

À Comissão Especial de Seleção da Prefeitura de Ribeirão Branco:

Ref.: PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 60/2018

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2018

**PROJETO PARA
GESTÃO E GERENCIAMENTO UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO (P.A.), URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA, UNIDADES DE SAÚDE, PROJETO
MATerno INFANTIL E SERVIÇOS DE SAÚDE -
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO
CONFORME PROCESSO Nº 60/2018
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2018.**

RIBEIRÃO BRANCO-SP – JUNHO DE 2019

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO – SP
PLANO DE TRABALHO – CONFORME PROCESSO Nº 60/2018 - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2018**

PLANO DE TRABALHO

1 - DADOS CADASTRAIS

Nome/razão social da Entidade: SALUS & SALUTIS				C.N.P.J: 75.504.135/0001-20	
Endereço: AVENIDA PAULISTA, 726 - ANDAR 17 - BELA VISTA					
Município: SÃO PAULO		U.F. SP	C.E.P. 01.311-100	DDD/Telefone/FAX	
Conta Bancária Específica: C/C 15934-4	Banco BRASIL	Agência 2530-5	Praça de Pagamento		
Nome do Responsável: DENIS MANFREDINI RODRIGUES					C.P.F. 270.748.578-07
Período Mandato: 08/08/2016 A 08/08/2010		C.I./Órgão Expedidor:	Cargo	PRESIDENTE	
Endereço: RUA GRACILIANO RAMOS, 212 - BAIRRO CASTELO - CONDOMÍNIO 2 VERSAILLES - TREMENBÉ - SP				C.E.P. 12.120-000	
E-mail: Gerente@salussalutissaude.com.br					

2 - INTRODUÇÃO

A presente proposta objetiva o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, **na PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO**, conforme propõe o **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº04/2018**.

O Município de RIBEIRÃO BRANCO tem na atualidade uma população estimada em **17.710** habitantes (estimativa IBGE-2018,) objeto desta proposta.

O presente documento contém o Plano de Trabalho para Gerenciamento, dando ênfase a metodologia que a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS pretende implantar nos referidos Serviços de Saúde e Unidades de Saúde no Município de RIBEIRÃO BRANCO, fruto da expertise de serviços prestados, tanto à comunidade, quanto a outros planos de trabalhos, conforme veremos mais a frente neste plano de trabalho.

O Plano de Trabalho apresenta primeiramente a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, para em seguida detalhar todos os aspectos solicitados pelo Edital de Chamada Pública nº 04/2018.

Esta proposta visa principalmente à melhoria no serviço de atendimento e consequentemente a satisfação dos usuários e para isto consideramos que só profissionais capacitados e humanizados no atendimento, assim como fluxos eficientes e metodologias de monitoramento e avaliação podem dar cabo desta importante tarefa.

Neste, discorre-se primeiramente sobre a entidade executora e, apresenta a seguir o Plano de Trabalho propriamente dito.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS se considera apta na árdua tarefa de gerenciar a execução das ações e serviços complementares de saúde quais sejam :

1. Unidade de Pronto Atendimento (P.A.),
2. Urgência e Emergência,
3. Unidades de Saúde,
 - Unidades Atenção Básica - UAB
 - Ambulatório de Especialidades
 - Unidades Programa Saúde da Família - PSF
4. Projeto Materno Infantil
5. Serviços de Saúde,
 - Serviços Planejamento Assistencial:
 - 1-Contabilidade e Faturamento Produção Bioestatística
 - 2-Controle Suprimentos em Saúde
 - 3-Regulação Assistencial em Saúde
 - 4-Programas de Saúde da Clínica Assistencial
 - 5-Linhas de Cuidados e Estadiamento e Atenção em Saúde
 - 6- Planejamento e Avaliação Controle Assistencial em Saúde
 - Serviços Operacionais :
 - 1-Auditoria em Saúde
 - 2-Manutenção Estabelecimentos Saúde
 - 3-Saúde Ocupacional- Saúde do Trabalhador
 - 4-Transporte Sanitário - Equipes de Saúde
 - 5-Educação Continuada em Saúde
 - 6-Tecnologia Informações e Vigilância em Saúde
 - 7-Monitoramento Operacional de Serviços

Registramos que a execução deste Plano de Trabalho serão mediante normativas vigentes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) -, nas Unidades de Saúde do Município de RIBEIRÃO BRANCO, conforme propõe o **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA N°04/2018**.

A EXECUTORA

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Razão Social: SALUS & SALUTIS

CNPJ: 74.504.135/0001-20

Endereço:

Rua - AV. PAULISTA, 726 - ANDAR 17

CEP- 01.311-100 - BELA VISTA - Cidade: São Paulo - Estado: São Paulo

e-mail:

Diretoria:

Diretor Presidente: Denis Manfredini Rodrigues

3-CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS é uma Entidade Civil sem fins lucrativos que tem por finalidade manter, administrar e desenvolver estabelecimentos destinados a prestação de serviços de saúde dentro dos parâmetros e proporções estabelecidos pela legislação e regulamentos federais, estaduais e municipais e pelos normativos aplicáveis ao Sistema Único de Saúde – SUS, observando aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência para o alcance de suas finalidades sociais, com o seguinte escopo de atuação :

- A execução de assistência integral à saúde, por intermédio de hospitais, ambulatorios, postos de saúde, prontos socorros, serviços especializados de urgência e emergência ou atenção básica que venha a gerir, mantendo-os e provendo-os, assim como suas dependências, proporcionando à comunidade assistência de alto padrão;
- O desenvolvimento de ações de saúde coletiva e comunitária, podendo realizar ações de imunização, educação em saúde, prevenção e controle de doenças e de orientação sanitária;
- Proporcionar meios de cooperação no ensino, pesquisa e difusão de conhecimento científico, concernentes à especialização médica hospitalar, farmacêutica, fisioterápica, biomédica, nutricional, odontológica e demais áreas de conhecimento humano relacionadas à saúde.

4- HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS foi fundada em 1994, iniciando suas atividades em 22/07/94, em consequência da benemerência de um grupo de pessoas de expressão sócio econômico e política do município e, a exemplo de outras instituições do país, também evoluiu com característica de mobilizadora social e com finalidade de cuidar, abrigar e amparar pessoas em vulnerabilidade social.

Hoje, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS atua como Organização Social de Saúde – OSS, um modelo de parceria adotado por entes governamentais para a gestão de unidades de saúde, formalizado por lei, que possibilita a celebração de Contratos de Gestão com vistas ao gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

MISSÃO, VISÃO E VALORES.

Missão

Prestar serviços de saúde à população, para pacientes que necessitam de cuidados médicos e ambulatoriais, atuando de maneira eficaz, com ética, respeito e profissionais qualificados.

Visão

Tornar-se Organização Social de Saúde de referência regional, integrado aos sistemas de saúde pública e privada, mantendo a união das equipes de trabalho dos diversos setores, objetivando a continuidade dos serviços com o maior calor humano possível.

Valores

Ética, compromisso, respeito, humanização e esperança.

5- EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ressaltamos que a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, é prestadora de Serviços de Saúde na Unidade de Pronto Atendimento – Urgência Emergência no Município de Cruz Alta- RS, para uma população de 62.776 habitantes, atendendo mensalmente 6.800 pacientes totalizando aproximadamente 8.000 procedimentos.

Destacamos ainda que, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, é gerenciadora de Serviços de Saúde na Unidade de Pronto Atendimento – Urgência Emergência no Município de Ribeirão Branco-SP, nas Unidades de Saúde da Família, serviços da Assistência Farmacêutica, Regulação Assistencial em Saúde, - Ambulatório de Especialidades e demais atividades coletivas para uma população de 17.710 habitantes, atendendo mensalmente 9.600 pacientes totalizando mensalmente 14.249 procedimentos, conforme contrato de prestação de Serviços Emergenciais .

Salienta-se, ainda, que a entidade tem como finalidade social à assistência a Saúde Pública e hospitalar, criar, manter e desenvolver em estabelecimentos de Saúde, onde serão admitidas à consulta, tratamento e internação, pessoas de qualquer condição social.

6- MODELO DE GESTÃO

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS considera-se uma instituição de gestão moderna e voltada para o futuro, está "ocupada" e não só "preocupada" em atingir a excelência na prestação de serviços de saúde, em realizar mudanças significativas, em escrever a sua história de forma singular.

Considera-se, acima de tudo, uma entidade viva, mutante e compromissada com a sua época e com a perenidade de seus propósitos mais elevados. Pratica a Gestão Participativa, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, com ênfase no controle social, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os conselhos e as conferências de saúde, instrumentos essenciais na formulação da política estadual e municipal de saúde.

Estão surgindo novas abordagens gerenciais como a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizam, dentre outras ações, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho. Essa abordagem oferece oportunidades de participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho.

A Gestão Financeira é um dos serviços mais sensíveis da Instituição . Os recursos financeiros são extremamente escassos e, por isso, devem ser muito bem geridos, em tempo hábil, com oportunidade e muita racionalidade. Ela se ocupa da economia e das finanças da entidade ou do equipamento de saúde, assim, deve estar ciente do montante das imobilizações (a fim de saber a quantidade de recursos financeiros em caixa), qual o valor dos direitos (recursos financeiros a receber) e qual o montante do passivo de curto, médio e longo prazo (contas apagar).

O objetivo da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS é sempre gerir os recursos financeiros de forma a otimizá-los, buscando a redução das despesas consideradas desnecessárias e definindo de prioridades nos gastos e manutenção dos

recursos necessários à operacionalização de todas as funções inerentes ao serviço e saúde gerido.

Para manter este modelo de gestão, os profissionais da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS não reagem de forma fixa e pré-determinada, são flexíveis, levam a instituição a viver o presente com os olhos no futuro.

7- Monitoramento e avaliação

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um carácter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, conforme apresentado na presente Proposta de Técnica, acredita no monitoramento da avaliação como forma de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que esta permita a reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho.

Não bastasse o próprio comprometimento da qualidade do serviço, sabe-se também que a falta de análise e de “percepção” dos resultados do próprio trabalho contribuem em muito para a desmotivação e sofrimento dos trabalhadores. Daí a importância de enfatizar as informações oriundas das avaliações e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos, autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que esta possa se colocar como elemento capaz de provocar o agrupamento de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de “dados” que passem a ser objeto de co-análise eco-decisões.

Portanto, considera que essa avaliação monitorada será capaz de nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado.

Nessa direção, informação e movimento avaliativo (monitoramento), provocam as equipes a se capacitarem, levantarem, construírem, inventarem, e pactuarem situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentando análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória, ou seja, alimentadora do protagonismo dos trabalhadores em seu próprio desenrolar. Avaliação que deve contribuir para “encorajar o diálogo e a reflexão” e “estimular o co-aprendizado entre atores”, aprendizagem esta que é “a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais”.

Vale ressaltar, então que, essa perspectiva teórico-política que se deseja para a avaliação no âmbito da atenção e gestão em saúde, parte dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Nessa concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos. Esses são essenciais em todas as fases dos panoramas avaliativos: identificação de situações a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados.

Para se caracterizar como método e dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos.

Em síntese, a avaliação de desempenho (monitoramento), será uma avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos. Portanto, valorização dos trabalhadores.

8- Nossa experiência e área de atuação

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, ao longo de sua atuação, acumulou experiência nas seguintes atividades:

- Gestão de Unidade de Pronto Atendimento : gestão das unidades de saúde e execução de atividades de saúde inerentes aos serviços específicos de cada uma delas.
- Plantões Médicos: Execução de atividades de plantão por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e outros profissionais envolvidos.
- Serviços médicos e não médicos do ESF:
- Mapeamento da área e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONG's, etc.
- Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área atendida.
- Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas.
- Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
- Consultas de enfermagem.
- Realização de procedimentos de enfermagem: Imunizações; Inalações; Curativos, drenagem de abscessos e suturas; Administração de medicamentos orais e injetáveis; Terapia de reidratação oral, etc.
- Acolhimento em urgências básicas de enfermagem.
- Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.
- A coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos devem ser analisadas sob a perspectiva do custo benefício da centralização ou descentralização dessas ações de acordo com o planejamento municipal.

Graças a sua experiência e pelo seu desempenho de qualidade e eficiência, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS tem celebrado de cooperação técnica, apoio e coordenação técnica com instituições privadas. Nos últimos anos estendeu sua expertise para serviços de saúde.

9- Estrutura diretiva da OSS - ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS

Para demonstrar a capacidade gerencial da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS na execução do que será apresentado neste Plano de trabalho Técnico, apresentaremos a seguir com conceitos e pressupostos utilizados para formular o modelo da estrutura organizacional, com a finalidade de garantir a agilidade da percepção da estrutura da organização.

A estrutura organizacional representa um elo de ligação entre as estratégias traçadas pela ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS e a sua atuação dentro do ambiente ao qual ela está inserida. Buscaremos demonstrar a estrutura geral da instituição, disposta em níveis hierárquicos, onde quanto mais alto estiver um cargo, maior a autoridade e a abrangência da atividade.

10 - Estrutura Diretiva Macro Institucional

Conselho de Administração

Auditores Externos

Conselho Fiscal -

1º. Conselheiro Fiscal Titular

2º. Conselheiro Fiscal Titular

Diretoria Executiva

Diretor Executivo

Diretor Administrativo Financeiro

Diretor para Áreas Técnicas e Científicas

Assembléia Geral

Conselho Técnico

Presdidente

Vice-Presidene

11- Recursos humanos primários da OSS-SALUS & SALUTIS

A SALUS & SALUTIS possui uma equipe técnica multiprofissional para a implantação, execução e gerenciamento do Plano de trabalho aqui proposto. São:

- Administradores, gestores de RH e técnicos administrativos
- Assistentes Sociais
- Contadores
- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem
- Farmacêuticos e Bioquímicos
- Médicos
- Psicólogos
- Terapeutas Ocupacionais

Recursos de suporte da OSS-SALUS & SALUTIS

Os serviços administrativos incluídos nas atividades que garantirão retaguarda ao bom funcionamento deste Plano de Trabalho Técnico serão realizados pela OSS-SALUS & SALUTIS por meio de sua estrutura centralizada de colaboradores, são eles:

- Contabilidade Financeira;
- Representação, inclusive jurídica;
- Compras, patrimônio, logística e controle de fornecedores;
- Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
- Educação permanente e aperfeiçoamento profissional;
- Gerenciamento das instalações;
- Gerenciamento de Tecnologia da Informação;
- Auditorias.

12- Nome do Projeto: Proposta Técnica e Econômica para gestão e gerenciamento Unidade de Pronto Atendimento (P.A.), Urgência e Emergência, Unidades de Saúde, Projeto Materno Infantil e Serviços de Saúde do Município de RIBEIRÃO BRANCO – SP.	

13- Prazo de Execução: 12 meses

14 PÚBLICO ALVO: Público Alvo: População residente nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde Básica do Município de Ribeirão Branco, descritas neste Edital de Chamamento

15 OBJETO DA PARCERIA - *Gestão e gerenciamento Unidade de Pronto Atendimento (P.A.), Urgência e Emergência, Unidades de Saúde, Projeto Materno Infantil e Serviços de Saúde*, da cidade de RIBEIRÃO BRANCO em Co-Gestão com a Secretaria Municipal da Saúde

Executar a Gestão de Unidades Básicas de Saúde com a Estratégia Saúde da Família e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, criados em 1994, como estratégia central do processo de reorganização do Sistema Único de Saúde Municipal de Ribeirão Branco, imprimindo nova dinâmica operacional nas Unidades Básicas de Saúde - UBS, responsáveis pelo primeiro nível de atendimento do sistema, visto que é uma estratégia de reorganização da Atenção Primária da Saúde, não se constituindo em atividade com início, desenvolvimento e finalização.

16 OBJETIVO GERAL

Executar e promover o aprendizado - concepção da Unidade Básica de Saúde - Saúde da Família, num perpassar do processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como marco os parâmetros estabelecidos na Constituição da República e como referência as normas relativas à saúde perfiladas cronologicamente, a partir da Constituição da República de 1988 que estabelece que a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução

do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” Estabelecendo o princípio da concepção Atenção Primária de Saúde e, a correlação da saúde da população ao acesso a bens e serviços essenciais à saúde, mas também a fatores sócio-estruturais relacionados ao padrão de desenvolvimento, que a condiciona e determina, destacando-se: o grau de educação da sociedade; o trabalho; a renda e sua distribuição; as condições ambientais, sobretudo as de saneamento básico; o transporte; o lazer; bem como as ações que se destinem a garantir à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

17 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer a mudança de modelo objetivando tornar efetivas as diretrizes constitucionais adquire centralidade no âmbito da agenda governamental 21 com a ênfase na Atenção Básica, destacando-se, então, o Programa Saúde da Família (PSF).
- Reordenar o PACS , em que foi concebido para servir como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, mas permitiu maior veiculação de informações para as ações de vigilância e para a organização da atenção à saúde e possibilitou a gestão do processo de descentralização e regionalização do SUS.
- Promover orientações operacionais propriamente ditas, explícita e da consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis federais n. 8.080/90 e n.8.142/90.
- Tornar a Atenção Básica como eixo estruturante para concretizar os objetivos delineados no modelo de reorganização do Sistema Municipal de Saúde de Ribeirão Branco, com a ampliação da participação relativa da Atenção Básica à Saúde (ABS) em relação aos demais níveis de atenção – média complexidade ou secundária e alta complexidade ou terciária.
- Efetivar soluções perene para os problemas sociais e saúde, superando restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos Gestores e a consequente atomização do processo de trabalho em dezenas de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos. (Introdução à Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001)

- Consolidar o processo de descentralização e organização do Sistema Municipal de Saúde de Ribeirão Branco, fortalecido com a implementação da NOB 01/96 e de orientar a distribuição local de serviços de saúde - o Ministério da Saúde editou as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS de 2001 e de 2002.

- Garantir o garantia de acesso de toda a população adstrita das áreas de abrangência, por intermédio da implantação de novos padrões para a regionalização funcional das redes de serviços e da definição mais objetiva de estruturas para regulação do acesso.

- Instituir de forma inovadora, o Plano Diretor das Linhas de Cuidados em Saúde- coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde, com a participação da comunidade, cujo teor deve ser modificado sempre que necessário, competindo-lhe, ademais, a coordenação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os serviços de saúde; coleta dos dados e avaliação da assistência à saúde prestada no município com definição de prioridades para investimentos nos vazios assistenciais; qualificação das redes e dos profissionais.

- Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços e de busca de maior equidade, além de atualizar os critérios protocolizados de serviços de saúde, conceitos e medidas para organização do sistema de saúde, visando a consolidação do Sistema Municipal de Saúde por meio de novas estratégias de pactuarão.

- Assegurar um atendimento integral e equitativo com iniciativa reguladora assistencial sobre a localização, dimensionamento e operação de serviços públicos municipais e privados, bem como o padrão de qualidade com que devem ser prestados.

- Efetivar a Atenção Básica de Saúde em co-gestão direta e indireta com Prefeitura Municipal – através da Secretaria Municipal da Saúde, definindo em conjunto as necessidades de contratação de profissionais e a instalação das unidades de saúde para o desenvolvimento dos trabalhos das equipes.

- Efetivar no cotidiano da Atenção Básica em Saúde as práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido à população de territórios delimitados com utilização de “tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.” (Portaria n. 648/2006/GM/MS)

- Reordenar o processo de pactuação objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS, assim como a necessidade de definição de compromisso entre os Gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população - Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 (Portaria n. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006).
- Implantar e promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e, o alcance de maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.
- Organizar as regiões sanitárias municipal instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento municipal, fortalecendo os espaços e mecanismos de controle social, com qualificação do acesso da população a atenção integral à saúde,
- Redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação, com valorização da cooperação técnica entre os Gestores .
- Executar em consonância com a Emenda Constitucional n. 29, de 2000, que cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo. As transferências regulares ou eventuais da União para os Estados e Municípios estão condicionadas à contrapartida desses e materializam-se por intermédio do Fundo Nacional de Saúde (diretamente para os Estados e Municípios) e Fundo Estadual de Saúde (aos Municípios). Assim, Estado e Municípios dispõem de recursos para o cumprimento das ações e serviços públicos de saúde, mediante implantação de sistemas de informações em saúde e respectivos faturamento de procedimentos realizados mensalmente.

18 METODOLOGIA DE TRABALHO

- Potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, efetivando ações de saúde em processo de trabalho substitutivo ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras.

- Transferir tecnologias de gestão e informação e práticas de conduta clínica e conceito ampliado de saúde que visa a compreensão do processo saúde/doença “na sociedade” e não apenas “no corpo” das pessoas.
- Estabelecer como pontos centrais, a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações inter e multiprofissionais, buscar a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população.
- Ter toda família como objeto central da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas, destacando a história de organização de cada sociedade e as diversas estruturas sociais e culturais dela decorrentes.
- Reorientar o processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade.
- Efetivar noções gerais de cidadania e saúde como um direito e resultante das condições de vida;
- Estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social;
- Intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas;
- Estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuários.

19 DIAGNÓSTICO - Situação Social, Saúde e Indicadores do Município de Ribeirão Branco

Caracterização do Município e Serviços de Saúde

Mapa

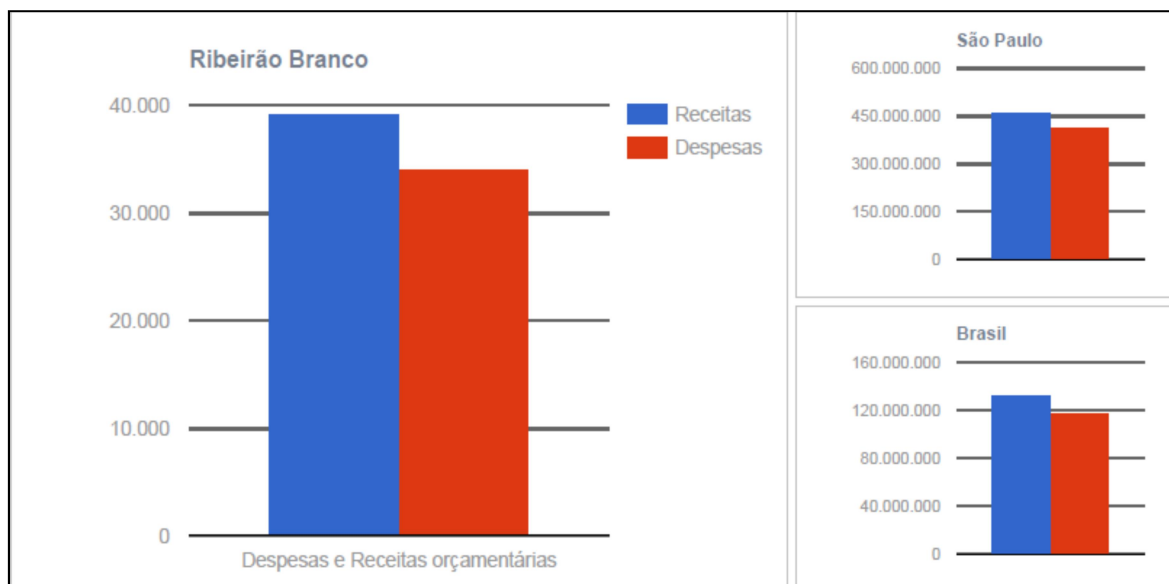


População -----	18.269 hab.
Área -----	697,500 km2
Bioma -----	Mata Atlântica
Instalado em -----	01/01/1945

Fonte: IBGE.

20 - Despesas, Receitas Orçamentárias e PIB

Despesas e Receitas orçamentárias



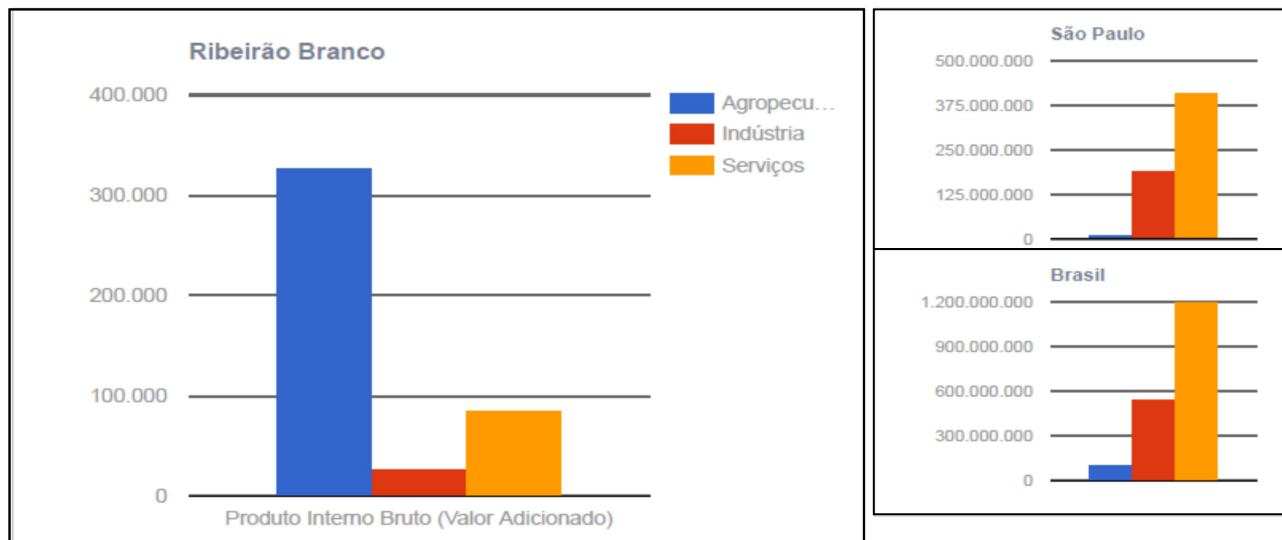
Despesas e Receitas orçamentárias			
Variável	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Receitas	39.127	461.146.647	
	131.612.342		
Despesas	33.995	412.501.044	
	118.500.293		

Fonte: Contas anuais. Receitas orçamentárias realizadas (Anexo I-C) 2014 e Despesas orçamentárias empenhadas (Anexo I-D) 2014. In: Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. Siconfi: sistema de informações contábeis e fiscais do setor público brasileiro. Brasília, DF, [2015]. Disponível em: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf>. Acesso em: jul. 2015.

Nota 1: A DCA do Estado de Rio Grande do Norte foi desconsiderada no FINBRA por causa de inconsistências. Favor veja a notícia que fala sobre este assunto no link: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/conteudo/conteudo.jsf?id=2701>

Nota 2: Atualizado em 28/08/2015, às 16:15h. Os valores estavam 100 vezes menores em função de erro no formato de exibição.

Produto Interno Bruto (Valor Adicionado)



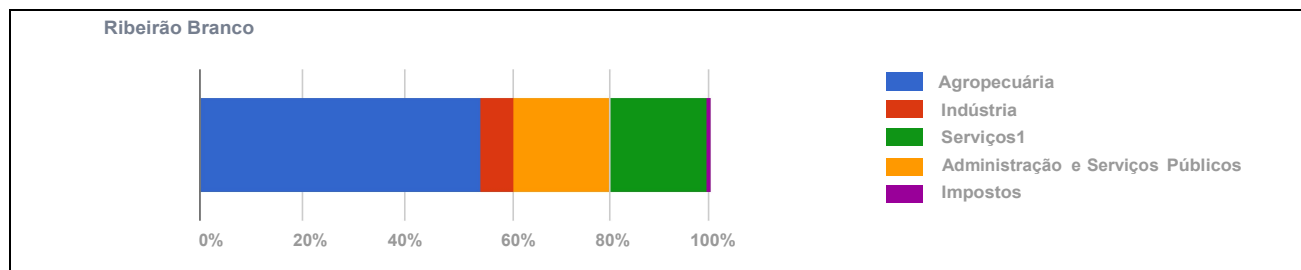
Produto Interno Bruto (Valor Adicionado)			
Variável	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Agropecuária	326.658	11.265.005	105.163.000
Indústria	28.050	193.980.716	539.315.998
Serviços	84.809	406.723.721	1.197.774.001

Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA.

NOTA 1: Os dados de 2014 estarão sujeitos a revisão na próxima divulgação.

NOTA 2: Os dados da série revisada (2010 a 2014) têm como referência o ano de 2010, seguindo a nova referência das Contas Nacionais.

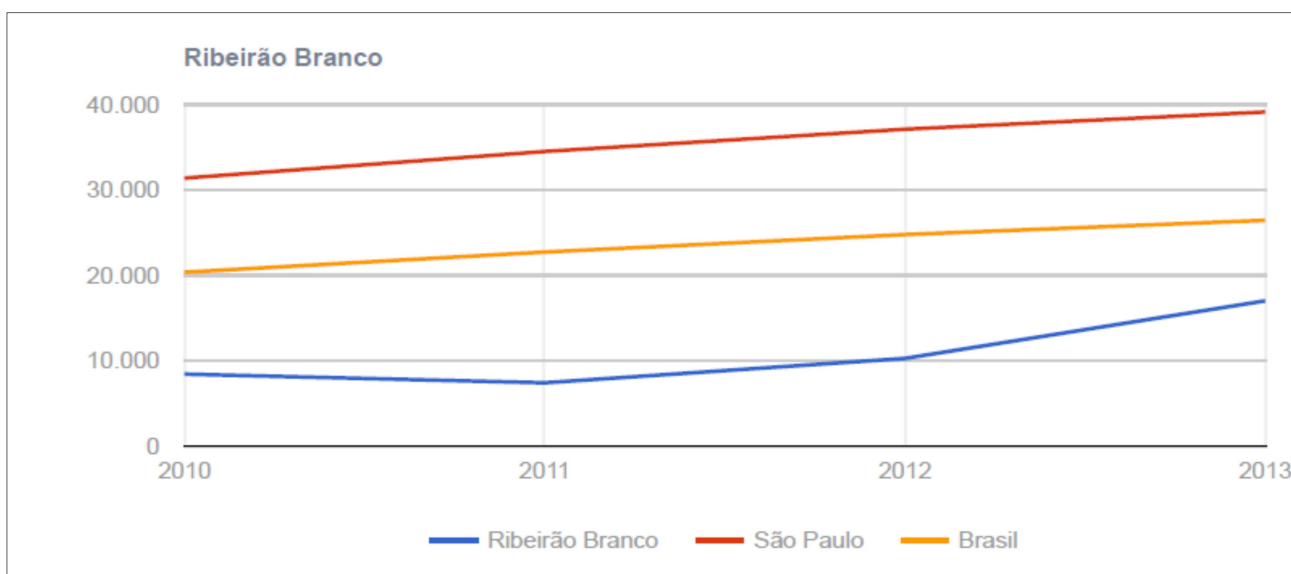
Produto Interno Bruto dos Municípios - 2013



Produto Interno Bruto dos Municípios - 2013	
Agropecuária	168781,787
Indústria	20067,049
Serviços ¹	59063,463
Administração e Serviços Públicos	56953,031
Impostos	3155,842

Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

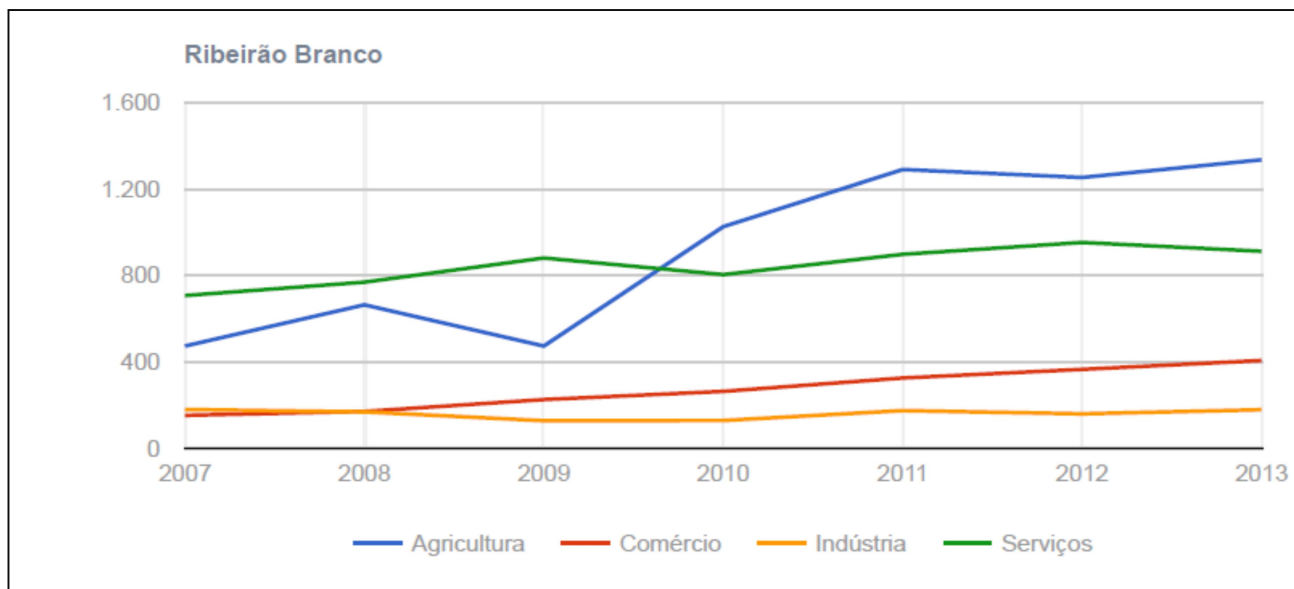
Produto Interno Bruto *per capita* 2010 - 2013



PRODUTO INTERNO BRUTO PER CAPTA 2010 – 2013				
	2010	2011	2012	2013
Ribeirão Branco	8449 65	7433 6	10288 15	17024 33
São Paulo	31383,79027	34499,90231	37105,08478	39122,25951
Brasil	20371,64193	22734,5577	24779,53165	26445,71548

Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

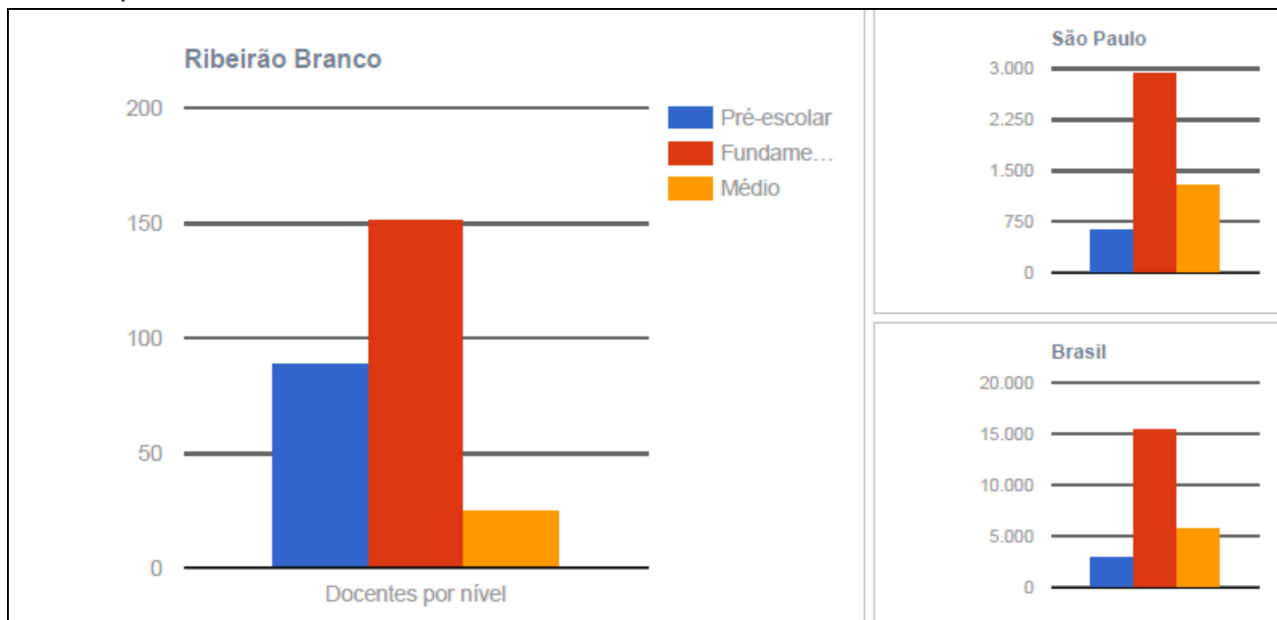
Pessoas Ocupadas por Setor 2007 - 2013



Pessoas ocupadas por setor 2007 - 2013							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Agricultura	474	665	819	1027	1292	1255	1337
Comércio	153	171	226	264	326	366	407
Indústria	180	169	128	129	175	160	179
Serviços	708	770	882	805	899	954	913

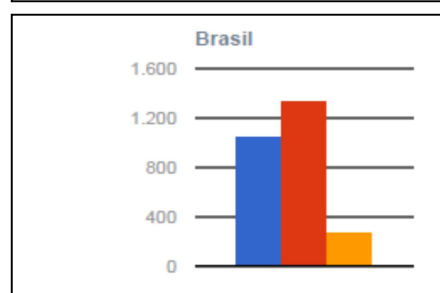
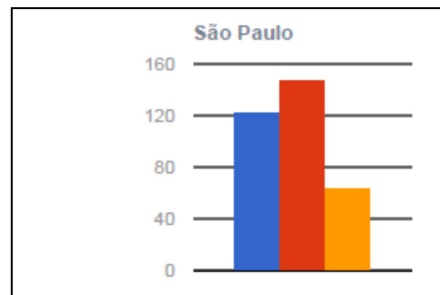
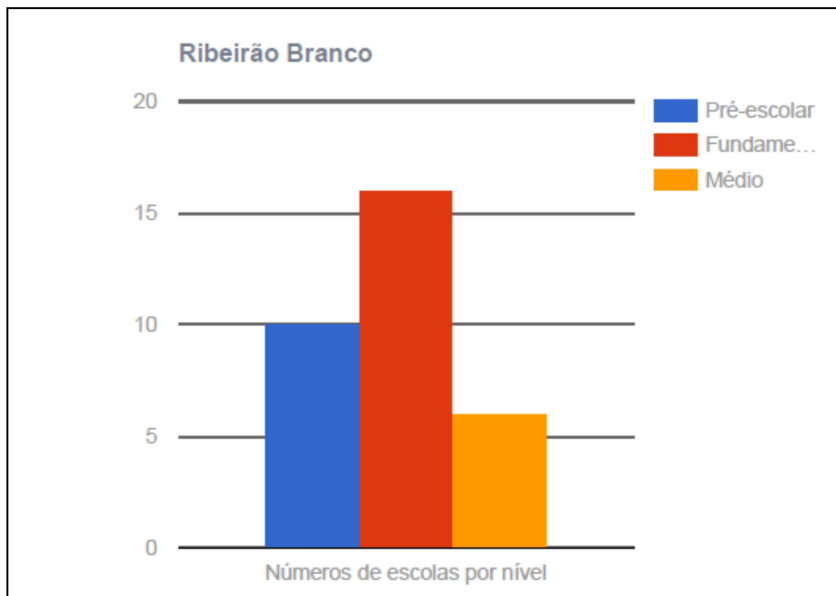
Fonte: IBGE, Cadastro Central de Empresas 2014.

