Contratada a cobrança do deslocamento a partir da sede da Contratada até o local de treinamento, aplicando-se ao total de horas de deslocamento o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

i) Os serviços prestados para projetos pontuais poderão ser cobrados ao final da prestação dos serviços.

j) Os serviços prestados para projetos que se estendam por períodos superiores a 30 dias, poderão ser cobrados mensalmente, situação que deve ser prevista no orçamento.

4.2.5 Serviços de Treinamento

Os seguintes serviços de treinamento pós-implantação deverão ser prestados sempre que solicitados pela contratante:

a) No caso de substituição do responsável pela administração do sistema: treinamento para o profissional que será o novo responsável pela administração do sistema.

b) No caso de substituição de algum dos responsáveis pelas frentes operacionais: treinamento online para os novos profissionais responsáveis relacionados com cada módulo do sistema com acompanhamento obrigatório do responsável pela administração do sistema.

c) No caso de solicitação de retreinamentos de determinado módulo para profissional que já tenha recebido o mesmo treinamento em período inferior a 1 (um) ano, é facultado à Contratada a cobrança das horas despendidas para o treinamento, aplicando-se o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

d) Os treinamentos previstos neste item ocorrerão sempre em formato online. Porém, é resguardado o direito de a Contratante negociar a possibilidade de treinamento presencial. Quando o treinamento for presencial, será facultado à Contratada a cobrança do deslocamento do profissional adequado para fazer esse treinamento, considerando o tempo de deslocamento a partir da sede da Contratada, ou do local onde encontrar-se esse profissional, caso esteja deslocado da sede da Contratada, até o local de treinamento, aplicando-se ao tempo de deslocamento aferido, o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

e) A impossibilidade de participação em treinamento agendado deverá ser comunicada com pelo menos 1 horas de antecedência por um dos canais de atendimento (telefone fixo, e-mail, helpdesk, etc.).

f) Treinamentos com participantes inscritos deverão ocorrer no horário programado, sendo facultado à contratada:

- Encerrar o evento após 10 (dez) minutos depois de iniciada a sessão, caso nenhum participante inscrito esteja presente.
- Não aceitar participantes após 10 (dez) minutos do início efetivo da sessão de treinamento.

g) Para treinamentos agendados que não puderem ser realizados por falta dos participantes será cobrada a taxa de 1 hora técnica aplicando-se o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

h) A Contratada poderá ofertar agenda para treinamentos específicos, conforme seu entendimento, para atualização de profissionais operadores do sistema, sem custos adicionais à Contratante, salvo acordado entre as partes que o treinamento será presencial, aplicando nestas situações as disposições descritas no item d) deste serviço.

i) Quando aplicado, a Contratada deverá disponibilizar tutoriais e/ou video aulas para acesso dos participantes.

5. Especificações do Serviço SaaS

5.1 Regras Gerais

O serviço deverá atender ao disposto nos itens 3, 6.i, 8, 9, 11 e 12 do Manual de Boas Práticas, Orientações e Vedações para Contratação de Serviços de Computação em Nuvem do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

a) O software deverá dispor de geração de arquivos para serem recebidos em outro sistema de informação do Ministério da Saúde:

- RNDS – Exportação das informações de vacinas de COVID19.
- E-SUS – Fichas do E-SUS, como cadastro de família, usuários e produção dos profissionais de saúde, em lotes de exportação, etc...
- SIA-SUS (BPA consolidado e BPA individualizado e RAAS) conforme layout da competência atual – Exportar dados de produção.
- BNAFAR – exportação de informações da movimentação de fármacos.
- SI-PNI – gerar informações de movimentação de vacinas.
- CADSUS – importação de informações cadastrais da população.

• CNES – Importar arquivos do CNES.

b) O sistema contratado deverá atender a quaisquer novas demandas de geração de arquivos exigidos pelo Ministério da Saúde.

5.2 Cobertura dos Serviços

Os serviços de SaaS deverão ficar disponíveis para acesso para a Secretaria Municipal de Saúde do Município, suas unidades de saúde, prestadores de serviço e municípios da pactuação PPI.

5.3 Requisitos do Data Center e segurança do Banco de Dados

Os serviços de SaaS deverão ser executados em estrutura de servidores providos pela contratada. Deverá atender aos seguintes itens:

a) O software e banco de dados utilizados para o processamento de dados deverão ser hospedados e executados em servidores dedicados (que estejam hospedando somente o software com as funcionalidades descritas no item 15 – Funcionalidades do Software, dispostos em data center próprio ou terceirizado, localizado em Território Nacional.

b) Dispor de instalações físicas (data center primário) que garantam alta disponibilidade dos computadores servidores, como dispositivos contra incêndio, refrigeração do ambiente e suporte de energia com fonte de alimentação independente da rede (nobreak e gerador). Deverá prover controle de acesso de pessoas à área física onde se encontram os computadores servidores.

c) A Contratada deverá possuir sistema de replicação em tempo real, em data center secundário em município diferente do data center primário, que permita que, em casos de incidentes graves que possam comprometer definitivamente o funcionamento do data center primário, ser possível dar continuidade a prestação do serviço de processamento de dados contratado a partir do data center secundário. O prazo de ativação do data center secundário não poderá ser superior a 24 (vinte e quatro) horas.

d) A Contratada deverá dispor de cópia de segurança diária (backup) dos dados e de todos os parâmetros do sistema.

e) Todos os recursos de infraestrutura, bem como servidores de banco de dados, servidores de aplicativos e servidores de firewall, deverão ser dimensionados pela contratada para atendimento satisfatório da demanda objeto deste termo de referência, com programas básicos e demais recursos necessários ao provimento, instalado, configurado e em condições de uso, sob pena de descumprimento contratual.

5.4 Requisitos na forma de acesso

O acesso dos computadores da secretaria de saúde ao software deverá se dar exclusivamente através de interfaces web e deverá respeitar as seguintes condições:

a) O acesso ao software deverá abranger todos os usuários definidos pela Secretaria de Saúde, sem quaisquer tipos de limites que afetem sua utilização, sejam eles de usuários simultâneos, conexões simultâneas, limites de tamanho da base de dados, limites de velocidade, limites de utilização de hardware no ambiente de servidores, tais como o número de processadores e a quantia de memória que podem ser utilizadas e/ou alocadas para o sistema.

b) Conectividade https através de Internet, sem exigência de IP fixo ou de VPN.

c) Operar com navegadores web, devendo haver suporte ao menos aos navegadores Chrome e Firefox em suas últimas versões.

d) Operar com navegadores web a partir dos sistemas operacionais Windows versão 7 ou superior e Linux kernel 2.6 ou superior.

e) Não serão aceitas soluções, sistemas ou interfaces que operem através de serviços de terminal (Ex: Terminal Services, Citrix ou similares), emuladores de terminal, interfaces cliente-servidor ou qualquer outra interface que não seja exclusivamente web.

5.5 Requisitos na forma de acesso ao sistema

Os seguintes requisitos de segurança deverão ser observados:

a) Dispor de acesso seguro (SSL) integral para todas as operações, telas e interfaces.

b) O certificado SSL deverá ser SHA-256 bits, validada por autoridade certificadora.

c) Deverá possuir interface de operação 100% web e a comunicação que se estabelece entre o navegador e o servidor da aplicação deve ser segura, utilizar HTTPS para criptografar a comunicação, de modo a evitar riscos de segurança.

d) Permitir cadastro de computadores e dispositivos móveis (tablets) a partir da identificação física desses dispositivos, utilizando o endereço da placa de rede (MAC Address), objetivando garantir que o acesso às interfaces web do software ocorram somente através de computadores e dispositivos credenciados e autorizados. Deve permitir a ativação/desativação do acesso de dispositivos ao sistema a partir das telas de administração do sistema.]

e) Dispor de registro do tipo log, gravando de forma automática em tempo real, no mínimo, os seguintes eventos e elementos:

e.1) Acesso autorizado de usuário, registrando usuário, data, hora e IP de origem.

e.2) Logoff de usuário, registrando usuário, data e hora de encerramento da sessão do usuário.

e.3) Alteração de permissão de usuário, registrando data, hora, usuário administrador e mudanças efetuadas.

e.4) Alteração de configurações ou parametrizações do sistema, registrando data, hora, usuário administrador e mudanças efetuadas.

e.5) Permitir a consulta dos registros a partir das telas de administração do sistema.

5.6 Disponibilidade dos serviços de SaaS

Os seguintes critérios deverão ser atendidos em relação a disponibilidade dos serviços SaaS:

a) O serviço de SaaS, incluindo todas as funcionalidades do software descritas no presente Projeto Básico, deverão estar disponíveis durante toda a vigência do contrato, em regime de vinte e quatro (24) horas ao dia, sete (7) dias por semana.

b) O índice de disponibilidade anual deverá ser no mínimo de 99,5%.

c) Estão excluídos do cálculo do item b):

c.1) Situações de catástrofe e calamidade pública que impeçam o funcionamento de serviços essenciais de energia elétrica e de conectividade de internet na região da sede da contratada.

c.2) Manutenção nas estruturas de provimento do serviço (estruturas lógicas, físicas ou de banco de dados) planejadas e avisadas aos gestores e a toda a rede de saúde, com no mínimo 48 horas de antecedência.

c.3) Problemas do lado do contratante, que de alguma forma impeçam o acesso aos serviços, ao sistema e às funcionalidades descritas no presente Projeto inicial.

c.4) Também estão excluídos deste cálculo, problemas do lado do contratante, que de alguma forma impeçam o acesso aos serviços, ao sistema e às funcionalidades descritas no presente Projeto Básico

d) Os serviços de Suporte deverão ser prestados nos horários e no regime descrito no item 6 do presente Projeto Básico. O fato dos serviços de suporte eventualmente não estarem previstos para cobrir integralmente horários noturnos, finais de semana e feriados não exime a contratada em manter os serviços, sistemas e funcionalidades operantes ininterruptamente, cabendo somente à contratada monitorar seu ambiente, data center, servidores, sistema e funcionalidades para garantir a disponibilidade requerida.

6. Qualificação do Serviço de Suporte

6.1 Regras Gerais

A contratada deverá oferecer serviços de suporte, devendo atuar segundo as seguintes regras gerais:

a) A Contratada deverá oferecer os seguintes serviços de suporte:

a.1) Serviço de Suporte Técnico Operativo

a.2) Serviço de Manutenção Corretiva

a.3) Serviço de Banco de Dados

b) Os serviços de suporte deverão ser prestados logo após a fase de implantação de cada frente operacional e deverão persistir durante toda a vigência do contrato.

c) Os serviços de suporte deverão atender as demandas de suporte originadas exclusivamente pelos profissionais designados como Administradores do Sistema ou Coordenadores de Área.

d) O atendimento de suporte deverá estar disponível no horário das 7:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:00 horas, de segunda a sexta feira (hora de Brasília), em dias úteis.

e) Disponibilidade de endereço de e-mail ou serviço online para recebimento de solicitações de suporte que venham a ocorrer fora do horário definido no item “c”.

f) A contratada deverá disponibilizar software tipo ‘Service Desk’ para facilitar comunicação e controle das operações de suporte previstas.

6.2 Serviço de Suporte Técnico Operativo

Por suporte técnico operativo entendem-se os serviços de atendimento realizados para esclarecer dúvidas e prover orientações ou identificar problemas no software que

possam surgir durante a operação e utilização dos sistemas em relação às funcionalidades contratadas.

As seguintes regras devem ser observadas:

a) A Contratada deverá dispor de recursos, ferramentas ou software (TeamViewer ou equivalente) que possibilite acessar remotamente estações de trabalho da contratante, de forma a poder verificar condições de erros que não possam ser reproduzidas em ambientes internos da empresa fornecedora do sistema.

b) A Contratada deverá auxiliar e orientar o operador responsável na elaboração de quaisquer atividades técnicas relacionadas à utilização do sistema objetivando gerar arquivos para atender a processos de integração com Órgão Governamental.

c) A Contratada deverá fazer a triagem de pedidos de suporte e fornecer número do protocolo do chamado em até 4 (quatro) horas, computados desde a recepção formal da solicitação de suporte pelo setor responsável da contratada.

6.3 Serviço de Manutenção Corretiva

Por manutenção corretiva entendem-se os serviços a serem realizados para solução de problemas em funcionalidades contratadas que foram assim classificados pela equipe técnica da contratada.

As seguintes regras devem ser observadas:

a) São objeto de manutenção corretiva os programas que apresentem funcionamento em desacordo com o que foi especificado, relativo a telas, regras de negócio, relatórios e integrações previstas.

b) Não é computado como manutenção corretiva, a adição de funcionalidades ou a realização de melhorias. Estes serviços são considerados Manutenção Evolutiva Funcional e estão descritos no item 9 do presente Termo de Referência.

c) Manutenções corretivas ocorrem estritamente sobre o funcionamento de programas (software) que atendem as funcionalidades contratadas.

d) A Contratada deverá prestar, às suas expensas, as manutenções que se fizerem necessárias no sistema, quando causadas por problemas originados dos códigos fontes dos seus softwares.

e) Os serviços de manutenção corretiva deverão obedecer aos seguintes Acordos de Nível de Serviço:

e.1) Até 5 (cinco) dias úteis para oferecer uma correção definitiva ou solução de contorno ao problema apresentado, em caso de problemas de Alta Severidade.

e.2) Até 30 (trinta) dias úteis para oferecer uma correção definitiva ou solução de contorno ao problema apresentado, em caso de problemas de Baixa Severidade.

e.3) Os prazos serão computados a partir da identificação objetiva do problema pelos analistas da contratada, notificados originalmente pelo serviço de suporte.

e.4) O cumprimento dos prazos levará em consideração os tempos médios dos atendimentos concluídos no período de um ano.

e.5) Serão considerados problemas de Alta Severidade:

e.5.1) Problemas em um programa específico apresenta erro de funcionamento e não existem alternativas disponíveis para que os usuários realizarem o seu trabalho

e.5.2) Problemas que impossibilitem a visualização das listas de espera, o atendimento de pacientes, a prescrição e dispensação de medicamentos e a solicitação de exames e procedimentos ou ainda que impeçam o encaminhamento de pacientes para outros profissionais da saúde

e.6 Serão considerados problemas de Baixa Severidade todas as demais situações não consideradas de Alta Severidade.

6.4 Serviço de Banco de Dados

Por serviço de banco de dados entende-se a execução de tarefas de extração de dados que devem ser realizadas pela contratada a fim de suportar necessidades específicas:

a) Solicitação de dados indisponíveis na forma de relatório para suportar processos administrativos internos para verificação de eventuais usos indevidos, por parte de operadores do sistema da contratante, relativos às funcionalidades do sistema.

b) Solicitação de dados indisponíveis na forma de relatório no sistema para responder a solicitações judiciais e extrajudiciais.

c) Os dados deverão ser entregues em até 5 (cinco) dias úteis, a partir da recepção formal da solicitação.

d) Para solicitações de serviços de banco de dados com finalidades outras que as descritas nos itens a) e b), é facultado à Contratante a solicitação de orçamento à Contratada, a qual deverá definir a quantidade de horas técnicas necessárias e oferecer orçamento, tendo por base o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

7. Serviço de Manutenção Evolutiva Legal

Entende-se por manutenção evolutiva legal os serviços a serem prestados pela contratada para garantir o correto funcionamento do software frente as alterações na legislação, a atualização de dados do Ministério da Saúde e órgãos oficiais da saúde pública.

Os seguintes serviços de manutenção evolutiva legal deverão ser prestados:

a) Os serviços de manutenção evolutiva legal deverão ser prestados logo após a fase de implantação de cada frente operacional e deverão persistir durante toda a vigência do contrato.

b) Atualização dos programas de computador face às especificações do Sistema Único de Saúde — SUS, do Ministério da Saúde, objetivando atender as necessidades do serviço de processamento de dados contratado.

c) Atualização das bases de dados, em função das tabelas que tem origem no Ministério da Saúde (Ex. Procedimentos da Tabela Unificada de Procedimentos).

d) Atualização dos programas de computador ou de qualquer dado correspondente em função da alteração de leis vigentes ou em função de novas legislações que passem a vigorar.

8. Serviços de Manutenção Evolutiva Funcional

Os serviços de manutenção evolutiva funcional deverão ser prestados objetivando realizar incrementos, melhorias, evoluções e personalizações em funcionalidades existentes e a criação de funcionalidades novas do software a ser utilizado, conforme necessidades específicas da Secretaria.

Os seguintes critérios deverão ser atendidos em relação aos serviços de manutenção evolutiva funcional, quando solicitados pela secretaria:

8.1 Caracterização

a) Os serviços de manutenção evolutiva funcional deverão ser prestados logo após a fase de implantação de cada frente operacional e deverão persistir durante toda a vigência do contrato.

b) Os serviços de manutenção evolutiva funcional serão executados e remunerados exclusivamente a partir da ordenação formal da secretaria.

c) Por melhoria funcional entende-se o incremento, melhoria, evolução e personalização de uma funcionalidade existente, visando rebuscar seu uso, facilitar seu manuseio ou estender

sua abrangência. Também está compreendido o desenvolvimento de funcionalidades novas que sejam de interesse e necessidade da Secretaria, desde que em acordância com as legislações vigentes e com justificativa do seu uso.

d) A contratada deverá registrar em até 2 dias úteis o protocolo de chamado seja telefônico, eletrônico ou identificado localmente pela equipe técnica.

e) A contratada deverá identificar situações em que as solicitações deverão ser discutidas e analisadas entre as partes, analisando a necessidade e o impacto da funcionalidade ao operador no acesso às informações.

f) Cada uma das solicitações deverá ser avaliada e analisada em conjunto com o setor solicitante, coordenação e o Administrador geral de informática e gestão. Seu escopo deverá ser documentado no projeto final, no qual deverá constar as etapas (Entendimento das necessidades, adequação das funcionalidades, Testes e Documentação) e o número de horas aplicadas para a elaboração do projeto e o número de horas previstas para sua implementação e implantação. A contratada deverá atender as solicitações de modo sequencial conforme ordenação de prioridade da Secretaria.

8.2 Pré-projeto

a) A contratada deverá apresentar pré-projeto da melhoria solicitada com orçamento e tempo estimado de execução em até 15 dias após a data de solicitação.

b) O pré-projeto será considerado uma visão estimada de como seria a aplicação, e deve apresentar o tempo em horas, estimado para elaboração do Projeto Final, o tempo em horas estimado para execução (implementação da solução de software, documentação e treinamentos e implantação) e custo estimado, incluindo possível custo recorrente mensal, objetivando prover para a gestão da secretaria elementos suficientes para que possa tomar a decisão sobre sua execução ou não.

c) O pré-projeto indicará um cenário possível, mas não exatamente definitivo, devendo ser compreendido entre as partes, que as estimativas poderão ser alteradas na medida em que,

se aprovada a execução, a fase de projeto for concluída e refletir outra realidade de escopo, podendo aumentar ou diminuir valor e tempo de execução.

d) Caso a secretaria opte pela não continuidade do projeto, o esforço de elaboração do pré-projeto não será remunerado à contratada.

e) Havendo aprovação do pré-projeto pela secretaria no sentido da continuidade da iniciativa, a contratada terá prazo de 60 dias para apresentar o Projeto Final.

8.3 Projeto Final

a) O Projeto Final deverá apresentar os elementos de Análise de Negócio, necessários e suficientes para que possa ser entregue à equipe de desenvolvimento de software para implementação.

b) O Projeto Final também deverá identificar o Tempo de Execução em horas, identificando: tempo utilizado para elaboração do Projeto Final, o tempo previsto para execução (implementação da solução de software, documentação e treinamentos e implantação).

c) O Projeto Final deverá identificar se haverá custos mensais recorrentes. Neste sentido, somente poderá haver esse elemento de custo, caso a iniciativa prever a adoção de serviços de terceiros ou licenças específicas comprovadamente fundamentais para a entrega da iniciativa solicitada (exemplo: integração com alguma plataforma de terceiros que possa incorrer em custos diretos para o provimento da solução) ou, aumento significativo de custos diretos no provimento dos serviços atualmente contratados, como resultante da implantação da iniciativa solicitada (exemplo: armazenamento de imagens que impacte na utilização de espaço de armazenamento e consumo de links de Internet).

d) O Projeto Final deve apresentar o plano de implantação incluindo: possíveis impactos na rede, sequência de ações para implantação e treinamentos necessários.

e) Nos casos em que o projeto final apontar aumento de valor e/ou do tempo de execução previstos no pré projeto, caberá à gestão da secretaria as deliberações necessárias sobre a continuidade ou não do projeto.

8.4 Prazo de Entrega

a) O Prazo de Entrega de uma iniciativa irá considerar o tempo total, em horas, de execução previsto no Projeto Final.

b) O Prazo de Entrega será acordado com a secretaria e irá considerar eventuais iniciativas cuja implementação estejam em andamento, incluindo melhorias evolutivas funcionais e legais.

c) O Prazo de Entrega de uma iniciativa será entendido entre as partes como flexível e dinâmico, devendo considerar: impactos de eventuais mudanças de escopo, alteração de prioridade entre as iniciativas, entrada de melhorias evolutivas legais (que tem prioridade), ou qualquer outra situação acordada entre as partes.

d) O Prazo de Entrega sempre será claro para a iniciativa atual e a próxima elencada no rol de prioridades. No caso de haver mais de duas iniciativas, não haverá obrigação de definição de Prazo de Entrega para as demais, devido ao caráter de imprevisibilidade inerente ao processo.

8.5 Regras Gerais.

a) No caso de decisão de não continuidade do projeto, a secretaria irá remunerar a contratada em relação ao total de horas despendidas para a elaboração do Projeto Final.

b) A ordenação de prioridade será definida pela secretaria, levando em conta as necessidades e prioridades de suas respectivas áreas ou ainda conforme seu interesse geral e os interesses de seus gestores.

c) A ordenação de prioridade não poderá afetar a implementação de projetos em andamento.

d) A contratada deverá disponibilizar relatórios de controle de protocolo para visualização dos desfechos das demandas solicitadas via e-mail ou ferramenta de software específica.

e) Este serviço será remunerado aplicando-se o valor de hora técnica definida no item 3.4 do Objeto.

9. Mobilidade das informações

A contratada deverá atestar, garantir e comprovar que todos os dados do banco de dados relacionados com configurações, parametrizações, atendimentos, pacientes, filas e cadastros, bem como quaisquer outras informações indispensáveis ou que garantam a coesão e inteligibilidade dos dados pertinentes serão armazenados pelo software ofertado, livres de qualquer elemento, criptografia ou restrição proprietária, podendo ser migrados para qualquer outro sistema ou ferramenta.

10. Fornecimento de Cópia dos Dados

10.1 Regras Gerais

A contratada deve oferecer acesso à cópia de base de dados ou a uma base de dados replicada, devendo atender as seguintes regras gerais:

a) A Contratada deverá oferecer serviço de cópia semanal da base de dados e serviço de acesso ao banco de dados replicado.

b) Por interesse da administração pública, a contratada deverá utilizar gerenciador de banco de dados compatível com o volume de dados a serem armazenados, devendo ser preferencialmente, software de domínio público.

c) Caso a contratada optar por gerenciador de banco de dados comercial que envolva custos de aquisição, estes custos deverão ser arcados pela contratada.

d) Somente um dos serviços poderá ser ativado (Cópia ou a Banco de Dados de Replicação)

e) Os dados deverão ser fornecidos legíveis, conforme item 9 - “Mobilidade das Informações”.

f) Este serviço deverá ser prestado a partir de solicitação formal pela Contratante à Contratada por ofício do seu gestor.

g) A responsabilidade sobre a base de dados entregue ficará sob guarda e total responsabilidade da Contratante, respeitando a legislação vigente, não cabendo a Contratada qualquer responsabilidade sobre o uso indevido dos dados disponibilizados, bem como responsabilidade por eventuais vazamentos de dados, salvo comprovada inequívoca origem de tais eventos como sendo da contratada.

10.2 Serviço de acesso ao Banco de Dados Replicado

a) A base de dados replicada deverá ser ofertada em formato operacional, sem necessidade de processo de restauração.

b) A base de dados replicada deverá ter atualização mínima de dados de 6 (seis) horas.

10.3 Serviço de Cópia de banco de dados

a) A Contratada deverá fornecer uma cópia da base de dados (DUMP) contendo todas as tabelas de dados de interesse do contratante no mínimo a cada 7 (sete) dias, se solicitado.

b) Esta cópia será objeto de restauração por ação da Contratante em servidor dedicado da Contratante como medida de segurança, utilizando para isso o mesmo gerenciador de banco de dados da Contratada.

c) Os dados deverão ser entregues em formato CSV (Comma-separated Values - conforme RFC 4180), ou outro formato acordado entre ambas as partes.

d) Caso o banco de dados utilizado pela contratada for um software comercial pago, a contratada deverá fornecer uma licença sem custos para a secretaria de saúde para que possa proceder a restauração do banco de dados.

11. Gerenciamento de Comunicação com o Usuário SUS

11.1 Aplicativo para o Cidadão

Dispor de Aplicativo para utilização pelo cidadão usuário SUS a partir de seu aparelho Celular.

Deve ser executado em celulares com sistemas operacionais Android e IOS.

Deve dispor de recurso multi pessoa, permitindo que a pessoa proprietária do celular gerencie situações pessoais e de pessoas as quais é responsável (idosos, crianças, etc.).

Deve permitir o envio de mensagens.

Conforme funcionalidades descritas no item 15 – Funcionalidades do Software.

11.2 Envio de SMS

Compreende a disponibilização de créditos para envio de mensagens de texto de telefonia móvel enviados ao cidadão / usuários SUS.

A contratada deverá disponibilizar os créditos contratados para permitir o envio de mensagens.

A contratada deverá disponibilizar relatórios de histórico de utilização que permita a rastreabilidade do uso dos créditos de celular (identificação do telefone/cidadão alvo da transação).

Disponibilidade: deverá ser disponibilizado até 10.000 (dez mil) unidades de créditos para envio de mensagem por SMS por mês, não cumulativos, para serem consumidos pela SESAP.

12. Serviço de Assinatura Digital, guarda de Certificados Digitais e arquivamento de Prontuários e Documentos da Saúde

12.1 Regras Gerais

O Serviço de Assinatura digital de Prontuários e Documentos da Saúde no padrão ICP-Brasil deve estar disponível para a Secretaria Municipal de Saúde do Município.

Regras gerais:

a) O serviço de Assinatura Digital deverá oferecer as seguintes opções de serviços:

a.1) Serviço de Assinatura Digital

a.2) Serviço de Guarda de Certificados Digitais

a.3) Serviço de Arquivamento de documentos assinados digitalmente

a.4) Fornecimento de Créditos para emissão de Certificados Digitais ICP-Brasil

b) Documentos digitalmente assinados deverão permanecer sob responsabilidade da Contratada e disponíveis para consulta online junto ao prontuário do paciente no sistema ofertado.

c) A Contratada poderá mover os documentos da base de dados principal para um repositório secundário após 6 meses da sua assinatura, conforme especificações do item 14.4.

12.2 Serviço de Assinatura

O Serviço de Assinatura Digital de Prontuários e documentos da saúde deverá suportar Certificados Digitais padrão ICP-Brasil para assinatura qualificada e Certificados Corporativos para assinatura avançada.

Regras gerais:

a) As assinaturas digitais realizadas com Certificados ICP-Brasil deverão seguir o padrão brasileiro de assinatura digital definido no DOC ICP 15.03.

b) Serão assinados digitalmente todos os prontuários de atendimento a pacientes em todas as unidades de saúde, por todos os profissionais de saúde, bem como, eventualmente, documentos emitidos digitalmente que exijam e suportem assinatura digital.

c) O processo de assinatura de documentos deve ocorrer conforme descrito no contexto das funcionalidades citadas no item 15 – Funcionalidades do Software.

d) A assinatura deve ocorrer a partir de:

d.1) Certificados A3 armazenados tanto em dispositivos HSM quanto em dispositivos tipo Token/Cartão.

d.2) Certificados A1 armazenados em dispositivos HSM.

d.3) Certificados Corporativos armazenados em dispositivos HSM.

12.3 Serviço de Guarda de Certificados Digitais em dispositivo HSM

O serviço de guarda de Certificados Digitais em dispositivo HSM deverá ser ofertado pela empresa Licitante, devendo estar integrado à plataforma tecnológica utilizada para o Serviço de Assinatura Digital e estar nativamente integrado ao sistema de gestão da saúde ofertado.

Regras gerais:

a) Deverá estar disponível para a Secretaria Municipal de Saúde do Município para guarda de certificados corporativos emitidos e/ou certificados ICP-Brasil emitidos a partir dos vouchers ofertados.

b) Caso a Contratante opte por um outro provedor de guarda de certificados em nuvem (HSM), será da Contratante a responsabilidade pelos custos de adequação para que possa ser utilizado pela Contratada.

c) Caso a Contratante opte pela utilização de dispositivos como token e/ou Cartão, será da Contratante responsabilidade pelos custos de aquisição, manutenção e instalação dessas mídias e/ou softwares necessários ao seu funcionamento.

d) Deve suportar a guarda de Certificados ICP-Brasil do tipo A1. O sistema deve dispor de recurso para fazer a carga (upload) do arquivo desse certificado na nuvem.

12.4 Serviço de Arquivamento de documentos assinados digitalmente

O serviço de arquivamento de documentos (prontuários e documentos da saúde) assinados digitalmente deverá ser ofertado pela empresa Licitante, caso esta opte por não manter tais documentos disponíveis online no sistema.

Regras gerais:

a) Este serviço consiste no arquivamento de documentos assinados digitalmente em servidores e infraestrutura de responsabilidade da Contratada após o período em que ficam disponíveis para consulta online no software ofertado (item 14 e 14.1). A Contratada será responsável pela segurança e pelo backup dos documentos arquivados, durante toda a vigência do contrato.

b) No caso de encerramento do contrato, todos os documentos arquivados deverão ser entregues para a contratante em mídia digital ou transferência eletrônica.

c) O serviço de arquivamento deverá garantir a integridade dos documentos arquivados e dispor de sistema de segurança que inviabilize o acesso não autorizado aos documentos.

d) O serviço de arquivamento deverá disponibilizar software para consulta e recuperação de documentos arquivados.

12.5 Serviço de fornecimento de Créditos para emissão de certificados padrão ICP-Brasil

12.5.1 Regras Gerais

a) A Contratada deverá fornecer Créditos para emissão de Certificados Digitais padrão ICP-Brasil do tipo A1 ou A3 para guarda em dispositivos HSM.

b) Os certificados deverão ter validade conforme seu tipo e devem ser renovados continuamente para os profissionais qualificados da Contratante, durante a vigência do contrato entre as partes.

c) Os Créditos deverão ser fornecidos pela Contratada para a emissão dos certificados ICP-Brasil e deverão ser suficientes para utilização pelos profissionais de saúde da Contratante que atuem como médicos e profissionais de saúde de nível superior, incluindo enfermeiros, psicólogos, terapeutas, Odontólogos, entre outros, exclusivamente para assinatura de prontuários e documentos da saúde no contexto da operação do sistema da Contratada.

d) Não é obrigatório o fornecimento de Créditos para emissão de certificados para profissionais que atuem como auxiliares e técnicos de enfermagem, os quais podem utilizar certificados corporativos.

e) Em caso de cancelamento do Contrato vigente entre a Contratada e a Contratante, todos os certificados ICP-Brasil emitidos e ainda válidos, deverão permanecer ativos e válidos até sua data de expiração, e devem poder ser utilizados normalmente por seus respectivos titulares, porém, fora do dispositivo HSM da Contratada.

f) É de responsabilidade da Contratada o estabelecimento de parceria com empresa capacitada a emitir os certificados para os Créditos fornecidos, devendo ser compatíveis com as aplicações do sistema da Contratada.

g) A Contratada deverá disponibilizar ferramenta para atualização cadastral e captação de dados complementares diretamente através do sistema contratado, devendo ainda dispor de recurso para que o Profissional que estiver atualizando seus dados, possa autorizar o envio de seus dados à empresa parceira da Contratada, objetivando atender ao processo de emissão dos certificados, respeitando dispositivos da LGPD.

h) Para o primeiro lote anual, a Contratada deverá gerar arquivo de exportação ou dispor de integração com a empresa responsável pela emissão dos certificados.

i) Certificados para profissionais que forem integrados ao quadro de funcionários da Contratante após a primeira emissão anual, deverão ser solicitados de forma avulsa pela Contratante em plataforma disponibilizada pela Contratada ou pela empresa responsável pela emissão dos certificados.

j) A Contratada ou a empresa responsável pela emissão dos certificados, deverá enviar e-mail para cada um dos profissionais, com link para agendamento da entrevista.

k) Para profissionais com CNH emitida após o ano de 2017, deverá ser possibilitada entrevista por Teleconferência para qualificação e posterior emissão de certificado.

l) A Contratada ou a empresa responsável pela emissão dos certificados deverá informar nome e endereço da empresa parceira mais próxima da sede da contratante para possibilitar o atendimento aos profissionais que não possam fazer a qualificação por teleconferência. Nestas situações, a eventual logística e custos relacionados, se houverem, correrão por conta da Contratante.

12.5.2 Sobre os Certificados emitidos a partir dos Créditos fornecidos pela Contratada

a) No processo de validação do certificado o Profissional titular do certificado deverá cadastrar uma senha (PIN) que será utilizada no momento em que importar o certificado para o dispositivo HSM da Contratada.

b) A senha PIN cadastrada é a assinatura do Profissional e será necessária sempre que utilizar o certificado. Logo, a responsabilidade de guarda dessa senha é única e exclusivamente de responsabilidade do Profissional.

c) Após a validação do certificado, o profissional titular do certificado, deverá receber no mesmo e-mail pessoal cadastrado no certificado, o link para o site onde poderá baixar o arquivo PFX.

d) Os certificados emitidos terão caráter personalíssimo e serão intransferíveis.

e) A senha PIN é a assinatura do profissional. Se a senha PIN for perdida, o certificado tornar-se-á inútil.

12.5.3 Incorporação do Certificado à operação do sistema da Contratada

a) Antes de utilizar o Certificado pela primeira vez, o Profissional, titular do certificado, deverá poder fazer o upload do certificado para o dispositivo HSM da Contratada.

b) Nesse momento, deverá utilizar o link recebido no e-mail e baixar o arquivo (download) para o computador que estiver utilizando.

c) O sistema deverá oferecer área de gerenciamento de certificados do Profissional, e deverá dispor de opção para 'subir' (upload) o certificado para o dispositivo HSM da Contratada, podendo exigir a senha PIN do certificado, que deverá ser digitado pelo profissional.

d) Após o upload, o certificado deverá ficar disponível para uso do profissional nas aplicações do sistema da Contratada.

e) É recomendado que o arquivo PFX do certificado descrito no item b) seja excluído do computador após o upload para o dispositivo HSM da Contratada.

f) Certificados guardados no dispositivo HSM da Contratada poderão ser eventualmente removidos pela Contratada se identificada a saída do profissional do quadro de funcionários da Contratante. Certificados removidos do dispositivo HSM da Contratada deverão permanecer ativos e válidos até sua data de expiração, podendo ser utilizados normalmente por seu titular fora do dispositivo HSM da Contratada.

g) A Contratada poderá permitir que somente 1 (um) certificado ativo por CPF (ICP-Brasil ou Corporativo) esteja guardado por vez no dispositivo HSM da Contratada.

12.5.4 Perda da senha PIN e responsabilidades cíveis

a) Em caso de perda da senha PIN pelo usuário, a Contratada não será responsável. Porém, o profissional deverá poder recuperar a mesma, mediante comparecimento presencial do

titular do certificado digital na unidade de atendimento, apresentando os documentos necessários.

b) Será de responsabilidade da Contratante a orientação aos seus profissionais sobre as responsabilidades cíveis decorrentes da utilização do certificado digital, não recaindo sobre a Contratada qualquer responsabilidade sobre utilização indevida, perdas ou prejuízos advindos da utilização do certificado digital fora do escopo de sua finalidade primária.

13. Dimensionamento e Volumetria

Para efeito de dimensionamento dos serviços de implantação e treinamento devem ser considerados as unidades próprias, prestadores credenciados e profissionais cadastrados no CNES. A consulta sobre os dados do município deve ser realizada no site http://cnes.datasus.gov.br do CNES.

14. Prazos para cumprimento de obrigações vinculadas a este Termo de Referência.

Todos demais recursos, funcionalidades e exigências identificadas neste Termo de Referência, a exceção daqueles cuja disponibilidade tenha prazo definido para entrega/disponibilidade, conforme item 16 – Funcionalidades com Prazo de Entrega, deverão ser disponibilizados imediatamente, e estarão sujeitos a auditoria a qualquer tempo. O Descumprimento de fornecimento qualquer item nos prazos identificados será motivo de cancelamento imediato do contrato e aplicação das penalidades previstas. Dessa forma, serão exigidos o cumprimento dos seguintes prazos:

a) Sistema disponível e acessível via web: Disponível em até 3 (três) dias úteis a partir da assinatura do contrato.

b) Funcionalidades do Software com prazo de entrega: No prazo identificado para a funcionalidade item *16 - Funcionalidades com Prazo de Entrega*, contado a partir da data de assinatura do contrato.

c) Data Center secundário: Ativo e disponível em até 3 dias da data de assinatura do contrato.

d) Backup Diário: Ativo e disponível em até 3 (três) dias úteis a partir da data de assinatura do contrato.

e) Segurança de Acesso: Disponível em até 3 (três) dias úteis a partir da data de assinatura do contrato.

f) Software tipo 'Service Desk': Disponível em até 5 dias a partir da assinatura do contrato.

g) Transferência tecnológica: Disponíveis em até 90 dias a partir da comunicação da rescisão do Contrato.

15. FUNCIONALIDADES GERAIS DO SOFTWARE

As funcionalidades do software a ser disponibilizado para acesso dos operadores pela Contratada. As funcionalidades que possuem prazo de entrega estão também descritas no item 16 – Funcionalidades com Prazo de entrega com a identificação objetiva dos prazos de entrega.

Item
1 - GERENCIAMENTO DO SISTEMA Ferramentas gerais de apoio a Administração do Sistema e gerenciamento de acesso pelos profissionais.
1.1 - Gerenciamento do Acesso ao Sistema

Funcionalidades necessárias a administração do sistema. Deve possuir recursos para:
1.1.1 - Operar com navegadores web, devendo haver suporte ao menos aos navegadores Chrome e Firefox em suas últimas versões.
1.1.2 - Conectividade https através de Internet, sem exigência de IP fixo ou exigência de VPN.
1.1.3 - Possibilitar que o acesso ao sistema ocorra somente a partir de computadores identificados previamente pelo responsável pela administração do sistema através do endereço da placa de rede (MAC Address).
1.1.4 - Possibilitar ao responsável pela administração do sistema Ativar/Desativar o Acesso ao sistema por determinado computador previamente habilitado para acesso ao Sistema.
1.1.5 - Possibilitar que o acesso a qualquer ambiente/módulo de operação do Sistema ocorra somente mediante o cadastro/liberação de acesso do profissional ao mesmo.
1.1.6 - Possibilitar ao responsável pela administração do sistema determinar o Nível de Acesso ou funções que Operadores podem ter para cada ambiente/módulo de operação.
1.1.7 - Possibilitar ao responsável pela administração do sistema identificar o conjunto de funcionalidades estão disponíveis para uma determinada unidade de saúde, possibilitando que um operador, mesmo tendo acesso a determinado módulo/ambiente, somente possa operar dentro de determinada unidade se aquela unidade estiver também habilitada a operar o mesmo conjunto de funcionalidades.
1.1.8 - Possibilitar ao Administrador definir um Nome de login e uma Senha de Acesso ao fazer o cadastro de um novo profissional.
1.1.9 - Exigir que o operador troque a senha que recebeu do Administrador quando este acessar o sistema pela primeira vez.
1.1.10 - Dispor de recurso para permitir ao operador trocar a senha quando quiser ou caso tenha esquecido. Deve permitir: a) Na tela de login, clicar em opção para solicitar nova senha. b) O sistema deve avisar ao operador que uma senha foi enviada para determinado e-mail,

identificando parcialmente este endereço de e-mail. c) Após receber o e-mail com a senha provisória, permitir ao operador informar essa senha no sistema e, ao fazê-lo, deve exigir a troca da senha por uma senha definitiva.
1.2 - Ferramentas de Apoio ao Administrador do Sistema Ferramentas de apoio. Deve possuir recursos para:
1.2.1 - Dispor de tela para gerenciamento do nível de qualidade média da conexão de cada unidade que esteja utilizando o sistema num determinado momento.
1.2.2 - A tela de gerenciamento do nível de qualidade deve dispor de botão/link para tela que apresente detalhadamente a relação de operadores que estejam utilizando o sistema naquele momento, qual foi o horário de login e o tempo que está logado.
1.2.3 - A tela de detalhamento apresentada a partir da tela de gerenciamento do nível de qualidade deve apresentar, além dos operadores que estejam utilizando o sistema naquele momento, a identificação do módulo que está acessando e a qualidade geral do acesso.
1.2.4 - Dispor de relatório para identificar todos os Operadores que estiverem acessando o Sistema num determinado momento.
1.2.5 - Dispor de relatório para consulta de profissionais, identificando no mínimo, o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), CPF, Conselho de Classe, Número de registro no Conselho, data de nascimento e telefones de contato.
1.2.6 - Dispor de relatório que relacione os profissionais de uma ou mais atividades profissionais, identificando no mínimo o nome, atividade profissional e unidade que está vinculado.
1.2.7 - Dispor de relatório para consulta da relação de profissionais que tem acesso a um determinado módulo do sistema. Deve identificar no mínimo o nome e a função de acesso atribuída a cada profissional.

1.2.8 - Dispor de relatório para consulta de profissionais por unidade de saúde cadastrada, identificando no mínimo, o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), Conselho de Classe, Número de registro no Conselho e atividade profissional que exerce na unidade.
1.2.9 - Dispor de relatório que exiba listagem de feriados fixos e móveis.
1.2.10 - Dispor de relatório que permita acompanhar a qualidade do processo de registro, de determinado período, da produção de cada unidade de saúde da rede, indicando no mínimo, a quantidade de pacientes recepcionados para atendimento, quantidade de pacientes recepcionados que tiveram seu respectivo atendimento registrado e a quantidade não registrada.
1.2.11 - O relatório para acompanhamento da qualidade do processo de registro de produção deve dispor de botão ou link para ver o detalhamento das recepções não baixadas, listando cada um dos pacientes em pendência de baixa, com no mínimo os seguintes dados: matrícula e nome do paciente e data e hora da recepção.
1.2.12 - Dispor de relatório do total de cadastros de usuários SUS incluídos por unidade. O relatório de total de cadastros de usuários SUS incluídos deve dispor de link/botão para exibir a relação de cadastros incluídos por determinada unidade.
1.2.13 - Dispor de relatório de usuários SUS notificados como em óbito. Deve apresentar no mínimo os seguintes campos: nome, matricula, data nascimento, data do óbito, NIS, CPF, unidade do último atendimento e data.
1.2.14 - Dispor de recurso que permita ao responsável pela administração do sistema enviar uma mensagem para os Operadores que acessam o Sistema num determinado momento, administrativamente ou em qualquer Unidade da rede. a) Deve ser possível definir uma data de validade. b) A mensagem deve ser exibida logo após o operador fazer login. c) Deve dispor de controle de leitura.
1.2.15 - Dispor de tela para cadastrar eventos/atividades inter unidades, devendo:

a) Permitir o cadastro de eventos/atividades. b) Identificar a unidade administradora do evento/atividade. c) Deve permitir a identificação de Unidades participantes de determinado evento. d) Deve ser possível cadastrar, para cada evento/atividade cadastrado, a cota de vagas que cada uma das unidades participantes terá disponível para agendamento de usuários SUS. A cota deve ser mensal. e) Deve dispor de ferramenta para ser possível identificar um ou mais profissionais da unidade que ficarão responsáveis pela criação de vagas e manutenção de vagas da agenda de eventos/atividades. A estruturação de eventos/atividades aqui requeridas, serão utilizadas pela ferramenta requerida no item 3.1, que descreve a possibilidade de criação de agendas sem identificação de um profissional vinculado.
1.2.16 - O sistema deve suportar o cadastramento de ruas por qualquer operador. No entanto, objetivando garantir um cadastro de ruas útil e estruturado, deve suportar: a) As ruas incluídas por operadores devem receber o status de provisórias e gerar uma notificação ao responsável pela administração do sistema. b) Deve dispor de tela de apoio para o administrador do sistema para identificar notificações de inclusão de ruas provisórias realizadas pelos operadores da rede. c) A tela deve permitir que o responsável pela administração do sistema consolide a operação, tornando aquela rua permanente ou substitua a rua provisória indicada por outra rua já existente como permanente. d) As operações deverão obrigatoriamente atualizar automaticamente todos os cadastros envolvidos que utilizem a rua provisória para a rua identificada pelo responsável pela administração do sistema como definitiva.
1.2.17 - Dispor de tela para configurar quais recursos (requisitar exames, encaminhar ao especialista, emitir receitas da farmácia básica ou livre, etc.) da sala de atendimento podem

ficar disponíveis para cada tipo de profissional (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.), configurando-se assim uma definição de perfil.
1.2.18 - Dispor de relatórios online para consulta de saldos, bem como apresentação de histórico de utilização que permita a rastreabilidade do uso de créditos de SMS (identificação do telefone/cidadão alvo da transação de envio/resposta), quando disponíveis.
1.2.19 - Dispor de recurso para disparar campanha de atualização de cadastros dos operadores do sistema. a) Deve permitir selecionar cadastro de profissionais de determinada unidade e de determinada atividade, marcando-o para que o profissional seja convocado para, no próximo login do mesmo ao sistema, este possa confirmar ou atualizar os dados a ele apresentados. b) Após marcado para atualização cadastral, no momento em que determinado profissional fizer o login no sistema, deve ser apresentado a ele uma tela solicitando que confirme e/ou atualize os dados requeridos sem que, no entanto, atualize os dados cadastrais do sistema. c) O sistema deve dispor de uma tela para gerenciamento, para o administrador do sistema, que ofereça uma listagem dos profissionais que já realizaram a revisão dos seus dados cadastrais, e notificaram algum dado divergente da informação atual no sistema. d) A partir da tela do item c), o sistema deve permitir que o administrador do sistema possa confirmar os dados confirmados e/ou atualizados pelo profissional e, como ação seguinte, possa confirmar os dados e atualizar o cadastro desse profissional no sistema.
1.3 - Gerenciamento de Cadastros de Usuários SUS Duplicados Funcionalidades para gerenciar os cadastros de usuários SUS duplicados. Deve permitir:
1.3.1 - Deve dispor de tela para notificar que dois ou mais cadastros de usuários SUS encontram-se em situação de duplicidade devendo a tela de notificação permitir: a) Indicar qual o cadastro que deve ficar como ativo. b) Quais os cadastros que devem ser fundidos com aquele que ficar ativo.

1.3.2 - A tela de notificação de cadastro duplicado deve ser acessível a qualquer tempo para possibilitar a notificação de cadastros duplicados, para todos os módulos/ambientes do sistema. O acesso deve ser possível a partir da tela de pesquisa de cadastros de Usuários SUS padrão, para que sempre que o operador perceber a existência de um cadastro duplicado, possa notificar.
1.3.3 - A tela de notificação de cadastro duplicado deve exibir a relação dos cadastros marcados, contendo: a) Dados gerais de endereço do cadastro b) Data de nascimento c) Nome da mãe d) Data e operador da inclusão e) Data e operador da última alteração dos respectivos cadastros.
1.3.4 - A tela de notificação de cadastro duplicado deve exibir também situações que envolvem os respectivos cadastros, como: a) Cadastro da estrutura UBS E ESF b) Situação em lista de espera de especialidades c) Situação em lista de espera de procedimentos especializados d) Situações de agendamento.
1.3.5 - A tela de notificação de cadastro duplicado não deve permitir identificar como cadastro que sai ou que deva ser fundido com um outro que seja considerado correto, um cadastro que esteja vinculado a uma estrutura UBS E ESF, tenha situação de lista de espera em consultas ou procedimentos especializados ou tenha situações de agendamento em aberto.
1.3.6 - Dispor de tela exclusiva para o responsável pela administração do sistema pesquisar potenciais cadastros duplicados a partir do nome da mãe do usuário SUS, listando no mínimo o nome da mãe, nome do usuário SUS, data de nascimento e matrícula do usuário SUS. Deve apresentar botão ou link para acessar a tela de notificação de cadastro duplicado.

1.3.7 - Dispor de tela exclusiva para o responsável pela administração do sistema pesquisar potenciais cadastros duplicados a partir do nome do usuário SUS, listando no mínimo o nome do usuário SUS e a quantidade de cadastros com o mesmo nome. Deve apresentar botão ou link para acessar a tela de notificação de cadastro duplicado.
1.3.8 - Deve dispor de tela exclusiva para o responsável pela administração do sistema para que possa visualizar todas as notificações de cadastros duplicados registradas pelos operadores da rede, exibindo no mínimo: o nome do usuário SUS excluído, data, operador e unidade.
1.3.9 - A tela para visualização das notificações de cadastros duplicados deve dispor de botão ou link para exibição de todos os dados dos cadastros envolvidos na operação, identificando os usuários que o operador da notificação apontou como duplicados (que devem ser cancelados, inativados ou excluídos) e aquele cadastro que o operador da notificação apondo como o correto.
1.3.10 - A tela para visualização das notificações de cadastros duplicados deve dispor de botão ou link para confirmar a operação conforme a notificação do operador ou, caso o responsável pela administração do sistema não concorde, permitir retornar os cadastros para o status original, anterior a notificação.
1.3.11 - Dispor de mecanismo para tratamento de cadastros duplicados, que permita a fusão de todos os dados registrados no sistema para o cadastro indicado como correto, devendo fundir todos os dados (atendimentos, prontuário, etc.) dos usuários SUS indicados como duplicados com o cadastro do usuário SUS indicado como correto.
2 - ADMINISTRAÇÃO DE CADASTROS EM GERAL Determina a estrutura geral, mínima e os recursos disponíveis para os principais cadastros necessários ao Sistema.
2.1 - Cadastro do Usuário SUS

Especificações gerais necessárias ao gerenciamento do cadastro de Usuários SUS. Deve possuir recursos para:
2.1.1 - Permitir a inclusão e manutenção de cadastro do usuário SUS com informações básicas, objetivando permitir atender as necessidades diárias, independentemente de haver todos os dados exigidos pelo Cadsus. Deve gerar automaticamente a matrícula municipal do usuário SUS e permitir o cadastro dos seguintes dados: Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) CPF RG Data de nascimento Nome da Mãe Sexo Raça/cor (conforme padrões do Ministério da Saúde) Escolaridade (conforme padrões do Ministério da Saúde) Números de telefone Logradouro (se residente no município, selecionável de uma lista de logradouros previamente cadastrados, se de outro município, informar manualmente por extenso) Número da casa Bairro (se residente no município, selecionável de uma lista de bairros previamente cadastrados, se de outro município, informar manualmente por extenso) Complemento Cidade (selecionável de uma lista de municípios previamente cadastrados).
2.1.2 - Permitir que todas as alterações de cadastro de usuários SUS gerem registros de log. O log deve estar disponível para consulta na tela de manutenção do cadastro a qualquer momento por qualquer operador, com no mínimo os seguintes dados: detalhes ou valor do

campo anterior a alteração, operador, data e hora da operação. Permitir atualizações/alterações do cadastro dos pacientes, exibindo a data e o usuário que efetuou a operação.
2.1.3 - Dispor de campo na tela de cadastro do Usuário SUS para o cadastramento do Nome Social do cidadão.
2.1.4 - O cadastro deve possuir campos compatíveis aos exigidos pelo Cadsus.
2.1.5 - Todos os módulos do sistema devem permitir a pesquisa de cadastros de Usuários SUS por nome, parte do nome, nome da mãe, matricula municipal, CPF ou CNS.
2.1.6 - Permitir a identificação de um número de celular
2.1.7 - Permitir a possibilidade de fazer fotografia digital com uso direto de equipamento fotográfico ou câmera web (webcam), com tamanho máximo de 10KB (Kilobytes) e gravá-la no banco de dados de forma interativa na própria tela do cadastramento ou na tela de manutenção de cadastro, a partir de equipamento de fotografia homologado pela proponente vencedora.
2.1.8 - Dispor de recurso de integração com o Barramento do Cartão SUS do Ministério da Saúde, dispondo de recurso para validar o número do Cartão Nacional de Saúde do usuário SUS em questão, devendo: a) Realizar pesquisa por todos os métodos que o barramento permita. b) Deve apresentar tela com os cadastros encontrados e permitir selecionar o cadastro desejado pelo operador. c) Deve apresentar os dados cadastrais do cadastro selecionado. d) Deve permitir selecionar os dados que devem ser assimilados no cadastro do sistema.
2.2 - Cadastro do Usuário SUS Complementar – PCD

Especificações gerais necessárias ao gerenciamento dos dados complementares ao cadastro do usuário SUS quando este for uma Pessoa Com Deficiência (PCD). Deve possuir recursos para:
2.2.1 - O sistema deve dispor de recursos para incluir cadastro complementar para o cadastramento de pessoa com deficiência. Neste sentido, deve dispor de tela para cadastrar dados da pessoa com deficiência. O cadastro deve estar vinculado a cadastro principal do usuário SUS.
2.2.2 - A tela de cadastro da PCD deve identificar a partir do cadastro de usuários SUS, quem são as pessoas cuidadoras ou responsáveis pelo usuário SUS.
2.2.3 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar o tipo de comunicação a partir das opções selecionáveis, como ‘oral, escrita, libras, alternativa, Braille, não tem.
2.2.4 - A tela de cadastro da PCD deve indicar se a pessoa está na escola no momento do cadastro.
2.2.5 - A tela de cadastro da PCD deve indicar se a pessoa tem carro próprio.
2.2.6 - A tela de cadastro da PCD deve selecionar a característica de residência, a partir das opções selecionáveis, como (com família, Asilo, Abrigo, Morador de Rua, etc.).
2.2.7 - A tela de cadastro da PCD deve selecionar o grau de dependência a partir das opções selecionáveis como ‘Não informado, leve, moderado, total’.
2.2.8 - A tela de cadastro da PCD deve identificar se está no mercado de trabalho no momento do cadastro.
2.2.9 - A tela de cadastro da PCD deve identificar se tem dependência de locomoção.
2.2.10 - A tela de cadastro da PCD deve identificar se utiliza transporte público e se utilizar, identificar: a) frequência b) se utiliza algum sistema para elevação de cadeira de rodas
2.2.11 - A tela de cadastro da PCD deve identificar se é acamado.

2.2.12 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar se faz uso de sondas, fralda, etc. (itens cadastráveis).
2.2.13 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar se tem complicadores (Down, Convulsões, etc. - itens cadastráveis).
2.2.14 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar a deficiência que a pessoa possui (Física, Mental, etc., conforme definido na legislação brasileira).
2.2.15 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar o tipo de deficiência (física, mental, visual, etc.).
2.2.16 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar a causa da deficiência (itens são diferentes por tipo de deficiência).
2.2.17 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar o caráter da deficiência (itens devem ser selecionáveis por tipo de deficiência).
2.2.18 - A tela de cadastro da PCD deve permitir selecionar OPM (itens devem ser selecionáveis por tipo de deficiência).
2.2.19 - A tela de cadastro da PCD deve indicar se faz reabilitação, devendo permitir selecionar o tipo (fonoterapia, fisioterapia, etc.), onde (SUS, Particular, Associação, etc.) e identificação do local.
2.2.20 - Todas as alterações de cadastro de usuários SUS Complementar - PCD devem gerar um log (Consultável na própria tela a qualquer momento por qualquer operador habilitado) com, no mínimo, os seguintes dados: detalhes ou valor do campo anterior a alteração, operador, data e hora da operação.
2.3 - Cadastro de Unidades Especificações gerais necessárias ao gerenciamento do cadastro de Unidades de Saúde da Rede Municipal. Deve possuir recursos para:
2.3.1 - Permitir a inclusão e manutenção de cadastro de unidades de saúde identificando:

Nome completo Nome simplificado Sigla da unidade Matrícula CNES Identificação se é unidade própria ou não E-mail Telefone CNPJ Logradouro (se sede no município, selecionável de uma lista de logradouros previamente cadastrados, se em outro município, informar manualmente por extenso) Número Bairro (se sede no município, selecionável de uma lista de bairros previamente cadastrados, se em outro município, informar manualmente por extenso) CEP Complemento Cidade (selecionável de uma lista de municípios previamente cadastrados) UF
2.3.2 - Permitir que todas as alterações de cadastro de Unidade devem gerar um log (consultável a qualquer momento por qualquer operador com acesso) com, no mínimo, os seguintes dados: detalhes ou valor do campo anterior a alteração, operador, data e hora da operação. O log deve estar disponível para consulta a partir da tela de manutenção de cadastro.
2.3.3 - Permitir Identificar possíveis Serviço-Classe (SUS) da unidade;
2.3.4 - Permitir Identificar da Habilitação (SUS);
2.3.5 - Permitir o cadastro de feriados móveis ou pontos facultativos a que a unidade está sujeita

2.3.6 - Permitir o cadastro do INE das equipes pertencentes a unidade
2.3.7 - Permitir vincular profissionais e a respectiva atividade que desenvolve na mesma, identificando o INE da equipe a qual está vinculado
2.3.8 - Permitir o registro de informações sigilosas entre profissional e paciente. Neste sentido, possibilitar a identificação dos profissionais que trabalham na unidade, cujo atendimento não pode ser divulgado na rede com identificação do usuário SUS por tratar-se de atendimentos que exijam absoluta discrição, como DST/AIDS. Acesso administrativo à informação de atendimento desses profissionais somente poderão ser visualizados na própria unidade, assim como as demandas por procedimentos geradas por estes profissionais.
2.4 - Cadastro de Profissionais Especificações gerais necessárias ao gerenciamento do cadastro de Profissionais de saúde e administrativos da secretaria de saúde. Deve possuir recursos para:
2.4.1 - Dispor de tela para permitir a inclusão e manutenção de cadastro de Profissionais de Saúde e Administrativos da Secretaria, identificando: Nome Nome completo Matrícula Funcional Data Nascimento Sexo CNS CPF RG Conselho de classe, Número de Registro no respectivo Conselho e título Telefone Celular

E-mail Logradouro (se residente no município, selecionável de uma lista de logradouros previamente cadastrados, se em outro município, informar manualmente por extenso) Número da casa Complemento de endereço Bairro (se residente no município, selecionável de uma lista de bairros previamente cadastrados, se em outro município, informar manualmente por extenso) Cidade (selecionável de uma lista de municípios previamente cadastrados) UF Nome de acesso e senha
2.4.2 - Permitir que todas as alterações de cadastro do Profissional gerem um log (consultável a qualquer momento por qualquer operador com acesso) com, no mínimo, os seguintes dados: detalhes ou valor do campo anterior a alteração, operador, data e hora da operação. O log deve estar disponível para consulta a partir da tela de manutenção de cadastro.
2.4.3 - Permitir o cadastro de férias e outras ausências vinculadas ao profissional.
2.4.4 - Dispor de tela para cadastrar os horários de trabalho do profissional.
2.4.5 - A tela de cadastro de horários do profissional deve dispor de botão/link para obter relatório do quadro de horário do mês (selecionável) e da unidade (selecionável) onde estiver alocado.
2.5 - Cadastro de Bairros Especificações gerais necessárias ao gerenciamento do cadastro de Bairros. Deve possuir recursos para:
2.5.1 - A tela de cadastro de bairros deve permitir a inclusão e manutenção de cadastro de Bairros do município, identificando: nome, código municipal e zona (urbana ou rural).

2.5.2 - A tela de cadastro de bairros deve estar disponível para operação somente ao responsável pela administração do sistema.
2.6 - Cadastro de Ruas Especificações gerais necessárias ao gerenciamento do cadastro de Logradouros. Deve possuir recursos para:
2.6.1 - A tela de cadastro de ruas deve permitir a inclusão e manutenção de cadastro de Ruas, identificando: Nome, código municipal, CEP e tipo de logradouro (oficial brasileiro).
2.6.2 - A tela de cadastro de ruas deve estar disponível para qualquer operador em qual módulo/ambiente para inclusão de ruas em caráter provisório. As ruas incluídas em caráter provisório serão administradas posteriormente pelo responsável pela administração do sistema. Somente o responsável pela administração do sistema pode incluir ruas em caráter permanente.
2.6.3 - Registro de Ruas Provisórias devem ser notificados ao profissional responsável pela administração do sistema para que possa verificar sua existência, permitindo indicar a correta ou torná-la permanente, se for o caso.
3 - INFORMATIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE Ferramentas de Apoio ao funcionamento da unidade de saúde
3.1 - Informatização da agenda destinada a gerenciar eventos e atividades entre as unidades de atendimento. Estruturação de agenda para administrar eventos compartilhando vagas entre unidades de saúde. Deve possuir recursos para:
3.1.1 - A partir de cadastros de eventos/atividades interunidade (para atender a organização de atividades como Palestras de programas como Hiperdia, Bolsa Família, Planejamento

Familiar, Cursos para Gestantes, etc.), previamente incluídos pelo responsável pela administração do sistema conforme item 1.2. dispor de tela para possibilitar a unidade administradora do evento/atividade, criar previamente vagas para Atendimento, com as seguintes possibilidades: a) Com hora marcada (horários pré definidos para os quais seja possível agendar um paciente) ou, b) Sem hora marcada (identifica apenas o horário inicial de atendimento e pacientes serão agendados sequencialmente)
3.1.2 - A tela de criação de vagas deve considerar os feriados fixos e feriados móveis cadastrados para a unidade pelo Administrador do Sistema
3.1.3 - Permitir a unidade administradora de eventos o gerenciamento (criação e manutenção) de horários de determinado evento.
3.1.4 - Dispor de Tela da Agenda de Eventos por Data, exibindo a listagem de Usuários SUS agendados
3.1.5 - Dispor de tela específica com possibilidade de pesquisar horários marcados para determinado usuário SUS identificado pela matrícula ou nome.
3.1.6 - Agendar usuários SUS para participação em eventos, permitindo escolher Horário a partir de opções de horário previamente cadastrados para a agenda, na data selecionada.
3.1.7 - Alertar o operador, quando estiver agendando um usuário SUS para um evento, quando o usuário SUS já possui um agendamento, não importando a data deste.
3.1.8 - Caso recurso de envio de SMS (Short Message System) esteja ativado, exibir opções para o operador registrar que confirmou como usuário SUS que ele aceita que envie mensagem de reforço e, caso afirmativo, atualize o número do telefone celular do próprio ou do responsável pelo paciente.
3.1.9 - Permitir, se recurso habilitado, o envio de uma mensagem sms (short message system) para o celular de Usuários SUS com consulta agendada, com antecedência programada a partir de parâmetro cadastrado.

3.2 - Informatização das agendas para atendimentos em unidades de saúde Estruturação da agenda de atendimento exclusiva da unidade. Deve possuir recursos para:
3.2.1 - Possibilitar a criação de agendas respeitando as regras do gestor, customizando se necessário. Neste sentido deve dispor de tela para possibilitar a criar previamente vagas para atendimento, por profissional, permitindo: a) Criar vagas com Hora marcada (horários pré-definidos para os quais seja possível agendar um paciente) ou, b) Criar vagas sem hora marcada (identifica apenas o horário inicial de atendimento e pacientes serão agendados sequencialmente). c) Criar vagas para atendimento por teleconsulta.
3.2.2 - A tela de criação de vagas deve considerar os feriados fixos e feriados móveis cadastrados para a unidade e ausências cadastradas para o profissional, conforme itens 2.3.5 e 2.4.3.
3.2.3 - A tela de criação de vagas deve permitir informar a quantidade de vagas disponíveis para agendamento e a quantidade de vagas reservas (não disponíveis para agendamento).
3.2.4 - Dispor de tela para permitir a manutenção das vagas de agenda de Atendimento de determinado Profissional, criadas previamente
3.2.5 - Dispor de recurso para gerenciar a exclusão/cancelamento de agendas, dispondo de: a) Recurso para identificar, no momento da exclusão/cancelamento de uma agenda, a seleção de um motivo padronizado. b) Não deve permitir cancelar agendas caso haja vagas ocupadas no período informado. c) Gravação de log do motivo de exclusão/cancelamento de agendas. d) Dispor de Relatório de exclusão/cancelamento de agendas com filtro por unidade (uma específica ou todas), profissional (um específico ou todos) e período.

3.2.6 - Dispor de tela para agendar atendimentos e consultas para um usuário SUS específico em vagas disponíveis para agendamento.
3.2.7 - Permitir a qualquer operador agendar atendimentos para usuários SUS, em vagas disponíveis, permitindo escolher Horário a partir de opções de horário previamente cadastrados para a agenda, na data selecionada.
3.2.8 - Ao agendar um usuário SUS, gerar aviso ao operador do agendamento caso o usuário SUS tenha faltado em consulta anterior.
3.2.9 - Permitir bloquear uma vaga na agenda, identificando o motivo a partir de motivos padronizados.
3.2.10 - Dispor de relatório de vagas bloqueadas da agenda num período, permitindo filtrar profissional e/ou motivo de bloqueio específico.
3.2.11 - Dispor de tela que permita o agendamento de um usuário SUS para receber atendimentos em múltiplas datas (agendamento programático). Deve, a partir da identificação única do usuário SUS e do profissional desejado, exibir as datas e horários disponíveis e permitir a seleção das datas/horários pretendidos.
3.2.12 - Dispor de tela que permita, somente ao administrador/coordenador da unidade, o agendamento administrativo de um usuário SUS em vagas reservadas, identificadas como indisponíveis para agendamento.
3.2.13 - Dispor de tela com listagem da agenda de um determinado Profissional em uma Data identificada, contendo a lista de Usuários SUS que aguardam atendimento
3.2.14 - Dispor de tela para possibilitar Pesquisa de Horários marcados para determinado Usuário SUS a partir da informação de sua matrícula ou nome.
3.2.15 - Caso recurso de envio de SMS (Short Message System) esteja ativado, exibir opções para o operador registrar que confirmou como usuário SUS se ele aceita que envie mensagem de reforço e, caso afirmativo, atualize o número do telefone celular do próprio ou do responsável pelo paciente.

3.2.16 - Permitir, se recurso habilitado, o envio de uma mensagem SMS (Short Message System) para o celular de Usuários SUS com consulta agendada, com antecedência programada a partir de parâmetro cadastrado.
3.3 - Informatização do atendimento de Usuários SUS - funcionalidades exigidas em todas as unidades Processos de atendimento ao Usuário SUS, comum a qualquer tipo de unidade de saúde. Deve possuir recursos para:
3.3.1 - Permitir a inclusão e manutenção de cadastro do usuário SUS conforme definido no item Administração de Cadastros em Geral - Cadastro do usuário SUS.
3.3.2 - Dispor de tela única para registrar a recepção de Usuários SUS agendados ou não agendados na unidade registrando a data e hora da recepção.
3.3.3 - Permitir, na tela de recepção, o registro da recepção de Usuários SUS com identificação do Profissional que irá atendê-lo, se aplicado.
3.3.4 - Permitir, na tela de recepção, recepcionar o usuário SUS para ser atendido no serviço de enfermagem ou serviço de imunização, sem necessidade de identificar o profissional que irá atendê-lo.
3.3.5 - Permitir, na tela de recepção, o registro da recepção de Usuários SUS agendados.
3.3.6 - Permitir, na tela de recepção, o registro da recepção de Usuários SUS não agendado.
3.3.7 - Permitir, a partir da tela de recepção, registrar e/ou atualizar o Número do Prontuário do usuário SUS na unidade.
3.3.8 - Exibir na mesma tela de recepção, nome social, nome completo, data de nascimento, telefone, endereço, nome social e a foto do usuário SUS que estiver sendo recepcionado (se recurso de captura e armazenamento de fotografia estiver habilitado).
3.3.9 - Dispor, na tela de recepção, no momento do registro da recepção de um usuário SUS, de aviso ao operador sobre:

a) Vacinas em atraso b) Agendas em aberto O aviso deve ser referente ao usuário SUS recepcionado e para outros membros de sua família (se usuários SUS em área de cobertura das equipes de UBS E ESF).
3.3.10 - Dispor de tela para controlar aviso e confirmação referente a situação de agendamento de Usuários SUS em consultas médicas especializadas e procedimentos especializados. Deverá apresentar a visão integral das pendências de avisos ao Usuário SUS e/ou fácil acesso aos avisos para Procedimentos Especializados quando estiver no quadro de aviso de Consultas Especializadas, sendo o contrário também exigido, ou seja, quando estiver na tela de aviso de Consultas Especializadas, ter fácil acesso (link) para a tela de aviso de Procedimentos Especializados.
3.3.11 - Dispor, na tela para controlar aviso e confirmação de consultas médicas especializadas e procedimentos especializados, de recurso para o registro de status do processo do aviso (Avisado, não avisado há tempo, paciente não quer mais, não localizado) com campo de observação/justificativa.
3.3.12 - Permitir que a unidade realize o registro de Notificação de Agravos Notificáveis com identificação do agravo a partir do cadastro de CID10.
3.3.13 - Registros de notificação de agravos notificáveis devem estar imediatamente disponíveis para a vigilância epidemiológica.
3.3.14 - Registrar a justificativa de não atendimento para Usuários SUS recepcionados não atendidos, selecionando a partir de uma lista, o motivo do não atendimento.
3.3.15 - Dispor de Tela para consulta de dados de atendimento de determinado usuário SUS indicando: a) Cabeçalho com os dados cadastrais como nome, endereço e foto (se disponível) b) Listar todos os atendimentos recebidos na rede c) Identificar eventuais faltas nos sistemas de Agendamento

d) Identificar situação de lista de espera para exames e consultas especializadas e) Registros de entrega de medicamentos f) Situação de processos TFD g) Notificações de contrarreferência h) Viagens que tenha realizado com apoio do sistema de transporte do município i) Permitir a inserção de informações avulsas. j) Exibir informações avulsas inseridas k) Não pode apresentar dados clínicos do prontuário do usuário SUS. A tela deverá apresentar somente os dados do usuário SUS identificado l) Não pode apresentar atendimentos realizados por profissional cujo atendimento tenha restrições de privacidade (conforme funcionalidade exigida para o cadastro da unidade)
3.3.16 - Dispor de Tela para pesquisa de cadastro de Usuários SUS a partir do nome, retornando lista com, no mínimo, nome, matricula municipal, número do CNS, nome da mãe e data de nascimento. Deve disponibilizar botão ou link para acesso a tela de manutenção de cadastro.
3.3.17 - Dispor de Tela para Pesquisa de Procedimentos a partir das seguintes possibilidades de pesquisa: da descrição do procedimento; do código SIGTAP; do mnemônico
3.3.18 - Dispor de Tela com a lista de Procedimentos que podem ser executados por Atividade, Profissional e Unidade onde está alocado, permitindo obter resposta a questão: quais procedimentos um determinado profissional pode executar em uma determinada unidade de saúde.
3.3.19 - Dispor de Tela para Pesquisa de CID10 a partir de parte da descrição ou do código do CID10 (informando 3 dígitos para a obtenção da lista completa de um grupo ou 4 dígitos para obtenção dos dados de um CID específico). Deve apresentar botão ou link para exibir tela adicional com os dados relacionados ao cadastro de agravos notificáveis mantido pela Vigilância Epidemiológica (Se notificável, se investigável, idade e sexo a que se aplica).

3.3.20 - A aplicação deve possuir mecanismo para digitação de produção, de forma que se possa registrar o atendimento de um profissional e nesse processo possa localizar todos os procedimentos compatíveis, segundo regras do SIGTAP, podendo registrar a execução de quaisquer procedimentos permitido.
3.3.21 - Dispor de Relatório de atendimentos realizados por Profissional, na unidade, no período informado, apresentando no mínimo o nome do profissional e o total de atendimentos que realizou.
3.3.22 - Dispor de Relatório de atendimentos realizados por Profissional, na unidade, no período informado, apresentando no mínimo o nome do profissional e o total de atendimentos que realizou.
3.3.23 - Dispor de Relatório de Procedimentos realizados por Profissional específico ou todos os profissionais da unidade, apresentando lista dos procedimentos executados e respectivos quantitativos, subtotalizando por profissional.
3.3.24 - Dispor de Relatório de Usuários SUS com doses de Vacinas em atraso para busca ativa.
3.3.25 - Dispor de Relatório de morbidade por Profissional específico ou todos, subtotalizando por grupos de diagnóstico.
3.3.26 - Dispor de tela para gerenciamento de pedidos de atendimento via aplicativo, devendo: a) Listar os pedidos ainda não processados. b) Agendar um atendimento para um pedido selecionado. c) Responder ao usuário do aplicativo qualquer orientação necessária, caso não for agendado o atendimento solicitado.
3.4 - Informatização do atendimento de Usuários SUS em unidades de pronto atendimento Estruturação de atendimento de Usuários SUS em unidades de pronto-atendimento

objetivando humanizar o processo de atendimento. Deve possuir, além dos recursos definidos para Atendimento de Usuários SUS em Unidades de Saúde - Geral, recursos para:

3.4.1 - Informatização da Recepção em unidades de pronto atendimento
3.4.1.1 - Dispor de tela de recepção para registrar a entrada de pessoas que procuram o serviço da unidade.

3.4.1.2 - Permitir, na tela de recepção, o registro de entrada de pessoa com Identificação do usuário SUS cadastrado.

3.4.1.3 - Permitir, na tela de recepção, o registro de entrada de pessoa não identificada (desacordado).

3.4.1.4 - Permitir, na tela de recepção, a identificação de condição do paciente, selecionável a partir de opções cadastradas (gestante, apenado, PCD, alcoolizado, etc.).
3.4.1.5 - Permitir, na tela de recepção, a identificar a hora da recepção, atual ou de atendimento retroativo.

3.4.1.6 - Permitir, a qualquer momento, identificar pessoa recepcionada como não identificada como usuário SUS cadastrado.

3.4.1.7 - Permitir a emissão de Declaração de Comparecimento para usuários SUS recepcionados.
3.4.1.8 – Dispor de tela para utilização de profissional que atue orientado o fluxo de pacientes na recepção da unidade, que apresentem a relação de todos os pacientes em atendimento na unidade.

3.4.1.9 – A tela para o item 3.4.1.8 deve apresentar a lista de pacientes em atendimento agrupados, no mínimo por:

a) Pacientes aguardando triagem

b) Pacientes aguardando atendimento inicial

c) Pacientes em atendimento

3.4.1.10 – A tela para o item 3.4.1.8 deve apresentar no mínimo os seguintes campos para acompanhamento:

a) Nome do paciente

b) Idade do paciente

c) Data e hora da entrada no atendimento

d) Localização do paciente na unidade

e) Especialidade que aguarda ou esteja sendo atendido

f) Exibir o grau de risco do paciente conforme classificação de risco na triagem

3.4.1.11 - A tela para o item 3.4.1.8 deve apresentar no mínimo os seguintes recursos em forma de link ou botão de acesso:

a) Permitir registrar a evasão do usuário SUS.

b) Consultar o prontuário do atendimento do paciente.

c) Consultar a ficha de atendimento do paciente.

3.4.2 - Informatização da Classificação de Risco em Unidades de Pronto Atendimento
3.4.2.1 - Dispor de tela para cadastro de queixas de paciente identificando cor do risco.
3.4.2.2 - Dispor de tela para vinculação de queixas às unidades de atendimento.

3.4.2.3 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes recepcionados, aguardando a classificação de risco indicando para cada paciente a data/hora de recepção e condição do paciente identificada na recepção.

3.4.2.4 - Dispor de tela para Classificação de Risco no Padrão Humaniza SUS.

3.4.2.5 - Dispor, na tela de Classificação de Risco, registro de Sinais Vitais (Temperatura, Pressão Arterial, Saturação de Oxigênio, Glicemia, Dor, Glasgow, Frequência Respiratória e Frequência Cardíaca).

3.4.2.6 - Dispor, na tela de Classificação de Risco, selecionar o local de atendimento com no mínimo os seguintes locais: Ambulatório, Observação, Emergência.

3.4.2.7 - Dispor, na tela de Classificação de Risco, a possibilidade de selecionar a especialidade necessária ao atendimento (clínico, cirúrgico, pediátrico, odontológico, etc.).

3.4.2.8 - Dispor, na tela de Classificação de Risco, de área para registro da queixa do paciente.

3.4.2.9 - Permitir, na tela de Classificação de Risco, o registro de Procedimentos executados.

3.4.2.10 - Permitir, na tela de Classificação de Risco, o encaminhamento externo a outra unidade da rede com identificação cadastral da unidade da rede, emitindo protocolo de encaminhamento.

3.4.2.11 - Permitir a reclassificação de Risco para pacientes ainda não atendidos.

3.4.2.12 - Emitir documento de atendimento (FAA, BAU, etc.).

3.4.2.13 - Permitir a reemissão do documento de Atendimento.

3.4.2.14 - Permitir o Registro de evasão de paciente.

3.4.2.15 - Permitir, na tela de registro de atendimento de enfermagem, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo.

3.4.2.16 - Permitir a emissão de declaração de comparecimento para usuários SUS em atendimento.

3.4.2.17 - Permitir encaminhamento para atendimento de enfermagem eletivo para curativos, administração de medicamentos, etc.

3.4.2.18 - Permitir a notificação de sintoma sentinela de “Síndrome Gripal” e “Síndrome Diarreica”.

3.4.2.19 – Dispor de ferramenta para gerar arquivo em formato CSV referente a pacientes em atendimento na unidade com, no mínimo, os seguintes campos:

a) Data da recepção

b) Código da unidade

c) Nome da unidade

d) Matrícula do usuário SUS

e) Nome do Usuário SUS

f) Data de nascimento do usuário SUS g) Bairro do usuário SUS h) Data e hora da classificação i) Cor da classificação de risco j) Encaminhamento
3.4.3 - Gerenciamento do Atendimento de Enfermagem em unidades de pronto atendimento 3.4.3.1 - Dispor de tela para credenciamento, por unidade, dos procedimentos disponíveis para registro. 3.4.3.2 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes com demanda para atendimento de enfermagem. 3.4.3.3 - Dispor de tela de registro de atendimento de enfermagem. 3.4.3.4 - Permitir o registro de Sinais Vitais (Temperatura, Pressão Arterial, Saturação de Oxigênio, Glicemia, Dor, Glasgow, Frequência Respiratória e Frequência Cardíaca). 3.4.3.5 - Dispor, na tela de registro de atendimento de enfermagem, campo para registro de evolução. 3.4.3.6 - Permitir, na tela de registro de atendimento de enfermagem, registro de procedimentos executados. 3.4.3.7 - Permitir a solicitação de reclassificação de risco para atendimento clínico, informando a justificativa para tal pedido. 3.4.3.8 - Permitir, na tela de registro de atendimento de enfermagem, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo.
3.4.4 - Informatização do Atendimento Médico / Odontológico em unidades de pronto atendimento 3.4.4.1 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes aguardando atendimento clínico inicial, conforme atendimento necessário por especialidade (clínico, cirúrgico, pediátrico, odontológico, etc.), identificado na classificação de risco.

3.4.4.2 - Exibir automaticamente a lista de pacientes que estão no setor de emergência da unidade.

3.4.4.3 - Dispor, na tela inicial com lista de pacientes, de recurso para passagem de plantão, permitindo a transferência do paciente para outro profissional.

3.4.4.4 - Dispor, na tela inicial com lista de pacientes, de recurso para passagem de plantão, permitindo pegar o paciente de outro profissional.

3.4.4.5 - Dispor, na tela inicial com lista de pacientes, a possibilidade de selecionar o local de atendimento do Paciente (ambulatório, emergência ou observação).

3.4.4.6 - Dispor de tela de atendimento clínico que permita ao profissional especialista o registro de atendimentos a pacientes.

3.4.4.7 - Permitir na tela de atendimento clínico, o acesso a quadros-resumo de histórico de Sinais Vitais, Medicamentos, Exames, Encaminhamentos, Atendimento de Apoio, etc.

3.4.4.8 - Permitir, na tela de atendimento clínico, que o clínico suspenda a administração de determinado medicamento.

3.4.4.9 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a solicitação de transferência de local de atendimento.

3.4.4.10 - Permitir, na tela de atendimento clínico, o registro de Sinais Vitais.

3.4.4.11 - Permitir, na tela de atendimento clínico, o registro da Evolução.

3.4.4.12 - Permitir, na tela de atendimento clínico, o registro de CID10 do atendimento por procedimento informado, exigindo ainda a notificação para a Vigilância Epidemiológica caso o CID informado for de notificação compulsória.

3.4.4.13 - Permitir a notificação de sintoma sentinela como “Síndrome Gripal” e “Síndrome Diarreica”. Deve exigir o registro do tratamento indicado quando o sintoma assim o exigir.

3.4.4.14 - Exigir o registro do tratamento indicado para sintoma sentinela notificado pela classificação de risco caso o sintoma exija essa informação.

3.4.4.15 - Permitir, na tela de atendimento clínico, o registro de procedimentos executados no atendimento.

3.4.4.16 - Permitir, na tela de atendimento clínico em atendimento de odontologia, a identificação do local do procedimento (boca, dente, face).

3.4.4.17 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a solicitação de Internação Hospitalar com possibilidade de registrar eventual código de requisição em sistema de regulação e orientações do pedido. Deve permitir o cancelamento de pedido realizado anteriormente com registro da justificativa.

3.4.4.18 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a solicitação de avaliação de apoio de outras especialidades.

3.4.4.19 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a transferência de cuidado para outra especialidade.

3.4.4.20 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a solicitação serviços de apoio da Enfermagem.

3.4.4.21 - Permitir, na tela de atendimento clínico:

a) Prescrição de medicamentos com base no cadastro de medicamentos disponíveis para o pronto socorro.

b) Dispor de recurso para agrupar medicamento conforme protocolo de medicamento por patologia cadastrados pela coordenação do serviço de urgência ou Assistência Farmacêutica.

c) Dispor de possibilidade de indicar o aprazamento relativo da administração do medicamento (intervalo da medicação começa a contar a partir da administração da primeira dose).

d) Dispor de possibilidade de indicar aprazamento formal de administração do medicamento, tendo por base intervalos padrões (2, 4, 6, 8, 12 e 24 horas).

e) Dispor de possibilidade de indicar também administração de medicamentos do tipo Se Necessário, contínuo por bomba infusora e a critério médico e administração imediata. f) Dispor de identificação da via de administração.

g) Dispor de campo para registro de orientações para administração do medicamento. h) Gerenciar o período de vigência da prescrição, tendo por horário base 19:00.

3.4.4.22 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a requisição de Exames laboratoriais. 3.4.4.23 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a requisição de RX.

3.4.4.24 - Permitir, na tela de atendimento clínico, a requisição de Eletrocardiograma.

3.4.4.25 - Permitir, na tela de atendimento clínico, o registro do desfecho do atendimento. 3.4.4.26 - Permitir, na tela de atendimento clínico, o encaminhamento externo a outra unidade da rede com identificação cadastral da unidade da rede, emitindo protocolo de encaminhamento.

3.4.4.27 - Dispor, na tela de atendimento clínico, para pacientes que recebem alta, de recurso para a prescrição em formato livre de orientações ao paciente.

3.4.4.28 - Dispor, na tela de atendimento clínico, para pacientes que recebem alta, de recurso para a prescrição de Medicamentos da Farmácia Básica, devendo ainda dispor dos seguintes recursos:

a) Permitir criar e editar modelos de prescrição incluindo posologia

b) Permitir selecionar modelos de prescrição previamente criados

3.4.4.29 - Dispor, na tela de atendimento clínico, para pacientes que recebem alta, de recurso para a emissão de Atestados e Declarações para pacientes e acompanhantes. 3.4.4.30 - Permitir, na tela de atendimento clínico, o registro de recomendação para movimentação de paciente (cadeira de rodas, maca, deambulante).

3.4.4.31 - Permitir, na tela de atendimento clínico, de recurso para sinalizar atenção especial ao paciente em processo de atendimento que necessite de atenção, utilizando esquema de cores ou outro marcador.

3.4.4.32 - Permitir, na tela de atendimento clínico, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo. 3.4.4.33 - Permitir, na tela de atendimento clínico, selecionar o local de atendimento do paciente, permitindo ao clínico transferir o paciente de local (ambulatório, observação, emergência). 3.4.4.34 - Permitir o registro de óbito do paciente identificando se veio a óbito na unidade ou deu entrada na unidade já em óbito. 3.4.4.35 - Permitir o registro de evasão do paciente.
3.4.5 - Informatização do processo de coleta de material e retorno de laudos de exames laboratoriais em unidades de pronto atendimento. 3.4.5.1 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes aguardando coleta de material para exame. 3.4.5.2 - Dispor de tela para controle da coleta de material para exames laboratoriais, conforme exames requisitados no atendimento clínico. 3.4.5.3 - Permitir, na tela para controle da coleta, o registro de procedimentos de coleta por tipo de material coletado (fezes, urina, sangue, etc.). 3.4.5.4 - Permitir, na tela para controle da coleta, quando da impossibilidade de coleta de material, o encaminhamento para reavaliação clínica ao clínico responsável. 3.4.5.5 - Dispor de tela para registro de retorno de laudo de exames. 3.4.5.6 - Permitir, na tela de controle de coleta, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo. 3.4.5.7 - Dispor de recurso para que exames solicitados pelo atendimento médico se integrem ao processo autorizativo do sistema de regulação e, havendo integração com o prestador de serviços de exames, disponibilizar o laudo dos exames realizados diretamente no prontuário do paciente.

3.4.6 - Informatização da realização de exames de RX e Eletrocardiograma em unidades de pronto atendimento 3.4.6.1 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes aguardando exames. 3.4.6.2 - Dispor de tela para registro de realização de radiografias e eletrocardiogramas conforme requisitados no atendimento clínico. 3.4.6.3 - Permitir, na tela de registro de realização de exames, quando da impossibilidade de realização do exame, o encaminhamento para reavaliação clínica ao clínico responsável. 3.4.6.4 - Permitir, na tela de registro de realização de exames, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo.
3.4.7 - Informatização do aviamento de prescrição de medicamentos de urgência em unidades de pronto atendimento 3.4.7.1 - Dispor de tela para credenciamento, por unidade, dos medicamentos que podem ser prescritos pelo corpo clínico ao paciente em atendimento exclusivamente no serviço de urgência/emergência. 3.4.7.2 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes aguardando medicação. 3.4.7.3 - Dispor de tela para a farmácia da unidade para registro do preparo do medicamento para posterior administração ao paciente, dispondo de todas as informações identificadas pelo médico prescritor. 3.4.7.4 - Permitir, na tela para a farmácia da unidade, o registro da disponibilidade do medicamento conforme prescrição no atendimento clínico. 3.4.7.5 - Permitir, na tela para a farmácia da unidade, a possibilidade de registro de indicação de uso de frasco aberto (fracionamento). Dispõem micro relatório para acompanhamento. 3.4.7.6 - Permitir, na tela para a farmácia da unidade, o registro de baixa do medicamento disponibilizado, atualizando o saldo de estoque da farmácia. 3.4.7.7 - Permitir, na tela para a farmácia da unidade, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo.

3.4.8 - Informatização da administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento

3.4.8.1 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes aguardando medicação.

3.4.8.2 - Dispor, na tela inicial com lista de pacientes, a informação do preparo do medicamento pela farmácia (aguardando, medicamento disponibilizado, medicamento não disponibilizado).

3.4.8.3 - Dispor de tela para gerenciamento da administração de medicamentos a pacientes conforme orientação no atendimento clínico, incluindo:

a) Posologia conforme prescrita pelo clinico

b) Via de administração do medicamento

c) Orientações

3.4.8.4 - Permitir, na tela para gerenciamento da administração de medicamentos, o registro da administração de medicamento, devendo:

a) Gravar o procedimento de administração para os medicamentos administrados.

b) Ao gravar o registro deve gerar o aprazamento para a próxima dose caso o clínico tenha solicitado mais de uma administração, com prazo contado a partir da administração registrada, caso o aprazamento indicado seja relativo.

c) Ao gravar o registro deve gerar o aprazamento para a próxima dose caso o clínico tenha solicitado mais de uma administração, com prazo contado a partir do horário base de referência, caso o aprazamento indicado seja formal.

d) Permitir o registro de todos os tipos de administrações, conforme identificado pelo clínico na prescrição.

3.4.8.5 - Permitir, na tela para gerenciamento da administração de medicamentos, o encaminhamento do paciente para reavaliação clínica ao clínico responsável.

3.4.8.6 - Permitir, na tela para gerenciamento da administração de medicamentos, a solicitação de reavaliação clínica mesmo que o clínico tenha orientado para medicar com alta a seguir. 3.4.8.7 - Permitir, na tela para gerenciamento da administração de medicamentos, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo.
3.4.9 - Informatização da internação na observação e emergência 3.4.9.1 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes aguardando internação na observação ou emergência. 3.4.9.2 - Dispor de tela para o registro da internação do paciente na observação ou emergência a partir de uma solicitação no atendimento clínico. 3.4.9.3 - Permitir, na tela para o registro da internação do paciente na observação ou emergência, a identificação da ala/setor e leito do paciente. 3.4.9.4 - Permitir, na tela para o registro da internação do paciente na observação ou emergência, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo.
3.4.10 - Informatização da solicitação de internação hospitalar em unidades de pronto atendimento 3.4.10.1 - Dispor de tela inicial com lista de pacientes aguardando internação hospitalar. 3.4.10.2 - Dispor de tela para registro da saída de um paciente para internação hospitalar, a partir de uma solicitação no atendimento clínico, devendo permitir o registro do nome do hospital para o qual foi transferido o paciente. 3.4.10.3 - Permitir, na tela para registro da saída de um paciente para internação hospitalar, identificar a hora inicial e final de atendimento atual ou de atendimento retroativo.
3.4.11 - Informatização do Atendimento de Emergência em unidades de pronto atendimento 3.4.11.1 - Dispor de tela com lista de pacientes em atendimento na emergência. 3.4.11.2 - Dispor de tela para registro de entrada do paciente com cadastro ou pessoa não identificada (desacordado).

3.4.11.3 - Dispor de tela para classificação do risco do paciente conforme padrões. 3.4.11.4 - Dispor de tela para o registro do atendimento de realizado pelo clínico conforme funcionalidades identificadas em 'Atendimento Clínico'. 3.4.11.5 - Dispor de tela para o registro do atendimento de realizado pela enfermagem conforme funcionalidades identificadas em 'Atendimento de Enfermagem'.
3.4.12 - Informatização da Finalização do Atendimento em unidades de pronto atendimento 3.4.12.1 - Dispor de tela para gerenciamento da finalização do atendimento permitindo que seja possível reverter eventuais registros de finalização que venham a ser verificados como incorretos. Permitir registrar dados de evolução pós-alta.
3.5 - Informatização do atendimento de Usuários SUS em unidades CAPS Estruturação de atendimento de Usuários SUS em unidades CAPS - Centro de Apoio Psicossocial, considerando que o fluxo de atendimento multidisciplinar compreende o atendimento de um Usuário SUS por vários profissionais a partir de uma dada recepção. Deve possuir recursos para:
3.5.1 - Dispor de tela de recepção com funcionamento conforme descrito no item 3.3 - "Informatização do atendimento de Usuários SUS em unidades de saúde - funcionalidades gerais exigidas para todas as unidades ambulatoriais".
3.5.2 - Permitir, na tela de recepção, caso a unidade não tenha seus consultórios informatizados, emitir formulário de registro de atendimento multidisciplinar que permita identificar profissionais e procedimentos realizados durante o atendimento de um determinado usuário SUS. O formulário de registro de possuir colunas que identifiquem data, profissional e procedimento executado.
3.5.3 - Dispor de tela para incluir e editar plano terapêutico contendo, no mínimo os seguintes dados exigidos pelo RAAS: a) Profissional responsável

b) Unidade c) Data de Admissão d) CID principal e) Cid Secundário f) Origem do usuário SUS g) Identificação se usuário de álcool ou drogas, se está na cobertura UBS E ESF h) Descrição do Plano i) Frequência j) Tipo de tratamento (não intensivo, semi-intensivo e intensivo)
3.5.4 - Dispor de tela para cadastrar previamente os Procedimentos SUS que serão possíveis de serem executados na unidade.
3.5.5 - Registrar os atendimentos realizados por usuários SUS, caso a unidade não tenha seus consultórios informatizados, com características de atendimento multidisciplinar, devendo ser possível registrar cada um dos procedimentos realizados por profissionais de saúde que atenderam o usuário SUS durante sua estada na unidade, identificando sempre a data, hora, procedimento e o profissional que o executou.
3.5.6 - Dispor de controle automático para que não seja permitido registrar procedimento RAAS para usuários que não tenham Plano Terapêutico cadastrado.
3.5.7 - Dispor de ferramenta de validação dos registros realizados para exportação ao RAAS
3.5.8 - Gerar faturamento BPA para atendimentos fora do âmbito do RAAS, compreendendo a geração de um arquivo texto que possa ser importado e validado pelo programa SIA do MS.
3.5.9 - Gerar faturamento RAAS para atendimentos no âmbito da RAAS, compreendendo a geração de um arquivo texto que possa ser importado e validado pelo programa RAAS do MS.

3.6 - Informatização do gerenciamento de demandas de atendimento específicas da Unidade Recursos para registro de demandas específicas do Usuário SUS em relação a atividades da Unidade. Deve possuir recursos para:
3.6.1 - Permitir que a unidade cadastre tipos de demanda, conforme suas necessidades, identificando as especialidades que atendem aquela demanda.
3.6.2 - Permitir incluir Usuários SUS na lista de espera de determinado tipo de demanda.
3.6.3 - Permitir o agendamento de Usuários SUS cadastrados na lista de determinada demanda, exibindo agendas dos profissionais disponíveis na unidade, conforme as especialidades vinculadas ao tipo demanda daquele usuário.
3.6.4 - Permitir registrar eventos para o registro de demanda de determinado usuário SUS.
3.6.5 - Permitir definir prioridade de atendimento para determinada demanda de um usuário SUS com níveis (alta, média ou baixa), gerando log no registro de eventos.
3.6.6 - Permitir consultar o log de eventos de determinado Usuário SUS.
3.7 - Informatização do atendimento de pacientes no SAD Funcionalidades necessárias para a informatização do atendimento do paciente no SAD, incluindo registro da ficha de elegibilidade e registro dos atendimentos, gerando as fichas necessárias para serem exportadas para o e-SUS.
3.7.1 - Dispor de tela para gerenciamento de pacientes no SAD.
3.7.2 - Dispor, na tela de gerenciamento de pacientes do SAD, a relação de pacientes encaminhados pelas unidades ao SAD.
3.7.3 - Dispor, na tela de gerenciamento de pacientes do SAD, a relação de pacientes que estão ativos no SAD.
3.7.4 - Permitir consultar, na tela de gerenciamento, os atendimentos que um paciente ativo no SAD tenha recebido, identificando no mínimo o tipo de atendimento, nome do profissional e data.

3.7.5 - Destacar, na tela de gerenciamento, entre os pacientes ativos no SAD, aqueles que tenham registro cadastral de óbito.
3.7.6 - Dispor de formulário para registro dos dados de elegibilidade de pacientes para o serviço, acessível a partir da tela de gerenciamento.
3.7.7 - Permitir, a partir da tela de gerenciamento, a abertura do formulário de registro de elegibilidade tanto para pacientes encaminhados pelas unidades, quanto para paciente identificado pelo profissional.
3.7.8 - Permitir, a partir da tela de gerenciamento, editar o formulário de elegibilidade enquanto o paciente não tiver atendimentos registrados.
3.7.9 - Permitir, a partir da tela de gerenciamento, consultar o formulário de elegibilidade de pacientes no SAD.
3.7.10 - Gerar as fichas do SAD para exportação para o e-SUS.
3.8 - Registro de Atividades Coletivas Deve possuir recursos para:
3.8.1 - Dispor de tela para abrir o registro de atividade coletiva, devendo identificar: a) Data b) Hora de início e fim da atividade c) Programa de saúde: Educação e/ou Saúde d) Número do Inep (se escola) e) Número do CNES (se unidade de saúde) f) campo para informar localidade (aplicado quando não for escola nem unidade de saúde). g) Total de participantes esperados h) Total de participantes efetivos i) Tipo de Atividade (cfe. MS).

j) Profissional responsável pela atividade (do cadastro de profissionais)
3.8.2 - A tela para abrir o registro de atividade deve apresentar campo para informações gerais sobre a execução da atividade
3.8.3 - Dispor de tela para registro das atividades realizadas, devendo apresentar ao operador todos os campos para preenchimento dos dados exigidos, conforme ficha de atividade coletiva do e-SUS, conforme o Tipo de Atividade selecionado (item 3.8.1 i)
3.8.4 - Dispor de recurso para, no caso de Atividades que exijam a identificação de usuários SUS participantes, importar participantes de uma atividade anteriormente registrada.
3.8.5 - Dispor de recursos para permitir a edição ou exclusão de registros de atividade.
3.8.6 - Dispor de recurso que garanta que nenhum registro que já tenha sido consolidado para envio de dados para o e-SUS AB possam ser editados ou excluídos.
4 - INFORMATIZAÇÃO DO ESF - ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA Ferramentas necessários para o gerenciamento da Estratégia da Saúde da Família
4.1 - Características Gerais Características gerais necessárias. Deve possuir recursos para:
4.1.1 - Dispor de Tela para a digitação do cadastro domiciliar e dos cadastros individuais. Indicar qual é o membro responsável, e se o membro ou a família recusa a visita. O cadastro deverá atender o E-SUS. Alertar para campos obrigatórios. Para facilitar o cadastro, o mesmo deverá ser apresentado por família e em cada família seus membros. Essa rotina deverá ser restrita aos profissionais responsáveis. (Ex: O Agente Comunitário da Microárea).
4.1.2 - Dispor de tela para digitar as visitas efetuadas pelos Agentes Comunitários. Apresentar as visitas realizadas na data, com opção para cancelar a mesma com a devida justificativa. A visita deverá atender os critérios do e-SUS. Validar o preenchimento dos campos conforme exigência do e-SUS.

4.1.3 - Gerar as fichas iguais as utilizadas no e-SUS com os dados preenchidos, deverá seguir os modelos impressos das fichas e-SUS.
4.1.4 - Dispor de tela para fechamento/controle por lote das fichas para o envio ao E-SUS. Fechamento será por período, unidade e poderá escolher o tipo da ficha. Armazenar o LOG do operador/data que foi realizado o fechamento. Aparecer opção para exportar, devendo atender os critérios de exportação definidos no E-SUS, THRIFT, conforme normas etc. O mesmo deverá ser lido no Sistema E-SUS PEC.
4.1.5 - Dispor de tela para consultar os fechamentos realizados separados por lotes não exportados e lotes exportados. Apresentar por ordem de lote e com o nome da unidade. Filtro para pesquisar lotes exportados por número, unidade e período. Detalhar as informações do lote listando a quantidade de cada tipo de ficha e ao selecionar a quantidade, gerar uma relação destas fichas. Opção para exportar novamente o lote. Apresentar informações de log do fechamento e da exportação.
4.1.6 - Dispor de relatório por período das fichas lançadas no sistema que não foram fechadas (fichas em aberto), por unidade e a quantidade por tipo de ficha.
4.1.7 - Dispor de relatório das fichas geradas (fechadas) por unidade e quantidade por tipo de ficha. Com filtro por unidade e profissional. Deverá constar a quantidade de ficha para cada tipo. Apresentar as informações detalhadas das fichas, e principalmente com o número do UID do E-SUS.
4.1.8 - Dispor de tela para pesquisar as fichas por UID (identificador do E-SUS) ou por usuários, gerando uma relação de fichas fechadas para o filtro escolhido.
4.1.9 - Permitir adicionar no fechamento do E-SUS, todas as fichas de cadastro individual ou de cadastro domiciliar alteradas. Dispor de mecanismo de controle: caso a ficha sofra atualização deverá ser fechada e exportada novamente.
4.1.10 - Permitir gerar as fichas E-SUS para os Agentes comunitários de saúde.

Opção para gerar fichas não preenchidas ou preenchidas com a informação do usuário. Deverá ser gerada por segmento, área, microárea. Deverá auxiliar na coleta de dados para o cadastro individual e para o cadastro domiciliar.
4.1.11 - Dispor de relatório de situação dos cadastros do E-SUS com filtro por segmento, área, microárea. Deverá apresentar a quantidade de domicílios e membros cadastrados por microárea.
4.1.12 - Dispor de relatório por período com a opção de filtro por segmento e área dos cadastros domiciliar e individual efetuados. Apresentar um campo com a quantidade. Apresentar os detalhes quando o campo quantidade for selecionado.
4.1.13 - Permitir gerar relatório Mais Médico para atender a legislação com os dados dos atendimentos da unidade e das visitas dos Agentes Comunitários.
4.1.14 - Dispor de relatório das visitas por profissional, com: a) filtro por período b) Filtro por unidade c) Seleção da ordem da apresentação das visitas (por data, UBS E ESF, Membro, Desfecho). d) Apresentação das visitas agrupadas por profissional com a quantidade de cada profissional e o total geral. e) Possibilidade de, ao identificar o profissional, apresentar as visitas individual com a sua data, membro visitado, o desfecho da visita, e uma coluna indicando se a mesma foi digitada no sistema, ou nos dispositivos móveis. f) Apresentação, quando a visita possui o registro da geolocalização, de opção para chamar um mapa, apresentando no mesmo o local das coordenadas armazenadas. g) Apresentar os detalhes das informações da visita.
4.1.15 - Dispor de relatório das visitas a determinado usuário SUS.
4.1.16 - Dispor de relatório das visitas realizadas com o filtro de período e o motivo.

4.1.17 - Dispor de relatório dos registros efetuados nos tablets.
4.2 - Informatização do ACS Características a serem atendidas no tocante a informatização das atividades do Agente Comunitário de Saúde através de dispositivo móvel (tablet ou notebook). Deve possuir recursos para:
4.2.1 - Dispor aplicativo para tablet para ACS que funcione na tecnologia ANDROID e que possua interface responsiva para que funcione em tablets de 7, 8 ou 10 polegadas.
4.2.2 - O sistema das ACS deverá ser instalado em equipamentos móveis (Tablets) e que funcione sem a necessidade de internet, ou seja, off-line.
4.2.3 - Permitir a atualização dos dados com o banco de dados do sistema quando o Agente Comunitário estiver na sua unidade referência, gerando log de controle de transferências.
4.2.4 - O aplicativo para tablet deve apresentar tela com a relação de logradouros vinculados a microárea identificada para que o ACS possa localizar a partir dessa tela a relação de domicílios
4.2.5 - Deve garantir que o aplicativo móvel somente permita a alteração de pacientes e domicílios que forem da mesma área e micro área da ACS responsável.
4.2.6 - Ao selecionar um logradouro, listar todos os domicílios vinculados a este, com indicação, conforme padrão do Ministério da Saúde, dos quantitativos de acompanhamentos e busca ativa existente nos respectivos domicílios, quando for o caso.
4.2.7 - Permitir, ao selecionar um domicílio, visualizar dados da família incluindo a relação de membros da família.
4.2.8 - Permitir a alteração dos dados de domicílio.
4.2.9 - Permitir a alteração de dados cadastrais de um membro, inclusão de novo membro e exclusão de membro.

4.2.10 - Exibir, para os respectivos membros da família, o agendamento da próxima dose de vacina quando houver programada dose no sistema de gerenciamento de imunobiológicos, possibilitando ao ACS reforçar o aviso.
4.2.11 - Exibir, para os respectivos membros da família, compromissos de agenda futura do(s) sistema(s) de agendamento(s) para procedimentos e consultas de todo o sistema.
4.2.12 - Exibir, para os respectivos membros da família, quando este é beneficiário do Bolsa Família e, portanto, tenha no seu cadastro o número de NIS cadastrado.
4.2.13 - Registrar dados de acompanhamento de situações referidas, permitindo excluir situação referida existente e incluir nova situação referida quando necessário. Permitir o registro da visita no formato do e-SUS.
4.2.14 - Possibilitar o registro da coordenada geográfica (tablet) do local onde/quando o Agente Comunitário estiver fazendo o registro da visita domiciliar.
4.2.15 - Possibilitar funcionamento misto, com ACS informatizados (com tablet) e não informatizados (utilização de computadores na unidade de saúde), de modo integrado.
5 - INFORMATIZAÇÃO DAS SALAS DE ATENDIMENTO Ferramenta de apoio ao atendimento de médicos, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos e enfermagem e vacinação
5.1 - Características Gerais da informatização das salas de atendimento ambulatorial Características aplicadas a todos os tipos de atendimento. Deve possuir recursos para:
5.1.1 - Suportar, em unidades CAPS, onde ocorre o atendimento multi especialidade de forma integrada, modo de operação integrado entre os vários tipos de salas de atendimento, dispondo inclusive de mecanismo de registro e consulta de evolução integrado entre as várias especialidades da unidade para usuários SUS que estiver sendo atendido. Dessa forma, um usuário SUS recepcionado em determinada data pode passar pelo atendimento

de diversos profissionais durante o mesmo atendimento e ter os dados desses atendimentos registrados e visualizados por todos os profissionais envolvidos.
5.1.2 - Dispor de tela para consulta online, que permita as empresas consultarem dinamicamente objetivando autenticar atestados e declarações emitidas por profissionais de saúde em salas de atendimento informatizadas da rede municipal de saúde. A consulta deve ser a partir da matrícula do usuário SUS e da numeração dos documentos emitidos. A tela deve ser publicável no site da secretaria de saúde ou prefeitura.
5.1.3 - Coletar dados pertinentes as Fichas e-SUS: ficha de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico e ficha de procedimentos.
5.1.4 - Exibir junto aos dados do usuário SUS, se recurso de captura e armazenamento de fotografia habilitado, nas telas de atendimento, a foto do usuário SUS.
5.1.5 - Dispor de cadastro para vinculação de profissional supervisor (médicos, enfermeiro, etc.) com profissionais alunos (médicos, enfermeiro, etc.) que o mesmo supervisiona.
5.1.6 - Dispor de mecanismo para permitir ao profissional aluno, quando fizer o seu login no sistema para acessar sala de atendimento informatizada, havendo um profissional supervisor vinculado em cadastro específico que o supervisiona (conforme item 5.1.5), opere em modo ‘supervisão’, operando com todas as regras designadas à sua especialidade.
5.1.7 - Em todos os atendimentos de profissional aluno (conforme item 5.1.6) todos os documentos emitidos deverão constar a identificação de atendimento supervisionado, incluindo o nome do supervisor e número de registro em sua entidade de classe.
5.1.8 - O prontuário do paciente deve identificar o nome do profissional supervisor que tenha atendido conjuntamente com aquele profissional aluno, quando for o caso, em atendimentos conforme item 5.1.6.
5.1.9 - Para efeitos de gerenciamento de Lista de Espera e processos autorizativos, a requisição de procedimentos deverá ficar em nome do profissional supervisor quando atendimento conforme item 5.1.6.

5.1.10 - Para efeitos de gerenciamento de Lista de Espera e processos autorizativos, o encaminhamento a especialidade médica deverá ficar em nome do profissional supervisor, quando em atendimento conforme item 5.1.6.
5.1.11 - Todos os documentos emitidos durante o atendimento do profissional aluno, a exceção daqueles citados nos itens 5.1.9 e 5.1.10, devem ficar em nome do profissional aluno, quando em atendimento conforme item 5.1.6.
5.1.12 - Dispor de botão ou link para exibir tela auxiliar para que o profissional que esteja atendendo, possa consultar o histórico de consultas e procedimentos que já tenham sido solicitados ao paciente em seu município de origem. Deve permitir consulta aos seguintes dados: a) A Especialidade e/ou descrição do procedimento. b) Data da requisição/solicitação. c) Situação (autorizado, agendado, aguardando autorização, executado). d) Data para quando foi agendado. e) Data do último movimento
5.1.13 - A tela auxiliar que trata o item 5.1.12 deve exibir informações de solicitações realizadas no município de origem do paciente.
5.2 - Informatização das salas de atendimento de enfermagem em atendimento ambulatorial Ferramenta de apoio ao atendimento de enfermagem compreendendo atendimento de pré-consulta (triagem) e atendimento de enfermagem. Deve possuir recursos para:
5.2.1 - Dispor de mecanismo que permita compartilhar o login de um profissional a partir da identificação de outros profissionais da unidade. Deve exigir senha do profissional identificado no processo de troca de operador.
5.2.2 - Dispor de sala de espera virtual para selecionar Usuários SUS para atendimento de pré consulta. Neste sentido deve prover recurso para:

a) Listar na tela os pacientes já recepcionados para atendimento médico b) Botão ou link para atender pacientes não recepcionados, selecionando-o diretamente da agenda da unidade c) Botão ou link para apresentar tela/campo para localizar e atender pacientes diretamente do cadastro d) Deve dispor de mecanismo que não permita que um mesmo paciente seja atendido ao mesmo tempo por profissionais diferentes.
5.2.3 - Dispor de sala de espera virtual para selecionar Usuários SUS para atendimento de enfermagem. Neste sentido deve prover recurso para: a) Listar na tela os pacientes já recepcionados para atendimento de enfermagem b) Botão ou link para atender pacientes não recepcionados, selecionando-o diretamente da agenda da unidade c) Botão ou link para apresentar tela/campo para localizar e atender pacientes diretamente do cadastro d) Deve dispor de mecanismo que não permita que um mesmo paciente seja atendido ao mesmo tempo por profissionais diferentes.
5.2.4 - Ao selecionar paciente da sala de espera virtual para atendimento de pré consulta, exibir tela para registrar, no mínimo, os seguintes dados para o atendimento de pré consulta: a) Data b) Hora c) peso d) altura e) temperatura f) Pressão Arterial (sistólica e diastólica) g) Glicemia (jejum e pós prandial)

h) Condição de atendimento i) Registro de ocorrências em saúde j) Circunferência abdominal k) Frequência cardíaca l) Tipo de alimentação (criança) m) Perímetro cefálico n) Dispor de campo para resultados de exames e detalhes gerais o) Deve permitir a identificação de procedimentos executados que estejam vinculados ao atendimento específico da pré consulta
5.2.5 - Ao selecionar paciente da sala de espera virtual para atendimento de enfermagem, exibir tela com todos os recursos identificados no item 5.3, resguardados possíveis configurações de perfil conforme item 1.2.17.
5.2.6 - Durante o atendimento deve dispor de tela para consultar e alimentar de forma integrada: a) Ocorrências em saúde (campo específico para registro de informações referente a incidentes de saúde relacionados ao usuário SUS) b) Resultados de Exames c) Dados históricos (registro de dados anteriores ao atendimento atual)
5.3 - Informatização das salas de atendimento de médicos em atendimento ambulatorial Ferramenta de apoio ao atendimento médico. Deve possuir recursos para:
5.3.1 - Dispor de sala de espera virtual para selecionar Usuários SUS para atendimento médico. Neste sentido deve prover recurso para: a) Listar na tela os pacientes já recepcionados, com pré consulta realizada ou não

b) Botão ou link para atender pacientes não recepcionados, selecionando-o diretamente da agenda da unidade. c) Botão ou link para apresentar tela/campo para localizar e atender pacientes diretamente do cadastro. d) Quando o profissional logado for um profissional aluno, operando conforme regras definidas nos itens 5.1.5 a 5.1.12, deve apresentar sala de espera virtual todas os pacientes recepcionados para si e também os pacientes recepcionados para o profissional supervisor. e) Deve dispor de mecanismo que não permita que um mesmo paciente seja atendido ao mesmo tempo por profissionais diferentes.
5.3.2 - Ao iniciar um atendimento deve ser exibido os dados do último atendimento que o usuário SUS recebeu, devendo ser possível consultar atendimentos anteriores ocorridos em consultórios informatizados.
5.3.3 - Durante o atendimento, deve ser exibido os dados da pré consulta, permitindo ao profissional, se não houver dados de pré consulta, registrar os dados da pré consulta que ele próprio venha a fazer.
5.3.4 - Durante o atendimento deve dispor de tela para consultar e alimentar de forma integrada: a) Registrar ocorrências em saúde (campo específico para registro de informações referentes a incidentes de saúde relacionados ao usuário SUS). b) Deve possuir funcionalidade para registro de resultados de qualquer exame realizado pelo paciente tanto laboratorial quanto de imagem. c) Registrar dados históricos do paciente. d) Registrar dados para a Ficha de Consumo Alimentar do e-SUS. Garantir que na ficha de marcadores de consumo alimentar do E-SUS no atendimento, os dados de preenchimento da alimentação e nutrição do paciente estejam de acordo com a idade do mesmo, não visualizando dados de outras idades.

5.3.5 - Durante o atendimento deve ser possível visualizar gráfico de evolução do IMC (Índice de Massa Corpórea) com base nas aferições registradas na triagem.
5.3.6 - Durante o atendimento deve ser possível visualizar gráficos de Curvas da OMS (evolução de peso/altura, idade/peso, idade/altura), conforme padrões do Ministério da Saúde para sexo e idade, com base nas aferições registradas na triagem.
5.3.7 - Durante o atendimento deve ser possível visualizar gráfico da evolução da Pressão Arterial com base nas aferições registradas na triagem.
5.3.8 - Durante o atendimento deve ser possível visualizar gráfico da evolução da glicemia de jejum e pós-prandial, com base nas aferições registradas na triagem.
5.3.9 - Durante o atendimento, deve ser possível consultar e editar dados clínicos do usuário SUS. Dados clínicos referem a problemas de saúde que o usuário SUS apresente (ex.: cardiopatia, diabetes, etc.). A edição desses dados deve prever a preservação do registro do histórico dessas alterações identificando o conteúdo alterado, profissional, data e hora.
5.3.10 - Permitir o registro de dados da evolução do usuário SUS com possibilidade de consulta a registros de evolução de outros atendimentos do próprio profissional de e de outros profissionais que tenham atendido o paciente anteriormente.
5.3.11 - Possibilitar informar o código de Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).
5.3.12 - Garantir informar o CID 10 (Código Internacional de Doenças) no Prontuário Eletrônico do Paciente no momento do atendimento médico. Para isso, com base no CID10, deve possibilitar indicar: a) Um diagnóstico principal b) Um diagnóstico secundário, caso se aplique
5.3.13 - Dispor de controle para caso informado um código de procedimento de Consulta de pré natal (0301010110) que indique que a paciente que estiver sendo atendida é gestante, possibilitar ao médico para que faça a captação da gestante, registrando dados iniciais para acompanhamento de gestantes nos moldes do Sisprenatal.

5.3.14 - A tela para registro de dados para captação de gestante deve apresentar campos para registro, no mínimo, das seguintes informações:

DUM (data da última menstruação)

Se gravidez planejada

Tipo de gravidez

Data da ultrassonografia

Data provável do parto conforme ultrassonografia

Idade gestacional conforme ultrassonografia

Idade gestacional conforme DUM

Data provável do parto conforme DUM

Tipo sanguíneo

Exibir vacinas aplicadas

Exibir lista Exames solicitado

Exibir lista de medicamentos entregues

Data da captação das informações da gestante

Histórico Familiar possibilitar informar se houve:

Infarto agudo do miocárdio

Diabetes gestacional

Acidente Vascular Cerebral

Problemas de hipertensão

Gravidez múltipla

Má-formação do feto

Outros antecedentes familiares

Antecedentes clínicos da gestante possibilitar informar se houve:

Infarto

Cirurgias

Acidente Vascular Cerebral

Internações

Outros antecedentes clínicos

Quantidade de gestações prévias com possibilidade de informar:

Abortos

Partos cesarianos

Partos domiciliares

Paridade

Partos vaginais

Nativivos

Natimortos

Óbitos na primeira semana após o parto

Óbitos após a primeira semana do parto

Pré-eclâmpsia

Diabetes gestacional

Doença hipertensiva específica da gravidez

Má-formação do feto

Infertilidade

Desfecho de gestação há menos de doze meses

Nativivo com menos de 2500 gramas

Nativivo com mais de 4500 gramas

Data de captação Exibir lista de exames Exibir vacinas Exibir medicamentos
5.3.15 - Dispor de controle para, estando o médico atendendo uma paciente gestante, que fora captada anteriormente (itens 5.4.13 e 5.4.14), exibir um alerta visual ou sonoro ao médico para que faça o registro de dados de acompanhamento da gestante captada nos moldes do Sisprenatal.
5.3.16 - Permitir ao médico fazer o registro de dados de acompanhamento de gestantes captadas nos moldes do Sisprenatal, independentemente do controle de alerta.
5.3.17 - A tela para registro de dados para acompanhamento de gestante deve apresentar campos para registro, no mínimo, das seguintes informações: Risco da gravidez Tipo da gravidez Data do acompanhamento Pressão arterial da gestante Peso Estatura Visualização do IMC Visualização da idade gestacional atualizada Vacinação em dia Edema Altura uterina Movimento fetal Batimento cardíaco fetal

Posição fetal com a possibilidade de informar mais de um feto em casos de gestações múltiplas Informações adicionais
5.3.18 - A tela para registro de dados para baixa no controle de gestantes deve apresentar campos para registro, no mínimo, das seguintes informações: Data Informações gerais Aborto Data Informações gerais Parto Data Tipo da gravidez Tipo do parto Cicatriz cirúrgica Períneo Eliminações vesicais Eliminações intestinais Perdas de sangue pós parto Estado emocional da gestante Exame de mamas realizado Problemas com mamas ou hemorragia Presença de acompanhante durante o parto, de livre escolha Possibilidade de informar o desfecho do(s) feto(s) como natimorto ou nativivo Tipo de amamentação

Informações adicionais
5.3.19 - Possibilitar Indicar necessidade de retorno em número de dias, considerando que se for um especialista, havendo demanda reprimida em sua especialidade, colocar o usuário SUS automaticamente em lista de espera.
5.3.20 - Permitir registrar um ou mais procedimentos realizados durante o atendimento com base na tabela SUS Sigtap, respeitando todas as regras do procedimento (como serviço classe e habilitações da unidade, CBO do profissional, idade e sexo do usuário SUS e exigência ou não do CNS.
5.3.21 - Dispor de tela para emitir receitas com base nos medicamentos da farmácia básica de forma integrada com o módulo da Assistência Farmacêutica. O mecanismo de controle do receituário deve permitir que várias receitas sejam emitidas durante o atendimento do paciente.
5.3.22 - A tela para emitir uma ou mais receitas com base nos medicamentos da farmácia básica deve respeitar o protocolo medicamentos/CBO parametrizado pela Assistência Farmacêutica, que restringe a possibilidade de prescrição de determinados medicamentos a profissionais de determinados CBOs.
5.3.23 - A tela para emitir uma ou mais receitas com base nos medicamentos da farmácia básica deve respeitar o protocolo de repetição parametrizado, não permitindo que seja prescrito um medicamento a um paciente que ainda possua uma receita ativa do mesmo medicamento.
5.3.24 - A tela para emitir uma ou mais receitas com base nos medicamentos da farmácia básica deve ainda: a) Permitir criar e editar modelos de prescrição incluindo posologia b) Permitir selecionar modelos de descrição previamente criados
5.3.25 - Dispor de recurso/tela para editar e emitir prescrições diversas, como de medicamentos não disponíveis na farmácia básica, bem como prescrição de terapias, dietas e outros, utilizando prescrições em formato livre (registro e impressão).

5.3.26 - A tela para prescrições diversas (5.3.25) deve permitir ao profissional criar, armazenar e recuperar modelos de prescrição conforme sua necessidade.
5.3.27 - A tela para prescrições diversas deve possuir um modelo padrão para prescrição de receita de medicamentos especiais, emitindo a prescrição no formato compatível (receita especial) em duas vias.
5.3.28 - Dispor de tela integrada para requisitar Procedimentos (exames) sendo que: a) Havendo demanda reprimida para determinado procedimento, deve ser possível colocar a demanda em lista de espera. b) Se o usuário SUS necessitar de urgência no atendimento, deve ser possível que o médico solicite prioridade para aquela demanda, indicando a justificativa clínica. c) Deve seguir as regras para requisição/autorização de procedimentos conforme item 7.2.
5.3.29 - A tela de solicitação de procedimento deve permitir ao profissional pedir procedimentos que não tem demanda reprimida.
5.3.30 - Os pedidos de procedimentos realizados pelo profissional devem ser autorizados, após a consulta, por profissional administrativo na recepção ou setor específico da unidade, emitindo a autorização definitiva a ser entregue pelo paciente.
5.3.31 - Dispor de tela que permita o registro e exames solicitados de modo semelhante ao sistema e-SUS. Devendo, porém, estar integrado aos mecanismos de regulação do sistema, de modo que possa registrar somente os pedidos de procedimentos ainda não regulados. Não deve ser possível, portanto, o registro de procedimentos que já estejam sendo requisitados/autorizados a partir do mecanismo de regulação do próprio sistema (itens 5.3.28 e 5.3.29).
5.3.32 - Dispor de tela para registro de avaliação de exames conforme padrão e-SUS. Deve ser possível marcar avaliação de exames registrados como solicitados (item 5.3.31) e exames requisitados/autorizados nos mecanismos de regulação do sistema.

5.3.33 - Dispor de emissão Laudo TFD. Deve permitir elaborar e emitir laudo para TFD se procedimento identificado como TFD.
5.3.34 - Dispor de mecanismo para possibilitar a renovação do laudo médico para processos TFD em andamento para o usuário SUS.
5.3.35 - Dispor na tela ou em tela auxiliar, recurso para solicitar o encaminhamento do usuário SUS a uma ou mais especialidades médicas.
5.3.36 - A tela para solicitar o encaminhamento do usuário SUS a uma ou mais especialidades médicas deve permitir, havendo demanda reprimida para determinada especialidade, colocar o usuário SUS automaticamente em lista de espera.
5.3.37 - A tela para solicitar o encaminhamento do usuário SUS a uma ou mais especialidades médicas deve permitir, no caso de encaminhamentos em lista de espera, permitir ao médico solicitar prioridade, indicando a justificativa clínica para o pedido.
5.3.38 - A tela para solicitar o encaminhamento do usuário SUS a uma ou mais especialidades médicas deve permitir, não havendo demanda reprimida, dispor de link/botão para acessar a agenda dos Profissionais da especialidade para este agendar o usuário SUS durante o atendimento.
5.3.39 - Dispor de recurso para editar e emitir atestados e declarações para o usuário SUS e/ou para seu acompanhante.
5.3.40 - Dispor de recurso para que atestados emitidos para o acompanhante seja emitido com CID Z763 preenchido automaticamente.
5.3.41 - Dispor de recurso para editar e emitir laudo para perícia.
5.3.42 - Permitir, para um atendimento já concluído, o registro de adendos à evolução, bem como a fazer requisições, encaminhamentos e prescrições complementares em consultas realizadas no mesmo dia.
5.3.43 - Editar e imprimir pedido de internação hospitalar.
5.3.44 - Consultar a carteira de vacinação do usuário SUS .

5.3.45 - Consultar a Ficha e-SUS, se usuários SUS é atendido pelo UBS E ESF.
5.3.46 - Finalizar o atendimento com a possibilidade gerar o resumo da consulta com todos os dados de atendimento, incluindo informações de encaminhamentos, requisições de exames, atestados, prescrições diversas, e todos os demais dados registrados durante o atendimento. O resumo deve conter ao final, a identificação do profissional incluindo a identificação do conselho e número de registro, além de área para assinatura.
5.3.47 - Funcionalidades exclusivas para Teleconsultoria 5.3.47.1 - Disponibilizar para o profissional a possibilidade de, em qualquer momento do atendimento, solicitar suporte a um tele consultor para solicitação de determinado procedimento ou encaminhamento a especialista. 5.3.47.2 - Disponibilizar a lista de pedidos de tele consultoria indicando o status (pendente ou respondido). 5.3.47.3 - Permitir cancelar pedidos de tele consultoria pendentes. 5.3.47.4 - Permitir reabrir o atendimento que originou o pedido de tele consultoria para solicitar procedimentos e ou fazer encaminhamentos
5.3.48 - Funcionalidades específicas para o SAD 5.3.49.1 Exibir na tela de atendimento, informação de que é um paciente ativo do SAD e disponibilizar botão ou link para consulta ao formulário de registro de elegibilidade de paciente no SAD, independentemente se o paciente estiver sendo atendido no serviço ou não. 5.3.49.2 Permitir a captação de dados específicos para o formulário de atendimento do SAD, para paciente ativo no SAD, quando este estiver sendo atendido em unidade do SAD. 5.3.49.3 Permitir que, durante o atendimento de um paciente que não esteja ativo no SAD, o registro de desfecho de Encaminhamento para a Atenção Domiciliar de forma que este encaminhamento se torne disponível na tela de gerenciamento do SAD.

5.3.49.4 Não permitir que, durante o atendimento de um paciente, que esteja ativo no SAD, possa ser feito o registro de encaminhamento para o SAD novamente.
5.4 - Atendimento de Psicólogo Ferramenta de apoio ao atendimento Psicólogo, compreendendo todas as características da Ferramenta de apoio ao Atendimento Médico, acrescido de recursos para:
5.4.1 - Dispor de todos os recursos identificados no item 5.3, resguardados possíveis configurações de perfil conforme item 1.2.17.
5.4.2 - Dispor de área adicional para registro de dados restritos à área de psicologia que exijam confidencialidade restrita aos profissionais de psicologia ou ao restrita somente ao profissional que incluiu o registro.
5.5 - Atendimento Odontológico Ferramenta de apoio ao atendimento Odontológico, compreendendo todas as características da Ferramenta de apoio ao Atendimento Médico, acrescido de recursos para:
5.5.1 - Dispor de todos os recursos identificados no item 5.3, resguardados possíveis configurações de perfil conforme item 1.2.17.
5.5.2 - Dispor de tela auxiliar para visualização no formato de odontograma, permitindo visualizar graficamente. Deve usar distinção por cores entre procedimentos realizados e procedimentos a serem realizados em cada face de cada um dos dentes.
5.5.3 - A tela de odontograma deve permitir clicar sobre a figura equivalente do dente/face para fazer o registro dos procedimentos planejados.
5.5.4 - A tela de odontograma deve exibir somente procedimentos possíveis de serem realizados para determinado dente/face ou boca, objetivando evitar que sejam lançados procedimentos incorretos para o dente/face ou boca.
5.5.5 - Disponibilizar ferramenta para programar procedimentos, suportando: a) Planejamento para a boca

b) Planejamento por face dentária c) Planejamento de procedimentos para cada dente
5.5.6 - Permitir a baixa de um procedimento planejado, registrando este como procedimento executado.
5.5.7 - Permitir o Registro de procedimento diretamente, independente do sistema de planejamento, exigindo a identificação da boca/dente, face. Registros diretos devem ser exibidos no odontograma como dado histórico.
5.5.8 - Dispor de registro de ausência de dente, identificando a) Extração b) Ausência/inexistência
5.6 - Funcionalidades exclusivas para Assinatura Digital em qualquer modalidade de atendimento Funcionalidade para Assinatura Digital para atendimento médico, de enfermagem, psicologia e Odontologia
5.6.1 - Dispor de tela ou painel que permita ao profissional fazer upload de certificados digitais ICP-Brasil tipo A1, para a nuvem da Contratada.
5.6.2 - O prontuário do atendimento será assinado digitalmente conforme item 21).
5.6.3 - Permitir a Assinatura de Documentos emitidos de Requisições de procedimentos e encaminhamentos, Prescrições de Medicamentos e Atestados.
5.6.4 - Possibilitar que documentos emitidos pelo profissional para serem entregues ao paciente, como requisições, prescrições e atestados, possam também ser emitidos em versão para impressão e posterior assinatura pelo profissional.
5.7 - Funcionalidades exclusivas para Teleconsulta em qualquer modalidade de atendimento Funcionalidade para Teleconsulta para atendimento médico, de enfermagem, psicologia e Odontologia

5.7.1 - Na sala de espera virtual (item 5.3.1), deve dispor de lista de pacientes que estão agendados para atendimento via teleconsulta, permitindo ao profissional saber, sobre cada paciente, se: a) Paciente estão ou não presente na sala de espera para teleconsulta. b) Paciente já foi atendido.
5.7.2 - Permitir, ao selecionar um paciente que aguarde atendimento por teleconsulta, iniciar o atendimento do mesmo, exibindo janela na tela de atendimento com a imagem do paciente, para permitir a interação do profissional com o mesmo. Todos os dados registrados seguem o padrão do atendimento presencial.
5.8 - Sala de vacinação Sala de atendimento com funções para registro do atendimento de vacinas aplicadas ao Usuário SUS. Deve possuir recursos para:
5.8.1 - Dispor de sala de espera virtual para selecionar Usuários SUS para atendimento em imunização. Neste sentido deve prover recurso para: a) Listar na tela os pacientes já recepcionados para atendimento em imunização b) Botão ou link para atender pacientes não recepcionados, selecionando-o diretamente da agenda da unidade c) Botão ou link para atender pacientes diretamente do cadastro
5.8.2 - Permitir registrar doses de imunobiológicos aplicados, permitindo identificar o usuário SUS, unidade, vacinador, imunobiológico, dose, lote, seguindo o padrão SIPNI. Deve ser possível o registro de mais de uma aplicação de imunobiológico em um mesmo atendimento.
5.8.3 - No registro da aplicação do imunobiológico, caso o controle de estoque de imunobiológicos esteja ativo, deve permitir: 5.8.3.1 - Controlar a validade de um frasco aberto.

5.8.3.2 - Controlar a quantidade de doses aplicadas conforme limite de doses do cadastro do material imunobiológico. 5.8.3.3 - Controlar o frasco aberto por profissional. 5.8.3.4 - Permitir a baixa de um frasco aberto identificando o motivo da baixa. 5.8.3.5 - Permitir reverter a abertura de um frasco de imunobiológico caso para este não tenha registro de dose aplicada. 5.8.3.6 - Permitir abrir um frasco de imunobiológico identificando o lote. 5.8.3.7 - Ao registrar a aplicação da dose do imunobiológico, registrar a movimentação do material imunobiológico no Estoque de Imunobiológicos da Unidade.
5.8.4 - Ao registrar doses de imunobiológicos aplicados, dispor de campo para preenchimento de Observações pertinentes ao paciente selecionado. Estas observações sempre deverão estar visíveis: a) Na tela de Registro b) Na caderneta de vacinação.
5.8.5 - Emitir Caderneta de Vacinação do usuário SUS selecionado.
5.8.6 - Registrar ocorrências em saúde objetivando integrar o registro de ocorrências em saúde do usuário SUS em seu prontuário.
5.8.7 - Registrar um agravo de notificação compulsória para um usuário SUS.
5.8.8 - Deve permitir a exportação do registro de aplicação de imunobiológicos para o SIPNI.
5.8.9 - Deve gerar os aprazamentos automaticamente, informando no ato do registro da aplicação da dose, a data do aprazamento ao operador, seguindo padrão SIPNI. Deve permitir ao operador alterar a data do aprazamento gerado automaticamente ou não aprazar, caso necessário.
5.8.10 - 5.6.9 – Ao registrar a aplicação da dose for identificada como Dose Única, o sistema deve selecionar automaticamente a opção de não aprazar.

5.8.11 - Permitir registro do movimento de imunobiológicos, para a unidade, por lote do imunobiológico, com identificação de saldo anterior disponível, saldo anterior indisponível, saldo anterior total, frascos recebidos, frascos distribuídos, frascos utilizados, frascos transferidos, frascos perda por quebra, frascos perda por falta de energia, frascos perda por falha equipamento, frascos perda por validade vencida, frascos perda por procedimento inadequado, frascos perda por falha transporte, frascos perda por outros motivos, o sistema deverá realizar o cálculo do saldo total automaticamente de acordo com os itens informados e permitir o registro de saldo disponível e saldo indisponível, pelo operador.
5.8.12 - No registro do movimento de imunobiológico o sistema deve apresentar as pendências dos lotes que permaneceram com saldo na competência anterior. Ao registrar o movimento da competência atual, o lote deve sumir da listagem de pendências.
5.8.13 - Incluir e manter cadastro dos lotes de imunobiológicos recebidos pela unidade, com identificação do imunobiológico, laboratório, apresentação, lote, data de validade, com opção para deixar disponível ou indisponível para registro da unidade.
5.8.14 - Disponibilizar relatório do movimento registrado, por competência, por imunobiológico e por laboratório.
5.8.15 - Disponibilizar relatórios gerenciais de imunobiológicos aplicados, por período, por faixa etária, por dose e por usuário.
5.8.16 - Emitir relatório de busca ativa de aprazamentos vencidos, ou a vencer, identificando a data do aprazamento, o imunobiológico, a dose, e o usuário. Deve ter opção de filtro no relatório para mostrar os dados de contato do usuário, identificando também, quando selecionado, o telefone, telefone celular e endereço do usuário.
5.8.17 - Permitir o Registro Anterior de imunobiológicos para fins históricos, permitindo identificar o usuário SUS, unidade, vacinador, imunobiológico, dose, lote. Estes registros não devem ser exportados ao SIPNI, mas devem ficar disponíveis na impressão da Caderneta de Vacinação do usuário.
5.8.18 - Não permitir registro de dose aplicada, nem de movimento de imunobiológico em competência fechada.

5.8.19 - Permitir o cadastro do esquema vacinal que identifique no mínimo: a) Versão do Esquema Vacinal b) Imunobiológico c) Dose d) Idade Mínimo e) Idade Máxima
5.8.20 - Permitir a emissão da Certidão de Vacina em Dia apresentando, no mínimo: a) Identificação do usuário SUS. b) Cartão Nacional de Saúde c) Idade d) Nome da mãe e) Relação de doses de imunobiológicos aplicados com respectivas doses e data f) Texto indicando vacinação estar em dia ou não estar em dia.
5.9 - Funcionalidades Exclusivas para Interconsulta em qualquer modalidade de atendimento Funcionalidades necessárias para permitir atendimento com apoio de um segundo profissional.
5.9.1 - Atendimento com Interconsulta deve ser entendido, para fins deste Termo de Referência, como um atendimento clínico por determinado profissional, presencialmente ou por teleatendimento, que ocorra com o apoio de um segundo profissional por processo de teleconferência.
5.9.2 - O Atendimento com interconsulta deve dispor de recurso para permitir agendar um segundo profissional de saúde para atender em conjunto com o profissional originalmente agendado para atender determinado paciente.

5.9.3 - O atendimento com interconsulta deve permitir que o profissional que estará apoiando o atendimento de outro profissional possa fazer isso através de videoconferência.
5.9.4 - O atendimento com interconsulta deve permitir que o profissional que esteja apoiando o atendimento original deve dispor de interface mínima que disponha de campo onde possa registrar suas considerações a qual deverá poder assinar digitalmente.
5.9.5 - As considerações registradas pelo profissional de apoio em um atendimento com interconsulta devem fazer parte do prontuário de atendimento do profissional do atendimento original.
6 - INFORMATIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS Ferramentas de apoio ao processo de regulação de Consultas Especializadas
6.1 - Características Gerais Características gerais necessárias ao gerenciamento de Especialidades Médicas. Deve possuir recursos para:
6.1.1 - Permitir configurar definição de Protocolo de Encaminhamento, identificando quais especialidades que podem solicitar encaminhamentos para outra determinada especialidade.
6.1.2 - Identificar, por especialidade, a faixa etária do usuário SUS que determinada especialidade atende, para consultas novas e/ou retornos.
6.1.3 - Permitir o cadastramento de uma mensagem de orientação que deve ser exibida ao operador, no momento do registro do encaminhamento, caso o usuário SUS esteja fora da faixa etária definida para a especialidade.
6.1.4 - Permitir configurar, por especialidade, a exigência ou não de que o usuário SUS tenha Cartão Nacional de Saúde (CNS) no momento do registro do encaminhamento.

6.1.5 - Deve possuir a configuração de faixas etárias para efeitos de agrupamento das demandas em Lista de Espera objetivando priorização de pacientes por idade. Neste sentido deve permitir a configuração, por especialidade, de faixas etárias, visando atender, por exemplo, os estatutos do idoso e/ou da criança e adolescente. Deve suportar o cadastramento de pelo menos 3 faixas etárias.
6.1.6 - Permitir parametrizar quais Especialidades estarão disponíveis para Agendamento imediato (no momento do registro do encaminhamento) e quais tem demanda reprimida, exigindo por consequência que o encaminhamento fique em lista de espera.
6.1.7 - Configurar, por especialidade, a possibilidade de solicitação de prioridade ou não ao médico regulador para Usuários SUS em Lista de Espera.
6.1.8 - Dispor de cadastro de pactuações (PPI, Consórcio, Uso Próprio, etc.) para efeitos de abertura de vagas na agenda e gerenciamento de cotas.
6.1.9 - Permitir o cadastramento de cotas para consultas em especialidades médicas por município participante da PPI.
6.1.10 - Possibilitar a identificação, por especialidade, das unidades da rede que podem agendar em vagas disponíveis para determinada especialidade.
6.1.11 - Possibilitar configurar, por especialidade médica, se determinado prestador de serviço terceirizado pode ou não encaminhar e/ou agendar pacientes diretamente para a mesma. Deve permitir identificar também, para cada especialidade autorizada, qual o procedimento autorizado anteriormente que o paciente deve ter junto ao prestador para que seja permitido o encaminhamento.
6.1.12 - Possibilitar a configuração de regras gerais para regular o processo de confirmação de agendamento de consultas, devendo dispor das seguintes opções para o caso de falha na confirmação pelo paciente depois que este é avisado de que foi agendado: a) multa de “n” dias b) ser suspenso/excluído da lista de espera c) ser deslocado para o final da lista de espera

Deve suportar a configuração para até 3 falhas de confirmação do usuário SUS para determinado encaminhamento.
6.1.13 - Gravar e Disponibilizar Log de todos os eventos associados ao encaminhamento de determinado usuário SUS a partir de sua entrada na Lista de Espera ou Agendamento Direto. Nos casos de cancelamento e/ou transferências, a justificativa deve ser gravada juntamente ao log. A consulta a tela de log deve identificar, além dos dados do encaminhamento e do usuário SUS, a data e hora do evento, justificativa informada e nome do Operador.
6.1.14 - Permitir que quando um encaminhamento for registrado o Cadastro do usuário SUS possa ser complementado com os seguintes dados, como facilitadores no processo de comunicação com o mesmo: a) Forma de contato para o processo de agendamento (agendar com o usuário SUS, agendar com Responsável, Agendar através da Unidade de Saúde de origem) b) Telefone Principal c) Segundo Telefone d) Nome do Contato e) Parentesco do Contato f) Melhores dias da semana e hora para o Call Center telefonar
6.1.15 - Dispor de um processo do agendamento automatizado da fila de espera com base nas agendas cadastradas, respeitando as regras de prioridade e a posição do paciente.
6.1.16 - O agendamento automático deve gerar notificação às unidades referência dos respectivos Usuários SUS agendados, para que possam realizar busca ativa dos mesmos para aviso e confirmação da agenda pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).
6.1.17 - Dispor de ferramenta para gerenciar busca ativa pela unidade referência do usuário SUS, para organizar processo de busca ativa de Usuários SUS agendados à revelia (Usuários SUS agendados pela central de agendamento de modo automático ou Call Center, porém não avisados).

6.1.18 - A ferramenta para gerenciar busca ativa pela unidade referência do usuário SUS deve permitir que a unidade gere um relatório numerado, por agente comunitário de saúde, identificando os casos cujos Usuários SUS devem ser localizados para confirmação da consulta, cancelamentos e transferências. O relatório deve conter campos para que seja possível registrar o resultado da busca (localizado/não localizado), usuários SUS aceitou, usuários SUS não pode na data, usuários SUS não quer mais a consulta), incluindo área para assinatura do usuário SUS.
6.1.19 - A ferramenta para gerenciar busca ativa pela unidade referência do usuário SUS deve, ao imprimir o relatório numerado, o sistema deve imprimir na sequência todos os protocolos constantes no relatório (os quais serão entregues aos respectivos usuários SUS pelo ACS.
6.1.20 - A ferramenta para gerenciar busca ativa pela unidade referência do usuário SUS deve dispor de tela onde seja possível baixar o relatório de busca, informando a situação (usuários SUS aceitou, usuários SUS não pode na data, usuários SUS não quer mais a consulta ou usuários SUS não localizado), com ação correspondente de confirmação ou cancelamento da consulta agendada e/ou retirada do usuário SUS da lista de espera para aquela especialidade.
6.1.21 - A ferramenta para gerenciar busca ativa pela unidade referência do usuário SUS deve gerar registro de log.
6.1.22 - Disponibilizar um módulo/interface para que o médico regulador avalie pedidos de prioridade. Para pedidos de prioridade aprovados, deve ser possível estabelecer um grau de prioridade, no mínimo alto, médio ou baixo.
6.1.23 - Permitir, se recurso habilitado, o envio de uma mensagem SMS (Short Message System) para o celular de Usuários SUS com consultas agendadas, com antecedência programada.
6.1.24 - Dispor de mecanismo de disparo automático para aplicação das regras definidas para a regulação do processo de confirmação, agindo sobre os agendamentos não confirmados, aplicando as penalidades conforme definido no item 6.1.12.

6.1.25 - Dispor de recursos que permita gerenciar demanda reprimida de especialidades da Atenção Básica. O recurso para registrar encaminhamentos para especialidades da atenção básica deve ficar disponível somente para unidades da atenção básica.
6.2 - Administração nas Unidades de Saúde Ofertantes Recursos disponíveis para o gerenciamento de unidade ofertante de consultas especializadas, permita o gerenciamento das vagas disponíveis para as especialidades. Deve possuir recursos para:
6.2.1 - Permitir criar vagas para agendamento em especialidades médicas identificando período (data inicial e data final) para qual a agenda estiver sendo aberta.
6.2.2 - Permitir criar vagas para agendamento em especialidades médicas identificando a quantidade de vagas para Consultas Novas (primeira consulta) e vagas para Consultas de Retorno.
6.2.3 - Permitir criar vagas para agendamento em especialidades médicas respeitando o cadastro de feriados fixos, feriados móveis da unidade e férias dos profissionais, conforme itens 2.3.5 e 2.4.3.
6.2.4 - Permitir criar vagas para agendamento em especialidades médicas com hora marcada ou sequenciadas (sem hora marcada).
6.2.5 - Permitir criar vagas para agendamento em especialidades médicas vinculadas ao cadastro de pactuações permitindo no mínimo identificar uma pactuação ou estar disponível para todas as pactuações.
6.2.6 - Permitir criar vagas para agendamento em especialidades médicas com possibilidade de definição de um Endereço de Atendimento diferente do da Unidade Ofertante, objetivando atender a casos em que o médico atenda em endereço específico, como seu consultório particular.
6.2.7 - Permitir a manutenção de vagas criadas.

6.2.8 - Permitir a criação e manutenção de vagas para especialidades da Atenção Básica (unidades da Atenção Básica), de modo centralizado, com tela que permita aplicar filtros para a visualização.
6.3 - Operação nas Unidades de saúde Clientes Funcionalidades necessárias para as unidades que encaminham para especialidades médicas. Deve possuir recursos para:
6.3.1 - Possibilitar o registro de encaminhamento a especialidades médicas: a) Diretamente pelo médico quando atendendo paciente em sala de atendimento informatizado b) Pelo operador quando o atendimento médico ocorreu sem apoio do sistema
6.3.2 - Um registro de encaminhamento a especialidade médica de resultar em: a) Agendamento imediato, caso o não haja demanda reprimida para a especialidade b) Inclusão da demanda na lista de espera daquela especialidade no caso de haver demanda reprimida para a mesma
6.3.3 - Possibilitar, a qualquer momento, a indicação de um ou mais profissionais de preferência para encaminhamentos ao especialista em Lista de Espera, para consultas novas.
6.3.4 - Possibilitar, a qualquer momento, a troca do profissional de referência para consultas de retorno.
6.3.5 - Possibilitar a troca, a qualquer momento, da Unidade responsável pelo Aviso ao usuário SUS para encaminhamentos ao especialista em Lista de Espera.
6.3.6 - Possibilitar a troca, a qualquer momento, do Tipo de Consulta (consulta nova / consulta de retorno) para encaminhamentos ao especialista em Lista de Espera.
6.3.7 - Possibilitar, a qualquer momento, a Emissão da Segunda Via do Protocolo de Confirmação da Consulta.

6.3.8 - Possibilitar, a qualquer momento, o Cancelamento de uma Consulta agendada.
6.3.9 - Possibilitar, a qualquer momento, que a unidade solicite prioridade a determinado encaminhamento ao especialista em Lista de Espera, incluindo justificativa clínica.
6.4 - Lista de Espera - Processo de Agendamento e Controle Funcionalidades gerais necessárias para o gerenciamento da Lista de Espera para Consultas Especializadas. Deve possuir recursos para:
6.4.1 - Dispor de tela de apoio a central de agendamento para agendar por telefone Usuários SUS que aguardam em lista de espera consultas médicas. Deve apresentar na tela a lista de Especialidades com demanda reprimida, com link para visualizar tela com a lista de usuários SUS que aguardam consultas na especialidade selecionada.
6.4.2 - A tela de apoio a central de agendamento deve apresentar, após selecionada a especialidade, tela com a lista de Usuários SUS que aguardam consulta na especialidade, em ordem de prioridade, agrupamento de idade e data da solicitação. Deve apresentar ao operador, no mínimo, os seguintes campos: Nome, unidade em que originou a requisição, unidade referência do usuário SUS, profissional referência, data de referência.
6.4.3 - A tela de apoio a central de agendamento deve apresentar, após selecionada a especialidade e após selecionado o usuário SUS, uma tela para finalizar o agendamento. A tela de finalização do agendamento deve apresentar os dados necessários para que o operador contate o paciente, como nome completo, número da matrícula, telefones de contato, melhores dias da semana e horários para contato, pessoa responsável (quando aplicado). Deve permitir acessar tela com o histórico do Usuário; acessar tela de cadastro do Usuário; obter a lista de vizinhos do Usuário e lista de eventos já ocorridos.
6.4.4 - A tela de finalização do agendamento deve permitir agendar a consulta em vagas previamente cadastradas.
6.4.5 - A tela de finalização do agendamento deve permitir criar uma vaga instantânea para agendar em seguida, objetivando realizar o agendamento para as consultas oferecidas fora da rede.