Docentes por nível

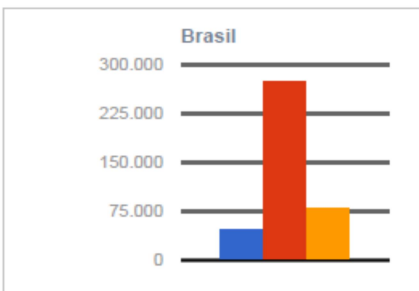
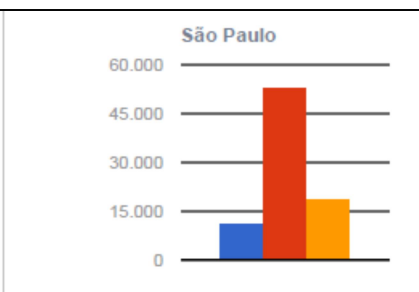
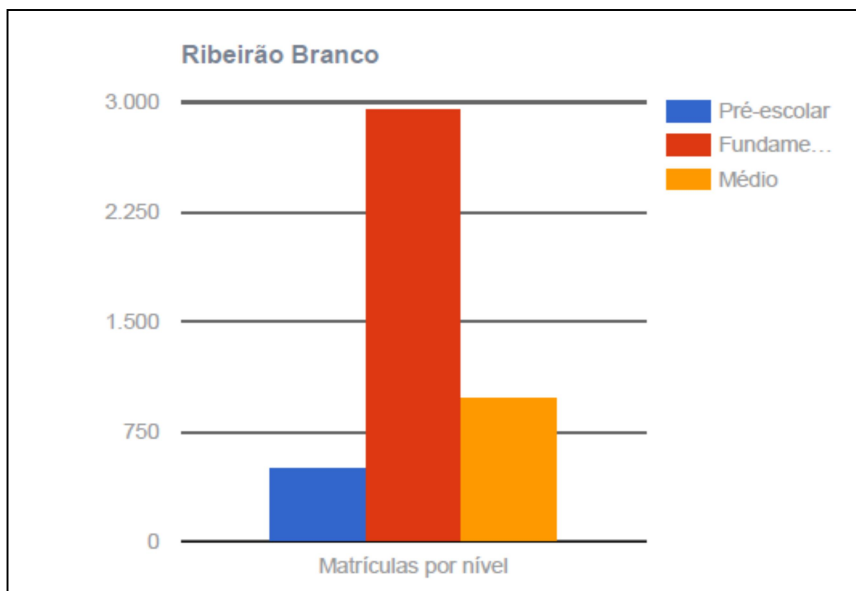


Docentes por nível			
Variável	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Pré-escolar	89	633,04	3.079,06
Fundamental	151	2.946,13	15.495,21
Médio	25	1.299,71	5.697,34

Números de escolas por nível



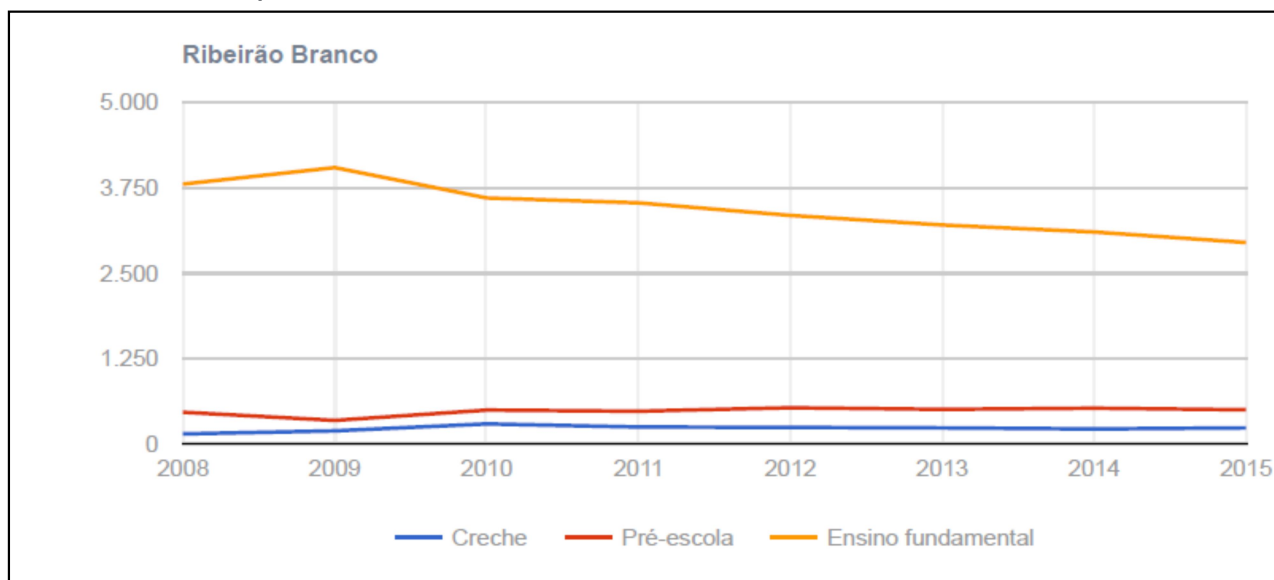
Matrículas por nível



Variável	Matrículas por nível		
	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Pré – escolar	499	10.868,71	49.165,25
Fundamental	2.950	53.307,30	278.253,38
Médio	992	18.505,13	80.748,81

Variável	Números de Escolas por nível		
	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Pré – escolar	10	122,48	1.050,40
Fundamental	16	148,17	1.340,77
Médio	6	64,32	279,93

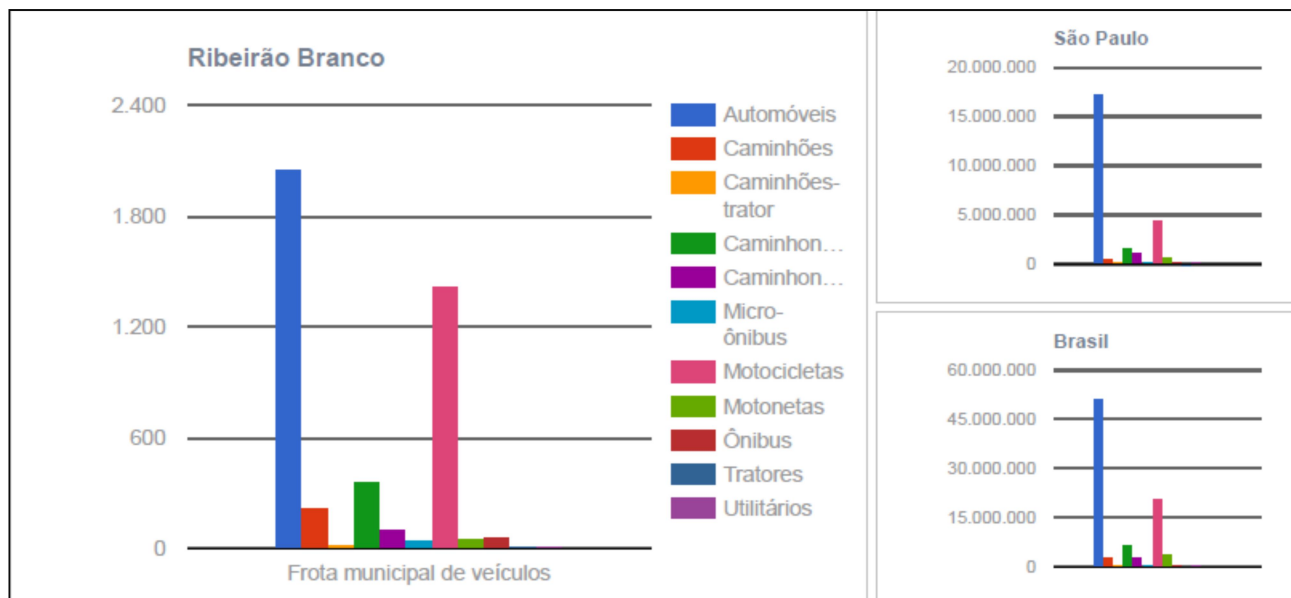
Número de matrículas, por série escolar 2008 – 2015



Matrículas por Série Escolar 2008-2015								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Creche	145	190	292	246	241	233	218	233
Pré-Escola	463	343	494	478	529	505	522	499
Ens. Fundamental	3806	4048	3603	3531	3347	3207	3104	2950

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2008 – 2015

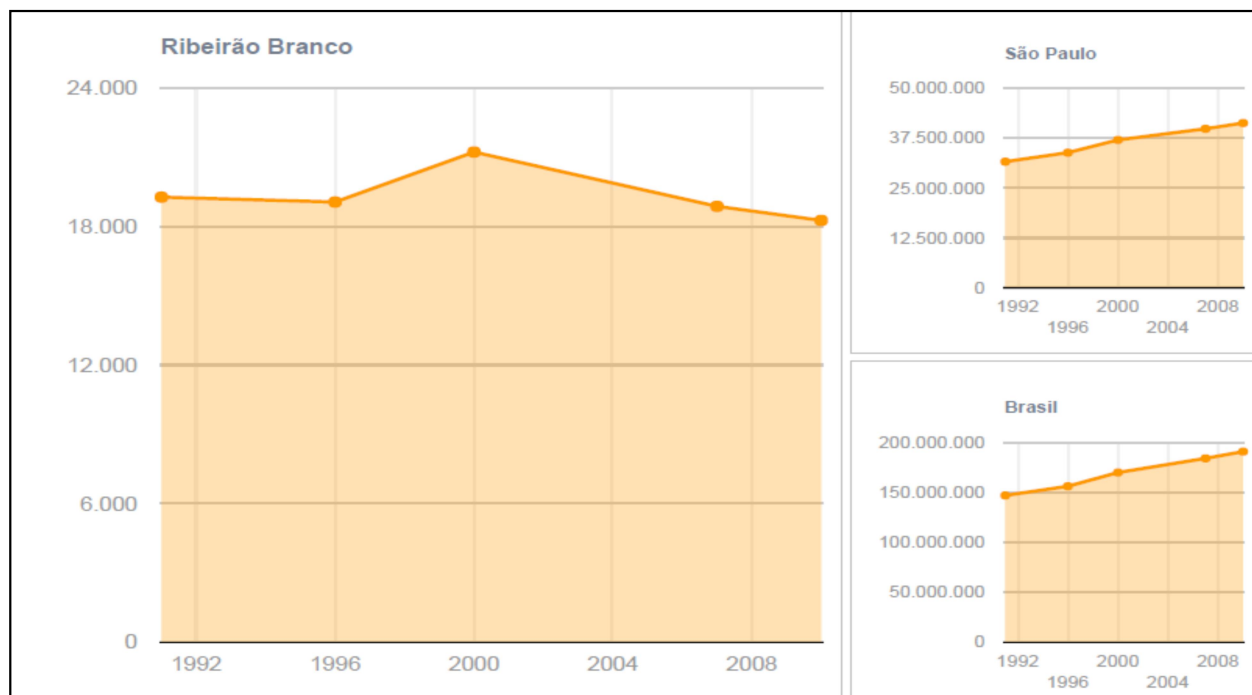
Frota municipal de veículos



Variável	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Automóveis	2.056	17.247.123	51.296.981
Caminhões	213	669.056	2.684.227
Caminhões-trator	13	162.501	606.679
Caminhonetas	354	1.825.129	6.880.333
Caminhonetas	104	1.105.626	3.053.759
Micro-ônibus	42	118.291	383.325
Motocicletas	1.415	4.378.772	20.942.633
Motonetas	49	828.036	3.990.558
Ônibus	62	155.317	601.522
Tratores	0	10.695	30.896
Utilitários	2	225.204	707.152

Fonte: Ministério das Cidades, Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN - 2016. NOTA 1: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável. NOTA 2: Atribui-se a expressão dado **não informado** às variáveis onde os valores dos municípios não foram informados.

Evolução Populacional



Evolução Populacional			
Ano	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
1991	19.278	31.588.925	146.825.475
1996	19.066	33.844.339	156.032.944
2000	21.231	37.032.403	169.799.170
2007	18.879	39.827.570	183.987.291
2010	18.269	41.262.199	190.755.799

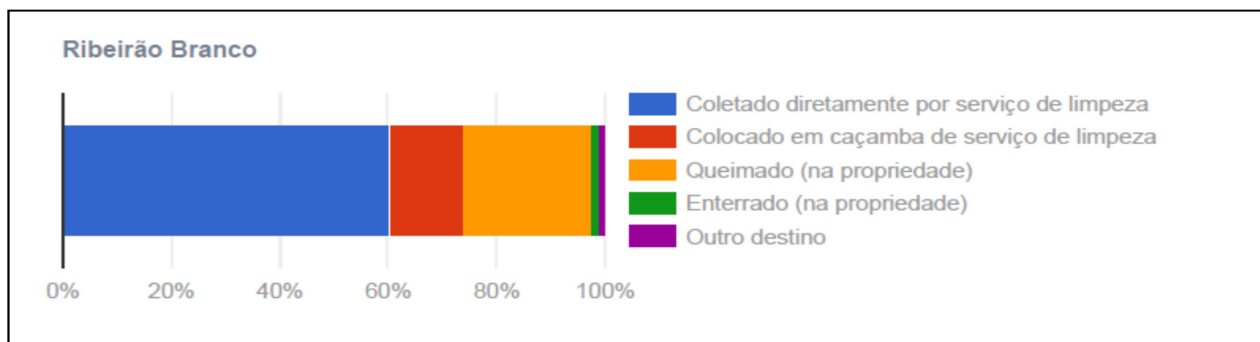
Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010;

Pirâmide Etária

Idade	Pirâmide Etária					
	Ribeirão Branco		São Paulo		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	727	741	1.361.616	1.313.756	7.016.614	6.778.795
5 a 9 anos	933	850	1.457.203	1.403.430	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	1.114	1.064	1.687.826	1.637.087	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	947	916	1.667.482	1.636.426	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	747	733	1.835.222	1.802.466	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	718	724	1.881.495	1.908.294	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	712	689	1.741.346	1.815.101	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	611	630	1.549.270	1.634.851	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	619	553	1.444.230	1.536.444	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	532	477	1.308.853	1.444.270	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	425	347	1.149.501	1.286.603	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	368	356	930.303	1.057.688	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	311	292	705.940	831.069	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	268	200	499.180	609.906	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	167	126	371.655	484.550	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	108	86	246.532	354.796	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	51	54	150.452	246.113	668.589	998.311
85 a 89 anos	29	22	63.558	121.030	310.739	508.702
90 a 94 anos	9	11	20.758	45.806	114.961	211.589
95 a 99 anos	0	1	4.534	12.323	31.528	66.804
Mais de 100 anos	0	1	917	2.317	7.245	16.987

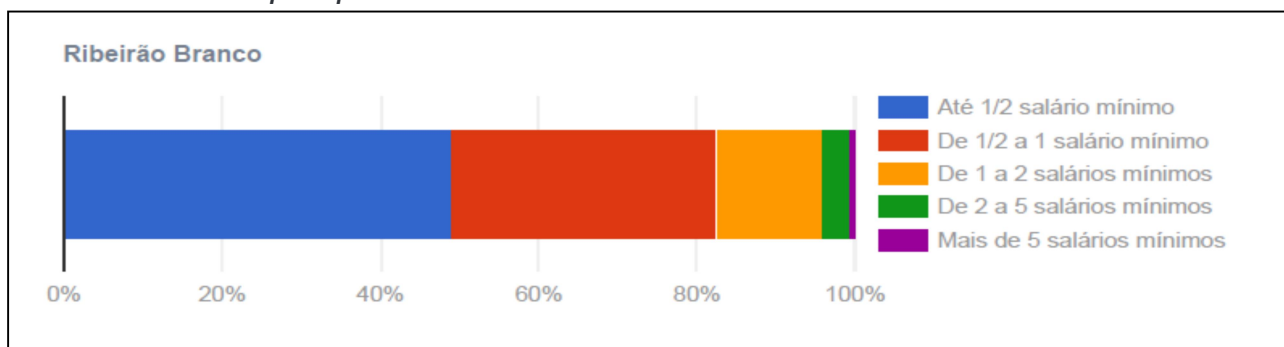
Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

Destino Final do Lixo - 2010



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

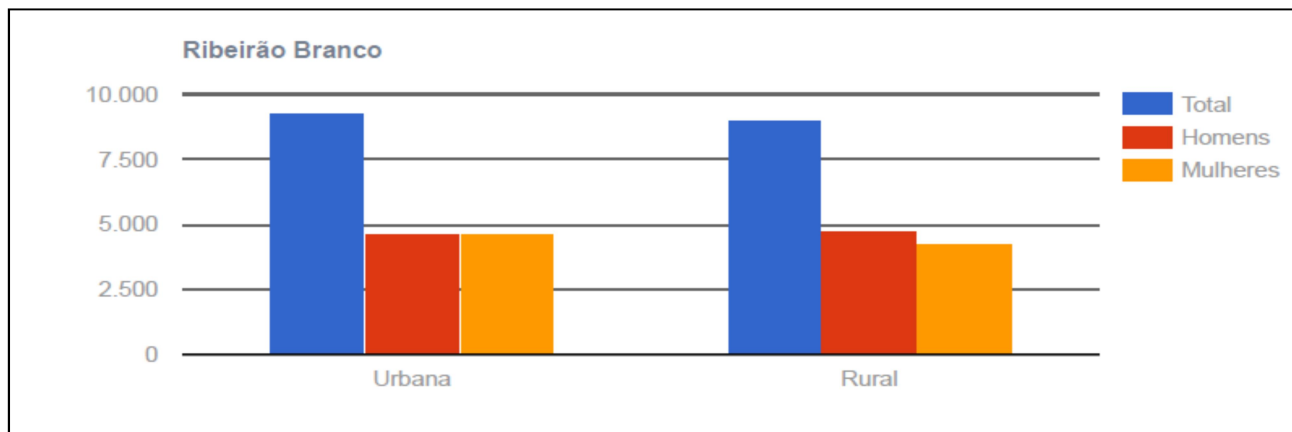
Rendimento Domiciliar *per capita* - 2010



Rendimento Domiciliar <i>per capita</i> - 2010	
Até 1/2 salário mínimo	2426
De 1/2 a 1 salário mínimo	1676
De 1 a 2 salários mínimos	661
De 2 a 5 salários mínimos	170
Mais de 5 salários mínimos	41

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

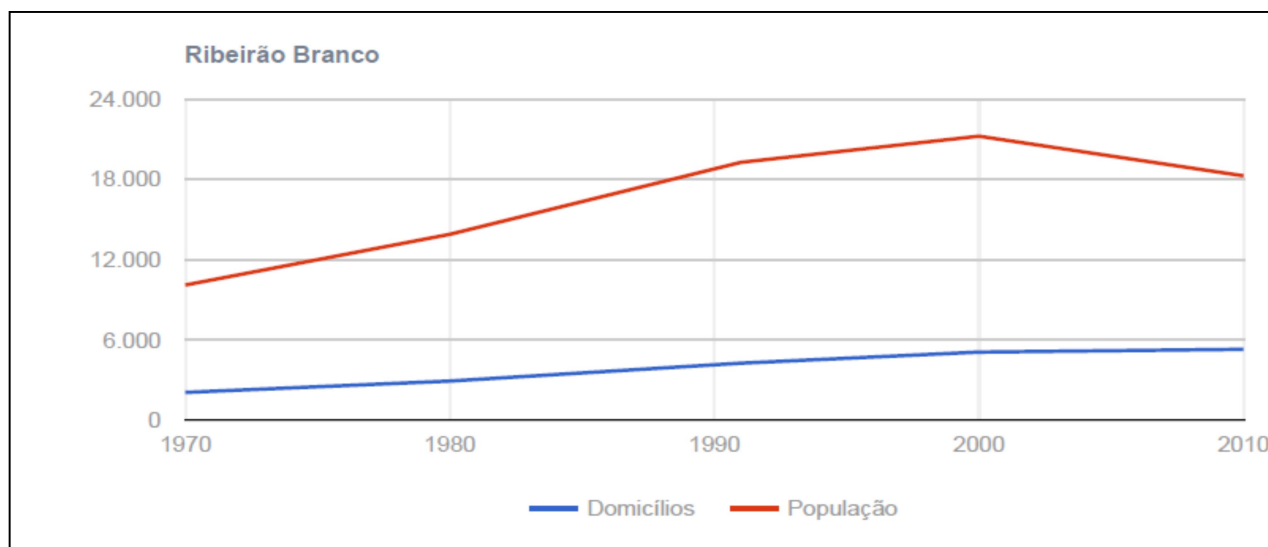
População Residente por situação do domicílio e sexo - 2010



População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010		
	Urbana	Rural
Total	9293	8976
Homens	4663	4733
Mulheres	4630	4243

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

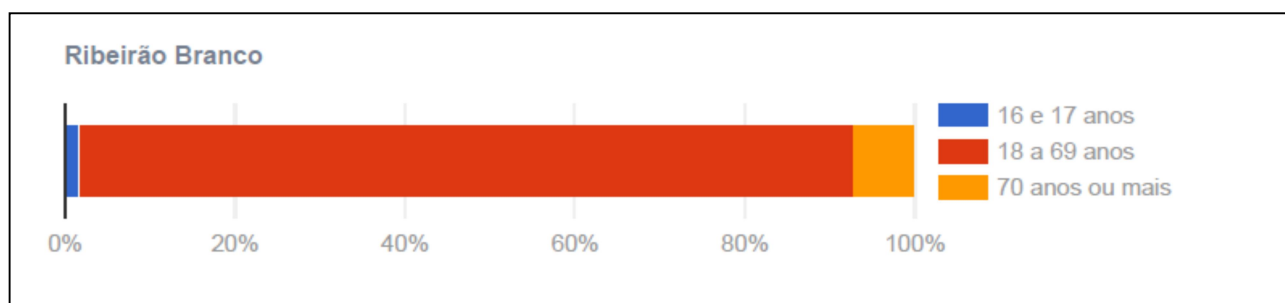
População Residente e domicílios 1980 - 2010



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010

População residente e domicílios 1980 - 2010					
	1970	1980	1991	2000	2010
Domicílios	2092	2940	4276	5105	5311
População	10113	13903	19278	21231	18269

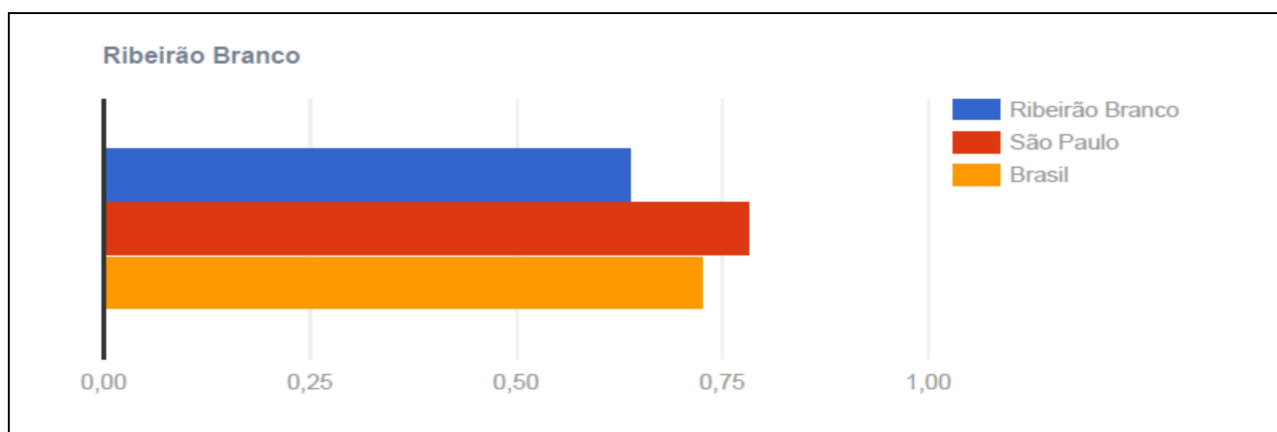
Numero de eleitores, por grupos de idade - 2010



Número de eleitores, por grupos de idade - 2010	
16 e 17 anos	241
18 a 69 anos	13381
70 anos ou mais	1074

Fonte: Tribunal Superior Eleitoral - TSE, Registros Administrativos 2016.

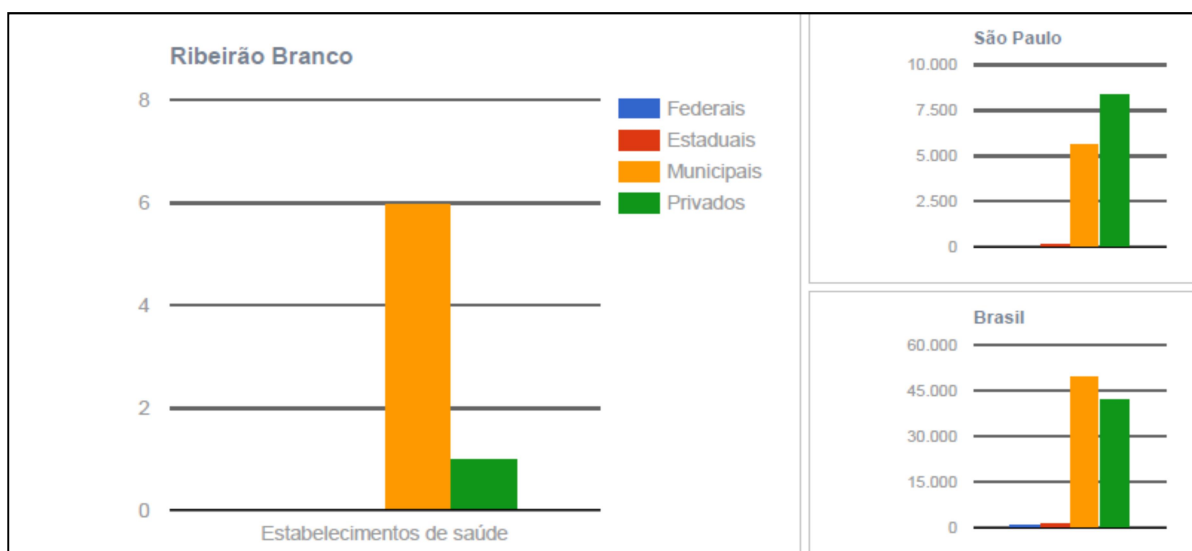
Índice de Desenvolvimento Humano - 2010



Índice de Desenvolvimento Humano	
Ribeirão Branco	0,639
São Paulo	0,783
Brasil	0,727

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD 2010.

Estabelecimentos de Saúde

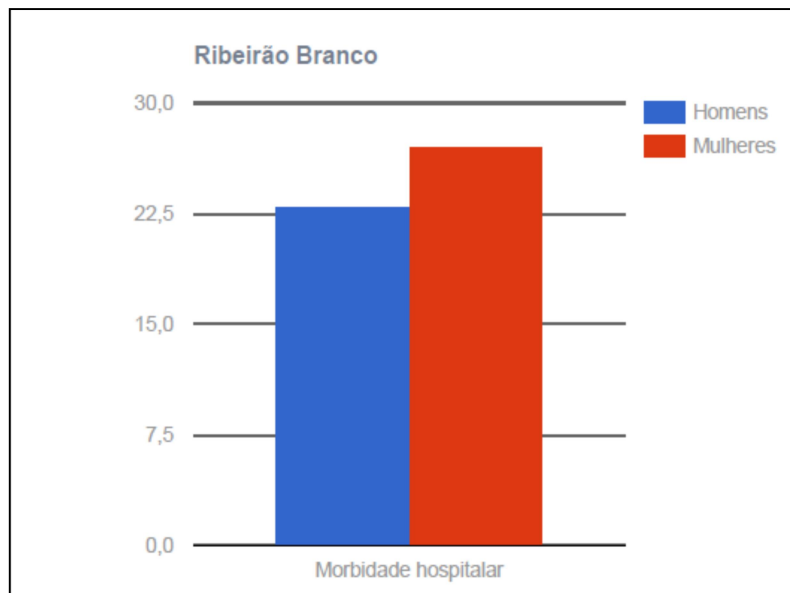


Estabelecimentos de saúde			
Variável	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Federais	0	29	950
Estaduais	0	181	1.318
Municipais	6	5.640	49.753
Privados	1	8.365	42.049

Fonte: IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

NOTA: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável ou onde, por arredondamento, os totais não atingem a unidade de medida.

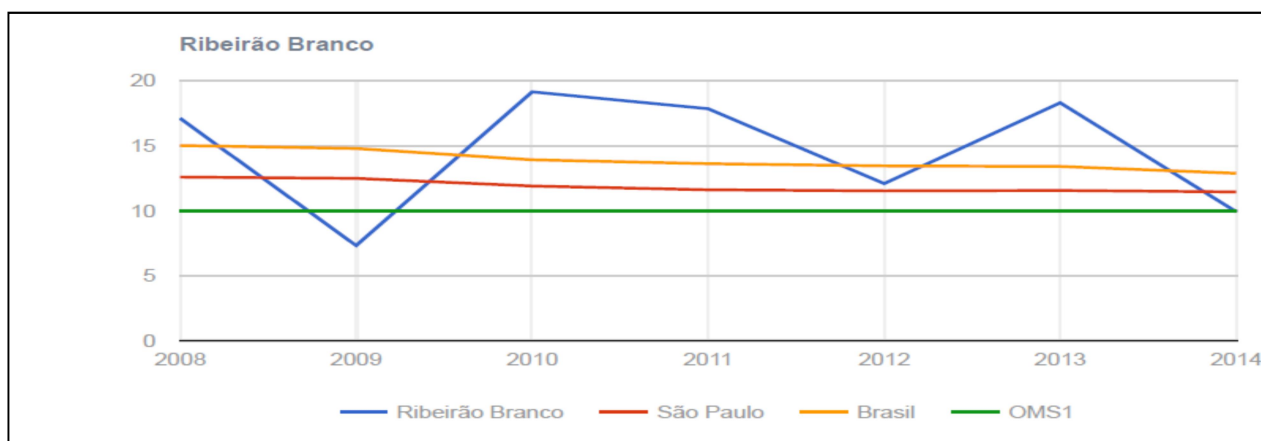
Morbidade



Morbidade hospitalar			
Variável	Ribeirão Branco	São Paulo	Brasil
Homens	23	62.201	242.238
Mulheres	27	52.468	205.787

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2014.

Taxa de Mortalidade Infantil 2008 - 2014



Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS 2008 - 2014.

(1) Valor considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

20 - ÁREA DE ATIVIDADE

No Plano de Trabalho descreveremos as Atividades para alcançar o objetivo principal deste Chamamento Público, que é oferecer ao usuário de serviços da Unidade de Pronto Atendimento (P.A.), Urgência e Emergência, Unidades de Saúde, Projeto Materno Infantil e Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de RIBEIRÃO BRANCO/SP um serviço de saúde de qualidade.

Os serviços de saúde têm o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade e as sequelas crônicas e incapacitantes, para tanto é preciso garantir os elementos necessários para um sistema de atenção à Saúde considerando recursos humanos, infraestrutura, equipamentos e materiais, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade adequada e contínua.

21 Organização da Atividade

Neste Plano de Trabalho, propomos que as Unidades e Serviços de Saúde que compõem o Sistema Municipal de Saúde, tenham em seu escopo de trabalho diário o desenvolvimento de ações de saúde lineares; assim propostos nos respectivos equipamentos de saúde:

6. Unidade de Pronto Atendimento (P.A.),

7. Urgência e Emergência,

8. Unidades de Saúde,

- Unidades Atenção Básica - UAB
- Ambulatório de Especialidades
- Unidades Programa Saúde da Família - PSF

9. Projeto Materno Infantil

10. Serviços de Saúde,

Serviços Planejamento Assistencial:

- 1-Contabilidade e Faturamento Produção Bioestatística
- 2-Controle Suprimentos em Saúde
- 3-Regulação Assistencial em Saúde
- 4-Programas de Saúde da Clínica Assistencial
- 5-Linhas de Cuidados e Estadiamento e Atenção em Saúde
- 6- Planejamento e Avaliação Controle Assistencial em Saúde

Serviços Operacionais

- 1-Auditoria em Saúde
- 2-Manutenção Estabelecimentos Saúde
- 3-Saúde Ocupacional- Saúde do Trabalhador
- 4-Transporte Sanitário - Equipes de Saúde
- 5-Educação Continuada em Saúde
- 6-Tecnologia Informações e Vigilância em Saúde
- 7-Monitoramento Operacional de Serviços

As Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO devem estar apta a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros de tratamento em atenção programática, agudos ou crônicos agudizados. São estruturas de complexidade intermediária, média , entre as unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e a Unidade Hospitalar.

Assim, têm como principal missão:

- Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico de tratamento em atenção programática agudo/crônico de qualquer natureza, e em especial, os casos de baixa e media complexidade nas 24 horas por dia interruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados.
- Dar condições de trabalho ao serviço da atenção básica de saúde e de saúde da família e urgência emergência;

- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
- 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);
- 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;
- 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.

22 - Implantação de Fluxos de Serviços de Saúde

Conforme visita técnica realizada por técnico da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS o fluxo de atendimento dos pacientes nos serviços de saúde de RIBEIRÃO BRANCO, é realizado na sala de triagem, e o atendimento de adultos e crianças é realizado no mesmo local. Inicialmente será seguido o mesmo fluxo de atendimento para usuários que ingressarem à atenção e cuidados de saúde.

Os fluxos dos pacientes visa melhorar o acesso ao serviço de saúde na rede, com a proposta de um direcionamento adequado a gestão das UNIDADES DE SAÚDE.

1.1. Fluxos operacionais compreendendo circulação dos usuários em atendimento, em espera e em áreas restritas com salas de observação, de atendimento, de sutura e curativo.

O fluxo de atendimento de um paciente que chega à Unidade de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO poderá ser resumido da seguinte forma:

1. O usuário quando entra na Unidade de Saúde é atendido por ordem de chegada pela recepção principal que o direciona ao atendimento solicitado. Caso o paciente possua idade de até 13 anos 11 meses 29 dias, isto é, seja menor de 14 anos, será considerado atendimento pediátrico;
2. Depois de realizar a Ficha de Atendimento – FAA, ele passa pela triagem de classificação de risco. O paciente é encaminhado para um profissional enfermeiro (a) que amplia a escuta de suas queixas. Esse profissional faz um exame simplificado, no qual é avaliada sua temperatura, nível de açúcar no sangue se necessário, aferição da pressão arterial, respiração, pulso, e nos casos de crianças também é verifica o peso. A partir desse exame, o enfermeiro(a) classifica o grau de risco do paciente, ou seja, se ele deverá ser

atendido imediatamente ou se poderá esperar para ser atendido sem qualquer risco à sua integridade, priorizando-se sempre os casos mais graves. Desta forma, o atendimento se encaminha de acordo com gravidade do caso, e não por ordem de chegada;

3. Após a triagem o paciente é encaminhado para a sala de espera, aguardando o atendimento médico;
4. O paciente recebe o atendimento pelo médico clínico. A partir dessa consulta, o paciente poderá fazer exames, receber medicação (na sala de medicações), ou ainda ser encaminhado para a sala de observação e ir para casa, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Os casos não urgentes e que não se enquadram em nenhuma das situações já apresentadas são “contra referenciados”, ou seja, direcionados para as Unidades Básicas de Saúde ou as Unidades de Saúde da Família do município de RIBEIRÃO BRANCO.

Nos casos de pacientes mais graves, após sua estabilização serão “referenciados”, isto é, transferidos para o Hospital de RIBEIRÃO BRANCO ou para unidades hospitalares regionais que ofereçam mais opções de serviço e equipamentos adequados a atendimentos de maior gravidade, como centro cirúrgico, internação e outras especialidades.

Paciente Externo: É o curso direcional constituído pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), dos que não se encontram em regime de observação. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações reservadas aos funcionários e pacientes em observação.

Paciente Interno: É constituído pelos fluxos de pacientes em regime de observação, dentro da própria unidade, e, quando for o caso, por seus acompanhantes, ou ainda por funcionários, que acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico.

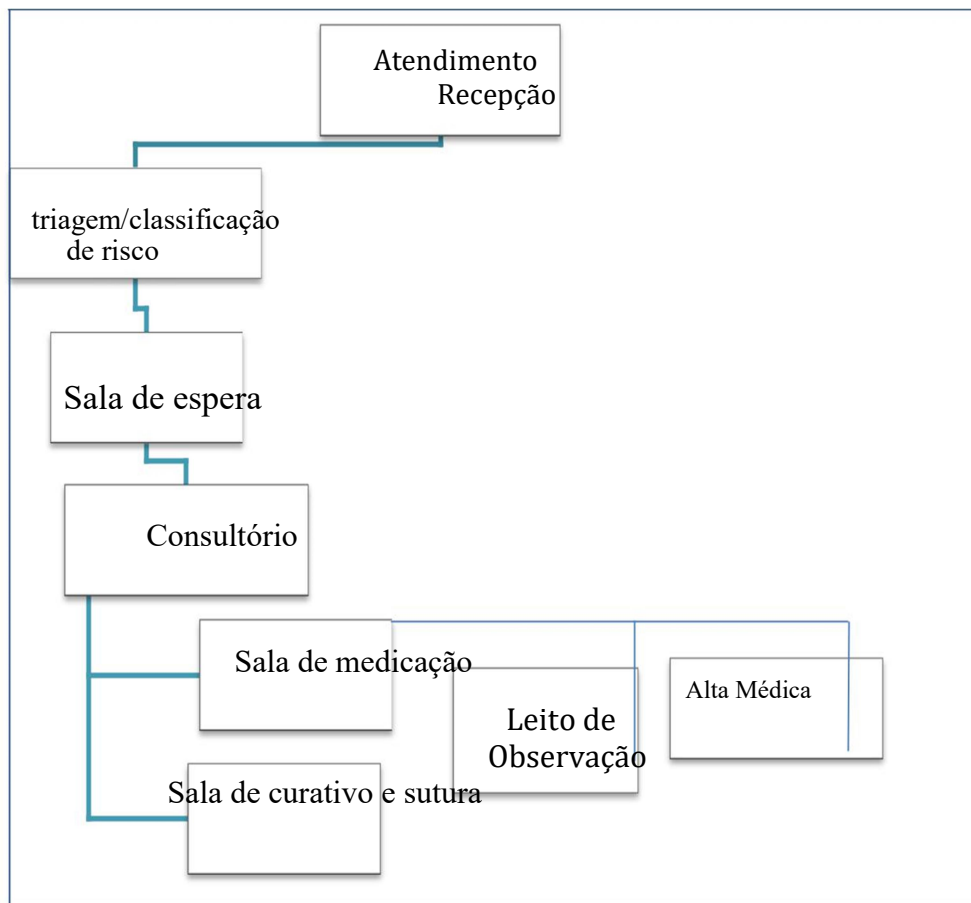
Acompanhantes: São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência no UNIDADES DE SAÚDE, inclusive na fase de observação e ou transferências.