6.4.6 - A tela de finalização do agendamento deve permitir submeter o paciente para agendamento (identifica situação em que a demanda do paciente é identificada num sistema externo, ex: Sisreg) e aguarda agendamento (que pode levar mais de um dia), ficando o usuário SUS, neste caso, bloqueado na lista de espera até a confirmação do agendamento ou cancelamento dessa situação.
6.4.7 - A tela de finalização do agendamento deve permitir bloquear o cadastro do paciente por não ser possível contato com o mesmo.
6.4.8 - A tela de finalização do agendamento deve permitir bloquear o paciente na lista de espera por “N” dias.
6.4.9 - A tela de finalização do agendamento deve permitir retirar o paciente da lista de espera com justificativa.
6.4.10 - A tela de finalização do agendamento deve permitir registrar a tentativa de contato.
6.4.11 - Dispor de tela para, quando do retorno do processo de agendamento em um sistema externo (Sisreg/consórcio - item 6.4.6), possa a demanda por determinada especialidade ser agendada com criação instantânea da data/horário para qual foi agendado no sistema do prestador (Sisreg, consórcio, etc.). Permitir que, nos casos de cancelamento do agendamento do usuário SUS, a vaga criada também seja destruída. Deve gerar registro do evento.
6.4.12 - Estabelecer sistema de controle para que, ao agendar via telefone um usuário SUS que esteja em lista de espera, exija a confirmação por parte do mesmo. Deve atender as seguintes características: a) Ao agendar dispor ao operador a data limite para a confirmação, baseada na quantidade de dias previamente configurado como prazo para confirmação do usuário SUS b) O operador da unidade de saúde deve poder confirmar no sistema que o usuário SUS compareceu para confirmar seu interesse em comparecer à consulta e, após o registro no sistema, permitir a emissão do protocolo da autorização

c) Emitir o documento de autorização padrão da Secretaria de Saúde d) Emitir documento de autorização original exigido por consórcios ou Sisreg a partir de documento em arquivo PDF disponível em um servidor web da Secretaria e) Dispor de mecanismo de disparo automático de ações de controle para Usuários SUS que não confirmarem seu interesse em comparecer à consulta, conforme regras cadastradas previamente para a especialidade médica em questão
6.5 - Operação por Municípios-Cliente PPI Funcionalidades necessárias para os municípios-clientes (PPI) que agendam especialidades médicas no município referência. Deve possuir recursos para:
6.5.1 - Permitir o Cadastro dos Usuários SUS do Município cliente da PPI.
6.5.2 - Agendar Consultas novas ou de retorno para Usuários SUS do Município cliente PPI em especialidades médicas.
6.5.3 - Suportar operação de agendamento vinculada a Cotas PPI definidas para o município participante, ou seja, a disponibilidade de vagas para agendamento deve respeitar a cota definida.
6.5.4 - Cancelar Consultas agendadas.
6.5.5 - Transferir Consultas agendadas.
6.5.6 - Não permitir que usuários SUS do município cliente PPI sejam incluídos na lista de espera.
6.5.7 - Obter relatórios de cotas.
6.5.8 - Obter relatório de usuários SUS Agendados.
6.5.9 - Obter relatório de faltosos.

7 - INFORMATIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS Ferramentas de apoio ao processo de regulação de Procedimentos especializados como exames, cirurgias, etc..
7.1 - Características Gerais Definições de parâmetros que determinam o funcionamento geral do módulo. Deve possuir recursos para:
7.1.1 - Definir regras que permitam orientar os operadores do sistema, no momento da autorização, sobre o destino da solicitação/requisição feita pelo profissional de saúde que pode ser retido na unidade ou entregue ao usuário SUS.
7.1.2 - Definir o número de horas limite para o cancelamento de uma autorização agendada.
7.1.3 - Permitir a criação de cadastros de grupo de procedimentos, permitindo a estruturação/agrupamento de Procedimentos disponíveis, agrupados conforme a necessidade da regulação.
7.1.4 - Configurar, por grupo de procedimentos, a possibilidade ou não de solicitação de prioridade ao médico regulador para Usuários SUS em Lista de Espera para determinado Grupo de Procedimentos.
7.1.5 - Permitir a configuração de faixas etárias, por grupo de procedimentos, para efeitos de agrupamento das demandas em Lista de Espera objetivando priorização de Usuários SUS por idade. Deve possuir capacidade de cadastramento de, no mínimo, 3 faixas etárias. Esta funcionalidade objetiva atender o disposto nos estatutos do idoso e da criança e adolescente.
7.1.6 - Manter, por grupo de procedimentos, lista de condições referidas ou dados clínicos padrão, possibilitando: a) Que o operador os selecione no momento da Autorização de um Procedimento, quando o usuário SUS é colocado numa lista de espera.

b) Deve ser possível definir um grau de prioridade que classificará a requisição do procedimento na Lista de Espera automaticamente.
7.1.7 - Possibilitar a configuração, por grupo de procedimentos, regras para regular o processo de confirmação de agendamento de procedimentos, devendo dispor das seguintes opções: multa de “n” dias; ser excluído da lista de espera; ser deslocado para o final da lista de espera. Deve suportar a configuração para até 3 falhas de confirmação do usuário SUS.
7.1.8 - Possibilitar cadastrar regras para controle de repetição no momento em que registrar a requisição de determinado procedimento que já tenha sido autorizado antes de um determinado número de dias definido, Devendo: a) Possibilitar implementar regras para cada tipo de atendimento (administrativo, na unidade ou no consultório informatizado). b) Permitir configuração para exibir mensagem, bloquear ou exigir justificativa. c) A regra deve poder ser implementada para todos os procedimentos de um grupo de procedimentos d) A regra deve poder ser implementada para um procedimento individualmente.
7.1.9 - Cadastrar uma mensagem de alerta por procedimento, a ser exibida para o operador no momento em que o mesmo estiver registrando a requisição do procedimento.
7.1.10 - Definir por procedimento, as especialidades que podem requisitá-lo.
7.1.11 - Permitir definição da quantidade de determinado procedimento que pode ser solicitado no momento do cadastramento da requisição.
7.1.12 - Definir um código mnemônico por Procedimento para permitir sua fácil identificação / busca.
7.1.13 - Permitir configurar que, para requisitar determinado procedimento, um outro procedimento específico tenha sido autorizado previamente em um determinado período de tempo anterior para o usuário SUS.

7.1.14 - Definir uma mensagem de alerta / orientação ao operador para o momento de registrar a requisição de um procedimento, quando o usuário SUS estiver fora da faixa etária definida para o procedimento.
7.1.15 - Dispor de tela para credenciar procedimentos por prestador.
7.1.16 - Definir, para cada procedimento credenciado por prestador, um código de Procedimento específico eventualmente utilizado pelo prestador.
7.1.17 - Definir, para cada procedimento credenciado por prestador, um preço específico eventualmente contratualizado com o prestador.
7.1.18 - Possibilitar a definição cotas para o prestador, permitindo definir: a) Cota física mensal por grupo de procedimentos. b) Cota financeira mensal por prestador. c) O processo de autorização deve respeitar as cotas físico-financeiras implantadas.
7.1.19 - Possibilitar a definição tetos para o município pactuado (PPI) para controlar acesso a requisição e/ou agendamento de procedimentos, permitindo definir: a) Teto físico mensal por grupo de procedimentos. b) Teto financeiro mensal por grupo de procedimentos. c) O processo de autorização deve respeitar as cotas físico-financeiras implantadas.
7.1.20 - Possibilitar a definição cotas para unidades requisitantes da rede, permitindo definir: a) Cota física mensal por grupo de procedimentos por unidade. b) Cota financeira mensal por grupo de procedimentos por unidade. c) O processo de autorização deve respeitar as cotas físico-financeiras implantadas.
7.1.21 - Definir se um grupo de procedimentos estará disponível ou não para ser requisitado por municípios da pactuação (PPI).
7.1.22 - Definir se um dado procedimento estará disponível ou não para ser requisitado por municípios da pactuação (PPI).

7.1.23 - Identificar, por grupo de procedimentos, quais unidades que pode requisitar procedimentos daquele grupo.
7.1.24 - Permitir, se recurso habilitado, o envio de uma mensagem SMS (Short Message System) para o celular de Usuários SUS com procedimentos agendados (que tenha autorizado previamente o envio de SMS para seu celular), que seja enviado alguns dias antes do atendimento, conforme definição dos dias pelo gestor.
7.1.25 - Disponibilizar uma interface/tela para o médico regulador autorizar procedimentos que exijam sua aprovação. Deve permitir as seguintes operações: 7.1.25.1 - Ao acessar o recurso, deve dispor de opção para exibir a lista de pacientes por ordem Alfabética ou por ordem na Lista de Espera. 7.1.25.2 - Ao selecionar um paciente deve exibir todas as requisições de procedimentos pendentes de autorização existentes para o mesmo. 7.1.25.3 - Apresentar na tela de autorização link ou botão para exibir histórico de requisições do usuário SUS, bem como o prontuário deste. 7.1.25.4 - Apresentar na tela de autorização link ou botão para exibir o documento original de requisição. 7.1.25.5 - Apresentar na tela de autorização, link ou botão para exibir prontuário do usuário SUS. 7.1.25.6 - Deve poder autorizar o procedimento informando a prioridade e a justificativa. 7.1.25.7 - Possibilidade de ao médico regulador, ao autorizar um procedimento, indicar uma unidade com serviço de referência que melhor se adeque ao caso de determinado paciente, 7.1.25.8 - Deve poder não autorizar, informando justificativa e emitindo protocolo de não autorização contendo a justificativa informada. 7.1.25.9 - Deve poder bloquear processos de autorização gerando protocolo de orientação para ser entregue ao usuário SUS. 7.1.25.10 - Requisições Bloqueadas devem ser exibidas na interface de atendimento informatizado, na área da sala de espera virtual do médico requisitante para que este

visualize as considerações do médico regulador e registre suas considerações em uma réplica. 7.1.25.11 - Requisições processadas/justificadas pelo médico requisitante, devem ser reapresentadas para o médico regulador.
7.1.26 - Disponibilizar tela/interface para que o médico regulador avalie pedidos de prioridade, devendo: a) Para pedidos de prioridade aprovados, deve ser possível estabelecer um grau de prioridade a partir de justificativas pré-cadastradas. b) As justificativas pré-cadastradas devem possuir uma classificação de prioridade que irão alterar a posição do usuário SUS na Lista de Espera. c) Deve ser possível configurar o acesso ou não do médico regulador ao prontuário clínico do usuário SUS.
7.1.27 - Permitir cadastrar/criar um procedimento específico, que não esteja no rol dos procedimentos SUS, porém necessário à estruturação dos serviços de regulação. O procedimento cadastrado deve ser vinculado a um procedimento SUS e seguir todas as regras SIGTAP, tanto para efeitos de requisição quanto de registro.
7.1.28 - Disponibilizar consulta aos Logs de todos os eventos associados com a requisição cadastrada, a partir de sua entrada na lista de espera ou agendamento direto. Nos casos de cancelamento e/ou transferências, a justificativa deve ser gravada juntamente ao log. A consulta a tela de log deve identificar, além dos dados do encaminhamento e do usuário SUS, a data e hora do evento, justificativa informada e nome e unidade do Operador. Também deve constar do log a informação de autorização/negação do Médico Regulador/Autorizador. No caso de haver solicitação de esclarecimento ao profissional requisitante a respeito da requisição de determinado procedimento, essa solicitação, bem como as réplicas e tréplicas também devem constar na consulta do log.
7.1.29 - Dispor de ferramenta para possibilitar o disparo de agendamento automático de procedimentos, devendo:

a) Dispor de pré configuração dos grupos de procedimentos disponíveis para serem selecionados para agendamento automático b) Permitir o disparo do agendamento para um grupo de procedimentos específico ou para vários grupos de procedimentos selecionados. c) Ocupar/utilizar todas as vagas disponíveis em agendas de determinado período, para cada um dos grupos de procedimentos selecionados. d) Deve gerar notificação às unidades referência dos respectivos Usuários SUS para que estas possam realizar busca ativa dos mesmos para aviso e confirmação da agenda.
7.1.30 - Possibilitar configurar lista de procedimentos por prestador de serviço, para que determinado prestador de serviço possa autorizar diretamente um procedimento para determinados usuários SUS do município, a partir de um ou mais procedimentos ou serviços anteriormente autorizados para aquele usuário.
7.1.31 - Dispor de Parâmetro para configurar remoção de procedimentos da lista de espera para cadastros bloqueados, devendo ser permitido configurar: a) A ativação da remoção automática (sim ou não) b) Caso ativada a remoção automática, dispor de campo para identificar o tempo de bloqueio que o sistema deverá considerar para executar a remoção da lista de espera. c) Dispor de mecanismo/rotina automática de remoção de procedimentos na lista de espera que seja executada diariamente, respeitando os parâmetros referidos nos itens “a” e “b”. d) Deve gerar log de registro dessa remoção cfe. item 7.1.28.
7.1.32 - Dispor de parâmetro por procedimento para controlar condição permissão ou não de requisição do procedimento, com base na data dos primeiros sintomas, devendo: a) Dispor de indicador se a exigência de data dos primeiros sintomas será aplicada ou não para o procedimento. b) Caso a regra seja aplicada, dispor de campo para informar até quantos dias da data dos primeiros sintomas a requisição pode ser feita.

c) Caso a regra seja aplicada, dispor de campo para informar até quantos dias após a data dos primeiros sintomas uma requisição terá validade.
7.1.33 - Recursos exclusivos para teleconsultoria: 7.33.1 - Apresentar ao médico regulador (item 7.1.25) informação de que determinada requisição tem um processo de teleconsultoria vinculado 7.33.2 – Disponibilizar link ou botão para dar acesso aos dados da teleconsultoria. 7.33.3 – Exibir tela com os dados da teleconsultoria vinculados a requisição que estiver avaliando naquele momento.
7.1.34 - Dispor de módulo ou recurso independente para possibilitar estruturar equipes para executar processo de aviso ao Usuário SUS sobre compromissos agendados para Consultas e Procedimentos Especializados, devendo: a) Permitir aplicar filtro para relacionar somente Usuários SUS vinculados a determinada unidade responsável pelo aviso, permitindo selecionar 'Todas as unidades'. b) Relacionar os Usuários SUS que tenham alguma pendência de aviso de agendamento em Consultas Especializadas e/ou Procedimentos Especializados. c) A relação de usuários deverá apresentar Nome, Unidade responsável pelo aviso e Data do compromisso. d) Se o Usuário SUS relacionado tiver mais de um compromisso, deverá apresentar a data do compromisso mais próximo. e) Ao selecionar um Usuário SUS, exibir tela com a lista de Consultas Especializadas e Exames que porventura hajam agendadas. f) Dispor de botão/link para acessar a tela de registro de aviso ou permitir de alguma forma o registro de desfecho do aviso (item g). g) A tela para registrar e controlar deve dispor de recurso para o registro de status do processo do aviso (Avisado, não avisado há tempo, paciente não quer mais, não localizado) com campo de observação/justificativa.

h) Deve ser possível estruturar o acesso de forma independente a esse recurso de forma exclusiva.
7.1.35 - Dispor de tela/recurso para possibilitar a troca do profissional de referência de uma ou mais requisições que tenham determinado profissional indicado como de preferência. Atende a necessidade de troca de profissionais que estejam vinculados a requisições e que tenham saído da rede. Deve possuir recursos para: 7.1.37.1 - Localizar todas as requisições que tenham determinado profissional como referência. 7.1.37.2 - Permitir indicar quais requisições deverão ser afetadas pela troca 7.1.37.3 - Permitir selecionar um novo profissional da mesma unidade que será indicado para a substituição do profissional atual. 7.1.37.4 - Deve gerar registro de log dessa alteração para as requisições afetadas.
7.2 - Requisição e/ou Autorização de Procedimentos Informatização da requisição e/ou autorização de procedimentos nas unidades da rede (em telas administrativas ou durante o atendimento médico com apoio do sistema)
7.2.1 - Dispor de tela para registrar a requisição de procedimentos, devendo: a) Dispor de tela para ser utilizada pelo profissional médico durante o atendimento com apoio do sistema e b) Dispor de tela para registro administrativo de requisições de procedimentos em unidades sem informatização do atendimento médico, permitindo informar: data de referência, profissional solicitante e unidade. c) Deve ser possível fazer a manutenção (inclusão, exclusão) de itens durante o processo de registro, enquanto a autorização não estiver concluída.
7.2.2 - A tela para registrar a requisição, em ação administrativa exclusivamente na secretaria, deve permitir registrar a requisição, permitindo informar:

a) A data de referência (data da requisição pelo profissional). b) Identificar o profissional solicitante c) Identificar a unidade solicitante d) Possibilitar a indicação de requisição um profissional externo a rede, não cadastrado como profissional solicitante, identificando por extenso o nome do profissional.
7.2.3 - Identificar e registrar os procedimentos requisitados podendo pesquisar por: a) Nome do procedimento b) Código SUS c) Mnemônico d) Selecionar de uma lista
7.2.4 - Permitir somente a seleção de procedimentos, conforme protocolo do procedimento, conforme parâmetros cadastrados citados nos itens: 7.1.8 (repetição), 7.1.10 (protocolo de especialidades), 7.1.11 (quantidade) e 7.1.13 (procedimento anterior)
7.2.5 - No momento da identificação dos procedimentos, validar o Procedimento selecionado pelo operador, conforme todos os parâmetros da tabela oficial de procedimentos do Ministério da Saúde: a) Sexo do usuário SUS b) Idade do usuário SUS c) Cartão Nacional de Saúde quando o procedimento assim o exigir d) CID10 quando o procedimento assim o exigir
7.2.6 - Exibir, ao identificar um procedimento a ser incluído na requisição, em cor diferente ao padrão da tela, a última data em que o mesmo procedimento foi autorizado e se presente na lista de espera (se aplicado).
7.2.7 - Dispor, ao registrar um procedimento requisitado, de histórico do usuário SUS que permita a consulta de todos os procedimentos já realizados.

7.2.8 - Permitir que, sendo um procedimento que possa ser autorizado imediatamente (procedimento não regulado), após registrar a requisição: a) Autorizar o Procedimento indicando a unidade prestadora. b) Caso seja um procedimento que exija agendamento, agendar imediatamente c) A autorização de procedimentos deve respeitar cotas físico/financeiras estabelecidas para a unidade solicitante, conforme item 7.1.20. d) A autorização de procedimentos deve respeitar cotas físico/financeiras estabelecidas para o Prestador de Serviço selecionado, conforme item 7.1.18.
7.2.9 - Permitir que, sendo um procedimento que possa ser autorizado imediatamente (procedimento não regulado), tenha também a opção de autorização prévia sem identificação de prestador específico, permitindo que o paciente escolha o prestador que desejar, sem interferência do operador/autorizador. Neste caso na autorização do procedimento deverá constar a relação de prestadores de serviço com respectivos telefones e endereços, que estão credenciados a executar os procedimentos autorizados. Este recurso deve funcionar de acordo com a parametrização definida para o grupo de procedimentos a que o procedimento pertença.
7.2.10 - Dispor de mecanismo de seleção automatizada de prestador para que, sendo um procedimento que possa ser autorizado imediatamente (procedimento não regulado), tenha também a opção de autorização para um prestador de serviço específico, escolhido automaticamente pelo sistema. Este recurso deve funcionar de acordo com a parametrização definida para o grupo de procedimentos que o procedimento pertença. Ao autorizar por este processo, o sistema deve: a) A autorização de procedimentos deve respeitar cotas físico/financeiras estabelecidas para a unidade solicitante, conforme item 7.1.20. b) A autorização de procedimentos deve respeitar cotas físico/financeiras estabelecidas para o Prestador de Serviço selecionado, conforme item 7.1.18.

7.2.11 - Deve possuir cadastro para os níveis de urgência a serem utilizados nas filas de espera. Para isso deve permitir que, após registrar a requisição, sendo um procedimento que tenha demanda reprimida (procedimento regulado), colocar o usuário SUS em lista de espera, indicando a condição referida (selecionável de uma lista de condições possíveis para o procedimento, mantida pela secretaria) para efeitos de definição de prioridade e informar detalhes que possam ser importantes no processo de autorização.
7.2.12 - Deve aplicar as regras definidas para o parâmetro 7.1.34 em relação a exigência da data dos primeiros sintomas. Se o procedimento exigir a aplicação da regra, deve: a) Não permitir requisitar se não atender a regra de data limite para requisição com base na data dos primeiros sintomas. b) Deve limitar a possibilidade de agendamento até a data limite para validade da requisição, com base na data dos primeiros sintomas.
7.2.13 - Emitir protocolo para ser entregue ao usuário SUS, quando a requisição ficar em lista de espera, indicando esta condição.
7.2.14 - Emitir protocolo de autorização e/ou comprovante de agendamento contendo: a) Número do protocolo/autorização/comprovante b) Dados do usuário SUS (incluindo Nome Social) c) Unidade e profissional solicitante d) Unidade prestadora e seu endereço e) Data referência f) Data emissão g) Procedimentos autorizados h) Instruções de preparo para o paciente, por procedimento i) Data de realização do procedimento caso agendado j) Data de validade da autorização (quando não agendado)

7.2.15 - Possibilidade de reimpressão de comprovantes do agendamento.
7.2.16 - O protocolo de autorização deve apresentar quadro com todas as informações necessárias para o Prestador de Serviço gerar a produção BPA-I.
7.2.17 - Possibilitar a autorização com agendamento: a) Por procedimento. b) Por autorização, com agendamento único para todos os procedimentos de uma autorização (aplicado a RX e outros procedimentos em cujas autorizações seja comum a existência de 2 ou mais procedimentos para cada requisição e que não podem ser agendados em datas distintas).
7.2.18 - Possibilitar que, a qualquer momento, seja possível solicitar prioridade a determinado usuário SUS em lista de espera para determinado procedimento, incluindo justificativa clínica, a ser avaliada pelo médico regulador.
7.2.19 - Exibir junto aos dados do usuário SUS, se recurso de captura e armazenamento de fotografias estiver habilitado, nas telas de requisição de procedimentos, a foto do usuário SUS.
7.2.20 - Todos os agendamentos devem gerar avisos para o atendimento pelo Aplicativo.
7.3 - Informatização em unidades prestadoras de serviço Funcionalidades disponíveis para o Prestador de Serviços. Deve possuir recursos para:
7.3.1 - Obter lista de Usuários SUS agendados por data e profissional;
7.3.2 - Baixar a execução de procedimentos
7.3.3 - Cadastrar Profissionais de seu quadro diretamente
7.3.4 - Dispor de tela para que o Prestador possa cadastrar instruções de preparo para cada procedimento credenciado. Estas instruções deverão ser impressas no documento de autorização do procedimento a ser entregue ao usuário SUS.

7.3.5 - Dispor de tela para que o prestador possa criar grupos de agendamento para efeitos de organizar e estruturar a abertura de vagas para agendamento. Em um grupo de agendamento somente podem constar procedimentos de um único grupo de procedimento.
7.3.6 - Dispor de tela para que o prestador possa criar/manter vagas para agendamento, devendo dispor de recursos para: a) Criar vagas públicas por grupo de agendamento, disponíveis para a rede. b) Criar vagas exclusivas por grupo de agendamento, para uso do próprio prestador. c) Criar vagas com hora marcada. d) Criar vagas sequenciadas, sem hora marcada. e) Criar vagas reserva. f) Criar modelos personalizados de agenda por profissional e período para serem reutilizadas no momento de criação de agendas. Os modelos criados devem respeitar os itens a, c, d, e.
7.3.7 - Dispor de recurso para transferir Usuários SUS Agendados
7.3.8 - Dispor de recurso para substituir procedimentos autorizados incorretamente desde que não originados em atendimento médico informatizado.
7.3.9 - Permitir que o prestador de serviços possa autorizar e/ou colocar em lista de espera, procedimentos (exames) a partir de uma lista de procedimentos expressamente e previamente configurada para o mesmo pela secretaria de saúde.
7.3.10 - Permitir que o prestador de serviços possa encaminhar e agendar usuários SUS para especialidades médicas, conforme regras parametrizadas para o procedimento e para a especialidade, a partir de uma lista de especialidades expressamente e previamente configurada para o mesmo.
7.3.11 - Obter relatório de conferência para verificação de autorizações baixadas.
7.3.12 - Obter relatório de faturamento para efeitos de aprovação junto ao departamento de controle, avaliação e auditoria

7.3.13 - O relatório de faturamento deve apresentar destaque aos itens incluídos/substituídos pelo prestador em uma autorização.
7.3.14 - Permitir descentralização do agendamento de demandas de Consultas de Retorno de Listas de Espera, permitindo que a própria clínica, sendo unidade própria ou contratualizada, possa fazer agendamento dessas consultas. Deve atender as seguintes características: 7.3.16.1 - Deve ser possível identificar as especialidades cujo agendamento pode ser descentralizado. 7.3.16.2 - As Especialidades marcadas para descentralização devem continuar disponíveis para operações de agendamento da própria secretaria. 7.3.16.3 - A clínica especializada, quando estiver operando o agendamento, só pode selecionar horários próprios para agendamento nas especialidades definidas para a mesma, devendo poder agendar somente Usuários SUS que tenham essa clínica como referência.
7.4 - Lista de Espera - Processo de Autorização e Controle Funcionalidades gerais necessárias para o gerenciamento da Lista de Espera para procedimentos. Deve possuir recursos para:
7.4.1 - Dispor de tela de apoio ao operador para autorizar por telefone usuários SUS que aguardam em lista de espera a realização de procedimentos agendáveis. Deve apresentar lista de horários disponíveis em prestadores por grupo de procedimentos.
7.4.2 - A tela de apoio para autorizar deve permitir criar um horário instantaneamente para representar no sistema de controle, as situações onde o prestador está fora do processo de informatização, caso típico de consórcios intermunicipais de saúde e atendimento em municípios referência com agendamento via Sisreg.
7.4.3 - A tela de apoio para autorizar deve permitir submeter o paciente para agendamento (identifica situação em que a demanda do paciente é identificada num sistema externo, ex: Sisreg) e aguarda agendamento (que pode levar mais de um dia), ficando o usuário SUS,

neste caso, bloqueado na lista de espera até a confirmação do agendamento ou cancelamento dessa situação.
7.4.4 - A tela de apoio para autorizar deve, após selecionado determinado horário, presentar lista de requisições, que possam ser agendados no horário selecionado (ou criado), de acordo com o procedimento que aguardam, em ordem de prioridade, agrupamento de idade e data da solicitação. Deve apresentar ao operador, no mínimo, os seguintes campos: Nome, matrícula municipal, Idade, unidade em que originou a requisição, unidade referência do usuário SUS, Bairro do usuário SUS, data de referência.
7.4.5 - A tela de apoio deve apresentar na lista de Requisições possíveis de serem agendadas para o prestador/horário selecionado, recursos para auxiliar o operador a agendar corretamente requisições que tenham unidade de serviço de referência indicada pelo Médico Regulador (cfe. item 7.1.25), devendo dispor de: 7.4.5.1 - Indicação (gráfica ou textual) ao operador de agendamento, se a unidade selecionada é indicada ou contra indicada para o agendamento da requisição, no caso de demandas que tiveram alguma unidade referida pelo médico regulador. 7.4.5.2 - Dispor de Filtro para que o operador do agendamento possa filtrar a relação de requisições de modo a exibir somente aquelas que estejam referenciados para a unidade prestadora para a qual estiver agendando no momento.
7.4.6 - A tela de apoio a central de agendamento deve apresentar, após selecionado o usuário SUS, uma tela para finalizar o agendamento. A tela de finalização do agendamento deve apresentar os dados necessários para que o operador contate o paciente, como nome completo, número da matrícula, telefones de contato, melhores dias da semana e horários para contato, pessoa responsável (quando aplicado). Deve permitir acessar tela com o histórico do Usuário; acessar tela de cadastro do Usuário; obter a lista de vizinhos do Usuário e lista de eventos já ocorridos.
7.4.7 - A tela de finalização do agendamento deve permitir agendar o procedimento na vaga selecionada.

7.4.8 - A tela de finalização do agendamento deve permitir bloquear o cadastro do paciente por não ser possível contato com o mesmo.
7.4.9 - A tela de finalização do agendamento deve permitir bloquear o paciente na lista de espera por “N” dias (sem bloqueio do cadastro)
7.4.10 - A tela de finalização do agendamento deve permitir retirar o paciente da lista de espera com justificativa.
7.4.11 - A tela de finalização do agendamento deve permitir registrar a tentativa de contato.
7.4.12 - Deve dispor de sistema de controle para que, ao autorizar com ou sem agenda por telefone um usuário SUS que esteja em lista de espera, exija a confirmação por parte do mesmo. Deve atender as seguintes características: a) Ao agendar na central de agendamento, dispor ao operador a data limite para a confirmação, baseada na quantidade de dias previamente configurado como prazo para confirmação do usuário SUS. b) O operador da unidade de saúde deve poder confirmar no sistema que o usuário SUS compareceu para confirmar seu interesse em realizar o Procedimento e, após o registro no sistema, permitir a emissão do protocolo da autorização c) O operador da unidade de saúde deve poder emitir o documento de autorização padrão da Secretaria de Saúde para Prestadores cobertos pela informatização d) O operador da unidade de saúde deve poder emitir documento de autorização original exigido por consórcios ou Sisreg a partir de documento em arquivo PDF disponível em um servidor web da Secretaria e) Dispor de mecanismo de disparo automático de ações de controle para Usuários SUS que não confirmarem seu interesse em comparecer à consulta, conforme regras cadastradas previamente para o grupo de Procedimentos
7.5 - Autorização por Municípios da PPI

Funcionalidades disponíveis para o operador do município cliente da PPI, para autorização e agendamento on-line de procedimentos, de acordo com parâmetros previamente definidos. Deve possuir recursos para:
7.5.1 - Permitir o Cadastro dos Usuários SUS de Município PPI pactuado
7.5.2 - Registrar requisições e Autorizar Procedimentos com ou sem agendamento, conforme necessidade, para Usuários SUS do município, conforme cotas/tetos físico/financeiras cadastradas
7.5.3 - Dispor de controle para que requisição de procedimentos para Usuários SUS do Município PPI não possam ser incluídos na lista de espera após atendimento em consultas especializadas.
7.5.4 - Autorizar somente procedimentos liberados conforme parâmetros definidos nos itens 7.1.21 e 7.1.22.
7.5.5 - Transferir procedimentos agendados.
7.5.6 - Cancelar autorizações agendadas ou não.
7.5.7 - Obter relatório de usuários SUS autorizados com ou sem agendamento.
7.5.8 - Obter relatórios de cotas físico-financeiras cadastrados para o município.
7.5.9 - Possibilitar a configuração por procedimento para que quando requisitado por municípios pactuados (PPI) o procedimento possa exigir a submissão de documentos previamente a regulação para validação e aprovação.
7.5.10 - Dispor de funcionalidade na interface para requisição de procedimentos pelo município pactuado (PPI) para processar a regra de exigência de envio de documentação (item 7.5.9), devendo, para esses procedimentos: a) Permitir o registro da requisição sem conclusão, ou seja, sem a autorização efetiva. b) Visualizar requisições submetidas a regulação que aguardam aprovação. c) Permitir a conclusão da autorização para requisições aprovadas pela regulação.

7.5.11 - Dispor de funcionalidade para que a regulação possa registrar aprovação de requisições submetidas pelo município pactuado (PPI), para requisições que já avaliou documentação.
7.6 - Tratamento de informações necessárias ao sistema Siscan Funcionalidades gerais esperadas para geração de formulários de integração com o Siscan. Deve possuir recursos para:
7.6.1 - Registrar, no processo de registro da requisição, no momento em que o procedimento é selecionado, os dados necessários para o programa Siscan, com base no formulário Requisição de Mamografia e citopatológico (de mama ou colo do útero), do Ministério da Saúde (dados da anamnese, e indicação clínica)
7.6.2 - Imprimir no Protocolo de Autorização para procedimentos relacionados ao item anterior os dados necessários para que o prestador de serviços autorizado a executar o procedimento possa utilizá-los para alimentar o sistema SISCAN
7.7 - Informatização da integração com sistema do prestador Funcionalidades disponíveis que possibilitem que o sistema legado do Prestador integre com o sistema contratado pela Secretaria de Saúde, permitindo automatizar funções de agenda, baixa de execução de procedimentos e disponibilização de laudo integrado ao prontuário do Usuário SUS. Deve possuir recursos para:
7.7.1 - Dispor de serviço web (webservice) de integração com o sistema do prestador, que permita ao prestador de serviços obter dados de determinado protocolo de autorização e registrar sua baixa, disponibilizando o endereço eletrônico do laudo, o qual deverá ser vinculado ao prontuário do paciente. Nota: A implementação das funções no sistema do Prestador, bem como a manutenção do laudo no endereço eletrônico informado, será de responsabilidade do mesmo.
7.7.2 - O serviço web deve dispor de método para retornar os seguintes dados quando este método for chamado identificando um número de protocolo de autorização válido:

a) Dados cadastrais do usuário SUS b) Dados do requisitante (unidade, médico) c) Os códigos de cada um dos procedimentos requisitados, vinculados ao protocolo de autorização, identificados previamente no credenciamento dos procedimentos junto ao cadastro do prestador. d) A quantidade de cada um dos procedimentos.
7.7.3 - O serviço web deve dispor de método para que o prestador notifique a realização dos procedimentos de determinado protocolo de autorização, devendo receber os seguintes dados: a) Número do protocolo que está sendo baixado. b) Relação de procedimentos do protocolo de autorização que foram executados c) Endereçamento eletrônico do laudo correspondente. d) O serviço deve suportar múltiplas baixas de um mesmo protocolo de autorização, permitindo a baixa em tempos diferentes vinculando laudos diferentes.
7.7.4 - Os laudos (resultados) dos exames (disponibilizado conforme item 7.7.3 “c”), em formato PDF, serão armazenados em servidor específico do próprio prestador de serviço de exames, ficando disponíveis para acesso a qualquer momento pelo sistema do município. Os laudos gerados não podem ser movidos do repositório informado (cfe. item 7.7.3 c).
7.7.5 - Permitir que um profissional da unidade de saúde requisitante, autorizado previamente, possa acessar o laudo gerado e imprimi-lo.
7.7.6 - Permitir que o profissional médico, operando a partir da sala de atendimento informatizada, possa visualizar/imprimir o laudo gerado.
7.7.7 - Todo o processo, desde a geração da autorização até o recebimento e impressão dos laudos deverão ser totalmente rastreáveis em todas as etapas, com geração de logs de registro.

7.7.8 - O Sistema deve oferecer adicionalmente, para os procedimentos laboratoriais de análises clínicas, integração de dados no padrão HL7, devendo: a) Receber os dados conforme o padrão HL7. b) Atender aos preceitos operacionais de inclusão e edição, conforme preconizado pelo padrão HL7. c) Exibir na interface de consulta ao prontuário os dados de resultados de exames. d) Exibir na interface de atendimento médico a possibilidade de consulta de dados de exames. e) Exibir na interface de atendimento médico a possibilidade de visualização gráfica da evolução dos resultados de determinado tipo de exame no tempo. f) A implementação das funcionalidades no sistema do Prestador de Serviço será responsabilidade do mesmo.
7.8 - Gerenciamentos dos Serviços de Terapia Funcionalidades necessárias para a informatização dos processos vinculados a prestação do Serviço de Terapias, como Fisioterapia entre outros.
7.8.1 - O sistema deve suportar o gerenciamento de procedimento de acesso ao serviço, incluindo para este suporte a gerenciamento de listas de espera.
7.8.2 - O sistema deve permitir que o Prestador de Serviço autorizado, registre o atendimento a consulta de avaliação, registrando nesse ato a evolução do atendimento.
7.8.3 - Ao registrar o atendimento a consulta de avaliação, o Prestador deverá poder registrar o plano de atendimento na terapia que considerar adequada. Neste ato, deve poder: a) Identificar o procedimento aplicado as sessões de terapia. b) Identificar a quantidade de sessões de terapia. c) Identificar o tempo total estimado para as sessões de terapia. d) Agendar os atendimentos para todas as sessões de atendimento na terapia que indicar.

7.8.4 - Controles: O Prestador poderá identificar a quantidade de sessões e o tempo de duração da terapia conforme o limite máximo identificado, conforme parâmetro cadastrado para o procedimento.
7.8.5 - Ao agendar as sessões de terapia, o sistema deverá descontar as cotas físico e/ou financeiras do Prestador, considerando como competência, o mês para o qual a terapia foi agendada.
7.8.6 - Todos os agendamentos devem gerar avisos para o atendimento pelo Aplicativo.
7.8.7 - As sessões de terapia agendadas deverão permitir o registro de baixa pelo Prestador devendo dispor de campo para o registro da evolução do atendimento.
7.8.8 - Os registros de evolução efetuados por ocasião do registro da consulta de avaliação e das sessões de terapia, deverão constar no prontuário do usuário SUS.
7.8.9 - O sistema deve gerenciar pesquisa junto ao usuário SUS para qualificação dos serviços prestados pelos prestadores de serviço através de um dos meios de comunicação qualificados para o mesmo, devendo: a) Fazer pesquisa com todos os usuários SUS atendidos em pelo menos uma vez por competência de atendimento. b) Deve exibir todos as sessões de terapia (data e hora) recebidos na competência. c) Permitir atribuir uma nota de 1 a 10 aos atendimentos recebidos na competência. d) Permitir registrar eventuais considerações. e) Permitir registrar que não foi atendido. f) Dispor de tela para consulta das respostas das pesquisas realizadas.
7.8.10 - Todos os agendamentos devem gerar avisos para o atendimento pelo Aplicativo.
8 - INFORMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO Ferramentas de apoio às atividades do setor de TFD

8.1 - Características Gerais Ferramenta totalmente integrada ao sistema de regulação de consultas e procedimentos. Deve possuir recursos para:
8.1.1 - Deve permitir a qualificação de especialidades e procedimentos TFD, identificando se será um processo intra estadual ou interestadual.
8.1.2 - Exigir que o profissional de saúde operando em sala de atendimento informatizada, emita e renove o Laudo médico para TFD conforme configuração, para encaminhamentos a especialidades e procedimentos requisitados.
8.1.3 - Exibir lista de Usuários SUS que aguardam atendimento TFD e permitir abrir processo TFD com registro de dados necessários ao processo, emitindo formulário necessário.
8.1.4 - Registrar a informação de encaminhamento de processo para efeitos de agendamento.
8.1.5 - Registrar a informação dos dados do agendamento de processo TFD encaminhado.
8.1.6 - Possibilitar o registro de demanda de viagem, identificando o possível acompanhante e eventual ajuda de custo dispensada, de forma integrada ao sistema de controle de transporte de Usuários SUS.
8.1.7 - Permitir, caso o sistema de administração de transporte não esteja ativado, registrar a produção (procedimentos SUS disponíveis no SIGTAP) de transporte do usuário SUS e seu possível acompanhante, bem como ajuda de custo dispensada.
8.1.8 - Registrar a baixa de processos TFD a partir de motivos selecionados a partir de um cadastro previamente estruturado.
8.1.9 - Permitir o registro de eventos a qualquer momento do processo cadastrado.
8.1.10 - Emitir Declaração de que o usuário SUS tem um processo TFD em andamento, exibindo a situação atual do processo.

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

8.1.11 - Registro de fluxo de documentos entre o setor TFD e o usuário SUS com registro de entrega/retirada de documentos, emitindo protocolo para usuários SUS.
8.1.12 - Permitir que procedimentos complementares requisitados após atendimento do usuário SUS dentro do processo TFD possam ser requisitados diretamente, com possibilidade de solicitação de prioridade para o mesmo ou não, configurável a nível de procedimento referência (aquele que deu origem ao processo).
8.1.13 - Permitir o registro de retorno do usuário SUS, dentro do mesmo processo TFD.
8.1.14 - Permitir o registro, no processo TFD, da demanda por determinado procedimento complementar que não será realizado pelo município, ficando vinculado ao processo TFD original.
8.1.15 - Gravar e Disponibilizar Log de todos os Eventos associados ao usuário SUS a partir do cadastro do processo TFD até sua finalização.
9 - INFORMATIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE TRANSPORTE DE PACIENTES Ferramentas para administrar transporte de Usuários SUS, Profissionais da Saúde e objetos; programação de viagens e emissão de Ordem de Viagem com controle de baixa e geração de produção SIA; administração de veículos da frota, permitindo controle de despesas diretas, agendamento de eventos de manutenção e revisão, controle de garantia de veículos e peças.
9.1 - Administração de Veículos Recursos para administrar veículos. Deve possuir recursos para:
9.1.1 - Incluir e Manter o cadastro de Tipos de veículo, identificando para cada tipo a categoria de CNH exigida.
9.1.2 - Incluir e Manter cadastro de marcas de veículos.

9.1.3 - Incluir e Manter Cadastro de Modelos de veículos de determinada com identificação da marca a partir de lista do cadastro de marcas de veículos.
9.1.4 - Incluir e manter cadastro de Veículos com identificação de: a) Número do patrimônio b) Placa (com validação para padrões de placas do Mercosul) c) Tipo de veículo d) Modelo (a partir de cadastro prévio de modelos da marca selecionada) e) Ano fabricação f) Ano modelo g) Combustível que utiliza h) Capacidade do tanque de combustível i) Tipo de óleo j) Quantidade de óleo k) Filtro de óleo m) Filtro de combustível n) Filtro de ar o) capacidade de passageiros.
9.1.5 - Possibilitar a vinculação de um ou mais motoristas-padrão para determinado veículo a partir do cadastro de motoristas.
9.1.6 - Agendar compromissos ref. revisões e manutenção preventiva, vencimento de licenciamento/IPVA, seguro, etc. Esses compromissos devem interagir com o operador no momento em que o relatório de viagem é emitido ou baixado, gerando alerta.
9.1.7 - Registrar despesas relativas a cada veículo com origem em viagens ou deslocamentos internos.

9.1.8 - Gerenciar a validade da CNH dos motoristas gerando alertas ao operador.
9.1.9 - Gerenciar a alocação de motorista a veículos e/ou viagens em relação a exigência de categoria de CNH conforme tipo do veículo.
9.1.10 - Gerenciar a emissão de ordens de serviço e controle de saída de veículos para essa finalidade, registrando em sua baixa as despesas decorrentes do serviço realizado, incluindo registro de garantia de serviços, partes e peças, registrando eventuais despesas vinculadas ao deslocamento do veículo.
9.1.11 - Incluir e manter cadastro de destinos, contendo os municípios, as distâncias e fatores ou controles para efeitos de registro da produção.
9.2 - Pedido de Transporte de Usuário SUS Recursos para administrar pedidos de transporte de Usuários SUS, acompanhantes e objetos. Deve possuir recursos para:
9.2.1 - Permitir o registro do pedido de viagens de Usuários SUS com: a) Identificação do usuário SUS que vai viajar b) Identificação do local de destino c) Data e hora do compromisso no destino d) Data e hora prevista para o retorno e) Objetivo da viagem f) Possibilidade de identificar a patologia do paciente g) Tipo de veículo necessário h) Local de embarque diferenciado (quando não pode se deslocar até o local padrão) i) Possibilidade de identificar acompanhante j) Possibilidade de identificar possíveis restrições de mobilidade do usuário SUS k) Possibilidade de identificar se haverá criança de colo.

l) Possibilidade de identificar se a viagem é de ida e volta, ou só ida, ou só de volta
9.2.2 - Permitir pedido de viagem para objeto do paciente, com: a) identificação do usuário SUS referencia b) Descrição do objeto c) Data, hora que deve estar no destino d) Possibilidade de identificar o local de destino
9.2.3 - Permitir pedido de viagem para acompanhante (deslocamento para substituição a acompanhante a paciente internado, p.ex.), com: a) identificação do usuário SUS que vai viajar b) identificação do usuário SUS referencia c) Data, hora que deve estar no destino d) Possibilidade de identificar o local de destino
9.2.4 - Registrar junto ao pedido de viagem eventual necessidade do usuário SUS receber ajuda de custo.
9.2.5 - Exibir alerta ao operador no momento do registro de um pedido de viagem, avisando-o que o usuário SUS em questão faltou na última viagem agendada.
9.2.6 - Emitir alerta ao operador no momento do cadastramento do pedido de viagem quando a data da viagem cair em feriados ou dias de sábado ou domingo.
9.2.7 - Permitir cadastrar pedidos de viagens com previsão de repetição (quando o usuário SUS for várias vezes ao mesmo destino) para Usuários SUS em determinado período (Aplicado a TRS, entre outros), com: a) Definição local de destino b) datas e horários no destino c) Possibilitar identificar o objetivo

d) Possibilidade de identificar a patologia
9.2.8 - Dispor de funcionalidade para solicitação de transporte para pacientes e funcionários na unidade de saúde
9.2.9 - Dispor de funcionalidade para que na unidade de saúde seja possível acompanhar / visualizar pedidos de transporte aprovados e negados.
9.3 - Pedido de Transporte de Funcionários Recursos para administrar pedidos de transporte de Funcionários da Secretaria. Deve possuir recursos para:
9.3.1 - Permitir registrar pedido de viagem de funcionários da secretaria de forma descentralizada, podendo o pedido ser registrado em qualquer módulo/ambiente que o funcionário tem acesso.
9.3.2 - Permitir pedido de viagem para objeto do funcionário, com identificação do Funcionário de referência, descrição do objetivo, data, hora e local de destino.
9.3.3 - Possibilitar que pedidos de viagem de funcionários possam ser autorizados pela chefia imediata do funcionário.
9.3.4 - Possibilitar que o pedido de viagem do funcionário seja autorizado (após a autorização da chefia imediata do funcionário) pelo setor responsável na secretaria.
9.3.5 - Registrar log e justificativa caso o pedido de viagem do funcionário não seja aprovado pela chefia ou secretaria.
9.3.6 - Após autorizado, o pedido de viagem deve ser visível pelo setor de veículos para efeito de agendamento (Gerenciamento de Viagens).
9.4 - Gerenciamento de Viagens Recursos para administrar o agendamento e controles de baixa do transporte de Funcionários, Usuários SUS, acompanhantes de Usuários SUS e objetos. Deve possuir recursos para:

9.4.1 - Visualizar lista por data, de pedidos de viagem de usuários SUS e funcionários.
9.4.2 - Agendar pedidos de viagem de Usuários SUS e funcionários: a) Em viagens já programadas cujo veículo disponha de vaga b) Criar registro de programação para nova viagem
9.4.3 - Emitir Autorização de Viagem com lista de Passageiros com as seguintes características: a) Ordenados por ordem de destino b) Apresentar campos em branco para data, hora e quilometragem de partida c) Apresentar campos para informar eventuais eventos ocorridos na viagem d) Apresentar campos para informar data, hora e quilometragem de chegada
9.4.4 - Baixar Autorização de Viagem registrando quilometragem inicial e final, data e hora de saída, data e hora de retorno, eventos da viagem, despesas de viagem, despesas de viagem relativas ao veículo.
9.4.5 - Registrar, ao baixar a Autorização de Viagem, procedimentos SUS (transporte e ajuda de custo) para o usuário SUS e Acompanhante (se houver), para efeitos de faturamento SIA conforme regras do Ministério da Saúde.
9.4.6 - Permitir, ao baixar Autorização de Viagem, gerar novo pedido de viagem para Usuários SUS que necessitem de retorno (repetir viagem em outra data).
10 - INFORMATIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS E ALMOXARIFADOS Ferramentas de apoio às atividades de administração de materiais e almoxarifado
10.1 - Características Gerais Recursos gerais necessários ao sistema de materiais. Deve possuir recursos para:
10.1.1 - Suportar múltiplos almoxarifados (Ex. Almoxarifado de materiais de consumo, Almoxarifado de materiais medicamentos, etc.).

10.1.2 - Suportar múltiplos depósitos de materiais por almoxarifado.
10.1.3 - Possibilitar o controle do estoque de medicamentos, materiais consumo por lote do fabricante, data de validade e quantidade.
10.1.4 - Dispor de gerenciamento de numeração de formulários numerados.
10.1.5 - Permitir a rastreabilidade dos materiais entre almoxarifado e unidades de consumo e unidades de dispensação identificando lote.
10.1.6 - Permitir rastreabilidade dos materiais, identificando lote do material, entre unidades de dispensação informatizadas e o usuário SUS.
10.1.7 - Permitir parametrizar individualmente no cadastro de materiais a exigência ou não do código EAN Brasil no momento do registro de entrada de materiais.
10.1.8 - Exigir que no cadastro do material imunobiológico - e somente para Grupo de Material que seja imunobiológico, seja informado a quantidade de doses de um frasco, a validade do frasco após aberto e se é permitido o registro de uma dose adicional, caso o controle de estoque de imunobiológicos esteja ativado.
10.2 – Administração Recursos gerais necessários a administração do sistema de materiais. Deve possuir recursos para:
10.2.1 - Permitir a inclusão e manutenção de: a) Cadastro de materiais b) Cadastro de grupos de materiais com seus respectivos subgrupos c) Cadastro de estoques d) Cadastro de atividades-fim e) Cadastro de fabricantes f) Cadastro de fornecedores

g) Cadastro de almoxarifados
10.2.2 - A estrutura cadastral do material deve conter campo de “descrição completa” do material objetivando atender ao item “Gerenciamento de Solicitação de Compras”.
10.2.3 - Permitir a definição de listagem padrão por Unidade/estoque de Materiais servindo como base para os pedidos de materiais ao almoxarifado.
10.2.4 - Dispor de Relatórios de Consumo de materiais por unidade, estoque e atividade.
10.2.5 - Dispor de relatório administrativo para monitorar a situação geral de determinado material, indicando saldo atual, saldo por lote, saldo por local de estoque, programação de entrega, pendências de recebimento por unidades requisitantes.
10.2.6 - Dispor de tela para consulta da disponibilidade de determinado material, demonstrando numa única tela: a) Saldo total do material b) Saldo do material no almoxarifado, com possibilidade de detalhamento por lote c) Saldo do material nas unidades de saúde, com possibilidade de detalhamento por unidade e por lote d) Saldos do material nas seguintes situações: em processo de compras, em edital, empenhados e em programação de entrega e) Materiais em trânsito para entrega f) Materiais bloqueados
10.3 - Gerenciamento de Solicitação de Compra Ferramenta que possibilite gerenciar o processo de solicitação de compra de determinado material, permitindo registrar e acompanhar as diversas fases do processo. Deve possuir recursos para:

10.3.1 - Permitir cadastrar e editar solicitação de compra de determinado material, permitindo: a) Identificar o material utilizando campo “descrição completa” conforme item 10.2.2 b) Informar o objetivo da compra c) Informar a justificativa da compra
10.3.2 - Emitir solicitação de compra para ser enviada ao setor de compras da secretaria/prefeitura.
10.3.3 - Permitir o registro do número do Processo de Compra que venha a ser informado pelo setor de compras da secretaria/prefeitura.
10.3.4 - Permitir o registro do número do Edital que venha a ser informado pelo setor de compras da secretaria/prefeitura.
10.3.5 - Permitir o registro de um ou mais números do empenho que venham a ser informados pelo setor de compras da secretaria/prefeitura, identificando para cada empenho o fornecedor e os itens de material definidos para cada empenho.
10.3.6 - Registrar, para cada item de empenho, múltiplas programações de entrega informando a data prevista para entrega e respectivos quantitativos.
10.3.7 - Obter relatório de controle de Programação de entrega contendo no mínimo: número do empenho, fornecedor, data de entrega prevista, quantidade programada para entrega, quantidade recebida até a data do relatório.
10.3.8 - Dispor de tela de pesquisa de processos de compra a partir de um número da solicitação ou fornecedor específico. Deve apresentar dados do andamento da solicitação (status atual) e todos os demais detalhes vinculados a solicitação.
10.4 - Requisições online Recursos necessários para informatizar o processo de solicitação de materiais. Deve possuir recursos para:

10.4.1 - Permitir a geração e impressão do formulário de inventário com lista de itens para efeitos de contagem de estoque e verificação da necessidade de reposição. Deve ser impressa com base na listagem padrão de materiais definida para a unidade. Deve possuir campo para registro do inventário para cada item da lista.
10.4.2 - Dispor de tela para o registro do pedido de Materiais pela Unidade de Saúde ou pelos Centros de Consumo da Secretaria, a partir de tela baseada na listagem do formulário de inventário. A tela de pedido deve apresentar: a) O saldo b) Consumo médio dos últimos 3 períodos de reposição c) Campo para registro do inventário d) Campo para registro da quantidade pedida para reposição
10.4.3 - 10.4.3 - Permitir pedido avulso de um Material específico pela Unidade de Saúde ou pelos Centros de Consumo da Secretaria, desde que façam parte da lista padrão de materiais previamente estruturada para a mesma.
10.4.4 - Permitir que a Unidade/Estoque baixe a ordem de entrega de materiais recebidos, atualizando o respectivo saldo nesse momento.
10.5 – Almoxarifado Recursos gerais necessários a administração do Almoxarifado. Deve possuir recursos para:
10.5.1 - Registrar diretamente entrada de materiais por compras e doações.
10.5.2 - Registrar entrada de materiais a partir de registros de empenhos e programação de entrega registrados pelo processo “gerenciamento de solicitação de compras.
10.5.3 - Registrar entrada de materiais identificando a vida útil do material em relação a sua data de validade.

10.5.4 - Exigir informar, no momento do registro de entrada do material no estoque do almoxarifado, o código EAN Brasil do fabricante para o material, para materiais cujo cadastro esteja marcado para exigência de código de barras
10.5.5 - Exibir mensagem de alerta ao operador após o login, avisando-o sobre eventuais materiais cuja validade esteja expirando, conforme dias de antecedência informado no momento do registro de entrada do material no estoque.
10.5.6 - Registrar entrada de formulários numerados indicando a numeração inicial e final objetivando identificar a numeração na ordem de entrega gerada no almoxarifado e posterior rastreio.
10.5.7 - Dispor de tela para o acompanhamento dos pedidos em processo de elaboração nas unidades e posterior avaliação desses pedidos de materiais e aprovação. A tela de aprovação de pedidos deve exibir para cada material: a) A média de consumo b) Consumo do último período c) Saldo no estoque da unidade requisitante d) Saldo no almoxarifado
10.5.8 - A tela para a aprovação de pedidos de material deve permitir a aprovação centralizada, porém deve gerar ordem de entrega quebrando por depósito. Deve gerar ordem de entrega eletrônica para o gerente do depósito (quando diferente do depósito principal do almoxarifado).
10.5.9 - Na tela para aprovação de pedidos de material, quando houver aprovação de determinado material cuja quantidade a ser entregue se origine de lotes diferentes, deve apresentar link/recurso para identificar quais lotes e respectivas quantidades.
10.5.10 - Emitir, ao aprovar o pedido de materiais, uma listagem dos itens aprovados com seus respectivos lotes ou numeração de formulários (Ordem de Entrega), devendo constar na listagem:

a) Unidade/estoque destino b) Almoxarifado origem c) Número do pedido d) Data e) Itens pedidos com: e1) Respectivas quantidades aprovadas e2) Lote do qual o material deve ser entregue e3) Fracionamentos por embalagem de estocagem existentes para facilitar a organização do material a ser entregue (ex.: 1 caixa e 5 blister).
10.5.11 - Obter relatórios de controle e conferência.
11 - INFORMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA Ferramentas de apoio às atividades da Assistência Farmacêutica (dispensação de medicamentos)
11.1 - Características Gerais e Parametrizações Funcionalidades gerais esperadas para os serviços da Atenção Farmacêutica.
11.1.1 - Apresentar total compatibilidade e integração com o módulo de almoxarifado.
11.1.2 - Dispor de recurso, para que quando do atendimento de usuários SUS, seja possível cadastrar e manter os respectivos cadastros, conforme padrão definido em Administração de Cadastros.
11.1.3 - Disponibilizar área para registrar informações sobre o usuário SUS em sua relação com o serviço de entrega de medicamentos. Permitir consulta dos registros.
11.1.4 - Permitir a estruturação de dispensários específicos para medicamentos de farmácia básica, medicamentos especiais (alto custo) e aqueles originados em processos judiciais.

11.1.5 - Deve possuir tabela de DCB (Denominação Comum Brasileira) internalizada para permitir estruturação do cadastro de medicamentos.
11.1.6 - Dispor de tela para cadastrar a Estrutura de Medicamentos a partir de cadastro de DCB (Denominação Comum Brasileira), definindo concentração e Forma Farmacêutica. Deve suportar a estruturação de medicamentos compostos por múltiplas substâncias (DCBs diferentes).
11.1.7 - Dispor de tela para identificar a estrutura de Medicamentos, identificando o vínculo com as Listas de Medicamentos Controlados e identificar o tipo de receita.
11.1.8 - Permitir a definição da duração máxima de tratamento para determinado medicamento, restringindo a prescrição e dispensação.
11.1.9 - Dispor de tela para vincular a Estrutura de Medicamentos aos materiais cadastrados pela Administração de Materiais (medicamentos e materiais afins).
11.1.10 - Definir previamente, a nível cadastral, a identificação de medicamentos de uso contínuo.
11.1.11 - Dispor de tela para permitir a estruturação de protocolo que restrinja a prescrição/dispensação de medicamentos por atividades profissionais, identificando se determinada atividade profissional pode ou não prescrever medicamentos.
11.1.12 - Permitir o cadastro de tabelas de apoio como: formas de prescrição, forma farmacêutica, unidade de prescrição, via de administração e indicação terapêutica.
11.1.13 - Permitir o cadastro de programas de saúde, devendo identificar: a) Usuários que fazem parte do programa b) Medicamentos vinculados ao programa c) Restringir a entrega de medicamentos vinculados a programas somente a usuários SUS vinculados ao mesmo programa

11.1.14 - Permitir a exibição da informação de que o usuário SUS em atendimento faz parte de um ou mais programas de saúde, identificando quais. Deve apresentar essa informação nas telas de: a) Cadastro do Usuário SUS b) Recepção c) Atendimento em Salas Informatizadas (médico/enfermagem) d) Atendimento no dispensário
11.1.15 - Possibilitar configurar por medicamento se estará disponível para dispensação em: a) Unidades de saúde (básicas e especializadas) b) Somente para unidades do serviço de urgência e emergência c) Unidades básicas e de urgência e emergência
11.1.16 - Disponibilizar relatório gerencial específico para acompanhamento de atendimentos realizados no período, identificando total de atendimentos, média diária de atendimentos, total de dispensações.
11.1.17 - Disponibilizar relatório gerencial específico para acompanhamento de dispensações por medicamento por período unidade e medicamento, apresentando data, usuários SUS, quantidade, número da receita.
11.1.18 - Disponibilizar relatório gerencial específico para acompanhamento de atendimentos realizados por determinado operador em determinada data de um dispensário. Deve apresentar dados de todas as ações realizadas.
11.1.19 - Disponibilizar relatório gerencial específico para acompanhamento da origem das prescrições. Deve apresentar a unidade de origem da prescrição, o profissional prescritor e as respectivas dispensações ocorridas.

11.2 - Informatização da operação de dispensação de medicamentos a usuários SUS Capacidades necessárias para o momento do atendimento ao cidadão no momento da dispensação de medicamentos.
11.2.1 - Iniciar a entrega de Medicamentos identificando o usuário SUS beneficiado e o portador da receita, e selecionando o Profissional e unidade que prescreveu de uma lista, podendo ser também informado um profissional externo a rede.
11.2.2 - Exibir junto aos dados do usuário SUS, se recurso de captura e armazenamento de fotografias estiver habilitado, na tela de atendimento do dispensário, a foto do usuário SUS.
11.2.3 - Dispor de tela para registrar a entrega de medicamentos: a) Diretamente b) A partir de receitas cadastradas pelo dispensário c) A partir de receitas emitidas por profissionais diretamente, a partir do atendimento ao usuário SUS com assistência do sistema em consultório informatizado
11.2.4 - Permitir a identificação do lote do medicamento que estiver sendo dispensado
11.2.5 - Exibir mensagem alertando o operador de que determinado material, a despeito de estar marcado para exigência de validação por código de barras na dispensação, não possui um código EAN Brasil cadastrado para aquele lote/fabricante selecionado
11.2.6 - Exigir, ao dispensar materiais/medicamentos na Farmácia Básica, que o código EAN Brasil do material seja informado, para materiais que estejam marcados para exigência de confirmação por código de barras e cujo lote/fabricante possua um código de barras cadastrado
11.2.7 - Restringir, durante o registro da dispensação de determinado medicamento, a duração máxima de tratamento para determinado medicamento conforme parâmetros cadastrados no item 11.1.9.
11.2.8 - Deve possuir mecanismo para registro dos medicamentos e materiais procurados pelos pacientes e não disponíveis nos pontos de distribuição de materiais e medicamentos. Para isso deve dispor na tela de registro de entrega de medicamentos, recurso para registrar

a falta de determinado medicamento identificado durante o processo de atendimento, para efeitos de consulta posterior.
11.2.9 - Dispor de ferramenta para registrar situações relacionadas a saúde do paciente, como reação ou intolerância a determinado medicamento.
11.2.10 - Dispor na tela de registro de entrega de medicamentos, recurso para registrar atendimento que gerou apenas orientação ao usuário SUS .
11.2.11 - Ao operar a tela de registro de entrega de medicamentos, gerar avisos de vencimento de medicamentos durante o atendimento, ao operador do sistema.
11.2.12 - Ao operar a tela de registro de entrega de medicamentos gerar avisos ao operador quando o medicamento selecionado só possa ser entregue a usuários SUS participantes de determinado programa de saúde.
11.2.13 - Exibir na tela de registro de entrega de medicamentos, durante a dispensação de medicamento de uso contínuo: a) a data de suficiência com base na quantidade informada, b) botão para tela de Histórico de atendimentos anteriores contendo o registro de todas as dispensações.
11.2.14 - Dispor de tela para registrar a entrega de medicamentos controlados, registrando todos os dados exigidos pela ANVISA, de acordo com a portaria 344 de 12 de maio de 1998.
11.2.15 - Permitir a emissão de todos os documentos necessários, exigidos pela Vigilância Sanitária: a) Livro de Registro Específico b) BMPO (Balanço de Medicamentos Psicoativos e de outros Sujeitos a Controle Especial) c) RMNRA (Relação Mensal de Notificações de Receita A)
11.2.16 - Possibilitar Agendamento e Recepção de Pacientes em um Dispensário de Medicamentos, incluindo atendimento para dispensação de Usuários SUS recepcionados, com as seguintes características:

11.2.17.1 - Permitir a criação de agendas para atendimento de Usuários SUS num dispensário com hora marcada e sem hora marcada. 11.2.17.2 - Permitir o agendamento de Usuários SUS para o atendimento em um dispensário, a partir de qualquer unidade de saúde da rede a partir de cotas físicas definidas por unidade. 11.2.17.3 - Permitir estruturar guichê para recepção de Usuários SUS para atendimento de dispensação de medicamentos a partir de atendimentos agendados para o dispensário. 11.2.17.4 - Permitir no guichê de recepção, a recepção direta de Usuários SUS para atendimento de dispensação de medicamentos. 11.2.17.5 - Permitir o atendimento de Usuários SUS recepcionados pela recepção do dispensário com chamada do Usuários SUS por painel de chamada cfe item 20.
11.3 - Controle de aviamento de receitas digitais entre farmácia Privada e dispensários da rede Recursos necessários para permitir o controle do aviamento de receitas digitais por farmácias privadas e/ou dispensários/farmácias da rede pública de saúde.
11.3.1 - Prescrições digitais de medicamentos devem oferecer controle de dispensação pela farmácia privada, devendo: a) Permitir, ao acessar o portal de validação do documento digital, saber se um ou mais medicamentos de uma prescrição foi ou não dispensado. b) Não permitir o registro de dispensação de medicamentos já aviados em outra farmácia (pública ou privada). c) Permitir que, ao acessar portal de validação do documento digital, possa registrar a dispensação de medicamentos ainda não aviados. d) Ao registrar a dispensação de medicamentos, deve solicitar todos os dados pertinentes do portador da receita.

e) Ao registrar a dispensação, deve registrar a identificação do estabelecimento (nome e CNPJ) e do Farmacêutico Responsável e seu respectivo identificador junto ao Conselho Regional de Farmácia.
11.3.2 - Prescrições digitais de medicamentos devem oferecer controle de dispensação pelos dispensários da rede pública de saúde, devendo: a) Ao acessar a tela de registro de aviamento, saber se um ou mais medicamentos de uma prescrição foi ou não dispensado por farmácia privada, tendo por base a existência do registro de dispensação que tenha sido realizado no portal, conforme item 1. b) No caso de haver dispensação de medicamentos por farmácia privada, deverá ser possível consultar todos os dados registrados. c) Permitir ou não, conforme configurado para o município, o registro de dispensação de medicamentos já aviados em farmácia privada. d) Permitir que, ao acessar a tela de dispensação, possa registrar a dispensação de medicamentos ainda não aviados. e) Deve atender normalmente os demais requisitos para dispensação de receitas previstos no item 2.
11.4 - Assinatura Digital pelo Farmacêutico Recursos disponíveis para permitir ao farmacêutico assinar digitalmente a dispensação de medicamentos.
11.4.1 - Dispor de recurso para permitir a parametrização, permitindo configurar para quais os tipos de receita será exigido a assinatura do atendimento por um profissional farmacêutico, após a dispensação ser executada.
11.4.2 - Permitir ao profissional farmacêutico, que possuam assinatura digital cadastrada no sistema, ao finalizar um atendimento farmacêutico, assinar o recibo de dispensação em um atendimento.

11.4.3 - Permitir que para dispensações realizadas por outros profissionais, estas gerem uma pendência de assinatura, para que o farmacêutico possa validar e assinar digitalmente o atendimento posteriormente.
11.4.4 - Permitir ao farmacêutico, que possua assinatura digital cadastrada no sistema, acessar uma tela de pendências e verificar todos os registros de dispensação (conforme configuração do tipo de receita) que possuam pendência de assinatura, e realizar a assinatura das mesmas.
11.4.5 - Permitir, na tela de pendências de assinatura digital do farmacêutico, selecionar mais de uma pendência de assinatura na dispensação e assiná-las em lote.
11.4.6 - Permitir que, com a assinatura digital do farmacêutico em uma dispensação, o recibo de entrega do medicamento seja gerado assinado digitalmente, podendo ser enviado digitalmente ao usuário SUS.
12 - INFORMATIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO À GESTÃO Conjunto de ferramentas de produtividade às funções administrativas da secretaria
12.1 - Relatórios de Coordenação Ferramentas de Relatórios e listagens objetivando disponibilizar informações às coordenações. Deve possuir recursos para:
12.1.1 - Permitir que seja disponibilizada para uso das Coordenações/Secretário de Saúde.
12.1.2 - Dispor de Relatórios de Morbidade, Produção e Atendimento.
12.1.3 - Dispor de Relatórios do TFD que permita obter relatórios de Processos TFD por período, por situação (pendentes, finalizados, cancelados), por destinos (cfe. cadastro de destinos), por procedimentos/especialidades.

12.1.4 - Dispor de Relatórios de Demanda reprimida para Consultas Especializadas totalizado por especialidades, identificando demanda reprimida total de primeira consulta, retorno e oferta média de vagas para primeira consulta e consulta de retorno.
12.1.5 - Dispor de relatório detalhado por especialidade, identificando ordem na fila, nome, telefone e matrícula do usuário SUS.
12.1.6 - Dispor de relatório de evolução da fila por especialidade, identificando a evolução de entrada e saída de Usuários SUS da LE para um período mínimo de 3 meses mostrando as quantidades de entrada e saída na lista de espera e o saldo, mês a mês.
12.1.7 - Dispor de Relatórios de Oferta de Consultas Especializadas identificando o total de oferta de consultas por especialidade, detalhando por tipo de consulta (nova e retorno), identificar a cotas reservadas para PPI. Permitir aplicação de filtro por unidade ofertante.
12.1.8 - Dispor de relatório de Absenteísmo por especialidade.
12.1.9 - Dispor de Relatórios de Demanda reprimida por Procedimentos especializados que permitam avaliar a Demanda de Procedimentos por Procedimento, por Unidade, por Bairro e por usuários SUS.
12.1.10 - Dispor de relatórios de Absenteísmo (faltosos) para procedimentos agendados.
12.1.11 - Dispor de Relatório de procedimentos requisitados por profissionais.
12.1.12 - Dispor de Relatórios de Procedimentos autorizados por prestador.
12.1.13 - Dispor de Relatórios de Consumo de Materiais por Unidades.
12.1.14 - Dispor de tela única para consulta do extrato do usuário SUS apresentando Dados de Atendimentos, absenteísmo em agendamentos, dados de processos TFD, Lista de Espera em Consultas Especializadas, Lista de Espera em Procedimentos Especializados, dados de dispensação de medicamentos, dados de transportes realizados para municípios referência.
12.1.15 - Permitir, na tela de consulta do extrato do usuário SUS, a inserção, em formato livre, de informações pertinentes ao mesmo.

12.2 - Fechamento do Faturamento Ferramentas para consolidação da produção das unidades, devendo atender todos os padrões do MS. Deve possuir recursos para:
12.2.1 - Permitir o registro administrativo da Produção das Unidades da Saúde.
12.2.2 - Permitir o Fechamento de Produção de todas as unidades da rede bem como de prestadores de serviço
12.2.3 - Gerar arquivos para importação pelo BPA/SIA consolidado ou individualizado.
12.2.4 - Permitir, ao gerar arquivos para importação pelo BPA/SIA, aplicar filtro por financiamento.
12.2.5 - 12.2.5 - Permitir regerar arquivos para importação pelo BPA/SIA da competência atual bem como das competências anteriores (deverá gerar o mesmo arquivo não permitindo alterações).
12.2.6 - Deve Bloquear alterações nos registros de atendimento depois da geração de arquivos de exportação para o BPA/SIA
12.2.7 - Gerar arquivos por unidade para alimentar o e-SUS através do PEC utilizando a ferramenta/modelo Thrift dos cadastros individuais, domiciliares, da ficha de atendimento, ficha de procedimento, ficha de atendimento odontológico individual, ficha de visita domiciliar e ficha de atividades coletiva.
12.2.8 - Dispor de relatório no modelo dos arquivos gerados para BPA/SIA para efeitos de conferência.
12.3 - Publicação de Listas de Espera Mecanismo que permita a publicação no site da Prefeitura da Lista de Espera para exames e consultas especializadas. Deve possuir recursos para:

12.3.1 - 12.3.1 - Possibilitar a publicação dinâmica (link para relatório do sistema) de listas de espera na Internet (site da secretaria ou prefeitura) para pesquisas dos usuários SUS, devendo atender aos seguintes requisitos: a) Consulta a listas de espera em especialidades médicas b) Consulta a listas de espera de procedimentos (exames) c) Consulta a listas de espera na Atenção Primária d) Deve exibir indicação das situações vinculadas e/ou eventuais bloqueios a cada caso e) A lista deve ser apresentada sem a identificação do usuário SUS, porém, apresentar sua matrícula municipal, iniciais do nome e data de nascimento f) Deve permitir que o cidadão pesquise, utilizando sua matrícula municipal, a sua situação nas respectivas listas g) Deve informar se houver atendimento agendado h) Deve informar se houver atendimento realizado
12.4 - Informatização da solicitação de manutenção Ferramentas para administrar as solicitações de serviço e sua distribuição aos setores responsáveis por sua execução. Deve possuir recursos para:
12.4.1 - Possibilitar a estruturação do serviço de modo que haja uma central de coordenação, possibilitando que usuários notifique situações a essa central, a qual direciona para a unidade prestadora de serviço capacitada a atender aquela demanda.
12.4.2 - Possibilitar a notificação de problemas na Unidade ou pela própria central de coordenação.
12.4.3 - Possibilitar que a unidade notificante acompanhe o status das notificações que fizer (Aprovação/Negação, negação, em execução, etc..).
12.4.4 - 12.5.4 - Possibilitar que a unidade notificante baixe a notificação após a conclusão dos serviços, identificando o grau de satisfação referente ao serviço realizado.

12.4.5 - Possibilitar a central de coordenação operar com setor de serviço informatizado, permitindo que o próprio setor coloque as Ordens de Serviço em processo de execução e registre sua conclusão.
12.4.6 - Possibilitar a central de coordenação operar com setor de serviço não informatizado, permitindo que a coordenação dos serviços emita planilhas com as Ordens de Serviço atribuídas ao mesmo e, após a devolução das planilhas com informações de execução.
12.4.7 - Possibilitar a central de coordenação que a central de coordenação de serviços monitore as notificações de problemas e registre a Aprovação/Negação; quando aprovados, gerar Ordem de Serviço com a Indicação do Setor de Serviço responsável pela execução.
12.4.8 - Permitir operar com serviços próprios, controlados pela própria coordenação, permitindo que gerencie a execução de serviços, como vidraceiros, chaveiros, etc.
12.4.9 - Dispor de tela para possibilitar ao Setor de Serviço o recebimento eletrônico das ordens de serviço aprovadas pelo Administrador, registrar o início da execução dos serviços e posteriormente, após a unidade notificadora registrar que foi atendida, registrar sua conclusão.
12.5 - Informatização do Gerenciamento do Malote da Regulação Gerenciamento de envio e recebimento de documentos para autorização de procedimentos e consultas entre unidades e setor de regulação. Deve possuir recursos para:
12.5.1 - Deve possuir recursos para a geração de malotes pelos estabelecimentos em saúde, para o envio das solicitações de agendamentos (encaminhamentos e exames) para a central do agendamento. Neste sentido deve dispor de tela para criar malote, permitindo que as unidades de saúde identificar todos os registros de requisição de procedimentos que exijam a avaliação e autorização do médico regulador e posterior agendamento ou cujo grupo de procedimentos indique que a requisição deva ser enviada ao setor de regulação para agendamento.
12.5.2 - O gerenciamento pela unidade deve permitir ao operador marcar os registros correspondentes aos documentos que serão enviados.