23 Fluxo de Curativo/Sutura

Paciente interno: O curativo realizado no paciente em observação é feita no próprio leito, e quando houver necessidade de realização de sutura o paciente é encaminhado juntamente com um profissional de enfermagem para a sala de sutura.

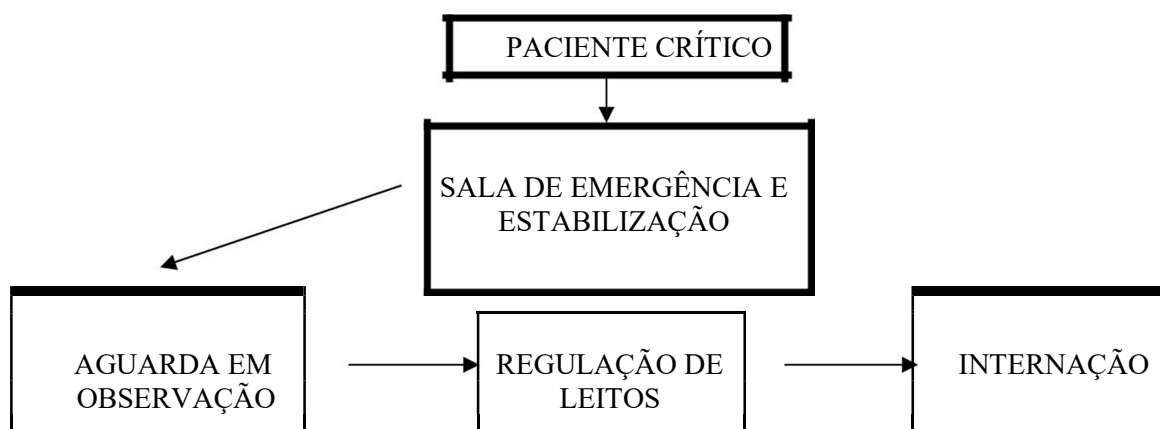
Paciente externo: O paciente externo dará entrada pela recepção, encaminhado para a triagem/acolhimento, da triagem/acolhimento será encaminhado para a avaliação médica ou de enfermagem, e havendo necessidade de sutura/curativo a mesma será encaminhada para as respectivas salas. Após o procedimento médico ou de enfermagem a paciente será encaminhada para dar continuidade no tratamento para unidade básica de saúde/ unidade saúde da família de sua referência para dar continuidade no tratamento.

24 FLUXO PADRÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO



Os pacientes que chegam em situação de risco (prioridade zero) via busca espontânea ou através de encaminhamentos de saúde do município, ou os que são avaliados e, se considerados atendimento de prioridade um, deverão ser encaminhados AO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA, devido à necessidade de atendimento imediato, e posteriormente encaminhado para internação.

25 FLUXO DO PACIENTE DE ATENDIMENTO IMEDIATO



26 Fluxo operacional para material médico hospitalar e medicamentos.

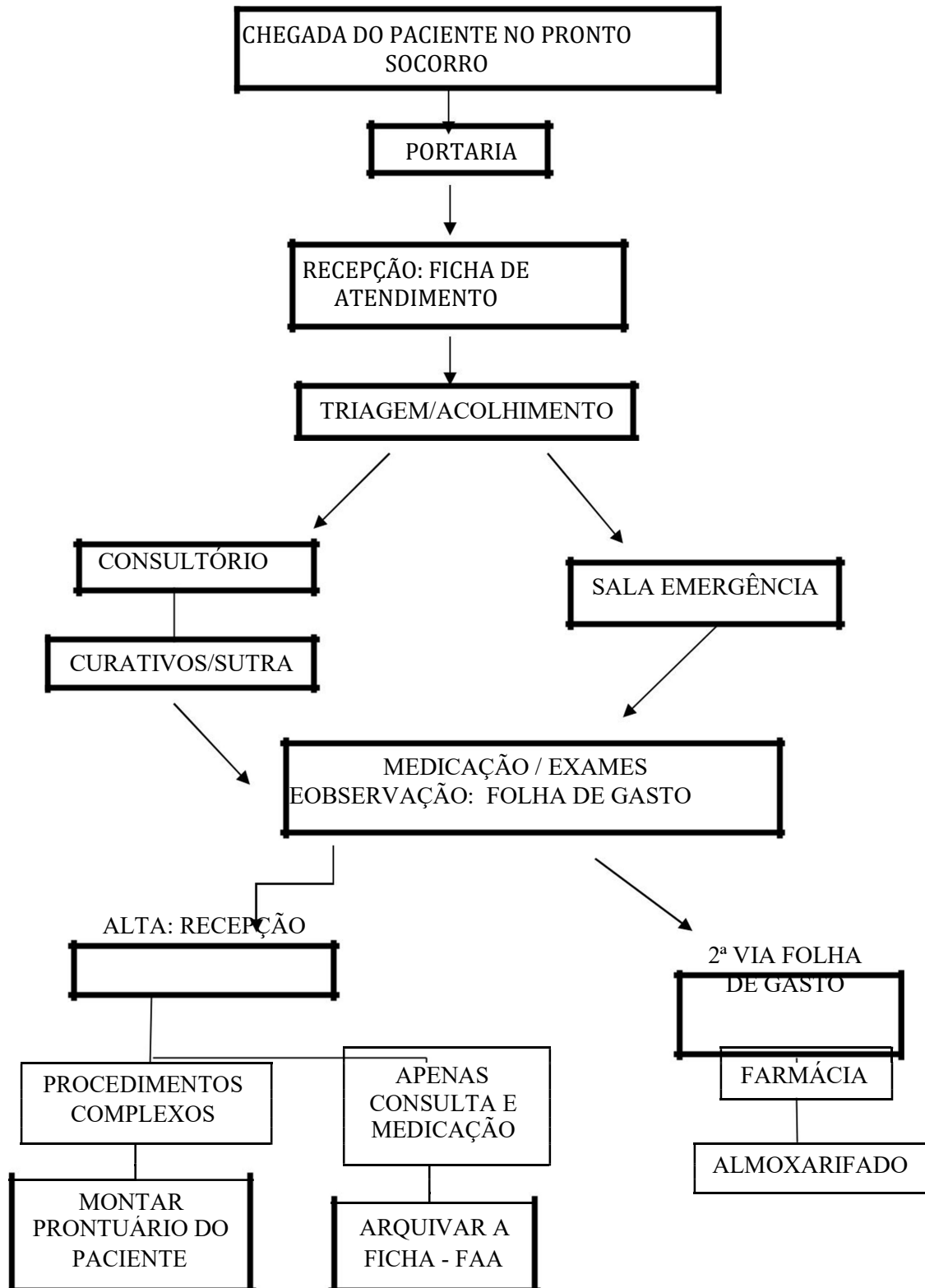
Possuir um fluxo de materiais eficiente é muito importante para que qualquer empresa entregue seus produtos no tempo, na qualidade, na quantidade e no lugar certo, ou seja, a essência do conceito de logística. Se em uma empresa comum esses preceitos são vitais, em um UNIDADES DE SAÚDE, multiplica-se a importância de se manter uma boa gestão de materiais.

A *gestão de fluxo de material* é definida como “a parte da cadeia de abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo eficiente e armazenamento

de bens, serviços e informações relacionadas desde o ponto de origem para ponto de consumo, a fim de atender às exigências dos clientes “.

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** se responsabilizará pelo serviço de Gestão de Fluxos de Material. Gestão de Materiais é um subconjunto da logística e ofertas com que o fluxo que inclui a administração do material nas Unidades de Saúde, medicamentos, consignados, material de escritório, de manutenção, software para gestão de estoque, adequações e melhorias de infraestrutura, mão de obra especializada e treinada. O serviço de logística assegurará que os objetivos do serviço sejam alcançados.

27 Fluxos para registros e documentos.



A Observação Clínica nas Unidades de Saúde devem ser conforme preconizado na atenção básica e serviços de urgência emergência ocorrerá por um período de no máximo 24 horas, já previsto na regulamentação do SUS. Depois de transcorrido este tempo, o paciente será encaminhado à internação.

No período em que o paciente permanecer em observação, toda assistência disponível nas UNIDADES DE SAÚDE será prestada, bem como serão realizados os exames indicados pelo médico responsável.

Serão encaminhados à Observação da Unidade de Pronto Atendimento todos os pacientes:

- Que apresentem instabilidade de sinais vitais, fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem.
- Que necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido a condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR.
- Que necessitem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação.
- Que necessitem de monitoração constante de glicemia.
- Que necessitem de observação do nível de consciência.
- Que necessitem de observação para monitoração dos níveis de oxigenação, bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação.
- Que necessitem de observação para investigação diagnóstica.
- Que necessitem de observação pós-sedação.
- Que necessitem de observação para acompanhamento da dor.
- Que necessitem de observação por apresentarem agitação psicomotora.
- Que necessitem de observação devido à intoxicação exógena.
- Que necessitem de observação para monitoração de reações adversas.
- Que necessitem de observação para monitoração e acompanhamento da pressão arterial.

- Que apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado dos exames.

28 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados.

Segundo constatado em Visita Técnica, as Unidades de Saúde não dispõe de estruturas e instalações físicas para a realização de esterilização de materiais, esse serviço é realizada pela na Unidade Central Pronto Atendimento de RIBEIRÃO BRANCO.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE SALUS & SALUTIS será responsável de assegurar estoque de materiais esterilizados de acordo com a demanda dos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO, proceder à rotina de manutenção dos materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização.

A responsabilidade pelo processamento dos produtos é do representante legal, isto é, a central de esterilização disporá de funcionário tecnicamente habilitado e capacitado.

29 Fluxo unidirecional para roupas.

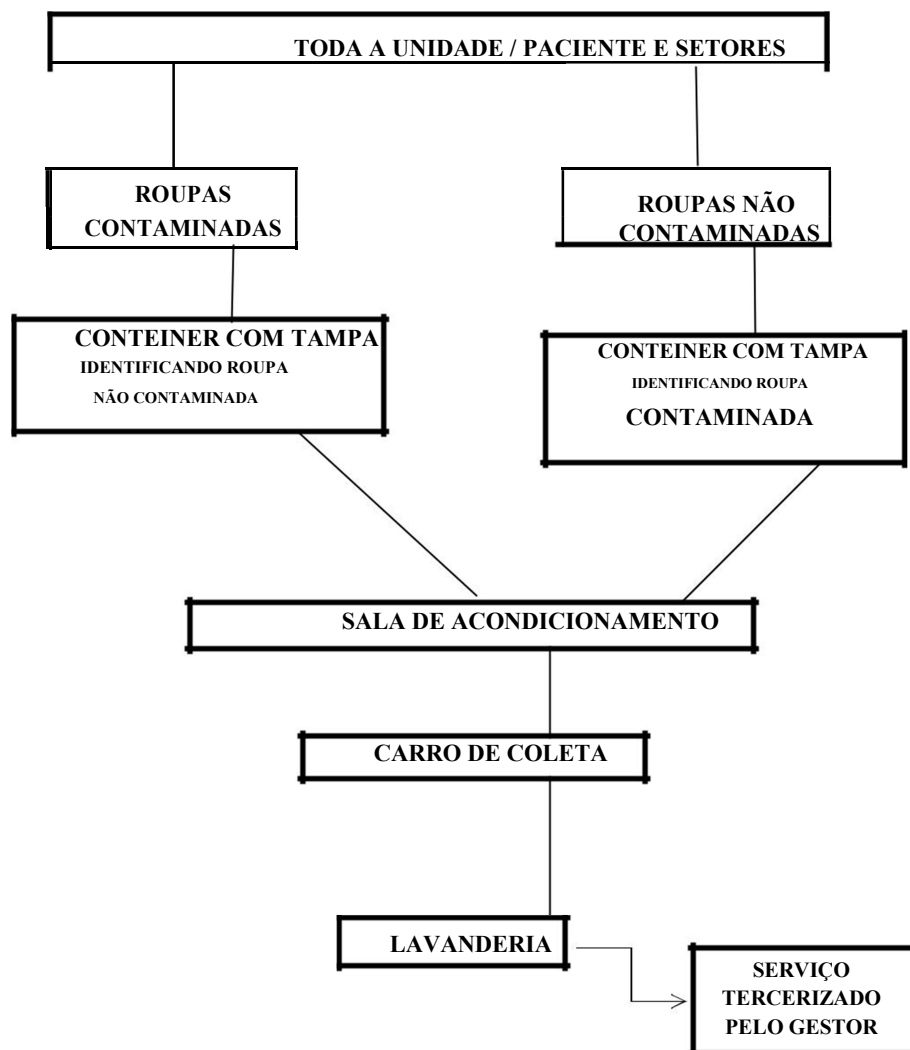
O serviço de lavanderia da Secretaria Municipal de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO é realizado na Unidade de Pronto Atendimento e será de responsabilidade da Organização Social.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE SALUS & SALUTIS , ficará responsável pela retirada da roupa suja das UNIDADES DE SAÚDE até seu retorno em

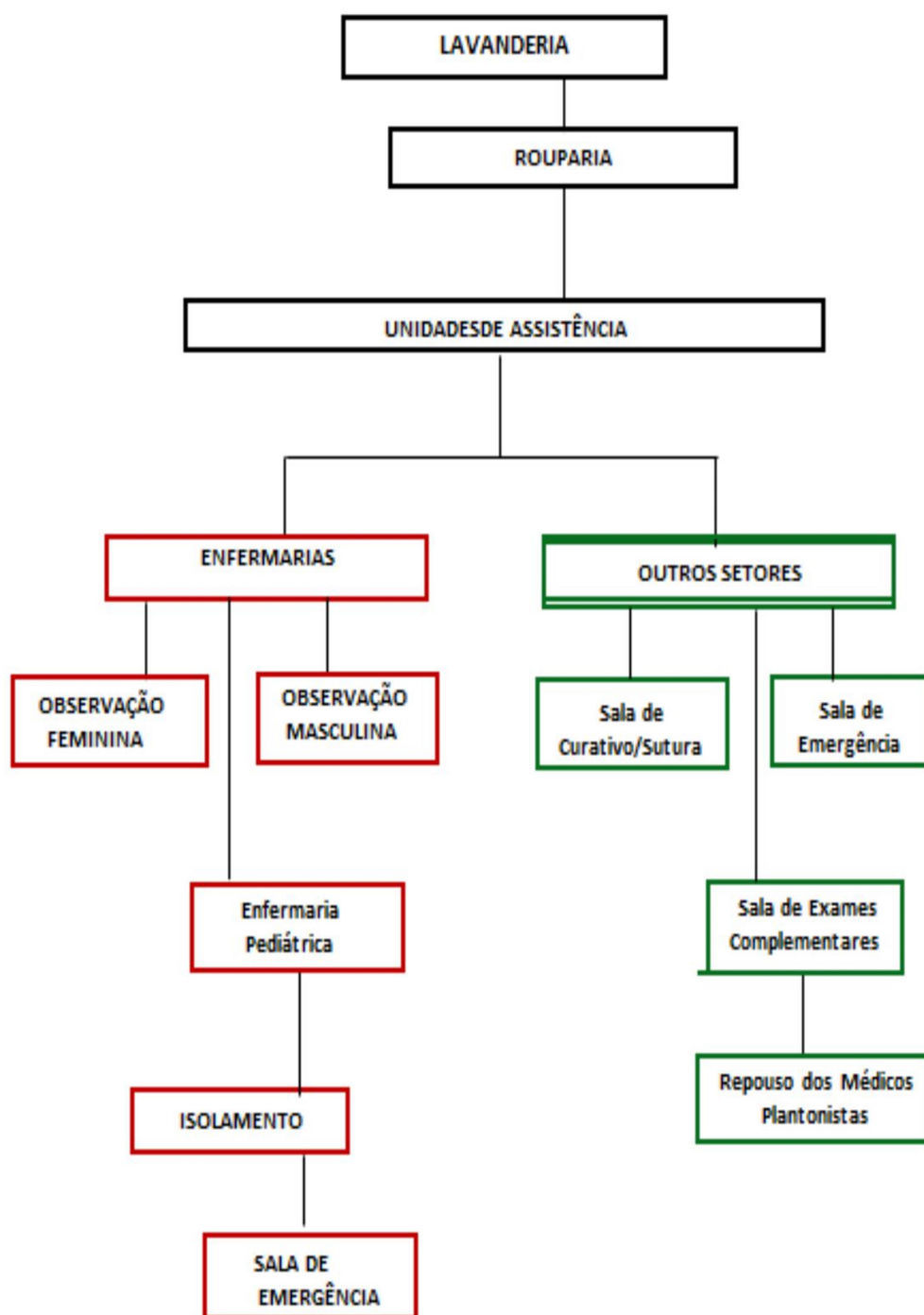
ideais condições de reuso, sob condições higiênico-sanitárias adequadas (recolhimento entrega e processamento: lavagem, passagem e reparo de peças avariadas).

Caberá à equipe operacional das UNIDADES DE SAÚDE de RIBEIRÃO BRANCO: coletar, pesar, separar, e encaminhar para processamento e reparação, armazenar, transportar e distribuir toda a roupa limpa de acordo com a rotina, providenciar substituição imediata das roupas que não estiverem mais em condições de utilização e assegurar um estoque adequado de roupas de acordo com a demanda da unidade.

30 Fluxo das roupas sujas



31 Fluxo das roupas limpas



32 - Fluxo unidirecional para resíduos de saúde.

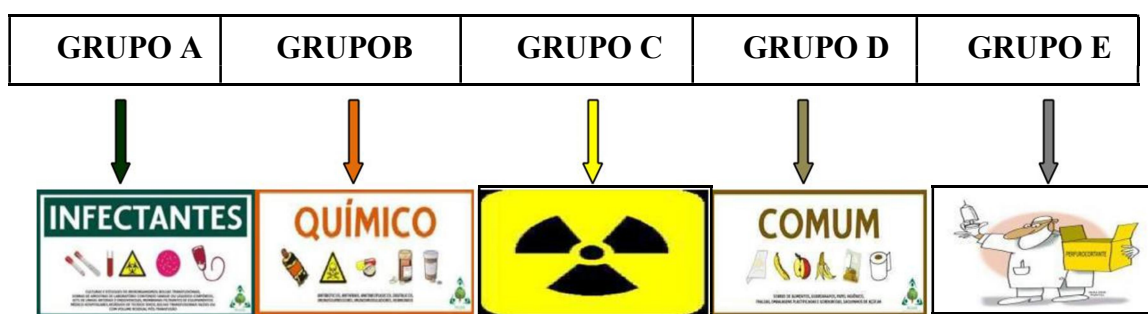
A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE SALUS & SALUTIS implantará nas Unidade de saúde RIBEIRÃO BRANCO, Programa de Gestão de “Resíduos de Serviço de Saúde” (RSS), comumente referenciados como "lixo hospitalar", visando a atender ao disposto na Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 07/12/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O objetivo é reduzir a quantidade de RSS gerada, com o menor custo e com dano zero ao meio ambiente e a toda a cadeia.

O Programa de Gerenciamento é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão, concebidos a partir de bases técnicas, científicas, de normativas e leis, buscando minimizar a produção de resíduos gerados, dar encaminhamento seguro, de forma eficiente e eficaz, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Atingirá todas as etapas, desde a **geração** do resíduo até a sua **separação** e **condicionamento** para a COLETA EXTERNA, e envolverá desde o planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais, até a capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo deste.

A COLETA EXTERNA do lixo hospitalar nas unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO estará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, pois já tem este serviço contratado pelo município.

33 - Classificação dos Resíduos e Descarte Adequado



Grupo A – Resíduos com possível presença de agentes biológicos

A1 – Culturas e estoque de microorganismos; vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; resíduos da atenção à saúde humana e animal com suspeita ou certeza de contaminação Classe de Risco 4 (elevada periculosidade para o ser humano); bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes; sobras de laboratórios com sangue ou líquidos corpóreos.

A2 – Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais inoculados com microorganismos sem agentes Classe 4.

A3 – Peças anatômicas humanas (membros) e produtos de fecundação sem sinais vitais, menor que 500 gramas, 25 cm e 20 semanas gestacionais.

A4 – Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; sobras de amostras de laboratórios contendo fezes, urina e secreções, sem agentes Classe de Risco 4; peças anatômicas e resíduos de procedimentos cirúrgicos e outros resíduos sem inoculação de microorganismos.

A5 – Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos e materiais perfuro-cortantes, entre outros com suspeita ou certeza de contaminação por príons.

Grupo B – Resíduos contendo substâncias químicas

- Produtos hormonais, antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, antirretrovirais, imunossuppressores, imunomoduladores edigitálicos.
- Saneantes, desinfetantes, germicidas, solventes, mercúrio de termômetro, ácido crômico, efluentes de processadores de imagem, amálgama, pilhas, baterias, óleo lubrificante e outros produtosperigosos.

Grupo C – Resíduos que contenham radionuclídeos

- ❖ Dejetos sólidos ou líquidos provenientes de laboratórios de análise clínica, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN 6.05.

Grupo D – Resíduo Comum: sem risco biológico, químico ou radioativo.

- ❖ Resíduos provenientes de áreas administrativas (escritórios), de limpeza de jardim, restos de refeitórios e de pacientes, fraldas e papel de uso sanitário.

Grupo E – Materiais perfurocortantes ou escarificastes

- ❖ Lâminas de bisturi, lâminas de barbear, agulha (sutura e raqui), ampolas de vidro, seringas com agulhas, brocas, escalpes, mandril de cateteres curtos ou longos utensílios, vidros quebrados e similares.

34 Implantação da Gestão

Implantação da Logística de Saúde

As ferramentas da gestão moderna passam obrigatoriamente pelos mecanismos de produção do trabalho e seus resultados. Para tanto, implantaremos as seguintes ferramentas e instrumentos de modernização gerencial:

- Educação em Saúde, Capacitação Profissional e Educação Continuada.
- Ouvidoria em Saúde.
- Comissões Técnicas.
- Atenção para a eficácia na comunicação entre setores.
- Motivação das equipes multidisciplinares (palestras motivacionais).
- Identificação e formação de chefias.
- Supervisão dos serviços de saúde *"in loco"*.
- Avaliação de desempenho dos envolvidos nos serviços de saúde prestados.

O Serviço de Gestão Financeira é, dentro dos serviços de apoio geral, um dos sectores mais sensíveis de uma Unidade de Saúde. Os recursos financeiros são extremamente escassos e, por isso, devem ser muito bem geridos, em tempo hábil, com oportunidade e muita racionalidade.

A gestão financeira se ocupa pela economia e pelas finanças da entidade hospitalar. Assim, deve estar ciente do montante das imobilizações (a fim de saber a quantidade de recursos financeiros em caixa), qual o valor dos direitos (recursos financeiros a receber) e qual o montante do passivo de curto, médio e longo prazos (contas a pagar).

O objetivo da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS é gerir os recursos financeiros de forma a otimizá-los. É atribuição da administração financeira buscar a redução das despesas consideradas desnecessárias e definição de prioridades nos gastos e manutenção dos recursos necessários à operacionalização das funções

precípuas das Unidades de Saúde geridas, ou seja, prestar serviços da área de saúde, sejam preventivos ou remediadores.

Cabe à administração financeira hospitalar, por meio de uma gestão estratégica, prover os recursos financeiros necessários para a aquisição e manutenção de todos os recursos necessários para a prestação dos serviços de saúde. Entende-se por recursos necessários: medicamentos, recursos humanos, energia elétrica, água, instalações adequadas, etc. Fica a cargo da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS a responsabilidade de produzir os atos clínicos que ficarem estabelecidos. Por isso é indispensável levar ao máximo os proveitos e reduzir os custos tidos como desnecessários.

ESTRATÉGI A	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS
Desenvolvim ento de Parcerias	Incrementar a captação de recursos	Elaborar plano de captação de recursos com vistas a atingir os objetivos do Plano Diretor das Unidades de Saúde geridas.
Financiament o	Aprimorar a gestão financeira	Implementar metodologias de controle e gestão das despesas e receitas com vistas a garantir a sustentabilidade financeira.
		Replicar as metodologias de controle e gestão das despesas e receitas em todas as unidades funcionais das Unidades de Saúde geridas.
		Acompanhar sistematicamente todos os convênios governamentais estabelecidos pelas Unidades de Saúde geridas no âmbito das Unidades Financeiras.

		Manter as negociações com as esferas governamentais para financiamento pleno das ações realizadas dentro das Unidades de Saúde geridas.

1.1.2.2. Política de Recursos Humanos a ser praticada

O funcionamento da área administrativa será estabelecido por meio de normas operacionais padronizadas, rotinas de trabalhos administrativos hierarquizados numa linha de comando já demonstrada. Os procedimentos consistem em sucessão predeterminada de atos, encadeados logicamente entre si.

Por um lado, a procedimentalização produz impossibilidade de decisões imediatas e de escolhas fundadas em critérios meramente subjetivos da autoridade. Por outro lado, quando se trata de serviços de saúde, a procedimentalização é imprescindível.

Recursos Humanos é um conceito que diz respeito ao conjunto de processos, competências, práticas, normas e políticas que objetivam gerir, conduzir e administrar o capital humano de uma Instituição. E este conceito, refletirá na valorização institucional.

A construção de uma política de Recursos Humanos visa agregar, integrar, incentivar, desenvolver, manter e acompanhar pessoas.

Alinhado aos objetivos da Instituição, essa ferramenta contribui na compreensão dos profissionais quanto a importância de suas atividades na conquista de melhores resultados.

Também estabelecem diretrizes de atuação de médio e longo prazo nas relações institucionais. E são orientadoras dos processos voltados para gestão de pessoas.

A política de Recursos Humanos irá ser desenvolvida ao longo dos seguintes eixos:

- Recrutamento e Seleção
- Cargos e Salários
- Avaliação de Desempenho
- Treinamento e Desenvolvimento
- Controle de Pessoal
- Segurança no Trabalho

35 NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

Esta norma estabelece os procedimentos e regras a serem adotados no recrutamento e seleção de pessoal para preenchimento de vagas para pessoal administrativo, técnico, assistencial e operacional pela Instituição administrada com recursos financeiros provenientes de Contrato de Gestão firmado com o Poder Público Municipal pela ORGANIZAÇÃO ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, para a execução das atividades e serviços de saúde.

O processo compreende as seguintes etapas:

- Recrutamento
- Seleção
- Admissão
- Integração

OBJETIVO

Esta norma define regras e procedimentos de recrutamento, seleção e contratação de profissionais, de modo a permitir ampla participação de interessados e a contratação daqueles que melhor atendam às necessidades da Instituição.

As regras e procedimentos definidos nesta norma devem ser observados para o recrutamento, seleção, contratação e integração de:

- a) Empregado: Profissional com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), podendo ser por prazo determinado ou indeterminado, considerando também acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho de cada categoria profissional;

b) Profissionais Autônomos: Poderá ser realizada a contratação de profissionais autônomos toda vez que a atividade realizada pelo profissional contratado não caracterizar vínculo empregatício sendo possível efetuar o pagamento do serviço como autônomo, incidindo os encargos legais. O pagamento de profissional autônomo será feito por meio de requisição enviado à Instituição, onde deverão constar, no mínimo, os seguintes dados: Nome, endereço, telefone, e-mail, CPF, número do NIT/PIS/PASEP ou matrícula como Contribuinte Individual e dados bancários.

c) Estagiário: estudante que esteja frequentando instituição de ensino superior, de acordo com o estabelecido na Lei 11.788/2008 e demais normas aplicáveis.

Compreende o estágio não obrigatório, aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga regular e obrigatória (art. 2º, § 2º da Lei 11.788/2008). O estágio não obrigatório é desenvolvido livremente como atividade opcional e, neste caso, as horas de estágio serão acrescidas à carga horária regular e obrigatória, quando tal previsão integrar o currículo acadêmico do curso. A carga horária de estágio está limitada a seis horas diárias e a trinta horas semanais, para estudantes do ensino superior, da educação profissional de nível médio e do ensino regular, ou quatro horas diárias e vinte horas semanais para estudantes de educação especial e dos anos afins do ensino fundamental, na modalidade profissional de educação de jovens e adultos.

A contratação dar-se-á com a assinatura do Termo de Compromisso de Estágio entre as partes.

A data do início do estágio não poderá ser anterior a da assinatura do Termo de Compromisso de Estágio.

A duração máxima do estágio na Instituição será de 2 (dois) anos, exceto ao se tratar de estagiário portador de deficiência.

Quando a duração do estágio for igual ou superior a 1 (um) ano, o estagiário tem direito a um período de recesso de 30(trinta) dias, que devem ser gozados preferencialmente durante as férias escolares.

Nos casos em que o estágio tiver duração inferior a 1 (um) ano, os dias de recesso serão concedidos proporcionalmente.

PROCEDIMENTO: O processo será realizado em cinco etapas:

- Solicitação do serviço
- Recrutamento
- Seleção
- Admissão
- Integração

Solicitação do Serviço: É requisito para que seja dado pela área de Recursos Humanos o início ao processo de recrutamento e seleção de candidatos às vagas existentes. A solicitação deve ser por meio de requisição de pessoal emitida pela área, setor, departamento etc. onde se estabeleceu a necessidade, descrevendo o necessário perfil técnico e comportamental do profissional a ser contratado e deverá contar com a anuência formal do Diretor a que está subordinado o solicitante. A requisição deverá ser emitida por ocasião da implantação de novas parcerias ou em substituição de pessoal ou ainda por aumento de quadro.

Recrutamento: Processo que busca atrair candidatos para as vagas existentes. A Instituição realizará o recrutamento à luz dos requisitos e competências definidos para cada função. As vagas serão divulgadas por meio de jornais de expressiva circulação, rádio, sites de recrutamento, empresas de seleção de pessoal, centrais de apoio ao trabalhador ou outros meios de divulgação, observando os meios de comunicação disponíveis na região e obedecendo aos princípios da publicidade, da impessoalidade e da eficiência. O conteúdo da divulgação das vagas conterá:

- a) As funções a serem preenchidas;
- b) Os requisitos exigidos para cada função;

- c) O local para informações, entrega de currículo e/ou inscrições.

Seleção: A seleção tem como objetivo avaliar as competências dos candidatos, a partir do perfil, da trajetória de carreira e do nível de complexidade definidos para a vaga. A etapa de seleção é composta pelas seguintes fases:

- a) Análise de currículo. Visa observar a conformidade do candidato com os requisitos mínimos exigidos para a vaga a qual se candidatou;
- b) Avaliação escrita. Visa detectar as competências e postura profissional do candidato à vaga;
- c) Avaliação técnica. Visa apurar o conhecimento técnico, quando necessário;
- d) Aplicação de testes psicológicos. Visa apurar aspectos cognitivos e psicológicos, quando necessário;
- e) Provas situacionais, dinâmica de grupo. Visa conhecer as características comportamentais relevantes a cada candidato auxiliando na identificação de talentos, quando necessário;
- f) Entrevistas individuais. Visa confirmar e checar as informações colocadas no currículo. É o momento para aprofundar e conhecer o candidato, sua atuação, competências, e verificar se atende ao perfil que a posição da função/Atividade exige, quando necessário.

Admissão: Ato de dar acesso, acolher o empregado na Instituição. De acordo com o número de vagas em aberto, todos os candidatos que atendam aos requisitos do instrumento de divulgação de vagas e avancem em todas as etapas do processo de seleção, serão encaminhados para o setor de Admissão de Pessoal, devendo entregar os documentos para contratação conforme a legislação trabalhista em vigor e passar pelo exame médico admissional.

Integração: Consiste na aplicação contínua de informações/orientações ao novo funcionário, visando ajustá-lo ao ambiente e às tarefas que lhe serão exigidas na função. São informações/ orientações desde a apresentação do espaço físico da Instituição onde irá atuar até as normas de segurança praticada.

A responsabilidade pela condução do processo de integração de novos funcionários é dos Recursos Humanos e do gestor demandante da vaga.

ESTRUTURA DE CARGOS

Definições

CARGO

É a denominação de um conjunto de Postos de Trabalho em que todos os ocupantes terão funções semelhantes. Cada cargo terá um determinado número de Postos de Trabalho autorizados.

Exemplo: Auxiliar Administrativo

POSTO DE TRABALHO

É a designação de uma vaga/funcionário dentro de um determinado cargo.

CARREIRA

Designa a área profissional do ocupante de um Posto de Trabalho. Atualmente existem carreiras definidas, sendo que este número poderá ser alterado. Podemos citar algumas Carreiras existentes na estrutura prevista:

- Recepcionista
- Supervisor de Unidade de Saúde
- Supervisor Técnico de Saúde
- Supervisor Administrativo de Saúde
- Auxiliar Administrativo
- Assistente Social
- Enfermeiro Responsável Técnico
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Serviços Gerais
- Farmacêutico
- Auxiliar de Farmácia
- Porteiro
- Auxiliar de Manutenção

SALÁRIOS

Fixação de Salários

Os salários correspondentes a cada cargo serão propostos pelo Departamento de Recursos Humanos.

As propostas salariais serão elaboradas sempre levando em conta:

- a. Os salários de mercado obtidos por meio de pesquisa de mercado em empresas e entidades da rede privada com padrões de excelência e qualidade no atendimento para funções semelhantes;
- b. O contexto regional;
- c. A disponibilidade, ou não, de mão de obra e;

- d. A experiência profissional do candidato.

Qualquer cargo poderá ter apenas um único salário uniforme sendo estabelecidas faixas distintas (horizontal), permitindo a progressão salarial conforme a ampliação das funções exercidas.

Exceto os respectivos dissídios de cada carreira haverá duas possibilidades de progressão salarial.

- a. Ampliação de funções no mesmo cargo
- b. Promoção para outro cargo

CRIAÇÃO DE NOVAS FUNÇÕES

A criação de um novo Posto sempre resulta em aumento de custos. Por este motivo a aprovação de um novo Posto seguirá numa sequência de autorizações, respeitando todos os responsáveis pela execução orçamentária.

AValiação DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é uma ferramenta da gestão de pessoas que visa analisar o desempenho individual ou de um grupo de funcionários em uma determinada organização.

Um processo de identificação, diagnóstico e análise do comportamento de um funcionário durante certo intervalo de tempo, analisando sua postura profissional, seu conhecimento técnico, sua relação com os parceiros de trabalho etc.

Existem diversos sistemas e/ou métodos para se avaliar o desempenho de um funcionário dentro de uma organização. Variando de acordo com a necessidade do gestor, do setor e dos objetivos da avaliação, bem como do perfil dos avaliados e da dinâmica de observação utilizada.

Por meio da avaliação de desempenho é possível identificar novos talentos dentro da própria Instituição, por meio da análise do comportamento e das qualidades de cada indivíduo. Gerando, assim, novas possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

Outra contribuição da avaliação de desempenho é melhorar a comunicação entre profissionais analisados e seus gestores.

A avaliação a ser utilizada será a: Avaliação de Desempenho 180 graus - Avaliação onde os gestores avaliam seus subordinados.

Este método de avaliação contemplará:

- a) Competências Comportamentais – Tem relação com a atitude do funcionário. Alguns exemplos dessas competências são: proatividade, comprometimento, trabalho em equipe, etc.
- b) Competências Técnicas - Estão ligadas à atividade fim. Conhecimento de um item específico.

Periodicidade de aplicação: Anual

Realização da avaliação de desempenho

Consiste em aplicar uma ficha de avaliação ou questionário que deve ser preenchido pelo(s) gestor(s) imediato(s) do funcionário. Este questionário será composto por valores que variam de 0 a 10, do péssimo ao excelente.

É essencial dizer que a avaliação de desempenho estará atrelada aos traçados planos de cargos salários da Instituição e de educação permanente em saúde.

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

O treinamento é um processo cíclico, onde se busca continuamente o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades diretamente ligadas às atividades do trabalho.

O treinamento é de extrema importância para o desenvolvimento do funcionário e consequentemente da Instituição, buscando continuamente também, por meio desta ferramenta de trabalho a motivação dos funcionários, contribuindo com um ambiente de trabalho mais agradável, harmonioso, transparente, ético, e equilibrado.

O processo de treinamento que será utilizado na Instituição respeitará quatro etapas, que estão especificadas a seguir:

A. Levantamento das necessidades de treinamento

O levantamento das necessidades de treinamento é a primeira etapa do processo de treinamento que adapta as carências existentes entre o que a Instituição necessita e que os funcionários têm a oferecer.

Este levantamento identifica as necessidades da Instituição por meio da aplicação de questionários e/ou entrevistas com os supervisores, gestores e seus subordinados, também por observação direta no local dos trabalhos, pelas avaliações de desempenho dos funcionários e ainda pela solicitação direta e verbal de algum envolvido no processo.

B. Programação

O planejamento do treinamento se dá após serem identificadas as necessidades da aplicação dos processos de treinamento.

“Cabe ao planejamento, em segundo plano, organizar as prioridades entre o necessário e o possível, enfocando os recursos disponíveis e as necessidades

gerais.”

Marras (2011, p.144).

Para tanto a programação de treinamento observará: Quem deve ser treinado, como treinar, em que treinar, por quem, onde treinar, quando treinar, para que treinar.

C. Execução

A etapa de execução do processo de treinamento coloca em prática tudo que foi planejado e programado para suprir as deficiências identificadas por meio do levantamento de necessidade de treinamento na Instituição.

A didática dos facilitadores/instrutores, o nível de comunicação apresentada influencia na fácil e rápida assimilação das informações pelo treinando.

É importante que o facilitador/instrutor tenha convivência com os problemas do dia a dia do treinando, pois haverá mais identificação entre o discurso e a prática propiciando um entendimento rápido do que se quer transmitir.

O treinando é qualquer pessoa situada em qualquer nível hierárquico da Instituição e que necessitam aprender ou melhorar seus conhecimentos ou postura sobre alguma atividade ou trabalho. O facilitador/instrutor é qualquer pessoa situada em qualquer nível hierárquico da Instituição, experiente ou especializada em determinada atividade ou trabalho e que transmite seus conhecimentos ao treinando.

A qualidade dos recursos, o material a ser utilizado na aplicação do treinamento deverá ser previamente selecionado para que complemente o que for dito pelo facilitador/instrutor.

Geralmente são utilizados recursos de aulas expositivas, audiovisuais, dinâmica de grupo, exercício prático, estudos de caso, dramatizações, workshop, brainstorming, simulações, painéis, simpósios, palestras e conferências, dependendo da situação, do objetivo do treinamento entre outros fatores, que auxiliarão na fixação do conhecimento bem como na mudança de comportamento quando necessário.

D. Avaliação dos resultados.

A avaliação dos resultados tem por objetivo medir os resultados alcançados comparado ao que foi planejado pela Instituição e verificar se a ação atingiu as mudanças desejadas no comportamento dos funcionários.

Serão indicadores desses resultados o aumento da eficácia individual resultante do histórico das avaliações de desempenho e a evolução do desempenho por área, entre outros.

E. Administração de Pessoal.

Trata das relações entre o empregador e o empregado. É uma unidade de execução, incumbida de administrar a parte burocrática dessa relação. É o organizador de toda a documentação da relação trabalhista expedida.