12.5.3 - O gerenciamento pela unidade deve dispor de um controle de malote aberto/fechado, permitindo que novos registros possam ser incluídos num malote aberto.
12.5.4 - O gerenciamento pela unidade deve permitir excluir um documento de um malote em aberto.
12.5.5 - O gerenciamento pela unidade deve permitir fechar o malote, imprimindo o documento de malote contendo a data e número do malote e a listagem de documentos vinculados.
12.5.6 - O gerenciamento pela unidade deve permitir gerenciamento pela unidade deve permitir a impressão de uma segunda via do documento de malote.
12.5.7 - O gerenciamento pela unidade deve permitir gerenciamento pela unidade deve permitir a criação de mais de um malote por dia.
12.5.8 - O gerenciamento pela unidade deve permitir cancelar um malote fechado
12.5.9 - Dispor de tela para que o setor de regulação, a partir da identificação de um número de malote, possa visualizar a lista de documentos que estão vinculados com o mesmo. Deve permitir que o operador, após a conferência do malote físico, possa marcar quais documentos que vieram no malote. Registros que porventura sejam marcados como não constando no malote deverão ficar marcados na listagem de controle (da unidade e do setor de regulação) como malote pendente, podendo desta situação, permitir as seguintes ações: a) A unidade de origem desmarca o documento que foi marcado no destino como faltante (assumindo que realmente não foi enviado) b) O setor de regulação marca que o documento de fato veio
12.5.10 - Dispor de tela gerenciamento para o setor de regulação que permita identificar todos os registros de requisição de procedimentos foram autorizados pelo médico regulador ou cujo grupo de procedimentos indique que a requisição deva ser enviada ao setor de regulação, e que já foram agendados. A visualização dos registros deverá ocorrer a partir da seleção de um grupo de procedimentos.

12.5.11 - O gerenciamento para o setor de regulação deve permitir ao operador marcar os registros correspondentes aos documentos que serão enviados. Ao confirmar a tela, o sistema deve gerar automaticamente os malotes (com situação em aberto) para as respectivas unidades. Requisições não aprovadas pelo Médico Regulador deverão ser destinadas à unidade requisitante. Documentos aprovados/agendados deverão ser destinadas às unidades referência do paciente.
12.5.12 - O gerenciamento para o setor de regulação deve dispor de um controle de malote aberto/fechado, permitindo que novos registros possam ser incluídos num malote aberto.
12.5.13 - O gerenciamento para o setor de regulação deve permitir excluir um documento de um malote em aberto.
12.5.14 - O gerenciamento para o setor de regulação deve permitir fechar o malote, imprimindo o documento de malote contendo a data e número do malote e a listagem de documentos vinculados.
12.5.15 - O gerenciamento para o setor de regulação deve permitir a impressão de uma segunda via do documento de malote.
12.5.16 - O gerenciamento para o setor de regulação deve permitir a criação de mais de um malote por dia.
12.5.17 - O gerenciamento para o setor de regulação deve permitir cancelar um malote fechado.
12.5.18 - Dispor de tela para que a unidade de saúde, a partir da identificação de um número de malote, possa visualizar a lista de documentos que estão vinculados com o mesmo. Deve permitir que o operador, após a conferência do malote físico, possa marcar quais documentos que vieram no malote. Registros que porventura sejam marcados como não constando no malote deverão ficar marcados na listagem de controle (da unidade e do setor de regulação) como malote pendente, podendo desta situação, permitir as seguintes ações: a) O setor de regulação (origem do malote) desmarca o documento que foi marcado no destino como faltante (assumindo que realmente não foi enviado)

b) A unidade de saúde marca que o documento de fato veio
12.6 - Informatização da Conferência Municipal de Saúde Módulo específico para apoio da conferência, que funcione como ferramenta de colaboração para apoio a conferência municipal de saúde. Deve possuir recursos para:
12.6.1 - Possibilitar o registro das sugestões dos grupos de debate/estudo com suporte a múltiplos grupos simultaneamente.
12.6.2 - Disponibilizar tela para exibição das propostas para cada item/tema para avaliação em plenária, possibilitando ao coordenador da plenária registrar a proposta selecionada.
12.6.3 - Gerar relatório final para possibilitar a publicação em site do resultado final dos trabalhos da conferência.
12.7 - Informatização de Avisos Administrativos Ferramenta de publicação de avisos pelos administradores e coordenadores de departamento/área, aos operadores de todas as frentes informatizadas. Deve possuir recursos para:
12.7.1 - Possibilitar aos Administradores do Sistema e coordenadores dos departamentos de Materiais, Exames, Agenda de Especialidades, Almoxarifado, etc., o envio de mensagens administrativas aos operadores do sistema com controle de leitura para operadores.
12.7.2 - Permitir ao operador que visualize o aviso e que marque o aviso como lido.
12.7.3 - Dispor de painel para gerenciamento de avisos publicados com controle de leitura que liste os operadores que leram o aviso.
12.7.4 - Dispor no painel de controle de leitura, a possibilidade de reenvio da mensagem para o(s) operador(es).
12.8 - Informatização da Lista Telefônica da Secretaria Lista telefônica da Secretaria de Saúde. Deve possuir recursos para:

12.8.1 - Dispor de Lista Telefônica mantida pelo responsável pela administração do sistema e disponível para consulta em todas as áreas informatizadas.
13 - INFORMATIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DE USUÁRIOS SUS Sistema para registro de notificação de Agravos e registro de ações de monitoramento dos respectivos Usuários SUS, com emissão de relatório gerencial e de controle do processo
13.1 – Administração Ferramentas para administrar o sistema e parametrizar o funcionamento do processo de notificação e monitoramento. Deve possuir recursos para:
13.1.1 - Permitir criar cadastro prévio de agravos com definição de parâmetros para identificar: a) Descrição do agravo. b) A idade considerada para crianças. c) A considerada para idade para idosos. d) O número de dias para a frequência do monitoramento de crianças. e) O número de dias para a frequência do monitoramento de idosos. f) Dispor de campo para registro de detalhes referente ao agravo. g) Dispor de possibilidade de parametrizar a exigência de, ao notificar o agravo, solicitar a data em que o Usuário SUS iniciou seu isolamento. h) Dispor da possibilidade de definir quem serão os profissionais que farão as notificações em ambientes administrativos.
13.1.2 - Permitir Cadastrar, para cada Agravo, o conjunto de Sintomas mais comuns, devendo permitir identificar por sintoma:

a) Se o sintoma estará disponível no rol de sintomas para realização de monitoramento pelo aplicativo móvel. b) Se o sintoma deverá gerar alerta no painel de gerenciamento ser for selecionado pelo usuário no aplicativo móvel.
13.1.3 - Permitir Cadastrar, para cada Agravo, as condições agravantes.
13.1.4 - Permitir Cadastrar, para cada Agravo, as Formas de Contágio.
13.1.5 - Permitir Cadastrar, para cada Agravo, a Situação do usuário SUS para efeitos de monitoramento, devendo permitir identificar por situação: a) Se a situação estará disponível no rol de situações para realização de monitoramento pelo aplicativo móvel. b) Se a situação deverá gerar alerta no painel de gerenciamento ser for selecionado pelo usuário no aplicativo móvel.
13.1.6 - Permitir cadastrar Locais de Internação para serem utilizados nos registros de monitoramento, objetivando identificar a localização do usuário SUS.
13.1.7 - Emitir Relatório Gerencial com Estatísticas por Caso Confirmado/Suspeita, Sexo do usuário SUS, Gestantes, Formas de Contágio, Distribuição de Casos por Bairro, Situação de Monitoramento. O relatório gerencial deve dispor de gráficos com possibilidade de imprimi-los.
13.1.8 - Dispor de relatório para obter a relação de usuários SUS Notificados, devendo dispor de: a) Filtro para seleção do Agravo. b) Filtro para seleção da unidade que notificou o caso. c) Filtro para seleção da unidade responsável por monitorar o caso. d) Filtro para listar apenar notificações se a pessoa notificada for gestante.

e) Link ou botão para visualizar a ficha de notificação das respectivas notificações relacionadas.
13.1.9 - Dispor de relatório para obter a relação de usuários SUS em Processo de Monitoramento, devendo dispor de: a) Filtro para seleção do Agravo. b) Filtro para seleção da unidade que notificou o caso. c) Filtro para seleção da unidade responsável por monitorar o caso. d) Filtro para listar apenar notificações se a pessoa notificada for gestante.
13.1.10 - Dispor de relatório para obter a relação de usuários SUS por unidade, devendo dispor de: a) Filtro para seleção do Agravo. b) Filtro para seleção da unidade que notificou o caso. c) Filtro para seleção da unidade responsável por monitorar o caso. d) Filtro para listar apenar notificações se a pessoa notificada for gestante. e) Apresentar dados consolidados por unidade. f) Possibilidade de obter sub relatório detalhado dos usuários SUS notificados.
13.1.11 - Dispor de relatório de Casos por Bairro a) Filtro para seleção do Agravo. b) Filtro para seleção da unidade que notificou o caso. c) Filtro para seleção da unidade responsável por monitorar o caso. d) Filtro para listar apenar notificações se a pessoa notificada for gestante.
13.2 – Notificação Ferramenta para organizar o processo e registrar a notificação. Deve possuir recursos para:

13.2.1 - Permitir notificar casos a partir de unidades de saúde e administrativamente.
13.2.2 - Identificar, no ato da notificação: a) Unidade notificadora b) Sintomas c) Agravantes d) Forma de Contágio e) Data dos Primeiros Sintomas f) Data do Isolamento (se aplicado) g) Local de Trabalho/Estudo h) Trimestre de Gestação (se aplicado) i) Se a pessoa notificada é profissional de saúde i.1) Se for profissional de saúde, identificar o CBO j) Identificação de caso confirmado k) Identificação de uso de medicamentos l) Identificação de vacinas aplicadas m) Detalhes gerais
13.2.3 - Permitir, no momento da Notificação, realizar o primeiro Monitoramento do caso, informando: a) Horário b) Local em que deverá ficar c) Situação do Paciente d) Tipo do Monitoramento: Monitoramento por telefone ou monitoramento pelo Aplicativo

e) No caso de selecionar monitoramento pelo Aplicativo, validar se o Usuário SUS possui aplicativo ativado, e em caso negativo, permitir ativação (exibir botão ou link para acesso a tela de ativação do aplicativo) f) Selecionar a unidade que será responsável pelo monitoramento do caso.
13.2.4 - Permitir, no momento da notificação, registrar coleta de exames, informando: a) Nome do Exame b) Responsável pela Coleta c) Data da Coleta d) Situação do exame (Solicitado, Coletado, Concluído) e) No caso de exame Concluído, permitir informar: e.1) Data do Resultado e.2) Responsável pelo exame e.3) Resultado (Positivo/Negativo/Inconclusivo).
13.2.5 - Emitir Formulário de Notificação preenchido.
13.2.6 - Emitir Formulário de Notificação em Branco.
13.3 – Monitoramento Ferramenta para organizar o processo e registrar ações de monitoramento. Deve possuir recursos para:
13.3.1 - Permitir filtrar na tela inicial de Monitoramento: a) por unidade de Monitoramento b) Por Tipo de Monitoramento, devendo apresentar opções: b.1) Todos os casos em monitoramento via telefone b.2) Todos os casos em monitoramento pelo aplicativo

b.2) Todos os casos em monitoramento via aplicativo para pessoas que tenham selecionado sintomas ou situação marcados para alerta b.3) Todos os casos em monitoramento (por aplicativo e por telefone) c) Permitir visualizar apenas os casos não monitorados.
13.3.2 - Registrar ação de Monitoramento de usuários SUS identificando Operador, Data, Hora, Local de Internação do usuário SUS, situação do usuário SUS e detalhes importantes, devendo ainda: a) Permitir selecionar sintomas b) Permitir informar se o caso está confirmado c) Permitir informar se há outro membro da família que apresenta sintomas, mas não está sendo monitorado d) Informar o tipo do Monitoramento: Monitoramento por telefone ou monitoramento pelo Aplicativo e) No caso de selecionar monitoramento pelo Aplicativo, validar se o Usuário SUS possui aplicativo ativado, e em caso negativo, permitir ativação (exibir botão ou link para acesso a tela de ativação do aplicativo)
13.3.3 - Permitir, no momento do monitoramento, registrar coleta de exames, informando: a) Nome do Exame b) Responsável pela Coleta c) Data da Coleta d) Situação do exame (Solicitado, Coletado, Concluído) e) No caso de exame Concluído, permitir informar: e.1) Data do Resultado e.2) Responsável pelo exame e.3) Resultado (Positivo/Negativo/Inconclusivo).

13.3.4 - Registrar Baixa de Monitoramento selecionando de uma lista de motivos, o motivo da baixa, de modo a permitir identificar Óbito ou Alta do usuário SUS.
13.3.5 - Permitir, ao baixar um monitoramento, registrar uma outra Notificação de Agravo, para casos onde o caso se confirma para outra doença.
13.3.6 - Consultar histórico de monitoramento de usuários SUS.
14 - INFORMATIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DE GESTANTES Sistema para registro de notificação de gestantes e registro de ações de monitoramento dessas Usuárias SUS, com emissão de relatório gerencial e de controle do processo
14.1 – Coordenação Ferramentas para a coordenação do processo de notificação e monitoramento de gestantes. Deve possuir recursos para:
14.1.1 - Cadastrar locais de realização de pré-natal.
14.1.2 - Permitir a distribuição de notificações por operador, de modo que cada operador fique responsável por um conjunto de notificações.
14.1.3 - Dispor de tela para receber notificação de intercorrências notificadas pelos operadores do monitoramento relativo a determinado usuário SUS, podendo registrar a conduta em relação ao caso e indicar sua conclusão.
14.1.4 - Obter relatório gerencial por período relativo a dados de notificação e monitoramento das Usuárias SUS.
14.1.5 - Obter extrato completo, incluindo dados cadastrais, dados da notificação, dados de monitoramento, eventos e intercorrências.
14.1.6 - Obter relatórios para controle da produtividade da equipe de monitoramento e produtividade geral do setor.

14.2 – Notificação Ferramenta para organizar o processo e registrar a notificação. Deve possuir recursos para:
14.2.1 - Registro de notificação de gestante informando os seguintes dados: a) Usuário SUS b) Data c) Unidade de origem d) Médico e) DUM f) Tempo de gestação g) Telefone para contato h) Local de pré-natal (selecionável de uma lista) i) Convênio j) Classificação de risco (baixo, médio, alto) k) Detalhes
14.2.2 - Permitir a notificação por registro administrativo, pela equipe de monitoramento, a partir de formulário.
14.2.3 - Permitir a notificação a partir da operação do sistema na unidade de saúde.
14.2.4 - Dispor de Integração com o Sistema de Regulação de Procedimentos, exigindo que, para requisitar um procedimento de Ultrassonografia Obstétrica seja exigida a notificação no sistema de Monitoramento de Gestantes.
14.3 – Monitoramento Ferramenta para organizar o processo e registrar ações de monitoramento. Deve possuir recursos para:

14.3.1 - Permitir a redistribuição da carga diária de um profissional monitor.
14.3.2 - Permitir baixar uma notificação do sistema monitoramento indicando motivo de saída (nascido vivo, natimorto, morte da mãe, administrativo) e detalhes.
14.3.3 - Permitir transferir uma ação de monitoramento para outra data.
14.3.4 - Registrar uma intercorrência relativa à determinada notificação, para ser acompanhada pelo profissional responsável pela coordenação.
14.3.5 - Registrar antecedentes de obstetrícia (parto prematuro, diabetes crônica, óbito fetal, hipertensão crônica, gestação múltipla, intervalo interpartal e detalhes).
14.3.6 - Registrar dados relativos à Usuária SUS como: unidade, médico e enfermeira que responsáveis pelo pré-natal, tempo de gestação, diabetes gestacional, hipertensão gestacional, última consulta, próxima consulta, exames realizados, queixas urinárias, perda vaginal, edemas, medicamentos, observações e risco.
15 - INFORMATIZAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE CONTRARREFERÊNCIA Permite a vinculação de Usuários SUS entre a atenção especializada (alta hospitalar, CAPS, Saúde da Mulher, etc.) com a Atenção Básica.
15.1 - Características Gerais Características gerais do serviço e aspectos de administração. Deve possuir recursos para:
15.1.1 - Permitir a criação de protocolos de atendimento por unidade de atenção especializada ou serviços (Rede Cegonha, Saúde da Mulher, CAPS, etc.). Para cada protocolo deve ser possível definir para qual faixa etária e sexo se aplica, se o agendamento na unidade básica deve ser feito junto com a notificação e em qual prazo máximo o usuário SUS deve ser agendado, evitando que sejam feitos agendamentos em datas posteriores ao prazo definido.

15.1.2 - Permitir a personalização, por unidade/protocolo, do formulário de contrarreferência a ser utilizado.
15.1.3 - Permitir o cadastro prévio da territorialização das unidades básicas de saúde com os bairros. Com isso, permitir que as notificações de contrarreferência e seu agendamento sejam realizados na unidade de referência do bairro do usuário SUS, conforme esse cadastro de territorialização.
15.1.4 - Permitir identificar, nas configurações da unidade, as unidades notificadoras, ou seja, que realizam a notificação de contrarreferência, e notificadas, ou seja, que recebem as notificações realizadas.
15.1.5 - Permitir que sejam feitas notificações de usuários SUS de outros municípios.
15.1.6 - Disponibilizar ferramenta de gerenciamento e relatório de gestão de todas as notificações cadastradas.
15.1.7 - Disponibilizar ferramenta de gerenciamento e relatório de gestão de todas as notificações cadastradas para outros municípios gerenciarem as notificações recebidas.
15.2 – Notificação Características necessárias para que as unidades notificadoras notifiquem e gerenciem essas notificações. Deve possuir recursos para:
15.2.1 - Permitir que as unidades, configuradas como notificadoras, possam realizar a notificação de contrarreferência, conforme protocolos estabelecidos.
15.2.2 - Permitir que a notificação possa ser feita independentemente da origem do usuário (SUS, particular ou de outro município).
15.2.3 - Permitir que as unidades notificadoras possam registrar a notificação, mesmo de Usuários que optem pelo não acompanhamento da rede do SUS. Nesse caso, emitir um Termo de Responsabilidade para a negativa do Usuário do serviço.
15.2.4 - Permitir que a unidade notificadora possa realizar o agendamento do usuário SUS diretamente na agenda local da unidade básica de referência do mesmo, utilizando as vagas

definidas para esta finalidade. Caso não tenha vagas disponíveis no momento da notificação, a unidade notificada recebe a notificação normalmente podendo agendar o usuário SUS posteriormente.
15.2.5 - Permitir que a unidade notificadora possa registrar as informações de orientação de contrarreferência no formulário, para posterior acesso pela unidade básica.
15.2.6 - Disponibilizar para a unidade notificadora ferramenta de gerenciamento e relatório de gestão das notificações cadastradas.
15.2.7 - Permitir que a unidade notificadora possa realizar o cadastro de novos usuários SUS.
15.3 - Atendimento na Unidade Características necessárias para que as unidades da Atenção Básica recebam e processem as notificações. Deve possuir recursos para:
15.3.1 - Disponibilizar na unidade notificada, ferramenta de gerenciamento e relatório de gestão das notificações cadastradas que tenham como referência esta unidade.
15.3.2 - Permitir que a unidade possa abrir agendas, definindo se as mesmas poderão ser acessadas somente pela própria unidade, se serão de uso exclusivo das unidades notificadoras ou ainda se serão compartilhadas com as unidades notificadoras, evitando a perda de vagas não utilizadas. Permitir a abertura de agendas compartilhadas com todas as unidades notificadoras, ou com unidades notificadoras específicas, determinadas na abertura da agenda.
16 - INFORMATIZAÇÃO DO SETOR DE BENEFÍCIOS Ferramentas de apoio ao atendimento da Assistência Social da Saúde
16.1 - Características Gerais Funcionalidades gerais esperadas. Deve possuir recursos para:

16.1.1 - Permitir operações com vínculo a partir de qualquer Unidade de Saúde da rede.
16.1.2 - Possibilitar o cadastro de famílias assistidas e seus membros.
16.1.3 - Vincular membro cadastrado com o Cadastro de usuários SUS e com UBS ESF (Estratégia da Saúde da Família).
16.1.4 - Incluir e manter cadastro de Benefícios por tipo de benefício e tipo de disponibilidade (pré autorizadas e passíveis de autorização).
16.1.5 - Incluir e manter cadastro de Fornecedores.
16.1.6 - Incluir e manter cadastro de Equipamentos disponíveis para Empréstimos.
16.1.7 - Permitir a administração da Concessão de Benefícios com a função de registrar pedido de Benefício e sua concessão com Emissão de Formulário de Entrega.
16.1.8 - Permitir a administração da Concessão de Benefícios com a função de registrar pedido de Autorização de Benefício ao Gestor/Autorizador com três orçamentos de preço.
16.1.9 - Permitir a administração da Concessão de Benefícios com Baixa de Pedidos de Autorização.
16.1.10 - Permitir a administração da Concessão de Benefícios com a função de Registro de Cotações.
16.1.11 - Registrar Atendimento com área para anotações livres.
16.1.12 - Permitir a administração de Empréstimos de equipamentos com a função de Registrar Pedido e emitir Termo de Empréstimo.
16.1.13 - Permitir a administração de Empréstimos de equipamentos com a função de Registrar Baixa por Devolução.
16.1.14 - Dispor de agenda de Tarefas por Profissional.
16.1.15 - Dispor de listagem de tarefas agendadas por data.
16.1.16 - Dispor de relatórios com Extrato de Atendimento à Família ou membro específico.
16.1.17 - Dispor de relatórios com Espelho do Cadastro da Família.

16.1.18 - Dispor de relatórios e Listagens de Atendimentos.
16.1.19 - Dispor de relatórios de Movimento por Benefícios com totalização de Investimentos.
16.1.20 - Relatórios e Listagens de Movimento por Família com totalização de Investimentos.
16.1.21 - Relatórios e Listagens de Empréstimos.
16.1.22 - Relatórios e Listagens de Equipamentos disponíveis para Empréstimo.
16.1.23 - Possibilitar o registro de Notificação de Agravos Notificáveis.
17 - INFORMATIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA Ferramentas de Apoio às atividades da Vigilância Epidemiológica
17.1 – Epidemiologia Ferramentas para controle de notificações recebidas e parametrização das funcionalidades do processo de notificação de agravos notificáveis.
17.1.1 - Permitir a Identificação de Agravos notificados do dia ou de um período.
17.1.2 - Permitir a Identificação de Agravos Notificados de uma Unidade específica ou todas.
17.1.3 - Permitir a Identificação de Agravos Notificados de um usuário SUS específico ou todos.
17.1.4 - Permitir a Identificação de Agravos Notificados de um Agravo específico ou de todos.
17.1.5 - Permitir a Identificação de Agravos Notificados de um Tipo de Notificação específico ou todos.
17.1.6 - Permitir a Identificação de Agravos Notificados somente de Agravos investigáveis ou todos.
17.1.7 - Possibilitar a emissão de Formulário de Notificação simplificado.
17.1.8 - Emitir Extrato Epidemiológico do usuário SUS incluindo Agravos e Vacinas.
17.1.9 - Registrar dados do Processos de Investigação.

17.1.10 - Registrar de Procedimentos executados pelo Setor.
17.1.11 - Cadastrar Agravos Notificáveis definindo obrigatoriedade de Notificação para determinado Agravo.
17.1.12 - Cadastrar Agravos Notificáveis definindo obrigatoriedade de Investigação para determinado Agravo.
17.1.13 - Obter listagem de Agravos Notificáveis.
17.1.14 - Permitir a Auditoria de Diagnósticos identificados nos Atendimentos registrados, objetivando rastrear possíveis casos de agravos notificáveis não notificados.
17.1.15 - Permitir a Auditoria de Diagnósticos identificados nos Atendimentos registrados, objetivando rastrear possíveis casos de agravos investigáveis não notificados.
17.1.16 - Dispor de Relatórios de Gerência e Controle.
17.1.17 - Permitir o Registro de Notificação de Agravos Notificáveis administrativamente ou a partir de unidades de saúde.
17.1.18 - Obter relatório de notificações de sintomas sentinelas.
17.2 - Controle de Imunobiológicos Funcionalidades necessárias para o gerenciamento de imunobiológicos
17.2.1 - Dispor de tela de cadastro dos lotes de imunobiológicos para todas as unidades, com identificação da unidade, do imunobiológico, laboratório, apresentação, lote, data de validade, com opção para deixar disponível ou indisponível para registro da unidade.
17.2.2 - Dispor de tela para permitir registro do movimento de imunobiológicos para todas as unidades identificando a unidade para qual está sendo realizado o registro, por lote do imunobiológico, com identificação de saldo anterior disponível, saldo anterior indisponível, saldo anterior total, frascos recebidos, frascos distribuídos, frascos utilizados, frascos transferidos, frascos perda por quebra, frascos perda por falta de energia, frascos perda por falha equipamento, frascos perda por validade vencida, frascos perda por procedimento inadequado, frascos perda por falha transporte, frascos perda por outros motivos, o sistema

deverá realizar o cálculo do saldo total automaticamente de acordo com os itens informados e permitir o registro de saldo disponível e saldo indisponível, pelo operador.
17.2.3 - Na tela de registro do movimento de imunobiológico o sistema deve apresentar as pendências dos lotes que permaneceram com saldo na competência anterior. Ao registrar o movimento da competência atual, essa pendência deve sumir da listagem de pendências.
17.2.4 - Disponibilizar relatório do movimento registrado, por competência, por unidade, por imunobiológico e por laboratório.
17.2.5 - Disponibilizar relatórios gerenciais de imunobiológicos aplicados, por unidade, por período, por faixa etária, por dose e por usuário.
17.2.6 - Disponibilizar relatório para identificar doses consolidadas de imunobiológicos por unidade, devendo: a) Permitir filtrar a unidade. b) Permitir filtrar o período. c) Permitir filtrar a faixa etária dos usuários SUS vacinados. d) Permitir filtrar a estratégia. e) Permitir filtrar um ou mais imunobiológicos f) Deve exibir no relatório os filtros aplicados e a relação de imunobiológicos e suas respectivas quantidades.
17.2.7 - Emitir Caderneta de Vacinação do usuário SUS selecionado.
17.2.8 - Emitir relatório de busca ativa de aprazamentos vencidos, ou a vencer, identificando a data do aprazamento, o imunobiológico, a dose, e o usuário. Deve ter opção de filtro no relatório para mostrar os dados de contato do usuário, identificando também, quando selecionado, o telefone, telefone celular e endereço do usuário.
17.2.9 - Permitir o Registro Anterior de imunobiológicos para fins históricos, de uma unidade específica, ou todas, permitindo identificar o usuário SUS, unidade, vacinador,

imunobiológico, dose, lote. Estes registros não devem ser exportados ao SIPNI, mas devem ficar disponíveis na impressão da Caderneta de Vacinação do usuário.
17.2.10 - Permitir o fechamento de uma competência para fins de registros de imunobiológicos. Ao realizar o fechamento o sistema deverá mostrar se há pendências de saldo do registro do movimento de imunobiológicos, que ficaram da competência anterior e não foram registrados ainda na competência que está sendo fechada, identificando as unidades e os lotes pendentes. Deve permitir ao operador que feche a competência mesmo com as pendências, ou ter botão para redirecionamento para a tela de registro de movimento de imunobiológico para que seja realizado o registro da pendência.
17.2.11 - Permitira abertura de uma competência para fins de registros de imunobiológicos. Para que seja realizada a abertura de uma competência, a competência anterior deve estar fechada.
17.2.12 - Não permitir registro de dose aplicada, nem de movimento de imunobiológico em competência fechada.
17.2.13 - Permitir a exportação das doses de imunobiológicos aplicados na competência, assim como o registro de movimento de imunobiológicos das unidades ao SIPNI.
17.3 - Controle de Endemias Funcionalidades necessária para gerenciamento de endemias, incluindo aplicativo para Agente de Combate a Endemias (ACE) e aplicações de gerenciamento.
17.3.1 - Dispor de aplicativo para utilização do Agente de Combate a Endemias (ACE), com as seguintes características: a) Permitir selecionar, a partir de opções pré cadastradas, o vetor alvo do registro. b) Permitir selecionar, a partir de opções pré cadastradas, o tipo de imóvel visitado. c) Permitir registrar as ações realizadas na visita, como inspeção, coleta de material, etc., selecionando a partir de opções pré cadastradas. d) Permitir identificar os materiais coletados.

e) Permitir registrar fotografias do local. f) Permitir registrar se é a primeira visita ou é um retorno ao local. g) Coletar todos os dados necessários h) Registrar o desfecho do processo.
17.3.2 - Dispor de módulo ou ambiente para gerenciamento das atividades relacionadas ao Controle de Endemias, devendo dispor de: a) Relatório de atividade dos Agentes de Controle de Endemias. b) Relatório de visitas efetuadas c) Relatórios por desfecho de visitas efetuadas
18 - INFORMATIZAÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO Ferramentas de apoio às atividades de administração do processo de notificação de acidentes de trabalho
18.1 – Administração Especificações gerais necessárias ao gerenciamento do processo de notificação. Deve possuir recursos para:
18.1.1 - Permitir o cadastramento do de unidades notificadoras com seguintes características: a) Possuir no mínimo os seguintes dados: Nome/Razão Social, CNPJ/CPF, Município, UF, Rua, Número, CEP, Bairro, telefones para contato; b) Identificar se notificadora exclusiva (empresas) e não exclusiva (unidades de saúde); c) Definir uma senha de acesso; d) definir o número de estações de trabalho que podem acessar o sistema de notificação
18.1.2 - Permitir o cadastro de Causas de Acidente com identificação do Código e Descrição.

18.1.3 - Permitir o cadastro de Diagnósticos com identificação do Código e Descrição.
18.1.4 - Permitir o cadastro de identificação de partes do corpo atingidas com identificação do Código e Descrição.
18.1.5 - Dispor de relatório de notificações com filtro para período, unidade notificadora e usuários SUS.
18.1.6 - Dispor de ferramenta para exportação de dados, devendo: a) Permitir a exportação de todos os dados que fazem parte da notificação b) Dispor de documento com dicionário dos dados exportados c) Dispor de gerenciador para identificar arquivos gerados com link para reprocessar e posterior download
18.1.7 - Dispor de tela com painel de todas as notificações não exportadas, com os seguintes recursos: a) Exibir número da Notificação, data, hora, Tipo de Acidente, Causa e local de notificação b) exibir link para impressão da Notificação com identificação do local, informações do paciente, informações do acidente e parecer médico
18.2 – Notificação Especificações gerais necessárias ao processo de notificação. Deve possuir recursos para:
18.2.1 - Permitir incluir e manter cadastro de usuários SUS conforme padrão definido no item Administração de Cadastros em Geral.
18.2.2 - Emitir relatório com informações sobre acidentes notificados pela unidade notificadora logada.
18.2.3 - Cadastrar uma notificação de Acidente de Trabalho, informando, no mínimo os seguintes dados: a) Identificação do cadastro do usuário SUS

b) Identificação do Regime de trabalho (CLT, Autônomo, Funcionário Público, Outro) c) Descrição da Ocupação d) Identificação da Empresa onde ocorreu o acidente e) Identificação se funcionário próprio ou terceirizado f) Identificação do município de origem g) Identificação da Data, Hora e tipo de acidente (Típico, Trajeto, Doença Ocupacional) h) Identificação da Causa do Acidente (selecionável) g) Identificação de detalhes do acidente (local, descrição, etc.) i) Gerar a Notificação para Impressão
18.2.4 - Impressão da Notificação deve apresentar os seguintes dados: a) Atendimento (unidade, data, hora e nome do atendente) b) Identificação do Paciente com dados cadastrais e dados informados no momento da notificação (identificação da empresa e dados da relação do paciente com esta) c) Dados do acidente relatados na notificação d) Área para parecer clínico, com campos a serem preenchidos pelo médico que atendeu o paciente como partes do corpo atingidas (cadastro), Diagnóstico (cadastro), detalhes, classificação da gravidade, tempo de afastamento previsto, CID10 e identificação do profissional que atendeu
18.2.5 - Dispor de ferramenta para fechamento da Notificação que permita: a) Identificar a classificação da notificação (Acidente de Trabalho, Evasão sem atendimento, médico descaracteriza Acidente de Trabalho) b) Identificação de partes do corpo atingidas (cadastro) c) Identificação do Diagnóstico (cadastro) e detalhes d) Classificação inicial (leve, moderado, grave, fatal)

e) Afastamento previsto (sem afastamento, até 15 dias, 15 a 30 dias, mais de 30 dias); f) CID10 (cadastro) g) Identificação do nome do médico e CRM h) Ao concluir a Notificação deve ser considerada fechada e somente então visível para a coordenação
19 - INFORMATIZAÇÃO DO RELACIONAMENTO COM O USUÁRIOS SUS VIA APLICATIVO Funcionalidades para permitir acesso do Usuário SUS a informações e serviços da saúde.
19.1 - Funcionalidades gerais Funcionalidades gerais necessárias ao Aplicativo de Relacionamento
19.1.1 - Compatibilidade com plataforma Android.
19.1.2 - Compatibilidade com plataforma iOS.
19.1.3 - Oferecer suporte a múltiplos usuários, permitindo que o proprietário do dispositivo gerencie também as situações de membros de sua família, dispondo das mesmas funcionalidades que o proprietário do dispositivo tem a disposição.
19.1.4 - Permitir a solicitação de atendimento em unidades da Atenção Primária, devendo dispor de recursos para: a) Solicitar o Atendimento no aplicativo. b) Obter um agendamento ou, c) Obter uma resposta/orientação.
19.1.5 - Permitir a consulta a situação de agendas.

19.1.6 - Permitir o cancelamento de agendamentos de atendimento em unidades de saúde da Atenção Primária.
19.1.7 - Permitir a transferência de compromissos agendados em unidades da Atenção Primária.
19.1.8 - Permitir o registro de monitoramento de situação de saúde, devendo: 19.8.1 - Permitir o monitoramento pelo usuário do aplicativo, de qualquer pessoa que esteja sendo gerenciada por este (cfe. Item 19.1.3) 19.8.2 - Permitir o registro de monitoramento para pessoas que no processo de monitoramento (item 13) foram indicadas para monitoramento via aplicativo. 19.8.3 – Permitir, no registro de monitoramento, informar: a) Sintomas cfe. cadastro do item 13.1.2 a. b) Situações em saúde cfe. cadastro do item 13.1.5 a. 19.8.4 - Gerenciar a periodicidade do monitoramento, garantindo a sequência dos registros dentro do período parametrizado.
19.1.9 - Dispor de funcionalidade para permitir ao usuário do aplicativo, ou para qualquer pessoa que esteja sendo gerenciada por este, acessar uma sala de espera virtual para um teleconsulta agendada, a partir de um agendamento programado para tal modalidade de atendimento, permitindo que, na sequência, através de uma web conferência, estabelecer um diálogo com o profissional de saúde responsável pelo seu atendimento.
19.1.10 - Permitir a consulta a situação de lista de espera em especialidades e exames.
19.1.11 - Permitir a consulta a dados de atendimento.
19.1.12 - Dispor de recurso para dar acesso ao usuário do aplicativo aos documentos digitais (Receitas, Atestados e Requisições) resultantes de atendimentos (presencial ou remoto).
19.1.13 - Permitir a consulta a lista de medicamentos credenciados para consulta via aplicativo.
19.1.14 - Permitir a consulta a lista de unidades de atendimento.

19.1.15 - Exibir aviso de reforço de agendamentos de consultas e exames devendo ser possível o envio de no mínimo dois avisos antes do compromisso.
19.1.16 - Exibir aviso de aprazamento de doses de vacina.
19.1.17 - Exibir aviso de vencimento para receitas de medicamentos de uso contínuo, alertando o usuário SUS para agendar consulta para renovação da receita.
19.1.18 - Permitir o envio de mensagem personalizada aos usuários do aplicativo, devendo ser possível o envio para: a) Para um usuário específico, identificado. b) Para vários usuários, permitindo os seguintes filtros: b.1) Sexo (ambos, Feminino ou Masculino) b.2) Faixa Etária b.3) Moradores de um bairro específico b.4) Moradores de determinado segmento/Área/Microárea do ESF
19.1.19 - Todas as funcionalidades devem estar totalmente integradas com o sistema proposto
20 - INFORMATIZAÇÃO DA CHAMADA DE PACIENTES VIA PAINEL DE CHAMADA Funcionalidades para permitir a ativação de painel de chamada de pacientes, devendo possibilitar:
20.1 - Funcionalidades gerais Funcionalidades gerais necessárias para o Painel de Chamada
20.1.1 - Dispor de recurso para implantar chamada de paciente em dispositivos tipo tela monitor.

20.1.2 - O recurso de chamada de paciente deve suportar que um profissional chame o paciente em mais de uma tela monitor na unidade (um chamador para vários dispositivos)
20.1.3 - O recurso de chamada de paciente deve suportar que uma tela monitor possa ser utilizado para chamada de pacientes por mais de uma estação de origem (vários chamadores para um dispositivo)
20.1.4 - O recurso de chamada de paciente deve exibir o nome do Paciente, Identificação da Sala e Nome do Profissional.
20.1.5 - Um sinal sonoro (campainha, sequência de beeps, etc.) seja emitido sempre que um paciente for chamado.
20.1.6 - O recurso de chamada de paciente deve possuir recurso de voz para permitir chamar o paciente por seu nome.
20.1.7 - O recurso de chamada de paciente deve utilizar o nome social do paciente caso este esteja registrado no cadastro, tanto para exibição do nome quanto por chamada por voz
20.1.8 - O recurso de chamada de paciente deve exibir uma mensagem da secretaria no dispositivo de exibição no intervalo entre as chamadas de pacientes.
21 - INFORMATIZAÇÃO DA ASSINATURA DE DOCUMENTOS VIA ASSINATURA DIGITAL Funcionalidades para permitir assinar prontuários e documentos resultantes de atendimentos em saúde, guarda de certificados digitais e arquivamento de documentos assinados digitalmente. Deve possibilitar:
21.1 - Funcionalidades gerais Funcionalidades gerais necessárias para Assinatura Digital
21.1.1 - Dispor de possibilidade de configurar para determinado profissional: a) Se a opção de assinar digitalmente documentos está disponível ou não. b) Configurar a localização do Certificado Digital (HSM ou Token/Cartão).

c) Suportar a identificação de mais de um certificado com suporte a tipos diferentes (HSM ou Token/Cartão).
21.1.2 - Em atendimento ambulatorial nas unidades básicas e especializadas, o sistema deve apresentar ao profissional de saúde, ao final do processo de atendimento de um paciente, uma interface solicitando (mas não obrigando) a assinatura do prontuário de atendimento e dos documentos emitidos (Prescrições Livres, Prescrições de Medicamentos, Requisições e Atestados).
21.1.3 - Em atendimento ambulatorial nas unidades básicas e especializadas, oferecer interface para que o profissional de saúde possa selecionar atendimentos ocorridos em determinada data e assinar, individualmente ou em lote, os documentos ainda não assinados.
21.1.4 - Em atendimento em unidades de urgência e emergência, oferecer interface para que o profissional de saúde possa selecionar atendimentos ocorridos em determinado período e assinar, individualmente ou em lote, os documentos ainda não assinados.
21.1.5 - Permitir que, em qualquer situação do processo de assinatura digital de um prontuário ou documento (itens 21.1.2, 21.1.3 e 21.1.4), o profissional de saúde possa consultar o conteúdo do documento que irá assinar.
21.1.6 - Permitir que, em qualquer situação do processo de assinatura digital de um prontuário ou documento (itens 21.1.2, 21.1.3 e 21.1.4), o profissional de saúde possa consultar o conteúdo do documento que assinou e de documentos que foram assinados nos últimos 6 meses.
21.1.7 - Dispor para a coordenação da unidade, os quantitativos de documentos, por profissional e por data, que estão pendentes de assinatura digital.
21.1.8 - Os documentos emitidos e assinados digitalmente como Prescrições Livres, Prescrições de Medicamentos, Requisições e Atestados, com Certificados ICP-Brasil, devem ser possíveis de serem validados no portal do ITI.
21.1.9 - Os documentos emitidos e assinados digitalmente com certificados Corporativos da própria provedora do sistema ou assinados com certificados ICP-Brasil, deve ser possível de

serem consultados para verificação de conteúdo e tipo de certificado utilizado para assinatura (próprio ou ICP-Brasil). em portal próprio, o qual exiba as informações do documento, conforme ele foi gerado e assinado originalmente.
22 - Processamento da Produção Automatizada Funcionalidades necessárias para permitir a simplificação do processo de baixa e conferência e gerenciamento das operações de faturamento das guias municipais junto aos Prestadores de Serviço.
22.1 - Exigir assinatura digital, conforme padrões já estabelecidos neste Termo de Referência, para as guias de autorização de procedimentos e atendimentos, quando forem emitidas pela secretaria de saúde, caracterizando-se assim uma Guia de Autorização Digital, a qual deverá ficar armazenada junto aos documentos digitais, conforme padrões já estabelecidos neste Termo de Referência.
22.2 - Dispor de recurso para que o município envie da Guia de Autorização Digital por algum dos meios de comunicação previstos neste Termo de Referência.
22.3 - Para atendimentos com Guia de Autorização Digital, o Prestador de Serviço deverá poder atender normalmente, sem exigência de uma Guia de Autorização impressa.
22.4 - O sistema deverá dispor de recurso para promover a validação diária para determinar se as Guias de Autorização Digital foram executadas, a partir de um processo de integração que permita essa validação. Todas as guias validadas devem ser baixadas com situação de Executada.
22.5 - O sistema deverá dispor de recurso para permitir ao Prestador de Serviço acompanhar o processo de validação da execução das Guias de Autorização Digitais, devendo permitir: a) Consultar a situação de determinada Guia de Autorização Digital que tenha sido validada. b) Assinar Digitalmente todas as Guias de Autorização Digitais validadas automaticamente. c) Baixar manualmente as Guias de Autorização Digitais que não forem validadas, devendo:

c.1) Definir o desfecho com uma das seguintes situações de desfecho: Executadas, Não Executadas, Falta do Paciente c.2) Informar uma justificativa. c.3) Assinar Digitalmente uma Guia de Autorização Digital baixada manualmente, não importando o motivo, devendo permitir assinatura em lote.
22.6 - O sistema deve dispor de recurso para permitir ao Prestador de Serviço realize o fechamento da produção da competência e, neste ato: a) Possa validar se os documentos de habilitação os quais são exigidos em seu credenciamento estejam atualizados. b) Permitir que atualize documentos, fazendo o upload do mesmo. c) Permitir ao Prestador de Serviço assinar digitalmente, conforme padrões estabelecidos neste Termo de Referência, o relatório de produção para faturamento.
22.7 - O sistema deve dispor de recurso para permitir que o responsável pelo recebimento da produção do Prestador de Serviço possa fazer o fechamento, objetivando gerar a autorização de faturamento, devendo: a) Dispor de tela para inspecionar o relatório de produção para faturamento, em que possa visualizar: a.1) Guias de Autorização Digitais validadas automaticamente, podendo consultar o log dessa validação. a.2) Guias de Autorização Digitais baixadas manualmente, podendo consultar detalhes e justificativas a.3) Guias de Autorização Digitais, autorizadas para a competência, porém, que não têm desfecho. b) Permitir que o relatório de produção para faturamento seja glosado, exigindo justificativa/nota explicativa.

c) Permitir que o relatório de produção para faturamento seja aprovado, permitindo registro de considerações. d) Ao aprovar um relatório de produção para faturamento, emitir autorização de faturamento para o Prestador de Serviço, devendo esta ser assinada digitalmente, conforme padrões estabelecidos neste Termo de Referência. e) A autorização de faturamento deve conter campo para instruções ao Prestador de Serviço sobre detalhes que devam constar na nota fiscal.
22.8 - O sistema deve dispor de recurso para que o Prestador de Serviço receba a autorização de faturamento e, a partida da mesma possa: a) Possa validar se os documentos de habilitação os quais são exigidos em seu credenciamento estejam atualizados. b) Permitir que atualize documentos, fazendo o upload do mesmo. c) Possa identificar a nota fiscal eletrônica emitida, de forma que esta fique anexada ao processo. d) Possa acompanhar as etapas seguintes do processo.
22.9 - O sistema deve dispor de recurso para que o responsável pelo controle da produção e/ou faturamento possa: a) Acompanhar as etapas do processo de faturamento dos prestadores. b) Acessar documentos de habilitação e a nota fiscal para que possa validar essas informações. c) Glosar o faturamento. d) Aprovar o faturamento, assinando digitalmente conforme padrões estabelecidos neste Termo de Referência. e) Ao aprovar o faturamento, o sistema deve liberar para o profissional responsável pela área financeira, permitindo que finalize o processo. f) Acompanhar o processo até a finalização pelo setor financeiro.

22.10 - O sistema deve dispor de recurso para que o profissional responsável pela área financeira possa:

a) Acompanhar as autorizações de faturamento concluídas.

b) Registrar a finalização do processo.

23 – INTEGRAÇÃO DE PRONTUÁRIOS ENTRE AS UNIDADES AMBULATORIAIS, DE URGÊNCIA E HOSPITALAR.

Funcionalidades para permitir que os prontuários da rede ambulatorial da Atenção Básica e Atenção Especializada possam consultar prontuários de atendimento nas UPAs e Complexo Hospitalar Irmã Dulce e vice-versa:

23.1 – Disponibilizar na Tela de Atendimento em Saúde, para todos os profissionais de saúde em atendimento, bem como para Profissionais que atuem nos processos regulatórios, botão ou link para acessar o prontuário de atendimento de determinado paciente identificado pelo seu CPF ou CNS, que tenha sido atendido em UPAs ou no Complexo Hospitalar Irmã Dulce quando esse atendimento teve seu registro efetuado em sistemas terceiros. Devendo:

a) Ao ser acionado, deve solicitar os dados ao sistema terceiro através da API disponibilizada.

b) Garantir que o acesso ao prontuário ocorra respeitando as melhores técnicas de segurança disponíveis, garantindo a impossibilidade de acessos não autorizados.

c) Garantir que o Acesso ao Prontuário disponha de registro de acesso (LOG) identificando a unidade, o profissional, data, hora e motivo do acesso.

d) Permitir obter uma lista de atendimentos recebidos pelo paciente identificado pelo CPF e/ou CNS.

e) Permitir ao Profissional de Saúde visualizar o prontuário em formato PDF do atendimento solicitado a partir da lista de atendimentos (item d).

23.2 – Disponibilizar API para permitir que sistema de terceiros utilizados em UPAs ou no Complexo Hospitalar Irmã Dulce possam, a partir da informação do CPF e/ou CNS, consultar o prontuário de atendimento que porventura tenham ocorrido nas unidades ambulatoriais da Atenção Primária e/ou na Atenção Especializada. Devendo: a) Garantir que o acesso ao prontuário ocorra respeitando as melhores técnicas de segurança disponíveis, garantindo a impossibilidade de acessos não autorizados. b) Garantir que o Acesso ao Prontuário disponha de registro de acesso (LOG) identificando a unidade, o profissional, data, hora e motivo do acesso. c) Permitir fornecer uma lista de atendimentos recebidos pelo paciente identificado pelo CPF e/ou CNS. d) Permitir fornecer o prontuário em formato PDF do atendimento porventura solicitado a partir da lista de atendimentos (item c).
24 - REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
24.1 Configurações Gerais
24.1.1 Cadastrar e Manter Unidades operacionais (UPAs, Central de Regulação e Hospitais).
24.1.2 Cadastrar e Manter Profissionais operadores do sistema.
24.1.3 Permitir configurar perfil de profissional regulador (médico e enfermagem).
24.1.4 Permitir vincular profissional a unidades operacionais.
24.1.5 Cadastrar e Manter Tipos de Recurso de internação.
24.1.6 Permitir controlar regulação de Recurso por perfil de profissional regulador.
24.1.7 Cadastrar e Manter numeração de AIH.
24.1.5 Cadastrar e Manter vagas por Recurso e unidade hospitalar.
24.1.6 Cadastrar e Manter Tipos de Prioridade

24.2 Funcionalidades para unidades solicitantes
24.2.1 Permitir cadastrar uma Solicitação de Internação de urgência, devendo: a) Identificar o paciente a partir de cadastro. b) Identificar a unidade solicitante. c) Identificar o Recurso necessário d) Identificar o Risco e dados relevantes da entrada do paciente na unidade e) Identificar se há pedido de internação por outro sistema, identificando o protocolo. f) Identificar o Risco do paciente no momento da solicitação g) Identificar indicadores de evolução clínica como Pressão Arterial, batimento cardíaco, frequência respiratória, Glasgow, SOFA, Temperatura, exames gerais, condição do paciente, etc... h) Identificar o Médico responsável pela solicitação i) Identificar o tipo de solicitação (Padrão, Reinternação, Contrafluxo Ambulatorial, Contrafluxo Eletivo, Contrafluxo Porta Aberta). j) Identificar CID10 primário e secundário. k) Identificar Comorbidades. l) Identificar queixa do paciente.
24.2.2 Permitir iniciar conversa via Chat com a Regulação.
24.2.3 Permitir solicitar troca do Recurso.
24.2.4 Permitir Cancelar a Solicitação informando o motivo do cancelamento.
24.2.5 Permitir registrar indicador de evolução clínica (item g) a qualquer momento para uma solicitação enquanto o paciente estiver na unidade solicitante, exigindo ciência da Regulação.
24.2.6 Permitir colocar uma Solicitação para avaliação da Regulação.

24.2.7 Permitir o registro de saída de um paciente para uma solicitação de internação com Leito Confirmado, devendo permitir identificar a data/hora da saída do paciente.
24.3 Funcionalidades para Central de Regulação
24.3.1 Permitir registrar o início da avaliação de uma solicitação de internação, devendo: a) Identificar a prioridade. b) Identificar a ordenação dentro da prioridade informada. c) Registrar observações.
24.3.2 Permitir alterar a prioridade e ordenação de uma solicitação para o Recurso identificado.
24.3.3 Permitir Recusar uma solicitação de internação, justificando o motivo.
24.3.4 Permitir trocar o recurso de uma solicitação que esteja em avaliação.
24.3.5 Permitir atender o pedido de troca do Recurso de uma solicitação de internação.
24.3.6 Permitir recusar um pedido de troca de Recurso.
24.3.7 Permitir colocar um pedido de troca de Recurso em Avaliação para uma solicitação de paciente internado.
24.3.8 Dar ciência a um registro de indicador de evolução clínica.
24.3.9 Autorizar a Internação, devendo: a) Identificar a Unidade Hospitalar de destino. b) Permitir registrar observações da Regulação. c) Ao autorizar, vincular uma numeração de AIH disponível.
24.4 Funcionalidades para Unidades Hospitalares
24.4.1 Permitir solicitar internação hospitalar para pacientes que estejam na unidade hospitalar quando se tratar dos casos de Reinternação, Contrafluxo Ambulatorial,

Contrafluxo Eletivo e Contrafluxo Porta Aberta. Nesse caso deve permitir o registro de solicitação de internação conforme item 24.2.
24.4.2 Permitir o registro de confirmação de leito para uma solicitação autorizada.
24.4.3 Permitir o registro de entrada de um paciente no hospital para pacientes que tenham solicitação com registro de saída da unidade solicitante. Devendo: a) Permitir identificar o Leito do paciente. b) Permitir identificar a data/hora da entrada do paciente.
24.4.4 Permitir o registro de troca de leito a qualquer momento.
24.4.5 Permitir o registro de saída de um paciente internado, devendo: a) Permitir identificar o motivo da saída do paciente (alta, óbito, etc.). b) Permitir identificar a data/hora da saída do paciente.
24.5 Funcionalidades Gerais
24.5.1 Deve apresentar painel das solicitações de Internação agrupando as solicitações conforme sua situação (em aberto, em avaliação, autorizadas, leito confirmado, com saída da unidade solicitante, internados e com saída da unidade hospitalar).
24.5.2 Deve apresentar um quadro/tela para permitir a consulta de todos os registros de evolução de processo (LOG), desde a criação da solicitação até a saída do paciente do hospital ou eventual cancelamento da solicitação.
24.5.3 Deve permitir a localização de todas as solicitações de internação de determinado usuário SUS, não importando a situação da solicitação.
24.5.4 A qualquer momento, ao cancelar a solicitação ou registrar a saída do paciente da unidade hospitalar, a vaga ocupada do Recurso vinculado, deverá ser novamente disponibilizada.

24.5.5 Deverá haver total gerenciamento sobre a numeração de AIH vinculada a uma solicitação, devendo ser devolvida a lista de numerações disponíveis, sempre que uma solicitação for cancelada ou sua autorização de internação cancelada.

4.3 POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS A SER PRATICADA.

Apresentamos a Política de Recursos Humanos que será aplicada no gerenciamento, operacionalização, execução de ações e serviços de saúde para a gestão compartilhada do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, envolvendo todos os serviços do complexo**.**

A Área de Recursos Humanos é responsável pelo desenvolvimento das Políticas, Normas e multiplicação dos processos de trabalho **do Setor Gestão de RH através das *áreas de Remuneração e Benefícios, Administração de Pessoal, Recrutamento e Seleção, Desenvolvimento Humano Organizacional, Comunicação, e do* Setor de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e da Medicina do Trabalho (SESMT)**, que são base de referência para atuação nos Serviços.

Área de Remuneração

Objetiva estabelecer política salarial com base nos fatores internos correlacionados a valores de mercado, Convenção Coletiva de Trabalho e elaborar normas que assegurem um tratamento equitativo. Sugerir estruturas salariais capazes de reter seus profissionais e de atrair empregados para atividades específicas.

Elaborar perfis de cargos/funções que representem efetivamente a atual estrutura organizacional, definindo claramente as responsabilidades básicas de cada cargo. Otimizar a estrutura organizacional.

Organiza os **processos de planos de cargos, salários, benefícios e provisões, conforme descrito no item 7.2.A desta proposta**, também transferências, adequação de cargo/função, alteração de horário e carga horária dos profissionais.

As movimentações entre as Áreas: Gestão Administrativa, Técnica, Assistencial e de Apoio, ocorrerão conforme Política Institucional.

1. Processo de Trabalho - Cargos e Salários

1.1. Atribuições da Área de Remuneração

Realizar a avaliação da estrutura organizacional de cada área, dos cargos e salários com base nas atribuições e competências exigidas para a função.

Também como as avaliações relativas a:

- Novo Cargo/Função;
- Mudança de Cargo/Função (com mesmo salário);
- Transferência entre Áreas/Setores/Unidades;
- Pesquisa de Mercado;
- Reajustes salariais.

As avaliações serão com base em pesquisas de mercado e Convenção Coletiva de Trabalho, coerência da estrutura existente na Instituição, considerando o

perfil e as competências exigidas para cada função e equiparando-se entre as áreas, porém, respeitando a especificidade de cada uma.

Considerando que trata-se de Contrato de Gestão, alterações referentes as vagas do Plano de Trabalho, Reajuste Salarial através Pesquisa Salarial ou Convenção Coletiva de Trabalho, faz-se necessário apresentação de Termo Aditivo com a aprovação do Gestor Público, considerando as questões orçamentárias.

1.2. Avaliação de Cargos e Estruturas

A avaliação dos cargos existe para compreensão do nível de complexidade e responsabilidade das funções existentes, com base na descrição elaborada e, consequentemente, compará-lo aos demais cargos da estrutura em termos da sua relevância.

Objetivos a serem atendidos pela avaliação de cargo:

Pesquisa salarial

- Estabelecer uma estrutura de valores relativos para os cargos;
- Descrição dos cargos;
- Avaliação e classificação dos cargos/funções;
- Construção do organograma.

1.2.1. Pesquisa de Cargos e Salários

A pesquisa de cargos e salários é a ferramenta por meio da qual a Instituição capta informações, no mercado, em Convenção Coletiva de Trabalho, comparando-as com as políticas de remuneração internas.

A pesquisa de salários é fundamental na administração da remuneração, uma vez que é por meio desse instrumento que a Instituição poderá comparar e acompanhar o posicionamento dos seus salários com aqueles praticados pelo mercado.

Visa levantar:

- Cargos praticados no mercado, Convenção Coletiva de Trabalho e coerência com o CBO (Classificação Brasileira de Ocupações);
- Salário base;
- Adicionais.

É realizada através da tabulação e tratamento estatístico de dados.

1.3. Estrutura de Cargos

A definição da estrutura dos cargos tem por finalidade a divisão de responsabilidades e a atribuição de papéis relativos à execução de cada grupo de atividades necessárias à obtenção dos objetivos estratégicos, táticos e operacionais, considerando o Conhecimento, as Habilidades e Atitudes relacionadas a cada função.

1.4. Descrição de Cargo

A descrição de cargo é um documento escrito que determina uma função a partir dos deveres, condições de trabalho, responsabilidades e especificações. Sendo assim, o material baseia-se em resumir e padronizar as características de uma função através de observação, estudo e redação. Detalha as principais exigências da posição ao seu ocupante, para que suas tarefas sejam realizadas com eficiência e eficácia primando pela excelência e qualidade do processo.

É o relato organizado e factual de deveres e responsabilidades de uma função específica.

A descrição refere-se à função e não ao ocupante. Devem ser descritas as tarefas e especificados os requisitos exigidos pela função e não o que o eventual ocupante sabe fazer.

O processo de descrição de cargo não deve ser entendido como estático, ou um processo em que uma vez terminado o trabalho pode-se esquecer o assunto. Muito ao contrário, ele é um processo que acompanha a dinâmica das mudanças na Instituição e nas funções. Podendo ser atualizado conforme a necessidade do Serviço ou Instituição.

1.5. Estrutura Organizacional (Organograma)

O desenho da estrutura organizacional projeta de maneira formal os relacionamentos entre os níveis hierárquicos, o fluxo das informações e dos processos decisórios, bem como, a visualização do Corporativo e Unidade de Negócio.

Através do organograma é possível demonstrar graficamente as responsabilidades da função dentro da estrutura da Área.

1.6. Competências

1.6.1. Matriz de Competências

É uma ferramenta, através da qual, as competências do cargo são avaliadas. Que objetiva organizar e mapear cada cargo/função, conforme as competências técnicas e comportamentais.

1.6.1.1 Competências Técnicas

Competências Técnicas são divididas em dois itens:

a) Conhecimentos (Saber) – Titulações

Conhecimento trata-se do conjunto de informações que o profissional adquire e utiliza nas suas atividades desenvolvidas.

O conhecimento é um indicador de competências técnica, serão elas exigidas na Matriz de Competências:

- Formação mínima exigida, específica para a Área;
- Qualquer formação/ curso extra graduação, relacionado à atividade.

b) Habilidades (saber fazer) - Experiências

O conhecimento utilizado de forma adequada é o que chamamos de "habilidade".

Habilidade são as experiências adquiridas durante atuação profissional.

Serão considerados como Habilidade:

- Tempo Mínimo de Experiência Exigida para na Área de atuação;
- Nível de Conhecimento Exigido Específico da Área

1.6.1.2. Competências Comportamentais:

Atitudes (querer saber)

As atitudes determinam o nível de confiança entre as pessoas, o clima de trabalho, o grau de comprometimento com objetivos e metas organizacionais e,

consequentemente, resultados que serão alcançados. Refere-se ao comportamento esperado para a função.

1.7. Movimentação Pessoal

Objetiva avaliar e efetivar os processos de transferências, promoções, alteração de cargo/função sem alteração salarial, alteração salarial, alteração de horário e carga horária dos profissionais.

- Transferências: mediante a existência da vaga ou através de permuta. Trata-se de alteração de Unidade, em caso de Unidades Hospitalares, também se dá através da transferência nos setores interno.

- Promoções: mediante a existência da vaga, através do Processo Seletivo Interno, atendendo aos pré-requisitos para a função, com posterior avaliação comportamental da Área de Recrutamento e Seleção.

- Alteração de cargo/função: mediante a avaliação da Área de Remuneração, considerando a estrutura salarial do cargo/função. Também, quando há necessidade de reclassificação da função;

- Alteração salarial: considerando a necessidade de adequação do piso salarial da categoria, aplicação da Convenção Coletiva de Trabalho ou quando aprovado o orçamento, através de pesquisa de mercado;

- Alteração de horário e carga horária: conforme existência da vaga, bem como necessidade do Serviço de Saúde. Nesse caso, refere-se a mudança de turno ou horário, bem como ampliação de carga horária (nesse caso, há ajustes de salário proporcional a carga horária mensal, sem alteração do valor hora).

Área de Benefícios

Objetiva efetuar de forma ética e com qualidade a Gestão de benefícios de acordo com normas institucionais e legais, a fim de proporcionar qualidade de vida ao profissional.

Os benefícios são preconizados com base na Legislação Trabalhista vigente, dispositivos dos Contratos de Gestão e Convenção Coletiva de Trabalho da categoria profissional. Realiza-se também parcerias gratuitas com instituições de ensino e outros.

- Vale Transporte: solicitação através de formulário padrão preenchido e assinado pelo empregado. Após o mês de admissão, o benefício é liberado através de cartão eletrônico entre o 1º e 2º dia útil do mês;
- Vale Alimentação: conforme preconizado na Convenção Coletiva de Trabalho das respectivas categorias profissionais. Após o mês de admissão, o benefício é disponibilizado em cartão eletrônico no 10 dia do mês;
- Benefícios através de parcerias: conforme parcerias gratuitas com instituições de ensino, restaurantes e outros. Trata-se de parcerias para descontos. Esse é um benefício que não está vinculado a folha do funcionário, bem como não há descontos em folha de pagamento.

Área de Recrutamento e Seleção

Objetiva conferir os Processos Seletivos o mesmo padrão de qualidade onde as exigências de seleção baseiam-se nas especificidades de cada Município/ Secretaria Municipal de Saúde - Estado/ Secretaria Estadual de Saúde, Função/Categoria e Unidade de Negócios/Serviços de Saúde.

É de responsabilidade da Área, selecionar e recrutar os profissionais através do Processo Seletivo, seja por Gerenciamento por Edital ou Gerenciamento por Currículo, baseado no Modelo de Gestão por Competências. Os candidatos são classificados e contratados com perfil para cada cargo; garantindo a qualidade na prestação de serviço e minimizando a rotatividade.

2. Processo de Trabalho - Recrutamento e Seleção

2.1. Características do Processo Seletivo

2.1.1. Metodologia

A SPDM avalia juntamente com ao Gestor a necessidade de gerenciamento dos processos, se através de Gerenciamento por Edital ou Gerenciamento por Currículos. Assim como estabelecer as etapas do Processo (Inscrição, Prova Objetiva, Avaliação de Requisito, Entrevista por Competências, quando necessário Entrevista Técnica, Prova Prática, Testes ou Avaliações Complementares,) de acordo com a necessidade de cada categoria profissional, embasado nas Competências estabelecidas para cada função.

A Instituição visa garantir aos candidatos os princípios da Impessoalidade/Isonomia, Moralidade, Publicidade, Eficiência, Transparência e Facilidade de acesso.

2.2.2. Gerenciamento por Edital

Gerenciamento por Edital é realizado considerando os pré-requisitos e competências previamente estabelecidos para cada cargo/função, baseado nas Competências estabelecidas para cada função. Os cargos do quadro de profissionais do Corporativo, Unidade de Negócios para os Cargos de Coordenação, Gerência,

Supervisão, entre outros de liderança e estratégicos, que serão realizados através de Gerenciamento por Currículos.

2.2.3. Gerenciamento por Currículos

Gerenciamento por Currículo é realizado considerando os pré-requisitos e competências previamente estabelecidos para cada cargo/função, baseado na Matriz de Competências, previstos na Proposta Gerencial, incluindo os cargos/funções do quadro de profissionais do Corporativo, Unidade de Negócios (Cargos de Coordenação, Gerência, Supervisão, entre outros de liderança e estratégicos).

A SPDM tem a responsabilidade de manter as Equipes completas de todas as Unidades/Programas Municípios e Estados. Para garantir a captação e retenção de todos os profissionais, os Processos Seletivos são realizados com critérios definidos e estabelecidos para cada categoria profissional, visando maior assertividade nas contratações.

A equipe de Recrutamento e Seleção é formada por profissionais capacitados com formação superior para realizar a seleção, captando profissionais das diversas categorias, garantindo qualidade técnica na prestação de serviço, humanização para o usuário, minimizando a rotatividade e garantindo a retenção dos talentos.

2.3. Contratação equipe médica

A SPDM poderá realizar processo seletivo de contratação CLT, assim como realizar coberturas com profissionais médicos através de contratação de Empresas Pessoa Jurídica, visando garantir a totalidade nas coberturas de plantões e especialidades para atendimento à assistência prestada à população.

2.4. Divulgação de vagas para todos os Processos de Recrutamento e Seleção

Para a realização dos Processos Seletivos, as vagas são amplamente divulgadas, podendo ser utilizadas as estratégias, conforme meios de divulgações a seguir:

a) Edital de Processo Seletivo;

b) Cadastro no banco de talentos através do Site SPDM;

c) Comunicado através dos canais internos disponíveis;

d) Comunicado Externo através de cartazes/folder;

e) Provas de residência médica;

f) Sites dos respectivos conselhos de classe das categorias profissionais;

g) Site Institucional;

h) Anúncio em sites de recrutamento;

i) Redes sociais da Instituição;

j) Jornais de circulação nacional e regional;

k) Participação em Congressos/Eventos;

l) Parceria com Escolas Profissionalizantes e Universidades.

2.5. Processos de Diversidade

Objetiva alcançar um modelo de Gestão diversificada e inclusiva, comprometido com a ética, transparência, com o reconhecimento do pluralismo através das práticas e atividades voltadas para a inclusão social.

Executar medidas para superação de práticas discriminatórias que dificultam a inclusão de pessoas prejulgado negativamente em função de sua raça, etnia

identidade de gênero, convicção política, nacionalidade, estado civil, orientação afetiva e sexual, condição física e opinião.

Propiciar condições, tanto de convivência como ambiente físico, para que as pessoas possam agir em conformidade com seus valores e necessidades individuais. E ambiente para o pleno desenvolvimento de pessoas, garantindo acesso e integração.

2.5.1. Pessoas com Deficiência – PcD

Os Processos Seletivos aos candidatos com deficiência serão resguardadas as condições especiais previstas no Decreto Federal 3.298 de 20/12/1999, particularmente em seu art. 41, participarão do Processo Seletivo em igualdade de condições com os demais candidatos, no que se refere ao conteúdo das provas, à avaliação e aos critérios de aprovação, ao horário e local de aplicação das provas, e à nota mínima exigida para todos os demais candidatos.

Durante o processo seletivo, o profissional será avaliado pelo SESMT para apresentação do laudo médico e documentação complementar (se houver), com a finalidade de avaliação da deficiência x compatibilidade das atribuições do cargo, propondo as adequações necessárias para viabilizar a Inclusão Social.

2.5.2. Jovem Aprendiz

Os Processos Seletivos aos candidatos para o programa Jovem Aprendiz serão resguardados as condições da Lei da Aprendizagem nº 10.097/00, que visa à profissionalização dos jovens de acordo com a cota obrigatória estabelecida para as empresas. Além das ações de cumprimento da lei, a SPDM visa promover ações para auxiliar na integração e orientação dos jovens no mundo corporativo.

3. Área de Desenvolvimento Humano Organizacional

Este processo visa promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos funcionários, integrado com a estratégia de gestão por competências, alinhado à Missão, Visão e Valores da SPDM, a fim de contribuir para o aperfeiçoamento e crescimento de seus profissionais, manutenção de um bom clima organizacional, favorecendo a interação entre pessoas e processos de trabalho.

O processo de DHO possui como diretriz o modelo de Gestão por Competências que norteia todos os nossos processos de trabalhos e o Desenvolvimento Comportamental das Lideranças através da Oficina do Conhecimento.

3.1 Competências Comportamentais:

É um conjunto de conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários para a eficácia e realização das atribuições especificas no cargo e função. As competências comportamentais estão relacionadas à personalidade do funcionário. Elas ajudam a entender como cada profissional lida com as pessoas e processos de trabalho em diferentes situações cotidianas que podem afetar o seu comportamento. Também conhecida como Soft Skills, as competências comportamentais referem se às atitudes do colaborador e são essenciais para entender quais perfis mais se encaixam em cada time e/ou cargo/função.

3.2 Processos de Trabalho – Pilares de Desenvolvimento Humano

Os processos de trabalho estão elencados por pilares de desenvolvimento, são eles: Ambientação, Desenvolvimento de Liderança e Gestão de Desligamento conforme discriminado nos itens abaixo:

a) Jeito de Ser SPDM

A Integração tem como objetivo facilitar adaptação do novo funcionário no seu processo de socialização dentro da Organização, em posse das informações essenciais sobre a Instituição, e funcionamento gerais, contribuem para que o profissional se sinta parte da instituição e time de trabalho.

O processo é realizado online através do Portal RH.

Abrangência: Destina-se a todos os funcionários, recém-contratados do Corporativo e Unidades de Negócio da SPDM.

b) Avaliação de Experiência Por Competências

Esta ferramenta consiste em avaliar e acompanhar o desenvolvimento do profissional e verificar se, na prática, o profissional possui realmente as competências e habilidades, técnicas e comportamentais necessárias a função que irá desempenhar. É promover um momento de feedback sobre a adaptação e desempenho do novo profissional na Instituição, abrir espaço para o diálogo entre líder e liderado, para que ambos tenham a oportunidade de compartilhar suas impressões e sanar dúvidas a respeito dos processos de trabalho, desempenho e resultados esperados.

Abrangência: Destina-se a todos os funcionários, recém-contratados do Corporativo e Unidades de Negócio da SPDM.

c)Programa de Desenvolvimento de Liderança (Oficina do Conhecimento)

O programa promove um espaço para o processo de autoconhecimento e autodesenvolvimento dos gestores. Através de técnicas de desenvolvimento humano,

cada participante terá a oportunidade de conhecer suas habilidades, talentos e pontos de melhoria, além de entender como seu perfil pessoal influencia diretamente seu processo de tomada de decisão e, consequentemente, o impacto que isso gera no ambiente corporativo e na vida pessoal. Na Oficina do Conhecimento, a área de DHO desenvolve lideranças, abordando as competências necessárias para exercer a função.

Abrangência: Destina-se aos Gestores da SPDM

d) Plano de Desenvolvimento Individual (PDI)

O plano de desenvolvimento individual é uma ferramenta de avaliação das potencialidades e oportunidades de desenvolvimento dos funcionários, a fim de obter melhores resultados para a instituição e ao profissional. Por ser uma análise individual, baseia-se no compromisso do funcionário com a instituição e com a sua carreira. A ferramenta é atemporal, no entanto ela pode ser iniciada após a avaliação de experiencia por competências ou ser realizada em parceria com a avaliação de desempenho por competências após a análise dos resultados obtidos, entretanto mesmo sem as ferramentas citadas acima, o PDI pode ser utilizado na sequência de um feedback de desenvolvimento continuo ao seu liderado.

Abrangência: Destina-se ao Gestores e funcionários da SPDM

e) Gestão de desligamento

A entrevista de desligamento visa levantar as informações significativas sobre diversos fatores da organização na percepção do empregado no processo de desligamento. É um momento importante para a instituição receber feedbacks com relação aos seus processos de trabalho, modelo de gestão, relacionamentos

interpessoais e políticas vigentes e também compreender qual é a imagem que o profissional levará da organização.

Todas as informações recebidas durante a entrevista de desligamento são tratadas com sigilo e ética, sem julgamentos. O instrumento é online.

Abrangência: Destina-se a todos os profissionais desligados da Instituição SPDM.

4. Área de Comunicação

Padronizar as ações da comunicação institucional conforme as diretrizes estratégicas da SPDM, alinhadas à sua missão, visão e valores (SPDM-MVV-0001), garantindo a preservação da integridade e reputação da instituição, as unidades por ela gerenciadas e seus funcionários. Incentivar o engajamento do público interno para melhorar o desempenho da instituição e facilitar o diálogo com os *stakeholders*. Integrar a gestão da comunicação em todas as áreas corporativas e unidades gerenciadas, além de promover e difundir conhecimento em saúde e boas práticas de gestão e relacionamento profissional.