É de sua competência: a admissão, atualização cadastral, demissões, concessão de licenças, afastamentos, férias, cálculo trabalhista, 13º salário, entre outros. Poderá funcionar na própria Instituição ou ainda ser um serviço terceirizado.

F. Saúde Ocupacional – Saúde do Trabalhador.

O conceito de segurança do trabalho é definido como um conjunto de normas, ações e medidas preventivas destinadas à melhoria dos ambientes de trabalho e a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

Entre os fatores de risco que provocam acidentes do trabalho em serviços de saúde destacam-se: Fatores físicos, químicos, ergonômicos e biológicos.

As atividades de Segurança do Trabalho são regulamentadas pela Portaria GM nº 3.214 do Ministério do Trabalho.

De acordo com o Ministério da Previdência Social, acidente do trabalho é aquele decorrente do exercício do trabalho a serviço da empresa ou do exercício do trabalho dos segurados especiais, podendo ocasionar lesão corporal ou distúrbio funcional, permanente ou temporário, morte e a perda ou a redução da capacidade para o trabalho. Os acidentes de trabalho dividem-se em três categorias:

- Típicos – aqueles decorrentes da característica da atividade profissional realizada pelo indivíduo;
- De trajeto – ocorrem durante o percurso entre a residência e o local de trabalho; doenças do trabalho;
- Aqueles ocasionados por qualquer tipo de doença profissional ligada a determinado ramo de atividade (BAKKE; ARAUJO, 2010).

36 A NORMA REGULAMENTADORA - NR 32 E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Preocupados com a questão da saúde do trabalhador e as doenças ocupacionais o Ministério do Trabalho e Emprego criou a Norma Regulamentadora (NR) 32 através da Portaria n. 485 de 11 de novembro de 2005 (WADA, 2006) – A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS acolherá, neste Contrato de Gestão deste Chamamento Público 04/2018, a todas as recomendações da referida norma.

Esta NR tem por objetivo normatizar a saúde e segurança dos profissionais da área da saúde.

A NR-32 abrange as situações de exposição aos diversos agentes de risco presentes no ambiente de trabalho, como os agentes de risco biológico; os agentes de risco químico; os agentes de risco físico com destaque para as radiações ionizantes; os agentes de risco ergonômico. Dedicar-se também a normatizar a questão da obrigatoriedade da vacinação do profissional de enfermagem (tétano, difteria, hepatite B) e o que mais estiver contido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, com reforços e sorologia de controle pertinente, conforme recomendação do Ministério da Saúde, devidamente registrada em prontuário funcional com comprovante ao trabalhador (COREN – SP, 2012).

72 Proposta para Regimento Interno da unidade

O **Regimento Interno** das Unidades e Serviços de Saúde do Município de Ribeirão Branco será formado pelo **Código de Conduta e Ética**, voltado a todos os profissionais e usuários da Instituição, bem como pelo e pelas **Instruções Normativas**, que regem situações específicas dos Serviços e respectivas Unidades de Saúde.

MISSÃO

Buscar Excelência na assistência à saúde, para todos os grupos sociais de RIBEIRÃO BRANCO.

Visão

Ser reconhecido como Unidades de Saúde referência na atenção e cuidado à Saúde dos clientes

Praticar os princípios do SUS na prestação do serviço – Universalidade, equidade, integridade, descentralização e participação social.

Qualidade e Segurança – É garantir que as ações sejam realizadas com excelência em todas as atividades e com foco na segurança do paciente.

Ética e Transparência – Representa nosso comportamento como organização.

Humanização – É demonstrar atenção e interesse, fazer com que cada colaborador e cliente se sintam especiais e acolhidos por todos.

Trabalho em Equipe – É envolver, valorizar a competência de cada um, cooperar com atitudes positivas, energia e disposição.

38 CÓDIGO DE CONDUTA E ÉTICA DAS UNIDADES DE SAÚDE

CAPÍTULO I – INTEGRIDADE PROFISSIONAL E PESSOAL

Artigo 1º: A integridade profissional e pessoal deve fazer parte de todas as ações das pessoas que trabalham nas Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO e, para garantir a veracidade das informações aos clientes internos e externos, estas pessoas devem atuar com honestidade, competência, descrição e sinceridade, sempre em equipe e em defesa dos interesses da Instituição.

Parágrafo único: Para minimizar danos ao trabalho em equipe, erros cometidos devem ser comunicados imediatamente ao superior hierárquico.

Artigo 2º: A Diretoria do PSM está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas que visem ao aprimoramento dos serviços e da Instituição e das relações de trabalho.

Artigo 3º: Com objetivo de zelar pela boa imagem do PSM e pelo bom clima organizacional, não serão aceitos:

- I. A demonstração de atitudes que discriminem pessoas em decorrência da cor,
do sexo, da religião ou da falta dela, da origem, da classe social, da idade e da incapacidade física ou mental;
- II. A prática de comércio ou de prestação de serviços particulares no recinto do Hospital;
- III. A utilização para fins particulares ou para repasse de terceiros, de tecnologia, metodologia ou *knowhow*, bem como de outras informações de propriedade do Hospital ou por ele obtida;

- IV. A utilização de equipamentos ou outros recursos para fins particulares;
- V. As conversações sobre assuntos inadequados de caráter institucional ou não, em locais de circulação de pessoas, no Hospital ou foradele;
- VI. A má utilização do tempo de trabalho, mediante conversas não relacionadas a este, ou mediante permanência fora do local de trabalho, sem justificativa;
- VII. O desrespeito às orientações do Trabalho da Medicina do Trabalho, bem como as instruções normativas em anexo, os dispositivos que normatizam a segurança e a proteção de todos os que trabalham no Hospital, de seus pacientes, acompanhantes e visitantes.

CAPÍTULO II – DO PATRIMÔNIO DAS UNIDADE DE SAÚDE

Artigo 4º: A utilização dos objetos, do material e de equipamento que constituem o patrimônio do PSM deve ser feito com atenção e cuidado pelos usuários.

Artigo 5º: Cuidados maiores devem ser tomados com o material perfuro cortante ou contaminado.

Artigo 6º: Não será aceito desrespeitar as regras do Setor de Patrimônio usar componente do patrimônio em benefício próprio, retirá-lo sem autorização do local de trabalho, nem omitir informações sobre seu extravio.

CAPÍTULO III – DA RELAÇÃO COM OS PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES

Artigo 7º: A finalidade das Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO é realizar um atendimento humanizado, com qualidade, respeito e profissionalismo. Desta forma, os profissionais que nela atuam, devem se identificar com seus valores e aplicá-los no seu cotidiano.

Artigo 8º: Nas relações com os pacientes e seus acompanhantes não serão aceitos:

- I. A omissão em atendê-los devidamente, uma vez que, aqueles que fazem a opção de trabalhar em um hospital, não têm o direito de, sob qualquer pretexto, omitir-se e abandonar o atendimento;
- II. A negligência ou imprudência na execução das atividades ou serviços que coloquem em risco a segurança dos atendidos;
- III. Opiniões infundadas ou de caráter pessoal sobre as condições de saúde do paciente, bem como comentários, dentro ou fora do PS com pessoas que não estejam envolvidas no respectivo caso clínico.

CAPÍTULO IV – DAS RELAÇÕES COM OS COLEGAS DE TRABALHO

Artigo 9º: As relações com os colegas de trabalho devem ser fundamentadas no respeito mútuo, na honestidade, na cortesia e na lealdade, uma vez que o princípio básico de relacionamento profissional nas Unidades de Saúde é o trabalho de equipe integrado em um ambiente harmonioso.

Artigo 10: Na relação com os colegas de trabalho não serão aceitos:

- Denegrir a imagem de colegas, fazendo comentários e críticas sobre sua conduta pessoal ou sobre seu desempenho profissional;

- Iniciar boatos, falsas informações e similares, ou dar continuidade a eles;
- Boicotar ou dificultar procedimentos de trabalho, bem como a execução de serviços levados a efeito por colegas de trabalho e omitir informações que facilitem ou ajudem o colega a executar suas funções.

CAPÍTULO V – DO AMBIENTE DE TRABALHO

Artigo 11: Como hábito prejudicial à saúde, o fumo é proibido em locais públicos, auditórios, reuniões, transporte coletivo e ambiente fechado. Em algumas localidades, o fumo é disciplinado por normas legais. Todos os fumantes nas dependências das Unidades de Saúde devem respeitar essas normas.

Artigo 12: A alimentação deve ser feita nos locais adequados, tais como cantina e refeitórios, sendo vedada nos locais reservados à prática de atenção e cuidado a saúde e/ou realização de procedimentos clínicos.

CAPÍTULO VI – DO SIGILO PROFISSIONAL

Artigo 13: Nos termos do que dispõe a normatização do sigilo médico, constitui obrigação de todos, dentro e fora das Unidades de Saúde, manter sigilo sobre todas as informações relativas ao paciente, quer mediante diagnóstico e exames, quer obtidas mediante outros procedimentos pertinentes ao exercício profissional.

CAPÍTULO VII – DAS RELAÇÕES COM O MEIO AMBIENTE

Artigo 14: Sendo a preservação ambiental um dos pilares do conceito de saúde, todos os profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde deverão empreender ações que tragam resultados favoráveis à preservação ambiental e dos recursos ambientais, bem como responsabilizar-se pelo cumprimento das normas pertinentes, tais como coleta seletiva e consumo consciente de água e energia, evitando danos à sociedade e à imagem do Serviço de Saúde MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO.

CAPÍTULO VIII – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Artigo 15: A ação, a omissão ou conveniência que apliquem em desobediência ou inobservância das disposições do Código de Conduta e Ética e demais normas das unidades de Saúde MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO. será considerado infração à ética. As penalidades a que os infratores estão sujeitos são:

- I. advertência verbal;
- II. advertência por escrito;
- III. suspensão
- IV. demissão por justa causa.

Artigo 16: As Unidades de Saúde Municipal DE RIBEIRÃO BRANCO, contará com um Comitê de Ética, presidido por um membro do corpo médico e composto pelos coordenadores das áreas administrativas, produtivas, assistencial e apoio.

Artigo 17: As reuniões do Comitê de Ética são realizadas por convocação de seu presidente.

Artigo 18: Os casos omissos nesse Código serão resolvidos pelo Comitê de Ética ou, em situações que demandem urgência pelo diretor do mesmo Comitê ou de seu substituto.

39 CÓDIGO DE POSTURA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Artigo 1º: Escolher uma profissão na área da saúde pressupõe a aceitação de preceitos éticos e de compromissos com a saúde do homem e da coletividade, sem preconceito de qualquer natureza.

Artigo 2º: A atividade prática do profissional tem por finalidade permitir-lhe preparo integral para o exercício da profissão.

Artigo 3º: Ao profissional cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, nas propostas de promoção de saúde, na prevenção da doença e na reabilitação dos doentes.

CAPÍTULO II – DOS DIREITOS DOS PROFISSIONAIS

Artigo 4º: São direitos do profissional:

- VIII. Exercer suas atividades práticas sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, condição social, opinião política ou de qualquer natureza;
- IX. Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições onde exerça sua prática, quando as julgar indignas do ensino ou do exercício da profissão, devendo dirigir-se, nesses casos, ao setor competente imediato;
- X. Fazer-se representar nos órgãos colegiados da Instituição, de acordo com as normas estabelecidas;
- XI. Utilizar as dependências físicas e os serviços administrativos e técnicos oferecidos e destinados ao pleno desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III – DOS DEVERES E LIMITAÇÕES

Artigo 5º: manter absoluto respeito pela vida humana;

- I. Exercer suas atividades com respeito às pessoas, às instituições e às normas vigentes.
- II. Respeitar e cumprir as determinações da Instituição e das Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO deliberados através deste código de ética, de Portarias e Resoluções internas, bem como no Código de Postura, suas instruções normativas e anexos;
- III. Cumprir representação, quando indicado, diante de órgãos diretivos e deliberativos da Instituição;
- IV. Respeitar e zelar pelo patrimônio público.

Artigo 6º: prestar assistência sob sua exclusiva responsabilidade, salvo em casos de iminente perigo à vida;

- I. Acumpliciar-se, de qualquer forma, com os que exercem ilegalmente sua profissão;
- II. Fornecer atestados médicos;
- III. Praticar ou participar de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País;
- IV. Assumir posturas desrespeitosas ou faltar com a consideração para com os demais participantes do setor do ensino e da saúde;
- V. Deixar de assumir responsabilidade pelos seus atos, atribuindo seus erros ou malogros a outrem ou a circunstâncias ocasionais;

- VI. Participar, de qualquer forma, da mercantilização de sua profissão;
- VII. Exercer sua autoridade de maneira que limite os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa ou seu bem-estar;
- VIII. Usar suas atividades para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime;
- IX. Participar de prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis contra pessoas, ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos para tais fins;
- X. Fornecedor meios, instrumentos ou substâncias para antecipar a morte do paciente.

CAPÍTULO IV – DA RELAÇÃO COM O PACIENTE

Artigo 8º: da atenção ao paciente

- I. Ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade;
- II. Respeitar o pudor do paciente;
- III. Compreender e tolerar algumas atitudes ou manifestações dos pacientes, lembrando-se de que tais atitudes podem fazer parte da sua doença;
- IV. Ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação a problemas pessoais;
- V. Demonstrar respeito e dedicação ao paciente, jamais esquecendo sua condição de ser humano;
- VI. Ouvir com atenção as queixas do doente, mesmo aquelas que não tenham relação com sua doença;

- VII. Apresentar-se condignamente, cultivando hábitos e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito que ele é merecedor;
- VIII. Ter paciência e calma, agindo com prudência em todas as ocasiões.

Artigo 9º: O timbre, o tom e a altura de voz devem propiciar tranquilidade ao paciente. Gritos e alardes não são condizentes com o esperado em busca de serenidade.

CAPÍTULO V – DO SEGREDO NA ÁREA DA SAÚDE

Artigo 10: O profissional da área da saúde está obrigado a guardar segredo sobre fatos que tenha conhecido por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto ao doente.

Artigo 11: O profissional não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade. Convidado para depor, deve declara-se preso ao segredo.

Artigo 12: É admissível a quebra do segredo por justa causa, por imposição da Justiça ou por autorização expressa do paciente, desde que a quebra desse sigilo não traga prejuízo ao paciente.

Artigo 13: O profissional não pode facilitar o manuseio ou o conhecimento de prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não-obrigadas ao mesmo compromisso.

CAPÍTULO VI – DA RELAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM OS COLEGAS, PROFESSORES E ORIENTADORES

Artigo 14: O profissional está obrigado a respeitar as normas das instituições onde realiza seu aprendizado.

Artigo 15: O profissional está obrigado a zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

Artigo 16: Não compete ao profissional fazer advertências ou reclamações ao pessoal do setor de saúde no tocante às suas atividades profissionais, mas, se considerar necessário, deve dirigir-se ao seu superior imediato, comunicando-lhe o fato.

Artigo 17: É proibido ao profissional afastar-se de suas atividades, mesmo temporariamente, sem comunicar ao seu superior.

Artigo 18: O profissional responde civil, penal e administrativamente por atos danosos ao paciente e que tenham dado causa por imprudência ou negligência.

Artigo 19: É dever do profissional ser solidário com seus colegas nos movimentos legítimos da categoria.

Artigo 20: O profissional deve ter sempre para com os seus colegas respeito, consideração e apreço, visando à convivência harmoniosa.

Artigo 21: O profissional deve ter sempre para com os professores e orientadores e atenção e o respeito necessários ao bom relacionamento entre todos.

Artigo 22: Corredor de de Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO – este local é um dos mais importantes na vida médica dos profissionais da saúde. Circulação,

movimentação, encontros, cumprimentos, reencontros agradáveis ou não desejados, atualização jornalística, acertos de agendamento, encontros amigos ou científicos... enfim, local de convivência rápida e transitória. Por isto ele pode ser perigoso: proclama-se assunto particular, sigilos são popularizados, tratos são mal anotados ou mal interpretados, o esquecimento ocorre pois não se anota ou não se o absorve na completude; leigos na espera de atendimento participam dos assuntos e a má interpretação ocorre. Sobre isso tudo e mais não relatado há o barulho, a voz elevada, as comunicações a distância em alta voz, atitudes que esvaziam a qualidade médica e os respeito por parte do leigo. Este, presenciando o barulho, a descortesia, a voz exacerbada, os comentários desairosos passa a entender, erroneamente, que a atitude médica não é tão idônea quanto ele imaginava. Se nos lembrarmos, constantemente, que o hospital é um local de repouso físico, espiritual e mental, o tumulto do corredor dá uma amostra contrária ao leigo ou ao paciente. Corredor, pois, é para cumprimento e circulação. Não é local de discussões e decisões.

CAPÍTULO VII – DA APRESENTAÇÃO

Artigo 23 Não será permitido o uso de:

- bermudas;
- saias acima de quatro dedos do joelho;
- chinelos;
- sandálias ou sapatos abertos

Artigo 26: As mãos e unhas dos profissionais têm que estar sempre limpas e bem cuidadas. As mãos, não machucadas e as unhas, aparadas. Devendo sempre atender o exigido pela NR 32.

CAPÍTULO VIII – DO REGIME DISCIPLINAR

Artigo 27: do regime

- I. desrespeitar, ofender ou agredir o Diretor Geral, ou qualquer membro de quem trabalha nas Unidades de Saúde;
- II. disseminar, sob qualquer forma, informações ou comentários difamantes, ou que possa denegrir a Instituição, ou seus funcionários;
- III. danificar o patrimônio do PS, caso em que, além da pena disciplinar, fica na obrigação de indenizar o dano;
- IV. praticar atos desonestos ou delituosos e desrespeito aos princípios constitucionais, incompatíveis com a dignidade da Instituição;
- V. cometer atos que possam denegrir a imagem institucional, não só intra como extramuros;
- VI. desrespeitar qualquer norma estabelecida neste instrumento normativo.

Artigo 28: As penalidades serão aplicadas da seguinte forma:

- I. advertência oral na hipótese se uma única conduta contrária às normas;
- II. advertência escrita da segunda a quarta conduta contrária às normas;
- III. suspensão do profissional das aulas durante uma semana na hipótese de reincidir pela quarta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo.

Essa proposta de Regimento, será discutida pela Contratada e Contratante para que em conjunto possam realizar a aprovação do mesmo.

40 Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem

O Regimento do Serviço de Enfermagem é um conjunto de regras estabelecidas por um grupo para o regramento de seu funcionamento. É instrumento administrativo, elaborado pela equipe de Enfermagem com a coordenação do Enfermeiro Responsável Técnico.

O documento explicita a missão do Serviço de Enfermagem e a filosofia de trabalho, estabelecendo as competências do serviço e as atribuições dos seus profissionais.

O Regimento do Serviço de Enfermagem deverá ser elaborado de acordo com a realidade e características de cada Instituição e não deverá ser cópia da presente proposta, nem da Legislação de Enfermagem. Este documento visa reger as ações a serem desenvolvidas pela Enfermagem, dessa forma, deverá refletir o perfil da Instituição em todo o seu contexto, contemplando exclusivamente os profissionais de Enfermagem, e estruturas onde sejam desenvolvidas atividades por estes.

O Regimento deverá ser atualizado anualmente e sempre que houver alterações no Serviço de Enfermagem.

Para elaboração do Regimento do Serviço de Enfermagem destacam-se:

I. Os princípios que norteiam a organização das Instituições;

II. O embasamento legal:

1. Lei 7.498/86 – Art. 3º - e Art.11, Inciso I alíneas “b” e “c”;
2. Decreto 94.406/87 – Art. 2º;
3. Resolução COFEN 311/2007.

Para elaboração do Regimento do Serviço de Enfermagem, necessitamos:

1. Conhecer a missão e a visão da Instituição,
2. Caracterizar a clientela,
3. Organizar os recursos materiais e os recursos humanos (avaliar o dimensionamento de pessoal),
4. Conhecimento da estrutura funcional de todas as áreas com ações de Enfermagem e número de profissionais de Enfermagem para o desenvolvimento do trabalho.

Entende-se por Manual de Enfermagem um instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações de enfermagem.

O Manual tem por finalidade esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações de enfermagem, constituindo um instrumento de consulta, devendo ser, portanto um elemento facilitador das ações desenvolvidas pela Equipe de Enfermagem das Unidades de Saúde Municipal, portanto a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, irá implantar o Regimento de Enfermagem.

Objetivo do Regimento Interno

- Manter a uniformidade do trabalho da equipe;
- Qualidade no serviço prestado ao cliente;
- Facilitar o trabalho da equipe multiprofissional;
- Ser um instrumento de consulta da Equipe de Enfermagem para melhor desenvolvimento das técnicas;
- Garantir a economia no trabalho;

- Segurança e excelência profissional.

Normas e Rotinas internas

Do Profissional de Enfermagem:

- Utilizar obrigatoriamente a identificação pessoal (crachá) em local de fácil visualização para o cliente;
- Utilizar sempre roupas de cor branca, sem presença de decotes e/ou transparências;
- A apresentação do profissional de enfermagem nesta instituição deve ser: sapatos fechados, cabelo preso, unhas limpas e aparadas, esmalte claros, homens com barba feita, material de bolso. Não é permitido o uso de adornos conforme NR32.
- Desenvolver todos os procedimentos de enfermagem de acordo com os protocolos institucionais;
- O uso do celular será permitido apenas no modo vibra, podendo ser utilizado em local discreto, sendo este uso o mínimo possível e nunca na frente do paciente;
- Nunca omitir acidente de trabalho. Todo profissional que sofrer exposição biológica (acidente de trabalho) deverá comunicar imediatamente a Supervisão de Enfermagem imediata que irá tomar as providências cabíveis o mais rápido possível
- (acionar o Técnico de Segurança do Trabalho – SESMET);

- Evitar a permanência em outros setores que não seja o seu de referência;
- Na medida do possível manter o silêncio e tom de voz moderado;
- As refeições devem acontecer obrigatoriamente nos refeitórios, não podendo ser consumido nenhum tipo de alimento em outra dependência que não seja o refeitório;
- Realizar as anotações de enfermagem com a consciência ética e responsabilidade legal de registrar adequadamente todas as ações por nós executadas. De acordo com a legislação brasileira, o decreto N.º 50.387, de 28 de março de 1961, que regulamenta a lei 2604/55 do exercício profissional de enfermagem, dispõe, em seu artigo 14, inciso c: "C - manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem". A legislação profissional coloca a anotação como obrigação e responsabilidade da enfermagem e a legislação trabalhista estabelece que a negligência no cumprimento das obrigações específicas é curativa "para justa causa" na rescisão contratual do trabalho, por iniciativa do empregador;
- Respeitar sempre crenças e religiões dos clientes e colegas de trabalho;
- Manter respeito constante com o paciente independentemente de seu diagnóstico ou a causa que levou o mesmo.
- É obrigatório o uso de EPI (máscara, óculos, avental, luvas) conforme precaução padrão para prestar assistência ao cliente e cuidados com os materiais.

41 Proposta para Regimento do Corpo Clínico

O Corpo Clínico é o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural. Com objetivos de contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos; assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição; colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição; estimular a pesquisa médica; cooperar com a administração da Instituição visando a melhoria da assistência prestada; estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Segundo a Resolução CFM nº 1.481/1997 e CREMESP nº 134/2006 diz que Instituição prestadora de serviço de assistência médica que contar com o número igual ou superior a 20 (vinte) médicos em seu Corpo Clínico, independentemente de seu vínculo empregatício devesse apresentar o Regimento de Corpo Clínico.

No entanto, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, conta com Regimento do Corpo Clínico, já as Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO se contar com número de 20 ou mais profissionais médicos, será elaborado o referido documento com embasamento nos itens abaixo, obedecendo a RESOLUÇÃO CFM Nº 1.481, DE 8 DE AGOSTO DE 1997:

COMPOSIÇÃO: O Regimento Interno deverá prever claramente as diversas categorias de médicos que compõem o Corpo Clínico, descrevendo suas características, respeitando o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas da instituição (Art. 25 do Código de Ética Médica).

ORGANIZAÇÃO DO CORPO CLÍNICO: O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida. Da mesma forma se procederá em relação à Comissão de Ética da Instituição. A existência de Conselhos e outras Comissões e de outros Órgãos deverá ser explicitada, prevendo-se a representação do Corpo Clínico. As competências dos Diretores Técnico e Clínico e da Comissão de Ética estão previstas em Resoluções específicas do Conselho Federal de Medicina.

ELEIÇÃO: O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

COMPETÊNCIAS - O Regimento Interno deverá discriminar as competências do corpo Clínico, garantindo aos seus integrantes, de acordo com a sua categoria:

Frequentar a unidade assistindo seus pacientes, valendo-se de recursos técnicos disponíveis; participar das assembleias e reuniões científicas; votar e conforme a categoria pertencente, ser votado; eleger o Diretor Clínico e seu substituto, chefes de serviço, bem como a comissão de ética.

DELIBERAÇÕES: O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros e em segunda convocação, após 1 hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos. Mediante requerimento de 1/3 dos seus membros, o Corpo Clínico poderá convocar assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 horas. Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a Instituição.

42 Do Serviço de Nutrição e Dietética

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SLAUS & SALUTIS proverá assistência nutricional (kit com lanche) aos pacientes em observação por tempo maior ao de duas horas, dentro das especificações e prescrições médicas.

O lanche destinado aos pacientes será constituído de 1 (uma) bebida em embalagem individual (suco de fruta ou bebida láctea), com aproximadamente 200ml e 1 (um) sachê de bolacha com 2 unidades cada (doce ou salgada). Conforme a patologia será servido suco *ou água de coco*. Para os pacientes portadores de diabetes, a bebida normal deverá ser substituída por uma água de coco e bolacha salgada. Serão embalados individualmente e todos os itens serão acondicionados em bandejas.

A Instituição também irá oferecer aos colaboradores pão, café, manteiga e chã todos os dias da semana inclusive sábado, domingos e feriados. O horário de entrega será às 8 horas da manhã e às 19 horas da noite.

43 Implantação de Processos

Manual de Atuação em Protocolos

Os protocolos também conhecidos como Procedimentos Operacionais Padrão, são uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho com a finalidade de atualização e alinhamento técnico frente aos procedimentos realizados nas Unidades de saúde de RIBEIRÃO BRANCO, desde a entrada do paciente até saída do mesmo, padronizando todos os processos no atendimento ao mesmo. Portanto a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS traz neste projeto em anexo modelos de POPs a serem implantados NAS Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO.

Os mesmos estão relacionados no ANEXO I deste plano de trabalho.

Manual para Faturamento de Procedimentos

O Manual para Faturamento de Procedimentos proposto para as Unidades de Saúde será como segue:

Manual para Faturamento

Conceito

É o setor da Unidade de Saúde – Secretaria Municipal a Saúde responsável pela confecção e cobrança das contas dos pacientes, dos procedimentos ambulatoriais.

Funções

O setor de Faturamento é composto de técnicos especializados com conhecimentos de: tipos de contratos, cláusulas, alterações, aditivos e outros; tabelas de preços utilizadas pelas Unidades de Saúde (tabela SIA-SUS e Brasíndice)

Contrato com os serviços auxiliares de diagnóstico, imagem e tratamento para o repasse dos serviços prestados.

Espaço Físico

- Área Física
- –Sala com 3 mesas. Cadeiras e equipamentos necessários para a realização dos trabalhos.
- 01 Coordenador que distribui as atividades, monitora e faz a estatística dos atendimentos.
- Sistema de Faturamento
- – Manual, com previsão de implantação de sistema informatizado.
Demonstrativo de Faturamento:
- produção SUS/ (procedimentos conforme tabela SIG TAP. N° de atendimento ambulatoriais e exames autorizados aos pacientes externos
Faturar todas as contas do mês de competência.
- Padronização de materiais e medicamentos.
- Requisições de mat./med. são feitas com base na prescrição médica por paciente.

Critérios de faturamento Procedimentos Ambulatoriais

- Número de Consultas
- Preenchimento das guias:
- Nome do paciente
- Número de documento de identidade do paciente

- Data de nascimento do paciente Assinatura do paciente ou responsável legal
- Nome do médico legível com CRM/ou Carimbo e Assinatura.

44 Instrução / manual de Desenvolvimento Financeiro

Manual de Desenvolvimento Financeiro

FINANCEIRO

Competências:

Composta pelas Seções de Faturamento, Orçamento e Tesouraria para desempenhar as atividades previstas, na Gerência Financeira.

- Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;
- Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;

ORÇAMENTO

Competências:

- Gerenciar a execução orçamentária e financeira do UNIDADES DE SAÚDE;

- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilização e a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;
- Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária do UNIDADES DE SAÚDE;
- Examinar os pedidos de liberação de recursos, propondo, quando necessário, revisões e reajustes orçamentários;
- Manter o controle das contas orçamentárias, dos enquadramentos legais, das liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras;

TESOURARIA

Competência:

- Emitir relação das ordens bancárias externas com detalhamento de fornecedores e respectivos valores a serem pagos, de acordo com a programação financeira, para serem assinados pela Diretoria Administrativa e Diretor Financeiro, para remeter ao banco para a realização de pagamentos;
- Efetuar recolhimentos de todos os impostos correspondentes, com emissão de correspondentes guias;
- Elaborar Relatórios sobre o movimento financeiro;
- Emitir Guia de Recolhimento da União para fins de depósitos bancários;

45 Manual de Gerencia do Almoxarifado

Competências:

- A Auxiliar de Farmácia/Administrativa está subordinada à Diretoria Administrativa, mantendo interligação com todas as Unidades de Saúde.
- Garantir o suprimento constante de medicamentos, materiais de consumo em geral, gêneros alimentícios (KITS) e serviços, enfim todos os recursos de materiais necessários ao funcionamento das Unidades de Saúde;
- Analisar as solicitações/requisições de compras das diversas Unidades;
- Obedecer e zelar pelo cumprimento da normatização;
- Controle do estoque de materiais padronizados: Médico Unidades de Saúde.
- Receber os materiais adquiridos, certificando/conferindo a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica;
- Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Unidades de Saúde.
- Realizar mensalmente conferências dos materiais em estoque,
- Providenciar a confecção ou aquisição de formulários e impressos padronizados pelo UNIDADES DE SAÚDE com acompanhamento do consumo dos mesmos;

COMPRAS

Competências:

- Executar as atividades relativas à aquisição de materiais e contratação de serviços, observando o cumprimento da Lei e demais legislação vigente que rege a matéria;
- Realizar levantamento de preços com no mínimo 03 fornecedores;
- Organizar e manter o cadastro de fornecedores e prestadores de serviços no Sistema Informatizado devidamente atualizado;
- Exigir e conferir dos fornecedores, apresentação de proposta de preços com clareza de especificação e exatidão de valor; validade da proposta, condições de pagamento e modalidade de frete;
- Elaborar Mapa Estimativo de Preços, para processos de aquisição de materiais e serviços;
- Gerar e transmitir Autorização de Fornecimento ao fornecedor adjudicado e almoxarifado ou unidade requerente;

PATRIMÔNIO

Competências

- -Compete ao Coordenador da unidade, supervisão, fiscalização, recebimento e controle de todos os bens móveis do UNIDADES DE SAÚDE;
- -Efetuar as atividades relativas ao tombamento, registro, controle, movimentação, inventários físico contábil, baixa, incorporação de bens móveis permanentes e equipamentos;

- Promover, periodicamente, a reavaliação do ativo permanente distribuído ao setor;
- Propor e instruir processos, com encaminhamentos à Gerência de Material e Direção, dos materiais permanentes para possíveis baixas, ou doações;
- Receber e conferir se os materiais adquiridos entreguem à Seção de Patrimônio, estão de acordo com a especificação, constante na Autorização de Fornecimento, solicitando substituição imediata (definir prazo) dos que forem entregues em desacordo;
- Informar a unidade solicitante e/ou técnico de manutenção sobre o recebimento do material adquirido, para inspeção e entrega ao requisitante;
- Encaminhar os materiais e equipamentos para conserto providenciando a documentação necessária, embalagem e meio de transporte adequados, liberação de documentos para locomoção dos equipamentos.

46 Proposta de Educação em Saúde/Capacitação

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS implantará o plano de educação continuada para os profissionais que estão atuando no projeto como: Médicos, Enfermagem, Serviço Social, Serviços Administrativos entre outros.

A educação dos trabalhadores da saúde é uma área que requer empenho para o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. Para promover o desenvolvimento do processo de trabalho é preciso criar estratégias de educação que encorajem a participação dos trabalhadores da área da saúde e assim possibilitem a capacitação profissional.

Educação Continuada como fator do aprimoramento profissional

A **educação continuada** é definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, onde é oportunizado o desenvolvimento do funcionário assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição.

Como fatores que influenciam na aprendizagem e nas mudanças educacionais, estão o conhecimento e a prática atualizados, onde cria-se no funcionário necessidades de readaptação e reorientação no seu processo de trabalho, o que subsidia a implantação da estratégia de educação continuada.

Ao mesmo tempo em que consideramos a atualização das práticas educacionais em saúde, emerge a necessidade de construção de relações entre as equipes, considerando suas práticas intersetoriais e interinstitucionais, as quais implicam em políticas na área da saúde.

Estabelecer um programa de educação continuada tendo como base a interdisciplinaridade propicia maior interação na equipe de saúde, oportunizando a promoção da aprendizagem e intercâmbio dos conhecimentos.

Educação Permanente em Saúde como prática pedagógica

Em 1978, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceituou a **Educação Permanente em Saúde (EPS)** como um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, frente à evolução tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

Após 2003, a Educação Permanente foi instituída no Brasil como política pública. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi citada em quase todos os artigos enquadrados nessa categoria, exceto o 5º artigo que não a cita diretamente, mas conceitua a EPS de forma adequada com o que é proposto na Política.

O conceito de Educação Permanente em Saúde é definido na Política Nacional como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que, os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática.

A Educação Permanente em Saúde constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propõe transcender ao tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos. Porquanto, prospecta-se que a educação permanente busca transformar as práticas profissionais existentes através de respostas construídas a partir da reflexão de trabalhadores, estudantes e demais atores sociais.

A Educação Permanente em Saúde propõe, por meio da análise coletiva dos processos de trabalho, que seus atores possam se responsabilizar mutuamente pela produção de autonomia e de cuidados na perspectiva da integralidade da assistência. Baseada na aprendizagem significativa, a EPS também propõe que essa análise seja desenvolvida na interlocução, em rodas de conversas sobre os problemas e dificuldades vivenciados no cotidiano da produção do cuidado, da gestão, da formação dos trabalhadores para o SUS e da participação e controle sociais.

Capacitação em Saúde

A Educação em serviço (ES), ou **Capacitação em Saúde**, é tida como prática educativa integrada ao processo de educação no trabalho, conceituando a Capacitação em Saúde como um processo a ser aplicado nas relações humanas, do trabalho, objetivando o desenvolvimento de capacidade cognitiva, psicomotoras e relacionais, assim como o aperfeiçoamento diante da evolução tecnológica, dessa maneira contribui para a valorização profissional e institucional. E ainda, “A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho”, ou seja, é prática inerente ao processo de trabalho, composta por ações educativas no ambiente de trabalho para fazer com que o profissional consiga relacionar o que lhe está sendo transmitido a sua prática diária.

Integração das Práticas e Modelos

Destaca-se que a **Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada** e a **Capacitação em Saúde** podem incentivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, sanando as dificuldades existentes na realidade de ensino dos enfermeiros, pensando numa enfermagem com objetivos coletivos que devem ser alcançados por todos os integrantes da equipe.

Para tanto, a Educação Permanente, Continuada e a Capacitação em Saúde, podem motivar o profissional e incentivá-lo a mudança, e assim buscar minimizar as dificuldades nas práticas de ensino, objetivando uma enfermagem com propósitos que almejem serem alcançados por todos da equipe.

A partir das definições acima, vimos a importância da educação na saúde e principalmente como esses conceitos se complementam e interagem entre si. Portanto, todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde, e a Educação Permanente, Continuada e Capacitação em Saúde são ferramentas para essa construção.

47 Proposta da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS para Educação Permanente em Saúde e Capacitação

A proposta estruturada pela realização de Educação Permanente em Saúde e Capacitação é voltada ao cotidiano do trabalho, à necessidade de construção de processos de trabalho mais eficientes e ao aprimoramento das práticas visando a melhoria da assistência e satisfação dos usuários.

Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da “Educação Permanente em Saúde”, a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** coloca a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, como informações capaz de contribuir para pôr em evidência os “encontros rizomáticos” que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carregando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

A educação permanente é alcançada por meios que necessitam ser atendidos concretamente. Para tanto, se faz necessário a constituição de ações palpáveis, tais como:

- Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
- Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
- Criar ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;
- Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico-científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;
- Viabilizar a padronização das condutas entre os diversos serviços de Saúde por meio da gestão da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUTIS & SALUTIS**, de forma que possibilite o alinhamento entre valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;

- Gerenciar os espaços físicos, equipamentos e agendamentos destinados aos eventos;
- Viabilizar atividades de extensão científica na área da saúde;
- Promover a saúde por intermédio de cursos, palestras, eventos e campanhas para informação sobre temas relacionados;
- Promover estratégias para atualização e aprimoramento dos profissionais da área de saúde por meio da aplicação de recursos tecnológicos interativos;
- Articular, conjuntamente, com os profissionais da unidade, ações de treinamento e desenvolvimento profissional.

CRONOGRAMA

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUTIS & SALUTIS** agrega complexidade e especificidade, portanto o cronograma destas ações será baseado em problemas aferidos nas práticas do dia-a-dia, mensurados através de indicadores de produção, metas, taxas e outros apontados na Proposta de Técnica.

Tais ações ocorrerão através de intervenções diagnósticas das Comissões constituídas, chefias imediatas, colaboradores e usuários. O setor de Educação Continuada da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUTIS & SALUTIS** apoiará os programas realizados NAS Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO, buscando construir novas práticas de trabalho, pautadas no trabalho em equipe, supervisões, planejamento participativo e alcance das metas pactuadas.