4.1. Processo de trabalho detalhado da Área de Comunicação

Canais de Comunicação da SPDM

A SPDM possui canais de comunicação emissores e receptores, conforme relacionados abaixo em quadro I e II:

4.1.1. Canais Emissores:

Canal	Característica da Comunicação	Público
E-mail Institucional	Interna	Interno
Intranet	Interna	Interno
Portal RH	Interna	Interno
Wallpaper (Papel de Parede Computadores)	Interna	Interno
Murais nas Unidades	Interna	Interno
Site	Externa	Externo
Redes Sociais	Externa	Externo

Quadro I - Canais Emissores

4.1.2. Canais Receptores:

Canal	Característica da Comunicação	Público
E-mail Institucional	Interna	Interno
Redes Sociais	Externa	Externo
Canal Confidencial	Interna/Externa	Interno/Externo
Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)	Externa	Externo

Quadro II - Canais Receptores

4.2. Processos da Área de Comunicação da SPDM

As informações que circulam nos canais emissores e receptores da SPDM estão distribuídas em processos correspondentes para entendimento do funcionamento da Área, conforme quadro abaixo:

Canais/Categorias	Processos correspondentes
E-mail Institucional (comunicacao@spdm-pais.org.br)	
	Envio de comunicados institucionais diversos
	Envio de Kit de Materiais (Peças de Campanhas) para disseminação nas unidades gerenciadas
Murais nas Unidades	Divulgação de campanhas voltadas para datas estratégicas do calendário da saúde, campanhas institucionais e orientações gerais ao público interno (funcionários) e externo (usuários0
Site	Cobertura jornalística e fotográfica de eventos/ações do Corporativo e das unidades de saúde gerenciadas em parceria com a gestão pública
	Produção de textos sobre eventos/ações das unidades de saúde gerenciadas em parceria com a gestão pública
	Atualização de conteúdo institucional
Redes Sociais	Publicação de textos/artes/vídeos sobre ações/eventos realizados na Sede Administrativa e nas Unidades de Saúde gerenciadas em parceria com a gestão pública
	Compartilhamento de notícias pertinentes à Área da Saúde
	Interação com seguidores
	Monitoramento

Canais/Categorias	Processos correspondentes
	Divulgação de Vagas
Eventos e ações internas	Organização de campanhas/eventos/ações motivacionais
	Criação de artes/comunicados e identidade visual
	Cobertura jornalística e fotográfica
Material Promocional	Criação de arte
	Contato e negociação com fornecedores

Quadro III – Processos da Área de Comunicação

4.3. Responsabilidades da Área de Comunicação da SPDM

• Administrar os canais de Comunicação pelos quais tem responsabilidade (e-mail, site, redes sociais, wallpaper, murais nas unidades);

• Criar e produzir artes para divulgação interna e externa (campanhas institucionais, material promocional, comunicados, convites, *folders*, cartazes, banners, folhetos);

• Produzir conteúdo (texto, arte, vídeo) para os diferentes canais de comunicação institucionais, adaptando a linguagem de acordo com o público-alvo;

• Receber as solicitações dos clientes internos, analisá-las, apoiar a transformação dos dados fornecidos em informação, criar a arte/texto, remeter para aprovação e divulgação;

• Realizar a análise crítica da informação de acordo com o objetivo, público-alvo, canal, veículos/mídias mais adequadas, conteúdo, responsabilidade da informação, cultura e diretrizes institucionais;

• Fornecer *feedback* ao solicitante, caso a informação não esteja de acordo com o padrão e identidade institucionais;

- Definir os canais nos quais os conteúdos serão veiculados de acordo com o objetivo e público-alvo;
- Diagnosticar as necessidades de comunicação interna e externa, e apresentar propostas de solução para as demandas;
- Elaborar e realizar eventos motivacionais para o público interno (Sede Administrativa) e sugerir e prestar consultoria para ações internas nas unidades gerenciadas;
- Levar ao alcance do público interno e externo as informações institucionais de maneira clara, objetiva e transparente;
- Planejar, elaborar, implantar e disseminar a Política de Comunicação Institucional;
- Elaborar, implantar e disseminar os Planos de Comunicação nas Unidades;
- Incentivar as unidades de saúde gerenciadas em parceria com a gestão pública a enviarem informações de eventos/ações locais para divulgação nos canais de comunicação institucionais (internos e externos), bem como pautas com potencial de oferecimento para imprensa;
- Solicitar e sugerir pautas das unidades de saúde gerenciadas em parceria com a gestão pública para a produção de notícias e veiculação na imprensa;
- Cobrir eventos internos da Sede Administrativa da SPDM;
- Cobrir eventos das unidades de saúde gerenciadas em parceria com a gestão pública, quando assim a distância permitir;
- Assessorar as unidades de saúde no que diz respeito a estratégias de divulgação de notícias/novidades/ações/eventos realizados localmente, seja por meio da produção de artes/convites e/ou textos pré e pós- ação;
- Reforçar a identidade institucional junto ao público interno e externo;

- Zelar pela marca SPDM, tanto perante o público interno quanto externo;
- Reforçar a imagem positiva dos serviços de saúde oferecidos pela gestão pública.

4.4. Responsabilidades das Unidades

Ter ciência dos fluxos e procedimentos da Área de Comunicação da SPDM;

- Estar alinhada com seu Gestor para solicitar a criação/produção/ divulgação de artes/textos e a cobertura de eventos/ações locais;
- Enviar a programação de ações/eventos mensais da unidade para a Área de Comunicação, para verificação da possibilidade de cobertura/divulgação;
- Fornecer todas as informações necessárias para a produção de textos ou artes;
- Avaliar o material (texto/arte) solicitado à Área de Comunicação da SPDM antes da divulgação;
- Ser responsável pelas informações que serão divulgadas;
- Atualizar e monitorar os canais de comunicação da unidade, conforme orientação e alinhamento da Comunicação Corporativa;
- Atualizar e monitorar as redes sociais da unidade, se houver, seguindo critérios e orientações da gestão pública e da SPDM;
- Solicitar o preenchimento da autorização de uso de imagem (de profissionais e usuários) durante eventos em que seja feito o registro fotográfico.

Administração de Pessoal

A Área de Administração de Pessoal dispõe as Normas e Regras da SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e institui as diretrizes norteadoras da relação de trabalho entre empregado e empregador, com base na

legislação vigente, quer seja, na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), já incluída a Reforma Trabalhista Lei nº 13.467/2017, e em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

5. Processos da Administração de Pessoal

Quadro de Pessoal

O quadro de pessoal sob a gestão da SPDM será constituído conforme avaliação e necessidade do serviço a ser realizado e de acordo com as especificidades locais, técnicas e orçamentárias e por profissionais contratados em regime CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, e serão gerenciados em parceira com a Administração Pública.

O Contrato de Trabalho será firmado por escrito entre as partes: Empregado e Empregador, observando-se a legislação trabalhista vigente.

As vagas disponíveis na SPDM serão acessíveis a todos os brasileiros e estrangeiros que preencherem os requisitos estabelecidos no Processo Seletivo através de gerenciamento de currículo, ou por Edital, observando-se a legislação vigente.

O presente regimento fundamentará o Contrato de Trabalho entre as partes.

Admissão

A admissão na SPDM estará obrigatoriamente atrelada a prévia aprovação em Processo Seletivo constituído, conforme o documento Norteador de Recrutamento e Seleção.

O candidato a vaga somente será admitido mediante aprovação em Processo Seletivo, quer seja, pelo gerenciamento de currículo ou por Edital, na forma da Lei, e será finalizado no processo admissional, o qual incluirá: o exame médico, que será

realizado pelo SESMT/SPDM ou por Clinica de Saúde Ocupacional, devidamente habilitada e contratada pela SPDM, mediante entrega de documentos exigidos previamente pela Administração de Pessoal da SPDM, para conclusão do processo admissional.

Contratação

Após aprovação em Processo Seletivo, que será realizada através de gerenciamento de currículos ou por Edital, o candidato à vaga somente é admitido mediante aprovação no exame médico admissional, observando-se a legislação vigente.

As Contratações serão realizadas em regime CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, no CNPJ da SPDM, o que incluirá: Folha de Pagamento, encargos sociais e demais obrigações trabalhistas de responsabilidade da Instituição Empregadora, que realizará os recolhimentos no prazo legal, mediante repasse de recursos financeiros.

O período de experiência será de 60 (sessenta) dias consecutivos, com avaliação do Gestor em conjunto com o empregado, visando o acompanhamento de seu desempenho, sendo por fim, emitido parecer quanto à efetivação ou extinção do Contrato de Trabalho, e não havendo manifestação em contrário, das partes envolvidas, no final deste período, o Contrato de Trabalho, passará a vigorar por prazo indeterminado.

Havendo rompimento anterior ao vencimento, ocorrerá o pagamento de 50% (cinquenta por cento) do período restante dos dias ao qual foi firmado o Contrato de Trabalho, nas verbas rescisórias, em conformidade com a CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

A implementação do Regulamento Interno de Recursos Humanos terá por objetivo estabelecer as diretrizes da Política e da Gestão de Recursos Humanos contribuindo para a eficiência e efetividade das rotinas e atividades desenvolvidas nos **Serviços de Saúde**, quer seja, na assistência, administrativo ou operacional.

- Cumprir os compromissos expressamente assumidos no Contrato Individual de Trabalho, com zelo, atenção e competência profissional;
- Obedecer às ordens e instruções emanadas de superiores hierárquicos;
- Sugerir medidas visando melhorias e maior eficiência nos processos de trabalho;
- Observar e contribuir para a disciplina no local de trabalho;
- Zelar pela ordem e asseio no local de trabalho;
- Zelar pela boa conservação das instalações, equipamentos e máquinas, e quando for o caso e comunicar as anormalidades observadas aos responsáveis;
- Manter na vida privada e profissional, conduta compatível com a dignidade do cargo ocupado e com a reputação do quadro de pessoal da Instituição;
- Fazer uso necessário e consciente dos equipamentos de segurança do trabalho, quando a atividade a ser realizada assim o exigir;
- Usar crachá de identificação pessoal nas dependências da Instituição e em local visível;
- Prestar toda colaboração à Instituição e aos colegas de trabalho, cultivando o espírito de comunhão e mútua fidelidade na realização do serviço em prol dos objetivos da Instituição;
- Informar à Chefia Imediata sobre qualquer alteração em seus dados pessoais: estado civil, dependentes, alteração de endereço residencial e pessoas de contato em caso de qualquer ocorrência;

- Respeitar a honra, boa fama e integridade física de todas as pessoas com quem mantiver contato em seu trabalho;
- Responder por prejuízos causados à Instituição, de acordo com a legislação vigente e regulamentação, quer por dolo ou culpa (negligência, imperícia ou imprudência), caracterizando-se a responsabilidade por:
- Sonegação de valores e objetos confiados;
- Danos e avarias em materiais sob sua responsabilidade ou sujeitos à sua fiscalização;
- A responsabilidade administrativa não exime o empregado de responder civil ou criminal;
- As indenizações e/ou reposições por prejuízo causado são descontadas dos salários, desde que sejam devidamente comprovados e dentro dos parâmetros da lei e do Contrato de Trabalho.

I. Crachá de Identificação

Documento de identificação funcional, que permitirá acesso às dependências da Instituição e de seu local de trabalho, o contato com as pessoas que nela trabalham e a clara identificação por parte da população atendida.

O uso será obrigatório para circulação nas dependências do Serviço der Saúde e seu uso em local visível.

O crachá será entregue por ocasião da contratação, sendo que, em caso de perda ou roubo, necessário registro de Boletim de Ocorrência para emissão de um novo crachá, conforme especificado no Termo de Compromisso de Entrega de Crachá.

Haverá custo de reposição do crachá à época da solicitação ou do desligamento, exceto com apresentação de Boletim de Ocorrência ou por desgaste do tempo.

II. Uniformes

A SPDM fornecerá, se for o caso, aos empregados contratados em regime CLT Consolidação das Leis do Trabalho, uniformes adequados a cada categoria profissional, para realização de suas atividades de acordo com a legislação pertinente ou conforme previsto no Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

O empregado deverá estar devidamente uniformizado para iniciar suas atividades, no início do horário contratual, sendo que, a falta de qualquer item do uniforme, poderá implicar em medida disciplinar verbal ou formal, mediante a gravidade do fato, podendo inclusive ser suspenso com perda salarial.

III. Benefícios preconizados em Legislação

a) Salário Família

A Constituição Federal em seu artigo 7ª, inciso XII, prevê que é direito do empregado receber uma cota mensal destinada aos filhos de 0 (zero) até 14 anos ou inválido(s) em conformidade com a legislação vigente.

b) Auxílio Creche

Pagamento será mensal em Folha de Pagamento, desde que previsto em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

c) Vale Transporte

A Instituição fornecerá o Bilhete Eletrônico ou vales, conforme localidade e disponibilizado pela Operadora de Transporte, corresponde as despesas mensais com deslocamento, exclusivamente entre residência e o local de trabalho e vice-versa.

A concessão ocorrerá mediante preenchimento obrigatório do formulário de Solicitação de Vale-Transporte; independentemente da opção de utilização do Vale Transporte do empregado, sendo, no ato da admissão, quando houver alteração de itinerário (devidamente comprovado), ou em casos de cancelamento do benefício.

O desconto será efetuado em Folha de Pagamento, limitado a 6% (seis por cento) do salário do mês do empregado, sendo considerado sempre o menor valor entre o Vale-Transporte gasto e os 6% (seis por cento), arcando o empregador com o excedente, conforme estabelece a legislação vigente.

IV. Pagamento de Salários

É a contraprestação devida e paga diretamente pelo empregador a todo empregado, respeitando-se os pisos salariais legais e aqueles determinados em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

O pagamento dos salários relativo ao mês trabalhado será realizado no 5ª (quinto) dia útil de cada mês, relativo ao mês subsequente ao trabalhado, através de depósito bancário. O empregado terá acesso ao Demonstrativo de Pagamento de Salários através do Portal RH da SPDM (http://www.spdmpais.org.br), com senha de acesso personalizado a todas especificações das verbas pagas, descontos e depósito do FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, que será depositado mensalmente em uma conta vinculada na Caixa Econômica Federal, no importe de

8% (oito por cento), sobre os proventos incidentes, de acordo com a legislação vigente.

V. Adicional Noturno

O percentual é preconizado na Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional, que prevê, de acordo com a legislação vigente, o pagamento do Adicional Noturno sobre as horas compreendidas entre 22h00 de um dia às 07h00 do dia seguinte.

VI. Décimo - Terceiro Salário

Cada mês ou fração igual ou superior a 15 (quinze dias) de trabalho corresponde a 1/12 (um doze) avos do valor da sua remuneração como 13º salário.

Por ocasião das férias, o empregado poderá solicitar a antecipação da 1ª (primeira) parcela do 13º salário, nos meses de fevereiro a outubro, sendo necessária previsão orçamentária.

Para os empregados que não receberem a primeira parcela do 13º salário por ocasião das férias, o pagamento ocorrerá até o dia 30 de novembro de cada ano e a segunda parcela até o dia 20 de dezembro do mesmo ano, em conformidade com a legislação vigente.

VII. PIS – Programa de Integração Social

A SPDM poderá firmar ou não convênio com a Caixa Econômica Federal, caso este seja disponibilizado pelos órgãos governamentais competentes, referente ao pagamento do Abono Salarial e Rendimentos do PIS, diretamente em Folha de Pagamento ou conceder o tempo necessário para que o empregado possa sacar os

valores a que tem direito em uma das agências da Caixa Econômica Federal, de acordo com o calendário anual divulgado pelo Governo Federal, observada a legislação vigente e os critérios estabelecidos em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

VIII. Medida Disciplinar

A medida disciplinar é a ferramenta de gestão, que está a disposição do empregador para reajustamento de conduta do empregado que deixa de cumprir com as obrigações advindas de seu Contrato de Trabalho, dessa forma, o empregador tem condições de manter a ordem e a disciplina necessárias no local de trabalho, dentro das limitações impostas pela CLT – Consolidação das Leis de Trabalho, constantes basicamente no artigo 482 e suas alíneas.

A medida disciplinar poderá ser aplicada na forma de orientação verbal, com a devida anotação em “Histórico do Empregado”, advertência formal ou ainda Suspensão, que poderá variar entre 1 (um) a 3 (três) dias de trabalho, sendo classificado respectivamente, como: grave, muito grave e gravíssimo, com perda salarial, e dependendo da gravidade da situação, poderá até mesmo resultar em dispensa por justa causa nos casos mais extremos.

Será realizada análise criteriosa das medidas legais a serem adotadas, considerando a apuração dos fatos, circunstâncias e pessoas envolvidas, as cláusulas contratuais e a normatização Institucional.

IX. Sindicatos

Conforme o *artigo 512 da Consolidação das Leis do Trabalho “Somente as associações profissionais constituídas para os fins e na forma do artigo anterior e*

registradas de acordo com o artigo 558 poderão ser reconhecidas como Sindicatos e investidas nas prerrogativas definidas nesta lei".

Logo, o Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional, firmado entre a Entidade Profissional e a Patronal, poderá definir e abranger o conjunto de decisões para corroborar com o Contrato de Trabalho e reafirmar leis, princípios e normas estabelecidas.

X. Contribuições aos Sindicatos

Prevista no artigo 582 da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho e revisado a partir da Reforma Trabalhista Lei nº 13.467, que entrou em vigor em novembro de 2017, prevê que somente poderá ser descontada dos empregados que "*autorizarem previa e expressamente o seu recolhimento",* salvo decisão judicial em contrário.

XI. Conselhos de Classe

O Profissional habilitado a exercer sua profissão, deverá possuir registro no respectivo Conselho de Classe Regional e obrigatoriamente manter seus dados e demais obrigações atualizadas junto ao respectivo Conselho de Classe.

Será de responsabilidade do Gestor, consultar periodicamente junto aos *sites* dos Conselhos de Classe de cada categoria profissional a situação do empregado, o qual, não poderá em hipótese alguma exercer suas atividades laborais se não estiver regulamentado em seu Conselho de Classe.

XII. Apontamento

a) Assiduidade

A assiduidade e pontualidade serão consideradas pela instituição condições fundamentais para não comprometer as rotinas e o atendimento a população, sendo assim, todos, sem exceção, terão sua parcela de responsabilidade a fim de prevenir tais ocorrências.

O empregado deverá comunicar antecipadamente sua Chefia Imediata, sempre que possível, independentemente do motivo, sobre sua ausência, a fim de não comprometer as rotinas e o atendimento aos usuários, bem como para regularização do registro de presença para apontamento.

b) Horário de Trabalho e Registro de Ponto

O controle de ponto poderá realizado de forma manual ou eletrônica, através da Biometria (Ponto Eletrônico) no REP Registrador Eletrônico de Ponto, previsto na Portaria nº. 1.510 de 21 de agosto de 2009 do Ministério do Trabalho e Emprego, garantindo assim a segurança necessária na aferição do cumprimento da carga horária de trabalho contratual de todos os profissionais sob gestão da Instituição.

As alterações de horário de trabalho serão realizadas com prévia autorização do Gestor e de acordo com o período de apuração do apontamento, devidamente oficializadas.

As Escalas de trabalho serão elaboradas, cadastradas em sistema e divulgadas as equipes de trabalho com a devida antecedência.

As Trocas de Plantão e/ou Folga ocorrerão mediante autorização prévia da gestão imediata e entre profissionais com o mesmo cargo.

O apontamento será realizado em conformidade com a legislação vigente, a CLT Consolidação das Leis do Trabalho, Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional e observância das Normas Institucionais.

c) Faltas Abonadas

São aquelas que estão contempladas na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho ou em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional, sendo necessário comprovante ou declaração de comparecimento.

d) Faltas Justificadas

São aquelas que não estão contempladas na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho ou em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional, sendo necessário comprovante ou declaração de comparecimento, o empregado sofrerá o desconto em Folha de Pagamento, no entanto, sem perda do DSR Descanso Semanal Remunerado, período de gozo de férias e 13º. Salário.

e) Faltas Injustificadas

São faltas sem nenhum tipo de comprovante e geram desconto em Folha de Pagamento com perda na contagem para 13º Salário e período de gozo de férias, acima de 5 (cinco) dias dentro do Período Aquisitivo, além do desconto de DSR Descanso Semanal Remunerado.

f) Atrasos e Saídas antecipadas

Aplica-se o artigo 58 da CLT, parágrafo I "*Não serão descontadas nem computadas como jornada extraordinárias as variações de horário no registro de ponto não excedentes de cinco minutos, observado o limite máximo de 10 minutos diários"*

Este limite não se aplica para o horário de intervalo de refeição e descanso, somente no horário de entrada e saída.

O período de refeição e descanso deverão ser gozados integralmente pelo empregado, em conformidade com o artigo 71 da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

g) Telegrama

Será encaminhado ao empregado em razão de faltas sem prévio aviso/justificativa legal, afastamento previdenciário ou para qualquer outra convocação específica relacionada ao seu Contrato de Trabalho.

h) Banco de Horas

Previsto no artigo 59 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho e em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional, concedido dentro de regras preestabelecidas pelas partes envolvidas, sendo permitido que o excesso de horas trabalhadas em um dia seja compensado pela correspondente diminuição em outro dia, dentro do período de apuração do apontamento ou no máximo no mês seguinte, desde que acordado e programado entre as partes: empregado e empregador, não sendo permitido gozá-las aleatoriamente.

Na hipótese de rescisão de contrato de trabalho, o saldo de banco de horas deverá ser programado com antecedência, não sendo permitida compensação durante o cumprimento do aviso prévio, independentemente de dispensa ou pedido de desligamento, não sendo possível, em última hipótese será indenizado juntamente com as verbas rescisórias.

i) Jornada Especial de Trabalho

Está contemplada na legislação, a partir da Reforma Trabalhista, promulgada através da Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017 ou em Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

j) Férias

Após doze meses trabalhados (período aquisitivo), o empregado terá direito a gozar férias, conforme o artigo 130 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho:

Dias Corridos de Férias	Faltas Injustificadas no Período Aquisitivo
30 dias	Até 05 faltas
24 dias	De 06 a 14 faltas
18 dias	De 15 a 23 faltas
12 dias	De 24 a 32 faltas

OBS.: Acima de 32 faltas injustificadas perderá o direito a concessão de férias

A programação de férias semestral será encaminhada ao Gestor do Serviço de Saúde para programação junto ao empregado, de acordo com a legislação vigente e considerando a necessidade das atividades desenvolvidas e cobertura das equipes de trabalho.

Com 30 (trinta) dias de antecedência o empregado receberá o aviso de férias.

O pagamento de férias será creditado em conta bancária, em até 2 (dois) dias antes do gozo das férias, conforme preconiza a CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, sendo que, o Recibo de Férias será encaminhado ao Gestor de cada Unidade de Trabalho para assinatura, antes do início do período de férias.

Para os empregados que laboram em regime de escala de trabalho, o início das férias deverá ocorrer após o descanso programado na escala de trabalho.

Em situação de afastamento por Licença Maternidade, o inicio do gozo das férias, poderá ocorrer logo após o término da Licença, mediante programação antecipada.

Ocorrendo, afastamento pela Previdência Social por período superior a 180 (cento e oitenta) dias, dentro do período aquisitivo, resultará na perda do direito as férias, passando a contar um novo período aquisitivo.

XIII. Afastamentos

a. Auxílio Doença – Tipo B31 (INSS):

Afastamento superior a 15 (quinze) dias de afastamento médico, consecutivos ou intercalados dentro do período de 60 (sessenta) dias pelo mesmo motivo ou correlato, o empregado deve ser encaminhado a Previdência Social para dar entrada no Auxílio Doença, sendo que os primeiros 15 (quinze) dias o empregador é de responsabilidade do empregador, sendo que, a partir do 16º (décimo sexto dia), o custo é da Previdência Social.

b. Estabilidade Provisória de Auxílio Doença – Tipo B31 (INSS):

A Estabilidade Provisória, após o retorno do Auxílio Doença Previdenciário, é apurada de acordo com o Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional, a partir da data da alta médica.

c. Auxílio Doença Acidentário – Tipo B91 (INSS):

Após avaliação médica e de posse da documentação já mencionada, o empregado é encaminhado à Previdência Social para dar entrada no Benefício Auxílio

Acidentário, sendo que, os primeiros 15 (quinze) dias é de responsabilidade do empregador e a partir do 16º (décimo sexto) dia, o custo é da Previdência Social.

d. Licença Maternidade:

O artigo 392 da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho prevê que a partir do 8º (oitavo) mês de gestação, mediante apresentação de atestado médico de 120 (cento e vinte) dias, ou comprovação do parto antes da data prevista, a Licença Maternidade passará a vigorar a partir da data de nascimento da criança, devendo ser entregue a Certidão de Nascimento e Carteira de Vacinação.

O Benefício é pago pela Instituição em Folha de Pagamento e posteriormente deduzido do valor a ser recolhimento na Guia de Recolhimento da Previdência Social.

e. Licença Adoção:

Concessão na forma da Lei 12.873 - Art. 71-A. Ao segurado ou segurada da Previdência Social que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança é devido Salário-Maternidade pelo período de 120 (cento e vinte) dias, sendo que o benefício é pago diretamente pela Previdência Social.

f. Licença Aborto:

Em caso de aborto não criminoso, comprovado mediante atestado médico com informação do CID – Classificação Internacional de Doenças, específico, a empregada tem direito a 14 (quatorze) dias, mediante apresentação de atestado médico, até o 5º (quinto) mês de gestação, a partir do 6º (sexto) mês de gestação a mesma terá direito a 120 (cento e vinte) dias de Licença Maternidade.

O período de Licença Aborto poderá ser prorrogado de acordo com a Convenção Coletiva de Trabalho da categoria.

g. Licença Amamentação:

É direito da empregada mãe, ausentar-se por 1 (uma) hora de sua jornada de trabalho para amamentação até que seu filho complete 6 (seis) meses de idade, com opção por dois períodos de 30 (trinta) minutos na entrada e saída, ou reverter em 1 (uma) hora no início ou final do expediente, devidamente formalizado por empregado e empregador. O período poderá ser prorrogado de acordo com o Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

h. Estabilidade Provisória a Gestante

O artigo 7º da Constituição Federal, garante estabilidade no emprego desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após o parto, considerando ou não o período de férias se houver, de acordo com o Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

O período estabilidade provisória a gestante poderá ser prorrogada de acordo com a Convenção Coletiva de Trabalho da categoria.

i. Estabilidade Provisória às Vésperas da Aposentadoria:

Para obtenção da estabilidade provisória às vésperas da aposentadoria, a forma e os critérios deverão constar do Instrumento Coletivo de Trabalho de cada categoria profissional.

XV. Desligamento de Profissionais

Ocorre quando o empregado passa a não atender mais as necessidades da Instituição por diversos motivos, resultando na dispensa imotivada, ou ainda, pela própria iniciativa, quando solicita seu desligamento, por motivos pessoais ou profissionais.

As verbas rescisórias serão pagas dentro do prazo legal, de acordo com a CLT Consolidação das Leis do Trabalho, revisada a partir da Reforma Trabalhista Lei nº 13.467 de julho de 2017.

a. Aviso Prévio – Dispensa por parte do Empregador

A Lei nº 12.506/2011, que foi sancionada em 11/10/2011, regulamentou o direito ao aviso prévio proporcional, previsto na Constituição de 1988.

Mantém o período de 30 (trinta) dias de aviso prévio para o empregado que possui até 1 (um) ano de trabalho no mesmo empregador, sendo que, após esse período, são acrescidos 3 (três) dias para cada ano de trabalho, até o limite máximo de 90 (noventa) dias, que serão sempre indenizados.

Dessa forma, o aviso prévio proporcional terá uma variação de 30 (trinta) a 90 (noventa) dias, conforme o tempo de serviço prestado pelo empregado no mesmo empregador, sendo que, de acordo com a Nota Técnica nº 184 do MTE – Ministério do Trabalho e Emprego, haverá o acréscimo de 3 (três) dias ao aviso prévio a cada ano completo de trabalho.

O empregado quando dispensado sem justa causa, com aviso trabalhado poderá optar expressamente pela redução de 2 (duas) horas durante o cumprimento do aviso prévio de 30 (trinta) dias, de acordo com sua jornada de trabalho ou pela redução de 7 (sete) dias consecutivos ao término do aviso prévio.

b. Aviso Prévio – Pedido de Demissão por Iniciativa do Empregado

Cumprimento de 30 (trinta) dias efetivamente trabalhados sem redução de jornada, ou na falta do cumprimento do aviso prévio por parte do empregado, o empregador poderá descontar o equivalente a 1(um) salário nominal do empregado em rescisão, de acordo com o artigo 487 § 7º da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

c. Dispensa Anterior a Data Base da Categoria Profissional

Em conformidade com a Lei nº. 7238/1984 "*O empregado dispensado sem justa causa no período mínimo de 30 (trinta) dias que antecede a data de sua correção salarial (data-base da categoria profissional), terá direito a indenização adicional equivalente a um salário mensal".*

Para efeito de apuração da antecedência dos 30 (trinta) dias, será computado tanto o aviso prévio trabalhado, como a projeção do aviso indenizado, de acordo com a Lei nº 12.506/2011, que trata do Aviso Prévio proporcional, previsto na Constituição de 1988.

XVI. Dados Cadastrais

O empregado deverá informar ao seu empregador, anualmente ou quando ocorrer qualquer alteração em seus dados cadastrais: endereço residencial, número de telefone, estado civil, histórico escolar, através do Portal de RH (www.spdmpais.org.br).

A SPDM – Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina, preza e observa a manutenção e o sigilo das informações prestadas, em observância à Constituição Federal e à **Lei nº 13.709/2018** – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

XVII. Comércio de Produtos ou Serviços

Não será permitida a venda de qualquer produto ou serviço no local de trabalho, conforme artigo 482 da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

XVIII. Guarda e Manutenção de Documentos

De acordo com a legislação vigente, os documentos pertinentes a vida profissional do empregado (prontuário funcional e médico), serão preservados por prazo indeterminado.

Encargos sociais e tributários seguirão os critérios estabelecidos em lei específica e estarão disponíveis quando solicitados formalmente por autoridades competentes ou auditorias.

XIX. Ações Trabalhistas

Será de Responsabilidade da Instituição, providenciar a defesa junto ao Departamento Jurídico, de ações decorrentes do Contrato de Trabalho e/ou qualquer contrato advindo de Prestação de Serviço, de modo que os subsídios serão custeados pela SMS - Secretaria Municipal de Saúde, mediante repasse de recursos públicos para todas as despesas provenientes da demanda em questão.

XX. Publicização do Regimento Interno

O Regimento Interno da Instituição será publicizado através do sitio institucional da SPDM e através das páginas eletrônicas de cada Unidade de Saúde, bem como ficará disponível para consulta em forma impressa nas respectivas Unidades de Saúde.

Os profissionais contratados pela SPDM serão informados sobre a Normatização Institucional, por ocasião da contratação, na Integração Institucional.

INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES

Os colaboradores após serem contratados pela instituição passam pelo processo de integração onde recebem informações pertinentes ao cargo, suas atividades, ambiente de trabalho, além de:

- Obter informações sobre a Instituição;

- O que a instituição espera de você;

- O que a instituição oferece a você;

- Regulamentos Técnicos Administrativos;

- Regulamentos sobre Segurança e Saúde tais como: O que é o SESMT, Objetivo do SESMT, os riscos ambientais no ambiente de trabalho, o objetivo da CIPA, conceituação sobre acidentes do trabalho, os tipos de acidentes, as causas dos acidentes, a CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, a brigada de incêndio, sinalização de segurança, mapa de riscos e rota de fuga, proteção contra incêndio, classes de incêndio, agentes extintores, EPI - Equipamento de Proteção Individual.

CURSOS E/ OU TREINAMENTOS

Os colaboradores de acordo com a sua área e atuação, obrigatoriamente realizam cursos ou treinamentos para aptidão ao cargo ou função ao qual foi inserido, a saber:

- Integração sobre Segurança e Saúde do Trabalho;

- Membro da CIPA e/ou designado da CIPA - NR 5;

- EPI - Equipamentos de Proteção Individual - NR 6;
- Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade - NR 10;
- Operação de Máquinas e Equipamentos (autoclave, compressores odont.) - NR 12 e 13;
- Ergonomia - NR. 17;
- Prevenção e Combate a Incêndio e Primeiros Socorros - NR 23;
- Exercícios de Simulados de evacuação ou abandono de área ou edificação;
- Biossegurança NR 32 – Segurança em Serviços de Saúde;
- Segurança nas Atividades em EC's - Espaços Confinados - NR. 33;
- Segurança nas Atividades em Altura - NR 35;
- Condução Segura de Veículos.

Rotinas no Setor SESMT

Medicina Ocupacional:

• Após a composição do SESMT e sua implantação, será designado um médico como responsável do setor de medicina ocupacional e este também será responsável pelos prontuários médicos dos empregados, que ficarão no ambulatório.

• Realizar exames médicos admissionais, demissão, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demais avaliações ocupacionais, seguindo as orientações do PCMSO.

• Elaborar, participar da elaboração e implementar política de saúde e segurança no trabalho;

- Após a elaboração do PGR, deverá ser elaborado o PCMSO, este documento será arquivado no SESMT à disposição de qualquer empregado ou fiscalização.

- Implantar um Programa de Controle e Redução do Absenteísmo: No intuito de controlar o absenteísmo será aplicada a Norma Orientadora n° 9 (institucional) que discorre sobre os procedimentos a serem adotados quando o empregado apresentar atestado médico.

- Atuar com a Segurança do Trabalho no intuito de proteger a saúde do trabalhador, participando de palestras, cursos.

- Aplicar as Normas Orientadoras da instituição, principalmente a Norma Orientadora n°4 - Acidentes de Trabalho com Material Biológico e Norma Orientadora n° 3 – Acidentes de Trabalho, e elaborar relatórios mensais sobre acidentes de trabalho.

Engenharia e Segurança do Trabalho:

- Elaborar, participar da elaboração e implementar política de saúde e segurança no trabalho;

- Realizar auditoria, acompanhar e avaliar as áreas;

- Identificar variáveis de controle de doenças, acidentes, qualidade de vida e meio ambiente;

- Desenvolver ações educativas na área de saúde e segurança no trabalho;

- Participar de perícias e fiscalizações e integram processos de negociações;

- Participar da adoção de tecnologias e processos de trabalho;

- Gerenciar documentação de SST;

- Investigar, analisar acidentes e recomendar medidas de prevenção e controle;

- Realizar entrega de EPI;

- Zelar pelo cumprimento das Normas de Segurança e Medicina do Trabalho;
- Acompanhar serviços de Risco;
- Elaborar Programa de Gerenciamento de Riscos, Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho, Justificativas Técnicas, Relatórios Técnicos e ofícios;
- Realizar avaliações ambientais (temperatura, Ruído, nível de iluminância);
- Avaliar os equipamentos de Prevenção e combate a incêndio
- Realizar o levantamento qualitativo e quantitativo de extintores e mangueiras para recarga e manutenção e teste hidrostático.
- Implantar e dar suporte a CIPA de acordo com a necessidade da Unidade.
- Conscientizar e treinar os empregados quanto aos riscos aos quais ele está exposto;
- Monitorar a utilização do uso de EPI.

ANEXO II NR 04 - DIMENSIONAMENTO DO SESMT

	Nº de Trabalhadores no estabelecimento								
Grau de Risco	**Profissionais**	**50 a 100**	**101 a 250**	**251 a 500**	**501 a 1.000**	**1.001 a 2.000**	**2.001 a 3.500**	**3.501 a 5.000**	**Acima de 5.000 Para cada grupo De 4.000 ou fração acima 2.000****
1	Técnico Seg. Trabalho				1	1	1	2	1

	Nº de Trabalhadores no estabelecimento								
Grau de Risco	**Profissionais**	**50 a 100**	**101 a 250**	**251 a 500**	**501 a 1.000**	**1.001 a 2.000**	**2.001 a 3.500**	**3.501 a 5.000**	**Acima de 5.000 Para cada grupo De 4.000 ou fração acima 2.000****
	Engenheiro Seg. Trabalho						1*	1	1*
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho						1***	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1*	
	Médico do Trabalho					1*	1*	1	1*
2	Técnico Seg. Trabalho				1	1	2	5	1
	Engenheiro Seg. Trabalho					1*	1	1	1*
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho					1***	1***	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	

	Nº de Trabalhadores no estabelecimento								
Grau de Risco	**Profissionais**	**50 a 100**	**101 a 250**	**251 a 500**	**501 a 1.000**	**1.001 a 2.000**	**2.001 a 3.500**	**3.501 a 5.000**	**Acima de 5.000 Para cada grupo De 4.000 ou fração acima 2.000****
	Médico do Trabalho					1*	1	1	1
3	**Técnico Seg. Trabalho**		**1**	**2**	**3**	**4**	**6**	**8**	3
	Engenheiro Seg. Trabalho				**1***	**1**	**1**	**2**	1
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho					**1*****	**1**	**1**	1
	Enfermeiro do Trabalho						**1**	**1**	
	Médico do Trabalho				**1***	**1**	**1**	**2**	1
4	Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro Seg. Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

	Nº de Trabalhadores no estabelecimento								
Grau de Risco	**Profissionais**	**50 a 100**	**101 a 250**	**251 a 500**	**501 a 1.000**	**1.001 a 2.000**	**2.001 a 3.500**	**3.501 a 5.000**	**Acima de 5.000 Para cada grupo De 4.000 ou fração acima 2.000****
	Aux./Tec. Enfermagem do Trabalho				1***	1***	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho						1	1	
	Médico do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1

(*) Tempo parcial (mínimo de três horas)

(**) O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento da faixa de 3.501 a 5.000, acrescido do dimensionamento do(s) grupo(s) de 4.000 ou fração acima de 2.000.

(***) O empregador pode optar pela contratação de um enfermeiro do trabalho em tempo parcial, em substituição ao auxiliar ou técnico de enfermagem do trabalho.

OBSERVAÇÕES:

C) hospitais, ambulatórios, maternidades, casas de saúde e repouso, clínicas e estabelecimentos similares deverão contratar um enfermeiro do trabalho em tempo integral quando possuírem mais de quinhentos trabalhadores; e

D) em virtude das características das atribuições do SESMT, não se faz necessária a supervisão do técnico de enfermagem do trabalho por enfermeiro do trabalho, salvo quando a atividade for executada em hospitais, ambulatórios, maternidades, casas de saúde e repouso, clínicas e estabelecimentos similares.

4.4 PROPOSTA DE NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A educação permanente tem como desafio estimular o desenvolvimento de competências nos profissionais pertencentes à rede de saúde, com o objetivo de torná-los eficazes no desenvolvimento de suas atribuições e assunção de responsabilidades, visando atingir excelência e eficiência nas ações assistenciais prestadas à população.

A educação permanente constitui-se como um instrumento essencial de gestão do conhecimento, talentos e processos, impactando na gestão global do serviço. Tal proposição justifica-se, pois são utilizadas metodologias ativas de aprendizagem perpassadas pela metodologia *problematizadora*. Tais vertentes metodológicas são as mais recomendadas para os trabalhos educativos voltados ao público adulto (*Andragogia*[1]). A metodologia problematizadora transforma o processo de aprendizagem numa ferramenta de transformação da realidade. Esta toma o processo de aprendizagem como um acontecimento que deve ser capaz de ampliar a compreensão crítica dos sujeitos sobre as limitações que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano, dando subsídios para o entendimento, o engajamento e a criação de soluções adequadas às necessidades da prática, transformando-a.

No contexto dos serviços de saúde, tal processo se reflete também numa maior apropriação por parte da equipe de seu contexto de trabalho e uma maior responsabilização e engajamento nas construções de melhorias. Portanto, os processos educativos tendem a melhoria no atendimento das necessidades de saúde

[1] Andragogia é o nome correspondente a ciência que estuda a educação de adultos.

da população, na organização dos serviços, e na sistematização de documentos, protocolos, guias clínicos, e conhecimentos técnico-científicos.

O processo de aprendizagem da educação permanente em saúde acontece a partir da reflexão crítica sobre o contexto sócio-político e sanitário dos sujeitos e da coletividade. A instrumentalização dos profissionais do SUS tem importante papel na complementação curricular para as necessidades do serviço, facilitando o engajamento destes na organização da atenção nos diferentes níveis de complexidade, na estruturação de linhas de cuidado e na modelagem das redes de atenção (VILAÇA, 2007).

Considerando a necessária adequação dos perfis dos profissionais do mercado de trabalho ao contexto do SUS, a equipe de Educação da SPDM desenvolve ações que visam favorecer o exercício da ampliação do olhar sobre o processo *saúde-doença-cuidado*, o reconhecimento das diversas possibilidades de ação que surgem neste cenário, e o fortalecimento dos processos de tomada de decisão autônomos e amparados nos aspectos técnicos e legais da assistência.

No curso das atividades propostas neste plano de trabalho, pretende-se adotar estratégias de suporte que consideram as vivências profissionais acumuladas no cotidiano, com seus avanços e dificuldades, a partir das diretrizes que subsidiam a atuação das equipes de saúde em evidências técnico-científicas, e nas práticas adotadas pelos protocolos, manuais e cadernos do país e do município.

Seguindo as diretrizes do SUS, propomos um planejamento de ações educativas adequadas às características locais, interagindo ativamente com as demais áreas de gestão.

a) Programação Anual de Educação Permanente (PAEP)

Considerando que a Educação Permanente é uma prática transversal e intrínseca ao processo de trabalho em saúde, a SPDM, através da Diretoria de Educação atua junto às unidades de saúde para a implantação e composição da **Programação Anual de Educação Permanente** do serviço de saúde. Esta programação é um processo de integração da Educação Permanente às ações já desenvolvidas no cotidiano do serviço de saúde, que contribuem para o aprimoramento profissional e a qualificação das equipes para a assistência ao usuário. Com isto, busca-se alcançar os seguintes objetivos:

- Disseminar a cultura da aprendizagem em todas as unidades de saúde;
- Implementar ações educativas alinhadas aos objetivos e diretrizes das políticas de saúde;
- Apoiar processos educacionais locais, para que a unidade de saúde consiga organizar, implementar, melhorar e fomentar ações de Educação Permanente que considerem suas necessidades específicas;
- Fornecer modelos padronizados para registro das ações educativas;
- Formar multiplicadores em educação, capacitando-os para o uso de metodologias ativas e problematizadoras;
- Valorizar o conhecimento, experiência e talentos das equipes de saúde.

Ao implementar este procedimento, os gestores e as equipes de saúde têm a oportunidade de criar conexões entre os espaços já existentes e garantidos na agenda dos profissionais, e dar visibilidade às demandas que permeiam a rotina de trabalho, como:

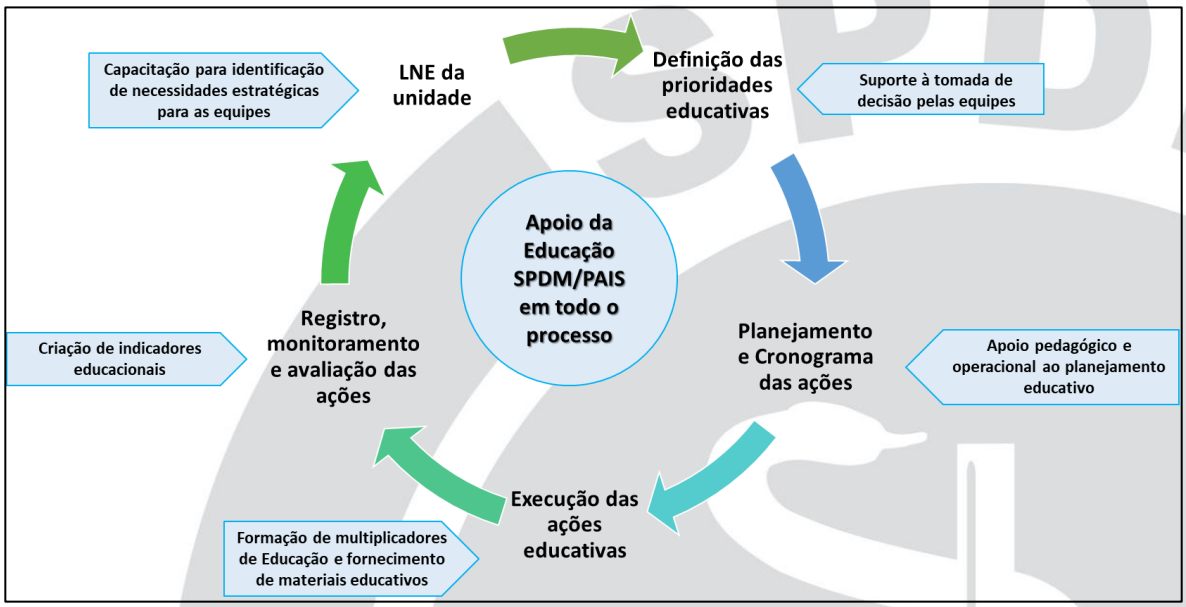
- Espaços de reunião de equipe, reunião técnica e reunião geral;
- Comissões e núcleos temáticos;
- Capacitações necessárias conforme os calendários de campanhas de saúde;

- Capacitação de novos profissionais nos procedimentos da unidade de saúde;
- Multiplicação e disseminação dos conhecimentos adquiridos pelos profissionais ao participar de atividades educativas do município e/ou da SPDM;
- Ações referente aos diferentes projetos e iniciativas municipais e institucionais;
- Orientações de novos processos de trabalho;
- Aproveitamento dos talentos e conhecimentos já presentes na equipe de saúde;
- Treinamentos obrigatórios demandados por legislação ou pela instituição.

A elaboração da Programação Anual de Educação Permanente é um ciclo anual que envolve o levantamento de necessidades educacionais locais pelas equipes de saúde, a definição das prioridades educativas, o planejamento e criação de cronograma de atividades educativas, a identificação e formação de profissionais que possam atuar como multiplicadores em educação, e a execução e monitoramento periódico das ações educativas.

Todo este processo é desenvolvido de forma orientada pela Diretoria de Educação SPDM, que realiza capacitações para formação de multiplicadores e o apoio operacional e pedagógico. A Diretoria de Educação define ainda os modelos documentais de registro das atividades e o monitoramento periódico dos dados e informações das ações educativas, com o objetivo de produzir os Indicadores Educacionais.

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



Ciclo de elaboração e execução da Programação Anual de Educação Permanente do Serviço de Saúde. Fonte: Elaboração Própria.

b) Levantamento de Necessidades em Educação (LNE)

O LNE é um conjunto de estratégias que visam a identificação de nós críticos do processo de trabalho e seus desdobramentos para a assistência à saúde, visando a construção de projetos educativos fundamentados nas realidades locais. É realizado mediante o uso de instrumentos com critérios previamente definidos e consolidação dos resultados.

<u>Estratégias para levantamento de necessidades:</u>

- Análise de Indicadores
- Avaliações de Desempenho
- Análise dos Processos de Trabalho
- Questionários específicos

- Entrevistas individuais ou em grupo
- Grupos Focais
- Oficinas de Problematização

A avaliação dessas necessidades objetiva diagnosticar ou prognosticar necessidades de ações de Educação Permanente, de modo que sejam transformadas em objetivos instrucionais para facilitar o desenho de ações de aprendizagem.

Também contempla o mapeamento de competências e talentos estratégicos na equipe, fornecendo avaliação de perfil de profissionais aptos a multiplicar conhecimentos e técnicas de trabalho. A educação permanente fornece apoio metodológico educacional e processual com o objetivo de multiplicar e difundir conhecimentos, atitudes e habilidades nas equipes, de modo a fortalecer a qualidade da assistência e valorizar os profissionais que possuem títulos diferenciais como especialização, mestrado e doutorado.

c) Metodologias de planejamento e elaboração das Ações Educativas

A definição da metodologia da ação educativa toma como base os conhecimentos teóricos mais atuais que fundamentam a educação de adultos, com a utilização de **metodologias ativas que visem à aprendizagem significativa**. Os conteúdos programáticos de cada ação são elaborados tendo como referência as mais atualizadas Políticas de Saúde federais, estaduais e municipais, e nas práticas clínicas e assistenciais baseadas em evidências científicas.

O **planejamento** das ações de educação tem início com a definição dos objetivos e conteúdo, da sequência do ensino e da escolha dos meios e estratégias educacionais mais adequados para se alcançar os objetivos descritos. Contempla-se neste processo as seguintes etapas:

➢ **Definição da Ementa da ação educativa**: Após o levantamento e análise das necessidades, a elaboração da ação educativa começa com a elaboração da Ementa, onde serão definidos os objetivos educacionais, conteúdos programáticos, modalidade de ação (presencial, semipresencial ou à distância), as metodologias pedagógicas, recursos educacionais, atividades de avaliação e critérios de certificação (quando couberem).

➢ **Pesquisa e estudo do tema:** Processo de estudo teórico e análise situacional da demanda, envolve o levantamento bibliográfico das referências teórico-científicas relacionadas ao tema, das políticas de saúde e protocolos atualizados. Pode envolver etapas de análise de dados e coleta de informações adicionais mediante entrevistas e pesquisas, e o levantamento de Recursos Educacionais Abertos em repositórios de materiais educacionais da área.

➢ **Produção da Ação educativa:** Etapa de elaboração dos recursos educacionais, sejam os materiais digitais como apresentações, e-books, videoaulas, podcasts, jogos educativos, infográficos, etc., sejam os recursos para ações presenciais, como material de atividades em grupo, estudo de caso ou simulação realística. No caso dos materiais digitais, esta etapa envolve a produção de roteiros, gravação e edição dos recursos educacionais. Neste momento são elaboradas também as atividades de avaliação da ação educativa.

d) Educação à Distância (EAD) – Plataforma Educa SPDM/PAIS

Considerando as inovações e necessidades do mundo contemporâneo, a Educação SPDM investe no uso da tecnologia para aprimorar os processos de atualização, ensino, capacitação, qualificação, levantamento de necessidades, reflexões e trocas entre os serviços.

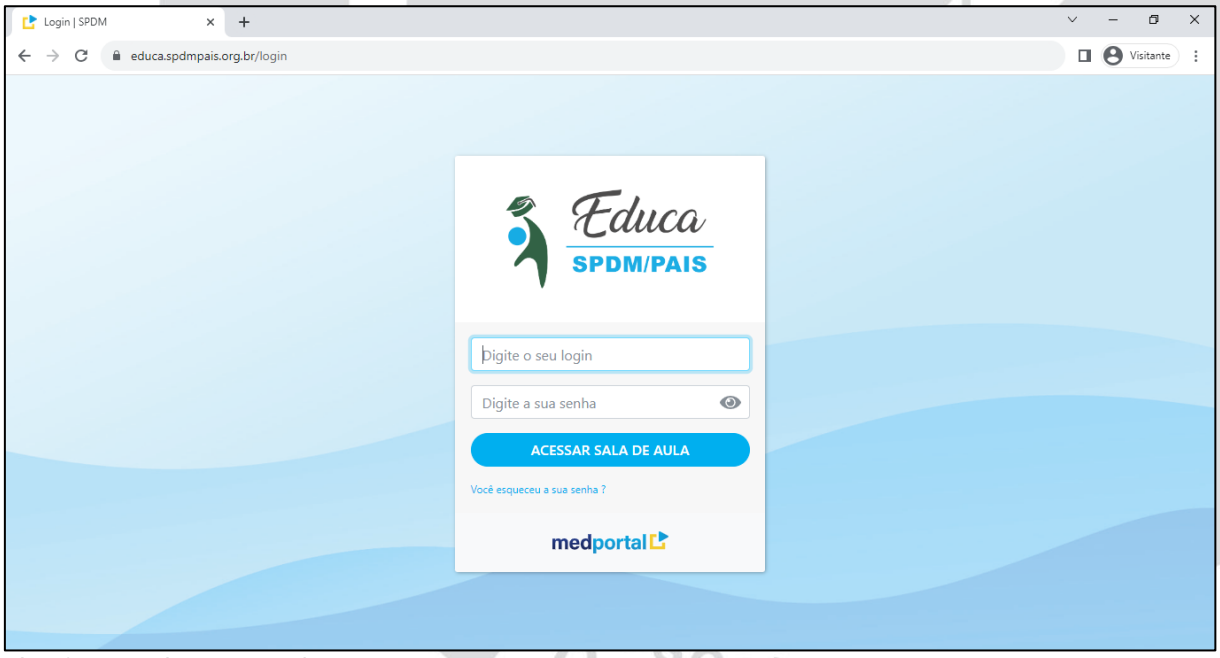
O desenvolvimento exponencial da inovação tecnológica é notório nas últimas décadas. Este movimento contemporâneo foi acelerado após o advento da internet e a popularização do acesso via dispositivos móveis. A tendência já era esperada e vinha encontrando na saúde um ambiente de grandes oportunidades, ampliando a comunicação entre as áreas, alcançando a melhoria da comunicação entre a clínica e os usuários, impactando na eficácia de todo processo de gestão de serviços de saúde. Contudo, a necessidade abrupta de isolamento físico para contenção do contágio do COVID19 acelerou este processo, repercutindo em todas as áreas da sociedade e impactando de modo irreversível o cotidiano das pessoas.

A Educação SPDM passou a investir e se adequar aos modelos de Educação à Distância, o que demonstrou importantes resultados na execução e abrangência das ações educativas, e tornou-se uma potente estratégia de trabalho. A SPDM dispõe hoje de um ambiente virtual de aprendizagem próprio com garantia de fácil e amplo acesso, para estimular o engajamento permanente dos profissionais de saúde em processos de aprendizagem no trabalho.

A implantação da Plataforma Educa SPDM/PAIS avança para melhor difundir e ampliar os processos educacionais, atingindo os seguintes objetivos:

- Amplia a capacidade e alcance das ações educativas aos profissionais dos serviços de saúde, diminuindo barreiras de acesso ao conhecimento técnico-especializado de qualidade;
- Aumento da capacidade de monitoramento e acompanhamento de indicadores de gestão educacional, facilitando a integração de dados, melhorando os processos de avaliação e o direcionamento estratégico das ações educacionais;
- Acesso, comunicação e produção de conhecimento de qualidade e para todos, aumentando o capital intelectual dos serviços de saúde;

- Garantia de acesso a todos os conteúdos obrigatórios e exigidos por lei, disponíveis desde a admissão do profissional;
- Oferta de conteúdos virtuais de educação, que atendam às necessidades de formação complementar dos profissionais;
- Garantia de interatividade por meio de encontros de rede e troca de conhecimentos;
- Ambiente único institucional para ações educacionais de diferentes setores;
- Expansão de ofertas educativas aos profissionais de saúde;
- Criação de trilhas de conhecimento por temas estratégicos, categorias e níveis de formação, e tipos de serviço;
- Automação da emissão de certificados de ações educativas com validação digital, promovendo ao profissional o acesso fácil e a qualquer tempo ao documento.



Plataforma Educa SPDM/PAIS, 2023.

e) Metodologias de Avaliação das Ações educativas

Por fim, a avaliação das ações educativas fornece informações sistemáticas sobre lacunas na aprendizagem dos indivíduos e no desempenho dos instrutores, identifica falhas no planejamento da ação educativa, indica se a ação foi positiva para os indivíduos e organizações em termos de aplicabilidade e utilidade, informa o quanto as habilidades aprendidas estão sendo aplicadas no trabalho ou na vida profissional dos indivíduos e quais aspectos facilitam ou dificultam este processo.

A eficácia de uma ação educativa pode ser avaliada de várias formas e ser composta por mais de um método. Assim, para cada ação poderão ser aplicados um conjunto de avaliações, que deverão estar alinhadas aos objetivos a serem alcançados com a ação educativa. Utilizamos como referência para definir as avaliações o Modelo de Avaliação de Kirkpatrick, que compreende 4 níveis de avaliação:

- ✓ **Reação:** é composta por três dimensões (satisfação do cliente, relevância e engajamento) e a sua função é mensurar, qualitativamente e quantitativamente, a percepção dos participantes a respeito da aprendizagem.
- ✓ **Aprendizado:** Avalia se os participantes aprenderam o que foi ensinado, ou seja, identifica o aproveitamento dos alunos para aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes.
- ✓ **Impacto:** Avalia se a ação educativa proporcionou uma mudança no comportamento dos participantes, ou seja, se houve a aplicação dos conhecimentos aprendidos no cotidiano de trabalho.
- ✓ **Resultados:** Avalia se a ação educativa provocou mudança de resultados à instituição e melhoria na execução dos processos. Envolve a identificação junto aos gestores dos indicadores de processo de trabalho a serem monitorados, e a mensuração de dados quantitativos e qualitativos.

f) Processos administrativos ligados às ações educativas

As ações de educação são divulgadas às equipes conforme cronograma anual. As matrículas para as atividades são realizadas junto à equipe administrativa da Educação SPDM, mediante preenchimento de formulário específico. Cada ação de educação tem requisitos diferentes para certificação, normalmente envolvendo frequência mínima, entrega de tarefas, notas mínimas nos testes aplicados e/ou desempenho satisfatório em acompanhamento prático.

As ações educativas na modalidade EAD são ofertadas através da Plataforma Educa SPDM/PAIS, onde são criadas as trilhas de aprendizagem e toda a interação com os profissionais participantes. Este processo envolve a comunicação constante com os alunos, com avisos, esclarecimento de dúvidas e incentivo à participação e engajamento. A equipe monitora a realização das atividades propostas pelos alunos, e desenvolve processos de lembrete e avisos semanais aos participantes e gestores da unidade, a fim de melhorar a adesão e acompanhamento da unidade dos processos educativos de seus profissionais.

Em todas as ações realizadas são aplicadas as listas de presença, em formato físico para ações presenciais, e em formato digital para ações EAD, mediante relatório extraído da plataforma educa SPDM/PAIS, com a relação de concluintes/ aprovados nos cursos.

g) Sistematização e Apresentação de Resultados

A Educação SPDM apresenta periodicamente o **Relatório de Atividades de Educação**, considerando o período de avaliação previsto na matriz de indicadores de qualidade dos Contrato de Gestão. O documento apresenta as ações realizadas de

forma: a) quantitativa, por meio do consolidado de dados sobre o número de atividades realizadas em relação ao número de atividades previstas, e o quantitativo de participantes e taxas de absenteísmo; e b) qualitativa, mediante apresentação das ementas com objetivos educacionais, conteúdos programáticos, metodologias pedagógicas e de avaliação, critérios de certificação e parecer sobre o desenvolvimento de cada ação. A realização das atividades é comprovada pela apresentação das listas de presença. Esta etapa tem como objetivo demonstrar o cumprimento das metas contratuais estabelecidas.

A Educação SPDM também sistematiza periodicamente **Indicadores Educacionais**, tais como: absenteísmo; número de atividades previstas e realizadas, conforme planejamento anual; satisfação dos profissionais nas ações educacionais; média de horas de capacitação por profissional; percentual de acertos e erros em avaliações de conhecimento; impacto em indicadores de processo de trabalho das equipes.

- **NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP**

Considerando que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica, um de seus principais objetivos é transformar e aprimorar a atenção à saúde, os processos de formação e qualificação dos profissionais, as práticas de educação em saúde, assim como incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. (MS, Portal, 2018).

Para promover esta transformação deve contar com a participação dos envolvidos: gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social, para identificar necessidades educacionais com base nos problemas e desafios da organização do trabalho. A partir da

problematização dos nós críticos do cotidiano dos serviços, identificam-se as necessidades de qualificação, e com isso surgem as propostas de mudanças nos modos de agir e produzir saúde.

O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Para atingir estes objetivos, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) aposta na proposta de composição dos Núcleos de Educação Permanente – NEP, estratégia a ser implementada pela SPDM no Complexo Hospitalar Irmã Dulce. O NEP é um espaço estratégico de discussão e implementação da PNEPS, e constitui-se como instância de gestão da educação na saúde e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

São objetivos do NEP-CHID:

- Promover o movimento dinâmico de desenvolvimento permanente entre os profissionais que atuam na assistência ao usuário, melhorando a qualidade do serviço oferecido;
- Sensibilizar os profissionais das diversas categorias para as atividades de Educação Permanente;
- Realizar o levantamento de necessidades de Educação Permanente em Saúde, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde;
- Desenvolver ações educacionais para capacitação e desenvolvimento do público interno e usuários;

- Fomentar, por meio da educação permanente, a padronização de procedimentos e processos técnicos, bem como o fortalecimento dos princípios do SUS;
- Desenvolver estratégias de formação de multiplicadores de ações de educação permanente, in loco, garantindo a ampliação do acesso à educação a todos os profissionais;
- Validar metodologias e estratégias educacionais que visem o aprimoramento dos processos de trabalho;
- Divulgar os resultados das ações educacionais desenvolvidas no Complexo Hospitalar Irmã Dulce;
- Promover a integração do serviço de saúde com as instituições de ensino e pesquisa;
- Fortalecer a visão dos trabalhadores sobre o papel fundamental do SUS como cenário de práticas de ensino e aprendizagem;
- Apoiar a produção científica desenvolvida pelas equipes de saúde e/ou instituições de ensino e pesquisa;
- Fomentar junto à equipe a criatividade e a participação no desenvolvimento de projetos de interesse do serviço;
- Potencializar a integração das ações de Educação Permanente do Complexo Hospitalar Irmã Dulce às estratégias desenvolvidas pela SESAP, incluindo a representação do Hospital no Núcleo de Educação Permanente do município;
- Integrar nas ações educacionais serviços da Rede de Atenção à Saúde, bem como fortalecer dentre os trabalhadores do serviço a compreensão sobre o papel fundamental que o CHID desempenha na Rede de Atenção à Saúde do município de Praia Grande e região da Baixada Santista.

➢ **COMO O NEP-CHID SERÁ ESTRUTURADO**

O núcleo será composto por representantes das unidades que compõe o Complexo Hospitalar Irmã Dulce, da seguinte forma:

1) Hospital Irmã Dulce:

- Enfermeiro Educador do Hospital;
- Um representante da Coordenação de Enfermagem;
- Um representante da Coordenação Médica;
- Um representante Administrativo;
- Um representante da Equipe Multidisciplinar.

2) Pronto Socorro Central:

- Enfermeiro Educador do Pronto Socorro Central;
- Um representante da Coordenação de Enfermagem;
- Um representante da Coordenação Médica;
- Um representante da Coordenação Administrativa;
- Um representante da Equipe Multidisciplinar.

3) Unidade de Pronto Atendimento Doutor Charles Antunes Bechara:

- Enfermeiro Educador da Unidade de Pronto Atendimento;
- Um representante da Coordenação de Enfermagem;

- Um representante da Coordenação Médica;
- Um representante da Coordenação Administrativa;
- Um representante da Equipe Multidisciplinar.

4) Centro de Nefrologia:

- Um representante da Coordenação de Enfermagem;
- Um representante da Coordenação Médica;
- Um representante da Coordenação Administrativa;
- Um representante da Equipe Multidisciplinar.

➢ **Etapas de implantação do NEP-CHID:**

ETAPA	DESCRIÇÃO
Nomeação dos representantes	❖ Os gestores responsáveis deverão nomear representantes para composição do NEP-CHID, considerando o perfil dos profissionais da equipe, e seu interesse em contribuir para atividades que favoreçam o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde.
Nomeação do Coordenador do NEP-CHID	❖ O Coordenador do NEP será nomeado pela Direção Administrativa do Hospital.

ETAPA	DESCRIÇÃO
Regimento do NEP-CHID	❖ A definição e aprovação do Regimento do NEP-CHID acontecerá na primeira reunião ordinária do núcleo, e o regimento deverá estabelecer minimamente: ○ Diretrizes de atuação do NEP-CHID; ○ Atribuições de seus membros; ○ Perfil dos profissionais (formação, títulos, competências comportamentais) ○ Frequência de reuniões ordinárias e critérios para convocação de reuniões extraordinárias; ○ Principais ações para garantir e fortalecer a execução da Programação Anual de Educação Permanente; ○ Mecanismos de monitoramento e avaliação de suas ações.
Desenvolvimento das atividades	❖ O NEP-CHID irá se reunir mediante a frequência de reuniões ordinárias estabelecidas no regimento, desenvolvendo suas ações de forma contínua e mediante o cronograma de ações da Programação Anual de Educação Permanente.
Monitoramento e Avaliação	❖ Ficará a cargo da Direção/Gerência Administrativa acompanhar e garantir a realização das reuniões e das ações propostas pelo NEP-CHID; ❖ O NEP-CHID irá apresentar relatório anual das ações desenvolvidas.
Mapeamento de processos e pessoas & Modelo de gestão do NEP	❖ A Direção do Complexo Hospitalar em conjunto com o coorporativo realizará o mapeamento de profissionais a serem envolvidos na composição do NEP, observando, a partir de critérios pré definidos, a qualificação dos profissionais envolvidos e seus títulos acadêmicos compatíveis com o exercício da função (especialização, mestrado e

ETAPA	DESCRIÇÃO
	doutorado), bem como o seu interesse em contribuir para atividades que favoreçam o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde. A seguir será elaborado o mapeamento do funcionamento do NEP, suas rotinas e interfaces com os setores e processos administrativos. O desenho detalhado sobre o funcionamento do NEP será então validado e apresentado às lideranças e gestores dos setores

- **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS PROFISSIONAIS DO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE**

Apresentamos a seguir propostas educativas para composição da Programação Anual de Educação Permanente do CHID que consideram o escopo dos serviços de saúde circunscritos neste plano de trabalho.

Ressaltamos que as ações aqui propostas demonstram o escopo do que poderá ser implementado, e seu desenvolvimento está atrelado à realização do Levantamento de Necessidades Educacionais (LNE), a fim de definir as prioridades a serem trabalhadas em ações educativas. A execução das ações dependerá da disposição de recursos humanos e materiais. Todas as ações serão desenvolvidas considerando o contexto do município e dos serviços, com reflexões e análises centradas em situações-problema da prática profissional.

AÇÃO EDUCATIVA	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO
CONHECENDO O SUS	**Objetivo Educacional:** Apresentar aos profissionais de saúde as bases referenciais para o trabalho no SUS, segundo as políticas públicas federais,	Todas as categorias profissionais.

AÇÃO EDUCATIVA	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO
	oferecendo conteúdos teóricos, recursos audiovisuais e atividades interativas que permitam a reflexão sobre a prática profissional. **Conteúdos:** História das Políticas Públicas de Saúde do Brasil; Leis orgânicas da saúde: Lei Federal 8.080 de 19 de dezembro de 1990 e Lei Federal 8.142 de 28 de dezembro de 1990; Princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade; Redes de Atenção à Saúde.	
QUALIDADE NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS	**Objetivo Educacional:** Instrumentalizar os profissionais de saúde sobre os princípios e diretrizes do SUS e a Política Nacional de Humanização, para prestarem um atendimento humanizado e acolhedor à população de acesso dos equipamentos de saúde, ampliando a qualidade do atendimento. **Conteúdos:** Quem é o usuário do SUS? O atendimento no serviço público de saúde; A relação do SUS com as outras políticas públicas; Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde.	Todas as categorias profissionais.

AÇÃO EDUCATIVA	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO
SEGURANÇA DO PACIENTE	**Objetivo Educacional:** Qualificar os profissionais para adotar medidas para reduzir os riscos e evitar danos ao paciente e, dessa forma, diminuir as consequências negativas de um atendimento realizado de forma insegura. **Conteúdos:** Aspectos fundamentais na segurança do paciente; Metas internacionais de segurança do paciente; Cultura e segurança do paciente.	Todas as categorias profissionais.
HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO DE SAUDE	**Objetivo Educacional:** Fomentar habilidades e atitudes nas equipes de saúde para oferta de cuidados humanizados. **Conteúdos:** Política Nacional de Humanização PNH - conceito e princípios; Modelo de atenção com responsabilização e vínculo; Garantia do direito dos usuários; Acolhimento ao usuário na polícia da adversidade.	Todas as categorias profissionais.
CAMPANHA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	**Objetivo Educacional:** Prevenir infecções cruzadas, através da adequada higienização das mãos dos profissionais de saúde. **Conteúdos:** Melhores práticas de Higienização das mãos;	Todas as categorias profissionais.

AÇÃO EDUCATIVA	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO
	Cinco momentos preconizados pela OMS; Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria das práticas de higienização das mãos; Técnica de Higienização de mãos com água e sabão; Técnica de Higienização de mãos com álcool gel.	
SUPORTE BÁSICO DE VIDA	**Objetivo Educacional:** Capacitar os profissionais de saúde para o reconhecimento e atendimento imediato de parada cardiorrespiratória (PCR) e obstrução de vias aéreas superiores (OVACE). **Conteúdos:** Reconhecimento da PCR; Algoritmo do Suporte Básico de Vida (SBV); Desfibrilador Externo Automático (DEA); Desobstrução de Vias Aéreas Superiores (OVACE).	Todas as categorias profissionais.
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) - ADULTO	**Objetivo Educacional:** Capacitar os profissionais de nível superior e médio para o atendimento de situações de PCR, utilizando protocolos clínicos validados internacionalmente e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Conteúdos:** Definição de RCP; Avaliação Inicial da PCR;	Médicos, Fisioterapeutas e Equipe de Enfermagem

AÇÃO EDUCATIVA	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO
	Posicionamento e funções da equipe durante o atendimento; Como realizar uma RCP de alta qualidade; Atendimento da PCR com Ritmos chocáveis e não chocáveis; Encerramento dos esforços de ressuscitação.	
REGISTRO DE ENFERMAGEM	**Objetivo Educacional:** Acolher e capacitar as equipes de Enfermagem para realizarem de forma eficaz as anotações referentes às condições bio-psico-sócio-espirituais do paciente, evitando problemas com consequências jurídicas e prejuízos à imagem da instituição e do profissional. **Conteúdos:** Definição do que é Registro de Enfermagem; Apresentação do Código de ética Profissional e Leis que regulamentam a realização desses registros; Critérios para realização correta dos Registros de Enfermagem.	Equipe de Enfermagem.
PROCESSAMENTO DE ARTIGOS	**Objetivo Educacional:** Capacitar os profissionais da equipe de enfermagem no processamento de artigos e utilização de indicadores de validação do processo de esterilização. **Conteúdos:** Estrutura física CME;	Equipe de Enfermagem

AÇÃO EDUCATIVA	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO
	Classificação dos artigos e métodos de limpeza; Métodos de limpeza de instrumental cirúrgico; Uso de equipamentos de proteção individual; Processamento de artigos hospitalares; Métodos de desinfecção e esterilização de artigos hospitalares.	
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	**Objetivo Educacional:** Preparar enfermeiros para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Conteúdos:** Conceito de sistematização da assistência de enfermagem e processo de enfermagem; Bases legais para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem; Teorias de enfermagem; Etapas e desenvolvimento.	Enfermeiros.
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR)	Objetivo Educacional: Capacitar os enfermeiros para o protocolo de Classificação de Risco, qualificando e potencializando-os para a atuação nos serviços de emergência, a partir do aprimoramento de conceitos e do desenvolvimento da sua competência na realização do processo.	Enfermeiros

AÇÃO EDUCATIVA	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO
	Conteúdos: Política Nacional de Humanização – PNH; Acolhimento; Escuta qualificada; Classificação de Risco do Adulto; Classificação de Risco da Criança; Manejo do Protocolo Institucional de Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR.	

- **PLANO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO**

POLÍTICA DE ENSINO E PESQUISA SPDM

Desde seu nascimento, vinculada ao Hospital São Paulo e à Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), a SPDM está diretamente ligada à gestão de serviços de saúde que são espaços de formação de profissionais de saúde, e integra em suas ações assistenciais o compromisso com o ensino e a pesquisa, visando contribuir para o estabelecimento de cenários de prática no SUS. Este compromisso se estende aos vários equipamentos das redes de saúde nos municípios do Brasil em que atua, para a promoção de uma rede assistencial comprometida com a qualidade da formação dos profissionais de saúde.

A SPDM dispõe de recursos técnicos, administrativos e jurídicos para acolhimento e desenvolvimento dos projetos de pesquisas, estágios, residências e projetos de extensão propostos por Instituições de Ensino, visando fortalecer o SUS como cenário de práticas, conforme dispõe o Contrato Organizativo de Ações Públicas Ensino Saúde – COAPES, a Lei de Estágios, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A SPDM dispõe de Política de Ensino e Pesquisa, que estabelece seu compromisso de incentivar e apoiar as parcerias para o desenvolvimento de atividades de Ensino e Pesquisa na área de saúde pública, conforme as legislações regulamentadoras do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, bem como as portarias e legislações dos municípios em que a SPDM atua, com competência e governança. Através do incentivo ao Ensino e à Pesquisa, a SPDM se compromete a fortalecer o papel fundamental e estratégico dos serviços de saúde na reorientação da formação de profissionais de saúde, em acordo com as necessidades e princípios do Sistema Único de Saúde, a excelência técnico-assistencial e a inovação em saúde.

Os processos da área de Ensino e Pesquisa terão como principal objetivo promover a qualidade dos campos de prática, visando garantir a aprendizagem, troca de conhecimentos, e segurança aos gestores, profissionais de saúde, docentes, estudantes e usuários do SUS.

4.5 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA DA UNIDADE, GUARDA, CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PRÉDIO E DOS EQUIPAMENTOS.

- **COMPRAS E SUPRIMENTOS**

Para todas as compras e contratações de serviços, em todos os serviços do complexo, serão seguidas as diretrizes do Município e Legislação Vigente (Municipal, Estadual e Federal), bem como o Regulamento Unificado de Compras e Contratação de Obras e Serviços da SPDM que estabelece as normas gerais das compras e dos contratos de prestação de serviços, abaixo nosso Regulamento Unificado, publicado em nosso site conforme link abaixo e publicado em Diário Oficial.

http://www.spdmpais.org.br/component/content/article.html?layout=edit&id=979

REGULAMENTO UNIFICADO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS

REGULAMENTO DE COMPRAS e CONTRATAÇÃO DE OBRAS E SERVIÇOS DAS UNIDADES SOB GERENCIAMENTO DA SPDM – ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA – PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

A **SPDM – Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina**, por sua superintendência do **PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE** edita seu Regulamento de compras e contratação de obras e serviços necessários à execução de Contratos de Gestão firmados com o Poder Público, devidamente aprovado pelo Conselho Administrativo e de Gestões Delegadas nas reuniões de 03.08.2015 e 19.08.2015, unificando todos os Regulamentos de Compras existentes para cada uma

das unidades sob contrato de gestão sob a superintendência do **PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.**

Art. 1º - O presente Regulamento tem por finalidade estabelecer e padronizar normas e procedimentos internos a serem seguidos no processo de compras e contratações de obras e serviços para as unidades públicas sob gerenciamento da **SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**.

Parágrafo único: O presente Regulamento é de aplicação obrigatória quando as compras, contratações de obras e serviços forem realizadas para as unidades públicas sob gerenciamento da **SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina**.

Art. 2º - As aquisições de materiais de consumo ou bens e as contratações de obras e serviços necessários às finalidades do Art. 1º, reger-se-ão pelos princípios básicos da moralidade e boa-fé, probidade, eficiência, impessoalidade, economicidade, isonomia, legalidade, do desenvolvimento nacional sustentável e da busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pelo respeito de sua adequação aos seus objetivos.

Art. 3º - O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas, a mais vantajosa para a SPDM considerando custos e benefícios, mediante julgamento objetivo.