CRONOGRAMA		
MÊS	TEMA	PÚBLICO ALVO
1º mês	ESTUDO SOBRE LAVAGENS DE MÃOS BIOSSEGURANÇA	EQUIPE DE ENFERMAGEM E MÉDICOS
	INTRODUÇÃO PRÁTICA PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	EQUIPE ENFERMAGEM / MÉDICOS
2º mês	TREINAMENTO SOBRE AÇÕES PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	EQUIPE ENFERMAGEM
	REUNIÃO IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DIGITAL	TODOS OS COLOBORADORES DA UNIDADE
	ATUALIZAÇÃO DA ROTINA DELIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRES, PAPAGAIO E BACIAS (MATERIAL NÃO CRÍTICOS)	EQUIPE DE ENFERMAGEM/AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
	IMPLANTANÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM / EQUIPE MÉDICA/FARMACEUTICO/ ADMINISTRATIVO

CRONOGRAMA		
MÊS	TEMA	PÚBLICO ALVO
	RELACIONADOS ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .	
	IMPLANTAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS PARA VISITANTES/ ACOMPANHANTES	EQUIPE DE ENFERMAGEM/ ADMINISTRATIVO
	CUIDADOS E MANEJOS COM PACIENTE EM SURTO PSICOTICO (CONTEÇÃO FISICA)	EQUIPE ENFERMAGEM /MEDICO/ASSITENTE SOCIAL
3º mês	REVISÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MANCHESTER)	EQUIPE DE ENFERMAGEM/ASSITENTE SOCIAL
	PRATICA SOBRE ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL / PCR /EFEITOS DE MEDICAÇÃO DE CARRINHO DE EMEREGENCIA.	ENFERMEIROS / MÉDICOS
	BRIGADA DE INCEDIO	EQUIPE BRIGADA E DEMAIS PROFFISONAIS
	REVISÃO PROTOCOLO PRATICA HIGIENE DAS MÃOS ATUALIZAÇÃO EM DENGUE(MANEJO CLINICO E TRATAMENTOS)	EQUIPE DE ENFERMAGEM
4º	PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADO A SONDAGEM VESICAL DE DEMORA	EQUIPE DE ENFERMAGEM
	EMERGENCIAS COM R.N / CRIANÇA	ENFERMEIROS/ EQUIPE

mês	E ADULTO SIMULAÇÃO RCP/CRISES CONVULSIVAS /ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	ENFERMAGEM
5º mês	TREINAMENTO DE BIOSSEGURANÇA E ISOLAMENTOS E PRECAUÇÕES	EQUIPE DE ENFERMAGEM

CRONOGRAMA		
MÊS	TEMA	PÚBLICO ALVO
6º mês	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA UNIDADE	ENFERMAGEM /AUX.LIMPEZA
	RECICLAGEM E TREINAMENTO SOBRE NR 32	EQUIPE DE ENFERMAGEM
7º mês	PRATICA DESCARTE DE LIXO CORRETAMENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM / AUX. DE LIMPEZA
8º mês	REVISÃO E RECICLAGEM DOS TREINAMENTOS DE IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM
9º mês		
	ATUALIZACAO DA ROTINA DELIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRES , PAPAGAIO E BACIAS (MATERIAL NÃO CRITICOS)	EQUIPE DE ENFERMAGEM/AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
10º		
	ATUALIZACAO DA ROTINA	EQUIPE DE ENFERMAGEM

<i>mês</i>	DELIMPEZA E DESINFECÇÃO DE COMADRES , PAPAGAIO E BACIAS (MATERIAL NÃO CRITICOS)	<i>EQUIPE MEDICA</i>
<i>11º mês</i>	PALESTRA "RISCOS DO USO DO CELULAR EM AMBIENTES INSALUBRES	EQUIPE TECNICA
<i>12º mês</i>	REFORMULAÇÃO DO NOVO CODIGO DE ETICA	<i>ENFERMEIROS / FARMACEUTICA</i>

48 - Pactuação Integrada de Saúde - Produção Estimada Mensal de Atendimentos em saúde - Procedimentos e Referências em Saúde

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUTIS & SALUTIS** manterá como meta mínima para este item o que foi apontado no Edital a que se refere esta Proposta Técnica . A meta anual é a realização de procedimentos clínicos, tendo por base a pactuação regional, local e estadual; a pactuação de atendimento e serviços de saúde, bem como a manutenção e ampliação da média histórica de procedimentos realizados em 2018, conforme demonstrado abaixo :

- Programação de Procedimentos Pactuados e Linhas de Cuidado em Saúde

ANEXO - METAS LINHAS DE CUIDADO

Linha Cuidado - Diabetes Mellitus

Parametrização		
POPULAÇÃO ALVO	7.707	
PREVALÊNCIA	7,6	
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIAGNÓSTICO	CIB: 40,000	MUNICIPAL: 80,000
ATENDIMENTO DE PRIMEIRO NÍVEL		
POPULAÇÃO (CIB): 152	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 304	COBERTURA: 65,000
ATENDIMENTO DE SEGUNDO NÍVEL		
POPULAÇÃO (CIB): 45	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 91	COBERTURA: 30,000

Código	Procedimento	Parâmetro o CIB	Parâmetro Municipal	Qtd. Total Municipal

ATENDIMENTO DE PRIMEIRO NÍVEL

101010010	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO BASICA	0,4	0,4	122
202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1	1	304
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1	1	304
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1	1	304
202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1	1	304
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	4	4	1.216
202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	2	2	608
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1	1	304
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1	1	304
202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	0,5	0,5	152
211020036	ELETROCARDIOGRAMA	1	1	304
211060100	FUNDOSCOPIA	0,5	0,5	152
214010015	GLICEMIA CAPILAR	12	12	3.648
301010030	CONSULTA DE ENFERMEIRO NA ATENCAO BASICA	6	6	1.824
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	2	2	608
301010064	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	4	4	1.216
301050058	ASSISTENCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NIVEL MEDIO	12	12	3.648
401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	0,1	0,1	30
401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	5	5	1.520

ATENDIMENTO DE SEGUNDO NÍVEL

101010028	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO ESPECIALIZADA	0,067	0,067	6
202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1	1	91
202050025	CLEARANCE DE CREATININA	1	1	91

202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	1	1	91
204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1	1	91
211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	1	1	91
211020060	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	1	1	91
211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	0,5	0,5	46
211060127	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	0,5	0,5	46
301010030	CONSULTA DE ENFERMEIRO NA ATENCAO BASICA	6	6	546
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	4	4	364
301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENCAO BASICA	1	1	91
301060045	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA C/ OBSERVACAO ATE 8 HORAS	1	1	91

Linha Cuidado - Hipertensão

Parametrização

POPULAÇÃO ALVO	7.707	
PREVALÊNCIA	22	
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIAGNÓSTICO	CIB: 40,000	MUNICIPAL: 80,000

ATENDIMENTO DE PRIMEIRO NÍVEL

POPULAÇÃO (CIB): 542	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 1.085	COBERTURA: 80,000

ATENDIMENTO DE SEGUNDO NÍVEL

POPULAÇÃO (CIB): 135	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 271	COBERTURA: 25,000

Código	Procedimento	Parâmetro CIB	Parâmetro Municipal	Qtd. Total Municipal

ATENDIMENTO DE PRIMEIRO NÍVEL

101010010	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO BASICA	0,4	0,4	434
202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	1	1	895
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1	1	895
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1	1	895
202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1	1	895

202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	4	4	3.580
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	1	1	1.085
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	1	1	895
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1	1	895
202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	0,5	0,5	448
211020036	ELETROCARDIOGRAMA	2	2	1.790
211060100	FUNDOSCOPIA	0,333	0,333	298
301010030	CONSULTA DE ENFERMEIRO NA ATENCAO BASICA	6	6	6.510
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	2	2	1.790
301010064	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	2	2	2.170
301050058	ASSISTENCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NIVEL MEDIO	12	12	13.020

ATENDIMENTO DE SEGUNDO NÍVEL

101010028	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO ESPECIALIZADA	0,067	0,067	15
202050025	CLEARANCE DE CREATININA	1	1	224
202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	1	1	224
202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	1	1	271
204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	1	1	224
205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	1	1	271
211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	1	1	224
211020060	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	1	1	224
301010030	CONSULTA DE ENFERMEIRO NA ATENCAO BASICA	6	6	1.626
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	2	2	447
301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENCAO BASICA	1	1	271
301060045	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA C/ OBSERVACAO ATE 8 HORAS	1	1	271

Linha Cuidado - Câncer Mama

Parametrização

POPULACAO FEMININA DE 40 A 49

POPULAÇÃO ALVO	899

POPULAÇÃO FEMININA DE 50 A 69

POPULAÇÃO ALVO	1.026
PREVALÊNCIA	100
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIAGNÓSTICO	CIB: 62,000
	MUNICIPAL: 62,000

CÂNCER DE MAMA - POPULACAO FEMININA DE 40 A 49

POPULAÇÃO (CIB): 557	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 557	COBERTUR A: 100,000

CÂNCER DE MAMA - POPULAÇÃO FEMININA DE 50 A 69

POPULAÇÃO (CIB): 636	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 636	COBERTUR A: 100,000

Código	Procedimento	Parâmetro CIB	Parâmetro Municipal	Qtd. Total Municipal
CÂNCER DE MAMA - POPULACAO FEMININA DE 40 A 49				
201010569	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	0,02	0,02	11
201010585	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	0,01	0,01	6
203020030	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO)- PECA CIRURGICA	0,03	0,03	17
204030030	MAMOGRAFIA BILATERAL	0,17	0,17	95
CÂNCER DE MAMA - POPULAÇÃO FEMININA DE 50 A 69				
201010569	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	0,02	0,02	13
201010585	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	0,01	0,01	6
203020030	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO)- PECA CIRURGICA	0,03	0,03	19
204030030	MAMOGRAFIA BILATERAL	0,55	0,55	350

Linha Cuidado - Pré Natal

POPULAÇÃO ALVO	413	
PREVALÊNCIA	100	
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIAGNÓSTICO	CIB: 62,000	MUNICIPAL:
PRÉ-NATAL - TODAS AS GESTANTES		
POPULAÇÃO (CIB): 256	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 256	COBERTURA: 100,000
PRÉ-NATAL - HABITUAL		
POPULAÇÃO (CIB): 217	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 217	COBERTURA: 85,000
PRÉ-NATAL - ALTO RISCO		
POPULAÇÃO (CIB): 38	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 38	COBERTURA: 15,000

Código	Procedimento	Parâmetro CIB	Parâmetro Municipal	Qtd. Total Municipal
PRÉ-NATAL - ALTO RISCO				
202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	1	1	38.0
205020143	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	2	2	76.0
PRÉ-NATAL - HABITUAL				
301010110	CONSULTA PRE-NATAL	6	6	1302.0
PRÉ-NATAL - TODAS AS GESTANTES				
101010010	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO BASICA	0,266	0,266	68.096
201020050	COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	1	1	256.0
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	2	2	512.0
202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1	1	256.0
202020371	HEMATOCRITO	1	1	256.0
202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	1	1	256.0
202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	1	1	256.0
202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	1	1	256.0
202031110	TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	2	2	512.0
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	2	2	512.0
202050254	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	1	1	256.0
202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	1	1	256.0

202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	1	1	256.0
205020143	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	1	1	256.0
301010110	CONSULTA PRE-NATAL	1	1	256.0
301010129	CONSULTA PUERPERAL	1	1	256.0
301050058	ASSISTENCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NIVEL MEDIO	6	6	1536.0

Linha Cuidado - Aids

AIDS - ACOMPANHAMENTO CLÍNICO - POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS

POPULAÇÃO ALVO	11.156	
PREVALÊNCIA	0,6	
POPULAÇÃO (CIB): 30	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 30	COBERTURA : 45,000
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIAGNÓSTICO	CIB: 100,000	MUNICIPAL: 100,000

AIDS - DIAGNÓSTICO - POPULAÇÃO TOTAL

POPULAÇÃO ALVO	22.672	
PREVALÊNCIA	100	
POPULAÇÃO (CIB): 385	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 22.672	COBERTURA : 100,000
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIAGNÓSTICO	CIB: 1,700	MUNICIPAL: 100,000

Código	Procedimento	Parâmetro CIB	Parâmetro Municipal	Qtd. Total Municipal
AIDS - ACOMPANHAMENTO CLÍNICO - POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS				
202010180	DOSAGEM DE AMILASE	3	3	90
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3	3	90
202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3	3	90
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	3	3	90
202010554	DOSAGEM DE LIPASE	3	3	90
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3	3	90
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	3	3	90
202031110	TESTE DE VDRL P/ DETECÃ+O DE SIFILIS	0,3	0,3	9
202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	0,3	0,3	9
AIDS - DIAGNÓSTICO - POPULAÇÃO TOTAL				
202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	1	1	22.672

Linha Cuidado - Hepatite

POPULAÇÃO ALVO	22.672	
PREVALÊNCIA	1,4	
PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM DIAGNÓSTICO	CIB: 100,000	MUNICIPAL: 100,000
HEPATITE C		
POPULAÇÃO (CIB): 317	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 317	COBERTURA : 100,000
HEPATITE B		
POPULAÇÃO (CIB): 317	POPULAÇÃO (MUNICIPAL): 317	COBERTURA : 100,000

Código	Procedimento	Parâmetro CIB	Parâmetro Municipal	Qtd. Total Municipal
HEPATITE B				
201010216	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	0,005	0,005	2
202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	0,55	0,55	174
202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	0,05	0,05	16
202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	0,5	0,5	158
202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	0,6	0,6	190
202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	0,6	0,6	190
202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	0,1	0,1	32
203020030	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO)- PECA CIRURGICA	0,005	0,005	2
HEPATITE C				
201010216	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	0,009	0,009	3
202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	0,025	0,025	8
202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	1	1	317
203020030	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO)- PECA CIRURGICA	0,009	0,009	3

TOTAL GERAL - Linha de Cuidado

Código	Procedimento	LC - Diabetes	LC - Hip.	LC - Colo de Útero	LC - Mama	LC - Pré- Natal
101010010	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO BASICA	122	434	159	0	68
101010028	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTACAO EM GRUPO NA ATENCAO ESPECIALIZADA	6	15	0	0	0
201010216	BIOPSIA DE FIGADO POR PUNCAO	0	0	0	0	0
201010569	BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	0	0	0	24	0
201010585	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	0	0	0	12	0
201020033	COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLO UTERINO	0	0	1.304	0	0
201020050	COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	0	0	0	0	256
202010074	DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA CLASSICA (5 DOSAGENS)	0	0	0	0	38
202010120	DOSAGEM DE ACIDO URICO	304	895	0	0	0
202010180	DOSAGEM DE AMILASE	0	0	0	0	0
202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	304	895	0	0	0
202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	0	0	0	0	0
202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	304	895	0	0	0
202010317	DOSAGEM DE CREATININA	304	895	0	0	0
202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1.216	3.581	0	0	512
202010503	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	699	0	0	0	0
202010554	DOSAGEM DE LIPASE	0	0	0	0	0
202010600	DOSAGEM DE POTASSIO	0	1.085	0	0	0
202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	304	895	0	0	0

202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	0	0	0	0	256
202020371	HEMATOCRITO	0	0	0	0	256
202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	0	0	0	0	0
202030083	DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	0	0	0	0	0
202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	0	0	0	0	256
202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	0	0	0	0	0
202030644	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	0	0	0	0	0
202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	0	0	0	0	0
202030784	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	0	0	0	0	0
202030873	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	0	0	0	0	256
202030890	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	0	0	0	0	0
202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	0	0	0	0	256
202030989	PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	0	0	0	0	0
202031110	TESTE DE VDRL P/ DETECÃO DE SIFILIS	0	0	0	0	512
202031128	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	0	0	0	0	0
202050017	ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	304	895	0	0	512

202050025	CLEARANCE DE CREATININA	91	224	0	0	0
202050092	DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	152	448	0	0	0
202050114	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	91	224	0	0	0
202050254	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TESTE DE GRAVIDEZ)	0	0	0	0	256
202060250	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	0	271	0	0	0
202120023	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	0	0	0	0	256
202120082	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	0	0	0	0	256
203010019	EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	0	0	1.304	0	0
203020030	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/ CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO)- PECA CIRURGICA	0	0	0	36	0
204030030	MAMOGRAFIA BILATERAL	0	0	0	445	0
204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	91	224	0	0	0
205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	0	271	0	0	0
205020143	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	0	0	0	0	332
211020036	ELETROCARDIOGRAMA	304	1.790	0	0	0
211020052	MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	91	224	0	0	0
211020060	TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	91	224	0	0	0
211040029	COLPOSCOPIA	0	0	33	0	0
211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	46	0	0	0	0
211060100	FUNDOSCOPIA	152	298	0	0	0

211060127	MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	46	0	0	0	0
214010015	GLICEMIA CAPILAR	3.648	0	0	0	0
301010030	CONSULTA DE ENFERMEIRO NA ATENCAO BASICA	2.370	8.136	1.185	0	0
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	972	2.237	0	0	0
301010064	CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA	1.216	2.170	1.185	0	0
301010110	CONSULTA PRE-NATAL	0	0	0	0	1.558
301010129	CONSULTA PUERPERAL	0	0	0	0	256
301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENCAO BASICA	91	271	0	0	0
301050058	ASSISTENCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NIVEL MEDIO	3.648	13.020	0	0	1.536
301060045	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA C/ OBSERVACAO ATE 8 HORAS	91	271	0	0	0
401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	30	0	0	0	0
409060089	EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMACAO DO COLO UTERINO	0	0	24	0	0

49 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - SÃO PAULO - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd.apresentada segundo Forma organização

Município: 354300 Ribeirão Branco

Período: 2018

Forma organização	Qtd.realiz anual	Média Mensal
TOTAL	170.991	14.249
010102 Saúde bucal	50.211	4.184
010201 Vigilância sanitária	859	72
020102 Outras formas de coleta de material	443	37
020201 Exames bioquímicos	21.009	1.751
020202 Exames hematológicos e hemostasia	6.770	564
020203 Exames sorológicos e imunológicos	996	83
020204 Exames coprológicos	2.053	171
020205 Exames de uroanálise	4.390	366
020206 Exames hormonais	160	13
020207 Exames toxicológicos ou de monitorização terapêutica	61	5
020208 Exames microbiológicos	1.208	101
020212 Exames imunohematológicos	333	28
020401 Exames radiológicos da cabeça e pescoço	452	38
020402 Exames radiológicos da coluna vertebral	164	14
020403 Exames radiológicos do torax e mediastino	1.536	128
020404 Exames radiológicos da cintura escapular e dos membros superiores	389	32
020405 Exames radiológicos do abdomen e pelve	113	9
020406 Exames radiológicos da cintura pélvica e dos membros inferiores	599	50
021102 Diagnóstico em cardiologia	787	66
021104 Diagnóstico em ginecologia-obstetrícia	175	15
021401 Teste realizado fora da estrutura de laboratório	1.927	161
030101 Consultas médicas/outras profissionais de nível superior	14.320	1.193
030104 Outros atendimentos realizados por profissionais de níveis superior	632	53
030106 Consulta/Atendimento às urgências (em geral)	30.124	2.510
030110 Atendimentos de enfermagem (em geral)	24.993	2.083
030205 Assistência fisioterapêutica nas disfunções musculoesqueléticas (todas as origens)	154	13

030701 Dentística	1.963	164
030702 Endodontia	300	25
030703 Periodontia clínica	1.135	95
040101 Pequenas cirurgias	1.696	141
040401 Cirurgia das vias aéreas superiores e do pescoço	88	7
041402 Cirurgia oral	951	79

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - SÃO PAULO - POR LOCAL DE ATENDIMENTO

Qtd.apresentada segundo Procedimento

Município: 354300 Ribeirão Branco

Período: 2018

Procedimento	Qtd.realiz anual	Média Mensal
TOTAL	170.991	14.249
0101020015 AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL	2	0
0101020023 AÇÃO COLETIVA DE BOCHECHO FLUORADO	22.392	1.866
0101020031 AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA	26.712	2.226
0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE)	65	5
0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE)	1	0
0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO)	208	17
0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA	99	8
0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA	732	61
0102010072 CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	53	4
0102010145 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE HOSPITAIS	12	1
0102010161 EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADAS.	14	1
0102010170 INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	162	14
0102010188 LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	177	15

0102010196 APROVAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA	1	0
0102010226 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO	24	2
0102010234 RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	51	4
0102010242 ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	51	4
0102010269 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE HOSPITAIS	4	0
0102010463 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	125	10
0102010480 FISCALIZAÇÃO DO USO DE PRODUTOS FUMÍGENOS DERIVADOS DO TABACO EM AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS, PÚBLI	164	14
0102010498 LAUDO DE ANÁLISE LABORATORIAL DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DE ALIMENTOS RECEBIDOS PELA VIGILÂNCIA SA	10	1
0102010501 ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A TEMÁTICA DA DENGUE, REALIZADAS PARA A POPULAÇÃO	11	1
0201020033 COLETA DE MATERIAL P/ EXAME CITOPATOLOGICO DE COLO UTERINO	375	31
0201020050 COLETA DE SANGUE P/ TRIAGEM NEONATAL	68	6
0202010040 DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	100	8
0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	446	37
0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	85	7
0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	116	10
0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	34	3
0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1.848	154
0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	2.985	249
0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	2.641	220
0202010309 DOSAGEM DE COLINESTERASE	10	1
0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	1.938	162
0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	492	41
0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	156	13
0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA	7	1
0202010376 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	1	0
0202010392 DOSAGEM DE FERRO SERICO	43	4
0202010422 DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	132	11
0202010430 DOSAGEM DE FOSFORO	8	1
0202010465 DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	367	31
0202010473 DOSAGEM DE GLICOSE	3.661	305

0202010503 DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	4	0
0202010554 DOSAGEM DE LIPASE	1	0
0202010562 DOSAGEM DE MAGNESIO	4	0
0202010570 DOSAGEM DE MUCO-PROTEINAS	47	4
0202010600 DOSAGEM DE POTASSIO	321	27
0202010619 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	5	0
0202010627 DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	22	2
0202010635 DOSAGEM DE SODIO	107	9
0202010643 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO- OXALACETICA (TGO)	1.036	86
0202010651 DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	1.049	87
0202010678 DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	2.257	188
0202010694 DOSAGEM DE UREIA	1.084	90
0202010708 DOSAGEM DE VITAMINA B12	2	0
0202020029 CONTAGEM DE PLAQUETAS	187	16
0202020037 CONTAGEM DE RETICULOCITOS	4	0
0202020070 DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO	331	28
0202020096 DETERMINACAO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE	330	28
0202020134 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	263	22
0202020142 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	268	22
0202020150 DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSEDIMENTACAO (VHS)	187	16
0202020355 ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	1	0
0202020380 HEMOGRAMA COMPLETO	4.413	368
0202020398 LEUCOGRAMA	475	40
0202020495 PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	141	12
0202020509 PROVA DO LACO	169	14
0202020541 TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	1	0
0202030075 DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	165	14
0202030105 DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	246	21
0202030202 DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	406	34
0202030466 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	5	0
0202030474 PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	124	10
0202031110 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	44	4

0202031128 TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	2	0
0202031136 TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	2	0
0202031179 TESTE NÃO TREPONEMICO P/ DETECÇÃO DE SIFILIS EM GESTANTES	2	0
0202040089 PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	1	0
0202040127 PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	1.979	165
0202040143 PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	73	6
0202050017 ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	4.230	353
0202050025 CLEARANCE DE CREATININA	19	2
0202050092 DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	3	0
0202050114 DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	40	3
0202050190 PESQUISA DE CISTINA NA URINA	1	0
0202050254 PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA	97	8
0202060217 DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	148	12
0202060250 DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	4	0
0202060268 DOSAGEM DE INSULINA	1	0
0202060276 DOSAGEM DE PARATORMONIO	1	0
0202060284 DOSAGEM DE PEPTIDEO C	1	0
0202060365 DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	3	0
0202060381 DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	2	0
0202070352 DOSAGEM DE ZINCO	61	5
0202080013 ANTIBIOGRAMA	572	48
0202080072 BACTERIOSCOPIA (GRAM)	1	0
0202080080 CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO	635	53
0202120023 DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	160	13
0202120082 PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	157	13
0202120090 TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	16	1
0204010063 RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	12	1
0204010080 RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	119	10
0204010128 RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	28	2
0204010144 RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	121	10
0204010179 RADIOGRAFIA PANORAMICA	4	0
0204010187 RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)	168	14
0204020034 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	46	4

0204020069 RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	92	8
0204020093 RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	26	2
0204030153 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	88	7
0204030170 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	1.448	121
0204040019 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	24	2
0204040051 RADIOGRAFIA DE BRACO	24	2
0204040060 RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	3	0
0204040078 RADIOGRAFIA DE COTOVELO	52	4
0204040094 RADIOGRAFIA DE MAO	116	10
0204040116 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	95	8
0204040124 RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	75	6
0204050120 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	65	5
0204050138 RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	48	4
0204060087 RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	132	11
0204060095 RADIOGRAFIA DE BACIA	66	6
0204060109 RADIOGRAFIA DE CALCNEO	16	1
0204060117 RADIOGRAFIA DE COXA	37	3
0204060125 RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	155	13
0204060150 RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	132	11
0204060168 RADIOGRAFIA DE PERNA	61	5
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	787	66
0211040061 TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO	175	15
0214010015 GLICEMIA CAPILAR	1.601	133
0214010040 TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	57	5
0214010058 TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	129	11
0214010082 TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	140	12
0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	710	59
0301010064 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO BASICA	9980	832
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	654	55
0301010110 CONSULTA PRE-NATAL	777	65
0301010153 PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMÁTICA	2199	183

0301040044 TERAPIA INDIVIDUAL	632	53
0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA	2647	221
0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	315	26
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	26.860	2.238
0301060100 ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	302	25
0301100020 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS EM ATENCAO BASICA (POR PACIENTE)	20.919	1.743
0301100101 INALACAO / NEBULIZACAO	3.138	262
0301100152 RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BASICAS (POR PACIENTE)	374	31
0301100187 TERAPIA DE REIDRATACAO ORAL	562	47
0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	154	13
0307010015 CAPEAMENTO PULPAR	401	33
0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	367	31
0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR	379	32
0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR	809	67
0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS	7	1
0307020010 ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)	194	16
0307020029 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO	47	4
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	1	0
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	9	1
0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA	47	4
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	2	0
0307030024 RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAI (POR SEXTANTE)	1.077	90
0307030059 RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAI (POR SEXTANTE)	58	5
0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	1.595	133
0401010031 DRENAGEM DE ABSCESSO	35	3
0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA	42	4
0401010066 EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESOES / FERIMENTOS DE PELE / ANEXOS E MUCOSA	13	1
0401010074 EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO	2	0

SEBACEO / LIPOMA

0401010104 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	1	0
0401010112 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	8	1
0404010270 REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	88	7
0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR	1	0
0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL	1	0
0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	239	20
0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	651	54
0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE)	1	0
0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	9	1
0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE	19	2
0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA	30	3

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - SÃO PAULO

AIH aprovadas segundo Estabelecimento

Município: 354300 Ribeirão Branco

Período: 2018

Estabelecimento	INTERN ANUAL	INTERN MENSAL
TOTAL	1.480	123
2027186 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	601	50
2071568 HC DA FMUSP INSTITUTO DO CORACAO INCOR SAO PAULO	1	0
2077426 HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA ORG SOCIAL SECONCI SAO PAUL	2	0
2077485 HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP SAO PAULO	1	0
2078015 HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	8	1
2078813 HOSPITAL OFTALMOLOGICO DE SOROCABA	18	2
2079097 SANTA CASA DE CAPAO BONITO	1	0
2079321 HOSPITAL GPACI SOROCABA	2	0
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	4	0

2081555 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITARARE	2	0
2081695 CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	38	3
2082616 HOSPITAL PSIQUIATRICO VERA CRUZ SOROCABA	4	0
2082926 CASA DE SAUDE STELLA MARIS	1	0
2083086 HOSPITAL AMARAL CARVALHO JAU	7	1
2083264 HOSPITAL MUNICIPAL JOAQUIM RAIMUNDO GOMES GUAPIARA	2	0
2084252 SOBRAPAR CAMPINAS	2	0
2087057 HOSPITAL DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA	1	0
2088495 INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA IDPC SAO PAULO	2	0
2090236 FUNDACAO PIO XII BARRETOS	2	0
2091755 HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSE PANGELLA SAO PAULO	1	0
2092298 SANTA CASA DE ITU	6	1
2688689 SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL SAO PAULO	1	0
2705249 HOSPITAL MUNICIPAL MARIA ROSA CARDOSO	696	58
2708779 SANTA CASA DE SOROCABA	7	1
2748223 HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU	2	0
2755130 HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE	3	0
2765942 HOSPITAL SANTA LUCINDA SOROCABA	2	0
5451612 INSTITUTO DE REABILITACAO LUCY MONTORO	2	0
7711980 HOSP MUN GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO	3	0
9491112 HOSPITAL REGIONAL DE SOROCABA	58	5

50 Produção Estimada Mensal SADT

Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia – SADT – Interno

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) É uma modalidade de prestação de serviços que utiliza recursos físicos (aparelho de Raio X, tomografias,

ultrassonografia, ECG e gesso) com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes atendidos no serviço de saúde (urgência e emergência).

O Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia será terceirizado. Os exames de alta complexidade serão realizados em outra unidade de saúde referenciada pela Secretaria de Estado da Saúde. Nesses casos, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL disponibilizará ambulância compatível para o transporte adequado do paciente.

Abaixo relataremos a oferta dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia sob a gestão da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUTIS & SALUTIS**, descrevendo as competências de cada um deles.

COMPETÊNCIAS GERAIS

Suprir as necessidades das equipes médicas das Unidades de Saúde geridas no que diz respeito a exames clínicos subsidiários, bem como procedimentos terapêuticos complementares; Elaborar e expedir resultados de exames e relatórios dos procedimentos terapêuticos.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

A. **Análises Clínicas:** Receber ou proceder a coleta de material; Fazer a triagem do material; Fazer análise e procedimentos laboratoriais de substâncias ou materiais biológicos com finalidade diagnóstica;

B. **Diagnóstico por Imagem:** Preparar o paciente; Realizar exame de radiologia através dos resultados de estudos radiológicos. Assegurar atendimento de urgência; Realizar o processamento da imagem; Interpretar as imagens e emitir laudo dos exames realizados; zelar pela proteção e segurança de pacientes e operadores.

C. **Métodos gráficos:** Preparar o paciente; Realizar os exames que são representados por traçados gráficos aplicados em papel ou em filmes especiais, tais como: eletrocardiograma; emitir laudos dos exames realizados.

Serviços de Exames Laboratoriais

A Secretaria Municipal de Saúde mantém os serviços laboratoriais para análise clínicas em horário integral, com recursos próprios, os quais são requisitados pelas unidades de saúde mediante atendimento dos usuários de saúde.

1.1.8.7.2. Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia – SADT -EXTERNO

O Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia externo, é terceirizado e realizados em outra unidade de saúde. O Agendamento é realizado pela Secretária de Saúde com a prescrição médica, obedecendo o quantitativo descrito NA PACTUAÇÃO E REGULAÇÃO MENSAL ASSISTENCIAL da oferta dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia Externa sob a gestão da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS**

51 - Ações voltadas à Qualidade Objetiva – Quadro de Comissões

As Comissões Técnicas que a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** implantara no nas Unidades de Saúde **DE RIBEIRÃO BRANCO** são:

- **Comissão de Revisão de Prontuários**
- **Comissão de Análise de Óbitos**
- **Comissão de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde / CCIH**
- **Comissão de Ética Médica**
- **Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente**

As comissões têm a responsabilidade de gerenciar processos específicos relacionados ao atendimento em saúde. Com relação a essas comissões, a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** neste Plano de trabalho propõe:

- Despender ações na manutenção de todas as comissões assessoras e núcleos obrigatórios já existentes;
- Na inexistência de qualquer comissão, instituí-la oferecendo subsídios necessários para sua implantação;
- Padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da comissão, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecendo a comissão junto à administração e ao corpo clínico.
- As comissões a serem criadas/mantidas para o UNIDADES DE SAÚDE Municipal de RIBEIRÃO BRANCO serão descritas e pormenorizadas a seguir. Estas

comissões obedecerão a um cronograma de reuniões que poderá eventualmente ser alterado de acordo com as necessidades apresentadas.

Comissão de Revisão de Prontuários

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) é coligada ao Atendimento, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos.

A Comissão de Revisão de Prontuários faz parte de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes, bem como a segurança da informação. O preenchimento do prontuário completo e exato com dados que não apresentem erros e inconsistências, devidamente ordenados, contribui não só para assegurar a correta assistência ao paciente, mas também para a obtenção de recursos financeiros mediante procedimentos comprovados, além de ser um documento jurídico importante para a instituição, paciente e cliente.

O prontuário do paciente é um documento destinado ao registro dos cuidados prestados. Documento único devidamente identificado que concentra todas as informações relativas à saúde de cada paciente. É nele que constam as alterações e a demonstração da evolução desse paciente durante todo o período de atendimento. É o documento legal em que os profissionais devem registrar todas as anotações referentes à história médico-social, a sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento, além de servir como rica fonte de pesquisa científica e de indicadores institucionais.

Sendo assim, é de vital importância garantir a qualidade deste documento, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS pretende garantir o funcionamento conforme a resolução **CFM nº1638/2002**, 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 científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:

- Presidente
- Vice Presidente
- Secretário
- Suplente
- Suplente
- Suplente

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** propõe-se garantir o andamento da Comissão de Revisão de Prontuários objetivando: revisar o prontuário do paciente, identificar as não conformidades e regularizá-las, comunicar os responsáveis pelos registros, para garantir a qualidade das informações do paciente durante o internamento.

Objetivos:

Objetivos serão viabilizados através de atividades como:

- Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários;
- Análise e revisão do preenchimento e ordenamento das FAs (Fichas de Atendimentos) e impressos que compõe o prontuário, como relatórios de alta e óbito, evoluções médicas e de enfermagem, prescrições médicas; transferências entre blocos e outras unidades hospitalares, diagnóstico e a terapêutica utilizada, e a identificação de novos procedimentos realizados no paciente;

A comissão de Revisão de Prontuários possui um papel fundamental, pois é a responsável pela organização e conservação dos prontuários. Esta ação traz inúmeros benefícios. Seguem alguns deles:

- Facilita o manuseio;
- Integridade dos documentos;
- Legibilidade nas informações;
- Colabora na pesquisa científica, a busca de informações sobre a terapêutica do paciente;
- Facilita o processo de faturamento para os faturistas;
- Padroniza a metodologia institucional do pronto atendimento;
- Favorece o conhecimento de todos os impressos que devem conter no prontuário e identifica a ausência deles;
- Colabora no seguimento da terapêutica que os profissionais utilizam a cada dia, ou seja, a organização do prontuário, segmentando-o naquilo que foi destinado ao paciente, como o diagnóstico médico, evolução, prescrição médica e de enfermagem;
- Contribui para a permanência e continuidade do prontuário completo até o fim do atendimento.

Frequência das Reuniões:

- As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento
- Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;
- Elaborar agenda e atividade para as Comissões no período do seu mandato
- Elaborar ata das reuniões
- Cumprir as decisões tomadas nas reuniões
- Convocar reuniões extraordinárias;

Cronograma de Reuniões:

Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação	X	X										
ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Implantação												
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Compete à Diretoria da Comissão

- As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá ser convocada pelo Presidente da Comissão com antecedência de 10 (dez) dias.
- A Presidência deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.
- As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.

- As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.
- As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.
- As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

A mortalidade hospitalar expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada. Podemos citar aqui, o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, entre outros.

Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho. Desta forma, podem ajudar a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

Comissão Revisão de Óbitos

A Comissão de Revisão de Óbito-Pretende Atender a resolução **CREMESP No. 114/2005**, no Plano de Trabalho da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** destinado à gestão das Unidades de Saúde **MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO**, terá a função de analisar documentos médicos, instrumento de qualidade, de estudo e investigação das causas que levaram o paciente a óbito, quando este não era esperado como evolução natural, assim como proporcionar a discussão entre os grupos assistenciais.

A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:

Presidente

Vice Presidente

1º Suplente

2º Suplente

3º Suplente

A Comissão deverá avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos; a possibilidade de detectar a ocorrência de eventos que indiquem necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria Comissão de Revisão de Óbitos. Tem também como objetivo avaliar a possibilidade de definição, com o uso de metodologia adequada, se seus achados são úteis para a detecção de áreas ou processos que possam ser objeto de ações de melhoria e, através do teste de contingência, se existe relação causal entre a conclusão do óbito e variáveis selecionadas.

□ **Objetivos:**

- ❖ Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a 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 das declarações de óbitos.
- ❖ Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.
- ❖ Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito no prontuários.
- ❖ Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (serviço de verificação de óbitos).
- ❖ Zelar pelos sigilos éticos das informações
- ❖ Emitir parecer técnicos ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.

Frequência das Reuniões

- ❖ As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

Cronograma de Reuniões

- ❖ Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação	X	X										
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Compete à Diretoria da Comissão:

- ❖ Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;
- ❖ Elaborar agenda e atividade para as Comissões no período do seu mandato;
- ❖ Elaborar ata das reuniões;
- ❖ Cumprir as decisões tomadas nas reuniões;
- ❖ Convocar reuniões extraordinárias;

- ❖ As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá
- ❖ ser convocada pelos Médicos Diretores com antecedência de 10 (dez) dias.
- ❖ O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.
- ❖ As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.
- ❖ As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.
- ❖ As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.
- ❖ As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Comissão de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

A Comissão de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - Pretende Atender a **PORTARIA Nº 2616/98**, no Plano de Trabalho da **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS**, destinado à gestão das Unidades de saúde do município **DE RIBEIRÃO BRANCO**”, terá a função de analisar Proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso de Controle de Infecções Hospitalares, documentos médicos, instrumento de qualidade, de estudo e investigação das causas que levaram o paciente a óbito, quando este não era esperado como evolução natural, assim como proporcionar a discussão entre os grupos assistenciais.

As infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) são aquelas adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde e representam um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em dados recentes, considera que 1,4 milhão de infecções ocorre a qualquer momento, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 2 milhões de infecções relacionadas à assistência em saúde ocorram anualmente, resultando entre 60 e 90 mil mortes e com um custo aproximado de, pelo menos, 17 a 29 bilhões de dólares. Em média, de 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem IRAS.

No Brasil, não se dispõe de estimativas precisas em razão da ausência de sistematização de informações.

Em levantamento do Conselho Regional de Medicina, em parceria com o Ministério Público de São Paulo (CREMESP), verificou-se em 156 hospitais do Estado, que o controle de infecções, na maioria deles, foi considerado deficiente. No estudo, foram avaliadas as condições de trabalho necessárias para o controle da infecção,

sendo avaliados os itens: Comissão e Programa de Controle de Infecções Hospitalares; Áreas de Procedimentos Críticos; Central de Esterilização de materiais e Biossegurança.

A repercussão da alta frequência dessas infecções pode ser notada com o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar, bem como com o prolongamento da internação e o aumento dos custos assistenciais. O número de publicações em periódicos internacionais sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência é grande e abordam diferentes vertentes, desde aspectos epidemiológicos a novas tecnologias para prevenção e controle.

Apesar do avanço do conhecimento, verifica-se que muitos desafios ainda estão presentes no cotidiano dos controladores de infecções e dos profissionais que se dedicam à assistência direta aos pacientes.

Diante das evidências científicas e da constatação de situações desafiadoras, vários questionamentos permeiam o cotidiano do controlador de infecções: *Por que os profissionais de saúde não adotam as recomendações básicas para o controle de infecções, para a redução dos acidentes ocupacionais e para evitar a disseminação das bactérias resistentes? Por que ainda somos tão resistentes a abandonar antigas práticas que colocam em risco o paciente e o próprio profissional de saúde?* Na verdade verificamos que são muitos os porquês, poucas as respostas e inúmeras as dúvidas.

Diante de tais questionamentos, propõe-se um ensaio teórico pela sua característica de ser problematizador, antidogmático e reflexivo sem, no entanto dispensar o rigor lógico-metodológico com coerência de argumentação e o espírito crítico.

Nesse contexto, discorrem-se sobre os três desafios fundamentais, pilares para a prevenção e controle das IRAS:

Resistência bacteriana: contenção da situação/dificuldade de controle;

O processamento de produtos para saúde;

E o comportamento do profissional de saúde diante da adoção das recomendações do controle de infecção, no tocante aos desafios vivenciados no cotidiano do profissional em níveis nacional e internacional, repensando idéias e ações, de forma a possibilitar um reolhar sobre a prática.

A perspectiva de trazer à tona uma reflexão sobre uma prática ética e segura dos profissionais, instituições e, sobretudo, o compromisso com uma assistência de qualidade prestada aos pacientes é que motivaram a análise desses aspectos relevantes dos atuais desafios e limitações para a prevenção e controle das infecções.

Almeja-se, ainda, possibilitar aos profissionais de saúde um "novo olhar" sobre o fazer, a interpretação dessa realidade que nos cerca, as limitações, o nosso pensar e o nosso agir e, sobretudo, a compreensão da necessidade de corresponsabilização pela qualidade das práticas individuais, coletivas e institucionais.

A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:

- Presidente
- Vice Presidente
- Secretário
- 1º Suplente
- 2º Suplente
- 3º Suplente
- 4º Suplente

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) tem como objetivo controlar, reduzir os riscos e tratar as complicações das infecções relacionadas à Assistência à

Saúde dos pacientes e colaboradores das Unidades de Saúde de **RIBEIRÃO BRANCO**. Dessa forma, a Comissão colabora de forma essencial para o cumprimento de uma das metas dos serviços de saúde, que é ser efetiva no diagnóstico, prevenção e tratamento das infecções hospitalares com visão no controle ambiental e na educação continuada dos nossos colaboradores.

Entre as diversas competências da CCIH estão estabelecer diretrizes para desenvolvimento do programa de controle de infecção hospitalar, bem como elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções e instituir, rever e atualizar normas que visem à uniformização de medidas para a prevenção, controle e tratamento das mesmas.

A CCIH cuida ainda do planejamento para estudos e pesquisas epidemiológicas, bem como analisa periodicamente a situação de infecção hospitalar em cada um dos setores das Unidades de Saúde de **RIBEIRÃO BRANCO**.

Objetivos:

- ❖ Constituir formalmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- ❖ Fomentar a educação e o treinamento de todo pessoal hospitalar em assuntos referentes à infecção.
- ❖ Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
- ❖ Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da Comissão
- ❖ Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores
- ❖ Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de todo o hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar;

- ❖ Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;
- ❖ Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
- ❖ Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- ❖ Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.
- ❖ Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações
 - epidemiológicas a Diretoria, conforme as normas específicas das referida Comissão;
- ❖ Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- ❖ Rever prontuários nos casos de infecção, assegurando a fidelidade dos dados coletados.
- ❖ Supervisionar as rotinas de proteção ao doente (esterilização, antisepsia, desinfecção e limpeza)
- ❖ Orientar quanto ao uso de antimicrobianos e nas medidas de isolamento, entre outras.
- ❖ Criar um sistema operacional para notificação e avaliação de infecções hospitalares, retroalimentando os setores que realizaram notificação de infecção.
- ❖ Programar junto ao setor competente do hospital a realizarem notificação de infecção.

- ❖ Supervisionar o serviço de nutrição quanto à limpeza, desinfecção e esterilização e esterilização de equipamentos, utensílios e mamadeiras.
- ❖ Treinar e supervisionar pessoas para realizar curativos de pacientes, retirar pontos das feridas operatórias dos pacientes que venham a desenvolver processos infecciosos após alta.
- ❖ Elaborar relatórios semestrais das suas atividades, destinadas a CCIH inclusive a cada ano a prevalência microbiana e sua sensibilidade aos antibióticos.

Frequência das Reuniões

- ❖ As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

Cronograma de Reuniões

- ❖ Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação	X	X										
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Compete à Diretoria da Comissão:

- ❖ Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;
- ❖ Elaborar agenda e atividade para as Comissões no período do seu mandato;
- ❖ Elaborar ata das reuniões;
- ❖ Cumprir as decisões tomadas nas reuniões;
- ❖ Convocar reuniões extraordinárias;
- ❖ As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá
- ❖ ser convocada pelos Médicos Diretores com antecedência de 10 (dez) dias.
- ❖ O Corpo Clínico deliberará através de Assembléias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.
- ❖ As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.
- ❖ As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.
- ❖ As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.

- ❖ As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Comissão de Ética Médica

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS PAUTARÁ DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO CFM NO. 2152/2016 , que estabelece normas de organização, funcionamento eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

A criação da Comissão de Ética Médica para as Unidades de Saúde de **RIBEIRÃO BRANCO** é constituída por princípios da conduta humana que definem diretrizes no exercício de uma profissão, estipulando os deveres no desempenho de uma atividade profissional.

As profissões estão sujeitas à formação controlada pelo Estado, exigindo-se que atuem submetidos a algum controle moral, geralmente baseado em um código de ética profissional e um mecanismo de fiscalização. Os códigos de ética contêm normas e regras de conduta, referindo-se a direitos e deveres, ou seja, o que os profissionais são obrigados a fazer ou as proibições que devem respeitar. O que é vedado ao médico corresponde ao que direito do paciente. A sua observância é fundamental não só para evitar uma demanda judicial, mas também para situar o seu dever na sociedade contemporânea, já que a convivência cada vez mais complexa precisa ser disciplinada.

Os Conselhos Regionais de Medicina foram criados na década de 50, tendo como função primordial, fiscalizar o exercício da profissão médica.

Os Conselhos Regionais de Medicina, visando um apoio às suas atividades por estarem sobrecarregados com o aumento de profissionais novo no mercado de trabalho, criaram nas Instituições Hospitalares, as Comissões de Ética Médica, como sua extensão.

As Comissões seriam constituídas por profissionais pertencentes ao quadro da instituição, estariam intimamente familiarizados com os problemas que surgissem, igualmente, participariam preventivamente na promoção de melhorias dentro destas Instituições.

Acrescentamos ainda, que a Comissão de Ética Médica, não se limitaria apenas aos problemas éticos verificados ou suspeitos ocorridos na instituição. Ela propiciaria concomitante, com sua atuação, abertura às discussões, não apenas voltadas para os fatos ocorridos, mas sim, em uma atitude preventiva, detectando as áreas de maior risco dentro do contexto institucional.

Entende-se inerente às funções das Comissões de Ética, as formas educativas, opinativas e fiscalizadoras. No que se refere à função educadora, esta complementa a divulgação e discussão dos princípios éticos que norteiam o exercício da profissão que são desenvolvidos no ensino da Ética no Curso de Graduação em Medicina. Na forma opinativa, traz orientações sobre os questionamentos específicos de determinadas situações, e na forma fiscalizadora, apura as denúncias contra o profissional, através do devido processo legal e, quando é detectada a infração encaminha a apuração ao Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo, que decidirá a penalidade aplicável de acordo com a gravidade de cada caso.

A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:

- ❖ Presidente (Médico)
- ❖ Secretário (Médico)
- ❖ Membro Efetivo (Médico)
- ❖ 1º Suplente (Médico)
- ❖ 2º Suplente (Médico)
- ❖ 3º Suplente (Médico)

Embora a **RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016** instrui que instituições com até 30 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição da Comissão de Ética Médica, a **SALUS & SALUTIS** vai introduzir conforme as normas.

As Comissões seriam constituídas por profissionais pertencentes ao quadro da instituição, estariam intimamente familiarizados com os problemas que surgissem, igualmente, participariam preventivamente na promoção de melhorias dentro destas Instituições.

Acrescentamos ainda, que a Comissão de Ética Médica, não se limitaria apenas aos problemas éticos verificados ou suspeitos ocorridos na instituição. Ela propiciaria concomitante, com sua atuação, abertura às discussões, não apenas voltadas para os fatos ocorridos, mas sim, em uma atitude preventiva, detectando as áreas de maior risco dentro do contexto institucional.

Entende-se inerente às funções das Comissões de Ética, as formas educativas, opinativas e fiscalizadoras. No que se refere à função educadora, esta complementa a divulgação e discussão dos princípios éticos que norteiam o exercício da profissão que são desenvolvidos no ensino da Ética no Curso de Graduação em Medicina. Na forma opinativa, traz orientações sobre os questionamentos específicos de determinadas situações, e na forma fiscalizadora, apura as denúncias contra o profissional, através do devido processo legal e, quando é detectada a infração encaminha a apuração ao Conselho Regional de Medicina do Estado São Paulo, que decidirá a penalidade aplicável de acordo com a gravidade de cada caso.

Objetivos:

- ❖ Supervisionar, orientar e fiscalizar, dentro do Hospital, 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;

- ❖ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;
- ❖ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;
- ❖ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;
- ❖ Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;
- ❖ Instaurar sindicância instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;
- ❖ Verificar se a instituição em que atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;
- ❖ Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- ❖ Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua;
- ❖ Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;
- ❖ Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham no Hospital;
- ❖ Fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- ❖ Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- ❖ Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

- ❖ Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;
- ❖ Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- ❖ Orientar o público usuário da instituição de saúde em que atua sobre questões referentes à Ética Médica.

Frequência das Reuniões

- ❖ As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

Cronograma de Reuniões

- ❖ Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação	X	X										
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Compete à Diretoria da Comissão:

- ❖ Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;
- ❖ Elaborar agenda e atividade para as Comissões no período do seu mandato;
- ❖ Elaborar ata das reuniões;

- ❖ Cumprir as decisões tomadas nas reuniões;
- ❖ Convocar reuniões extraordinárias;
- ❖ As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá ser convocada pelos Médicos Diretores com antecedência de 10 (dez) dias.
- ❖ O Corpo Clínico deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência
- ❖ mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.
- ❖ As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelos Diretores como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.
- ❖ As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.
- ❖ As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.
- ❖ As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões

tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Comissão de Qualidade e Segurança do Cuidado ao Paciente

Com a Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, um marco importante na atenção à saúde, cujo objetivo é contribuir com a qualificação do cuidado no estabelecimento de saúde **DE RIBEIRÃO BRANCO**, visando introduzir a Portaria N°2616/1998, e com a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança em estabelecimentos de saúde.

O Plano de Segurança do Paciente tem como objetivo estabelecer estratégias e ações para promoção do cuidado seguro e apresenta ações e estratégias para o ano.

Entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde, como a finalidade de estabelecer políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, através do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas e tecnologias, que visem garantir a qualidade dos processos na Maternidade.

A **SALUS & SALUTIS** se prontifica a também a introdução da **PORTARIA MS/GM N° 2.254**.

Por mais que a instituição de saúde tenha a cultura de segurança do paciente, a direção desse serviço sozinha não consegue conduzir as ações necessárias para garantir a eficácia da qualidade nos serviços da saúde. Faz-se necessária a criação de Comissões.

Mesmo com todos esses cuidados temos fatores humanos associados ao ambiente de trabalho e ao paciente que contribuem diretamente para a falta de segurança e qualidade na assistência à saúde. A complexidade ou a não aderência ao tratamento são os principais fatores relacionados ao paciente.

Por isso é muito importante que haja Comissões para avaliar e validar cada protocolo; evidenciar as necessidades de treinamentos aos profissionais envolvidos direta ou indiretamente com o paciente; tomar as ações quanto à infraestrutura (física, equipamentos, medicamentos, gestão de leitos, entre outros); identificar e gerenciar os perigos e riscos que degradam a qualidade e segurança do paciente; entre tantos outros requisitos para manter a identificação e segurança do paciente.

A Comissão será composta por tantos membros quanto à complexidade da matéria exigir, sendo membros necessários:

- ❖ Presidente
- ❖ Secretário
- ❖ Suplente
- ❖ Suplente
- ❖ Suplente

Atribuições da Comissão de Infecção:

- ❖ Constituir formalmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- ❖ Fomentar a educação e o treinamento de todo pessoal hospitalar em assuntos referentes à infecção.
- ❖ Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
- ❖ Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da Comissão;
- ❖ Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores;

- ❖ Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de todo o hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar;
- ❖ Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;
- ❖ Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;
- ❖ Participar de visitas e reuniões em diversos setores do hospital com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- ❖ Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do hospital no que tange ao controle das infecções hospitalares.
- ❖ Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas a Diretoria, conforme as normas específicas das referida Comissão;
- ❖ Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- ❖ Rever prontuários nos casos de infecção, assegurando a fidelidade dos dados coletados.
- ❖ Supervisionar as rotinas de proteção ao doente (esterilização, antissepsia, desinfecção e limpeza).
- ❖ Orientar quanto ao uso de antimicrobianos e nas medidas de isolamento, entre outras.
- ❖ Criar um sistema operacional para notificação e avaliação de infecções hospitalares, retroalimentando os setores que realizaram notificação de infecção.

- ❖ Programar junto ao setor competente do hospital a realizarem notificação de infecção.
- ❖ Supervisionar o serviço de nutrição quanto à limpeza, desinfecção e esterilização e esterilização de equipamentos, utensílios e mamadeiras.
- ❖ Treinar e supervisionar pessoas para realizar curativos de pacientes, retirar pontos das feridas operatórias dos pacientes que venham a desenvolver processos infecciosos após alta.
- ❖ Elaborar relatórios semestrais das suas atividades, destinadas a CCIH inclusive a cada ano a prevalência microbiana e sua sensibilidade aos antibióticos.

Frequência das Reuniões:

As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente, em local, data e hora determinadas em planejamento.

Cronograma de Reuniões

Cronograma de Reuniões da Comissão para os primeiros 12 (doze) meses.

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação	X	X										
Plano de Trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ATIVIDADE	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reuniões		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Atas e Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Compete à Diretoria da Comissão:

- ❖ Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;
- ❖ Elaborar agenda e atividade para as Comissões no período do seu mandato;
- ❖ Elaborar ata das reuniões;
- ❖ Cumprir as decisões tomadas nas reuniões;
- ❖ Convocar reuniões extraordinárias;
- ❖ As Reuniões serão realizadas uma vez por mês, em data a ser definida e deverá ser convocada pelo Presidente com antecedência de 10 (dez) dias.
- ❖ A Presidência deliberará através de Assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação com quórum mínimo de 2/3 dos membros, e em segunda convocação, após 1(uma) hora, com qualquer número, decidindo por maioria simples de votos.
- ❖ As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas tanto pelo Presidente como por 1/3 dos membros efetivos e contratados, sempre que matéria exigir observando-se antecedência mínima de 24 horas.
- ❖ As decisões serão tomadas por votação nominal ou simbólica e maioria simples dos membros presentes.
- ❖ As convocações deverão ser feitas por escrito, acompanhadas da respectiva pauta.
- ❖ As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

52 Ações Voltadas à Qualidade Subjetiva

Com a finalidade de priorizar um atendimento humanizado e pautado na eficiência e eficácia de sua execução, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS promoverá treinamentos e instruções para padronizar a interação com o usuário dos serviços e seus acompanhantes.

A equipe será orientada a:

- Esclarecer com clareza aos pacientes sobre assuntos pertinentes ao seu estado clínico;
- Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, de acordo com a Lei Federal nº 9.982, de 14 de Julho de 2000;
- Atender aos pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

Com o propósito de melhoria contínua da qualidade no atendimento à população usuária dos serviços a serem prestados, conforme compromisso assumido no plano de trabalho proposto, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, constituirá uma Comissão de Avaliação, responsável por implantar um sistema de avaliação de satisfação dos usuários. Será utilizada a metodologia desenvolvida para o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, instituído pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, e que estabelece como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários, e reformulada pela Portaria GM/MS Nº 28, de janeiro de 2015.

A avaliação é parte fundamental no planejamento e gestão de um serviço de saúde. Uma auto avaliação contribui para a melhoria dos serviços de saúde à medida que possibilita o autoconhecimento e a identificação da realidade e necessidades locais.

Considerando ainda a qualidade dos serviços prestados ao usuário dos serviços de saúde oferecidos pelo UNIDADES DE SAÚDE de RIBEIRÃO BRANCO e a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS

53 Acolhimento

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), é a mudança da relação profissional / usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde ofertados pelo município, dando continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

54 Proposta para Implantação do Acolhimento dos usuários na unidade com classificação de risco.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS irá propor ao Gestor a implantação do acolhimento com classificação de risco que hoje é realizada pelo gestor através de triagem feita pelo técnico de enfermagem.

55- PLANO DE IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS

PROTOCOLO

Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no SERVIÇO DE SAÚDE DE Pronto Atendimento, com atendimento de urgência e emergência.

ESPECIALIDADE

Urgências e Emergências em adultos e crianças.

POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO

Cidadãos que encontram-se em agravos de urgência ou emergência e que procuram os serviços de urgência e emergência.

CONCEITOS

De acordo com o conselho federal de enfermagem o enfermeiro possui competências legais, determinadas pelo artigo 11, inciso I e alíneas da Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, conforme segue:

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia dos serviços de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matérias de Enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde”.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 145/95 define URGÊNCIA como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com sem risco de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; EMERGÊNCIA como “constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento imediato”.

INTRODUÇÃO

Historicamente existem distorções conceituais e na prática de atendimento no Pronto-Socorro, visto que muitos usuários procuram por atendimento sem estarem com necessidades urgentes e emergentes. Isto tem feito crescer demasiadamente a demanda, conseqüentemente o tempo de espera aumenta, prejudicando os indivíduos que necessitam de um atendimento imediato. O sistema local de saúde deve definir o fluxo dos usuários do SUS que necessitam de consultas Especializadas e/ou Ambulatoriais desta forma busca-se organizar e reorientar a assistência com a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco sem exclusão. Para isto se faz necessárias equipes capacitadas para identificar necessidades e definir prioridades de cada paciente. Esta priorização ou classificação é feita a partir da utilização de protocolo específico de Acolhimento e Avaliação e Classificação de Risco. É importante informar todos os serviços de saúde da região acerca da utilização dessa ferramenta pela instituição no sentido de racionalizar gastos e fazer valer a referência e contra-referência, buscando assim fortalecer e consolidar a rede regional de assistência à saúde, co-responsabilizando usuários, trabalhadores e gestores. Assim estaremos HUMANIZANDO o SUS.

OBJETIVO GERAL

Melhorar o atendimento na Porta de Entrada de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Construir instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por

- gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências - condições de risco de perder a vida;
2. Não constituir-se em instrumento de diagnóstico;
 3. Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a expectativa do paciente e seus familiares e o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Tempo de espera ideal nem sempre pode ser conseguido, mas será estudado para ser alcançado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação;
 4. Organizar processo de trabalho e espaço físico do UNIDADES DE SAÚDE, diminuir ocorrência de superlotação, informar os pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera;
 5. Esclarecer à comunidade a forma de atendimento nas urgências e emergências;
 6. Constituir guia de treinamento das equipes na implantação da Classificação de Risco na porta de entrada de urgência e emergência;
 7. Avaliar o usuário, logo na sua chegada, identificando, rapidamente, as condições de ameaça à vida e de urgência – 10 minutos após o Boletim de Atendimento;
 8. Agilizar o atendimento médico e de enfermagem, fazendo com que o usuário;
 9. Seja visto precocemente, de acordo com sua gravidade, diminuindo os riscos que possam surgir com a espera do atendimento.
 10. Humanizar o atendimento – Ouvir a queixa, medos e expectativas do usuário;
 11. Organizar o fluxo dos usuários;
 12. Informar tempo de espera e retornar informações aos familiares;
 13. Aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos, com melhoria das relações interpessoais;
 14. Padronização de dados para estudo e planejamento de ações;
 15. Garantia de atendimento em todas as unidades com estabelecimento de atribuições e competências;
 16. Garantir uma escuta médica permanente a toda demanda de atendimento de urgência;

17. Determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis, hospitalizações desnecessárias;
18. Assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública adequada ao estado do paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do Sistema. Gerando o acesso aos serviços de urgência de uma maneira eficiente e equânime;
19. Primar pelo interesse público (do cidadão);
20. Qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização;
21. Constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência.

RESULTADOS ESPERADOS

Diminuição do risco de mortes evitáveis, extinção da triagem por portaria ou funcionário não qualificado, priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada, aumento da eficácia do atendimento, redução do tempo de espera, detecção de casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado, diminuição da ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais e padronização de dados para estudo e planejamento de ações.

ESTRUTURA NECESSÁRIA

- ❖ Pessoal qualificado para realizar o acolhimento.
- ❖ Acesso de comunicação direta com a área de Acolhimento.
- ❖ A área física deve possibilitar a visão dos que esperam pelo atendimento.
- ❖ Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes.
- ❖ Material e equipamento para atendimento emergência e de urgência.

- ❖ Aparelho de glicosímetro, aparelho de pressão, estetoscópio, termômetro e monitor de oximetria de pulso.
- ❖ Mobiliário: mesa, cadeiras e escadinha.

RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO

O Processo de Acolhimento e Classificação de Risco será executado por equipe formada de Enfermeiro, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliar Administrativo e/ou Médico.

Horário: 24 h.

Haverá uma sala própria para realização do Acolhimento com a Classificação do Risco.

São consideradas habilidades importantes deste a capacidade de comunicação, paciência, trato, compreensão, discrição, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade. Ainda, boa interação com os profissionais da saúde, pacientes, familiares, polícia, resgate e Empresas terceirizadas de Atendimento as Urgências.

O cidadão que chegar ao Serviço de Pronto Atendimento será atendido prontamente pela Equipe de Acolhimento. As emergências irão para sala de sutura e reanimação ou serão priorizadas. Pessoas em situação de urgência serão conduzidas a atendimento médico imediato. Os demais serão atendidos conforme prioridade sempre respeitando a ordem de chegada de cada paciente, Ainda os que forem classificados como atendimentos ambulatoriais poderão ser encaminhados às unidades de referência (UBS, PSF) desde que se consiga a garantia do atendimento naquele serviço. Este processo deverá ser feito em até 10 min. A Equipe de Classificação receberá o(a) paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades, usando protocolo padronizado, registrará a avaliação e encaminhará o(a) paciente ao local de atendimento. Eventuais atrasos serão comunicados. Reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica.

O Sistema de Triage utilizado será o baseado no protocolo de Manchester, que foi difundido pelos hospitais brasileiros de diferentes modos, seja pela estrutura, pela capacidade, pelo incentivo, cada local adapta o sistema à sua realidade, sendo assim serão trabalhadas nos Serviços de Pronto Atendimento em Saúde de RIBEIRÃO BRANCO as 04 cores de identificação: vermelho, amarelo, verde e azul.

EMERGÊNCIA	URGÊNCIA MAIOR	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATÓRIO
- Politraumatismo; TCE - Queimaduras grandes; - Coma ou alteração de consciência; - Lesão da coluna vertebral; - Desconforto respiratório grave; - Dor no peito + falta de ar + cianose; - Vômito + perda de consciência ou dor torácica por mais de 30 minutos; - Perfuração no peito, abdome ou cabeça; - Crise convulsiva; - Intoxicações exógenas ou tentativa de suicídio; - Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar; - Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas); - Parada cardiorrespiratória; - Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados); - Hemorragias não controláveis; - Fraturas; ferimentos (cortes).	- Cefaléia intensa de início súbito; - Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios; - História de convulsão; - Dor torácica intensa; - Crise asmática ou desconforto respiratório; - Dabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; - Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos; - História recente de malena ou hematêmese ou enterorragia; - Epistaxe; - Dor forte de qualquer natureza; - Sangramento vaginal com dor abdominal; - Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; - Febre alta (39/40°); - Luxações, entorse + dor intensa; - Acidentes por animais peçonhentos; - Broncoespasmo.	- Idade superior a 60 anos; - Pacientes escoltados; - Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; - Asma fora de crise; - Enxaqueca; - Dor de ouvido moderada a grave; - Dor abdominal sem alterações de sinais vitais; - Sangramento vaginal sem dor abdominal; - Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; - Abcessos; - Distúrbios neurovegetativos; - Lombalgia intensa; - Intercorrências ortopédicas; - Gastroenterite.	- Queixas sem alterações agudas; - Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; - Demais situações não enquadradas anteriormente; - Uso de benzilpenicilina.
Sala Vermelha Emergência Atendimento Médico Imediato	Sala Amarela Atendimento Médico	Verde Encaminhamento para especialidades	Azul Agendamento em UBS, PSF

Figura 2: Classificação de Risco - simec-simec.blogspot.com.br

56 Atendimento

Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Paciente/Acompanhante, com definição de uso das informações.

Com o objetivo de Avaliar o fluxo de atendimento e a satisfação do paciente e acompanhante quanto à qualidade do serviço prestado, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS implantará um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o acompanhante do paciente e os gestores DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO, relativos aos serviços prestados (pesquisa de satisfação).

Destacamos que as pesquisas podem mensurar a relevância, o impacto e/ou a qualidade dos serviços prestados ou a serem ofertados e permitem:

- Dimensionar e elaborar estratégias de universalização e acesso aos serviços prestados;
- Ter segurança de que o serviço foi prestado de acordo com as necessidades do paciente;
- Inovar, compreendendo melhor as necessidades dos usuários e funcionários;
- Prospectar e priorizar demandas dos acompanhantes dos pacientes,
- Aumentar a participação social.

Por outro lado, a aderência aos princípios que orientam, demanda mudanças internas na organização, com relação:

- a) às pessoas, incentivando a disseminação de uma cultura empírica que privilegia o uso de dados como a base da tomada de decisão organizacional, no decorrer de todas as etapas da cadeia de valor público;

- b) aos processos, permitindo retroalimentar o sistema de forma a orientar melhor onde deverão ser concentrados os esforços de melhoria.
- c) Em outras palavras, ouvir os pacientes, nos dá subsidio no o processo de tomada de decisão organizacional, visando à melhoria interna da organização. Desta forma, terá incentivado o recurso à pesquisa como instrumento de gestão e democratização.

O recurso à pesquisa não deve ser visto como um fim em si, mas como um meio para apoiar o processo de tomada de decisão ao longo de todas as etapas da cadeia de valor. De fato, as pesquisas podem subsidiar, no decorrer das diversas etapas da cadeia de valor, os processos de tomada de decisão, trazendo informações e dados acerca dos públicos-alvo, suas necessidades, grau de satisfação, imagem e confiança institucional, entre outros aspectos. Dessa forma, embora relevantes, as pesquisas de satisfação não esgotam as possibilidades de aproximação com os públicos-alvo da organização, nem as potencialidades de outras pesquisas que podem ser adaptadas ao longo do período ou processo de gestão.

COLETAR E ANALISAR OS DADOS

A produção dos dados que apoiarão a realização de uma pesquisa é uma tarefa complexa, que demanda recursos organizacionais que podem ser consideráveis. Os processos de amostragem e garantia de validade dos dados exigem conhecimento técnico e experiência, tanto a partir de uma abordagem mais quantitativa - com a construção de planos amostrais que garantam representatividade - quanto a partir de uma abordagem mais qualitativa - envolvendo a construção de um corpus com representatividade teórica. Por esta razão, é fundamental compreender as possibilidades de uso das informações já produzidas e disponibilizadas, principalmente pela própria instituição que pretende avaliar, mas também por uma série de outras instituições produtoras de dados, recorrendo às chamadas fontes secundárias de dados, onde também se incluem os dados decorrentes da pesquisa.

Os resultados coletados pela pesquisa, de natureza qualitativa ou quantitativa, podem ser analisados de várias maneiras.

Existem várias técnicas de análise quantitativa de dados, cuja complexidade varia e está estreitamente relacionada com uma boa confecção dos instrumentos de coleta de dados. De fato, os métodos quantitativos envolvem técnicas altamente estruturadas de coleta de dados que facilitam a quantificação, o teste de hipóteses e as análises estatísticas, permitindo algo grau de generalização. Entretanto, o grau de estruturação dessas técnicas torna evidente o recurso a profissionais capacitados no uso das mesmas. Algumas dessas técnicas de análise, de acordo com seu grau de complexidade, destacando que estas técnicas não podem ser vistas de forma dissociadas dos instrumentos de coleta de dados. Por outro lado, predomina certa visão que dados de natureza qualitativa possam ser interpretado mais livremente, o que, na prática, pode acontecer, uma vez que os dados qualitativos podem “falar por si”.

Entretanto, atualmente existe um conjunto de técnicas de análise qualitativa, geralmente originado da área de lingüística, entre as quais é possível destacar as análises de conteúdo e de discurso. Estas técnicas não apresentam o mesmo grau de estruturação das técnicas quantitativas e as suas variações são cada vez mais numerosas. Na prática, os métodos quantitativos e qualitativos são utilizados de forma intercambiável. Resumindo:

- a) Pesquisas qualitativas são melhor utilizadas para compreender e explorar em profundidade as experiências e expectativas do usuário ou colaborador, particularmente em contextos ambíguos ou conflituosos e permitem análises mais conceituais.

- b) Pesquisas quantitativas oferecem mensurações numéricas da satisfação do consumidor ou resultados estatisticamente significativos do desempenho de dado serviço, permitindo generalizações.

Em caso de análise das reclamações se refere a um conjunto de iniciativas de pesquisas que podem ser adotadas pela organização tendo como fonte principal as reclamações registradas na organização. Trata-se da análise e tratamento de toda a informação contida no sistema de reclamações, elogios e sugestões, e de informação fornecida pelos funcionários do atendimento ou os usuários de serviços. Reclamações se referem à insatisfação ou a informação de que algo está errado e precisa ser corrigido. Elogios expressam apreciação ou reconhecimento sobre o que se faz bem feito. Por fim, sugestões são comentários e idéias sobre serviços e processos de entrega, demandas para maiores informação. A construção de índices de desempenho e satisfação pode ser uma consequência natural desse processo de análise de reclamações.

MODELO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO:

Os itens a serem verificados na Pesquisa de Satisfação dos pacientes/usuários são os seguintes:

- ❖ Como você avalia o atendimento de recepção;
- ❖ Como você avalia o atendimento da enfermagem;
- ❖ Como você avalia o atendimento médico;
- ❖ Como você avalia as informações passadas pelo médico;
- ❖ Como você avalia a estrutura doUNIDADES DE SAÚDE;
- ❖ Como você avalia o procedimento realizado pela equipe;
- ❖ O senhor (a) senhor (a) recomendaria esteUNIDADES DE SAÚDE a um familiar ou amigo?

- ❖ Deixe sua sugestão para melhorar nossos serviços

A pesquisa de satisfação será periódica e deverá ser realizada preferencialmente com aqueles pacientes/acompanhantes que já concluíram a utilização do serviço, porém poderão preencher o formulário da pesquisa aqueles pacientes que ainda o estejam.

57 Organização Específica do Serviço de Assistência Farmacêutica.

Serviço de Farmácia e Almoxarifado

Fluxo operacional para material médico hospitalar e medicamentos

Possuir um fluxo de materiais eficiente é muito importante para que qualquer empresa entregue seus produtos no tempo, na qualidade, na quantidade e no lugar certo, ou seja, a essência do conceito de logística. Se em uma empresa comum esses preceitos são vitais, em UNIDADES DE SAÚDE, multiplica-se a importância de se manter uma boa gestão de materiais.

A gestão de fluxo de material é definida como “a parte da cadeia de abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo eficiente e armazenamento de bens, serviços e informações relacionadas desde o ponto de origem para ponto de consumo, a fim de atender às exigências dos clientes”.

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** se responsabilizará pelo serviço de Gestão de Fluxos de Material. Gestão de Materiais é um subconjunto da logística e ofertas com que o fluxo que inclui a administração do material das UNIDADES DE SAÚDE, medicamentos, consignados, material de escritório, de manutenção, software para gestão de estoque, adequações e melhorias de infraestrutura, mão de obra especializada e treinada. O serviço de logística assegurará que os objetivos do serviço sejam alcançados.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE LOGÍSTICA

A execução da logística tem por finalidade a realização dos processos físicos e gestão das informações conforme os itens a seguir.

Apoio à Área de Compras

Recebimento e Conferência de Material

Armazenagem

Armazenagem e controle, com uso de tecnologia homologada, segura e de ponta, e em condições de conformidade com as exigências das autoridades competentes, dos produtos adquiridos ou consignados, gerando visibilidade de todos os estoques.

- ❖ Controle de estoque por lote e validade, com rastreabilidade para caixas, unidades, doses, drágeas, líquidos, kits, produtos re-esterelizados e outros.
- ❖ Administração dos estoques proprietários ou consignados.
- ❖ Manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados;
- ❖ Alocação de estoque dinâmica, baseada em características químicas e físicas dos produtos, para otimização das áreas físicas e atendimento das exigências dos órgãos competentes.
- ❖ Controle de movimentação das posições de estoque com ponto de controle duplo.

Separação

Distribuição

Cronograma de distribuição por área operacional, com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados.

Controle de farmácias responsáveis para atendimento de requisições de produtos para seus respectivos locais vinculados.

Transferência de material em emergência para áreas em prazo acordado.

Recuperação do material não utilizado nas áreas, computando através de rotina do sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque.

Processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato.

Gerenciamento de Estoque

FARMÁCIA

- ❖ Abastecimento e Armazenamento por endereçamento.
- ❖ Abastecimento nos horários programados a ser programado e definido com o grupo gestor DAS Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO;
- ❖ Rastreabilidade no nível de usuário e do produto.
- ❖ Relatório de Consumo, de itens parados sem giro, de cobertura de estoque, de lote/validade.

OUTROS CONTROLES A REALIZAR

- ❖ Receber materiais de fornecedores e permitir disponibilização imediata para visualização e utilização, através de controle de lote, validade e rastreabilidade dos

produtos, com indicações do endereço em que o mesmo está locado e indicações de qual lote deverá ser consumido primeiro.

- ❖ Disponibilizar auditoria total dos fluxos de material, do recebimento a administração ao paciente.
- ❖ Possibilitar a rastreabilidade e visibilidade dos produtos por lote e validade em cada estágio dos processos de logística.

58 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE UNITÁRIA

A importância dos medicamentos no tratamento da maioria das doenças e a necessidade de manter um sistema efetivo de distribuição para garantir que o paciente receba as doses e horários corretos são uma das preocupações relevantes dentro de uma unidade de saúde.

O Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária é capaz de reduzir a incidência de erros de medicação, as perdas e os furtos dos mesmos, melhora o aproveitamentos da equipe de enfermagem e manter a qualidade no atendimento ao paciente.

A redução da incidência do erro de medicamentos é atribuída, principalmente, às propriedades da Dose Unitária, tais como individualidade e identificação, que proporcionam características definidas ao sistema, a saber:

A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada ao paciente, de acordo com a prescrição médica, não requerendo manipulação prévia por parte da equipe de enfermagem;

Permite descobrir, portanto evita, a omissão de doses, inevitável nos sistemas tradicionais;

Na unidade de enfermagem somente estarão estocados os medicamentos que atendem os casos de emergência, anti-sépticos e as doses necessárias para suprir as 24 horas de tratamento do paciente;

O duplo controle do medicamento por parte da Farmácia, quando prepara e dispensa o medicamento, e da Equipe de Enfermagem, quando o administra.

PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Os principais profissionais envolvidos com o processo de distribuição de medicamentos são os médicos, os farmacêuticos e a equipe de enfermagem.

Com a implantação do SDMDU, esses profissionais terão suas rotinas modificadas proporcionalmente ao seu grau de envolvimento.

Os médicos são os menos afetados, porque sua atividade se restringe a prescrever os medicamentos a serem ministrados aos pacientes. Entretanto, sem dúvida, é de grande importância despertar seu interesse para que auxilie no bom funcionamento do sistema.

As enfermeiras são as mais afetadas, já que várias etapas da distribuição de medicamentos, que estão sob sua responsabilidade, no sistema tradicional, são transferidas para os farmacêuticos, quando implantado o SDMDU.

Os farmacêuticos, por sua vez, voltam a se dedicar às atividades para as quais foram formados: todas as relacionadas com medicamentos.

FLUXO OPERACIONAL

Médico prescreve em duas vias (prescrição carbonada);

Atendente de Enfermagem retira do prontuário as segundas vias das prescrições;

Auxiliar de Farmácia vai aos postos de enfermagem e recolhe: segunda via das prescrições, receitas dos carrinhos de emergências, doses unitárias não administradas;

Auxiliar de Farmácia prepara:

- doses unitárias (embalagens plásticas);
- reposição de medicamentos prescritos nas urgências.

Farmacêutico:

- ❖ verifica se as doses unitárias estão preparadas de acordo com as segundas vias das prescrições;
- ❖ avia as receitas de psicotrópicos e entorpecentes;
- ❖ efetua a entrega das doses unitárias nas Unidades;
- ❖ repõe os medicamentos utilizados nos carrinhos de emergência.

Técnico de Enfermagem:

- recebe e confere as doses unitárias e a reposição dos medicamentos utilizados nos carrinhos de emergência;

- assina o recebimento dos medicamentos nas segundas vias das prescrições que retornarão à Farmácia para a devida baixa nos estoques;

Enfermeiro: administra as doses.

REQUISITOS PARA A DOSE UNITÁRIA

- ❖ Conter a quantidade de medicamentos para 24 horas;
- ❖ Proporcionar adequada proteção ao conteúdo;
- ❖ Permitir fácil e completa identificação;
- ❖ Não permitir a violação antes da administração dos medicamentos ao paciente.

Para Implementação do Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária a

ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS, iremos:

- ❖ Reunir o Gestor e apresentar a elaboração do projeto;
- ❖ Adquirir equipamentos e materiais necessários à implantação do sistema; Elaborar impressos;
- ❖ Treinar todo o pessoal envolvido;
- ❖ Implantar o teste piloto em uma Unidade;
- ❖ Implantação global.

OBSERVAÇÃO: A IMPLANTAÇÃO DA DOSE UNITÁRIA DEPENDERÁ DA ESTRUTURAÇÃO CONFORME CITADO A CIMA E APROVAÇÃO DO GESTOR.

MÉTODOS DE CONTROLE FÁRMACOS CONTROLADOS E DE ALTO CUSTO

Os medicamentos sob o controles especiais armazenados e manipulados na farmácia da unidade devem estar em locais chaveados, assim como medicamentos que necessitam de refrigeração. Somente o farmacêutico e pessoas autorizadas devem ter acesso à chave dos estoques e áreas com medicamentos controlados e de alto custo.

Os medicamentos sob controle especial devem ser dispensados somente a partir de uma prescrição médica. Essa prescrição médica tem validade de 24 horas dentro do ambiente das UNIDADES DE SAÚDE Parque Imperial. O farmacêutico é responsável pela análise da prescrição e dispensação deste fármaco.

O uso correto deste medicamento é de responsabilidade do farmacêutico, assim como prevenir desvio de sua utilização.

Os medicamentos prescritos em doses fracionadas deverão ter suas frações não utilizadas descartadas de forma correta.

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** implantará, por meio de sua equipe de TI, a prescrição eletrônica de medicamentos assim que assumir a Unidade de UNIDADES DE SAÚDE.

Normalmente, os profissionais da área de saúde prescrevem medicamentos aos seus pacientes à moda antiga, simplesmente **escrevendo em uma folha de papel**.