Art. 4º - Para fins deste Regulamento entende-se por:

I. **Alienação** – Transferência de domínio de bens móveis ou imóveis a terceiros;

II. **ATO Convocatório** – Instrução contendo o objeto e as condições de participação e critérios objetivos de escolha das ofertas;

III. **Coleta de Preços** – Modalidade de Seleção de Fornecedores na qual será admitida a participação de qualquer interessado que cumpra as exigências estabelecidas no Ato Convocatório no mínimo de 03 (três) fornecedores;

IV. **Pedido de Cotação** – Modalidade de Seleção de Fornecedores dirigida a pelo menos 03 (três) fornecedores.

V. **Execução indireta** - a que a entidade contrata com terceiros, sob qualquer dos seguintes regimes: a) empreitada por preço global - quando se contrata a execução da obra ou do serviço por preço certo e total; b) empreitada por preço unitário - quando se contrata a execução da obra ou do serviço por preço certo de unidades determinadas; c) tarefa - quando se ajusta mão-de-obra para pequenos trabalhos por preço certo, com ou sem fornecimento de materiais; e) empreitada integral - quando se contrata um empreendimento em sua integralidade, compreendendo todas as etapas das obras, serviços e instalações necessárias, sob inteira responsabilidade da contratada até a sua entrega ao contratante em condições de entrada em operação, atendidos os requisitos técnicos e legais para sua utilização em condições de segurança estrutural e operacional e com as características adequadas às finalidades para que foi contratada;

VI. **Projeto Básico** - conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado, para caracterizar a obra ou serviço, ou complexo de obras ou serviços objeto da licitação, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento, e que possibilite a avaliação do custo da obra e a definição dos métodos e do prazo de execução, devendo conter os seguintes elementos: a) desenvolvimento da solução escolhida de forma a fornecer visão global da obra e identificar todos os seus elementos constitutivos com clareza; b) soluções técnicas globais e localizadas, suficientemente detalhadas, de forma a minimizar a necessidade de reformulação ou de variantes durante as fases de elaboração do projeto executivo e de realização das obras e montagem; c) identificação dos tipos de serviços a executar e de materiais e equipamentos a incorporar à obra, bem como suas especificações que assegurem os melhores resultados para o empreendimento, sem frustrar o caráter competitivo

para a sua execução; d) informações que possibilitem o estudo e a dedução de métodos construtivos, instalações provisórias e condições organizacionais para a obra, sem frustrar o caráter competitivo para a sua execução; e) subsídios para montagem do plano de licitação e gestão da obra, compreendendo a sua programação, a estratégia de suprimentos, as normas de fiscalização e outros dados necessários em cada caso; f) orçamento detalhado do custo global da obra, fundamentado em quantitativos de serviços e fornecimentos propriamente avaliados;

VII. **Projeto Executivo** - o conjunto dos elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT;

VIII. **Compras ou contratações de serviços de Urgência**: aquisição ou contratação, com necessidade imediata de utilização e/ou que seja imprescindível para o bom andamento das atividades e assistência médico-hospitalar, mediante justificativa fundamentada do requisitante.

SELEÇÃO DOS FORNECEDORES/PRESTADORES DE SERVIÇOS

Art. 5º - A contratação de obras, serviços e aquisição de materiais de consumo ou bens efetuar-se-ão mediante Seleção de Fornecedores pessoas físicas ou jurídicas, sendo dispensado tal procedimento nos casos expressamente previstos neste Regulamento.

Art. 6º - Os fornecedores/prestadores de serviços interessados em contratar com a SPDM deverá apresentar os seguintes documentos (original ou cópia autenticada), além de outros porventura solicitados no ato convocatório:

I. Cartão do CNPJ;

II. Contrato social ou Estatuto atualizado e registrado no órgão competente;

III. Balanço Patrimonial do último exercício;

IV. Certidões públicas de inexistência de débito (municipais, estaduais, federais, INSS, FGTS e trabalhista);

V. Certidão forense (certidões da Justiça Federal, Comum de distribuições cíveis, executivos fiscais, falência, concordata e protesto).

VI. Comprovação Técnica;

Parágrafo único - Somente será contratada a empresa que atender todos os requisitos do presente artigo.

Art. 7º - A participação em Seleção de Fornecedores implica na aceitação integral e irretratável do Ato Convocatório, dos elementos técnicos e instruções fornecidas aos interessados, bem como na observância deste Regulamento e normas aplicáveis.

Art. 8º - A seleção de fornecedores será realizada nas seguintes modalidades:

I. Pedido de Cotação;

II. Coleta de Preços.

Art. 9º - As modalidades referidas no artigo anterior serão determinadas em função do valor estimado de cada contratação, a saber:

I. **Pedido de Cotação**: Quando o valor for inferior a R$ 8.000,00 (oito mil reais) global, devendo haver no mínimo cotação de 03 (três) orçamentos;

II. **Coleta de Preços**: Através do Ato Convocatório, quando o valor estimado for superior a R$ 8.000,00 (oito mil reais) global, devendo haver no mínimo cotação de 03 (três) orçamentos.

Parágrafo Primeiro - Para qualquer das modalidades previstas neste Regulamento somente poderão participar da Seleção de Fornecedores, as empresas legalmente constituídas e que estejam em dia com suas obrigações tributárias e fiscais e que não estejam impedidas de contratar com o poder público.

Parágrafo Segundo - O ato Convocatório descreverá os procedimentos a serem utilizados para a apresentação das propostas pelos participantes interessados e a forma de Seleção do Fornecedor, admitidos lances sucessivos dos participantes, podendo também ser utilizados meios eletrônicos e a Internet.

Parágrafo Terceiro - Caso não seja possível obter o número de cotações suficientes para o processo (minimamente três), deverá ser apresentada justificativa Técnica circunstanciada, aprovada pela Diretoria solicitante.

Art. 10 - Previamente à adjudicação de uma proposta, a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina poderá exercitar o direito de negociar as condições das ofertas, com a finalidade de maximizar resultados em termos de qualidade e preço.

DAS FORMALIDADES DO PEDIDO DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO OU BENS E SERVIÇOS PELAS UNIDADES

Art. 11 - As solicitações de compras e serviços deverão partir dos setores interessados com as respectivas fundamentações de suas necessidades e o devido cumprimento das etapas a seguir descritas:

I. Preenchimento correto do pedido de compra e/ou pedido de serviço, descrevendo o material ou serviço de acordo com as necessidades, especificações técnicas, justificativas e quantidade a serem adquiridas;

II. Prévio orçamento com pelo menos 03 (três) empresas que comercializam o referido produto e/ou prestam o referido serviço.

Parágrafo Único: Cumpridas as etapas acima, o requisitante deverá encaminhar ao Departamento de Gestão de Suprimentos - Setor de Suprimentos (Aquisição) ou Setor de Contratos (Serviços) para a efetiva autuação do processo e execução.

DAS COMPRAS e CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

Art. 12 - Considera-se compra toda aquisição remunerada de materiais de consumo e bens permanentes para o fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades das unidades públicas sob gerenciamento.

Art. 13 – Considera-se serviço toda a atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse da SPDM mediante a prestação por terceiros de serviços de: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais.

Art. 14 - O procedimento de compras e contratação de serviços compreende o cumprimento das etapas a seguir especificadas:

I. Solicitação de compras e/ou contratação de serviços;

II. Seleção de fornecedores/prestadores;

III. Solicitação de orçamento;

IV. Apuração da melhor oferta;

V. Emissão de ordem de compra (Compras) ou Emissão de ordem de inicio de Serviço (Serviços).

VI. Descrição pormenorizada do material que deve ser adquirido ou do serviço a ser contratado;

VII. Especificações técnicas;

VIII. Quantidade a ser adquirida;

IX. Regime de compra ou forma de contratação.

Art. 15 – O Departamento de Gestão de Suprimentos - O Setor de Compras ou o Setor de Contratos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que

participarão de seleção, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de execução, manutenção, reposição de peças e atendimento de urgência, e prazo para execução ou entrega.

Parágrafo único – Considera-se o menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

I. Custos de transporte e seguro até o local da entrega;

II. Forma de pagamento;

III. Prazo de entrega;

IV. Custos para operação do produto, eficiência e compatibilidade;

V. Durabilidade do produto;

VI. Credibilidade mercadológica da empresa proponente;

VII. Disponibilidade de serviços;

VIII. Eventual necessidade de treinamento do pessoal;

IX. Qualidade do produto;

X. Assistência técnica;

XI. Garantia dos produtos;

XII. Qualidade no serviço executado;

XIII. Mao de Obra qualificada;

XIV. Capacitação Técnica;

XV. Desempenho na prestação de Serviço;

XVI. Registro nos órgãos competentes;

XVII. Impedimentos na Anvisa ou que conste na relação de Empresas Inidôneas e Suspensas.

Art. 16 - A melhor oferta será apurada considerando-se os princípios contidos no artigo anterior do presente Regulamento e será apresentada ao responsável pelo Setor de Compras ou Setor de Contratos, a quem competirá juntamente com a Ciência da Gerência e ou Supervisão do Departamento de Gestão de Suprimentos, aprovarem a realização da compra ou contratação, com despacho devidamente fundamentado.

Parágrafo Primeiro - Para o julgamento das propostas e apuração da melhor oferta serão considerados os seguintes critérios:

I. Adequação das propostas ao objeto do Ato Convocatório;

II. Qualidade;

III. Preço;

IV. Prazos de fornecimento ou de conclusão;

V. Condições de pagamento;

VI. Outros critérios previstos neste Regulamento.

Parágrafo Segundo - Para a apuração e apresentação da melhor oferta poderão ser utilizadas todas as formas de realização de negócios disponíveis na internet, como a consulta a sites e portarias de compras/serviços, assim como pregão eletrônico, através do qual é anunciada a compra ou contratação que se pretende realizar, normalmente através de Jornal de Grande Circulação e/ou Diário Oficial utilizando-se de site próprio inserido em um sítio de sites de interesse dos fornecedores e, ainda, outras modalidades que vierem a ser desenvolvidas.

Art. 17 - Após aprovada a compra ou contratação, deverá ser emitida a respectiva Ordem de compra (OC) ou Ordem de Início de Serviço (OIS) que será parte integrante do processo de pagamento;

Art. 18 - Para as compras efetuadas ou contratos firmados através de meio eletrônico, serão emitidos os documentos obtidos nas negociações eletrônicas, contendo as condições de negócio realizado.

Art. 19 - As ordens de compra que corresponde ao contrato formal efetuado com o fornecedor no caso de aquisição com entrega total e a ordem de início de serviço juntamente com o contrato assinado encerram o procedimento de compras ou contratação, devendo representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo único - A ordem de compra ou ordem de início do serviço deverá ser assinada pelo Gerente de Gestão de Suprimentos da SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina.

Art. 20 - As compras deverão obedecer às normas e padronização dos equipamentos a serem utilizados pelas Unidades sob gestão da SPDM.

Art. 21 – As contratações deverão obedecer às legislações vigentes, em especial as normas de direito civil e os princípios da teoria geral dos contratos.

DO RECEBIMENTO DOS BENS E/OU SERVIÇOS

Art. 22. Os bens e serviços serão recebidos por representante indicado pela SPDM e somente serão aceitos se estiverem de acordo com a ordem de fornecimento ou o contrato firmado, especificações técnicas, prazo de validade, plantas e memoriais descritivos, e demais especificações constantes no ato convocatório.

DISPENSA DE SELEÇÃO DE FORNECEDORES

Art. 23 - A dispensa de seleção de fornecedores poderá ocorrer nos seguintes casos:

I. Operação envolvendo concessionária de serviços públicos e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;

II. Operação envolvendo empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de pesquisa científica e tecnológica, organizações sociais, universidades ou centros de pesquisa públicos nacionais;

III. Aluguel ou aquisição de imóvel destinado a uso próprio;

IV. Aquisição de materiais, equipamentos ou serviços diretamente do produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;

V. Compras, execução de obras ou serviços de bens que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a R$ 500,00 (quinhentos reais) mensais, que deverão ser adquiridas mediante emissão de Nota Fiscal;

VI. Emergência, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízos de forma geral em especial a população, ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços ou equipamentos.

VII. Contratação de remanescente de obra, serviços ou fornecimento, em consequência de rescisão contratual, desde que devidamente justificado, atendida a ordem de classificação do processo e aceitas as mesmas condições de fornecimento, inclusive quanto ao preço, devidamente corrigido.

VIII. Aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia.

IX. Contratação em que houver transferência de tecnologia de produtos estrangeiros para o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conforme elencados em ato da direção nacional do SUS,

inclusive por ocasião das aquisições destes produtos durante as etapas de absorção tecnológica.

DA INEXIGIBILIDADE

Art. 24 – É inexigível o cumprimento deste Regulamento nos seguintes casos:

I. Para aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo.

II. Para a contratação de serviços técnicos especializados, tais como estudos, planejamentos, projetos, pareceres, avaliações e consultorias técnicas, fiscalização e gerenciamento de obras, entre outros, mediante apresentação de laudo e/ou justificativa técnica.

DA CONTRATAÇÃO DE OBRAS

Art. 25 – Considera-se obra toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação, realizada por execução direta ou indireta.

Art. 26 - Para a realização de obras deverão ser elaborados previamente os projetos básicos ou executivos, bem como cronograma físico-financeiro, de acordo com os critérios e limites das tabelas de preços vigentes no mercado e ainda:

I. **Projeto básico** - conjunto de elementos necessários e suficientes com nível de precisão adequado, para caracterizar a obra, ou o complexo de obras, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento, e que possibilite a avaliação do custo da obra e definição dos métodos e do prazo de execução;

II. **Projeto Executivo** - conjunto de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT

III. **Cronograma físico-financeiro** - documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

Art. 27 - Na elaboração dos projetos básicos ou executivos deverão ser considerados os seguintes requisitos:

I. Segurança;

II. Funcionalidade e adequação ao interesse público;

III. Economia na execução, conservação e operação;

IV. Facilidade na execução, conservação e operação, sem prejuízo da obra ou de serviço;

V. Acessibilidade;

VI. Adoção das normas técnicas adequadas;

VII. Avaliação do custo, definição de métodos e prazo de execução.

VIII. Respeito às regras de segurança do trabalho;

Art. 28 - O início da execução da obra contratada por intermédio deste Regulamento, será precedido da conclusão e aprovação pela correspondente Secretaria de Saúde a que se refere o contrato de gestão.

Art. 29 - O processo de contratação da empresa deverá obedecer às seguintes etapas:

I. Seleção;

II. Apuração da melhor proposta, contemplando técnica e/ou preço.

III. Celebração do contrato.

Art. 30 - Para a escolha das empresas que irão participar da seleção, deverão ser considerados os regimes de contratação, a idoneidade da empresa, a qualidade e o menor custo.

Art. 31 - A empresa selecionada deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, indicando o prazo de execução e o custo total.

Art. 32 - A execução da obra ou reforma deverá ser fiscalizada de modo sistemático e permanente pela SPDM de maneira a fazer cumprir rigorosamente os prazos, condições e especificações previstas no contrato e no projeto de execução.

Art. 33 - Caberá à fiscalização:

I. Rejeitar os serviços ou materiais que não correspondam às condições e especificações estabelecidas;

II. Verificar se os valores/itens cobrados correspondem aos serviços efetivamente executados;

III. Acompanhar o prazo de execução da obra ou reforma;

IV. Emitir o termo de recebimento definitivo ao final da obra ou reforma.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 - Aplicam-se à contratação de serviços, no que couberem, todas as regras estabelecidas no presente Regulamento.

Art. 35 - O contrato regular-se-á pelas suas cláusulas, pelo direito civil e pelos princípios da teoria geral dos contratos.

Art. 36 - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento somente será válido se devidamente documentado de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Art. 37 - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento serão resolvidos de comum acordo entre as partes, com base nos princípios gerais de direito e caso necessário com questionamento ao setor técnico competente.

Art. 38 - As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.

Art. 39 - O presente Regulamento entra em vigência na data de sua assinatura.

As atividades de apoio para a execução do contrato de gestão se darão através da organização dos materiais de consumo, serviços de terceiros, conservação predial.

Para o devido gerenciamento administrativo e planejamento operacional a SPDM irá fornecer materiais médicos hospitalares**,** medicamentos, OPME, nutrição e dietética, material de escritório, material de informática, material de limpeza e outros necessários para o bom funcionamento do complexo. Contando ainda com a execução dos serviços de almoxarifado, serviços de limpeza e conservação, serviços de vigilância patrimonial e/ou portaria, apoio logístico, remoção e transporte de pacientes, coleta de resíduos, serviços de apoio diagnostico e terapêutico, serviços de informática, serviços de locação, serviços de manutenção predial e clínica, guarda de documentos e prontuários, recarga e manutenção de extintores, serviços de alimentação hospitalar, serviços de esterilização, serviços laboratoriais, gerenciamento e execução de atividades de agencia transfusional, analise e potabilidade de água, gerenciamento de riscos e seguros, serviços de lavanderia, e gases medicinais**.**

SISTEMÁTICA DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO

Para aquisição de materiais de consumo e bens para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) serão seguidas as diretrizes do Município e Legislação Vigente (Municipal, Estadual e Federal), bem como o Regulamento Unificado de Compras e

de Contratação de Obras e Serviços da SPDM que estabelece as normas gerais de compras e contratos.

Os materiais de consumo estão divididos em várias classes, tais como:

Medicamentos ou Materiais Farmacológico

São insumos estratégicos de suporte as ações de saúde, cuja falta pode significar interrupções constantes no tratamento, o que afeta a qualidade de vida dos usuários, credibilidade dos serviços farmacêuticos e do sistema de saúde como um todo.

Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando comprar (programação) e como comprar, seguindo a melhor oferta como descrito em nosso Regulamento.

Materiais médicos hospitalares e odontológicos

A aquisição de material médico hospitalar deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando comprar (programação) e como comprar, seguindo a melhor oferta como descrito em nosso Regulamento.

Os materiais médicos hospitalares a serem adquiridos deverão obedecer:

- Certificado de Registros no MS/ANVISA – publicado no Diário Oficial da União (D.O.U);
- Certificado de Registro no MS/ANVISA por família (publicação no D.O.U);
- Certificado de isenção de Registro MS/ANVISA;
- Autorização de funcionamento da empresa fabricante;
- Licença de funcionamento estadual;

- Licença de funcionamento municipal;
- Em caso de empresas comerciais, distribuidoras e os importadores, carta do fabricante assegurando que a amostra apresentada corresponde a versão do produto fabricada no momento e autorização para comercialização do produto;
- Literatura técnica do produto;
- Para produtos estrangeiros o mesmo deverá estar acompanhado de tradução juramentada.

Além dos documentos dispostos no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços da SPDM.

Os materiais médicos hospitalares a serem adquiridos deverão ter informados na cotação, marca, fabricante e a procedência do mesmo.

O transporte dos materiais médicos hospitalares ou odontológicos deverá obedecer a critérios adequados, de modo a não afetar a identidade, qualidade, integridade dos mesmos.

Materiais OPME - Orteses, próteses e materiais especiais

O fornecimento destes materiais será feito de acordo com a necessidade do paciente.

As aquisições destes materiais seguirão as diretrizes do Município e Legislação Vigente (Municipal, Estadual e Federal).

Materiais de Escritório, Informática, Limpeza, Copa e Cozinha entre outros.

Os materiais deverão ser entregues devidamente protegidos e embalados adequadamente contra danos de transporte manuseio, acompanhados das respectivas notas fiscais.

Ressaltamos que a SPDM se compromete a fornecer eventuais materiais de consumo que se façam necessários para total execução das atividades da unidade hospitalar.

Materiais de Nutrição e Dietética.

A aquisição de nutrição e dietética, será feito de acordo com a necessidade do paciente, seguindo a melhor oferta como descrito em nosso Regulamento, bem como as diretrizes da Resolução – RCD nº 63, de 06 de julho de 2000.

Materiais de Manutenção e bens.

Os materiais deverão ser entregues devidamente protegidos e embalados adequadamente contra danos de transporte manuseio, acompanhados das respectivas notas fiscais.

Ressaltamos que a SPDM se compromete a fornecer eventuais materiais de consumo que se façam necessários para total execução das atividades da unidade hospitalar.

Algumas estratégias podem ser implantadas nos serviços de saúde, para subsidiar os processos de tomada de decisão na aquisição dos materiais de consumo. Entre elas podemos citar a exigência do cumprimento de requisitos legais da empresa e especificação do produto, de forma que atenda à necessidade daquela instituição de acordo com as suas demandas específicas.

- **SERVIÇO DE CONTROLADORIA E SEGURANÇA**

1. Serviços de Portaria, Controlador de Acesso e Apoio Operacional

O serviço caracteriza-se pelo controle, operação e fiscalização das portarias (gestão de catracas, controle de acessos); execução de serviços relacionados à vigilância para o Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

A solução de segurança elaborada contemplará, ainda, o sistema de controle de acesso de forma a possibilitar a integração e otimização das ações de segurança.

A execução de serviços de Portaria será executada pela SPDM vinte quatro horas por dia, todos os dias da semana, com mão de obra dimensionada para postos fixos.

Legislação

Porteiros e Vigilantes: Não se confundem as funções de “Porteiro” com “Vigilante”. Vigilante é o profissional capacitado pelos cursos de formação perante temos da Lei Federal no 7102/83 alterada pelas Leis Federais nº 8.863/94 e 9.017/95, pela Medida Provisória no 2.184/01 e pela Lei Federal no 11.718/08; e Portaria DG/DPF no 387/2006 alterada pelas Portarias DG/DPF nº 515/2007, DG/DPF no 358/09, DG/DPF no 408/09 e DG/DPF no 781/10; devidamente registrado no Ministério do Trabalho e empregado em empresas de segurança. Assim sendo, a contratação de serviços que envolvam “Porteiro”, não requer as exigências legais afetas às empresas de Segurança / Vigilância

São obrigações do Operador dos serviços:

- Permanecer atento, durante sua jornada de trabalho, detectando possíveis modificações na área protegida e tomando as providências cabíveis previamente especificadas, podendo, caso necessário, acionar a Polícia Militar ou Guarda Municipal, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão previamente definido;
- Observar a movimentação de indivíduos suspeitos nas áreas monitoradas, adotando medidas de segurança conforme orientação recebida da Administração do Hospital, por intermédio do Supervisor, ou agente responsável pelo serviço;
- Efetuar rondas e emitir os respectivos relatórios;
- Efetuar todos os procedimentos cabíveis quando detectar uma ocorrência, identificando o local de origem e tomando as providências necessárias;
- Manter-se no posto de trabalho de acordo com protocolo estabelecido na unidade;
- Repassar para o(s) Operadores(s) que assumirão o posto, quando houver troca de turno, todas as orientações recebidas e vigentes, bem como eventual anomalia observada ou ocorrências em andamento nas instalações;
- Cumprir a programação dos serviços, feita periodicamente pela Administração do Hospital com atendimento sempre cortês e de forma a garantir as condições de segurança das instalações e, dos usuários;
- Restringir suas ações aos limites do Complexo e atuar dentro dos perímetros estabelecidos;
- Atender cordialmente às solicitações da Administração do Hospital, verificando as necessidades e apresentando sugestões sobre monitoramento cabíveis para cada situação ou solicitação.

Controle de Acesso

Entenda-se por sistema de controle de acesso o conjunto de barreiras físicas presentes no ambiente do Complexo, tais como portas e catracas, e controlados por meio de um sistema de controle de acesso.

As atividades de segurança relacionadas ao controle de acesso contemplarão a divisão do ambiente do Complexo entre áreas públicas e restritas e, ainda, a divisão das áreas restritas por perfis de acesso para cada tipo de trabalhador, evitando, assim, que pessoas não autorizadas tenham acesso às áreas críticas como, por exemplo, o bloco cirúrgico, entre outras.

Portaria

A execução de serviços de controle, operação e fiscalização de portarias e edifícios, nos postos fixados pela SPDM, envolve a alocação, de empregados capacitados para:

- Comunicar imediatamente ao agente responsável, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão previamente definido;
- Manter afixado, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, dos responsáveis pela administração do Hospital, da brigada de incêndio, da equipe de segurança do trabalho, da Ouvidoria e do Conselho Hospitalar e outros de interesse;
- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas, devendo fornecer para isso crachás de visitantes;

- Fiscalizar a entrada e a saída de materiais, mediante conferência física e documental, ou de controles próprios.

- Controlar a entrada e a saída de veículos, empregados e visitantes, após o término de cada expediente de trabalho, feriados e finais de semana, na conformidade de que venha a ser estabelecido pela SPDM;

- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhados às instalações, sem que estes estejam devida e previamente autorizados;

- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao Supervisor, ou agente responsável pelo serviço;

- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;

- Colaborar com as Polícias Municipal, Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações do poder concedente facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;

- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;

- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres;

- Comunicar ao Supervisor, ou agente responsável pelo serviço a presença de aglomerações de pessoas junto ao posto;

- Repassar para o(s) porteiro(s) que está(ão) assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações.

- **GUARDA E GESTÃO DE DOCUMENTOS**

A SPDM irá organizar e controlar todas as rotinas de guarda e arquivo de prontuários e documentos do hospital de saúde conforme segue:

Visa a indexação individual de Pastas /Processos /Documentos, garantindo total rastreabilidade dos documentos, acelera a transição para o gerenciamento eletrônico e contribui com a racionalização de custos e a execução de estratégias, solucionando toda a gestão de processos e de informação do Hospital e da Rede Assistencial

Destacamos alguns benefícios:

✓ Foco no *core business*, deixando a execução de processos de apoio para o fornecedor;

✓ Revisibilidade de custos;

✓ Aumento de eficiência e melhoria contínua na execução desses processos;

✓ Liberação de recursos internos para assuntos estratégicos;

✓ Maior flexibilidade;

✓ Controle e redução de custos operacionais;

✓ Agilidade no acesso e disponibilidade da informação;

✓ Transformação de custo fixo em variável;

✓ Entrega e retirada dos documentos juntamente a unidade requisitante;

✓ Transporte seguro;

✓ Expurgo de documentos;

✓ Acesso aos documentos digitalizados;

✓ Organização do arquivo;

✓ As caixas serão armazenadas em nossos depósitos e disponibilizadas para consultas quando necessário;

✓ Guarda e gerenciamento de mídias magnéticas, ópticas, filmes, microfilmes, microfichas e mídias de backup;

✓ Proteção contra ameaças de acidentes ou sabotagem;

✓ Segurança em não perder ou extraviar algum documento.

É uma solução completa voltada para a análise e processamento de informações contidas em grandes volumes de documentos. Essa prestação permite a Gestão dos Processos e Informação com a mais alta qualidade e segurança, e atendem com agilidade as demandas do hospital face à flexibilidade dos sistemas que suportam os processos operacionais.

- **HIGIENIZAÇÃO/LIMPEZA**

A execução de Serviços de Limpeza Hospitalar caracteriza-se pela limpeza, conservação desinfecção das superfícies fixas, visando à obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene em dependências médico-hospitalares, com disponibilização de mão de obra qualificada, produtos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos e limpeza de caixa d'água.

A execução de Serviços de Limpeza será executada, vinte quatro horas por dia, todos os dias da semana, com mão de obra dimensionada para postos fixos, calculados com base nas áreas de higienização e sua criticidade.

Legislação

As técnicas de limpeza e soluções que serão utilizadas nas atividades da execução de Serviços de Limpeza seguirão o disposto pelo Ministério da Saúde, Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde 1994, Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde 1985 e todas as leis municipais, estaduais e federais vigentes. As técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde observarão as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 12.810, NBR 12.807 e NBR 12.809, e demais outras em vigor.

Todos os produtos utilizados para limpeza e desinfecção são registrados no Ministério da Saúde.

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é obrigatória, conforme Portaria e leis vigentes. Todos os EPI's serão fornecidos pela SPDM.

A execução do serviço de limpeza de caixa d'água será em conformidade com a legislação municipal, estadual e federal vigente.

Serviços

Os procedimentos operacionais de limpeza e utilização dos produtos químicos serão elaborados pelo Serviço de Controle de Infecção criado por colaboradores da SPDM. Os profissionais destacados para supervisão direta apresentarão formação acadêmica e técnica específica e variada, para compor uma equipe multidisciplinar.

A execução de Serviços de Limpeza engloba as seguintes atividades:

• Limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; a remoção, redução ou destruição de microorganismos patogênicos; o controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas

hospitalares. Os serviços serão executados em superfícies, tais como: pisos, paredes, portas, corredores, parapeitos, rodapés, janelas, hall de entradas, pontos de luz fluorescente e incandescente, luminárias em geral (inclusive externas), parte interna e externa do prédio, escadas, cortinas, persianas, grades, balcões, maçanetas, divisórias, móveis e utensílios, camas, mesas de cabeceira, suporte de soro, equipamentos hospitalares, macas, instalações sanitárias, coletores de detritos, extintores de incêndio, telefones, lixeiras, espelhos, limpeza externa de aparelhos de ar condicionado, posto de enfermagem, dispensadores, saboneteiras (limpeza das faces interna e externa), papeleiras, elevadores, escadarias sociais, circulações, bebedouros, vidros, vidraças, tetos, paredes marquises, placas de comunicação visual, filtros e bebedouros;

- Limpeza de caixa d'água;
- Abastecimento, sempre que necessário, de dispensadores e saboneteiras;
- Limpeza e desinfecção de terminais de leitos, camas, colchões, travesseiros, mobiliários e móveis hospitalares;
- Limpeza e desobstrução de ralos de escoamento, desentupindo-os quando necessário desde que isto não implique em mão de obra de bombeiro ou pedreiro;
- Varredura de pátios internos e externos, calçadas, entradas e saídas do local.
- Segregação, acondicionamento, transportes interno e externo dos RSS (resíduos de serviços de saúde), obedecendo a RDC n° 306, de 07 de dezembro de 2004, da ANVISA; ou legislação vigente;
- Recolhimento das caixas de acondicionamento de materiais perfuro cortantes (que deverá estar lacrada) e repor outra caixa montada no momento do recolhimento;
- Lavagem geral de áreas internas e externas, incluindo calçadas e pátios;

- Limpeza e polimento de metais tais como: válvulas, registros, sifões, fechaduras e etc.;
- Limpeza das geladeiras (partes interna e externa) em uso nos setores, sob orientação de preposto da manutenção do Hospital.
- Desintetização e Desratização semestralmente, ou quando houver necessidade.
- A periodicidade da limpeza deverá ser feita conforme necessidade e criticidade da área:

Área Crítica: no mínimo três vezes ao dia e toda vez que necessário

Áreas Críticas são áreas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda, aquelas áreas que por suas especificidades necessitam que seja minimizada a presença de microorganismos patogênicos.

Área Semi-crítica: no mínimo duas vezes ao dia e toda vez que necessário

Áreas semi-críticas são áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.

Área Não Crítica: no mínimo uma vez ao dia e toda vez que necessário

Áreas Não Críticas são todas as áreas hospitalares ocupadas ou não por pacientes e que oferecem risco mínimo de transmissão de infecção.

Em caso de falta eventual de colaborador e na impossibilidade de substituição imediata, as atividades serão reprogramadas pelo supervisor, de modo que as prioridades sejam atendidas de acordo com as necessidades da Coordenação do Hospital. Por falta eventual, entende-se todo evento de ausência de colaboradores

fora do controle ou da previsão da contratada e que não se encontra legalmente prevista como justificável as leis trabalhistas, não superiores há 48 horas seguidas. Após esse período, o faltante deve ser substituído imediatamente.

Materiais

A SPDM utilizará os materiais listados para realizar as atividades detalhadas anteriormente:

- Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microorganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e antissépticos. Na seleção dos germicidas há necessidade de considerar: a necessidade de seu uso e a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez; incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, susceptibilidade às inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual e custos);

- Desinfetantes: são agentes químicos capazes de destruir microorganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos, em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em alto, médio ou baixo;

- Detergentes de baixo nível (sanificantes): são aqueles destituídos de ação turbeculicida, esporicida e virucida, devendo ter baixa toxicidade;

- Detergentes: são substâncias tensoativas, solúveis em água e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos;

- Hipoclorito de Sódio: tua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminados com material biológico, utiliza-se soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não é recomendado em metais e mármores, devido à sua ação corrosiva;

• Cloro orgânico: o dicloroisocianureto de sódio age da mesma forma que o hipoclorito de sódio. Apresentado em pó e pode ser associado à tensoativos. Para a desinfecção de superfícies fixas é utilizado numa concentração de 3%;

• Álcoois: o mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos é contra indicado, pois podem danificá-los;

• Os materiais serão armazenados em espaço designado, com controle de temperatura, disposição dos produtos, (separando químico, descartáveis, acessórios etc.) e conservação dos dispositivos para armazenamento (pallet, prateleiras, armários);

Disposições Gerais

Tipos de Limpeza Preconizados:

• Limpeza concorrente ou diária é o processo de limpeza diária, com a finalidade de remover a sujidade e repor o material de higiene;

• Limpeza terminal é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujidade e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene e será realizada sempre que se fizer necessária.

Métodos e Equipamentos de Limpeza de Superfícies:

• Limpeza Úmida: Consiste na utilização de água, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser por processo manual ou mecânico;

- Limpeza com Jatos de Vapor de Água: Trata-se de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamento com jatos de vapor d'água, saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a limpeza terminal;

- Limpeza Molhada: Consiste na utilização de água abundante, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal;

- Limpeza Seca: Consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água. A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas. É proibida a varredura seca em áreas administrativas, conforme manual ANVISA de 1994.

- **ROUPARIA**

O enxoval do Hospital será fornecido pela SPDM devidamente estampado. A higienização será realizada, para o processamento de roupas hospitalares, com qualidade, segurança e eficiência, preservando a qualidade das roupas em todas as fases de seu processamento utilizando as técnicas adequadas bem como a reposição de roupas na mesma qualidade, (duráveis de boa aparência) com um nível de bacteriológico aceitável.

São considerados roupas Hospitalares todos os artigos têxtis enviados à lavanderia hospitalar.

Legislação aplicável

A execução de serviços de lavanderia hospitalar envolverá todas as etapas do processo de higienização das roupas, conforme o padrão estabelecido no Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde e suas atualizações.

Descrição dos Serviços

O processamento das roupas hospitalares abrange todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno em ideais condições de reuso.

As roupas serão separadas de acordo com o tipo de sujeira a fim de facilitar o processo de lavagem. No processo de separação as roupas serão acondicionadas em carrinhos específicos e posteriormente encaminhadas para lavagem.

As roupas Hospitalares são classificadas em:

• Roupa Suja: inclui toda a roupa que foi retirada do paciente, independente do grau de sujidade. Devem ser consideradas de risco potencial de contaminação;

• Roupas Contaminadas: é aquela proveniente de pacientes com doenças transmissíveis que apresentam alguma importância na cadeira epidemiológica;

• Roupas Instáveis ao Calor: são aquelas feitas de fibras têxtil que são danificadas pelo processo habitual de lavagem e desinfecção da roupa hospitalar. Ex. cobertores.

Para a efetiva execução dos serviços teremos:

▪ Balança Digital com laudo de aferição emitido por empresa especializada do ramo sem ônus para a SPDM, assim como as manutenções necessárias;

▪ Os sacos utilizados na coleta de roupa suja devem ser laváveis, preferencialmente de algodão ou nylon; no caso de coleta de roupa com sujidade pesada ou molhada, com risco de extravasamento, os sacos devem ser impermeáveis.

Os funcionários envolvidos devem fazer uso de aventais impermeáveis, botas de cano alto, luvas de borracha ou vinílica até os antebraços, máscaras, óculos de proteção e gorros.

O deslocamento da roupa suja até o veículo que a transportará até as dependências da contratada será realizada por meio da “rota de roupa suja”, observando-se que em hipótese alguma haja cruzamento entre roupa limpa e roupa suja, alimentos ou pessoas.

O controle da roupa suja será efetuado pelo funcionário designado pela SPDM e funcionário designado da contratada A roupa deverá ser pesada pela contratada na presença do funcionário da SPDM.

Deverá ser elaborado um relatório diário pela contratada, informando o peso da roupa retirada (em kg). Este relatório deverá ser aprovado pelo funcionário da SPDM.

As roupas retiradas diariamente deverão ser devidamente acondicionadas, conforme normas de biossegurança sob supervisão da C.C.I.H. - Comissão Controle de Infecção Hospitalar.

As roupas serão lavadas através de lavadoras extratoras de várias combinações de produtos químicos, calor, variando o processo de utilização de acordo com cada tipo de roupa e sujeira. Esse processo visa a desinfestação das roupas.

O processo de desinfecção dos enxovais hospitalares terá um alto nível de desinfecção a fim de romper focos infecciosos. Para este fim consideramos os processos termo químicos mais eficientes considerando a resistência térmica especial de alguns microrganismos.

Procedimentos*:*

Recebimento e Acondicionamento da roupa suja na área de roupa

A roupa suja deverá ser embalada em sacos devidamente fechados sem extravasamento de sangue ou secreções, acondicionada em container ou gaiolas.

A Lavagem das Roupas

Será utilizado o processo preconizado pela CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade e Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde normas e manutenção técnica e suas atualizações.

As dosagens dos produtos a serem utilizados deverão seguir rigorosamente às instruções do fabricante, visando à garantia do serviço executado.

Um ciclo completo de lavagem de roupa com sujidade pesada deve incluir: umectação enxague inicial, pré-lavagem, lavagem, alvejamento, enxagues, neutralização e amaciamento;

- Umectação: É o processo que visa facilitar o molhamento e consequentemente a remoção das sujidades solúveis em água, presente nas roupas, através do poder umectante de um tenso ativo, utiliza-se nível de água alto.

- Enxágue: é a operação ordenada do processo da lavagem, destinada ao arraste de resíduos de produtos e sujidades presentes na solução da lavagem, deve ser realizada com nível de água alto.

- Pré-Lavagem: é o processo utilizado com a finalidade de retirar grandes quantidades de sujidade dos tecidos (sujidade pesada) através de produtos específicos de lavagem, buscando remover 70% das sujidades, na qual uma operação única de lavagem não seria suficiente para removê-la. Utilizam-se produtos específicos e nível de água baixo, nessa fase utiliza-se o ciclo de lavagem pesada.

- Lavagem: é a remoção completa da sujeira, no caso de realização da pré-lavagem, (sujidade pesada) ou como única fase, no ciclo de lavagem leve. Utilizam-se produtos para lavagem principal e nível de água baixo. Nesta fase, utilizar temperatura elevada (acima de 85 c), após ser garantida a remoção de proteínas das roupas.

• Alvejamento: é o procedimento realizado com a finalidade de retirada das sujidades que possam tingir as roupas, através da utilização de substancias químicas (cloro-orgânico – pó cloro inorgânico – liquido ou o peróxido de hidrogênio). Promove a desinfecção da roupa e remoção de manchas sensíveis à oxidação, utiliza-se nível de água baixo.

• Neutralização: é a operação realizada com a finalidade de garantir a remoção dos resíduos de alcalinidade e cloro proveniente de outras operações do processo de lavagem. Estes produtos podem provocar amarelamento das roupas, nas fases de calandragem e passanderia, se não retirados.

• Amaciamento: é o processo final da lavagem, na qual é realizado juntamente com a neutralização.

• Centrifugação ou Extração: é a remoção do excesso de água das roupas através das Máquinas Lavadoras Extratoras ou Centrífugas. Seguindo o tempo de centrifugação conforme o tipo de tecido sendo lavado e da quantidade de umidade residual desejada.

A roupa com sujidade leve está liberada das primeiras etapas do processamento, quais sejam: umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo seu ciclo iniciado já na etapa de lavagem.

Utilizar produtos detergentes de baixa concentração e baixo teor de fosfato.

Secagem e Calandragem de Roupa Limpa

A roupa deverá ser seca com a utilização de equipamentos que melhor se adaptem ao tipo de roupa e estrutura do tecido;

Toda roupa limpa deverá ser calandrada ou prensada a vapor, à exceção das felpudas e roupas cirúrgicas que deverão ser entregues dobradas tecnicamente;

O processo de secagem, calandragem e passanderia é o processo final após a centrifugação obedecendo as recomendações da tabela de recomendações para o acabamento das roupas hospitalares.

As roupas serão separadas e montadas em kits para a confecção de pacotes para esterilização onde serão utilizadas em unidades fechadas tais como centros cirúrgicos, centros obstétricos etc. Nesse processo as roupas dobradas e permanecerão armazenadas em repouso por 24 a 48 horas finalizando o processo de esterilização.

Finalizado o processo as roupas serão acondicionadas em gaiolas específicas para transportes protegidas com strech evitando o manuseio do enxoval e trava, evitando queda no transporte, preservando o processo de limpeza e higienização.

Reaproveitamento de Peças Danificadas

As peças danificadas, desgastadas, mas ainda dentro do padrão de aceitabilidade definido pelo SPDM, serão reparadas por costureiras.

Os reparos em roupas cirúrgicas deverão ser por remendo térmico e no máximo cinco remendos por peça.

As peças que não se apresentarem de acordo com os padrões aceitos pela SPDM serão consideradas excluídas.

Separação e Embalagens das Roupas Limpas

No processo final do processamento das roupas, estas devem ser dobradas e embaladas com filme plástico ou embalagens que preservem a qualidade e higiene dos produtos entregues ou de acordo com as necessidades do Hospital.

Atender à solicitação da SPDM quanto à elaboração de kits para atendimentos e procedimentos que se fizerem necessários (admissão, troca diária, pequenos procedimentos, dentre outros).

Preparo de Leito

A responsabilidade do preparo do leito quando o paciente estiver ou não no mesmo é da camareira.

Estrutura de operação

Para a realização desta atividade estima-se a necessidade de disponibilização dos seguintes bens:

Item	Quantidade
Suporte para Hamper	Conforme necessidade
Carro de transporte para roupa suja	Conforme necessidade
Carro de transporte para roupa limpa	Conforme necessidade
Balança	Conforme necessidade
Carro Gaiola	Conforme necessidade

O enxoval será composto de:

- Kit para pacientes: lençol; virol; manta; cobertor; fronha; toalha de banho; traçado; pijama adulto P, M e G (short + camisa); camisola P, M e G.
- Kit para acompanhantes: lençol para cadeira de descanso, manta.

• Vestimentas para trabalhadores da área assistencial conforme NR32: conjunto para Centro Cirúrgico P, M e G; conjunto para CTI; avental para Pronto Socorro e UCI; capotes para isolamentos e procedimentos.

• Kit para descanso de funcionários: lençol, virol, fronha, cobertor, toalha de banho.

• Enxoval cirúrgico: campo simples e duplo para cirurgias de pequeno, médio e grande porte; campo fenestrado; campo duplo para envolver pacotes e caixas cirúrgicas.

• Diversos: capa para biombo, capa para equipamentos, capa para materiais respiratórios.

- **ESTERILIZAÇÃO**

A SPDM contratará empresa especializada na prestação de serviços de esterilização de equipamentos médico-hospitalares, para a realização da desinfecção dos mesmos, contidas na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 15, de 15 de março de 2012, e demais normas locais em vigência, em horários e datas a serem acordadas posteriormente, garantindo o pronto atendimento do Complexo Hospitalar Irmã Dulce.

- **TRANSPORTE - APOIO LOGÍSTICO**

Para garantir o transporte de profissionais e as atividades de apoio serão prestados os serviços de malote e fluxo de materiais, através de Automóvel, Veículo Utilitário. Os veículos utilizados serão providos de segurança (bom estado de conservação e condições de operação, com especial atenção ao estado dos pneus e manutenção mecânica), higiene, dirigibilidade e ainda possuir sistema de ar

condicionado, seguindo as normas do Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Segue abaixo a descrição de cada veículo:

Veículo Passeio

Serão disponibilizados veículos tipo passeio de fabricação nacional, motor 1.0, bicombustível (álcool e gasolina), 04 portas, com ar condicionado e direção hidráulica, com até 02 (dois) anos de fabricação, com combustível, motorista, com manutenção corretiva e preventiva, incluindo lubrificação (troca de óleo e filtros), pneus, seguro total, com coberturas de danos materiais e pessoais e acidente por passageiro devendo ainda os veículos estar vistoriados pelos órgãos competentes, dotados de todos os equipamentos necessários, além de propiciar condições de higiene e segurança.

Os veículos destinam-se, exclusivamente, ao apoio logístico ao Complexo. Os veículos de passeio, bem como seus respectivos motoristas, estarão à disposição dos profissionais, de segunda a domingo, 24 (vinte e quatro) horas por dia. Relatório mensal das viagens realizadas com horário de saída e chegada, local de destino, número de lugares disponíveis, número de passageiros transportados, como forma de aferição de utilização.

Premissas a serem cumpridas - Projeto de Implantação

Serão disponibilizados serviços de coleta, entrega de correspondências, pequenos volumes, malotes e materiais biológicos, via transporte de entregas rápidas (motoboy).

- **GERENCIAMENTO DE RISCOS E SEGUROS**

Este serviço caracteriza-se pela contratação de seguro para proteção das instalações e bens do Complexo.

A contratação do seguro patrimonial e do seguro de engenharia é decorrente da necessidade do Hospital e da SPDM serem ressarcidos no caso da ocorrência de eventuais sinistros cobertos.

Serão contratadas apólices de seguro na modalidade de Riscos Nomeados, para cobertura dos bens patrimoniais de propriedade da SPDM, do Hospital ou de terceiros, sob sua guarda e custódia durante o prazo da concessão apólices de seguro na modalidade de Riscos de Engenharia durante a execução da obra, instalação e montagens.

Valor em Risco e Limite Máximo de Indenização

O *Valor em Risco* estimado do patrimônio do Complexo será equivalente ao somatório do valor de todos os bens, incluindo a edificação, mercadorias, materiais permanentes, equipamentos e outros, de propriedade da SPDM, do Complexo e de terceiros, alocados e destinados à operação.

Coberturas, Limites Mínimos de Indenização e Franquias

As coberturas Acessórias de Vazamento de Tubulação e Danos por Água poderão estar juntas ou separadas, mas incluirão dentre outras, as coberturas de danos por água provenientes de sprinklers e reservatórios internos do edifício.

Para a cobertura acessória de Responsabilidade Civil por Guarda de Veículos, os riscos cobertos abrangerão, dentre outros, incêndio e roubo/furto sofridos por veículos e motocicletas de servidores, funcionários terceirizados e terceiros.

As coberturas que tratam de Responsabilidade Civil da operação e da obra cobrirão a SPDM e o Complexo, bem como seus administradores, empregados, funcionários, subcontratados, prepostos ou delegados, pelos montantes com que possam ser responsabilizados a título de danos materiais, pessoais e morais, custas processuais e quaisquer outros encargos relacionados a danos materiais, pessoais ou morais, inclusive, mas não se limitando, a danos involuntários pessoais, mortes, danos materiais causados a terceiros e seus veículos, devendo tal seguro ser contratado com limites de indenização compatíveis com os riscos assumidos para danos a terceiros.

- **CONTROLE DO ESTACIONAMENTO**

Este serviço caracteriza-se pela operação e gestão de todas as vagas de estacionamento do Hospital ou unidade que possuir.

Descrição dos Serviços

O modelo de funcionamento consiste na operação e organização do estacionamento do Hospital, atendendo às especificidades de vagas destinadas ao pessoal e visitantes, e, à conservação do ambiente.

O controle de todas as áreas e separação de vagas para funcionários e visitantes será feito cancelas totalmente automáticas, e equipe de apoio à operação das áreas de estacionamento.

A SPDM compromete-se ainda:

• Elaborar, apresentar e executar o Procedimento Operacional Padrão, previamente homologado pela SMS;

• Prover sistema de acesso de maneira a segregar o estacionamento destinado ao pessoal que trabalha no Hospital do estacionamento destinado a visitantes;

• Operar o estacionamento 24h por dia, 7 dias por semana;

• Prover serviço de manobrista nos subsolos onde há existência de vagas presas;

• Elaborar relatório trimestral sobre a gestão e operação do estacionamento. O prazo para entrega do relatório é de um mês após o término do trimestre. Este relatório deverá conter as seguintes informações mínimas:

▪ Registro de movimentação de usuários;

▪ Registro de ocorrências internas;

▪ Registro de ocupação do estacionamento.

- **ALMOXARIFADO**

A SPDM irá organizar e controlar todas as rotinas do almoxarifado conforme segue:

Organização Social administra o recebimento, armazenamento e dispensação de medicamentos e materiais.

O almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, em recinto coberto, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionados à política geral de estoques da empresa ou instituição.

Principais Rotinas do Almoxarifado na Gestão dos Estoques

✓ Receber e conferir os materiais;

✓ Registrar e controlar as requisições dos materiais por setor;

✓ Realizar a baixa no estoque das requisições atendidas;

✓ Lançar a movimentação de requisição e entrega de material;

✓ Guardar, controlar e conservar os materiais estocados;

✓ Organização do layout do almoxarifado;

✓ Notificar a gerência quanto a irregularidades no setor;

✓ Arquivar as restrições de solicitações e entrega;

✓ Garantir o estoque mínimo;

✓ Emitir relatórios de solicitação e consumo;

✓ Fazer balanço mensal do estoque;

✓ Lançamento de Notas Fiscais;

✓ Garantir o acesso restrito ao almoxarifado.

O serviço de estoque e logística caracteriza-se pela operação do almoxarifado incluindo a distribuição de materiais para as áreas demandantes, além da disponibilização de mão de obra, equipamentos, mobiliário, tecnologias e suprimentos para realização da atividade.

Descrição dos Serviços

O serviço de estoque e logística será responsável pela operação do almoxarifado, locais de execução das atividades de recebimento, conferência, inspeção e controle, material médico hospitalar e demais materiais, além de oferecer suporte a outros setores.

A logística dos materiais envolve desde o recebimento no almoxarifado até a expedição dos mesmos às áreas demandantes.

A descrição completa dos serviços que serão prestados pela SPDM, detalhados pelos setores de Estoques e Logística, são:

Setores	Funções e Operações
Almoxarifado	Operação integral; Recebimento e armazenagem; Guarda física e apresentação de relatórios para controle; Adequações do ambiente para aumento de eficiência;
Centro de Controle Operacional	Sistema de gestão de informações e controle de indicadores; Disponibilização de informações e relatórios;
Expedição	Movimentação dos materiais e medicamentos entre setores; Abastecimento das farmácias; Controle via sistema;

Material Médico Hospitalar

O Almoxarifado será responsável também pelo armazenamento de materiais médicos hospitalares, e insumos em geral. Essa atividade é composta pelos processos de solicitação de compras, recebimento de materiais, armazenamento, controle, dispensação.

Procedimento para recebimento de materiais

O recebimento consiste em ato administrativo que implica em examinar e conferir todos os itens entregues quanto à quantidade, qualidade, validade e documentação. A conferência verifica se os itens entregues estão em conformidade com os requisitos estabelecidos quanto à especificação (apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote, validade) e quantidades registradas na documentação correspondentes à entrega física.

É necessário observar as características da nota fiscal ou documento comprobatório de entrega (nome do destinatário, data da saída, quantidade de volumes e descrição dos produtos) com a conferência do funcionário. Iniciar o processo de conferência e recebimento de materiais médico-hospitalares que logo após a conferência devem ser encaminhados para o correto armazenamento/ estocagem.

Caso haja alguma divergência na conferência dos volumes e conformidade das embalagens dos materiais, preencher a folha de ocorrência, assinada e datada pelo funcionário do hospital e o entregador.

Procedimento para armazenamento dos materiais médico hospitalares e demais itens no Almoxarifado

O Almoxarifado manterá todo processo de armazenamento seguindo as normatizações vigentes, com relação à forma de acomodação, separação, segregação, estocagem, empilhamento, quantidade e forma de rastreabilidade.

O Almoxarifado manterá a separação por classe, endereço e número de prateleira para cada item estocado.

Os itens críticos como químicos, inflamáveis mantêm sempre o sistema de separação e armazenamento em conformidade com a legislação em vigor.

O armazenamento constitui-se de um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem diversas atividades visando à conservação adequada e segura de medicamentos, tais como: recebimento de material, estocagem ou guarda, segurança e conservação.

O armazenamento dos produtos deve ser realizado em áreas apropriadas, de acordo com suas características e respeitando sempre as condições exigidas para sua conservação (fotossensíveis, inflamáveis, material médico-hospitalar, instrumentais e suplementos alimentares), observando os seguintes critérios:

1. Manter distância entre os produtos, produtos e parede, piso, teto e empilhamentos, de modo a manter a circulação interna de ar;

2. Manter a identificação das embalagens com a Denominação Comum Brasileira (DCB), número do lote e da validade;

3. Armazenar os materiais passíveis de quebras (embalagens de vidro), em conformidade com as instruções do fabricante, quanto ao empilhamento e disposição nas prateleiras e em local menos expostos a acidentes;

4. Manter próximo à área de distribuição os produtos de grande volume e rotatividade;

5. Proteger os produtos contra pragas, insetos e roedores, realizar periodicamente desinsetização e desratização, por empresa devidamente autorizada pela Vigilância Sanitária;

6. Manter área isolada, exclusiva e identificada para armazenamento de produtos impróprios para uso, conforme legislação em vigor;

7. Deverá ser realizada limpeza terminal a cada 6 meses, pelos profissionais da limpeza, devendo ser retirados os materiais e do setor e limpadas paredes, janelas, prateleiras, bins, mesa, piso e luminária. Deverá ser realizada a limpeza dos bins a cada 3 meses pelos técnicos de farmácia. Após a realização da limpeza, os bins deverão ser identificados novamente. Deverá ser realizada a limpeza da geladeira no

período de 3 meses pelos técnicos de farmácia, os medicamentos deverão ser acondicionados em recipiente apropriado até o término da limpeza.

As prateleiras estarão plenamente abastecidas para dispensação, mantendo-se o estoque adicional nas embalagens originais devidamente acondicionadas em pallets.

Controle de Estoque

O controle de estoque deverá seguir conforme abaixo descrito:

1. Ter monitoramento do consumo médio mensal, tempo de espera e ponto de pedido, baseado no sistema em funcionamento;

2. Diariamente deverá emitir relatório de entrada e saída de materiais hospitalares, gerado pelo Sistema para conferência da movimentação do dia.

3. Fazer o levantamento de produtos para análise de descarte. Com base na legislação em vigor, instituída pela RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004.

Na contagem do estoque físico deverá ser verificado se a quantidade de medicamentos armazenada confere com a quantidade registrada nas fichas de controle ou no sistema informatizado

Procedimento para realização de inventário

Será realizado inventário de todos os itens estocados no Almoxarifado Semestralmente, essa atividade favorece ao controle e manutenção das entradas e saídas de itens. O inventário é realizado com a equipe da gestão de suprimentos, abrangendo 100% dos itens estocados.

4.6 PLANO DE MANUTENÇÃO

- **MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALARES**

A SPDM possui equipe de Engenharia atualmente composta por engenheiros civis, técnicos em edificações, arquiteto, projetistas, engenheiros clínicos, técnico especializado em equipamentos médico-hospitalares, administrador hospitalar e equipe local composta por Coordenador de Manutenção, Encarregado de Manutenção, Auxiliar Administrativo, Encanadores, Eletricistas, Oficiais de Manutenção, Pintores, Serralheiro, Marceneiro, Pedreiros e Auxiliares de manutenção.

A equipe técnica local, com o suporte da Engenharia SPDM, será responsável pelo gerenciamento e fiscalização das manutenções próprias e terceirizadas nas áreas de engenharia civil, mecânica, hidráulica, elétrica e demais áreas correlatas nas unidades relacionadas.

As manutenções no Complexo, tanto prediais quanto dos equipamentos de engenharia clínica e mobiliários, serão realizadas de maneira sistemática, conforme o tipo de manutenção (preventiva, preditiva ou detectiva), visando prorrogar a vida útil das instalações e equipamentos, e minimizar a ocorrência das manutenções corretivas. As manutenções corretivas, por sua vez, serão realizadas por equipes técnicas qualificadas, próprias ou contratadas, de acordo com a necessidade.

O Plano de Manutenção Predial apresentado a seguir aplica-se ao Gerenciamento e Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos nas Unidades que compõe o Complexo Hospitalar Irmã Dulce - CHID

MANUTENÇÃO PREDIAL

A manutenção predial em ambientes de saúde exige a adoção de estratégias combinadas de diferentes tipos de manutenção, visando fundamentalmente a segurança dos pacientes. A segurança e eficiência dos sistemas são cruciais para a garantia da qualidade no atendimento.

O Plano de Manutenção incluirá manutenção predial:

A – preventiva;

B – preditiva;

C – detectiva;

D – corretiva;

O Plano será executado de acordo com as configurações físicas das unidades que compõem o Complexo Hospitalar Irmã Dulce - CHID.

A **manutenção preventiva** terá a sua realização executada de forma programada e periódica, objetivando identificar e corrigir falhas em equipamentos críticos e sistemas que possam comprometer a segurança do paciente. Através de análises de dados, será aplicada a **manutenção preditiva** onde com o monitoramento será possível prever falhas futuras otimizando os recursos e aumentando a disponibilidade de equipamentos como geradores e sistemas de ar condicionado. A **manutenção detectiva**, tem como princípio a combinação das manutenções preventivas e preditivas. Ela se baseia no monitoramento contínuo ou periódico dos equipamentos, utilizando técnicas como análise de vibração, termografia, análise de óleo, entre outras. Ao identificar anomalias ou indicadores de falhas, é possível

programar a manutenção necessária, minimizando interrupções não planejadas e custos com reparos emergenciais.

A combinação destes tipos de manutenção é especialmente útil em ambientes críticos, como unidades de saúde, visando minimizar a ocorrência de manutenções corretivas, que são realizadas após a ocorrência de falhas e interrupções dos serviços e tem custo mais elevados podendo comprometer a segurança dos pacientes.

Os serviços de manutenção predial serão realizados com base no "**Plano de Manutenção do Sistema Predial Hospitalar**", nas normas e legislações vigentes e "Contratos de Prestação de Serviços", no que couber, que serão elaborados especificamente para o perfil das unidades do Complexo, abrangendo uniformemente a infraestrutura física.

A SPDM possui equipe de Engenharia atualmente composta por engenheiros civis, técnicos em edificações, arquiteto, projetistas, engenheiros clínicos, técnico especializado em equipamentos médico-hospitalares, administrador hospitalar e equipe local composta por Coordenador de Manutenção, Encarregado de Manutenção, Auxiliar Administrativo, Encanadores, Eletricistas, Oficiais de Manutenção, Pintores, Serralheiro, Marceneiro, Pedreiros e Auxiliares de manutenção.

Essa equipe técnica será responsável pelo gerenciamento e fiscalização das manutenções próprias e terceirizadas nas áreas de engenharia civil, mecânica, hidráulica, elétrica e demais áreas correlatas nas unidades relacionadas.

➢ PLANO DE MANUTENÇÃO DO SISTEMA PREDIAL HOSPITALAR

O Plano de Manutenção do Sistema Predial Hospitalar compreende a programação eficiente das atividades de manutenção, visando minimizar as

interrupções operacionais, incluindo a execução e controle das atividades com a gestão dos recursos humanos, financeiros e dos ativos físicos das unidades, seguindo as diretrizes da NBR 5674/2024 – Manutenção de edificações – Requisitos para o sistema de gestão de manutenção.

Tem como foco a maximização da confiabilidade dos ativos através de práticas de manutenção eficaz, garantindo também a conformidade com regulamentos e normas aplicáveis, otimizando o desempenho, custos e sustentabilidade dos equipamentos e sistemas através da realização da gestão das peças, materiais e recursos necessários para a execução das atividades, garantindo a sua disponibilidade quando necessários.

Inclui a coleta, análise e utilização de dados relacionados à manutenção para melhorar continuamente os processos, identificar tendências e tomada de decisões pertinentes e inerentes aos processos compreendidos pela manutenção predial.

A sistemática do programa de manutenção predial compreende rotinas de avaliações com inspeções periódicas conforme as premissas da NBR 16747/2020, diagnósticos e consertos por busca ativa, lubrificações, ajustes e recondicionamentos da infraestrutura física sobre todas as plantas das edificações. Será contemplada a manutenção periódica em conformidade com as normas especificas para todos os sistemas do Complexo Hospitalar Irmã Dulce - CHID, conforme detalhado nos próximos tópicos. Esse plano poderá ser ajustado conforme as necessidades específicas dos projetos, as recomendações dos fabricantes dos equipamentos e as condições ambientais da localização dos edifícios e demais considerações especificas

Após a realização das avaliações serão elaborados pela equipe técnica os relatórios técnicos de vistoria com a devida ficha de avaliação estrutural.

1 - INSTALAÇÕES PREDIAIS

O Quadro 1, a seguir, apresenta os intervalos para a realização das atividades relacionadas as instalações prediais do Complexo Hospitalar Irmã Dulce - CHID (item 04.C.), conforme o tipo de sistema a ser verificado e os critérios gerais a serem adotados durante o procedimento, onde se aplica

Quadro 1 – Instalações Prediais

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
1.1 - Superestrutura de concreto armado		
Fundações, Pilares, Vigas, Lajes, Sistemas de Drenagem.	Inspeção visual e verificação de possíveis fissuras, trincas, rachaduras, ferragem aparente, desníveis, carbonatação.	Semestral
	Monitoramento e verificação de deslocamentos e deformações, vibrações e assentamentos.	Anual
	Aplicação de agentes de proteção superficial de impermeabilizantes, inibidores de corrosão.	Bienal
	Limpeza e verificação de superfícies externas, calhas e sistemas de drenagem, reparo de Impermeabilizações.	Semestral
1.2 - Cobertura e estruturas de Apoio		
	Inspeção visual geral, limpeza e desobstrução	Trimestral

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Vigamentos, Telhas, Calhas, rufos, Condutores.	Verificação dos sinais de vazamento, infiltrações e acúmulo de detritos.	Mensal
	Inspeção e aperto de parafusos e fixadores	Semestral
	Tratamentos de Proteção, com aplicação de produtos de impermeabilização nas superfícies expostas.	Anual
1.3 - Estruturas de Madeira		
Vigas, Pilares, Assoalhos e Forros e demais estruturas em geral.	Inspeção visual e verificação de possíveis fissuras, trincas, rachaduras, sinais de infestação por Cupins e Outras Pragas.	Trimestral
	Tratamento e Proteção de Produtos Anti-pragas.	Anual
	Reaplicação de Verniz ou Pintura Protetora.	Bienal
	Avaliação do desgaste por Intempéries e Uso.	Anual
	Limpeza das Estruturas, Remoção de Sujidades e detritos.	Semestral
1.4 - Estruturas Metálicas		
Colunas, vigas, treliças, superfícies metálicas	Inspeção visual e verificação de sinais de corrosão fissuras e deformação.	Trimestral
	Limpeza e remoção de detritos, material orgânico nas superfícies metálicas.	Semestral
	Aplicação de tintas anticorrosivas e protetoras, galvanização.	Anual

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS			
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**		**INTERVALOS**
	Verificação das conexões e fixações, soldas, apertos e reapertos.		Semestral
	Monitoramento de desgaste e fadiga por intempéries e uso.		Anual
	Limpeza de superfícies metálicas expostas.		Semestral
1.5 - Alvenarias e Vedações			
Paredes internas e externas, muros, divisórias, drywall.	Inspeção visual e verificação de sinais de corrosão fissuras trincas e deslocamentos.		Semestral
	Limpeza de superfícies externas, remoção de poeiras, sujeiras, manchas.		Trimestral
	Verificação de argamassa e juntas de revestimentos		Semestral
	Aplicação de Hidrofugantes em alvenarias, avaliação de desgaste de materiais por intempéries e uso.		Anual
1.6 - Pinturas, pisos e revestimentos			
Superfícies externas, revestimentos cerâmicos (pisos e paredes), argamassas, juntas de revestimentos e juntas de dilatação.	Pintura	Verificação visual da presença de manchas, rachaduras bolhas ou descoloração, avaliando a integridade das áreas expostas à umidade e tráfego intenso.	Trimestral
		Limpeza de superfícies.	Mensal

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS			
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**		**INTERVALOS**
		Retoque de áreas com pequenos danos.	Semestral
		Pintura geral das áreas com limpeza, lixamento, etc.	Trienal
	Piso	Verificação visual de rachaduras, desgaste excessivo ou deslocamento.	Mensal
		Polimento e aplicação de cera em pisos vinílicos.	Trimestral
		Manutenção e limpeza dos rejuntes dos pisos cerâmicos e porcelanatos, com produtos antifúngicas.	Semestral
	Revestimentos	Verificação visual da integridade dos revestimentos para reposição de peças soltas ou danificadas, recomposição de rejuntes e argamassas.	Trimestral
1.7 - Forros			
Verificação de manchas rachaduras, descolamentos, presença de umidade ou vazamentos, integridade das fixações.			Trimestral
Inspeção e aperto das fixações soltas, substituição de peças danificadas ou corroídas.			Semestral

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Verificação da integridade dos sistemas elétricos e hidráulicos ocultos no forro, com a finalidade de evitar danos.		Anual
Substituição de forro danificado ou que perderam a integridade estrutural.		Quinquenal
1.8 - Esquadrias, corrimão e guarda-corpos, cortinas, persianas e venezianas, brises, gradis, alambrados e sistemas de fachadas de pele de vidro.		
Esquadrias (portas e janelas)	Verificação visual de rachaduras, ferrugem, deformações e danos nas esquadrias. Avaliação do funcionamento das dobradiças, fechaduras e trincos.	Trimestral
	Lubrificação de dobradiças, trincos e fechaduras.	Semestral
Corrimão e Guarda-Corpos	Verificação visual da estabilidade e presença de corrosão, deformação e danos.	Trimestral
Cortinas, Persianas e Venezianas.	Verificação de danos, manchas, funcionamento de mecanismos de abertura e fechamento.	Semestral
Brises	Verificação da integridade estrutural, presença de corrosão, deformação ou danos.	Semestral
Gradis e alambrados	Verificação de presença de corrosão, deformações e danos a estabilidade.	Semestral
Sistema de Fachadas de Pele de vidro	Verificação de presença de rachaduras, vazamentos, vedações e fixações dos painéis de vidro.	Trimestral

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
1.9 - Marcenaria		
Móveis e estruturas de Madeira	Verificação das condições do mobiliário e suas estruturas.	Mensal
	Reparo de riscos, lascas e demais danos. Reaplicação de vernizes e selantes para proteção.	Trimestral
	Verificação das estruturas, com inspeção detalhada dos empenamentos e folgas em dobradiças. Ajuste de itens comprometidos como cavilhas, parafusos e ferragens em geral.	Semestral
	Verificação e avaliação dos mobiliarias conforme padrões de segurança e vida útil, e elaboração de plano de substituição.	Anual
1.10 - Pavimentação externa.		
Verificação e avaliação das áreas externas, de circulação e estacionamentos, com a identificação de desgastes, trincas ou afundamentos.		Anual
1.11 - Reservatórios de água (inferior e superior)		
Verificação e avaliação de danos, vazamentos e deterioração da integridade estrutural dos reservatórios, trincas e componentes danificados, assim como suas estruturas de acesso (escada marinheiro, guarda-corpos etc.).		Trimestral
Verificação da estanqueidade, bloqueio dos registros de fechamento, pelas de utilização.		Semestral

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
1.12 - Instalações Hidráulica de Água Fria		
Verificação de válvulas redutoras de pressão, válvulas de alivio, válvulas de segurança, bombas e pressurizadores.		Semestral
Verificação do funcionamento dos dispositivos contra refluxo.		Anual
Verificação do funcionamento das peças, espaços destinados a tubulações não embutidas ou enterradas, limpeza de chuveiros, arejadores e peças de utilização		Semestral
1.13 - Instalações Hidráulica de Água Quente		
Verificação de válvulas redutoras de pressão, válvulas de alivio, válvulas de segurança, bombas e pressurizadores.		Semestral
Verificação do funcionamento dos dispositivos contra refluxo.		Anual
Verificação do funcionamento das peças, espaços destinados a tubulações não embutidas ou enterradas, limpeza de chuveiros, arejadores e peças de utilização		Semestral
Verificação das válvulas termostáticas, liras juntas de expansão, dispositivos limitadores de temperatura, fontes de aquecimento, integridade do material isolante dos tubos e componentes do sistema		Anual
1.14 - Instalações Sanitárias		
Verificação de vazamentos, torneiras válvulas de descarga.		Mensal
Verificação das tubulações e conexões com substituição de peças vedantes, anéis de borracha que apresente desgaste		Semestral

1. INSTALAÇÕES PREDIAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
1.15 - Rede de Águas Pluviais		
Inspeção das redes de águas pluviais com desobstrução devido ao acúmulo de detritos.		Mensal
Verificação da integridade das tubulações e conexões, com troca de tampas, grelhas e tubos.		Semestral
1.16 - Bombas hidráulicas de Recalque		
Realização de inspeção, verificação de vazamentos, ruídos anormais e desgastes de peça. Limpeza e lubrificação das partes móveis e rolamentos.		Trimestral
Verificação do alinhamento, tensão das correias e vedações, selos mecânicos e gaxetas.		Semestral
1.17 - Sistemas de impermeabilização		
Inspeção de danos, vazamentos e desgaste.		Mensal
Verificação da integridade das impermeabilizações, substituição preventiva de peças desgastadas		Semestral

2 - SISTEMAS DE GASES MEDICINAIS E VÁCUO CLÍNICO

O plano de manutenção dos gases medicinais tem como principal finalidade garantir a efetividade no fornecimento e proporcionar total segurança no fornecimento dos gases medicinais e vácuo que são utilizados em ambientes médicos e hospitalares para tratar, diagnosticar e monitorar a saúde dos pacientes. Esses gases têm aplicações diversas e podem ser administrados de várias maneiras, dependendo do tratamento necessário. Aqui estão alguns exemplos comuns:

• **Oxigênio (O_2):** Usado para tratar ou prevenir a hipoxemia, que é a baixa concentração de oxigênio no sangue. É comum em tratamentos de doenças respiratórias e em cuidados intensivos.

• **Óxido Nitroso (N_2O):** Conhecido como gás hilariante, é utilizado como analgésico e sedativo em procedimentos dentários e cirúrgicos.

• **Ar Comprimido:** Pode ser usado para ventilação mecânica e também em equipamentos como nebulizadores.

• **Central de vácuo:** Sistema integrado utilizado em hospitais e outras instalações de saúde para gerar, controlar e distribuir vácuo (ou pressão negativa) necessário para diversos procedimentos médicos e de suporte. Essas centrais desempenham um papel crucial em ambientes hospitalares, facilitando a aspiração de fluidos corporais e a remoção de secreções, além de ajudar em outros procedimentos médicos. Aqui estão algumas funções e características principais de uma central de vácuo:

Aspiração de Fluidos: Usada para aspirar fluidos corporais, secreções, ou materiais de procedimentos cirúrgicos, mantendo a área de operação limpa e livre de obstruções.

Manutenção de Pressão Negativa: Em alguns procedimentos, é necessário criar um ambiente de pressão negativa para facilitar a remoção de fluidos ou gases.

Distribuição Segura: O sistema central de vácuo distribui o vácuo para diferentes áreas do hospital, através de uma rede de tubulações e conexões, garantindo que os pontos de uso (como salas de cirurgia e unidades de terapia intensiva) tenham acesso ao vácuo quando necessário.

Equipamento e Componentes: Uma central de vácuo normalmente inclui bombas de vácuo, reservatórios, filtros, válvulas de controle e sistemas de monitoramento. Essas bombas são responsáveis por criar e manter o vácuo, enquanto os filtros ajudam a remover contaminantes.

Monitoramento e Controle: Sistemas de monitoramento e controle garantem que o vácuo fornecido esteja dentro dos parâmetros desejados e que o sistema esteja funcionando corretamente.

Esses sistemas são projetados para oferecer uma solução eficiente e confiável para a aspiração e controle de vácuo em um ambiente hospitalar, contribuindo para a segurança e o conforto dos pacientes durante os procedimentos médicos.

O Quadro 2, a seguir, apresenta os intervalos para a realização das atividades relacionadas as instalações de gases medicinais Complexo Hospitalar Irmã Dulce - CHID (item 04.C.), conforme o tipo de sistema a ser verificado e os critérios gerais a serem adotados durante o procedimento, onde se aplica;

Quadro 2 – Gases Medicinais

2. GASES MEDICINAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
2.1 - Rede de vácuo Clínico		
Verificação de válvulas de segurança		Semestral
Aferição, calibração e qualificação de manômetros, e válvulas de segurança.		Anual
2.2 - Central de Vácuo		
Limpeza e troca de filtros de acordo com manual do fabricante.		Semestral
Aferição de manômetros, e válvulas de segurança.		Anual
Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional.		Anual

2. GASES MEDICINAIS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
2.3 Central de Ar medicinal / Com Backup		
Limpeza e troca de filtros de acordo com manual do fabricante.		Semestral
Aferição de manômetros, e válvulas de segurança.		Anual
Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional.		Anual
2.4 Óxido Nitroso (N2O) Cilindros		
Verificação de válvulas de segurança		Semestral
Aferição de manômetros, e válvulas de segurança.		Anual
2.5 Oxigênio (O2)		
Verificação de válvulas de segurança		Semestral
Aferição de manômetros, e válvulas de segurança.		Anual

3 - SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO

O plano de manutenção para sistemas de aquecimento, ventilação, climatização e refrigeração (HVAC-R) é essencial para garantir seu funcionamento eficiente e prolongar sua vida útil, garantindo assim a carga térmica exigida em projeto e a qualidade dos materiais utilizados no sistema.

Será aplicado o PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle), para a conservação dos equipamentos instalados. Trata-se de plano estabelecido pela portaria nº 3.523 de 28 de agosto de 1998, resolução nº 9 da ANVISA de janeiro de

2003 e Lei 13.589 de 4 de janeiro de 2018, que dispõe sobre a manutenção de instalações e equipamentos e sistemas de climatização de ambientes.

O Quadro 3, a seguir, apresenta os intervalos para a realização das atividades relacionadas aos sistemas de aquecimento, ventilação, climatização e refrigeração (item 04.C), a ser verificado e os critérios gerais a serem adotados durante o procedimento, onde se aplica;

Quadro 3 – Sistema de Aquecimento, Ventilação, Climatização e Refrigeração

3. SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
3.1 Aparelhos de Janela		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões.	Verificação e limpeza dos filtros	Mensal
	Verificação e limpeza das serpentinas	Semestral
	Inspeção geral do equipamento, com verificação das fiações, conexões e drenos.	Anual
3.2 Split System (mini split- hi wall, piso teto, cassete)		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões	Verificação e limpeza dos filtros	Mensal
	Verificação e limpeza das serpentinas	Semestral
	Inspeção geral do equipamento, com verificação das fiações, conexões e drenos.	Anual

3. SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
3.3 Split System Central (SPLITÃO)		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões, carga de gás.	Verificação e limpeza dos filtros e serpentinas	Trimestral
	Carga de gás refrigerante	Semestral
	Inspeção geral do equipamento, com verificação das fiações, conexões, motores, ventiladores e drenos.	Anual
3.4 Desumidificador		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões	Verificação e limpeza dos filtros	Mensal
	Verificação e limpeza das serpentinas	Semestral
	Inspeção geral do equipamento, com verificação das fiações, conexões e drenos.	Anual
3.5 Sistema VRV/VRF		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões	Verificação e limpeza dos filtros das unidades internas	Mensal
	verificação e limpeza das serpentinas	Semestral
	Inspeção geral do sistema, unidades internas e externas, conexões, motores e ventiladores.	Anual
3.6 Self Contained		
	Verificação e limpeza dos filtros e serpentinas	Trimestral
	Carga de gás refrigerante	Semestral

3. SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões, carga de gás.	Inspeção geral do equipamento, com verificação das fiações, conexões, motores, ventiladores e drenos.	Anual
3.7 Fan Coil		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões	Verificação e limpeza dos filtros e serpentinas	Trimestral
	Verificação das fiações e conexões	Semestral
	Inspeção geral do equipamento	Anual
3.8 Fancolete		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões	Verificação e limpeza dos filtros e serpentinas	Trimestral
	Verificação das fiações e conexões	Semestral
	Inspeção geral do equipamento	Anual
3.9 Caixas de Filtragem		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões	Verificação e limpeza dos filtros	Mensal
	Verificação das fiações e conexões	Semestral
	Inspeção geral do equipamento	Anual
3.10 Rede de Dutos de Ar Condicionado		
Inspeção de vedação e isolamento do sistema de dutos, com limpeza interna das redes, verificação das conexões.		Anual
3.11 Rede de Água Gelada e de condensação		
Verificação de vazamentos e do isolamento térmico		Semestral

3. SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Inspeção e limpeza de válvulas e conexões		Anual
3.12 Torre de Resfriamento		
Limpeza e desinfecção		Trimestral
Verificação de nível de água e tratamento químico		Mensal
Inspeção de bombas e motores		Semestral
3.13 Central de água Gelada (Chiller)		
Verificação e limpeza de serpentinas e condensadores		Semestral
Inspeção e verificação das tubulações e conexões		Trimestral
Inspeção de compressores e motores		Anual
3.14 Bomba de água gelada		
Realização de inspeção, verificação de vazamentos, isolamento térmico, ruídos anormais e desgastes de peça. Limpeza e lubrificação das partes móveis e rolamentos.		Trimestral
Verificação do alinhamento, tensão das correias e vedações, selos mecânicos e gaxetas.		Semestral
Inspeção e limpeza de válvulas e conexões		Anual
3.15 Exaustores e ventiladores		
Limpeza das hélices e filtros		Trimestral
Verificação das fiações e conexões		Semestral
Inspeção geral dos equipamentos		Anual

3. SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
3.16 Cortinas de ar		
Filtros, Serpentinas, fiações e conexões	Verificação e limpeza dos filtros	Mensal
	Verificação e limpeza das serpentinas	Semestral
	Inspeção geral do equipamento, com verificação das fiações, conexões e drenos.	Anual
3.17 Ventilador de Parede		
Limpeza das hélices e filtros		Trimestral
Verificação das fiações e conexões		Semestral
3.18 Câmaras Frigoríficas		
Limpeza de evaporadores e Condensadores		Trimestral
Verificação de vedação das portas com substituição de borrachas desgastadas		Mensal
Inspeção geral dos equipamentos		Anual
3.19 Bebedouros		
Limpeza dos reservatórios e filtros		Mensal
Verificação de vazamentos e conexões		Trimestral
3.20 Geladeiras, Refrigeradores, Freezers e Frigobares		
Verificação e limpeza de serpentinas e condensadores		Trimestral

3. SISTEMAS DE AQUECIMENTO, VENTILAÇÃO, CLIMATIZAÇÃO E REFRIGERAÇÃO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Verificação de vedação das portas com substituição de borrachas desgastadas		Mensal
Inspeção geral dos equipamentos		Anual
3.21 Casa de Máquinas		
Verificação dos equipamentos e limpeza geral		Trimestral
Inspeção de fiação, conexão e sistemas de segurança		Semestral

4 - SISTEMAS ELÉTRICOS

O Quadro 4, a seguir, apresenta os intervalos para a realização das atividades relacionadas aos sistemas elétricos (item 04.C.), conforme o tipo de sistema a ser verificado e os critérios gerais a serem adotados durante o procedimento, onde aplicável;

Quadro 4 – Sistemas Elétricos

4. SISTEMAS ELÉTRICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
4.1 Cabine Primária/Cabine de Multimedição		
Inspeção visual de equipamentos e conexões, verificação de danos físicos, amassados rachaduras, corrosão e pinturas danificada, limpeza e reapertos		Semestral

4. SISTEMAS ELÉTRICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
das conexões elétricas, testes de funcionamento e medição de parâmetros elétricos.		
Verificação e calibração dos instrumentos de medição. Inspeção dos disjuntores e chaves seccionadoras, incluindo contatos, isoladores e mecanismos de operação. Testes de funcionamento dos sistemas de proteção e travamento.		Anual
4.2 Rede Interna de Média Tensão, aérea ou Subterrânea		
Inspeção visual de postes, cruzetas, muflas e isoladores. Verificação a presença de danos físicos, rachaduras, corrosão apodrecimentos, sujidades e alinhamento dos componentes.		Semestral
Limpeza dos isoladores, verificação de sinais de superaquecimento, corrosão, afrouxamento das conexões das muflas e terminações. Ajustes dos cabos condutores		Anual
4.3 Ramal de Entrada e Alimentadores MT		
Inspeção visual e termográfica dos cabos e conexões		Trimestral
Verificação de presença de danos físicos como rachaduras, cortes ou superaquecimentos dos cabos condutores.		Semestral
Medição da resistência dos isolamentos dos cabos condutores. Testes de continuidade e resistência de isolação, para verificação de falhas ou rupturas.		Anual
4.4 Subestações e Cabines		
Inspeção visual e limpeza de componentes, teste de proteção e medição de tensão e corrente, verificação.		Mensal
Testes de continuidade, termografia e resistência de isolação		Trimestral

4. SISTEMAS ELÉTRICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Verificação dos sistemas de resfriamento e ventilação, danos físicos como rachaduras, corrosão, pintura e infiltrações de água. Aperto das conexões.		Semestral
Medição da resistência dos isolamentos e integridade dos condutores e equipamentos, analise das vibrações dos motores e transformadores, para detecção de falhas mecânicas e desbalanceamento. Limpeza interna geral e lubrificação dos componentes moveis.		Anual
4.5 Sistemas de Aterramento: Condutores, Hastes e Conexões		
Inspeção e verificação visual das hastes, cabos e conexões. Limpeza de conexões expostas, remoção de oxidação e sujidades que comprometam a condutividade.		Mensal
Medição da resistência de aterramento		Trimestral
Verificação das hastes de aterramento e avaliação de resistência se necessário.		Semestral
Realização de inspeção completa do sistema, com teste de integridades das conexões. Remoção de corrosões e oxidação das conexões do aterramento.		Anual
Substituição das fastes de aterramento se necessários		Quinquenal
4.6 Conjunto de Barramentos Blindados de Baixa Tensão		
Verificação de danos físicos, como amassados, rachaduras, corrosão ou pintura danificada.		Semestral
Limpeza para remoção de poeiras e acumulo de sujidades. Inspeção de oxidação, superaquecimentos ou mau contato. Aperto de parafusos, medição de resistência de isolamentos entre os condutores, verificação do correto funcionamento da resistência do aterramento nos limites especificados. teste de funcionamento dos dispositivos de proteção		Anual

4. SISTEMAS ELÉTRICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
4.7 Sistemas de Proteção Contra Descargas Atmosféricas – SPDA		
Inspeção visual dos componentes, incluindo mastros, cabos de descida, hastes de aterramento, conectores, isoladores e demais. Verificação de danos físicos como corrosão amassados, rachaduras, afrouxamento de parafusos, desgastes e superaquecimentos.		Semestral
Retirada de vegetação que possa interferir no sistema, lubrificação dos componentes móveis e limpezas		Semestral
Inspeção visual dos componentes do SPDA, Medição da resistência do sistema de aterramento, hastes e condutores de proteção.		Anual
Verificação da resistência do solo no local de instalação do aterramento, medição de resistência do aterramento do sistema, aporto das conexões.		Quinquenal
4.8 Instalações Elétricas de Baixa Tensão		
Quadros de distribuição, disjuntores, tomadas, interruptores, fiação e cabos, lâmpadas e luminárias	Verificação de danos físicos como rachaduras, corrosão desgaste mau contato e superaquecimento.	Mensal
	Testar o funcionamento de dispositivos de proteção, disjuntores e fusíveis. Iluminação de emergência e sinalização luminosa, testes nos DR's.	Trimestral
	Medição da resistência dos isolamentos dos cabos e componentes elétricos, medição de fuga de corrente, verificação das tensões.	Semestral

4. SISTEMAS ELÉTRICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
	Limpeza dos quadros elétricos, reaperto das conexões, barramentos e terminais, verificação do sistema de DPS.	Anual

5 - SISTEMAS ELÉTRICOS CRÍTICOS

Nobreak

A manutenção preventiva dos nobreaks é necessária para garantir o atendimento completo durante emergências com queda de energia no centro cirúrgico e demais locais críticos. Esses serviços são essenciais para assegurar a continuidade do funcionamento de todos os equipamentos críticos alimentados pelo sistema nobreak, prevenindo interrupções que podem comprometer procedimentos médicos e corrigir problemas potenciais antes que se transformem em falhas significativas.

A manutenção preventiva inclui inspeções regulares e substituição programada de componentes para evitar falhas, considerando atendimento de Normas Técnicas em consonância a legislação e normas pertinentes, substituição programada de componentes com base em seus ciclos de vida e nas recomendações do fabricante, além de testes de desempenho das baterias para garantir sua capacidade de fornecer energia de backup quando necessário.

Durante a execução dos serviços serão desenvolvidas, as ações listadas abaixo e conforme tabela 5:

• Verificações das conexões;

• Verificações das baterias;

• Limpeza interna e externa dos nobreaks;

• Ensaio de funcionamento;

• Inspeção dos componentes eletrônicos;

• Verificações dos parâmetros de operação;

• Inspeção de segurança elétrica;

• Verificação dos registros de manutenção;

• Verificações das condições ambientais

Sistema de IT Médico

O sistema de IT Médico é essencial para assegurar o funcionamento contínuo e seguro dos equipamentos médicos críticos. A manutenção preventiva envolve inspeções regulares, testes de funcionamento e atualização de software e firmware para evitar falhas inesperadas e prolongar a vida útil dos componentes. Verificações de continuidade, medições de impedância de percurso da corrente de falta, e a inspeção de dispositivos de supervisão de isolamento (DSI) são práticas comuns que garantem a integridade e segurança dos sistemas elétricos, minimizando o risco de mau contato e falhas de isolamento.

Estes serviços são essenciais para garantir a continuidade operacional dos IT Médico, assegurando que os equipamentos críticos permaneçam em funcionamento constante e seguro, especialmente durante quedas de energia, em consonância com as normas técnicas específicas.

A manutenção preventiva envolve uma série de atividades planejadas com o objetivo de identificar e corrigir problemas potenciais antes que se transformem em falhas significativas. Isso inclui a realização de inspeções regulares do sistema IT Médico, substituição programada de componentes com base em seus ciclos de vida

e nas recomendações do fabricante, além de testes de desempenho do sistema como um todo. Na execução dos serviços serão desenvolvidas as atividades listadas abaixo e conforme tabela 5:

• Quadro Elétrico de IT Médico

• Inspeções dos Transformadores de Separação

• Inspeções das Conexões e isolamentos;

• Limpeza interna e externa dos IT Médico;

• Ensaio de funcionamento;

• Inspeção dos componentes eletrônicos;

• Verificações dos parâmetros de operação;

• Inspeção de segurança elétrica;

Gerador de Energia

A manutenção periódica de geradores de energia tem como objetivo atestar o correto funcionamento do equipamento mediante testes mensais a fim de aferir sua capacidade de produzir e armazenar energia, de modo a garantir a acessibilidade e o funcionamento dos geradores de energia nos casos de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede. Serão aplicadas, onde couber, na substituição de peças e/ ou componentes do sistema que estejam deteriorados por desgaste ou danificados, comprometendo o seu funcionamento, conforme relacionado abaixo:

<u>Parte mecânica:</u>

• Verificação do nível do óleo em consideração a última troca;

• Verificação de possível vazamento de óleo;

• Avaliação do regulador eletrônico de velocidade;

- Verificação de desgaste na correia do motor, alternador, motor de arranque e terminais;

Sistema de arrefecimento:

- Verificação do nível da água do radiador em consideração à ultima troca;
- Verificação de possível vazamento de água;
- Verificação de válvula termostática;
- Verificação das mangueiras (ressecamento);
- Verificação da bomba d'água e hélice do radiador;

Sistema de combustível:

- Verificação da bomba injetora;
- Verificação de possível vazamento nos dutos e tubulação de escape;
- Verificação do sistema de exaustão e refrigeração;

Sistema elétrico:

- Verificação do alternador sincrônico;
- Verificação de cabos, conectores e disjuntores de proteção;
- Verificação de barramentos e bornes de proteção;

Painel de proteção:

- Verificação e reaperto dos chicotes;

- Verificação da vida útil da bateria e dos carregadores;

Filtros:

- Limpar e Verificar o estado de conservação dos filtros de combustível, ar, água, lubrificante e separador;

Ambiente:

- Verificação do estado de conservação do ambiente e se há sinais de umidade, maresia ou algo que possa reduzir a vida útil do equipamento;

Testes:

- Testar o funcionamento do gerador com carga baixa e carga alta;
- Testar o gerador de forma simulada com possível queda da energia.

O Quadro 5, a seguir, apresenta os intervalos para a realização das atividades relacionadas aos sistemas elétricos críticos (item 04.C.), conforme o tipo de sistema a ser verificado e os critérios gerais a serem adotados durante o procedimento, onde aplicável;

Quadro 5 – Sistemas elétricos Críticos

5. SISTEMAS ELÉTRICOS CRITICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
5.1 NOBREAK		

5. SISTEMAS ELÉTRICOS CRITICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Verificação do painel frontal, indicadores luminosos, baterias, cabos, conexões, ventiladores e aberturas de ventilação, ruídos e vibrações anormais. Limpeza externa e interna.		Semanal.
Realização de testes para verificação de tempo de autonomia em carga e descarga, funcionamento de inversores e conversores, regulação da tensão e frequência de saída, eficiência do sistema de refrigeração. Limpeza interna, estado geral das baterias e equalização do sistema. Aperto de parafusos e conexões. Atualização de firmware.		Mensal
Verificação e reaperto dos parafusos e conexões, evitando mau contato.		Mensal
Inspeção detalhada, medição da resistência interna e capacidade de carga das baterias, calibração dos instrumentos de medição.		Semestral
5.2 Sistema de IT Médico		
Verificação visual do estado físico dos equipamentos e conexões. Sinais de desgastes, danos e aquecimento excessivo.		Semanal.
Verificação e reaperto dos parafusos e conexões, evitando mau contato. Limpeza com remoção de poeiras e sujidades.		Mensal
Inspeção detalhada, medição da resistência interna e capacidade de carga das baterias, calibração dos instrumentos de medição. Realização de testes elétricos.		Semestral
5.3 Geradores		
Verificar vazamentos, conexões, nível de óleo, estado geral.		Semanal.
Limpar o gerador, radiador, filtros de ar e óleo. Verificar níveis de óleo, combustível, eletrólito das baterias.		Mensal

5. SISTEMAS ELÉTRICOS CRITICOS		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Simular uma carga real para verificar o desempenho.		Trimestral
Troca de filtros, correias, velas, limpeza interna completa.		Anual

6 - ELEVADORES E EQUIPAMENTOS DE TRANSPORTE VERTICAL

A manutenção preventiva e corretiva dos elevadores, Monta-carga e Plataformas elevatórias, tem como objetivo garantir o pleno funcionamento dos equipamentos instalados, com especial atenção aos aspectos de segurança, executando os testes conforme legislação vigente. Serão executadas inspeções anuais e elaborado o Relatório de Inspeção Anual (RIA), regulamentado pela portaria 01/2006, do Departamento de Controle do Uso imóvel (CONTRU), Decreto 47.334/06 e Lei 10.348, de 4 de setembro de 1987. Serão realizados consertos e substituições de peças e componentes originados pelo desgaste natural e/ou danificados.

O Quadro 6 a seguir, apresenta os intervalos para a realização das atividades de manutenção preventiva dos elevadores, onde se aplica:

Quadro 6 - Elevadores e Equipamentos de Transporte Vertical

6. ELEVADORES E EQUIPAMENTOS DE TRANSPORTE VERTICAL		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
6.1. Elevador		

6. ELEVADORES E EQUIPAMENTOS DE TRANSPORTE VERTICAL		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Cabine	Verificação, limpeza e reajuste: Painel de operação, Interfone, Iluminação, Subteto e ventilador, Portas, corrediças e régua de segurança, Indicador de posição e operador de porta.	Mensal
	Verificação, limpeza, reajuste e lubrificação dos freios de segurança.	Semestral
Pavimento	Verificação, limpeza, reajuste e lubrificação das botoeiras, indicadores de posição, portas e soleiras	Mensal
Casa de máquinas	Verificação, limpeza, reajuste e lubrificação: Proteções e conexões (painel de força), máquina, quadro de comando, motor de indução.	Mensal
	Verificação, limpeza, reajuste e lubrificação dos cabos de tração, freio da máquina e regulador de velocidade.	Trimestral
Caixa de corrida	Verificação, reajuste e lubrificação: Guias de suporte, cabos de manobra e fiação, portas de pavimento e fecho mecânico.	Mensal
	Verificação, limpeza, reajuste e lubrificação do contrapeso.	Trimestral
Poço	Verificação, limpeza, reajuste e lubrificação do para-choque.	Trimestral
	Verificação, limpeza, reajuste e lubrificação do fundo do poço.	Mensal
Verificação geral dos sistemas de segurança, teste e ajustes finos		Semestral

6. ELEVADORES E EQUIPAMENTOS DE TRANSPORTE VERTICAL		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Inspeção completa do elevador, incluindo testes de carga, análise de desgastes dos componentes.		Anual
6.2. Monta-Carga		
Verificação e inspeção visual de cabos.		Semanal
Lubrificação das guias, limpeza do painel de controle		Mensal
6.3. Plataforma Elevatória		
Verificação dos componentes externos: pintura, corrosão, vazamentos, pneus e estado geral. Verificação do nível de óleo hidráulico, bateria e outros fluidos.		Semanal
Aplicação de lubrificante em pontos de atrito. Verificação de todos os comandos, alarmes, luzes de segurança e de movimentos.		Mensal
Verificação dos dispositivos de segurança, como cintos, alarmes de sobrecarga e interruptores de fim de curso		Trimestral
Medição de vibração em componentes críticos, como motores e bombas hidráulicas.		Semestral
Desmontagem parcial, limpeza e lubrificação de componentes internos, troca de filtros e ajustes		Anual

7 - SISTEMAS DE PLACA SOLARES

O plano de manutenção preventiva para o sistema fotovoltaico consiste na limpeza periódica das placas solares, a higienização do inversor e uma inspeção completa de todos os componentes elétricos (módulos, inversor, string box e

conectores) e mecânicos (suportes e estrutura de fixação) para otimizar o desempenho, identificar/reparar danos e prolongar a vida útil dos equipamentos para preservar as boas condições de operação dos mesmos. Também é realizada a limpeza das placas solares, com água e material não abrasivo, para que não haja o dano da superfície dos módulos.

Durante a manutenção preventiva do sistema de energia solar, se analisam os seguintes itens de cada equipamento fotovoltaico:

Estrutura de fixação

• Oxidação.

• Alinhamento da mesa (usina de solo).

• Grampos de fixação.

• Torque das conexões e parafusos.

• Aterramento.

String box

• Conectores dos cabos DC.

• Cabos de entradas e os prensa cabos.

• Sinais de superaquecimento e arco elétrico.

• Terminais e o isolamento termo retrátil.

• Aperto correto contra surto.

• Aterramento.

• Reaperto.

Cabos e conectores

• Conectores MC4 das strings.

• Terminais dos cabos de baixa tensão CC.

• Inspeção termográfica dos terminais dos cabos de baixa tensão CC (string box e inversor).

• Teste de isolamento dos cabos de baixa tensão CC.

Inversor

• Ambiente de instalação.

• Limpeza do ventilador, grade, trocador de calor, filtro.

• Inspeção geral quanto a danos ou rompimentos.

• Vedações e presença de umidade.

• Sinais de sobreaquecimento e arcos elétricos.

• Medir a tensão com multímetro.

• Proteções elétricas.

• Integridade da entrada de cabos e prensa cabos.

• Versão do firmware.

Placas fotovoltaicas

• Parte traseira (se existem danos).

• Células solares (delaminação, rachaduras, oxidação, bolhas, corrosão).

• Moldura.

• Proteção mecânica (vidro).

• Isolamentos e conexão dos cabos.

• Caixa de conexão e diodo bypass.

• Curva IxV.

A manutenção preditiva do sistema de energia solar consiste no monitoramento da sua geração para possíveis quedas de desempenho e na inspeção visual dos equipamentos, incluindo o painel solar, inversor e string box, a fim de detectar precocemente indícios de danos, como arranhões, manchas ou rachaduras nas placas solares.

A limpeza e o monitoramento são essenciais para evitar perdas de 5% quando os painéis estão sujos e perdas entorno de 20% quando encardidos.

O Quadro 7, a seguir apresenta os intervalos para a realização das atividades de manutenção preventiva.

Quadro 7 – Sistemas de Placas Solares

7. SISTEMAS DE PLACAS SOLARES		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
7.1. Sistemas de placas solares:		
Inspeção visual de condições gerais da UFV, strings FV, conexões de módulos, caixas elétricas, eletrocentros, inversores, equipamentos elétricos, cabeamento, estruturas de suporte, sombreamento, rastreadores, vegetação, danos causados por animais, erosão do solo, corrosão, descoloração dos módulos.		Anual
Medições de string: tensão de circuito aberto		Anual
Medições de string: corrente		Semestral
Resistência de isolação		Anual
Análise de desempenho dos módulos: curva IxV		Anual

7. SISTEMAS DE PLACAS SOLARES		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Inspeção de DPS atuados		Semestral
Avaliação da integridade de fusíveis		trimestral
Inspeção infravermelha de stringboxes, conexões elétricas, módulos e falhas reportadas nas inspeções visuais		Anual
Calibração dos sensores, medidores e equipamentos gerais conforme necessidade do fabricante		Semestral
Manutenção do arranjo fotovoltaico, conforme levantamento da inspeção visual e testes preventivos		Anual
Limpeza dos módulos		Anual
Limpeza geral do sistema		Anual
Limpeza das stringboxes		Anual

8 - SISTEMAS DE COMBUSTÍVEL

A manutenção de redes de combustível tem como objetivo garantir a segurança dos pacientes, profissionais e a continuidade dos serviços. O plano de manutenção aborda atividades de manutenção necessárias para os principais componentes de um sistema de combustível, considerando as especificidades dos ambientes e as normas técnicas aplicáveis. Inclui inspeções regulares e substituição programada de componentes para evitar falhas, considerando atendimento de Normas Técnicas em consonância a legislação e normas pertinentes.

O Quadro 8, a seguir apresenta os intervalos para a realização das atividades de manutenção preventiva, onde se aplica;

Quadro 8 – Sistema Combustível

8. SISTEMAS DE COMBUSTÍVEL		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
8.1 – Central de combustível		
Verificação de vazamentos, corrosão, danos em tubulações, válvulas e equipamentos.		Semanal
Verificação dos níveis de combustível nos tanques e reservatórios.		Diária
Limpeza ou troca dos filtros de combustível.		Mensal
Lubrificação de bombas, válvulas e outros equipamentos móveis.		Trimestral
Verificação da vazão e pressão das bombas de combustível.		Semestral
Calibração de medidores de vazão, pressão e nível.		Anual
8.2 Redes de Distribuição		
Verificação de vazamentos, corrosão, danos em tubulações e conexões.		Semanal
Teste de pressão para verificar a estanqueidade das tubulações.		Semestral
Verificação do isolamento térmico das tubulações.		Anual
8.3 Tanques		
Verificação de corrosão, danos físicos e vazamentos.		Mensal
Inspeção visual interna, limpeza e remoção de sedimentos.		Anual
Teste de pressão para verificar a estanqueidade dos tanques.		Bienal
8.4 Sistema de Gás Combustível (GLP/GN)		
Verificação de vazamentos, corrosão, danos em tubulações, válvulas e equipamentos.		Semanal

8. SISTEMAS DE COMBUSTÍVEL		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Verificação da pressão do gás nos cilindros e tubulações.		Diária
Teste de vazamento em todas as conexões e válvulas.		Mensal
Verificação do funcionamento das válvulas de segurança.		Trimestral
Calibração de medidores de pressão e vazão.		Anual

9 - INSTALAÇÕES DE COMBATE A INCÊNDIO

O plano de manutenção preventiva para os sistemas de combate a incêndio garante a confiabilidade dos equipamentos instalados.

A manutenção preventiva inclui inspeções regulares e substituição programada de componentes para evitar falhas, considerando atendimento de Normas Técnicas em consonância a legislação e normas pertinentes, substituição programada de componentes com base em seus ciclos de vida e nas recomendações do fabricante.

O Quadro 9, a seguir apresenta os intervalos para a realização das atividades de manutenção preventiva.

Quadro 9 – Instalações de Combates a Incêndio

9. INSTALAÇÕES DE COMBATE A INCÊNDIO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
9.1 Bomba de incêndio		

9. INSTALAÇÕES DE COMBATE A INCÊNDIO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Verificação do nível do óleo, lubrificação dos pontos de rolamento, verificação do sistema de arrefecimento, inspeção das mangueiras e conexões, teste do motor e bomba.		Mensal
Limpeza da bomba e do motor, verificação do sistema elétrico, teste de vazão da bomba.		Trimestral
Teste de desempenho da bomba, calibração dos instrumentos, inspeção completa do sistema.		Anual
9.2 Rede de Hidrantes		
Limpeza e lubrificação das peças móveis, verificação das válvulas e conexões, teste de pressão da água.		Trimestral
Inspeção completa do hidrante, teste de vazão da água, pintura do hidrante.		Anual
9.3 Central de Alarmes e Sensores		
Inspeção Visual: Verificar se há sinais de danos ou desgaste nos componentes do sistema, certificar-se de que não há poeira ou sujeira nos sensores, verificar se as baterias da central de alarme estão em boas condições, inspecionar as fiações e conexões do sistema.		Semanal
Teste Funcional: Ativar o alarme manualmente e verificar se ele está funcionando corretamente, testar os sensores de incêndio com fumaça ou calor, verificar se a comunicação entre a central de alarme e os sensores está funcionando corretamente., testar as sirenes e luzes de emergência.		Mensal
Realizar os serviços de inspeção visual e teste funcional, limpar os sensores de incêndio, calibrar os sensores de incêndio (conforme		Trimestral

9. INSTALAÇÕES DE COMBATE A INCÊNDIO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
instruções do fabricante), verificar o aterramento da central de alarme, atualizar o software da central de alarme (quando necessário)		
9.4 Sistema Detecção de fumaça		
Inspeção Visual: Verificar se há sinais de danos ou desgaste nos componentes do sistema, certificar-se de que não há poeira ou sujeira nos detectores de fumaça, verificar se as baterias dos detectores de fumaça estão em boas condições, inspecionar as fiações e conexões do sistema.		Mensal
Teste Funcional: Ativar o alarme manualmente e verificar se ele está funcionando corretamente, testar os detectores de fumaça com fumaça ou calor, verificar se a comunicação entre os detectores de fumaça e a central de alarme está funcionando corretamente, testar as sirenes e luzes de emergência.		Trimestral
Realizar os serviços de inspeção visual e teste funcional, limpar os detectores de fumaça, calibrar os detectores de fumaça (conforme instruções do fabricante), verificar o aterramento da central de alarme, atualizar o software da central de alarme (se necessário).		Trimestral
9.5 Pressurização das Escadas		
Inspeção Visual: Verificar se há sinais de danos ou desgaste nos componentes do sistema, como ventiladores, dutos, válvulas e filtros, certificar-se de que não há obstruções nas entradas e saídas de ar das escadas pressurizadas, verificar se os instrumentos de monitoramento estão funcionando corretamente, inspecionar as fiações e conexões do sistema.		Semanal

9. INSTALAÇÕES DE COMBATE A INCÊNDIO		
SISTEMA	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALOS**
Teste Funcional: Ativar o sistema de pressurização de escadas manualmente e verificar se ele está funcionando corretamente, testar os ventiladores e certificar-se de que estão fornecendo a vazão de ar adequada, verificar se as válvulas estão abrindo e fechando corretamente, testar os filtros de ar e certificar-se de que estão limpos.		Mensal
Realizar os serviços de inspeção visual e teste funcional, limpar os ventiladores, dutos, válvulas e filtros de ar, calibrar os instrumentos de monitoramento (conforme instruções do fabricante), verificar o aterramento do sistema.		Semestral

10 - SISTEMAS DE VIGILÂNCIA, COMUNICAÇÃO E CABEAMENTO ESTRUTURADO

A SPDM adotará um plano de reparo e manutenção para sistemas de vigilância, comunicação e cabeamento estruturado, visando garantir a segurança, eficiência e confiabilidade das operações no Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID), minimizando interrupções e assegurando o cumprimento dos padrões de qualidade exigidos.

Para manter os sistemas de vigilância, comunicação e cabeamento estruturado do Complexo Hospitalar Irmã Dulce (CHID) funcionando de maneira eficiente e confiável, serão adotados planos de manutenção preventiva e corretiva.

Abaixo seguem as diretrizes específicas para cada um dos itens dos sistemas de vigilância, comunicação e cabeamento estruturado:

10.1 Cabeamento Estruturado

Manutenção Preventiva:

- Inspeção visual regular dos cabos e conexões: Verificação periódica para identificar desgaste, danos físicos ou problemas de conexão que possam comprometer a integridade da rede.

- Verificação da integridade dos conectores, patch panels e racks: Garantia de que todos os componentes estejam em condições adequadas para suportar a transmissão de dados.

- Testes periódicos de desempenho de rede: Avaliação da velocidade e eficiência de transferência de dados para manter a performance esperada.

- Limpeza dos pontos de conexão: Remoção de poeira e sujeira para evitar interferências na transmissão de dados.

Manutenção Corretiva:

- Reparo imediato de cabos danificados: Substituição de cabos com falhas para restaurar a conectividade e evitar interrupções na rede.

- Substituição de conectores defeituosos: Ajustes ou troca de conectores soltos ou danificados para garantir uma conexão segura.

- Reconfiguração ou reinstalação de pontos de conexão: Ajustes conforme necessário para otimizar a infraestrutura de rede conforme mudanças na demanda hospitalar.

- Passagem de cabos: Instalação de novos cabos em áreas que requerem expansão ou atualização da rede, garantindo a organização e minimizando interferências.

- Instalação de pontos de rede: Adição de novos pontos de conexão conforme a necessidade, assegurando a cobertura adequada e eficiente.

10.2 Sistemas de CFTV

Manutenção Preventiva:

- Inspeção regular das câmeras, lentes e infraestrutura de montagem: Garantia de que todos os componentes estejam limpos e em condições ideais de funcionamento.
- Verificação das fitas de vídeo ou armazenamento digital: Asseguração de espaço adequado e backups regulares para manter a integridade das gravações.
- Testes periódicos de funcionalidade: Verificação constante para garantir que todas as câmeras estejam operando corretamente e sem falhas de gravação.

Manutenção Corretiva:

- Substituição imediata de câmeras ou lentes danificadas: Restauração rápida da funcionalidade de vigilância em áreas críticas do hospital.
- Ajustes na orientação das câmeras: Correção de pontos cegos ou ajustes de visão para melhorar a cobertura de vigilância.
- Solução de problemas de gravação ou armazenamento: Diagnóstico e reparo de problemas que afetem a qualidade ou a disponibilidade das gravações.
- Instalação de câmeras e equipamentos: Configuração e montagem de novas câmeras, assegurando a cobertura ideal e integração com o sistema existente.
- Configuração de DVR/NVR: Instalação e configuração de dispositivos de gravação digital (DVR) ou de rede (NVR) para assegurar a gravação contínua e segura das imagens.
- Teste de funcionalidade de DVR/NVR: Verificação do correto funcionamento dos dispositivos de gravação, garantindo que estejam registrando e armazenando os dados conforme o esperado.
-

10.3 Sistemas de controle de acesso

Manutenção Preventiva:

- Verificação regular dos leitores de cartões, fechaduras, catracas e sistemas de biometria: Testes para assegurar o funcionamento correto e seguro do controle de acesso.
- Testes de segurança: Garantia de que apenas pessoal autorizado tenha acesso a áreas designadas dentro do hospital.
- Atualização de software e firmware: Manutenção de sistemas atualizados para proteção contra vulnerabilidades de segurança.

Manutenção Corretiva:

- Reparo imediato de leitores de cartões, fechaduras ou catracas: Restauração rápida do controle de acesso em caso de falhas.
- Reconfiguração após violação de segurança: Ajustes para garantir a integridade e segurança dos sistemas após eventos de segurança.
- Substituição de componentes defeituosos: Troca de dispositivos comprometidos para manter a operação contínua e segura do controle de acesso.

10.4 Sistemas de chamada de enfermagem

Manutenção Preventiva:

- Testes regulares de botões de chamada e painéis de controle: Garantia de resposta rápida e eficaz a chamadas de emergência.
- Verificação da conectividade: Asseguração de que todos os pontos de chamada estejam operando corretamente e conectados às estações de enfermagem.

• Revisão de políticas e treinamento: Atualização contínua para garantir que o pessoal esteja preparado para usar o sistema eficientemente.

Manutenção Corretiva:

• Reparo imediato de botões de chamada ou painéis de controle: Restauração da funcionalidade após identificação de falhas.

• Solução de problemas de conexão: Diagnóstico e resolução de problemas que afetem a eficácia do sistema de chamada.

• Substituição de componentes defeituosos: Troca de dispositivos com falhas para manter a comunicação eficiente entre pacientes e equipe médica.

10.5 Sistemas de sonorização

Manutenção Preventiva:

• Verificação regular de amplificadores, alto-falantes e sistemas de distribuição de áudio: Asseguração de que todos os componentes estejam operando corretamente para garantir a comunicação eficaz em áreas críticas.

• Testes de qualidade de áudio: Garantia de que todos os espaços do hospital estejam cobertos adequadamente com som claro e audível.

• Limpeza e manutenção de controles de volume e ajustes de equalização: Manutenção para garantir que as configurações de áudio estejam otimizadas.

Manutenção Corretiva:

• Reparo ou substituição de amplificadores ou alto-falantes: Restauração rápida da funcionalidade de áudio em áreas afetadas por falhas.

- Solução de problemas de ruído ou distorção: Identificação e correção de problemas que afetem a qualidade do som.
- Ajustes de conexões ou volume: Configuração para atender às necessidades específicas dos usuários em diferentes áreas do hospital.

10.6 Sistemas de TV Digital

Manutenção Preventiva:

- Inspeção regular de receptores, antenas e cabos: Garantia de que todos os componentes estejam em condições ideais para receber o sinal de transmissão.
- Testes de funcionalidade de televisores e decodificadores: Verificação para assegurar que todos os dispositivos estejam operando corretamente em áreas designadas para visualização.
- Atualização de firmware e software: Manutenção para suportar novos padrões de transmissão e garantir a compatibilidade contínua.

Manutenção Corretiva:

- Resolução imediata de problemas de recepção de sinal: Restauração rápida da transmissão de TV em caso de falhas.
- Substituição de antenas ou cabos defeituosos: Troca de componentes comprometidos para melhorar a qualidade da imagem e do som.
- Reparo ou substituição de televisores ou decodificadores com problemas: Restauração da funcionalidade em áreas afetadas por falhas de equipamento.

10.7 Sistemas de Relógio Sincronizado

Manutenção Preventiva:

• Verificação regular da precisão e sincronização de todos os relógios: Asseguração de que todos os relógios mostrem a hora correta para coordenação precisa em operações hospitalares.

• Testes de funcionalidade dos relógios: Garantia de que todos os dispositivos estejam operando corretamente e exibindo a hora correta.

• Atualização de software e ajustes de configuração: Manutenção para suportar novos padrões de sincronização e garantir a precisão contínua.

Manutenção Corretiva:

• Ajuste imediato de relógios com problemas de precisão: Restauração da sincronização e precisão dos relógios após identificação de falhas.

• Solução de problemas de sincronização entre relógios: Identificação e correção de problemas que afetem a precisão de múltiplos dispositivos.

• Substituição de componentes defeituosos: Troca de peças comprometidas para manter a operação contínua e precisa dos relógios sincronizados.

➢ PLANO DE MANUTENÇÃO DO SISTEMA PREDIAL HOSPITALAR: MANUTENÇÃO PREDIAL CORRETIVA

A manutenção predial corretiva tem como finalidade corrigir, restaurar e/ou recuperar a capacidade produtiva de um ambiente ou instalação, que tenha cessado ou diminuído naquele espaço físico as funções para as quais foi projetado e tem sido utilizado.

As rotinas de manutenção predial compreendem solicitações por consertos a partir da emissão de Ordem de Serviço (OS), através do Sistécnica Engenharia, sistema de gestão módulo manutenção predial, que é um programa corporativo

desenvolvido *in house* e será customizado para acesso via *web* pelos usuários responsáveis nas unidades relacionadas, através de *login* e senha.

Os atendimentos das demandas ocorrerão da seguinte forma:

● A equipe técnica receberá a OS para avaliação, se necessário presencialmente, classificará a OS por escala de prioridade: alta, média ou baixa e liberará para execução;

● As Ordens de Serviços liberadas para execução serão enviadas para a equipe operacional com cópia para a administração local;

● O administrativo local faz contato com o responsável pelo setor solicitante para programar a execução dos serviços;

● Demanda emergencial será executada sob aviso prévio ao responsável do setor, para planejamento e liberação da área de intervenção;

● O executante, de posse de ferramental e material, realizará o conserto de acordo com a programação pré-agendada ou imediata nas demandas emergenciais;

● Após o término dos consertos, o solicitante faz vistoria ao local, dando por finalizado o serviço desde que "*a contento"* com o que foi pedido na OS;

● As Ordens de Serviços executadas serão entregues para o administrativo, que enviará para a validação técnica da Engenharia;

● A Engenharia dará o "A contento" técnico nas OS e liberará a aprovação de medição;

● A Engenharia aplicará periodicamente um questionário de avaliação de qualidade ao responsável pelo setor requisitante.

As respostas dos questionários serão tabuladas e os resultados apresentados em forma de relatório trimestral para avaliação e direcionamento sendo parte

integrante dos indicadores aferidores de qualidade por efetividade e satisfação do cliente interno que serão introduzidos.

➢ AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DAS EMPRESAS CONTRATADAS

Os Prestadores de Serviços serão avaliados mensalmente, para as empresas de contrato mensal, através de questionário para "Avaliação de Desempenho da Contratada". A avaliação é realizada pela equipe técnica, através de tabela especifica que considera parâmetros, de atendimentos, qualidade técnica e operacional; o resultado analisado será encaminhado em cópia com parecer técnico conclusivo para a Gerência de Gestão de Suprimentos SPDM, quando for necessário acioná-la para atuar no âmbito contratual em caso de não conformidade.

A avaliação de desempenho da contratada é um mecanismo de controle de qualidade e fornece subsídios para pautar reuniões técnicas periódicas ou extraordinárias com os prestadores de serviços visando o aprimoramento contínuo dos processos, assim como para tomada de decisão pela continuidade ou rescisão daquele contrato.

➢ INSERVÍVEIS DE EQUIPAMENTOS ELETROMECÂNICOS

Em situações de manutenções corretivas de equipamentos eletromecânicos onde for requerido análise técnica do fabricante, representante autorizado, ou empresa de manutenção contratada e for concluído que o tempo de fabricação ultrapassou 10 anos, acarretando dificuldades na aquisição de peças originais ou quando os custos com a manutenção corretiva ultrapassar a marca de 75% de um equipamento novo, será o laudo de avaliação de inservibilidade do equipamento que será analisado pela Engenharia, sendo considerado inservível, será orientada a

unidade que seja realizado o processo de descontinuidade junto aos processo patrimonial.

ADAPTAÇÕES/ADEQUAÇÕES E INVESTIMENTOS EM EQUIPAMENTO ELETROMECÂNICOS / INFRAESTRUTURA

Quando houver necessidades de adaptações/adequações nos equipamentos eletromecânicos e nas infraestruturas, assim como investimentos, serão objeto de estudos e projetos com a elaboração de estimativas de custos/orçamentos e justificativa técnica para avaliação do gestor municipal e indicação dos recursos para realização.

- **PLANO DE MANUTENÇÕES DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS**

O Plano de Manutenção dos Equipamentos Eletromédicos seguir aplica-se ao Gerenciamento e Operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços a serem desenvolvidos na Unidades que compõe o Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID.

O Plano de Manutenção preventiva, corretiva, calibração dos equipamentos eletromédicos que será realizado nas Unidades de Saúde do Complexo Irmã Dulce, observará a sistemática do serviço de Engenharia Clínica que aplicará o Programa de Manutenção dos equipamentos eletromédicos descrito a seguir.

A SPDM possui equipe de Engenharia atualmente composta por engenheiros clínicos, técnico especializado em equipamentos médico-hospitalares, arquiteto, técnicos em edificações, projetistas, administrador hospitalar e equipe própria local composta de 02 técnicos de equipamentos médico-hospitalar e 04 técnicos de

gasoterapia. Essa equipe técnica será responsável pelo gerenciamento, execução e fiscalização das manutenções preventivas e corretivas e supervisão das empresas terceirizadas contratadas nas áreas de engenharia clínica e assessoria no planejamento e aquisição de novas tecnologias.

Os serviços de Engenharia Clínica (EC) seguirão o Plano de Gerenciamento de Tecnologias em Saúde (PGTS), conforme RDC 509, de 27 de maio de 2021 (Gerenciamento de Tecnologias em Saúde), da ANVISA – Agência Nacional de vigilância Sanitária. Atendimento a resolução RDC n° 63 de 25 de novembro de 2011, da ANVISA, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para serviços de saúde e ABNT 15943/ 2011 (Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde), que será aplicado especificamente para o parque tecnológico assistenciais e complementares das unidades do Complexo Hospitalar Irmã Dulce – CHID. Atendimento a RDC 50 da ANVISA de 21 de janeiro de 2002, acerca das instruções técnicas para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projeto físicos de estabelecimento assistenciais de saúde, tudo isso com a finalidade de garantir nas instalações dos equipamentos eletromédicos e consequentemente melhorias aos operadores e pacientes. O PGTS estabelece as diretrizes para a gestão dos equipamentos eletromédicos, seguindo as preconizações e/ou recomendações das legislações vigentes, considerando manutenções preditivas, preventivas e corretivas, realizando calibrações, com emissão de certificados rastreáveis.

A- Manutenção preditiva e preventiva dos equipamentos eletromédicos

A manutenção preditiva e preventiva é planejada para garantir o funcionamento dos equipamentos, prorrogar a vida útil em geral e minimizar a ocorrência de

manutenção corretiva. A sistemática compreende rotinas de inspeções visuais, testes de vibração e verificação de operacionalidade, realizar calibração, com emissão de certificados rastreáveis ao INMETRO, de todos os equipamentos de saúde que demandem verificação compulsória exigida pelo INMETRO e outros de acordo com a prioridade estabelecida.

A manutenção preventiva (MP) e calibrações suas frequências seguirão o **Plano de manutenção dos equipamentos eletromédicos** - Tabela Básica de Equipamentos eletromédicos - Periodicidade de Manutenção Preventiva, Calibração e Qualificações.

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
1. Hemodiálise	Limpeza, teste funcional incluindo Válvulas de Segurança, troca de peças do kit de acordo com o manual.	Anual	Manutenção Preventiva
	Aferir os parâmetros do equipamento e calibrações de acordo com as normativas Vaporizador, utilizar padrões com rastreabilidade. ABNT NBR IEC 60601-1 referente a tecnologia.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353. IEC 60601-1.	Anual	Teste Segurança Elétrica

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
2.Seladora	Limpeza, troca de fita térmica, regulagem de temperatura, limpeza interna, teste funcional, ficha checklist.	Anual	Manutenção Preventiva
	Teste de qualificação térmica conforme RDC 15 / 2012 – Utilizando padrões rastreáveis.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353. IEC 60601-1.	Anual	Teste Segurança Elétrica
3.Termômetro de testa	Limpeza, teste funcional, verificar se necessita troca de bateria.	Anual	Manutenção Preventiva
	Aferir os valores de temperatura.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
4.Laringoscópio	Teste funcional, verificar necessidade de troca das pilhas e baterias.	Trimestral	Manutenção Preventiva
5.Otoscópio	Limpeza, teste funcional e troca das pilhas / checagem da fonte.	Semestral	Manutenção Preventiva
6.Retinoscópio	Limpeza, teste funcional verificar necessidade de troca de bateria.	Semestral	Manutenção Preventiva

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
7.Ventilador Pulmonar	Limpeza, teste funcionais, troca de Kits de peças conforme manual do fabricante.	Semestral	Manutenção Preventiva
	Aferir os valores de volume corrente, pressão, frequência respiratória, relação I/E, PEEP, utilizar padrões rastreáveis.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 – referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
8.Aparelho de anestesia	Troca de Kits de peças conforme manual do fabricante no aparelho de anestesia e vaporizador.	Semestral	Manutenção Preventiva
	Aferir os parâmetros de ventilação e calibração da concentração de anestésico do Vaporizador, utilizar padrões com rastreabilidade. ABNT NBR IEC 60601-1 referente a tecnologia.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -. referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
9.Monitor Multiparâmetros	Limpeza, teste funcional do equipamento e seus acessórios.	Anual	Manutenção Preventiva
	Aferir a exatidão dos parâmetros de monitoração ECG, PNI, Temperatura e SpO2.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -. referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
10.Aspirador Cirúrgico	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Aferir a exatidão dos valores obtidos pelo equipamento, aferir vacuômetro. (Manual do fabricante) ABNT NBR IEC 60601-1	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353, e 60601-1 -. referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
11.Oxímetro de Pulso	Limpeza, teste funcional e troca das pilhas / checagem da fonte.	Anual	Manutenção Preventiva

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
	Aferir os parâmetros mensurados no equipamento.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353, e 60601-1 -. referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
12.Cardioversor / Desfibrilador	Limpeza, teste funcional do equipamento e seus acessórios.	Anual	Manutenção Preventiva
	Aferir a exatidão dos valores programados.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -. referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
13. Autoclave	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Qualificação da NR-13 e Qualificação Térmica.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica
14.Válvula Reguladora de Cilindros	Limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Aferir a exatidão dos valores indicados nos manômetros.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
15.Central de Alarmes para Gases Medicinais	Limpeza, troca das mangueiras de pressão e teste funcional.	Semestral	Manutenção Preventiva
	Emitir laudo da exatidão dos valores indicados nos manômetros e calibração dos pressostatos e válvulas de segurança.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
16.Conjunto Odontológico	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Bimestral	Manutenção Preventiva
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	N/A	Teste Segurança Elétrica

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
17. Foco Cirúrgico	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Emitir laudo da exatidão dos valores de intensidade luminosa da cúpula.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica
18. Compressor de Ar Odontológico	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Trimestral	Manutenção Preventiva
	Calibração e Testes da NR-13.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
19.Eletrocardiógrafo	Limpeza, teste funcional do equipamento e seus acessórios.	Semestral	Manutenção Preventiva
	Aferir a exatidão dos valores programados no equipamento. (ABNT NBR IEC 60601)	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme	N/A	Teste Segurança Elétrica

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
	ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -. referente a tecnologia.		
20.Incubadora de Biológicos	Limpeza e teste funcional do equipamento.	Semestral	Manutenção Preventiva
	Aferir a exatidão dos valores de temperatura. (ABNT NBR IEC 60601)	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -. referente a tecnologia.	N/A	Teste Segurança Elétrica
21.Detector Fetal	Limpeza, teste funcional do equipamento e seus acessórios.	Semestral	Manutenção Preventiva
	Aferir a exatidão dos valores do programados no equipamento. (ABNT NBR IEC 60601)	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
22.Termohigrômetro	Limpeza, teste funcional e troca de bateria.	Anual	Manutenção Preventiva
	Emitir laudo da exatidão dos valores de temperatura e umidade do ar. (ISO/IEC 17025:2017)	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
23.Mesa Cirúrgica	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica
24.Ventilador de Transporte	Troca de Kits de peças conforme manual do fabricante.	Anual	Manutenção Preventiva
	Emitir laudo da exatidão dos valores de volume corrente, pressão, frequência respiratória, relação I/E, PEEP, etc.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica
25.Balança antropométrica	Limpeza e teste funcional do equipamento.	Anual	Manutenção Preventiva
	Emitir laudo da exatidão dos valores em kg utilizando padrões certificados reconhecido pelo INMETRO.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
26.Serra de Gesso	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica
27.Cama Hospitalar	Limpeza e teste funcional do equipamento.	Anual	Manutenção Preventiva
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica
28. Maca Hidráulica	Limpeza e teste funcional do equipamento.	Anual	Manutenção Preventiva
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353.	Anual	Teste Segurança Elétrica
29. Arco Cirúrgico	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Teste de acordo com RDC 611 / 2022	Anual	Calibração / Qualificação / NR13

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
30.Tomografia	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Teste de acordo com RDC 611 / 2022	De acordo com a RDC 611	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
31.Aparelho de Ultrassom	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Teste de acordo com RDC 611 / 2022	De acordo com a RDC 611	Calibração / Qualificação / NR13
32. Equipamento de Raio X	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
	Testes de acordo com RDC 611 / 2022	De acordo com a RDC 611	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
33. Régua de Gases	Limpeza, troca das mangueiras de pressão e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
34. Termodesinfectora	Troca de kits de peças conforme manual do fabricante, limpeza e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva
	Testes de acordo com RDC 15	De acordo com a RDC 611	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
35.Lavadora Ultrassônica	Limpeza, troca das mangueiras de pressão e teste funcional.	Anual	Manutenção Preventiva

PLANO DE EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS			
EQUIPAMENTO	**CRITÉRIOS GERAIS**	**INTERVALO**	**AÇÃO**
	Testes de acordo com RDC 15	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
	Teste de Resistência de aterramento, Corrente de fuga, Isolamento e Funcional, conforme ABNT NBR IEC 62353 e 60601-1 -referente a tecnologia.	Anual	Teste Segurança Elétrica
36. Osmose	Limpeza, troca de filtros, troca de membranas, troca de carvão ativado, mangueiras, conexões. (RDC 11)	Quinzenal / Mensal	Manutenção Preventiva
	Aferição de manômetros, fluxômetros, medidor de dureza da água (condutivímetro).	Anual	Calibração / Qualificação / NR13
37. Reprocessador de filtros dialisadores	Limpeza, troca de kit conforme manual do fabricante e teste funcional	Mensal	Manutenção Preventiva
	Conforme especificado no manual do fabricante.	Anual	Calibração / Qualificação / NR13

B- Manutenção Corretiva dos Equipamentos Eletromédicos

Por manutenção corretiva entendem-se os serviços de reparos para corrigir falhas e defeitos no funcionamento dos equipamentos, bem como o reparo de defeitos detectados na MP, se necessário, com substituição de peças.

As rotinas de manutenção de equipamentos eletromédicos serão gerenciadas através de um Sistema de gerenciamento da Engenharia Clínica, que é um programa customizado para acesso via web pelos usuários responsáveis das unidades, através de login e senha.

As manutenções corretivas serão realizadas por equipes técnicas qualificadas própria ou contratada e serão realizadas quantas forem necessárias.

As manutenções de equipamentos eletromédicos cumprirão a seguinte rotina: A solicitação de manutenção é feita através de envio de Ordem de Serviço (OS), preenchida pelo usuário e enviada para a Engenharia Clínica, que verificará se o equipamento eletromédico está dentro do período de garantia de compra, se é próprio, locado / comodato, ou fora da garantia; os técnicos executarão o primeiro atendimento se necessário contratará o serviço e encaminhará à OS para a empresa responsável que atenderá a demanda de acordo com o contrato firmado para análise e solução do problema. O técnico local ou do prestador executa a visita, faz uma avaliação para identificar a causa da falha, que será registrada na “Ficha Histórica de Equipamento Assistencial e Complementar”.

A OS contém os campos de registro patrimonial e identificação de tipo de equipamento assistencial e complementar, relato do usuário sobre o defeito apresentado com caracterização se é contínuo ou intermitente, seguida de análise e discriminação de técnico especializado para o conserto, datas de emissão e conclusão, bem como espaço para apontar intercorrências e/ou observações sobre o serviço realizado, além das assinaturas do executante e solicitante, campos para assinalar “A contento” ou “Não a contento”.

Serviços que necessitem de envio ou retirada de equipamento eletromédico para manutenção em oficina externa, serão monitorados pela gerência administrativa da unidade, por fluxo em documento denominado "Ficha de Controle de Saída de Equipamentos". Trata-se de um mecanismo de controle e responsabilidade patrimonial desenvolvido para rastrear o trânsito de retirada, permanência externa e devolução do equipamento eletromédicos.

Equipamentos locados e/ou em comodato deverão ser substituídos pela empresa locadora em um prazo contratual estabelecido.

Aparelhos em garantia ou fora de garantia após a manutenção de equipamento eletromédico seja ela executada internamente ou externamente, na entrega do serviço serão realizados regularmente testes de funcionamento e aferição para validação do reparo e/o outro serviço realizado; a OS é assinada pelo técnico e usuário que acompanhou os testes. A OS é enviada para a Engenharia através do prestador, encerrada e a cópia arquivada na administração das unidades relacionadas.

As Unidades responsáveis pelas aberturas das OS, receberão mensalmente um documento para avaliação dos serviços prestados pela empresa contratada, após avaliação enviará o documento ao setor de Engenharia Clínica. As respostas serão tabuladas e os resultados apresentados em forma de relatório trimestral para avaliação e direcionamento, sendo parte integrante dos indicadores aferidores de qualidade por efetividade e satisfação do cliente interno que serão introduzidos na avaliação do prestador.

➢ AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DAS EMPRESAS CONTRATADAS

Os Prestadores de Serviços serão avaliados trimestralmente através dos documentos "Atestado de execução dos serviços". O documento é enviado pelo gerente de cada Unidade a Engenharia Clinica.

A avaliação de desempenho da contratada é um mecanismo de controle de qualidade e fornece subsídios para pautar reuniões técnicas periódicas ou extraordinárias com os prestadores de serviços visando o aprimoramento contínuo dos processos, assim como para tomada de decisão pela continuidade ou rescisão daquele contrato.

➢ INSERVÍVEIS DE EQUIPAMENTOS ASSISTENCIAIS E COMPLEMENTARES

Em situações de manutenções corretivas de equipamentos eletromédicos onde for requerido análise técnica do fabricante ou representante autorizado e for concluído que o tempo de fabricação ultrapassou 10 anos, acarretando dificuldades na aquisição de peças originais ou quando os custos com a manutenção corretiva ultrapassar a marca de 75% de um equipamento novo, será requerido para o representante ou fabricante o laudo de avaliação que será analisado pela Engenharia, sendo considerado inservível, será encaminhado juntamente com o equipamento médico hospitalar e assistencial para evolução de controle patrimonial.

➢ ADAPTAÇÕES/ADEQUAÇÕES E INVESTIMENTOS EM EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS

Quando a Unidade necessitar de adaptações/adequações nos equipamentos eletromédicos, assim como investimentos, serão objeto de estudos e projetos com a elaboração de estimativas de custos/orçamentos e justificativa técnica para avaliação do gestor municipal e indicação dos recursos para realização. Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que venham ser adquiridos com recursos repassados em decorrência deste contrato de gestão, serão automaticamente

fornecidos todos os documentos para que sejam incorporados aos bens do contratante.

➢ **NORMAS APLICADAS NA ELABORAÇÃO PLANO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS**

RDC 50/2002 - PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE;

RDC 63/2011 - REQUISITOS DE BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE;

NBR 16747/2020 – INSPEÇÃO PREDIAL – DIRETRIZES, CONCEITOS, TERMINOLOGIA E PROCEDIMENTOS.

NBR 5674 / 2024 – MANUTENÇÃO DE EDIFICAÇÕES;

NBR 15575/2024 – EDIFICAÇÕES HABITACIONAIS – DESEMPENHO;

NBR 9442/2019 – MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO – DETERMINAÇÃO DO INDICE DE PROPAGAÇÃO SUPERFICIAL DE CHAMA;

NBR 5626/2020 – SISTEMAS PREDIAIS DE ÁGUA FRIA E QUENTE: INSTALAÇÕES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA.

NBR 12218/2017 - RESERVATÓRIOS DE ÁGUA.

NBR 15906/2023 - MANUTENÇÃO DE RESERVATÓRIOS DE ÁGUA.

NBR 7256/2022 – TRATAMENTO DE AR EM ESTABELECIEMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE.

NBR 13971/2014 – SISTEMAS DE REFRIGERAÇÃO, CONDICIONAMENTO DE AR, VENTILAÇÃO E AQUECIMENTO – MANUTENÇÃO PROGRAMADA;

NBR 16401/2008 – INSTALAÇÕES DE AR CONDICIONADO – SISTEMAS CENTRAIS E UNITÁRIOS;

NBR 13534/2008 – INSTALAÇÕES ELÉTRICAS EM ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAS DE SAÚDE;

NBR 5410/2008 – INSTALAÇÕES ELÉTRICAS DE BAIXA TENSÃO;

NBR 5419/2009 – PROTEÇÃO CONTRA DESCARGAS ATMOSFÉRICAS;

NBR 14039/2021 – INSTALAÇÕES ELÉTRICAS DE MÁDIA TENSÃO DE 1,0KV A 36,2KV;

NBR 15204/2005 – CONVERSOR A SEMICONDUTOR – SISTEMA DE ALIMENTAÇÃO DE POTÊNCIA ININTERRUPTA COM SAÍDA DE CORRENTE ALTERNADA – SEGURANÇA E DESEMPENHO;

LEI Nº 14.300/2022 - (MARCO LEGAL DA GERAÇÃO DISTRIBUÍDA);

DSSOLUÇÃO NORMATIVA Nº 482/2012 (ANEEL);

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 687/2013 (ANEEL);

NBR 16690/2015 - INSTALAÇÕES ELÉTRICAS DE ARRANJOS FOTOVOLTAICOS – REQUISITOS DE PROJETO;

LEI Nº 10.763/2003 - (LEI DA ENERGIA RENOVÁVEL);

NBR 15597/2010 – REQUISITOS DE SEGURANÇA PARA A CONSTRUÇÃO E INSTALAÇÃO DE ELEVADORES – ELEVADORES EXISTENTES – REQUISITOS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA;

NBR 14712/2013 – ELEVADORES ELÉTRICOS E HIDRÁULICOS – ELEVADORES DE CARGA, MONTA-CARGAS E ELEVADORES DE MACA;

NBR NM 313/2007 – ELEVADORES DE PASSAGEIROS – REQUISITOS DE SEGURANÇA;

NBR ISO 9386/2013 - PLATAFORMAS DE ELEVAÇÃO MOTORIZADAS PARA PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA — REQUISITOS PARA SEGURANÇA, DIMENSÕES E OPERAÇÃO FUNCIONAL;

NBR15526/2012 – REDES DE DISTRIBUILÇAO INTERNA DE GASES COMBUSTIVEIS;

NR 8 – EDIFICAÇÕES;

NR 10 – SEGURANÇA EM INSTALAÇÕES E SERVIÇOS EM ELETRICIDADE;

NR 13 – CALDEIRAS, VASOS DE PRESSÃO E TUBULAÇÕES E TANQUES METÁLICOS DE ARMAZENAMENTO;

NR 17 – ERGONOMIA;

NR 18 - SEGURANÇA E SAÚDE NA CONSTRUÇÃO;

NR 23 – PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIOS;

NR 32 – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE;

RDC 509/2001 – GERENCIAMENTO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE;

IEC 60601-1/2012 - SEGURANÇA E DESEMPENHO PARA EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS;

ISO 7396-1/2016- SISTEMAS DE DISTRIBUIÇÃO DE GASES MEDICINAIS E VÁCUO EM AMBIENTES HOSPITALARES;

ISO 10083/2006 - GASES MEDICINAIS UTILIZADOS PARA VENTILAÇÃO, ANESTESIA E SUPORTE RESPIRATÓRIO;

ISO 13485/2016 - SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM DISPOSITIVOS MÉDICOS;

ISO 15001/2010 - INTERFACES DE CONEXÃO DE GASES MEDICINAIS E VÁCUO;

ISO 17116 - PUREZA DE GASES MEDICINAIS;

NBR 13691 - FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS QUE REALIZAM O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE;

ABNT NBR 12188/2016 - ARMAZENAMENTO E NO USO DE GASES MEDICINAIS EM AMBIENTES CLÍNICOS E HOSPITALARES;

ISO 21009 - DIRETRIZES PARA A FABRICAÇÃO, INSPEÇÃO E MANUTENÇÃO DE TANQUES CRIOGÊNICOS;

RDC 506/2021 - DISPOSITIVOS MÉDICOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE NO BRASIL;

RDC 15 - PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE VISANDO À SEGURANÇA DO PACIENTE E DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS;

RDC 11 - DIÁLISE E TRATA NA SEÇÃO XIII DA RESOLUÇÃO DAS MEDIDAS DE CONTROLE DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA HEMODIÁLISE.

RDC 154 - SERVIÇO DE DIÁLISE, NA FORMA DO ANEXO DESTA RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (RDC), DISCIPLINANDO AS EXIGÊNCIAS MÍNIMAS.

ABNT NBR IEC 62353/2019 EQUIPAMENTOS ELETROMÉDICOS;

RDC 611/22 - SERVIÇOS DE RADIOLOGIA DIAGNÓSTICA OU INTERVENCIONISTA

RDC 36 – SEGURANÇA DO PACIENTE;

RDC 63 - FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, FUNDAMENTADOS NA QUALIFICAÇÃO, NA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO, E NA REDUÇÃO E CONTROLE DE RISCOS AOS USUÁRIOS E MEIO AMBIENTE.

II - PROPOSTA FINANCEIRA

Apresentamos a seguir a proposta orçamentária, discriminando por Unidades assistenciais componentes do Complexo Hospitalar Irmã Dulce, composta de:

- PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIRO MENSAL

- DETALHAMENTO DO CUSTO MENSAL DOS RECURSOS HUMANOS CELETISTAS DO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE POR UNIDADE ASSISTENCIAL

- PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIRO MENSAL

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros - Mensal		HOSPITAL IRMÃ DULCE	PRONTO- SOCORRO CENTRAL	UPA SAMAMBAIA	NEFRO	TOTAL MENSAL	% REFERÊNCIA
Grupo	Subgrupo						
1. Pessoal	1.1 Salários e Ordenados	4.430.762,78	1.426.311,28	592.306,10	209.845,04	6.659.225,21	31,44%
	1.2 Provisionamento (Férias, 13º Salário e Rescisório)	498.540,57	160.485,69	66.645,10	23.611,34	749.282,70	3,54%
	1.3 Benefícios	512.868,59	161.597,66	72.827,53	31.639,88	778.933,66	3,68%
	1.3.1 Benefícios - Vale Transporte	89.785,52	29.061,56	13.247,08	9.877,42	141.971,58	0,67%
	1.3.2 Benefícios - Vale Alimentação	350.427,27	109.842,30	49.694,79	20.070,93	530.035,29	2,50%
	1.4 Encargos (FGTS)	353.609,81	114.104,90	47.270,99	16.730,86	531.716,56	2,51%
	Total - Pessoal	5.795.781,75	1.862.499,53	779.049,73	281.827,12	8.719.158,13	41,16%
2. Materiais de Consumo	2.1 Material Médico	639.910,76	127.683,67	77.161,88	137.350,18	982.106,49	4,64%
	2.2 Material Farmacológico	534.054,65	145.572,18	68.352,42	52.050,84	800.030,08	3,78%
	2.3 Órtese e Prótese	258.998,04	-	-	-	258.998,04	1,22%
	2.4 Nutrição e Dietética	81.782,02	-	5.462,62	-	87.244,64	0,41%
	2.5 Material de Escritório	27.341,41	7.852,10	5.926,94	419,83	41.540,29	0,20%
	2.6 Material de Informática	437,53	166,77	26,86	-	631,15	0,00%
	2.7 Material de Limpeza	94.088,87	2.879,50	13.163,73	4.780,41	114.912,51	0,54%
	2.8 Material de Manutenção	-	-	-	-	-	0,00%
	2.9 Material Odontológico	-	-	-	-	-	0,00%
	2.10 Material de Copa e Cozinha	-	-	-	-	-	0,00%
	2.11 Outros Materiais de Consumo	92.503,13	5.202,56	8.412,17	5.885,01	112.002,87	0,53%
	Total - Materiais de Consumo	1.729.116,42	289.356,78	178.506,61	200.486,27	2.397.466,08	11,32%
3. Serviços de Terceiros	3.1 Serviços Assistenciais - Serviços Médicos	3.485.812,37	1.126.099,79	543.335,83	103.314,69	5.258.562,69	24,82%
	3.1.1 Equipe Clínica Médica - UPA 24H Samambaia	-	-	203.974,53	-	203.974,53	0,96%
	3.1.2 Equipe Clínica Médica	384.318,96	484.981,61	-	-	869.300,57	4,10%
	3.1.3 Equipe de Cirurgia Geral	322.060,48	98.884,39	-	-	420.944,87	1,99%
	3.1.4 Equipe de Anestesia	299.914,57	-	-	-	299.914,57	1,42%
	3.1.5 Equipe de Ginecologia/Obstetrícia	317.827,81	-	-	-	317.827,81	1,50%
	3.1.6 Equipe de Neuro	170.062,45	-	-	-	170.062,45	0,80%
	3.1.7 Equipe de Ortopedia	309.421,06	94.418,64	-	-	403.839,70	1,91%
	3.1.8 Equipe de Pediatria	223.547,08	197.768,78	-	-	421.315,86	1,99%
	3.1.9 Equipe de Pediatria - UPA 24H Samambaia	-	-	191.389,14	-	191.389,14	0,90%
	3.1.10 Equipe de UTI Pediatrica	171.541,99	-	-	-	171.541,99	0,81%
	3.1.11 Equipe de UTI Adulto	426.176,49	-	-	-	426.176,49	2,01%
	3.1.12 Equipe de Psiquiatria	15.900,84	-	-	-	15.900,84	0,08%
	3.1.13 Equipe de Nefrologia - Ambulatório de Nefrologia	-	-	-	103.314,69	103.314,69	0,49%
	3.1.14 Equipe de Urologia	78.600,97	-	-	-	78.600,97	0,37%
	3.1.15 Equipe de Vascular	181.305,46	-	-	-	181.305,46	0,86%
	3.1.16 Equipe de Cirurgia Pediátrica	49.129,15	-	-	-	49.129,15	0,23%
	3.1.17 Equipe de Cirurgia Plástica	-	-	-	-	-	0,00%
	3.1.18 Equipe Otorrinoralingologia	15.305,62	-	-	-	15.305,62	0,07%
	3.1.19 Equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo	-	-	-	-	-	0,00%
	3.1.20 Equipe Emergencista Porta de Entrada	89.474,42	197.768,78	-	-	287.243,20	1,36%
	3.1.21 Outras Equipes (Cardiologista)	14.912,40	-	-	-	14.912,40	0,07%
	3.1.21.1 Outras Equipes (Equipe Cirurgião Bucomaxilofacial)	77.867,03	-	-	-	77.867,03	0,37%
	3.1.21.2 Outras Equipes (Equipe Médico Auditor)	16.764,27	-	-	-	16.764,27	0,08%

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros - Mensal		HOSPITAL IRMÃ DULCE	PRONTO- SOCORRO CENTRAL	UPA SAMAMBAIA	NEFRO	TOTAL MENSAL	% REFERÊNCIA
Grupo	Subgrupo						
	3.1.21.3 Outras Equipes (Ginegologia)	29.147,24	-	-	-	29.147,24	0,14%
	3.1.21.4 Outras Equipes (Hematologia)	6.601,15	-	-	-	6.601,15	0,03%
	3.1.21.5 Outras Equipes (Infectologista)	16.746,55	-	-	-	16.746,55	0,08%
	3.1.21.6 Outras Equipes (Intensivista Neonatal)	105.264,03	-	-	-	105.264,03	0,50%
	3.1.21.7 Outras Equipes (Nefrologia - UTI ADULTO)	19.382,80	-	-	-	19.382,80	0,09%
	3.1.21.8 Outras Equipes (Neuro Pediatra)	23.037,58	-	-	-	23.037,58	0,11%
	3.1.21.8 Outras Equipes (Torácica)	20.574,33	-	-	-	20.574,33	0,10%
	3.1.21.9 Outras Equipes (UTI NEONATAL)	73.065,91	-	-	-	73.065,91	0,34%
	3.1.21.10 Outras Equipes (Médico Cabeça e Pescoço)	27.861,72	-	-	-	27.861,72	0,13%
	3.1.21.11 Outras Equipes (Equipe Cirurgião Dentista)	-	52.277,59	52.277,59	-	104.555,18	0,49%
	3.1.21.12 Outras Equipes (Equipe Emergencista)	-	-	95.694,57	-	95.694,57	0,45%
	3.2 SADT	**882.709,14**	**207.096,31**	**89.149,51**	**33.048,18**	**1.212.003,14**	**5,72%**
	3.2.1 Raio - X	114.475,43	-	49.442,19	-	163.917,62	0,77%
	3.2.2 Tomografia	351.439,97	-		-	351.439,97	1,66%
	3.2.3 Ultrassom	50.520,53	-		-	50.520,53	0,24%
	3.2.4 Endoscopia	78.504,99	-		-	78.504,99	0,37%
	3.2.5 Exames Laboratoriais	254.230,82	143.474,34	39.707,32	33.048,18	470.460,66	2,22%
	3.2.6 Exames Cardiológicos	33.537,40	-		-	33.537,40	0,16%
	3.2.7 Diagnóstico por Imagem	-	63.621,97		-	63.621,97	0,30%
	3.3 Serviços de Informática	**16.269,87**	**3.778,32**	**3.502,63**	**3.331,39**	**26.882,22**	**0,13%**
	3.3.1 Sistemas informatizados	13.298,24	3.778,32	3.384,37	3.121,99	23.582,93	0,11%
	3.3.2 Infraestrutura de Rede	-	-	-	-	-	0,00%
	3.3.3 Internet	2.971,63	-	118,26	209,40	3.299,29	0,02%
	3.4 Locação	**133.470,06**	**57.556,10**	**32.329,88**	**9.255,36**	**232.611,39**	**1,10%**
	3.4.1 Locação de Equipamentos	133.470,06	57.556,10	32.329,88	9.255,36	232.611,39	1,10%
	3.5 Manutenção	**86.461,69**	**38.420,47**	**8.008,89**	**13.496,48**	**146.387,53**	**0,69%**
	3.5.1 Manutenção Predial	4.309,37	33.781,07	-	3.851,71	41.942,15	0,20%
3. Serviços de Terceiros	3.5.2 Manutenção de Equipamentos e mobiliários	82.152,32	4.639,40	8.008,89	9.644,77	104.445,38	0,49%
	3.6 Lavanderia	**469,28**	**30.732,85**	**6.614,74**	**1.363,60**	**39.180,47**	**0,18%**
	3.7 Serviços de Transportes	**162.904,83**	**73.523,84**	**53.809,80**	**-**	**290.238,47**	**1,37%**
	3.8 Serviços de Alimentação	**483.487,10**	**98.839,48**	**52.595,94**	**32.258,96**	**667.181,48**	**3,15%**
	3.9 Banco de Sangue	**77.944,35**	**5.349,65**	**5.349,66**	**5.349,66**	**93.993,33**	**0,44%**
	3.10 Outros Serviços de Terceiros	**53.359,15**	**3.816,93**	**5.824,44**	**9.525,82**	**72.526,34**	**0,34%**
	3.11 Limpeza e Conservação	**8.506,18**	**154.706,22**	**1.063,27**	**-**	**164.275,68**	**0,78%**
	3.12 Esterilização	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,00%**
	3.13 Portaria / Controle de Acesso	**-**	**103.716,08**	**-**	**-**	**103.716,08**	**0,49%**
	3.14 Locação de Grupo Gerador	**2.924,00**	**8.417,58**	**531,64**	**797,45**	**12.670,67**	**0,06%**
	3.15 Arquivo Externo	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,00%**
	Total - Serviços de Terceiros	**5.394.318,02**	**1.912.053,62**	**802.116,24**	**211.741,60**	**8.320.229,49**	**39,28%**
	4.1 Água/Esgoto	**152.901,68**	**37.100,00**	**11.789,48**	**55.227,38**	**257.018,54**	**1,21%**
	4.2 Energia Elétrica	**127.046,59**	**39.000,00**	**18.877,61**	**16.214,18**	**201.138,38**	**0,95%**
4. Predial e Consumo	**4.3 Locação de Imóveis**	**-**	**18.000,00**	**-**	**53.325,00**	**71.325,00**	**0,34%**
	4.4 Telecomunicações	**14.447,64**	**2.750,00**	**1.544,90**	**967,03**	**19.709,57**	**0,09%**

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros - Mensal		HOSPITAL IRMÃ DULCE	PRONTO- SOCORRO CENTRAL	UPA SAMAMBAIA	NEFRO	TOTAL MENSAL	% REFERÊNCIA
Grupo	Subgrupo						
	4.5 Seguro Predial	-	1.650,00	717,54	1.086,08	3.453,62	0,02%
	Total - Predial e Consumo	294.395,91	98.500,00	32.929,53	126.819,67	552.645,11	2,61%
5. Despesas Financeiras	5.1 Despesas Bancárias	-	-	-	-	-	0,00%
	Total - Despesas Financeiras	-	-	-	-	-	0,00%
6. Serviços e Despesas Operacionai s Administrati vas	6.1 Serviços e Despesas Operacionais Administrativas	501.949,04	169.033,67	65.573,87	33.721,99	770.278,57	3,64%
	6.2 Suprimento de Caixa (Fundo Fixo)	6.583,37	3.000,00	990,29	998,67	11.572,33	0,05%
	Total - Serviços e Despesas Operacionais Administrativas	508.532,41	172.033,67	66.564,16	34.720,66	781.850,90	3,69%
7. Outras Despesas	7.1 Sistemas Informatizados	100.156,23	70.805,50	8.038,27	-	179.000,00	0,84%
	7.2 Cirurgias Eletivas	233.278,60	-	-	-	233.278,60	1,10%
	Total - Outras Despesas	333.434,83	70.805,50	8.038,27	-	412.278,60	1,95%
Plano de Aplicação de Recursos Financeiros - Mensal		14.055.579,33	4.405.249,10	1.867.204,54	855.595,33	21.183.628,31	100,00%

Nota:

Conforme item 4.4.1 do aviso de contratação direta SESAP nº 180/2024, declaramos que a proposta orçamentária compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega da proposta.