Porém, este método já se provou pouco efetivo ao longo de sua utilização, principalmente por esses motivos:

A letra do médico: A caligrafia do médico pode gerar grandes confusões na hora do paciente retirar o medicamento na farmácia;

Medicamentos de controle especial: Um pequeno erro no Nome ou no Endereço do paciente por parte do médico em prescrições para medicamentos de controle especial pode **impedir que o paciente consiga comprar seu medicamento** – o que pode ser extremamente grave, haja visto que estes medicamentos são de suma importância em seu tratamento.

Pacientes desorganizados: O paciente pode perder o papel da receita e, assim, ser obrigado a ir até o consultório do médico para conseguir uma nova prescrição. Isso toma tempo do dia do paciente, que terá que deslocar-se até o consultório, do médico, que terá que fazer uma nova receita e das recepcionistas, que terão de atender mais um paciente. A fim de evitar estes problemas, muitos médicos já utilizam um modelo de prescrição eletrônica em seu computador. Normalmente, estes profissionais mantêm uma pasta em seu computador com diversos arquivos em Word de suas prescrições.

Maior segurança: Proporciona maior rapidez de chegada à farmácia, menor risco de confusão com medicamentos de nomes parecidos e identificam mais facilmente o prescrito.

São facilmente integrados a sistemas informáticos: de registros médicos e de suporte à decisão, facilmente ligados a alertas de interação medicamentosa, super e a subprescrição.

Relação Nacional de Medicamentos - RENAME

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de assistência farmacêutica

no SUS. Relação de medicamentos essenciais é uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Foi adotada há mais de 25 anos, em 1978, pela OMS e continua sendo norteadora de toda a política de medicamentos da Organização e de seus países membros.

Esta Relação é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Renome instituída pela Portaria GM no. 1.254/2005, e composta por órgãos do governo, incluindo instâncias gestoras do SUS, universidades, entidades de representação de profissionais da saúde. O Conselho Federal de Farmácia - CFF é uma das entidades-membro desta Comissão, sendo representado por técnicos do Cebrim/CFF, o qual participa ativamente do processo de revisão da Renome desde 2001.

A **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** pautará as prescrições de medicamentos realizadas nas UNIDADES DE SAÚDE exclusivamente na Relação Nacional de Medicamentos RENAME 2017, do Ministério da Saúde, com exceção daqueles constantes em protocolos aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde do município de RIBEIRÃO BRANCO.

OBSERVAÇÃO: A farmácia Do SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE RIBEIRÃO BRANCO funcionará internamente no período de 24 horas por dia, sete dias por semana, inclusive nos finais de semana e feriados. O quadro de funcionários que irá compor o trabalho é:

Farmacêutico – 40hs/sem

Auxiliar de Farmácia – 12x36hs/sem.

59 Descrição do funcionamento da Unidade de Estatística

O SAME (Serviço de Arquivo Médico e de Estatística) atua colaborando na missão de bem servir na prestação de assistência médica com eficiência e qualidade a toda sociedade.

Importância do SAME (Serviço de Arquivo Médico e de Estatística)

O SAME (Serviço de Arquivo Médico e de Estatística) é um serviço imprescindível a instituição, permitindo estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes que recorrem ao mesmo. Esse serviço se entrosou com os demais setores técnicos e administrativos da instituição, colaborando com os mesmos no aprimoramento da assistência prestada ao paciente. É responsável pela organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda de prontuários médicos, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário.

Atribuições Específicas do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística)

- ❖ Localizar e Fornecer Prontuários solicitados para Consultas Ambulatoriais, Internação, Estudos, Pesquisa, Auditoria;
- ❖ Manter o controle de saídas e devolução de prontuários médicos, fornecidos para Consultas Ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores da instituição;
- ❖ Atender aos pacientes e/ou familiares, prestando-lhes as informações solicitadas;
- ❖ Arquivar e Custodiar os prontuários;

- ❖ Manter o Registro numérico nos prontuários médicos (Sistema informatizado);
- ❖ Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela Direção da instituição.

Organização específica do serviço de Arquivo de Prontuários Médicos:

Membros que o compõem, turnos de funcionamento, modelos de fichas, sistema de arquivamento e controle, Protocolos, Comissão de Revisões de Prontuários, etc.;

O Serviço de Atendimento administrativo ambulatorial (uma das três atribuições do Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME) tem como principais objetivos a serem cumpridos no setor: a recepção dos usuários que chegam às consultas médicas ambulatoriais, dar apoio administrativo aos médicos, aos enfermeiros e a outros profissionais da equipe de saúde, além de permitir o levantamento dos dados de pacientes por meio dos prontuários a partir dos quais é possível ter acesso às histórias clínicas.

Antes da consulta, o atendente tem que recepcionar o cliente, confirmar se a consulta foi marcada e pedir-lhe para aguardar sua chamada. Ao dar suporte ao médico, as principais tarefas a serem desenvolvidas pelos atendentes são as de disponibilizar o prontuário e responder diretamente a qualquer variação no processo de atendimento (falta de equipamentos, presença de consultas não agendadas, etc.).

O Serviço de Atendimento pode ser definido como um serviço periférico de suporte ao serviço foco de consultas médicas, seu impacto, então, é de suporte para levar o serviço principal ao sucesso, mesmo sendo um serviço periférico, sua importância é muito significativa por causa do papel de mediador entre clientes e médicos.

O horário de trabalho dos funcionários do setor será das 8h00 às 18h00 de segunda à sexta-feira e 8h00 às 12h00 nos sábados.

Monitoramento de indicadores.

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

- ❖ Indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte.¹
- ❖ Os Indicadores contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como sobre o desempenho do sistema de saúde. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.²

- ❖ Os indicadores foram desenvolvidos com o objetivo de facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas.
- ❖ Indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade e que sejam compreensíveis para quem os utiliza, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle das organizações.

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que através da observação e análise de informações substanciais existentes nos indicadores e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações em saúde.

¹Donabedian, A. The definition of quality and approach to its assessment. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. v.1.

²Rede Interagencial de informações para Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

Os indicadores realizados, monitorados e entregues para a Secretaria de Saúde do Município de RIBEIRÃO BRANCO através dos Relatórios de Gestão e Execução de Ações – Metas Qualitativas/Quantitativas dos serviços prestados.

O referido relatório será entregues em 3 etapas:

- ❖ Relatório Mensal,
- ❖ Relatório Semestral e
- ❖ Relatório Anual.

Os relatórios serão entregues no 10º dia útil de cada mês subsequente, respeitando as 3 etapas de elaboração dos mesmo.

60 Outras Iniciativas

Neste, elencamos as propostas de planos e projetos essenciais à gestão dos serviços de saúde - registramos ainda que outros planos e projetos constam no referido anexo I, II e III ,abaixo:

Atendimento Humanizado e com Qualidade.

Com a finalidade de priorizar um atendimento humanizado e com qualidade, pautado na eficiência e eficácia de sua execução, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS promoverá treinamentos e instruções com os colaboradores para padronizar a interação com o usuário dos serviços e seus acompanhantes.

A equipe será orientada a:

- ❖ Explicar com clareza aos pacientes sobre assuntos pertinentes ao seu estado clínico;
- ❖ Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- ❖ Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- ❖ Garantir a confiabilidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- ❖ Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosamente e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, de acordo com a Lei Federal nº 9.982, de 14 de Julho de 2000;

- ❖ Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços.

51 Serviços de Auditoria e Gestão da Qualidade - Regulação Assistencial E Gestão Da Clínica

A organização na área de saúde é considerada um sistema complexo, onde as estruturas e os processos são de tal forma interligada, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final, sendo assim, neste processo, não se avalia um setor ou departamento isoladamente.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS contemplará ações de Serviços de Auditoria e Gestão de Qualidade na área de Saúde, que atuará nos Serviços De Saúde de RIBEIRÃO BRANCO.

As organizações têm como missão principal, prestar o melhor atendimento possível a todos os seus pacientes. Exatamente por isso, toda unidade de saúde precisa buscar permanentemente a melhoria da qualidade da sua gestão e assistência. A integração entre as áreas é um caminho a seguir, além do uso das ferramentas corretas e análise de indicadores precisos.

Uma das formas de atingir parâmetros de excelência no atendimento à área de saúde é através da auditoria de entidades que se dedicam a regulamentar e avaliar o funcionamento das instituições.

A gestão da qualidade de uma instituição de saúde é uma tarefa complexa, pois é necessário organizar todos os processos de forma interligada. Afinal, todos os setores interferem de alguma maneira nos demais. Por isso, é preciso avaliar o todo, e não somente as áreas de forma isolada.

O foco na segurança traz a capacidade de organização de se antecipar às situações indesejadas. Realizando a identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associadas à assistência em saúde.

A responsabilidade socioambiental promove o uso racional e adequado de recursos, destacando a cultura da inovação, implementação de novas idéias, gerando melhorias e resultados com boas práticas.

O Serviço de Auditoria e Gestão da Qualidade realizará auditoria nos setores administrativos, analisando documentos pertinentes aos contratos firmados com a OS, do departamento de pessoal, da controladoria, do departamento de compras e também os

operacionais, que são aqueles utilizados no local onde o projeto é executado, devendo ainda, executar análise dos ambientes de trabalho através de laudos fotográficos, verificando as inconformidades e o fiel cumprimento das funções exercidas pelos colaboradores da OS.

A Auditoria executará testes de auditoria definida, colhendo e analisando evidências disponibilizadas abrangendo regras, rotinas, regulamentos e dispositivos legais pertinentes, produzindo parecer que deverá ser enviado a OS.

2.6. Implantação de capacitação:

Este item está contemplado nas Propostas de Educação em saúde/Capacitação.

52 Regimento e Manual de Normas e Rotinas

REGIMENTO INTERNO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS

O **Regimento Interno** das Unidades de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO assim como o Manual de Normas e Rotinas dos Serviços a serem prestados serão formados pelo **Código de Conduta e Ética**, voltado a todos os profissionais e usuários da Instituição, bem como pelas **Instruções Normativas**, que regem situações específicas dentro do mesmo.

MISSÃO

Buscar Excelência na assistência à saúde, para todos os grupos sociais de Penápolis e região.

Visão

Ser reconhecido como centro de excelência e referência na atenção exclusiva ao atendimento de urgência e emergência.

Praticar os princípios do SUS na prestação do serviço – Universalidade, equidade, integridade, descentralização e participação social.

Qualidade e Segurança – É garantir que as ações sejam realizadas com excelência em todas as atividades e com foco na segurança do paciente.

Ética e Transparência – Representa nosso comportamento como organização.

Humanização – É demonstrar atenção e interesse, fazer com que cada colaborador e cliente se sintam especiais e acolhidos por todos.

Trabalho em Equipe – É envolver, valorizar a competência de cada um, cooperar com atitudes positivas, energia e disposição.

INSTRUÇÃO NORMATIVA -----2019 – UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO

O Coordenador Técnico das UNIDADES DE SAÚDE, no uso de suas atribuições e, considerando a necessidade de regulamentar o acesso e conduta de usuários e colaboradores/servidores no âmbito desta unidade resolve:

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO DOS USUÁRIO, COLABORADORES E SERVIDORES

Artigo 1º: Para efeito desta Instrução Normativa, considera-se usuário toda pessoa que necessite dos serviços disponibilizados pelas UNIDADES DE SAÚDE, bem como seus acompanhantes e aqueles que por qualquer motivo realizem visita a estas UNIDADES DE SAÚDE.

Artigo 2º: Consideram-se colaboradores/servidores todos os profissionais prestadores de serviço que realizam atividades no UNIDADES DE SAÚDE.

CAPÍTULO II – DO ACESSO

Artigo 3º: Apenas será permitido o acesso dos colaboradores/servidores e profissionais com a apresentação de crachá fornecido pela OSS.

CAPÍTULO III – DO ESTACIONAMENTO

Artigo 4º: As cargas e descargas de materiais e equipamentos serão realizadas, de acordo com normas e horários pré-estabelecido no OS, que será controlado pelo colaborador designado.

CAPÍTULO IV – DO VESTUÁRIO

Artigo 5º: Os médicos devem usar uniforme/jalecos nas dependências das UNIDADES DE SAÚDE.

CAPÍTULO V – DO RESPEITO ÀS NORMAS

Artigo 6º: Todos os usuários devem respeitar o Regimento Interno, Código de Conduta e demais normas das UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO.

ANEXO II – INSTRUÇÃO NORMATIVA ----2019 –UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO

O Coordenador das UNIDADES DE SAÚDE no uso de suas atribuições e, considerando a necessidade de regulamentar o acesso e conduta de usuários e colaboradores/servidores no âmbito das UNIDADES DE SAÚDE resolve divulgar as seguintes informações:

CAPÍTULO I – INFORMAÇÕES GERAIS

DEPARTAMENTO DE QUALIDADE – Busca a melhoria contínua dos processos internos, viabilizando um atendimento de excelência ao cliente interno e externo.

SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO – Zela pela integridade física do trabalhador, procurando eliminar os riscos que podem causar acidentes de trabalho.

SETOR DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – Busca acolhe o cliente externo, garantindo um atendimento humanizado de qualidade durante sua permanência nas UNIDADES DE SAÚDE. É função desse setor também, acolher o cliente interno e ajudá-lo a solucionar problemas que ocorram no seu dia-a-dia e proporcionar um ambiente de trabalho saudável e amigável.

SETOR DE HOTELARIA – Busca fornecer os insumos necessários para a execução das atividades de hotelaria das UNIDADES DE SAÚDE, proporcionar uma alimentação (KITS) para todos os pacientes que permanecer acima de 2 horas em observação, higienizar os ambientes e humanizá-los.

53 - Plano de auditoria e gestão de qualidade

Este Plano de Auditoria e Gestão de Qualidade pretende resumir os trabalhos realizados mensalmente , referente ao primeiro ano. Este plano foi dividido em cinco grupos:

- Levantamento Situacional;
- Análise e verificação de documentos para investigação da qualidade dos dados introduzidos;
- Processos e respectivos fluxos da informação;
- Coleta de registro de evidências;
- Coleta de dados por entrevista;
- Coleta de dados por meio de amostragem;
- Infraestrutura de suporte;

Estes grupos serão reunidos com documentos comprobatórios (fotos e cópias de documentos) com o objetivo de desenvolver internamente um processo completo para avaliar sistematicamente a gestão administrativa e operacional da organização, visando medir a eficácia do cumprimento das missões estabelecidas internamente, pelo contrato de gestão com o ente público e a segurança e qualidade de todos os processos.

Através desta avaliação serão feitas a ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE sugestões de processos e fluxos de melhorias, tendo em vista que, os itens que não estiverem em conformidade serão reavaliados na próxima visita para que se haja um acompanhamento e controle das ações propostas sobre os mesmo.

Cronograma de Atividades

Atividades	1° Mês	2° Mês	3° Mês	4° Mês	5° Mês	6° Mês	7° Mês	8° Mês	9° Mês	10° Mês	11° Mês	12° Mês
Reunião de Abertura												
Levantamento Situacional												
Análise Contrato OS XUNIDADES DE SAÚDE Municipal de RIBEIRÃO BRANCO												
Coleta de registro de evidências												
Coleta de dados por entrevista												
Coleta de dados por meio de amostragem												
Avaliação Geral												
Reunião de Conclusão												
Plano de Ação												

54 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA.

Adequação entre os meios sugeridos, sem custos, cronogramas e resultados presumidos.

Experiência anterior em unidades de urgência e emergência

☐ De 1 a 3 anos de experiência

Documentos Anexo V

55 Organização dos Recursos Humanos

Nas UNIDADES DE SAÚDE encontra-se o Supervisor de unidades de Saúde que é responsável por todos os funcionários , além de todas as diretrizes que regem o setor. Possui autonomia para orientar seus funcionários, principalmente em situações que fogem do cotidiano. É atribuída a esse profissional a responsabilidade de orientar a sua equipe.

Os coordenadores de enfermagem ajudam os técnicos na realização dos procedimentos indicados pelo médico. É necessária a graduação em enfermagem para ocupar o cargo. Como as UNIDADES DE SAÚDE funcionam 8 horas, é preciso que haja todo tempo um Enfermeiro no setor.

Os técnicos em enfermagem trabalham 40 horas/semanais (8 horas diárias, ou 12x36 horas). Estes profissionais dão suporte direto aos médicos, realizando os procedimentos indicados no atendimento dos pacientes.

A recepção das UNIDADES DE SAÚDE é composta por profissionais que exercem seu trabalho com uma carga horária de 40 horas semanais. Este setor irá abrir o atendimento com as informações do paciente solicitadas pelo sistema, atender os telefonemas, processar a documentação exigida para o atendimento, desempenhar atividades correlatadas, dentre outros. Para ocupar o cargo é necessário pelo menos o nível médio de estudo.

Os médicos se reportam ao Diretor Técnico e respeitam as mesmas regras que são definidas pela administração para o funcionamento do setor. Para atuar nesse cargo, é necessário que tenha formação em medicina, podendo ter especialização em ortopedia, pediatria ou cirurgia geral. Ele presta atendimento aos pacientes, realiza o diagnóstico e executa os procedimentos de acordo com a necessidade de cada paciente. A escala médica é definida junto com a administração e os plantões são de 12 horas, ou serviços médicos no expediente da Unidade de Saúde.

56 Dimensionamento dos Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde cedidos pelo Município conforme edital de chamamento público 04/2018.

PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	Quantidade	JORNADA
Enfermeira Responsável Técnica (coordenadora)	1	40 hrs/sem
Enfermeira Assistencial	3	40 hrs/sem
Técnico de Enfermagem /Auxiliar de Enfermagem	16	12 x 36 horas
Motorista 192	6	12 x 36 horas

PESSOAL /FUNCIONÁRIOS	QUANTIDAD E	JORNADA
Recepcionista Diurno	1	12 x 36 horas
Recepcionista Noturno	1	12 x 36 horas
Recepcionista Folguista	1	12 x 36 horas

57 - Dimensionamento dos Recursos Humanos E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE da ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE .

Abaixo estão e numerados os profissionais contratados pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE** que integrarão a equipe para atuação nas UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO , além dos Plantões a serem realizados.

PRESTADORES DE SERVIÇOS

UNIDADE SAÚDE SERVIÇO	SERVIÇOS	QTD	FORMA	CONTRATO	HORAS TRABALHAR DIÁRIA	HORAS REQUISITADAS A PRESTAR
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	FARMACEUTICO	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	SUPERVISOR DE UNIDADE DE SAÚDE	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
		5				

PSF BAIRRO ITABOA	CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO ITABOA	ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO ITABOA	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO ITABOA	FARMACEUTICO	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	SUPERVISOR DE UNIDADE DE SAÚDE	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
		5				

PSF BAIRRO CAÇADOR	CIRURGIAO DENTISTA CLINICO GERAL	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176
PSF BAIRRO CAÇADOR	ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176

PSF BAIRRO CAÇADOR	MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA	8	176

UNIDADE SAÚDE SERVIÇO	SERVIÇOS	QUANTIDADE	FORMA	CONTRATO	CARGA HORÁRIA	HORAS REQUISITADAS A PRESTAR
PA - PROJ MAT INFANTIL	ENFERMAGEM	5	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		176
PA	ENFERMAGEM PLANTONISTA NOTURNO	2	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		186
PA	ENFERMAGEM PLANTONISTA DIURNO	2	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		186
PA - ASSIST FARMAC	ASSISTENCIA FARMACEUTICA	2	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		176
PA - PROJ MAT INFANTIL	FISIOTERAPIA GERAL	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		176
AMB ESPEC - MAT INFANTIL	MEDICINA GINECOLÓGICA OBSTÉTRICA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		80
AMB ESPEC - MAT INFANTIL	MEDICINA URGENCIA EMERGENCIA 24HORAS	2	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		372
AMB ESPEC - MAT INFANTIL	MEDICINA ESPECIALIZADA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		80
AMB ESPEC - MAT INFANTIL	MEDICINA ORTOPEDIA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		60
AMB ESPEC - MAT INFANTIL	MEDICINA PEDIÁTRICA	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		50
PSF -----PA -----MAT INFANT	PROFISSIONAL CLINICO SAÚDE - TRANSF INTER HOSP (MÉDICO -ENF)	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		200
PSF -----PA -----MAT INFANT	SUPERVISOR ADMINISTRATIVO DE SAÚDE	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		176
PSF -----PA -----MAT INFANT	SUPERVISOR TÉCNICO DE SAÚDE	1	AUTONOMO	PESSOA JURIDICA		176
TOTAL PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ASSISTENCIAL (PA, REGULAÇÃO, ASSIST FARM, AUDITORIA, ESPEC, MAT INFANTIL)- PESSOA JURÍDICA		21				

DESENVOLVIMENTO SERVIÇOS SAÚDE - OPERACIONAL - CLT

UNIDADE DE SAÚDE	CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANT	FORMA	CONTRATO	TOTAL CARGA HORÁRIA

PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	TECNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	2	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	1	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	RECEPCIONISTA	2	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO ITABOA	AUXILIAR SERVICOS GERAIS	1	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO CAMPINA DE FORA	MOTORISTA	3	CONTRATO	CLT	220
		9			
PSF BAIRRO ITABOA	TECNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	2	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO ITABOA	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	1	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO ITABOA	RECEPCIONISTA	1	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO ITABOA	AUXILIAR SERVICOS GERAIS	1	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO ITABOA	MOTORISTA	3	CONTRATO	CLT	220
		8			
PSF BAIRRO CAÇADOR	TECNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	2	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO CAÇADOR	RECEPCIONISTA	1	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO CAÇADOR	AUXILIAR SERVICOS GERAIS	1	CONTRATO	CLT	220
PSF BAIRRO CAÇADOR	MOTORISTA	1	CONTRATO	CLT	220
		5			
TOTAL PSF ===== CONTRATO CLT		22			

UNIDADE DE SAÚDE	CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANT	Tipo	Subtipo	TOTAL CARGA HORÁRIA
UAB +PA	TECNICO DE ENFERMAGEM	1	CONTRATO	CLT	220
PA	TECNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA noturno	5	CONTRATO	CLT	220
PA	TECNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA diurno	4	CONTRATO	CLT	220

UAB +PA	MOTORISTA	1	CONTRATO	CLT	220
UAB	RECEPCIONISTA	1	CONTRATO	CLT	220
UAB +PA	AUXILIAR SERVICOS GERAIS	5	CONTRATO	CLT	220
REGUL-AUDITORIA-PA	ANALISTA DE RH	1	CONTRATO	CLT	220
REGUL-AUDITORIA-PA +ASSIST FARM	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	2	CONTRATO	CLT	220
REGUL-AUDITORIA-PA	TECNICO EM INFORMATICA	2	CONTRATO	CLT	220
ASSISTENCIA FARMACÊUTICA	ATENDENTE DE FARMÁCIA	1	CONTRATO	CLT	220
TOTAL PA - AUDITORIA - REGULAÇÃO - PA - MATERNO - ASSIST FARM - CONTRATO CLT		23			

TOTAL GERAL CONTRATO CLT	45			

58 Projeto para definição da Política Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes. Criação de Comissão Específica.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) tem em vista a prevenção de acidentes e doenças relacionadas no trabalho. Seu objetivo é a busca em harmonizar o trabalho e a prevenção da vida e saúde dos trabalhadores.

O incremento das ações preventivas por parte da CIPA consiste, fundamentalmente, em observar e expor as condições de riscos nos ambientes de trabalho; solicitar medidas para diminuir e extinguir os riscos existentes ou até mesmo neutraliza-los; debater os acidentes ocorridos, solicitando medidas que previnam acidentes parecidos e ainda, guiar os demais trabalhadores quanto à prevenção de futuros acidentes tornando compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE estabelece que, neste programa de trabalho, a CIPA terá um papel importante estabelecendo uma relação de diálogo e conscientização entre os integrantes das UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO. Ela será a ponte de ligação entre direção e demais funcionários. E de forma criativa e participativa deverá opinar na forma como os trabalhos são realizados, objetivando sempre melhorar as condições de trabalho, visando à humanização e consequentemente a melhoria nas condições de trabalho.

59 REGIMENTO PARA A COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES CIPA

DO OBJETIVO

1- A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA - tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. DA CONSTITUIÇÃO

2- Devem constituir CIPA, por estabelecimento, e mantê-la em regular funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados. (205.001-3/ I4)

3- As disposições contidas nesta NR aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos e às entidades que lhes tomem serviços, observadas as disposições estabelecidas em Normas

Regulamentadoras de setores econômicos específicos. (205.002-1/ I4)

4- A empresa que possuir em um mesmo município dois ou mais estabelecimentos, deverá garantir a integração das CIPA e dos designados, conforme o caso, com o objetivo de harmonizar as políticas de segurança e saúde no trabalho.

DA ORGANIZAÇÃO

5. A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos. (205.004-8/ I2) 5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados. (205.005-6/ I4) 5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos. (205.006-4/ I2)

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva. (205.007-2/ I2)

5.7 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição. (205.008-0/ I2)

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato. (205.009-9/ I4)

5.9 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT. (205.010- 2/ I4) 2 5.10 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA. (205.011-0/ I2)

5.11 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente. (205.012-9/ I1)

5.12 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior. (205.013-7/ I2)

5.13 Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador. (205.014-5/ I1)

5.14 Empossados os membros da CIPA, a empresa deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias. (205.015-3/ I2)

5.15 Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento. (205.016-1/ I4)

DAS ATRIBUIÇÕES

5.16 A CIPA terá por atribuição:

- a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT, onde houver;
- b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

3 l) participar, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; m) requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores; n) requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas; o) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT; p) participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

5.17 Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho. (205.017-0/ I2)

5.18 Cabe aos empregados: a. participar da eleição de seus representantes; b. colaborar com a gestão da CIPA; c. indicar à CIPA, ao SESMT e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho; d. observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

5.19 Cabe ao Presidente da CIPA: a. convocar os membros para as reuniões da CIPA; b. coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão; c. manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA; d. coordenar e supervisionar as atividades de secretaria; e. delegar atribuições ao Vice-Presidente;

5.20 Cabe ao Vice-Presidente: a. executar atribuições que lhe forem delegadas; b. substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

5.21 O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições: a. cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos; b. coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados; c. delegar atribuições aos membros da CIPA;

d. promover o relacionamento da CIPA com o SESMT, quando houver; e. divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento; f. encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA; constituir a comissão eleitoral. 5.22 O Secretário da CIPA terá por atribuição: a. acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes; b. preparar as correspondências; e c. outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO

5.23 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

5.24 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. (205.019-6/ I2) 5.25 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros. (205.020-0/ I1)

5.26 As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT. (205.021-8/ I1) 5.27 Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando: a. houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência; (205.022-6/ I4) b. ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; (205.023-4/ I4)

c. houver solicitação expressa de uma das representações. (205.024-2/ I4)

5.28 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

5.28.1 Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

5.29 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

5.29.1 O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários. 5.30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa. (205.025-0/ I2)

5.31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos. (205.026-9/ I2)

5.31.1 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA. (205.027-7/ I2)

5.31.2 No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

DO TREINAMENTO

5.32 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse. (205.028-5/ I4)

5.32.1 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (205.029-3/ I4)

5.32.2 As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR. (205.030-7/ I4)

5.33 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens: a. estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo; (205.031-5/ I2)

b. metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho; (205.032-3/ I2)

5 c. noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa; (205.033-1/ I2)

d. noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção; (205.034-0/ I2)

e. noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho; (205.035-8/ I2)

f. princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; (205.036- 6/ I2) g. organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão. (205.037-4 / I2)

5.34 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa. (205.038-2/ I2)

5.35 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados. 5.36 A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento. (205.039-0/ I2) 5.37 Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

DO PROCESSO ELEITORAL

5.38 Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso. (205.040-4/ I4) 5.38.1 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional. (205.041-2/ I2) 5.39 O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral – CE, que será a responsável pela organização e

acompanhamento do processo eleitoral. 5.39.1 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.(205.042-0/ I2) 5.40 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a. publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso; (205.043-9/ I3) b. inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias; (205.044-7/ I3)

c. liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante; (205.045-5/ I3)

d. garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição; (205.046-3/ I3)

e. realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver; (205.047-1/ I3)

f. realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados. (205.048-0/ I3) g.

voto secreto; (205.049-8/ I3) 6 h. apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral; (205.050-1/ I3) i. faculdade de eleição por meios eletrônicos;(205.051-0/ I3)

j. guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos. (205.052-8/ I3) 5.41 Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias. (205.053-6/ I2)

5.42 As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

5.42.1 Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

5.42.2 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência , garantidas as inscrições anteriores. (205.054-4/ I4)

5.42.3 Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral. (205.055-2/ I4) 5.43 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados. (205.056- 0/ I4)

5.44 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento. (205.057-9/ I4) 5.45 Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes. (205.058-7/ I2)

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
JANEIRO			
FEVEREIRO			
MARÇO			
ABRIL			
MAIO			
JUNHO			
JULHO			
AGOSTO			
SETEMBRO			
OUTUBRO			
NOVEMBRO			
DEZEMBRO			

60 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção, Contrato de trabalho, Avaliação de Produção e Condutas para Combater o Absenteísmo

Recursos Humanos é um conceito que diz respeito ao conjunto de processos, competências, práticas, normas e políticas que objetivam gerir, conduzir e administrar o capital humano de uma Instituição. E este conceito, refletirá na valorização institucional.

A construção de uma política de Recursos Humanos visa agregar, integrar, incentivar, desenvolver, manter e acompanhar pessoas.

Alinhado aos objetivos da Instituição, essa ferramenta contribui na compreensão dos profissionais quanto a importância de suas atividades na conquista de melhores resultados.

Também estabelecem diretrizes de atuação de médio e longo prazo nas relações institucionais.

E são orientadoras dos processos voltados para gestão de pessoas.

A política de Recursos Humanos irá ser desenvolvida ao longo dos seguintes eixos:

- Recrutamento e Seleção
- Cargos e Salários
- Avaliação de Desempenho
- Treinamento e Desenvolvimento
- Controle de Pessoal
- Segurança no Trabalho

Normas e Procedimentos De Contratação De Pessoal

Esta norma estabelece os procedimentos e regras a serem adotados no recrutamento e seleção de pessoal para preenchimento de vagas para pessoal administrativo, técnico, assistencial e operacional pela Instituição administrada com recursos financeiros provenientes de Contrato de Gestão firmado com o Poder Público Municipal pela **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS** para a execução das atividades e serviços de saúde.

O processo compreende as seguintes etapas:

- Recrutamento
- Seleção
- Admissão
- Integração

OBJETIVO

Esta norma define regras e procedimentos de recrutamento, seleção e contratação de profissionais, de modo a permitir ampla participação de interessados e a contratação daqueles que melhor atendam às necessidades da Instituição.

As regras e procedimentos definidos nesta norma devem ser observados para o recrutamento, seleção, contratação e integração de:

- d) Empregado: Profissional com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), podendo ser por prazo determinado ou indeterminado, considerando também acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho de cada categoria profissional;

- e) **Profissionais Autônomos:** Poderá ser realizada a contratação de profissionais autônomos toda vez que a atividade realizada pelo profissional contratado não caracterizar vínculo empregatício sendo possível efetuar o pagamento do serviço como autônomo, incidindo os encargos legais. O pagamento de profissional autônomo será feito por meio de requisição enviado à Instituição, onde deverão constar, no mínimo, os seguintes dados: Nome, endereço, telefone, e-mail, CPF, número do NIT/PIS/PASEP ou matrícula como Contribuinte Individual e dados bancários.
- f) **Estagiário:** estudante que esteja frequentando instituição de ensino superior, de acordo com o estabelecido na Lei 11.788/2008 e demais normas aplicáveis. Compreende o estágio não obrigatório, aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga regular e obrigatória (art. 2º, § 2º da Lei 11.788/2008). O estágio não obrigatório é desenvolvido livremente como atividade opcional e, neste caso, as horas de estágio serão acrescidas à carga horária regular e obrigatória, quando tal previsão integrar o currículo acadêmico do curso. A carga horária de estágio está limitada a seis horas diárias e a trinta horas semanais, para estudantes do ensino superior, da educação profissional de nível médio e do ensino regular, ou quatro horas diárias e vinte horas semanais para estudantes de educação especial e dos anos afins do ensino fundamental, na modalidade profissional de educação de jovens e adultos.
- A contratação dar-se-á com a assinatura do Termo de Compromisso de Estágio entre as partes.
- A data do início do estágio não poderá ser anterior a da assinatura do Termo de Compromisso de Estágio.
- A duração máxima do estágio na Instituição será de 2 (dois) anos, exceto ao se tratar de estagiário portador de deficiência.
- Quando a duração do estágio for igual ou superior a 1 (um) ano, o estagiário tem direito a um período de recesso de 30(trinta) dias, que devem ser gozados preferencialmente durante as férias escolares.

Nos casos em que o estágio tiver duração inferior a 1 (um) ano, os dias de recesso serão concedidos proporcionalmente.

PROCEDIMENTO: O processo será realizado em cinco etapas:

- Solicitação do serviço
- Recrutamento
- Seleção
- Admissão
- Integração

Solicitação do Serviço: É requisito para que seja dado pela área de Recursos Humanos o início ao processo de recrutamento e seleção de candidatos às vagas existentes. A solicitação deve ser por meio de requisição de pessoal emitida pela área, setor, departamento etc. onde se estabeleceu a necessidade, descrevendo o necessário perfil técnico e comportamental do profissional a ser contratado e deverá contar com a anuência formal do Diretor a que está subordinado o solicitante. A requisição deverá ser emitida por ocasião da implantação de novas parcerias ou em substituição de pessoal ou ainda por aumento de quadro.

Recrutamento: Processo que busca atrair candidatos para as vagas existentes. A Instituição realizará o recrutamento à luz dos requisitos e competências definidos para cada função. As vagas serão divulgadas por meio de jornais de expressiva circulação, rádio, sites de recrutamento, empresas de seleção de pessoal, centrais de apoio ao trabalhador ou outros meios de divulgação, observando os meios de comunicação disponíveis na região e obedecendo aos princípios da publicidade, da impessoalidade e da eficiência. O conteúdo da divulgação das vagas conterá:

- As funções a serem preenchidas;
- Os requisitos exigidos para cada função;
- O local para informações, entrega de currículo e/ou inscrições.

Seleção: A seleção tem como objetivo avaliar as competências dos candidatos, a partir do perfil, da trajetória de carreira e do nível de complexidade definidos para a vaga. A etapa de seleção é composta pelas seguintes fases:

- **Análise de currículo.** Visa observar a conformidade do candidato com os requisitos mínimos exigidos para a vaga a qual se candidatou;
- **Avaliação escrita.** Visa detectar as competências e postura profissional do candidato à vaga;
- **Avaliação técnica.** Visa apurar o conhecimento técnico, quando necessário;
- **Aplicação de testes psicológicos.** Visa apurar aspectos cognitivos e psicológicos, quando necessário;
- **Provas situacionais, dinâmica de grupo.** Visa conhecer as características comportamentais relevantes a cada candidato auxiliando na identificação de talentos, quando necessário;
- **Entrevistas individuais.** Visa confirmar e checar as informações colocadas no currículo. É o momento para aprofundar e conhecer o candidato, sua atuação, competências, e verificar se atende ao perfil que a posição da função/Atividade exige, quando necessário.

Admissão: Ato de dar acesso, acolher o empregado na Instituição. De acordo com o número de vagas em aberto, todos os candidatos que atendam aos requisitos do instrumento de divulgação de vagas e avancem em todas as etapas do processo de seleção, serão encaminhados para o setor de Admissão de Pessoal, devendo entregar os documentos para contratação conforme a legislação trabalhista em vigor e passar pelo exame médico admissional.

Registros e Controles de Pessoal: Os modelos de Fichas e Controles estarão de acordo com a legislação vigente e dispostos nos Anexos Gerais dessa Proposta Técnica, além do modelo de controle de escalas e previsão de férias dos funcionários contratados.

Integração: Consiste na aplicação contínua de informações/orientações ao novo funcionário, visando ajustá-lo ao ambiente e às tarefas que lhe serão exigidas na função. São informações/ orientações desde a apresentação do espaço físico da Instituição onde irá atuar até as normas de segurança praticada.

A responsabilidade pela condução do processo de integração de novos funcionários é dos Recursos Humanos e do gestor demandante da vaga.

COTAS PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

Será assegurado aos portadores de deficiência o direito de participação no Recrutamento e Seleção de Pessoal, de acordo com as proporções estabelecidas no artigo 93 da Lei 8.213/91.

ESTRANGEIROS

Estrangeiros podem participar do processo seletivo desde que estejam em situação legal no país e que possuam autorização do governo brasileiro para trabalhar no país.

Será permitida a contratação, subcontratação de empresas e a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos previamente e por escrito autorizado pela Diretoria da Instituição.

A. ESTRUTURA DE CARGOS

A.1. Definições

A.1.1. CARGO

É a denominação de um conjunto de Postos de Trabalho em que todos os ocupantes terão funções semelhantes. Cada cargo terá um determinado número de Postos de Trabalho autorizados.

Exemplo: Auxiliar Administrativo

A.1.2. POSTO DE TRABALHO

É a designação de uma vaga/funcionário dentro de um determinado cargo.

A.1.3. CARREIRA

Designa a área profissional do ocupante de um Posto de Trabalho. Atualmente existem vinte carreiras definidas, sendo que este número poderá ser alterado. Podemos citar algumas Carreiras existentes na estrutura prevista:

- Recepcionista
- Supervisor Técnico de Saúde
- Supervisor de Unidade de saúde
- Supervisor administrativo de saúde
- Auxiliar Administrativo
- Assistente Social
- Enfermeiro Responsável Técnico
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Serviços Gerais
- Farmacêutico
- Auxiliar de Farmácia
- Coordenador de Almoxarife
- Porteiro
- Auxiliar de Manutenção

A.1.4. UNIDADE DE PRODUÇÃO

Os custos com funcionários são alocados na respectiva Unidade de Saúde com a finalidade de permitir acompanhamento de execução orçamentária. A Unidade de Produção serão as **UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO.**

O responsável da Unidade de Produção tem autoridade para, dentro de determinado cargo, promover um funcionário de uma faixa salarial para outra desde que estejam satisfeitos os requisitos para mudança salarial e haja dotação orçamentária.

Por determinações legais a mudança salarial só será permitida quando a função exercida for acrescida de tarefas adicionais, que exijam novas habilidades.

B. SALÁRIOS

B.1.1. Fixação de Salários

Os salários correspondentes a cada cargo serão propostos pelo Departamento de Recursos Humanos.

As propostas salariais serão elaboradas sempre levando em conta:

- Os salários de mercado obtidos por meio de pesquisa de mercado em empresas e entidades da rede privada com padrões de excelência e qualidade no atendimento para funções semelhantes;
- O contexto regional;
- A disponibilidade, ou não, de mão de obra e;
- A experiência profissional do candidato.

Qualquer cargo poderá ter apenas um único salário uniforme sendo estabelecidas faixas distintas (horizontal), permitindo a progressão salarial conforme a ampliação das funções exercidas.