- DETALHAMENTO DO CUSTO MENSAL DOS RECURSOS HUMANOS CELETISTAS DO COMPLEXO HOSPITALAR IRMÃ DULCE POR UNIDADE ASSISTENCIAL

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

HOSPITAL IRMÃ DULCE - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

				CUSTO MENSAL														
Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	Salários e Ordenados					Benefícios			Encargos	Provisionamentos			Total Unitário	Total Unitário x Quantidade
				Salário Base	Insalubridade / Periculosidade	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche		13º Salário	Férias	Rescisão		
Administração	Almoxarife	40D	1	R$ 2.805,34	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 247,02	R$ 282,59	R$ 30,85	R$ 33,98	R$ 4.214,67	R$ 4.214,67
Administração	Almoxarife	36D	2	R$ 2.524,81	282,40	R$ 201,98	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 240,74	R$ 275,40	R$ 30,07	R$ 33,12	R$ 4.121,00	R$ 8.242,00
Administração	Almoxarife	36N	3	R$ 2.524,81	282,40	R$ 201,98	R$ -	R$ 1.012,25	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 321,72	R$ 368,04	R$ 40,18	R$ 44,26	R$ 5.328,12	R$ 15.984,36
Administração	Almoxarife (OPME - Centro Cirurgico)	40D	1	R$ 2.805,34	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 247,02	R$ 282,59	R$ 30,85	R$ 33,98	R$ 4.214,67	R$ 4.214,67
Administração	Analista Administrativo Junior	40D	5	R$ 3.698,50	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 318,47	R$ 364,33	R$ 39,78	R$ 43,81	R$ 5.166,69	R$ 25.833,47
Administração	Analista Administrativo Pleno	40D	1	R$ 4.196,54	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 358,32	R$ 409,91	R$ 44,75	R$ 49,30	R$ 5.760,62	R$ 5.760,62
Administração	Analista Administrativo SR	40D	1	R$ 5.360,20	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 451,41	R$ 516,41	R$ 56,38	R$ 62,10	R$ 7.148,30	R$ 7.148,30
Administração	Analista Arquivo Médico	40D	1	R$ 5.735,43	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 481,43	R$ 550,75	R$ 60,13	R$ 66,23	R$ 7.595,77	R$ 7.595,77
Administração	Analista de Auditoria	40D	1	R$ 4.260,75	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 363,45	R$ 415,79	R$ 45,40	R$ 50,00	R$ 5.837,19	R$ 5.837,19
Administração	Analista de Contratos	40D	1	R$ 4.600,64	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 390,64	R$ 446,90	R$ 48,79	R$ 53,74	R$ 6.242,51	R$ 6.242,51
Administração	Analista de Controladoria JR	40D	1	R$ 4.382,78	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 373,21	R$ 426,96	R$ 46,61	R$ 51,34	R$ 5.982,71	R$ 5.982,71
Administração	Analista de Ouvidoria PL	40D	2	R$ 5.360,20	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 451,41	R$ 516,41	R$ 56,38	R$ 62,10	R$ 7.148,30	R$ 14.296,60
Administração	Analista de Recursos Humanos PL	40D	1	R$ 5.073,68	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 428,49	R$ 490,19	R$ 53,52	R$ 58,95	R$ 6.806,62	R$ 6.806,62
Administração	Analista de Sistemas	40D	1	R$ 3.910,52	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 335,43	R$ 383,74	R$ 41,90	R$ 46,15	R$ 5.419,53	R$ 5.419,53
Administração	Analista de Suprimentos JR	40D	1	R$ 4.037,54	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 345,60	R$ 395,36	R$ 43,16	R$ 47,55	R$ 5.571,01	R$ 5.571,01
Administração	Analista Suporte	40D	1	R$ 3.910,52	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 335,43	R$ 383,74	R$ 41,90	R$ 46,15	R$ 5.419,53	R$ 5.419,53
Administração	Aprendiz	20D	15	R$ 663,39	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 18,92	R$ 86,56	R$ 9,45	R$ 10,41	R$ 1.603,60	R$ 24.054,06
Administração	Assistente Administrativo	40D	7	R$ 3.321,93	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 288,35	R$ 329,87	R$ 36,01	R$ 39,67	R$ 4.830,71	R$ 33.814,96
Administração	Assistente de Controladoria	40D	1	R$ 2.690,80	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 237,86	R$ 272,11	R$ 29,71	R$ 32,72	R$ 4.078,07	R$ 4.078,07
Administração	Assistente de Gestão de Pessoas	40D	1	R$ 3.321,93	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 288,35	R$ 329,87	R$ 36,01	R$ 39,67	R$ 4.830,71	R$ 4.830,71
Administração	Assistente de Recursos Humanos	40D	1	R$ 3.321,93	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 288,35	R$ 329,87	R$ 36,01	R$ 39,67	R$ 4.830,71	R$ 4.830,71
Administração	Assistente Social	30D	6	R$ 5.467,28	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 459,97	R$ 526,21	R$ 57,45	R$ 63,28	R$ 7.276,00	R$ 43.655,98
Administração	Auxiliar Administrativo	36N	7	R$ 2.059,26	282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ 825,60	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 266,56	R$ 304,94	R$ 33,29	R$ 36,67	R$ 4.505,95	R$ 31.541,64
Administração	Auxiliar Administrativo	40D	30	R$ 2.288,41	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 205,66	R$ 235,28	R$ 25,69	R$ 28,29	R$ 3.598,22	R$ 107.946,52
Administração	Auxiliar Administrativo	36D	22	R$ 2.059,26	282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 200,51	R$ 229,39	R$ 25,04	R$ 27,59	R$ 3.521,41	R$ 77.470,98
Administração	Auxiliar de Almoxarifado	36D	4	R$ 2.007,92	282,40	R$ 160,63	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 196,08	R$ 224,31	R$ 24,49	R$ 26,98	R$ 3.455,29	R$ 13.821,15
Administração	Auxiliar de Enfermagem	40D	2	R$ 2.996,00	282,40	R$ -	R$ 123,59	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 272,16	R$ 311,35	R$ 33,99	R$ 37,44	R$ 4.589,41	R$ 9.178,82
Administração	Auxiliar de Enfermagem	36D	100	R$ 2.696,40	282,40	R$ 215,71	R$ 111,23	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 264,46	R$ 302,54	R$ 33,03	R$ 36,38	R$ 4.474,64	R$ 447.463,63
Administração	Auxiliar de Enfermagem	36N	89	R$ 2.696,40	282,40	R$ 215,71	R$ 111,23	R$ 1.081,04	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 350,94	R$ 401,48	R$ 43,83	R$ 48,28	R$ 5.763,80	R$ 512.977,91
Administração	Auxiliar de Farmácia	36N	3	R$ 2.149,76	282,40	R$ 171,98	R$ -	R$ 861,88	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 277,28	R$ 317,21	R$ 34,63	R$ 38,15	R$ 4.665,77	R$ 13.997,32
Administração	Auxiliar de Farmácia	36D	8	R$ 2.149,76	282,40	R$ 171,98	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 208,33	R$ 238,33	R$ 26,02	R$ 28,66	R$ 3.637,96	R$ 29.103,72
Administração	Auxiliar de Farmácia Administrativa	40D	1	R$ 2.388,61	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 213,68	R$ 244,45	R$ 26,69	R$ 29,40	R$ 3.717,71	R$ 3.717,71
Administração	Auxiliar de Lavanderia	36D	5	R$ 1.771,79	282,40	R$ 141,74	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 175,67	R$ 200,97	R$ 21,94	R$ 24,17	R$ 3.151,17	R$ 15.755,85
Administração	Auxiliar de Manutenção	40D	4	R$ 1.734,52	520,36	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 180,39	R$ 206,37	R$ 22,53	R$ 24,82	R$ 3.221,46	R$ 12.885,84
Administração	Auxiliar de Recursos Humanos	40D	3	R$ 2.562,67	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 227,61	R$ 260,38	R$ 28,43	R$ 31,31	R$ 3.925,28	R$ 11.775,83
Administração	Auxiliar de Refrigeração	40D	1	R$ 2.091,09	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 189,88	R$ 217,22	R$ 23,72	R$ 26,12	R$ 3.362,91	R$ 3.362,91
Administração	Auxiliar de Refrigeração	36D	2	R$ 1.881,97	282,40	R$ 150,56	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 185,19	R$ 211,86	R$ 23,13	R$ 25,48	R$ 3.293,07	R$ 6.586,15
Administração	Auxiliar de Saúde Bucal	40D	1	R$ 2.450,25	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 218,61	R$ 250,09	R$ 27,30	R$ 30,08	R$ 3.791,21	R$ 3.791,21
Administração	Auxiliar de Serviços Gerais	36D	61	R$ 1.513,89	564,80	R$ 121,11	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 175,98	R$ 201,33	R$ 21,98	R$ 24,21	R$ 3.155,78	R$ 192.502,73
Administração	Auxiliar de Serviços Gerais	36N	42	R$ 1.513,89	564,80	R$ 121,11	R$ -	R$ 606,95	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 224,54	R$ 256,87	R$ 28,05	R$ 30,89	R$ 3.879,58	R$ 162.942,35

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

HOSPITAL IRMÃ DULCE - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

				CUSTO MENSAL															
Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	Salários e Ordenados					Benefícios			Encargos	Provisionamentos			Total Unitário	Total Unitário x Quantidade
				Salário Base	Insalubridade / Periculosidade	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche		13º Salário	Férias	Rescisão		
Administração	Camareira	40D	5	R$ 1.753,63	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 162,88	R$ 186,34	R$ 20,34	R$ 22,41	**R$ 2.960,48**	**R$ 14.802,41**
Administração	Comprador Junior	40D	1	R$ 4.037,54	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 345,60	R$ 395,36	R$ 43,16	R$ 47,55	**R$ 5.571,01**	**R$ 5.571,01**
Administração	Comprador Pleno	40D	1	R$ 4.907,99	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 415,23	R$ 475,02	R$ 51,86	R$ 57,13	**R$ 6.609,03**	**R$ 6.609,03**
Administração	Coordenador de Atendimento	40D	1	R$ 10.078,54	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 828,88	R$ 948,23	R$ 103,53	R$ 114,03	**R$ 12.775,01**	**R$ 12.775,01**
Administração	Coordenador de Enfermagem	40D	5	R$ 8.471,93	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 700,35	R$ 801,20	R$ 87,47	R$ 96,35	**R$ 10.784,67**	**R$ 53.923,33**
Administração	Coordenador de Farmácia	40D	1	R$ 8.438,93	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 211,24	R$ -	R$ 69,40	R$ 697,71	R$ 798,18	R$ 87,14	R$ 95,99	**R$ 10.680,98**	**R$ 10.680,98**
Administração	Coordenador de Fisioterapia	40D	2	R$ 7.437,69	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 200,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 617,61	R$ 706,54	R$ 77,14	R$ 84,97	**R$ 9.475,75**	**R$ 18.951,49**
Administração	Coordenador de Hotelaria	40D	1	R$ 7.328,78	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 608,89	R$ 696,58	R$ 76,05	R$ 83,77	**R$ 9.495,87**	**R$ 9.495,87**
Administração	Coordenador de Manutenção	40D	1	R$ 8.501,55	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 702,72	R$ 803,91	R$ 87,77	R$ 96,68	**R$ 10.894,42**	**R$ 10.894,42**
Administração	Coordenador de Planejamento e Informação	30D	1	R$ 15.126,10	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 1.232,68	R$ 1.410,19	R$ 153,96	R$ 169,59	**R$ 18.794,31**	**R$ 18.794,31**
Administração	Coordenador de Portaria	40D	1	R$ 6.205,10	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 519,00	R$ 593,74	R$ 64,82	R$ 71,40	**R$ 8.155,86**	**R$ 8.155,86**
Administração	Coordenador de Recursos Humanos	40D	1	R$ 9.739,41	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 801,74	R$ 917,20	R$ 100,14	R$ 110,30	**R$ 12.370,59**	**R$ 12.370,59**
Administração	Coordenador de Tecnologia e Informação	40D	1	R$ 6.432,42	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 537,19	R$ 614,54	R$ 67,09	R$ 73,90	**R$ 8.426,94**	**R$ 8.426,94**
Administração	Coordenador Faturamento	40D	1	R$ 9.341,71	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 769,93	R$ 880,80	R$ 96,16	R$ 105,92	**R$ 11.896,32**	**R$ 11.896,32**
Administração	Coordenador Médico	30D	1	R$ 24.512,93	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 1.983,63	R$ 2.269,27	R$ 247,75	R$ 272,90	**R$ 29.988,27**	**R$ 29.988,27**
Administração	Coordenador Multidisciplinar	40D	1	R$ 8.566,19	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 707,89	R$ 809,82	R$ 88,42	R$ 97,39	**R$ 10.971,50**	**R$ 10.971,50**
Administração	Costureira	40D	1	R$ 2.132,92	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 193,23	R$ 221,05	R$ 24,13	R$ 26,58	**R$ 3.412,79**	**R$ 3.412,79**
Administração	Direção Geral	40D	1	R$ 31.885,70	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 2.573,45	R$ 2.944,02	R$ 321,42	R$ 354,04	**R$ 38.780,44**	**R$ 38.780,44**
Administração	Direção Técnica - CLT	30D	1	R$ 32.639,25	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 2.633,73	R$ 3.012,99	R$ 328,95	R$ 362,34	**R$ 39.679,06**	**R$ 39.679,06**
Administração	Eletricista	36D	2	R$ 2.562,34	768,70	R$ 204,99	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 282,88	R$ 323,62	R$ 35,33	R$ 38,92	**R$ 4.749,26**	**R$ 9.498,52**
Administração	Eletricista	36N	3	R$ 2.562,34	768,70	R$ 204,99	R$ -	R$ 1.027,29	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 365,07	R$ 417,64	R$ 45,60	R$ 50,22	**R$ 5.974,32**	**R$ 17.922,97**
Administração	Encanador	36D	2	R$ 2.511,25	282,40	R$ 200,90	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 239,56	R$ 274,06	R$ 29,92	R$ 32,96	**R$ 4.103,53**	**R$ 8.207,07**
Administração	Encanador	36N	3	R$ 2.511,25	282,40	R$ 200,90	R$ -	R$ 1.006,81	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 320,11	R$ 366,20	R$ 39,98	R$ 44,04	**R$ 5.304,17**	**R$ 15.912,52**
Administração	Encarregado de Manutenção	40D	1	R$ 5.974,07	1.792,22	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 621,30	R$ 710,77	R$ 77,60	R$ 85,48	**R$ 9.680,84**	**R$ 9.680,84**
Administração	Enfermeira Auditora	40D	1	R$ 5.591,41	282,40	R$ -	R$ 230,65	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 488,36	R$ 558,68	R$ 61,00	R$ 67,19	**R$ 7.624,65**	**R$ 7.624,65**
Administração	Enfermeiro	40D	9	R$ 4.696,78	282,40	R$ -	R$ 193,75	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 413,83	R$ 473,43	R$ 51,69	R$ 56,93	**R$ 6.513,78**	**R$ 58.624,01**
Administração	Enfermeiro	36D	48	R$ 4.227,09	282,40	R$ -	R$ 174,37	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 374,71	R$ 428,67	R$ 46,80	R$ 51,55	**R$ 5.930,56**	**R$ 284.666,88**
Administração	Enfermeiro	36N	57	R$ 4.227,09	282,40	R$ -	R$ 174,37	R$ 1.694,72	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 510,29	R$ 583,77	R$ 63,73	R$ 70,20	**R$ 7.951,55**	**R$ 453.238,35**
Administração	Enfermeiro do Trabalho	40D	1	R$ 5.591,41	282,40	R$ -	R$ 230,65	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 488,36	R$ 558,68	R$ 61,00	R$ 67,19	**R$ 7.624,65**	**R$ 7.624,65**
Administração	Enfermeiro Educação Continuada	40D	1	R$ 5.591,41	282,40	R$ -	R$ 230,65	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 488,36	R$ 558,68	R$ 61,00	R$ 67,19	**R$ 7.624,65**	**R$ 7.624,65**
Administração	Enfermeiro Gestão de Leito	36D	2	R$ 5.032,28	282,40	R$ -	R$ 207,59	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 441,78	R$ 505,40	R$ 55,18	R$ 60,78	**R$ 6.930,37**	**R$ 13.860,75**
Administração	Enfermeiro Gestão de Leito	36N	2	R$ 5.032,28	282,40	R$ -	R$ 207,59	R$ 2.017,54	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 603,18	R$ 690,04	R$ 75,34	R$ 82,98	**R$ 9.336,33**	**R$ 18.672,66**
Administração	Enfermeiro Higiene e Limpeza	40D	1	R$ 4.696,78	564,80	R$ -	R$ 193,75	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 436,43	R$ 499,27	R$ 54,51	R$ 60,04	**R$ 6.850,55**	**R$ 6.850,55**
Administração	Enfermeiro NIR	40D	1	R$ 4.696,78	282,40	R$ -	R$ 193,75	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 413,83	R$ 473,43	R$ 51,69	R$ 56,93	**R$ 6.513,78**	**R$ 6.513,78**
Administração	Enfermeiro Obstetra	40D	1	R$ 5.591,41	282,40	R$ -	R$ 230,65	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 488,36	R$ 558,68	R$ 61,00	R$ 67,19	**R$ 7.624,65**	**R$ 7.624,65**
Administração	Enfermeiro Obstetra	36N	7	R$ 5.032,28	282,40	R$ -	R$ 207,59	R$ 2.017,54	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 603,18	R$ 690,04	R$ 75,34	R$ 82,98	**R$ 9.336,33**	**R$ 65.354,29**
Administração	Enfermeiro Obstetra	36D	6	R$ 5.032,28	282,40	R$ -	R$ 207,59	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 441,78	R$ 505,40	R$ 55,18	R$ 60,78	**R$ 6.930,37**	**R$ 41.582,24**
Administração	Enfermeiro SCIH	40D	2	R$ 5.591,41	282,40	R$ -	R$ 230,65	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 488,36	R$ 558,68	R$ 61,00	R$ 67,19	**R$ 7.624,65**	**R$ 15.249,30**
Administração	Engenheiro Segurança do Trabalho	15D	1	R$ 3.188,08	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 277,64	R$ 317,62	R$ 34,68	R$ 38,20	**R$ 4.671,09**	**R$ 4.671,09**

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

HOSPITAL IRMÃ DULCE - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

				CUSTO MENSAL																
Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	Salários e Ordenados					Benefícios			Encargos	Provisionamentos			Total Unitário	Total Unitário x Quantidade
				Salário Base	Insalubridade / Periculosidade	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche		13º Salário	Férias	Rescisão		
Administração	Farmacêutica	36N	3	R$ 3.492,10	282,40	R$ 279,37	R$ -	R$ 1.400,05	R$ 211,24	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 436,31	R$ 499,14	R$ 54,50	R$ 60,03	**R$ 6.897,62**	**R$ 20.692,86**
Administração	Farmacêutica	36D	5	R$ 3.492,10	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 211,24	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 301,96	R$ 345,44	R$ 37,71	R$ 41,54	**R$ 4.894,88**	**R$ 24.474,40**
Administração	Faturista	40D	9	R$ 3.322,62	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 288,40	R$ 329,93	R$ 36,02	R$ 39,68	**R$ 4.718,45**	**R$ 42.466,06**
Administração	Fisioterapeuta	30N	15	R$ 3.984,48	282,40	R$ -	R$ -	R$ 1.622,03	R$ 200,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 471,11	R$ 538,95	R$ 58,84	R$ 64,81	**R$ 7.292,04**	**R$ 109.380,54**
Administração	Fisioterapeuta	30D	31	R$ 3.984,48	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 200,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 341,35	R$ 390,50	R$ 42,63	R$ 46,96	**R$ 5.357,73**	**R$ 166.089,67**
Administração	Fonoaudiólogo	30D	3	R$ 5.926,66	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 496,72	R$ 568,25	R$ 62,04	R$ 68,34	**R$ 7.823,82**	**R$ 23.471,45**
Administração	Gerencia Administrativa	40D	1	R$ 20.164,00	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 1.635,71	R$ 1.871,25	R$ 204,30	R$ 225,03	**R$ 24.802,10**	**R$ 24.802,10**
Administração	Gerente de Enfermagem	40D	1	R$ 16.753,66	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 1.362,88	R$ 1.559,14	R$ 170,22	R$ 187,50	**R$ 20.660,78**	**R$ 20.660,78**
Administração	Líder de Lavanderia	40D	1	R$ 3.596,46	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 310,31	R$ 354,99	R$ 38,76	R$ 42,69	**R$ 5.045,01**	**R$ 5.045,01**
Administração	Líder de Serviços Gerais	36D	2	R$ 1.814,77	564,80	R$ 145,18	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 201,98	R$ 231,07	R$ 25,23	R$ 27,79	**R$ 3.543,29**	**R$ 7.086,58**
Administração	Líder de Serviços Gerais	36N	2	R$ 1.814,77	564,80	R$ 145,18	R$ -	R$ 727,58	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 260,19	R$ 297,65	R$ 32,50	R$ 35,80	**R$ 4.410,94**	**R$ 8.821,88**
Administração	Marceneiro	40D	1	R$ 2.647,51	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 234,39	R$ 268,15	R$ 29,28	R$ 32,25	**R$ 4.026,45**	**R$ 4.026,45**
Administração	Médico Coordenador do NIR	30D	1	R$ 24.512,93	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 1.983,63	R$ 2.269,27	R$ 247,75	R$ 272,90	**R$ 29.988,27**	**R$ 29.988,27**
Administração	Médico do Trabalho	20D	1	R$ 17.063,90	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 1.387,70	R$ 1.587,53	R$ 173,32	R$ 190,91	**R$ 21.105,17**	**R$ 21.105,17**
Administração	Motorista	40D	1	R$ 2.338,51	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 209,67	R$ 239,87	R$ 26,19	R$ 28,85	**R$ 3.657,96**	**R$ 3.657,96**
Administração	Nutricionista	40D	1	R$ 3.945,37	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 300,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 338,22	R$ 386,93	R$ 42,24	R$ 46,53	**R$ 5.411,09**	**R$ 5.411,09**
Administração	Oficial de Manutenção	40D	1	R$ 3.056,48	916,94	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 317,87	R$ 363,65	R$ 39,70	R$ 43,73	**R$ 5.270,86**	**R$ 5.270,86**
Administração	Oficial de Manutenção	36D	2	R$ 2.750,83	825,25	R$ 220,07	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 303,69	R$ 347,42	R$ 37,93	R$ 41,78	**R$ 5.059,45**	**R$ 10.118,90**
Administração	Operador de Máquina de lavanderia	36D	5	R$ 1.851,07	282,40	R$ 148,09	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 182,52	R$ 208,81	R$ 22,80	R$ 25,11	**R$ 3.253,28**	**R$ 16.266,38**
Administração	Pedreiro	40D	2	R$ 2.530,87	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 225,06	R$ 257,47	R$ 28,11	R$ 30,96	**R$ 3.887,36**	**R$ 7.774,71**
Administração	Pintor	40D	3	R$ 2.417,72	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 216,01	R$ 247,11	R$ 26,98	R$ 29,72	**R$ 3.752,42**	**R$ 11.257,27**
Administração	Plantonista Técnico Administrativo	36N	3	R$ 5.345,96	282,40	R$ 427,68	R$ -	R$ 2.143,30	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 655,95	R$ 750,40	R$ 81,93	R$ 90,24	**R$ 10.197,26**	**R$ 30.591,78**
Administração	Porteiro	36D	20	R$ 1.786,38	282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 176,94	R$ 202,41	R$ 22,10	R$ 24,34	**R$ 3.169,96**	**R$ 63.399,21**
Administração	Porteiro	36N	12	R$ 1.786,38	282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ 716,20	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 234,23	R$ 267,96	R$ 29,26	R$ 32,22	**R$ 4.024,04**	**R$ 48.288,44**
Administração	Porteiro Líder	36D	2	R$ 2.000,71	282,40	R$ 160,06	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 195,45	R$ 223,60	R$ 24,41	R$ 26,89	**R$ 3.446,00**	**R$ 6.892,00**
Administração	Porteiro Líder	36N	2	R$ 2.000,71	282,40	R$ 160,06	R$ -	R$ 802,12	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 259,62	R$ 297,01	R$ 32,43	R$ 35,72	**R$ 4.402,55**	**R$ 8.805,10**
Administração	Psicologia	40D	4	R$ 3.716,35	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 193,08	R$ -	R$ 69,40	R$ 319,90	R$ 365,97	R$ 39,96	R$ 44,01	**R$ 5.031,06**	**R$ 20.124,25**
Administração	Recepcionista	36N	3	R$ 1.786,38	282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ 716,20	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 234,23	R$ 267,96	R$ 29,26	R$ 32,22	**R$ 4.024,04**	**R$ 12.072,11**
Administração	Recepcionista	36D	4	R$ 1.786,38	282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 176,94	R$ 202,41	R$ 22,10	R$ 24,34	**R$ 3.169,96**	**R$ 12.679,84**
Administração	Selecionador	40D	1	R$ 3.698,50	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 318,47	R$ 364,33	R$ 39,78	R$ 43,81	**R$ 5.166,69**	**R$ 5.166,69**
Administração	Serralheiro	40D	1	R$ 2.647,51	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 234,39	R$ 268,15	R$ 29,28	R$ 32,25	**R$ 4.026,45**	**R$ 4.026,45**
Administração	Técnico de Enfermagem	36N	132	R$ 3.215,48	282,40	R$ 257,24	R$ 132,64	R$ 1.289,15	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 414,15	R$ 473,79	R$ 51,73	R$ 56,98	**R$ 6.706,04**	**R$ 885.197,19**
Administração	Técnico de Enfermagem	36D	126	R$ 3.215,48	282,40	R$ 257,24	R$ 132,64	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 311,02	R$ 355,81	R$ 38,85	R$ 42,79	**R$ 5.168,70**	**R$ 651.256,76**
Administração	Técnico de Enfermagem - SCIH	36D	2	R$ 3.215,48	282,40	R$ 257,24	R$ 132,64	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 311,02	R$ 355,81	R$ 38,85	R$ 42,79	**R$ 5.168,70**	**R$ 10.337,41**
Administração	Técnico de Enfermagem - SCIH	40D	2	R$ 3.572,76	282,40	R$ -	R$ 147,38	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 320,20	R$ 366,31	R$ 39,99	R$ 44,05	**R$ 5.192,50**	**R$ 10.385,00**
Administração	Técnico Enfermagem do Trabalho	40D	1	R$ 3.572,75	282,40	R$ -	R$ 147,38	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 320,20	R$ 366,31	R$ 39,99	R$ 44,05	**R$ 5.192,49**	**R$ 5.192,49**
Administração	Técnico de Farmácia	36D	2	R$ 2.690,69	282,40	R$ 215,26	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 255,07	R$ 291,80	R$ 31,86	R$ 35,09	**R$ 4.334,64**	**R$ 8.669,28**
Administração	Técnico de Farmácia	36N	3	R$ 2.690,69	282,40	R$ 215,26	R$ -	R$ 1.078,75	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 341,37	R$ 390,52	R$ 42,64	R$ 46,96	**R$ 5.621,07**	**R$ 16.863,21**
Administração	Técnico de Gasoterapia	36D	3	R$ 3.321,29	282,40	R$ 265,70	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 309,55	R$ 354,13	R$ 38,66	R$ 42,59	**R$ 5.146,80**	**R$ 15.440,40**
Administração	Técnico de Manutenção	40D	2	R$ 3.056,48	916,94	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 317,87	R$ 363,65	R$ 39,70	R$ 43,73	**R$ 5.270,86**	**R$ 10.541,72**

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

HOSPITAL IRMÃ DULCE - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

				CUSTO MENSAL													
				Salários e Ordenados					Benefícios				Provisionamentos				
Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	Salário Base	Insalubridade / Periculosidade	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche	Encargos	13º Salário	Férias	Rescisão	Total Unitário	Total Unitário x Quantidade
Administração	Técnico de Refrigeração	40D	1	R$ 2.509,30	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 223,34	R$ 255,50	R$ 27,89	R$ 30,73	**R$ 3.861,63**	**R$ 3.861,63**
Administração	Técnico de Regulação	36D	2	R$ 3.215,48	282,40	R$ 257,24	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 300,41	R$ 343,67	R$ 37,52	R$ 41,33	**R$ 5.010,53**	**R$ 10.021,05**
Administração	Técnico de Regulação	36N	3	R$ 3.215,48	282,40	R$ 257,24	R$ -	R$ 1.289,15	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 403,54	R$ 461,65	R$ 50,40	R$ 55,52	**R$ 6.547,86**	**R$ 19.643,58**
Administração	Técnico de Segurança do Trabalho	40D	2	R$ 5.519,46	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 273,07	R$ -	R$ 69,40	R$ 464,15	R$ 530,99	R$ 57,97	R$ 63,86	**R$ 7.261,29**	**R$ 14.522,58**
Administração	Técnico em Gesso	36N	2	R$ 2.696,40	282,40	R$ 215,71	R$ -	R$ 1.081,04	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 342,04	R$ 391,30	R$ 42,72	R$ 47,06	**R$ 5.631,15**	**R$ 11.262,31**
Administração	Técnico em Gesso	36D	3	R$ 2.696,40	282,40	R$ 215,71	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 255,56	R$ 292,36	R$ 31,92	R$ 35,16	**R$ 4.341,99**	**R$ 13.025,98**
Administração	Técnico Suporte	36D	2	R$ 2.059,26	282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 200,51	R$ 229,39	R$ 25,04	R$ 27,59	**R$ 3.521,41**	**R$ 7.042,82**
Administração	Técnico Suporte	36N	3	R$ 2.059,26	282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ 825,60	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 266,56	R$ 304,94	R$ 33,29	R$ 36,67	**R$ 4.505,95**	**R$ 13.517,85**
Administração	Telefonista	36D	3	R$ 1.860,34	282,40	R$ 148,83	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 183,33	R$ 209,72	R$ 22,90	R$ 25,22	**R$ 3.265,22**	**R$ 9.795,65**
Administração	Terapeuta Ocupacional	30D	1	R$ 4.061,99	282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 200,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 347,55	R$ 397,60	R$ 43,41	R$ 47,81	**R$ 5.450,16**	**R$ 5.450,16**
			1057	**R$ 636.926,05**	**R$ 42.373,92**	**R$ 8.165,22**	**R$ 3.952,33**	**R$ 25.842,80**	**R$ 42.658,99**	**R$ 7.576,36**	**R$ 8.952,60**	**R$ 57.324,08**	**R$ 65.643,66**	**R$ 7.166,87**	**R$ 7.894,17**	**R$ 914.477,05**	**R$ 5.795.781,75**

Área:
Administrativo Geral; Manutenção;
Limpeza e Conservação; Enfermagem;
Farmácia; Fisioterapia;
Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

PRONTO SOCORRO CENTRAL - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	CUSTO MENSAL														
				Salários e Ordenados					Benefícios			Encargos	Provisionamentos			Total Unitário	Total Unitário x Quantidade
				Salário Base	Insalubridade / Periculosidade	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche		13º Salário	Férias	Rescisão		
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Gestão de Pessoas	40D	1	R$ 5.073,68	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 428,49	R$ 490,19	R$ 53,52	R$ 58,95	**R$ 6.806,62**	**R$ 6.806,62**
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Planejamento	40D	1	R$ 5.735,43	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 481,43	R$ 550,75	R$ 60,13	R$ 66,23	**R$ 7.595,77**	**R$ 7.595,77**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	36D	2	R$ 2.989,74	R$ 282,40	R$ 239,18	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 280,91	R$ 321,36	R$ 35,09	R$ 38,65	**R$ 4.719,79**	**R$ 9.439,58**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	40D	3	R$ 3.321,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 288,35	R$ 329,87	R$ 36,01	R$ 39,67	**R$ 4.830,71**	**R$ 14.492,13**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	36N	3	R$ 2.989,74	R$ 282,40	R$ 239,18	R$ -	R$ 1.198,65	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 376,80	R$ 431,06	R$ 47,06	R$ 51,84	**R$ 6.149,20**	**R$ 18.447,60**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente de Recursos Humanos	40D	1	R$ 3.321,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 288,35	R$ 329,87	R$ 36,01	R$ 39,67	**R$ 4.830,71**	**R$ 4.830,71**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Social	30D	2	R$ 5.467,28	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 459,97	R$ 526,21	R$ 57,45	R$ 63,28	**R$ 7.276,00**	**R$ 14.551,99**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	40D	7	R$ 2.288,41	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 205,66	R$ 235,28	R$ 25,69	R$ 28,29	**R$ 3.598,22**	**R$ 25.187,52**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	36N	10	R$ 2.059,26	R$ 282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ 825,60	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 266,56	R$ 304,94	R$ 33,29	R$ 36,67	**R$ 4.505,95**	**R$ 45.059,49**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	36D	16	R$ 2.059,26	R$ 282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 200,51	R$ 229,39	R$ 25,04	R$ 27,59	**R$ 3.521,41**	**R$ 56.342,53**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Almoxarifado	36D	2	R$ 2.007,92	R$ 282,40	R$ 160,63	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 196,08	R$ 224,31	R$ 24,49	R$ 26,98	**R$ 3.455,29**	**R$ 6.910,57**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Almoxarifado	36N	3	R$ 2.007,92	R$ 282,40	R$ 160,63	R$ -	R$ 805,02	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 260,48	R$ 297,99	R$ 32,53	R$ 35,84	**R$ 4.415,28**	**R$ 13.245,84**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36D	2	R$ 2.149,76	R$ 282,40	R$ 171,98	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 208,33	R$ 238,33	R$ 26,02	R$ 28,66	**R$ 3.637,96**	**R$ 7.275,93**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36N	3	R$ 2.149,76	R$ 282,40	R$ 171,98	R$ -	R$ 861,88	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 277,28	R$ 317,21	R$ 34,63	R$ 38,15	**R$ 4.665,77**	**R$ 13.997,32**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Recursos Humanos	40D	1	R$ 2.562,67	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 227,61	R$ 260,38	R$ 28,43	R$ 31,31	**R$ 3.925,28**	**R$ 3.925,28**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36D	2	R$ 2.205,22	R$ 282,40	R$ 176,42	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 213,12	R$ 243,81	R$ 26,62	R$ 29,32	**R$ 3.709,39**	**R$ 7.418,79**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36N	3	R$ 2.205,22	R$ 282,40	R$ 176,42	R$ -	R$ 884,12	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 283,85	R$ 324,73	R$ 35,45	R$ 39,05	**R$ 4.763,72**	**R$ 14.291,15**
ADMINISTRAÇÃO	Camareira	36D	3	R$ 1.578,26	R$ 282,40	R$ 126,26	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 158,95	R$ 181,84	R$ 19,85	R$ 21,87	**R$ 2.901,92**	**R$ 8.705,76**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Administrativo	40D	1	R$ 10.078,54	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 828,88	R$ 948,23	R$ 103,53	R$ 114,03	**R$ 12.775,01**	**R$ 12.775,01**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Enfermagem	40D	1	R$ 8.471,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 700,35	R$ 801,20	R$ 87,47	R$ 96,35	**R$ 10.784,67**	**R$ 10.784,67**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Médico	30D	1	R$ 24.512,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 1.983,63	R$ 2.269,27	R$ 247,75	R$ 272,90	**R$ 29.988,28**	**R$ 29.988,28**
ADMINISTRAÇÃO	Eletricista de Alta Tensão	36D	2	R$ 2.562,34	R$ 768,70	R$ 204,99	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 282,88	R$ 323,62	R$ 35,33	R$ 38,92	**R$ 4.749,26**	**R$ 9.498,52**
ADMINISTRAÇÃO	Eletricista de Alta Tensão	36N	3	R$ 2.562,34	R$ 768,70	R$ 204,99	R$ -	R$ 1.027,29	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 365,07	R$ 417,64	R$ 45,60	R$ 50,22	**R$ 5.974,32**	**R$ 17.922,97**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36D	20	R$ 4.227,09	R$ 282,40	R$ -	R$ 174,37	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 374,71	R$ 428,67	R$ 46,80	R$ 51,55	**R$ 5.930,56**	**R$ 118.611,20**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36N	20	R$ 4.227,09	R$ 282,40	R$ -	R$ 174,37	R$ 1.694,72	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 510,29	R$ 583,77	R$ 63,73	R$ 70,20	**R$ 7.951,55**	**R$ 159.031,00**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Educação Permanente	40D	1	R$ 5.591,41	R$ 282,40	R$ -	R$ 230,65	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 488,36	R$ 558,68	R$ 61,00	R$ 67,19	**R$ 7.624,65**	**R$ 7.624,65**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Líder	36D	2	R$ 4.539,90	R$ 282,40	R$ -	R$ 187,28	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 400,77	R$ 458,48	R$ 50,06	R$ 55,14	**R$ 6.318,98**	**R$ 12.637,96**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Líder	36N	3	R$ 4.539,90	R$ 282,40	R$ -	R$ 187,28	R$ 1.820,14	R$ 275,57	R$ -	R$ 69,40	R$ 546,38	R$ 625,06	R$ 68,24	R$ 75,17	**R$ 8.489,53**	**R$ 25.468,58**
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	40D	1	R$ 3.880,19	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 211,24	R$ -	R$ 69,40	R$ 333,01	R$ 380,96	R$ 41,59	R$ 45,81	**R$ 5.244,60**	**R$ 5.244,60**
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	36D	2	R$ 3.492,10	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 211,24	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 301,96	R$ 345,44	R$ 37,71	R$ 41,54	**R$ 4.894,88**	**R$ 9.789,76**
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	36N	3	R$ 3.492,10	R$ 282,40	R$ 279,37	R$ -	R$ 1.400,05	R$ 211,24	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 436,31	R$ 499,14	R$ 54,50	R$ 60,03	**R$ 6.897,62**	**R$ 20.692,86**
ADMINISTRAÇÃO	Faturista	36D	2	R$ 2.990,36	R$ 282,40	R$ 239,23	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 280,96	R$ 321,42	R$ 35,09	R$ 38,65	**R$ 4.720,59**	**R$ 9.441,18**
ADMINISTRAÇÃO	Fisioterapeuta	30D	1	R$ 3.984,48	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 200,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 341,35	R$ 390,50	R$ 42,63	R$ 46,96	**R$ 5.357,73**	**R$ 5.357,73**
ADMINISTRAÇÃO	Maqueiro	36D	5	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 176,94	R$ 202,41	R$ 22,10	R$ 24,34	**R$ 3.169,96**	**R$ 15.849,80**
ADMINISTRAÇÃO	Maqueiro	36N	5	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ 716,20	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 234,23	R$ 267,96	R$ 29,26	R$ 32,22	**R$ 4.024,04**	**R$ 20.120,18**
ADMINISTRAÇÃO	Nutricionista Clínica	40D	1	R$ 3.945,37	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 300,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 338,22	R$ 386,93	R$ 42,24	R$ 46,53	**R$ 5.411,09**	**R$ 5.411,09**

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

PRONTO SOCORRO CENTRAL - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	CUSTO MENSAL																			
				Salários e Ordenados					Benefícios			Encargos	Provisionamentos			Total Unitário	Total Unitário x Quantidade						
				Salário Base	Insalubridade / Periculosidade	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche		13º Salário	Férias	Rescisão								
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista Técnico Administrativo	36D	2	R$ 5.345,96	R$ 282,40	R$ 427,68	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 484,48	R$ 554,25	R$ 60,51	R$ 66,65	**R$ 7.641,33**	**R$ 15.282,67**						
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista Técnico Administrativo	36N	3	R$ 5.345,96	R$ 282,40	R$ 427,68	R$ -	R$ 2.143,30	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 655,95	R$ 750,40	R$ 81,93	R$ 90,24	**R$ 10.197,26**	**R$ 30.591,78**						
ADMINISTRAÇÃO	Posso Ajudar	36N	5	R$ 1.513,89	R$ 282,40	R$ 121,11	R$ -	R$ 606,95	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 201,95	R$ 231,03	R$ 25,22	R$ 27,78	**R$ 3.542,81**	**R$ 17.714,06**						
ADMINISTRAÇÃO	Posso Ajudar	36D	4	R$ 1.513,89	R$ 282,40	R$ 121,11	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 153,39	R$ 175,48	R$ 19,16	R$ 21,10	**R$ 2.819,02**	**R$ 11.276,06**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	40D	8	R$ 3.572,76	R$ 282,40	R$ -	R$ 147,38	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 69,40	R$ 320,20	R$ 366,31	R$ 39,99	R$ 44,05	**R$ 5.192,50**	**R$ 41.540,01**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36D	76	R$ 3.215,48	R$ 282,40	R$ 257,24	R$ 132,64	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 311,02	R$ 355,81	R$ 38,85	R$ 42,79	**R$ 5.168,70**	**R$ 392.821,54**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36N	76	R$ 3.215,48	R$ 282,40	R$ 257,24	R$ 132,64	R$ 1.289,15	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 414,15	R$ 473,79	R$ 51,73	R$ 56,98	**R$ 6.706,04**	**R$ 509.658,99**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Gasoterapia	36D	3	R$ 3.321,29	R$ 282,40	R$ 265,70	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 309,55	R$ 354,13	R$ 38,66	R$ 42,59	**R$ 5.146,80**	**R$ 15.440,40**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Imobilização	36D	2	R$ 2.696,40	R$ 282,40	R$ 215,71	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 255,56	R$ 292,36	R$ 31,92	R$ 35,16	**R$ 4.341,99**	**R$ 8.683,99**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Imobilização	36N	3	R$ 2.696,40	R$ 282,40	R$ 215,71	R$ -	R$ 1.081,04	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 342,04	R$ 391,30	R$ 42,72	R$ 47,06	**R$ 5.631,15**	**R$ 16.893,46**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Informática	36D	2	R$ 2.059,26	R$ 282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 200,51	R$ 229,39	R$ 25,04	R$ 27,59	**R$ 3.521,41**	**R$ 7.042,82**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Informática	36N	3	R$ 2.059,26	R$ 282,40	R$ 164,74	R$ -	R$ 825,60	R$ 350,00	R$ 113,08	R$ 69,40	R$ 266,56	R$ 304,94	R$ 33,29	R$ 36,67	**R$ 4.505,95**	**R$ 13.517,85**						
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Segurança do Trabalho	40D	1	R$ 5.519,46	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 273,07	R$ -	R$ 69,40	R$ 464,15	R$ 530,99	R$ 57,97	R$ 63,86	**R$ 7.261,29**	**R$ 7.261,29**						
			327	**R$ 190.919,71**	**R$ 14.810,20**	**R$ 5.805,22**	**R$ 1.366,61**	**R$ 17.179,70**	**R$ 16.010,21**	**R$ 3.505,48**	**R$ 3.400,60**	**R$ 18.406,52**	**R$ 21.057,05**	**R$ 2.298,97**	**R$ 2.532,28**	**R$ 297.292,56**	**R$ 1.862.499,53**						

Área:
Administrativo Geral; Manutenção;
Limpeza e Conservação; Enfermagem;
Farmácia; Fisioterapia;
Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;

Gestão em Saúde e Educação

www.spdm.org.br

DIRETORIA EXECUTIVA SUPERINTENDENTES

Prof. Dr. Ronaldo Ramos Prof. Dr. Mario Silva Monteiro
Diretor Presidente da SPAIS - Programa de Atenção

Prof. Dr. Gaspar de Jesus Prof. Dr. Nacime Salomão Mansur
Diretor Vice-Presidente Hospital São Paulo / Unidade

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SAMAMBAIA - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	CUSTO MENSAL														
				Salários e Ordenados					Benefícios			Encargos	Provisionamentos			Total Unitário	Total Unitário x Quantidade
				Salário Base	Insalubridade /	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche		13º Salário	Férias	Rescisão		
ADMINISTRAÇÃO	Aprendiz	20D	2	R$ 663,39	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 18,92	R$ 86,56	R$ 9,45	R$ 10,41	**R$ 1.598,31**	**R$ 3.196,63**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	40D	1	R$ 3.321,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 288,35	R$ 329,87	R$ 36,01	R$ 39,67	**R$ 4.825,42**	**R$ 4.825,42**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Social	30D	1	R$ 5.467,28	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 67,71	R$ 459,97	R$ 526,21	R$ 57,45	R$ 63,28	**R$ 7.274,31**	**R$ 7.274,31**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36D	2	R$ 2.149,76	R$ 282,40	R$ 171,98	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 208,33	R$ 238,33	R$ 26,02	R$ 28,66	**R$ 3.632,67**	**R$ 7.265,35**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36N	3	R$ 2.149,76	R$ 282,40	R$ 171,98	R$ -	R$ 861,88	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 277,28	R$ 317,21	R$ 34,63	R$ 38,15	**R$ 4.660,48**	**R$ 13.981,45**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Manutenção	40D	1	R$ 1.734,52	R$ 520,36	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 180,39	R$ 206,37	R$ 22,53	R$ 24,82	**R$ 3.216,17**	**R$ 3.216,17**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36D	2	R$ 2.205,22	R$ 282,40	R$ 176,42	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 213,12	R$ 243,81	R$ 26,62	R$ 29,32	**R$ 3.704,10**	**R$ 7.408,21**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36N	3	R$ 2.205,22	R$ 282,40	R$ 176,42	R$ -	R$ 884,12	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 283,85	R$ 324,73	R$ 35,45	R$ 39,05	**R$ 4.758,43**	**R$ 14.275,28**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	40D	1	R$ 1.682,10	R$ 564,80	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 179,75	R$ 205,64	R$ 22,45	R$ 24,73	**R$ 3.206,66**	**R$ 3.206,66**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36N	5	R$ 1.513,89	R$ 564,80	R$ 121,11	R$ -	R$ 606,95	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 224,54	R$ 256,87	R$ 28,05	R$ 30,89	**R$ 3.874,29**	**R$ 19.371,45**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36D	8	R$ 1.513,89	R$ 564,80	R$ 121,11	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 175,98	R$ 201,33	R$ 21,98	R$ 24,21	**R$ 3.150,49**	**R$ 25.203,94**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenação de Enfermagem	40D	1	R$ 8.471,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 67,71	R$ 700,35	R$ 801,20	R$ 87,47	R$ 96,35	**R$ 10.782,98**	**R$ 10.782,98**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Administrativo	40D	1	R$ 6.746,06	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 67,71	R$ 562,28	R$ 643,24	R$ 70,23	R$ 77,36	**R$ 8.799,28**	**R$ 8.799,28**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Médico CLT	30D	1	R$ 24.512,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 67,71	R$ 1.983,63	R$ 2.269,27	R$ 247,75	R$ 272,90	**R$ 29.986,59**	**R$ 29.986,59**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36N	7	R$ 4.227,09	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ 1.694,72	R$ 275,57	R$ -	R$ 67,71	R$ 496,34	R$ 567,81	R$ 61,99	R$ 68,28	**R$ 7.741,92**	**R$ 54.193,43**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36D	6	R$ 4.227,09	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 67,71	R$ 360,76	R$ 412,71	R$ 45,06	R$ 49,63	**R$ 5.720,93**	**R$ 34.325,57**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Educação Permanente	40D	1	R$ 5.591,41	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 67,71	R$ 469,90	R$ 537,57	R$ 58,69	R$ 64,65	**R$ 7.347,90**	**R$ 7.347,90**
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	40D	1	R$ 3.880,19	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 211,24	R$ -	R$ 67,71	R$ 333,01	R$ 380,96	R$ 41,59	R$ 45,81	**R$ 5.242,91**	**R$ 5.242,91**
ADMINISTRAÇÃO	Fisioterapeuta Diarista	30D	1	R$ 3.984,48	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 200,00	R$ -	R$ 67,71	R$ 341,35	R$ 390,50	R$ 42,63	R$ 46,96	**R$ 5.356,04**	**R$ 5.356,04**
ADMINISTRAÇÃO	Oficial de Manutenção	36N	1	R$ 2.750,83	R$ 825,25	R$ 220,07	R$ -	R$ 1.102,86	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 391,92	R$ 448,36	R$ 48,95	R$ 53,92	**R$ 6.369,35**	**R$ 6.369,35**
ADMINISTRAÇÃO	Pedreiro	40D	1	R$ 2.530,87	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 225,06	R$ 257,47	R$ 28,11	R$ 30,96	**R$ 3.882,07**	**R$ 3.882,07**
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista Técnico Administrativo	36D	2	R$ 5.345,96	R$ 282,40	R$ 427,68	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 67,71	R$ 484,48	R$ 554,25	R$ 60,51	R$ 66,65	**R$ 7.639,64**	**R$ 15.279,29**
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista Técnico Administrativo	36N	3	R$ 5.345,96	R$ 282,40	R$ 427,68	R$ -	R$ 2.143,30	R$ 350,00	R$ -	R$ 67,71	R$ 655,95	R$ 750,40	R$ 81,93	R$ 90,24	**R$ 10.195,57**	**R$ 30.586,71**
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36N	7	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ 716,20	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 234,23	R$ 267,96	R$ 29,26	R$ 32,22	**R$ 4.018,75**	**R$ 28.131,23**
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36D	6	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 176,94	R$ 202,41	R$ 22,10	R$ 24,34	**R$ 3.164,67**	**R$ 18.988,02**
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro Líder	36D	2	R$ 2.000,71	R$ 282,40	R$ 160,06	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 195,45	R$ 223,60	R$ 24,41	R$ 26,89	**R$ 3.440,71**	**R$ 6.881,42**
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro Líder	36N	2	R$ 2.000,71	R$ 282,40	R$ 160,06	R$ -	R$ 802,12	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 259,62	R$ 297,01	R$ 32,43	R$ 35,72	**R$ 4.397,26**	**R$ 8.794,52**
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36N	7	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ 716,20	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 234,23	R$ 267,96	R$ 29,26	R$ 32,22	**R$ 4.018,75**	**R$ 28.131,23**
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36D	8	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 176,94	R$ 202,41	R$ 22,10	R$ 24,34	**R$ 3.164,67**	**R$ 25.317,36**
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36N	30	R$ 3.215,48	R$ 282,40	R$ 257,24	R$ -	R$ 1.289,15	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 403,54	R$ 461,65	R$ 50,40	R$ 55,52	**R$ 6.542,57**	**R$ 196.277,13**
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36D	29	R$ 3.215,48	R$ 282,40	R$ 257,24	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 109,48	R$ 67,71	R$ 300,41	R$ 343,67	R$ 37,52	R$ 41,33	**R$ 5.005,24**	**R$ 145.151,85**
			146	**R$ 119.799,66**	**R$ 10.382,41**	**R$ 3.420,67**	**R$ -**	**R$ 10.817,50**	**R$ 10.263,52**	**R$ 2.189,60**	**R$ 2.099,01**	**R$ 11.496,87**	**R$ 13.217,34**	**R$ 1.443,05**	**R$ 1.589,49**	**R$ 186.719,12**	**R$ 779.049,73**

Área:
Administrativo Geral; Manutenção;
Limpeza e Conservação; Enfermagem;
Farmácia; Fisioterapia;
Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Fundada em 1933 | Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal | Entidade Filantrópica inscrita no CNAS desde 26/06/1963

DIMENSIONAMENTO DEMAIS RECURSOS HUMANOS

AMBULATÓRIO NEFROLOGIA - REFERÊNCIA DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (CLT)

Área	Categoria Profissional / Cargo	Carga Horária / Jornada Semanal	Quantidade Referência	CUSTO MENSAL																
				Salários e Ordenados					Benefícios			Encargos	Provisionamentos			Total Unitário	Total Unitário x Quantidade
				Salário Base	Insalubridade / Periculosidade	Gratificação	Hora Extra	Adicional Noturno	Vale Alimentação	Vale Transporte	Auxílio Creche		13º Salário	Férias	Rescisão		
ADMINISTRAÇÃO	Analista Administrativo Junior	40D	1	R$ 3.698,50	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 28,67	R$ 318,47	R$ 364,33	R$ 39,78	R$ 43,81	**R$ 5.125,96**	**R$ 5.125,96**
ADMINISTRAÇÃO	Aprendiz	20D	1	R$ 663,39	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 18,92	R$ 86,56	R$ 9,45	R$ 10,41	**R$ 1.651,37**	**R$ 1.651,37**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Social	30D	1	R$ 5.467,28	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 28,67	R$ 459,97	R$ 526,21	R$ 57,45	R$ 63,28	**R$ 7.235,27**	**R$ 7.235,27**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	40D	1	R$ 2.288,41	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 205,66	R$ 235,28	R$ 25,69	R$ 28,29	**R$ 3.645,99**	**R$ 3.645,99**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	40D	1	R$ 2.388,61	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 213,68	R$ 244,45	R$ 26,69	R$ 29,40	**R$ 3.765,48**	**R$ 3.765,48**
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36D	6	R$ 1.513,89	R$ 564,80	R$ 121,11	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 175,98	R$ 201,33	R$ 21,98	R$ 24,21	**R$ 3.203,55**	**R$ 19.221,32**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Administrativo	40D	1	R$ 6.746,06	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ -	R$ 28,67	R$ 562,28	R$ 643,24	R$ 70,23	R$ 77,36	**R$ 8.760,24**	**R$ 8.760,24**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Enfermagem	40D	1	R$ 8.471,93	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 28,67	R$ 700,35	R$ 801,20	R$ 87,47	R$ 96,35	**R$ 10.743,94**	**R$ 10.743,94**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36D	4	R$ 4.227,09	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 275,57	R$ -	R$ 28,67	R$ 360,76	R$ 412,71	R$ 45,06	R$ 49,63	**R$ 5.681,89**	**R$ 22.727,55**
ADMINISTRAÇÃO	Nutricionista	40D	1	R$ 3.945,37	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 300,00	R$ -	R$ 28,67	R$ 338,22	R$ 386,93	R$ 42,24	R$ 46,53	**R$ 5.370,36**	**R$ 5.370,36**
ADMINISTRAÇÃO	Oficial de Manutenção	40D	1	R$ 3.056,48	R$ 916,94	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 317,87	R$ 363,65	R$ 39,70	R$ 43,73	**R$ 5.318,63**	**R$ 5.318,63**
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36D	2	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 176,94	R$ 202,41	R$ 22,10	R$ 24,34	**R$ 3.217,73**	**R$ 6.435,46**
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36N	3	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ 716,20	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 234,23	R$ 267,96	R$ 29,26	R$ 32,22	**R$ 4.071,81**	**R$ 12.215,42**
ADMINISTRAÇÃO	Psicologia	40D	1	R$ 3.716,35	R$ 282,40	R$ -	R$ -	R$ -	R$ 193,08	R$ -	R$ 28,67	R$ 319,90	R$ 365,97	R$ 39,96	R$ 44,01	**R$ 4.990,33**	**R$ 4.990,33**
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36D	4	R$ 1.786,38	R$ 282,40	R$ 142,91	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 176,94	R$ 202,41	R$ 22,10	R$ 24,34	**R$ 3.217,73**	**R$ 12.870,92**
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36D	30	R$ 3.215,48	R$ 282,40	R$ 257,24	R$ -	R$ -	R$ 350,00	R$ 201,58	R$ 28,67	R$ 300,41	R$ 343,67	R$ 37,52	R$ 41,33	**R$ 5.058,30**	**R$ 151.748,89**
			59	**R$ 54.757,98**	**R$ 5.435,34**	**R$ 807,08**	**R$ -**	**R$ 716,20**	**R$ 5.244,22**	**R$ 1.814,22**	**R$ 458,72**	**R$ 4.880,58**	**R$ 5.648,30**	**R$ 616,67**	**R$ 679,25**	**R$ 81.058,57**	**R$ 281.827,12**

Área:
Administrativo Geral; Manutenção;
Limpeza e Conservação; Enfermagem;
Farmácia; Fisioterapia;
Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;

DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

HOSPITAL IRMÃ DULCE (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Almoxarife	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Almoxarife	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Almoxarife	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Almoxarife (OPME - Centro Cirurgico)	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista Administrativo Junior	40H	5
ADMINISTRAÇÃO	Analista Administrativo Pleno	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista Administrativo SR	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista Arquivo Médico	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Auditoria	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Contratos	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Controladoria JR	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Ouvidoria PL	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Recursos Humanos PL	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Sistemas	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Suprimentos JR	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista Suporte	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Aprendiz	20H	15
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	40H	7
ADMINISTRAÇÃO	Assistente de Controladoria	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Assistente de Gestão de Pessoas	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Assistente de Recursos Humanos	40H	1

HOSPITAL IRMÃ DULCE (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Social	30H	6
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	40H	30
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	36D	22
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	36N	7
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Almoxarifado	36D	4
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Enfermagem	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Enfermagem	36D	100
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Enfermagem	36N	89
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36D	8
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia Administrativa	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Lavanderia	36D	5
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Manutenção	40H	4
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Recursos Humanos	40H	3
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Refrigeração	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Refrigeração	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36D	61
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36N	42
ADMINISTRAÇÃO	Camareira	40H	5
ADMINISTRAÇÃO	Comprador Junior	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Comprador Pleno	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Atendimento	40H	1

HOSPITAL IRMÃ DULCE (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Enfermagem	40H	5
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Farmácia	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Fisioterapia	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Hotelaria	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Manutenção	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Planejamento e Informação	30D	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Portaria	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Recursos Humanos	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Tecnologia e Informação	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Faturamento	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Médico	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Multidisciplinar	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Costureira	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Direção Geral	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Direção Técnica - CLT	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Eletricista	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Eletricista	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Encanador	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Encanador	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Encarregado de Manutenção	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeira Auditora	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36D	48
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36N	57

HOSPITAL IRMÃ DULCE (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	40H	9
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro do Trabalho	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Educação Continuada	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Gestão de Leito	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Gestão de Leito	36N	2
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Higiene e Limpeza	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro NIR	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Obstetra	36D	6
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Obstetra	36N	7
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Obstetra	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro SCIH	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Engenheiro Segurança do Trabalho	15H	1
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutica	36D	5
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutica	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Faturista	40H	9
ADMINISTRAÇÃO	Fisioterapeuta	30D	31
ADMINISTRAÇÃO	Fisioterapeuta	30N	15
ADMINISTRAÇÃO	Fonoaudiólogo	30D	3
ADMINISTRAÇÃO	Gerencia Administrativa	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Gerente de Enfermagem	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Líder de Lavanderia	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Líder de Serviços Gerais	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Líder de Serviços Gerais	36N	2

HOSPITAL IRMÃ DULCE (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Marceneiro	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Médico Coordenador do NIR	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Médico do Trabalho	20D	1
ADMINISTRAÇÃO	Motorista	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Nutricionista	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Oficial de Manutenção	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Oficial de Manutenção	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Operador de Máquina de lavanderia	36D	5
ADMINISTRAÇÃO	Pedreiro	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Pintor	40H	3
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista Técnico Administrativo	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36D	20
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36N	12
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro Líder	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro Líder	36N	2
ADMINISTRAÇÃO	Psicologia	40H	4
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36D	4
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Selecionador	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Serralheiro	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Gasoterapia	36D	3
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36N	132
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36D	126

HOSPITAL IRMÃ DULCE (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem - SCIH	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem - SCIH	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem do Trabalho	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Farmácia	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Farmácia	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Manutenção	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Refrigeração	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Regulação	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Regulação	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Segurança do Trabalho	40H	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico em Gesso	36D	3
ADMINISTRAÇÃO	Técnico em Gesso	36N	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico Suporte	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Técnico Suporte	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Telefonista	36D	3
ADMINISTRAÇÃO	Terapeuta Ocupacional	30D	1
TOTAL		**-**	**1057**
Áreas: Administrativo Geral; Manutenção; Limpeza e Conservação; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;			

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

PRONTO SOCORRO CENTRAL (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Gestão de Pessoas	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista de Planejamento	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	40H	3
ADMINISTRAÇÃO	Assistente de Recursos Humanos	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Social	30D	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	36D	16
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	36N	10
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	40H	7
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Almoxarifado	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Almoxarifado	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Recursos Humanos	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Camareira	36D	3
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Enfermagem	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Médico	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Administrativo	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Eletricista de Alta Tensão	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Eletricista de Alta Tensão	36N	3

PRONTO SOCORRO CENTRAL (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36D	20
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36N	20
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Educação Permanente	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Líder	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Líder	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Faturista	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Fisioterapeuta	30D	1
ADMINISTRAÇÃO	Maqueiro	36D	5
ADMINISTRAÇÃO	Maqueiro	36N	5
ADMINISTRAÇÃO	Nutricionista Clínica	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista técnico Administrativo	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista técnico Administrativo	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Posso Ajudar	36D	4
ADMINISTRAÇÃO	Posso Ajudar	36N	5
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	40H	8
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36D	76
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36N	76
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Gasoterapia	36D	3
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Imobilização	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Imobilização	36N	3

PRONTO SOCORRO CENTRAL (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Informática	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Informática	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Segurança do Trabalho	40H	1
TOTAL		**-**	**327**
Áreas: Administrativo Geral; Manutenção; Limpeza e Conservação; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;			

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DR CHARLES ANTUNES BECHARA / UPA SAMAMBAIA (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Aprendiz	20H	2
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Administrativo	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Social	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Manutenção	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Saúde Bucal	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36D	8
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36N	5
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Administrativo	40H	1

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DR CHARLES ANTUNES BECHARA / UPA SAMAMBAIA (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Médico CLT	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenação de Enfermagem	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36D	6
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36N	7
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro Educação Permanente	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Farmacêutico	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Fisioterapeuta Diarista	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Oficial de Manutenção	36N	1
ADMINISTRAÇÃO	Pedreiro	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista Técnico Administrativo	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Plantonista Técnico Administrativo	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Portaria	36D	6
ADMINISTRAÇÃO	Portaria	36N	7
ADMINISTRAÇÃO	Portaria - Lider	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Portaria - Lider	36N	2
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36D	8
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36N	7
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36D	29
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36N	30
TOTAL			**146**
Áreas: Administrativo Geral; Manutenção; Limpeza e Conservação; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;			

AMBULATÓRIO NEFROLOGIA - PG (CLT - EQUIPE ASSISTENCIAL)			
ÁREA	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE REFERÊNCIA**
ADMINISTRAÇÃO	Aprendiz	20H	1
ADMINISTRAÇÃO	Analista Administrativo Junior	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Assistente Social	30H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar Administrativo	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Farmácia	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Auxiliar de Serviços Gerais	36D	6
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador Administrativo	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Coordenador de Enfermagem	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Enfermeiro	36D	4
ADMINISTRAÇÃO	Nutricionista	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Oficial de Manutenção	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36D	2
ADMINISTRAÇÃO	Porteiro	36N	3
ADMINISTRAÇÃO	Psicologia	40H	1
ADMINISTRAÇÃO	Recepcionista	36D	4
ADMINISTRAÇÃO	Técnico de Enfermagem	36D	30
TOTAL		**-**	**59**
Áreas: Administrativo Geral; Manutenção; Limpeza e Conservação; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Equipe Médica (CLT); Odontologia; Demais áreas;			

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

HOSPITAL IRMÃ DULCE (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Bucomaxilofacial - (PJ)	12D	7	360
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Bucomaxilofacial - (PJ)	12N	7	360
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Bucomaxilofacial - (PJ)	24 H SOBREAVISO	7	720
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Bucomaxilofacial - (PJ) - Eletivo	20 h	1	80
MÉDICO	Equipe Médica	Instrumentador Cirúrgico Cirurgia Geral	12D (Sobreaviso)	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Instrumentador Cirúrgico Cirurgia Geral	12N (Sobreaviso)	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Instrumentador Cirúrgico Obstetrícia - (PJ)	12D (Sobreaviso)	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Instrumentador Cirúrgico Obstetrícia - (PJ)	12N (Sobreaviso)	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Anestesista - (PJ)	12D	24	1234
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Anestesista - (PJ)	12N	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Anestesista Ambulatório - (PJ)	6H SEMANAIS	1	26
ADMINISTRAÇÃO	Equipe Médica	Médico Auditor	20D	1	86
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cabeça e Pescoço	8H SEMANAIS	2	68
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Geral - (PJ)	12D	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Geral - (PJ)	12N	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Geral - Diarista	28H SEMANAIS	3	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Geral - Diarista	24H SEMANAIS	2	205
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Geral - Diarista	12H SEMANAIS	1	51
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Pediátrico - (PJ)	PACOTE	7	-
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Pediátrico - (PJ)	PACOTE	7	-
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Pediátrico Eletiva e Ambulatório - (PJ)	12H SEMANAIS	3	154
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Torácico - (PJ)	20H SEMANAIS	1	86

HOSPITAL IRMÃ DULCE (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Vascular - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgião Vascular - (PJ)	PACOTE	7	-
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista	28D	1	120
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista	28D	1	120
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Cardiologia - (PJ)	28H SEMANAIS	1	120
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Clínica Médica - (PJ)	28H SEMANAIS	5	600
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Intensivista - (PJ)	28H SEMANAIS	2	240
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Obstetra - (PJ)	20H SEMANAIS	1	86
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Obstetra - (PJ)	8H SEMANAIS	1	34
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Ortopedia - (PJ)	20H SEMANAIS	1	86
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Ortopedia - (PJ)	28H SEMANAIS	2	240
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Pediatra - (PJ)	28H SEMANAIS	1	120
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Pediatra Intensivista - (PJ)	30H SEMANAIS	2	257
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista Psiquiatria - (PJ)	28H SEMANAIS	1	120
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diatrista UCINCA - (PJ)	20H SEMANAIS	1	86
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diatrista UTI Neonatal - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Emergencista - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Emergencista - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Ginecologista - (PJ)	PACOTE	6	-
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Hematologista	10H	1	43
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Infectologista - (PJ)	30H SEMANAIS	1	128
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Intensivista	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Intensivista	12N	7	360

HOSPITAL IRMÃ DULCE (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Intensivista - (PJ)	12D	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Intensivista - (PJ)	12N	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Intensivista Neonatal - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Intensivista Neonatal - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Internista Clínica Médica - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Internista Clínica Médica - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Intemista Pediatrico - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Internista Pediatrico - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Nefrologista	PACOTE	1	-
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Neurocirurgião - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Neurocirurgião - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Neurocirurgião - (PJ)	12D (Sobreaviso)	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Neurocirurgião - (PJ)	12N (Sobreaviso)	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Neurocirurgião Diarista - (PJ)	20H SEMANAIS	1	86
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Neurologista Pediátrico - (PJ)	28H SEMANAIS	1	120
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Obstetra - (PJ)	12D	21	1080
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Obstetra - (PJ)	12N	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Ortopedista Centro Cirúrgico - (PJ)	12D	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Ortopedista Pronto Socorro - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Ortopedista Pronto Socorro - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Ortopedista Sobreaviso - (PJ)	SOBREAVISO 24H	14	1440
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Otorrinolaringologista - (PJ)	8H SEMANAIS	1	34,24

HOSPITAL IRMÃ DULCE (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediatra Intensivista - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediatra Intensivista - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediátra Plantonista - Sala de Parto	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediátra Plantonista - Sala de Parto	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Responsável	PACOTE	1	-
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Urologista - (PJ)	PACOTE	7	-
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Urologista - (PJ)	PACOTE	7	-
TOTAL				**443**	-

PRONTO-SOCORRO CENTRAL (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Dentista	12D	7	360
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Dentista	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgia Geral	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Cirurgia Geral	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Clínica Médica	12D	42	2160
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Clínica Médica	12N	21	1080
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Diarista	28D	2	240
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Emergencista	12D	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Emergencista	12N	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Ortopedista Pronto Socorro - (PJ)	12D	7	360

PRONTO-SOCORRO CENTRAL (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Ortopedista Pronto Socorro - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediatra	12D	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediatra	12N	14	720
TOTAL				**163**	-

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SAMAMBAIA (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/ JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Clínica Médica - (PJ)	12D	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Clínica Médica - (PJ)	12N	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Emergencista - (PJ)	12D	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Emergencista - (PJ)	12N	7	360
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediatra - (PJ)	12D	14	720
MÉDICO	Equipe Médica	Médico Pediatra - (PJ)	12N	14	720
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Dentista - (PJ)	12D	7	360
ODONTO	Equipe Médica	Cirurgião Dentista - (PJ)	12N	7	360
TOTAL				**84**	-

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

NEFRO PG (PJ - EQUIPE MÉDICA)					
ÁREA	**SETOR**	**CATEGORIA PROFISSIONAL / CARGO**	**CARGA HORÁRIA/JORNADA SEMANAL**	**QUANTIDADE**	**QUANTIDADE HORAS TOTAIS MENSAIS**
MÉDICO	Equipe Médica	Nefrologista - (PJ)	12H Semanais	1	51
MÉDICO	Equipe Médica	Nefrologista Ambulatório - (PJ)	12H Semanais	1	51
TOTAL				**2**	-

* Dimensionamento de RH contratado por prestador de serviço.

A Proposta Técnica e Financeira para execução do Objeto do Aviso de Contratação Direta – SESAP Nº 180/2024 – Processo Administrativo Digital Nº 29.732/2024 da Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande/SP/ Secretaria de Saúde Pública – SESAP, corresponde ao **valor mensal de R$ 21.183.628,31 (Vinte e um milhões, cento e oitenta e três mil, seiscentos e vinte e oito reais e trinta e um centavos).**

Praia Grande, 10 de Dezembro de 2024.

_____

Mário Silva Monteiro
Superintendente
Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: PROGRAMA DE TRABALHO E PROPOSTA FINANCEIRA
Autor: SONIA MARIA DE ALMEIDA FIGUEIRA - sonia.figueira@spdm-pais.org.br
Status: Finalizado
HASH TOTVS: 09-00-28-62-B6-DB-17-CC-71-AB-E5-36-75-7E-C8-14-C9-E6-15-B8
SHA256: 13eb14ec8d79c2443385dbaf3cabb52e4cfbdbedf4e0e2eaf89251c178e3f2d3

Assinaturas

Nome: Mario Monteiro - **CPF/CNPJ:** 012.200.178-84 - **Cargo:** Superintendente
E-mail: mariosilva.monteiro@spdm-pais.org.br - **Data:** 10/12/2024 23:42:39
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 10/12/2024 23:42:12 - **Leitura completa em:** 10/12/2024 23:42:34
IP: 67.159.234.19
Geolocalização: -23.5798528, -46.6419712

Assinatura

Rubrica

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=09-00-28-62-B6-DB-17-CC-71-AB-E5-36-75-7E-C8-14-C9-E6-15-B8

HASH TOTVS: 09-00-28-62-B6-DB-17-CC-71-AB-E5-36-75-7E-C8-14-C9-E6-15-B8