Exceto os respectivos dissídios de cada carreira haverá duas possibilidades de progressão salarial.

- Ampliação de funções no mesmo cargo
- Promoção para outro cargo

B.1.2. Salários acima das Faixas Determinadas

Em casos excepcionais poderá haver posto de trabalho com remuneração acima da faixa determinada para um cargo específico.

3.5.3 Registro e controle de pessoal e modelo de escala com simulado de férias.

Controle de Ponto de Pessoal

O controle de ponto de pessoal ocorrerá por meio de equipamento de registro biométrico.

Todos os profissionais estarão sujeitos a registro de ponto, salvo a Direção.

[illegible]

Observação:

Legenda:													
	FG ou DSR												
	Afastamento												
FG	Folga	Supervisor/				Diretor				Superv.			

Data do Recebimento: _____/_____/_____

61 Prazos para implantação e pleno funcionamento dos serviços

DESCRIÇÃO DE ETAPAS	MESES												
	0	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Sessão pública para entrega dos envelopes	X												
Recebimento da ordem de início		X											
Captação e seleção de profissionais		X	X										
Procedimentos de Contratação de Pessoal		X	X										
Treinamento da Equipe (geral e específico das atividades)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejamento das Ações Estratégicas		X	X										
Constituição das Comissões				X									
Elaboração de manuais, planos de trabalho, normas, regras e procedimentos		X											
Apresentação e Treinamento para uso dos itens acima			X										
Acompanhamento das Ações Propostas			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Execução das Ações de Saúde			X										
Relatório de mensal de atividades desenvolvidas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de pesquisa de satisfação				X				X				X	
Implementação do sistema de avaliação de satisfação				X									
Acompanhamento da Comissão de Avaliação			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Acompanhamento da Auditoria Interna			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Acompanhamento das ações desenvolvidas								X					
Realização da SIPAT			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório Consolidado das atividades desenvolvidas												X	
Divulgação dos resultados de Pesquisas de Satisfação						X				X			X
Divulgação do relatório Conclusivo													X

62 Contrareferência com atenção primária, serviços especializados e com os hospitais.

Descrição da Contra – Referência com a Atenção Primária, Serviços Especializados e com Hospitais.

Estruturação da Grade de Referência

AS UNIDADES DE SAÚDE deverão possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação de Leitos, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, através do serviço de atendimento pré- compatível (Serviço de Ambulância Básica ou Avançada).

PLANO DE ESTABELECIMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.

O sistema de referência e contra referência na saúde consistem no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde.

Referência refere-se ao ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade, e contra referência refere-se ao ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população.

O Sistema de Referência e Contra referência diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos.

Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolubilidade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá ser atendida e resolvida entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda.

Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência.

O SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção:

As unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde;

As unidades de atenção secundária, que podem ser cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência;

As unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com a Regulação Médica (RM).

63 - Descrição de funcionamento da Manutenção Predial, descrição de funcionamento da manutenção de equipamentos e orçamentos dedicados aos mesmos.

Com relação à manutenção e reforma das instalações, a ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE manterá em bom estado, durante todo o prazo da vigência do Contrato de Gestão, as seguintes instalações:

Instalações Hidráulicas, Elétricas e Mecânicas: Funcionamento de torneiras, vasos sanitários e outros componentes hidráulicos; Iluminação externa e interna; Iluminação de emergência; Sistema de comunicação; Alarmes de incêndio e de segurança; Equipamentos elétricos, fixos e portáteis; Sistema de ar-condicionado e refrigeração; Sistema de ventilação e exaustão; Sistema de controle de incêndio; Sistema de armazenamento e distribuição de água; Sistema de tratamento de água e esgoto; Central de baterias para emergências de falta de energia; Gerador de energia.

Instalações Físicas e Cíveis: Instalação predial e manutenção de jardim.

Demais sistemas e/ou equipamentos: transporte vertical -; equipamentos de cozinha - fogões e fornos; sistemas eletrônicos - quadros de comando e força; equipamentos de combate a incêndio; sistemas de captação de água de reuso.

Basicamente, os dois tipos de atividades executadas pelo Serviço de Manutenção Predial são a manutenção preventiva e a corretiva.

A manutenção, suas rotinas, metodologia de aplicação e medição de resultados privilegiará tecnologias que ofereçam desempenho e segurança de todos os envolvidos no processo.

Serão sistematizadas as ações de manutenção, utilizando ferramenta de notificação, controle e acompanhamento da execução, além do controle da manutenção preventiva, por meio de software desenvolvido especificamente para este serviço. A manutenção será feita por contratação de profissional especializado avulso.

Serviço de Manutenção dos Equipamentos e Mobiliário

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE manterá em boas condições todo equipamento e mobiliário, clínico e não clínico, para a prestação dos serviços DAS UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO, isto manterá um padrão de serviços prestados e o ambiente seguro. Para tal, serão implantadas práticas que assegurem padrões altos de conforto e limpeza, e também boas práticas de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

Durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão, A ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE manterá e limpará todos os equipamentos clínicos, não-clínicos e mobiliários, bem como todos os instrumentos cirúrgicos para execução da prestação de serviços na unidade.

Este serviço também será implementado utilizando-se do software gerenciador das ações de manutenção preventiva e corretiva, que controla a notificação geradora da manutenção e faz o controle e acompanhamento da requisição.

A ORGANIZAÇÃO SOCIAL será responsável pelas despesas de:

- Internet/Provedor e –mail;
- Telefone;
- Materiais de Escritório;
- Sistemas e Softwares.
- Manutenção de ar condicionado;

- Manutenção dos equipamentos de T.I.

64 Da proposta de trabalho e as diretrizes da Secretaria de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO

Em concordância com o disposto no Edital de Chamamento e seus Anexos, a **ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS**, em sua gestão, buscará cumprir as leis e normas descritas no anexo. Dessa forma, as diretrizes para a gestão da **Salus & Salutis** são:

- Atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso, com assistência hospitalar organizada a partir das necessidades da população; obedecendo as Normas do Ministério da Saúde/MS, do Ministério do Trabalho Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde do Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.
- Executar todos os programas com efetividade, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades.
- Contemplará um Supervisor de Unidade Saúde, Supervisor Técnico de Saúde, Supervisor de Unidade Saúde, Supervisor Administrativo de Saúde e Diretor Clínico, possuindo registro no conselho de classe,
- Protocolos assistenciais, protocolos de atendimentos e rotinas administrativas observando as vertentes organizacionais, operacionais e técnicos; devidamente atualizados, conferidos e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico.
- Resolutividade da atenção e continuidade do cuidado ao usuário por meio da atenção hospitalar integrada aos demais pontos de atenção da RAS e a outras políticas, de forma intersetorial.

- Acesso à atenção hospitalar realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades
- Fluxo de referencia e contra referencia, garantindo às diretrizes e a governança da Rede de Saúde, submetendo à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde.
- Acolhimento com protocolo de classificação de risco ;
- Atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais, com equipe integralmente responsável pelo usuário durante sua estada na unidade SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO
- Equipe médica e multiprofissional de referência formada por profissionais de diferentes áreas e saberes, com título ou certificado da especialidade ou qualificação técnica na especialidade correspondente, com registro no Conselho Regional de Medicina (Resolução CFM nº 1634/2002), que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.
- Assegurar o vínculo entre a equipe de referência, o usuário e os familiares, com visitas conforme regimento interno da unidade , a presença do acompanhante, e a valorização de fatores subjetivos e sociais.
- A gestão respeitará a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida.
- A Contratada será responsável pelas despesas com alimentação de Pacientes quando necessários ou prescritos pelo médico, bem como alimentação ou lanche previstos nas convenções dos funcionários contratados e cedidos.
- Gerenciamento de resíduos e segurança do paciente e prevenção do risco, pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, através da CCIH, conforme as diretrizes da Portaria GM nº.2.529 de 23/11/2004

- Serviço de gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na unidade (PGRSS), e manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, através do serviço de Manutenção Geral - NMG.
- Assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.
- A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS se responsabilizará pelas contas de consumo de telefone, internet, , materiais de escritório e sistemas e softwares DAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO.
- A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS se responsabilizará pela segurança do trabalho, mantendo extintores, iluminação de emergência, EPIs, EPCs, uniformes e identificação dos funcionários DAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAL DE RIBEIRÃO BRANCO.
- A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS será responsável pela aquisição de materiais/insumos e medicamentos para garantia da assistência dos serviços prestados, bem como o funcionamento DAS UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO.
- A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS será responsável por todos os serviços de enfermagem e atenderá o dimensionamento exigido pelo COREN DAS UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO.
- A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS será responsável por apresentar em tempo oportuno toda e qualquer informação solicitada pela Secretaria de Saúde, bem como garantir a qualidade da informação, inserção e alteração dos dados em relação as UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO nos sistemas de informação e instrumentos exigidos pela secretaria de saúde.

- Política de Gestão de Pessoas, atendendo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, implantando e desenvolvendo uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes em conformidade com a NR nº 32/2005 do MTE.
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS.
- Redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado por meio de ações visando à qualidade da atenção, as boas práticas em saúde e a segurança do paciente.
- A ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS manterá em pleno funcionamento as Comissões:
 - a) Comissão de Análise e Revisão de Prontuários Médicos.
 - b) Comissão de Verificação de Óbitos.
 - c) Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem.
 - e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.
 - f) Comissão de Gerenciamento de Resíduos
 - g) Comissão de Qualidade e Segurança no cuidado ao paciente.

a) Ações a serem desenvolvidas visando concretizar os objetivos estabelecidos pela proponente.

- Desenvolver com todos colaboradores a qualificação para Gestão Clínica em vez de gestão de serviços,
- Elaborar o Plano estratégico e terapêutico por Unidade de Saúde
- Implantar o Contrato de Gestão da Unidade de Saúde junto a todos colaboradores profissionais e trabalhadores da saúde;
- Eleger o líder gestor da Unidade de Saúde,

- Estabelecer tratativas de corresponsabilidade (equipe) pelos objetivos pactuados entre a direção e o líder da Unidade Clínica,
- Promover a gestão participativa e colaboração de todos os colaboradores e profissionais e trabalhadores de saúde,
- Realizar semanalmente reuniões com equipe e comunidade objetivando a transparência nos objetivos e resultados,
- Definir as ferramentas de apoio nas decisões clínicas,
- Implantar um sistema de informação e processamento de dados adequado a realidade de serviços de saúde,
- Elaboração e implementação do uso de protocolos de atenção e guias clínicas vigentes,
- Gestão de seus recursos materiais e humanos, pactuados no contrato Avaliação contínua dos resultados clínicos, econômicos e de qualidade

b) Ações para a gestão da Unidade de Saúde de Atenção básica.

- Reorganizar o processo de trabalho em saúde da Unidade de Saúde com as bases da efetividade e da eficiência: Medicina (Saúde) Baseada em Evidência
- Identificar segmentos populacionais para devida atenção a saúde , estabelecendo níveis de acessos de evidencia e recomendação de práticas,
- Estabelecer a utilização de Guias fármaco-terapêuticos
- Estabelecer a utilização de Guias de prática clínica
- Realizar sistematicamente, mensalmente a Avaliação e a transparência nas informações de saúde de cada Unidade de Saúde,
- Realizar Benchmarking de resultados das ações de saúde junto aos colaboradores nas Unidades de Saúde,
- Realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos forma efetiva e eficiente
- Fundamentar as decisões em evidências científicas em avaliação tecnológica
- Melhorar a qualidade e custo/efetividade da atenção em saúde em cada Unidade de Saúde frente a execução de Projetos terapêuticos Individuais e coletivos

- Criar espaços coletivos de gestão dos serviços de saúde, com a participação da comunidade local, colaboradores, profissionais e trabalhadores de saúde,
- Estabelecer instrumentos gerenciais e técnico-científicos, entre os quais a Central de Regulação e Protocolos, que permitam responder adequadamente às necessidades de saúde da população, gerindo a oferta de serviços e agilizando o acesso da clientela, contribuindo assim com a organização do sistema e a implantação efetiva da sua regionalização e hierarquização.
- Orientar o encaminhamento dos pacientes da área de abrangência da Equipe e ou do Distrito Sanitário para consulta de especialidades, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares;
- Controlar o encaminhamento de pacientes para serviços fora da área de abrangência do distrito, que constem da Programação Pactuada Integrada;
- Agendar, através de controle próprio e ou sistema definido pela Secretaria Municipal da Saúde, consultas de especialidades e SADT para as unidades referenciadas;
- Elaborar relatórios para acompanhamento gerencial dos gestores, colaboradores, profissionais e trabalhadores de saúde;
- Avaliar o grau de utilização das consultas (falta de paciente, consultas não agendadas, motivo de encaminhamento) deve ser realizada de maneira periódica, a fim de retroalimentar o sistema.
- Controlar e requerer que toda Unidade Básica de Saúde requisitante, ao acionar a Central de Regulação Assistencial, deve informar: código de acesso da unidade; caracterização da internação: Especialidade, faixa etária, sexo, nome completo do paciente, endereço, nome do médico e CRM; tempo provável de deslocamento do paciente; hipótese diagnóstica.
- Controlar a solicitação da internação, requerida obrigatoriamente por profissional de nível superior (médico, enfermeira ou assistente social, com preferência para o primeiro), com dados clínicos os mais completos possíveis.
- Prover condições de encaminhamento dos pacientes ao hospital indicado pela central, com preenchimento completo do laudo de solicitação de internação, com descrição detalhada do quadro clínico, evolução e conduta dispensada, assinada e carimbada pelo médico solicitante, principalmente nos casos de emergência médica.
- Implantar os protocolos clínicos, os quais serão utilizados para a tomada de decisões e indicar passos adequados para o diagnóstico, terapia específica e prevenção de complicações de enfermidades ou anomalias específicas, devendo proporcionar um

plano detalhado para o acompanhamento dos pacientes com diagnósticos específicos: processos, prazos, responsabilidades desde a admissão do paciente até a alta.

- Autorizar, previamente, a realização de cirurgias eletivas.
- Autorizar realização de exames de alta complexidade (APAC).
- Analisar os relatórios de saída do sistema ambulatorial e de internação (SIA e SIH/SUS).
- Vistoriar os serviços em conjunto com a Vigilância Sanitária.
- Controlar o cumprimento das normas sobre as atividades de prestação de serviços pelas unidades de saúde, emanadas do MS, SES e Secretaria Municipal da Saúde.
- Acolher denúncias de usuários, prestadores, gestores ou profissionais de saúde.
- Analisar e auditar os atendimentos individuais de ambulatório e SADT.
- Acionar a realização de auditoria analítica a partir da detecção de distorções ou intercorrências técnicas, administrativas, jurídicas.
- A Instituição se compromete a manter equipe de monitoramento e acompanhamento do Contrato de Gestão /Plano Operativo, cuja indicação deverá ser oficializada.
- A equipe indicada será a responsável por encaminhar todas as informações ou relatórios solicitados e pactuados neste Plano Operativo, nos prazos fixados. Deverá ainda participar das reuniões de avaliação na Secretaria Municipal da Saúde – Prefeitura Municipal.
- A Instituição se compromete a apresentar s licenças/alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação conforme legislação vigente.
- Executar ou manter contratos de manutenção dos equipamentos de acordo com normas preconizadas
- Elaborar Plano Diretor de Unidade de Saúde e/ou encaminhamento de suas atualizações
- Implantar protocolos clínicos assistenciais de acordo com as prioridades detectadas.
- Incorporar novas tecnologias – humanas e/ou materiais

- Manter limpeza de caixas d'água, controle de doenças, controle de pragas, de acordo com normas específicas.
- Manter a taxa de atendimento de saúde em parametrização necessária definida em legislação vigente, com variação de 5% para mais ou para menos.
- Promover ou permitir a participação de técnicos ou dirigentes em cursos, capacitações, treinamentos que possam contribuir com a melhoria do funcionamento da Instituição.
- Ambulatório – disponibilizar para o Gestor, através da Central de Regulação municipal, a agenda de atendimentos de 1ª vez, de acordo com pactuação
- SADT – Disponibilizar para o Gestor, através da Central de Regulação municipal, a agenda de exames e terapias especializadas, de acordo com pactuação.

c) Ações para a gestão de pessoas;

- Envolver os profissionais de saúde na gestão dos recursos da unidade assistencial,
- Compartilhar e requerer a participação corresponsável de profissionais, trabalhadores e colaboradores na forma de decisões técnicas administrativas nas Unidades de Saúde,
- Implementar uma nova forma de trabalho focada na gestão dos processos, na auto-avaliação e na melhoria contínua dos mesmos,
- Reorientar a atenção assistencial às necessidades dos pacientes através de boas práticas, levando-se em conta a equipe de saúde como um todo, a gestão de recursos, insumos e resultados, para maximizar a eficácia, eficiência, efetividade e qualidade dos serviços
- Reduzir a variabilidade na prática clínica da assistência a saúde,
- Otimizar o uso dos recursos com a participação dos profissionais e trabalhadores de saúde
- Fortalecer a cultura de melhoria da qualidade dos processos de atenção e satisfação do usuário

65 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE METAS

Prazos propostos para implantação e para pleno funcionamento de cada serviço proposto (cronograma).

METAS	Etapa /Fase	ESPECIFICAÇÃO	Indicador Físico		Duração	
			Unidade cobertura	Quantidade	Início	Término
1- Identificar os bairros e população de cada território de atuação das UBSF	1a Etapa	Reconhecer e estabelecer contato e atendimento junto a população adscrita - 90 dias	100%	1	ago/19	nov/19
2- Mobilizar a comunidade e, articular o desenvolvimento de ações educativas e sociais de saúde, com objetivo de incentivar o cuidado em saúde. (Conselho da Criança e adolescente, movimentos comunitários, Conselhos de Direito, Instituições Organizacionais e governamentais, Ministério Público, etc.	1a Etapa	Realizar reuniões, oficinas temáticas, plenárias de saúde com a comunidade e Órgãos institucionais – 40 dias	100%	1	ago/19	set/19
3-Mobilização das Equipes de Saúde por área de atuação para participação da elaboração do projeto e plano de trabalho da Unidade, destacando o planejamento, execução, condutas, corresponsabilidade e avaliação das ações de saúde	1a Etapa	Realizar reuniões, oficinas temáticas, plenárias de saúde, gestão da clínica, objetivando o compromisso e qualificação dos profissionais de saúde; com vínculos diretos, cedidos e prestadores de saúde – 30 dias	100%	1	ago/19	set/19
4- Reconhecimento e identificação de indicadores de saúde e sociais de determinados segmentos e, implementar condutas clínicas de resolubilidades das ações de saúde, bem como execução do plano de saúde da Unidade de Saúde frente as	1a Etapa	Implementar ações de saúde que vise a conforme Diretrizes de Saúde do Ministério da Saúde; efetivando a manutenção das linhas de cuidado em saúde– 90 dias	100%	1	ago/19	nov/19

intercorrências.						
5- Reconhecer as ações de controle social na proteção da qualidade de serviços de saúde- auto-cuidado (Planejamento Familiar, Prevenção do Tabagismo, Cuidados na Hipertensão e Diabetes) junto à população.	1a Etapa	Implantar Plano Municipal de Educação -Ações Educativas de Saúde – 120 dias	100%	1	ago/19	dez/19
6- Reconhecer e identificar ações de saúde junto a grupos e fatores de risco, alimentares e/ou ambientais, prevenindo-se de doenças e danos evitáveis	1a Etapa	Implantar Plano Municipal de Educação -Ações Educativas de Saúde - destacando o cronograma e roteiro das ações educativas – 120 dias	100%	1	ago/19	dez/19

7- Manutenção do acesso à assistência de saúde integral, com frequência e , organizada à população, com garantia da realização de procedimentos especializados, observação, referenciamento e de apoio diagnóstico e laboratorial	1a Etapa	Implementar ações de gestão de saúde, visando o aperfeiçoamento do Sistema Municipal de Auditoria e Regulação Assistencial, com agenda diária para atendimento conforme diretrizes do Ministério da Saúde – 45 dias	100%	1	ago/19	out/19
8- Reconhecer Ações técnicas, administrativas e jurídicas das diretrizes da Política Nacional de Humanização, destacando a forma de notificação, acomodação, satisfação, dos usuários e acompanhantes e profissionais de saúde	2a Fase	Elaborar e implantar Plano Municipal de Humanização na Saúde– 60-90 dias	100%	1	ago/19	nov/19

8- Realização de atendimento médico, enfermagem, odontológico e de demais profissionais de saúde às ações programáticas, linhas de cuidado e urgências - emergência	3a. Fase	Prover e Realizar a Qualificação dos profissionais de saúde, mediante a Implantação de Plano Municipal de Humanização na Saúde e de atendimento, bem como desenvolver ações de educação em atenção saúde junto aos usuários do Sistema Municipal de Saúde – 90 dias	100%	1	ago/19	nov/19
9- Implementação de ações governamentais, buscando a integração dos projetos intersectoriais para a promoção da saúde	2a Fase	Elaborar Plano Municipal de Ações Integradas de Saúde, com participação de demais setores afins; através da Secretaria Municipal da Saúde - 60 dias	100%	1	ago/19	out/19
10- Compartilhar propostas e encaminhamentos de implantação de ações de saúde, promovendo a articulação de estratégias de fortalecimento da gestão municipal de saúde e do controle social	4a. Fase	Realizar Plenárias de Saúde junto à população da Abrangência das Unidades de Saúde - 120 dias	100%	1	ago/19	dez/19
11. Realização e Desenvolvimento de Ações Assistenciais Operacionais de procedimentos de saúde por profissionais médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais de nível superior e nível médio Desenvolvimento de ações Assistenciais de saúde, Atividade Física, Prevenção da Obesidade,	3a. Fase	Prover e Realizar a Qualificação dos profissionais de saúde, mediante a Implantação de Protocolos Clínicos e de atendimento, bem como desenvolver ações de educação em atenção saúde junto aos usuários do Sistema Municipal de Saúde , conforme orientação do Ministério da Saúde – 90 dias	100%	1	ago/19	nov/19
12-Cuidados no Pré-natal, Prevenção do Câncer de colo e mama, Vigilância nutricional; Realização e Desenvolvimento operacional de ações de Cuidados de enfermagem (aferição da pressão arterial, curativos, administração de medicamentos com	2a Fase	Prover e Realizar a Qualificação dos profissionais de saúde, mediante a Implantação de Protocolos Clínicos e de atendimento, conforme orientação do Ministério da Saúde – 90 dias			ago/19	nov/19

prescrição, nebulização);						
13- Elaborar Programação para atenção em saúde para regiões de maior carência	1a Fase	Implantar sistemática e metodologia de trabalho específica para populações de regiões e ou territórios vulneráveis - 30 dias	100%	1	ago/19	ago/19
14- Prover atenção à saúde e garantir o cuidado, às populações de maior vulnerabilidade, maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, -	1a Fase	Implantar sistemática e metodologia de trabalho específica para populações de regiões e ou territórios vulneráveis - 30 dias			ago/19	ago/19
15- Implementar ações de saúde e garantia de soluções efetivas para as queixas mais frequentes em saúde.	1a Fase	Implantar sistemática e metodologia de trabalho específica para populações de regiões e ou territórios vulneráveis - 30 dias			ago/19	ago/19
16- Realizar ações de saúde e procedimentos clínicos de modo resolutivo localmente - em cada unidade de serviço de saúde - hierarquizando as competências e as referências clínicas especializadas, indicações de apoio e diagnóstico no sistema municipal de saúde	1a Fase	Efetivação , acompanhamento e avaliação de Protocolos Clínicos, Regulação Assistencial e operacional a Saúde e Educação em Saúde - 30-90 dias	100%	1	ago/19	nov/19
17-Realizar ações especiais de atenção a saúde, articulados com a gestão municipal e integrando áreas afins assistencial de saúde e social-comunitária	2a Fase	Efetivação , acompanhamento e avaliação de Protocolos Clínicos, Regulação Assistencial e operacional a Saúde e Educação em Saúde - 30-90 dias	100%	1	ago/19	nov/19

18-Executar Rotinas de Contabilidade e Faturamento e Bioestatística	1a Fase	Implementar serviços operacionais administrativos de contabilidade fiscal e contabilidade de dados de produção e financiamento em saúde - imediato	100%	1	ago/19	ago/19
19-Executar Rotinas de Controle Suprimentos em Saúde junto as unidades de saúde	1a Fase	Implementar rotinas técnicas administrativas de compras compartilhando especificações técnicas de materiais, visando a aquisição de produtos com qualidade e preços compatíveis com a realidade orçamentária do projeto e gestão de serviços -30 dias	100%	1	ago/19	ago/19
20- Criar o Serviço de Regulação Assistencial em Saúde	1a Fase	Implementar técnicas de gestão da assistência em saúde evidenciando a necessidade de atendimento qualificado e com equidade de acesso para atenção clínica - 45 dias	100%	1	ago/19	out/19
21- Readequar os serviços de saúde X Programas de Saúde da Clínica Assistencial	1a Fase	implementar ações de qualificação técnica dos colaboradores e, objetivar a adesão e participação da população adscrita - 45 dias	100%	1	ago/19	out/19
22- Rever o seguimento das ações de saúde normatizada nas Linhas de Cuidados e Estadiamento e Atenção em Saúde	3a. Fase	Implementar e efetivar a atenção à saúde evidenciando os cuidados e ações necessárias para cada paciente inscrito nas unidades de saúde 90-120 dias	100%	1	ago/19	dez/19
23- Promover a qualificação dos colaboradores e, melhor aplicação de recursos e investimento em saúde através do Planejamento e Avaliação Controle Assistencial em Saúde	1a Fase	Implementar e sistematizar ações de planejamento assistencial e gerencial dos serviços de saúde - 45 dias	100%	1	ago/19	out/19

24- Implantar serviços de Auditoria em Saúde	2a Etapa	Efetivar ações técnicas administrativas e clínicas junto aos colaboradores da assistência à saúde - 90 dias			ago/19	nov/19
25-Promover a Manutenção Estabelecimentos Saúde, bem como a adequação e reparos da ambiência e equipamentos de saúde	1a Etapa	Identificar necessidade de adequação e manutenção de ambiência nas unidades de saúde - imediato			ago/19	ago/19
26- Criar o Serviço Municipal de Saúde Ocupacional- Saúde do Trabalhador	2a Etapa	Implementar e executar ações e serviços de saúde do trabalhador junto aos colaboradores e trabalhadores de saúde - 60 dias			ago/19	out/19
27- Regular o serviço municipal de Transporte Sanitário - Equipes de Saúde	1a Etapa	Adequar serviço de transporte sanitário juntos aos colaboradores da assistência à saúde e clientes do sistema municipal de saúde - imediato			ago/19	out/19
28- Promover o Desenvolvimento de Ações de Saúde com base na Educação Continuada em Saúde	2a Etapa	Implementar e executar ações de educação e qualificação do trabalho e auto-cuidado em saúde - 90 dias			ago/19	nov/19
29-Dotar o Sistema Municipal da Saúde de Tecnologia Informações e Vigilância em Saúde	1a Etapa	Implementar Sistema de informação em saúde, através de software de gestão integrada dos serviços de saúde - imediato			ago/19	out/19
30- Estabelecer e hierarquizar a coresponsabilidade sanitária através de Monitoramento Operacional de Serviços	1a Etapa	Executar ações técnicas administrativas e financeiras na destinação diária dos serviços de saúde - imediato			ago/19	out/19

66 PREÇO, - PROPOSTA ECONÔMICA - DESPESAS DE CUSTEIO - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MEDIANTE ASPECTOS DE GESTÃO E EXECUÇÃO APRESENTADOS

DESCRIPTIVO OPERACIONAL ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO	PREÇO PROPOSTO - MENSAL	PREÇO PROPOSTO - ANUAL
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	633.123,91	7.597.486,92
Repasse Programas Especiais		-
Repasse para Investimentos		-
TOTAL DE REPASSES	633.123,91	7.597.486,92
a) DESPESAS OPERACIONAIS		-
1. Pessoal	152.463,57	1.829.562,84
1.1. Ordenados	68.925,80	827.109,60
1.1.1. Assistência Médica		-
1.1.1.1. Médicos		-
1.1.1.2. Outros profissionais/serviços de saúde		-
1.1.1.3. Administrativo		-
1.2. FGTS	8.271,10	99.253,20
1.3. PIS	689,26	8.271,12
1.4. Benefícios	3.446,29	41.355,48
1.5. Contribuição Sindical		-
1.6. Provisões (Férias + 13º + Rescisões+ Encargos Trabalhistas/Sociais e outras provisões)	71.131,43	853.577,16
		-
		-
2. Insumos Assistenciais	12.500,00	150.000,00
2.1. Materiais Descartáveis/Materiais de Penso	3.650,00	43.800,00
2.2. Medicamentos	8.850,00	106.200,00

2.3. Dietas Industrializadas		-
2.4. Gases Medicinais		-
2.5. OPME (Orteses, Próteses e Materiais Especiais)		-
		-
3. Materiais/Consumos Diversos	20.258,00	243.096,00
3.1. Material de Higienização e Limpeza	3.000,00	36.000,00
3.2. Material/Gêneros Alimentícios		-
3.3. Material Expediente	9.258,00	111.096,00
3.4. Combustível		-
3.5. GLP		-
3.6. Material de Manutenção		-
3.7. Tecidos e Fardamentos		-
3.8. Outras Despesas com Materiais Diversos	8.000,00	96.000,00
		-
4. Seguros/Tributos/Despesas Bancárias		-
4.1. Seguros (Imóvel e veículos)		-
4.2. Tributos (Impostos e Taxas)		-
4.2.1. Outros Tributos		-
4.3. Despesas Bancárias (Juros/Tarifas)		-
4.3.2. Juros		-
4.3.1. Tarifas		-
		-
		-
5. Gerais	2.560,00	30.720,00
5.1. Telefonia/Internet	2.560,00	30.720,00
5.2. Água		-
5.3. Energia Elétrica		-
5.4. Aluguéis/Loações (exceto ambulância)		-
5.5. Outras Despesas Gerais		-
		-
		-

6. Serviços Terceirizados/Contratos de Prestação Serviços	445.342,05	5.344.104,60
6.1. Assistência Médica		-
6.1.1. Pessoa Jurídica		-
6.1.1.1. Médicos	189.194,85	2.270.338,20
6.1.1.2. Outros profissionais de saúde	72.405,20	868.862,40
6.1.1.3. Laboratório		-
6.1.1.4. Alimentação/Dietas		-
6.1.1.5. Outras Pessoas Jurídicas	163.150,00	1.957.800,00
6.1.2. Pessoa Física		-
6.1.2.1. Médicos		-
6.1.2.2. Outros profissionais de saúde		-
6.2. Cooperativas		-
6.2.1. Médicos		-
6.3. Administrativos	20.592,00	247.104,00
6.3.1. Pessoa Jurídica		-
		-
		-
6.3.1.1. Lavanderia		-
6.3.1.2. Coleta de Lixo Hospitalar		-
6.3.1.3. Manutenção/Aluguel/Uso de Sistemas ou Softwares		-
6.3.1.4. Vigilância		-
6.3.1.5. Limpeza		-
6.3.1.6. Consultorias		-
6.3.1.7. Treinamentos		-
6.3.1.8. Outras Pessoas Jurídicas		-
6.3.2. Pessoa Física		-
		-
7. Manutenção		-
7.1. Predial e Mobiliário		-
7.2. Veículos		-

7.3. Equipamentos Médico-hospitalar		-
7.4. Equipamentos de Informática		-
7.5. Outros Equipamentos		-
7.6. Engenharia Clínica		-
7.7. Outras		-
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (a)	633.123,91	7.597.486,92
		-
b) DESPESAS NÃO OPERACIONAIS		-
1. Reformas		-
2. Outras		-
		-
		-
TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS =		-
TOTAL DE DESPESAS = (a)+(b)	633.123,91	7.597.486,92

67 PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (R\$ 1,00)

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
34 PRESTADORES - MENSAL	PRESTADORES DE SERVIÇOS	282.151,60	3.385.819,20
45 COLABORADORES -MENSAL	COLABORADORES REGIDOS POR CLT	152.463,87	1.829.566,44
DESPESAS MAT INSUMOS SAÚDE - MENSAL	MATERIAIS E INSUMOS	32.798,44	393.581,28
DESPESAS SERVIÇOS UTILIDADE - MENSAL	OUTRAS DESPESAS GERAIS	2.560,00	30.720,00
PRESTADORES SAÚDE - MENSAL	SERVIÇOS INDIRETOS	163.150,00	1.957.800,00
TOTAL GERAL		633.123,91	7.597.486,92

68 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

Meta	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
1	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91

Meta	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91

69 ESTIMATIVA DE VALORES A SEREM RECOLHIDOS PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS E TRABALHISTAS

Meta	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
	66.720,17	66.720,17	66.720,17	66.720,17	66.720,17	66.720,17

Meta	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
	66.720,17	66.720,17	66.720,17	66.720,17	66.720,17	66.720,17

70 MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS – MENSAL E FINAL

MÊS	PERIODICIDADE
1º	MENSAL
2º	MENSAL
3º	MENSAL
4º	MENSAL
5º	MENSAL
6º	MENSAL
7º	MENSAL
8º	MENSAL
9º	MENSAL
10º	MENSAL
11º	MENSAL
12º	MENSAL
13º	ANUAL

71 RECEITAS OPERACIONAIS - CRONOGRAMA MENSAL DE APLICAÇÃO

RECEITAS OPERACIONAIS	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
	Mês	Mês	mês	Mês	Mês	mês	mês	mês	Mês	mês	mês	mês
Repasse Contrato de Gestão (Fixo+Variável)	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91
Repasse Programas Especiais												
Repasse para Investimentos												
TOTAL DE REPASSES	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91
a) DESPESAS OPERACIONAIS												
1. Pessoal	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57	152.463,57
1.1. Ordenados	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80	68.925,80
1.1.1. Assistência Médica												
1.1.1.1. Médicos												
1.1.1.2. Outros profissionais/serviços de saúde												
1.1.1.3. Administrativo												
1.2. FGTS	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10	8.271,10
1.3. PIS	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26	689,26
1.4. Benefícios	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29	3.446,29
1.5. Contribuição Sindical												
1.6. Provisões (Férias + 13º + Rescisões+ Encargos Trabalhistas/Sociais e outras provisões)	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43	71.131,43

2. Insumos Assistenciais	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00
2.1. Materiais Descartáveis/Materiais de Penso	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00	3.650,00
2.2. Medicamentos	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00	8.850,00
2.3. Dietas Industrializadas												
2.4. Gases Medicinais												
2.5. OPME (Orteses, Próteses e Materiais Especiais)												
3. Materiais/Consumos Diversos	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00	20.258,00
3.1. Material de Higienização e Limpeza	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00
3.2. Material/Gêneros Alimentícios												
3.3. Material Expediente	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00	9.258,00
3.4. Combustível												
3.5. GLP												
3.6. Material de Manutenção												
3.7. Tecidos e Fardamentos												
3.8. Outras Despesas com Materiais Diversos	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00
4. Seguros/Tributos/Despesas Bancárias												

4.1. Seguros (Imóvel e veículos)												
4.2. Tributos (Impostos e Taxas)												
4.2.1. Outros Tributos												
4.3. Despesas Bancárias (Juros/Tarifas)												
4.3.2. Juros												
4.3.1. Tarifas												

5. Gerais	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00
5.1. Telefonia/Internet	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00	2.560,00
5.2. Água												
5.3. Energia Elétrica												
5.4. Aluguéis/Loações (exceto ambulância)												
5.5. Outras Despesas Gerais												

6. Serviços Terceirizados/Contratos de Prestação Serviços	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05	445.342,05
6.1. Assistência Médica												
6.1.1. Pessoa Jurídica												
6.1.1.1. Médicos	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85	189.194,85
6.1.1.2. Outros profissionais de saúde	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20	72.405,20
6.1.1.3. Laboratório												
6.1.1.4. Alimentação/Dietas												

6.1.1.5. Outras Pessoas Jurídicas	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00	163.150,00
6.1.2. Pessoa Física												
6.1.2.1. Médicos												
6.1.2.2. Outros profissionais de saúde												
6.2. Cooperativas												
6.2.1. Médicos												
6.3. Administrativos	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00	20.592,00
6.3.1. Pessoa Jurídica												

6.3.1.1. Lavanderia												
6.3.1.2. Coleta de Lixo Hospitalar												
6.3.1.3. Manutenção/Aluguel/Uso de Sistemas ou Softwares												
6.3.1.4. Vigilância												
6.3.1.5. Limpeza												
6.3.1.6. Consultorias												
6.3.1.7. Treinamentos												
6.3.1.8. Outras Pessoas Jurídicas												
6.3.2. Pessoa Física												
7. Manutenção												

7.1. Predial e Mobiliário												
7.2. Veículos												
7.3. Equipamentos Médico-hospitalar												
7.4. Equipamentos de Informática												
7.5. Outros Equipamentos												
7.6. Engenharia Clínica												
7.7. Outras												
TOTAL DE DESPESAS OPERACIONAIS = (a)	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91
b) DESPESAS NÃO OPERACIONAIS												
1. Reformas												
2. Outras												

TOTAL DE DESPESAS NÃO OPERACIONAIS =												
TOTAL DE DESPESAS = (a)+(b)	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91	633.123,91

O valor mensal é de R\$ 633.123,91 (Seiscentos e trinta e três mil, cento e vinte e três reais e noventa e um centavos).

O valor anual é de R\$ 7.597.486,92 (Sete milhões, quinhentos e noventa e sete mil, quatrocentos e oitenta e seis reais e noventa e dois centavos).

Esta proposta tem validade de 180 (cento e oitenta dias)

RIBEIRÃO BRANCO/SP, 12 de junho de 2019.

SALUS & SALUTIS
CNPJ Nº 75.504.135/0001-20

DENIS MANFREDINI RODRIGUES
DIRETOR PRESIDENTE

72 - ANEXOS INTEGRANTES AO PLANO DE TRABALHO EM TELA

ANEXO I : PROPOSTA PROJETOS E FLUXOS DE TRABALHO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ANEXO - PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO PROJETOS E FLUXOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- 11- - Proj. Regimento Interno da USF (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 22 - Proj. Plano Urgência e Emergência (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 32 - Proj. Gestão em Enfermagem (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 42 - Proj. Acolhimento Social em Saúde (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 52 - Proj. Educação em Saúde (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 62 - Proj. Assistenciais e Sociais Gerais (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 72 - Proj. Plano Técnico informações (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 82 - Proj. Fluxograma SAMI (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 92 - Proj. Plano Hipertensão Arterial (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 102 - Proj. Plano Saúde Bucal (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 112 - Proj. Amigas do Peito (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 122 - Proj. Prevenção das DST - HIV (PI Trabalho Jun 2019)
 - 132 - Proj. Plano Vigilância em Saúde (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 142 - Proj. Proposta do SAMI (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 152 - Proj. Proposta para Hepatites Virais (PI Trabalho 13 Jun 2019)
 - 162 - Proj. Proposta Social - Hepatite Escolares (PI Trabalho 13 Jun 2019)
-

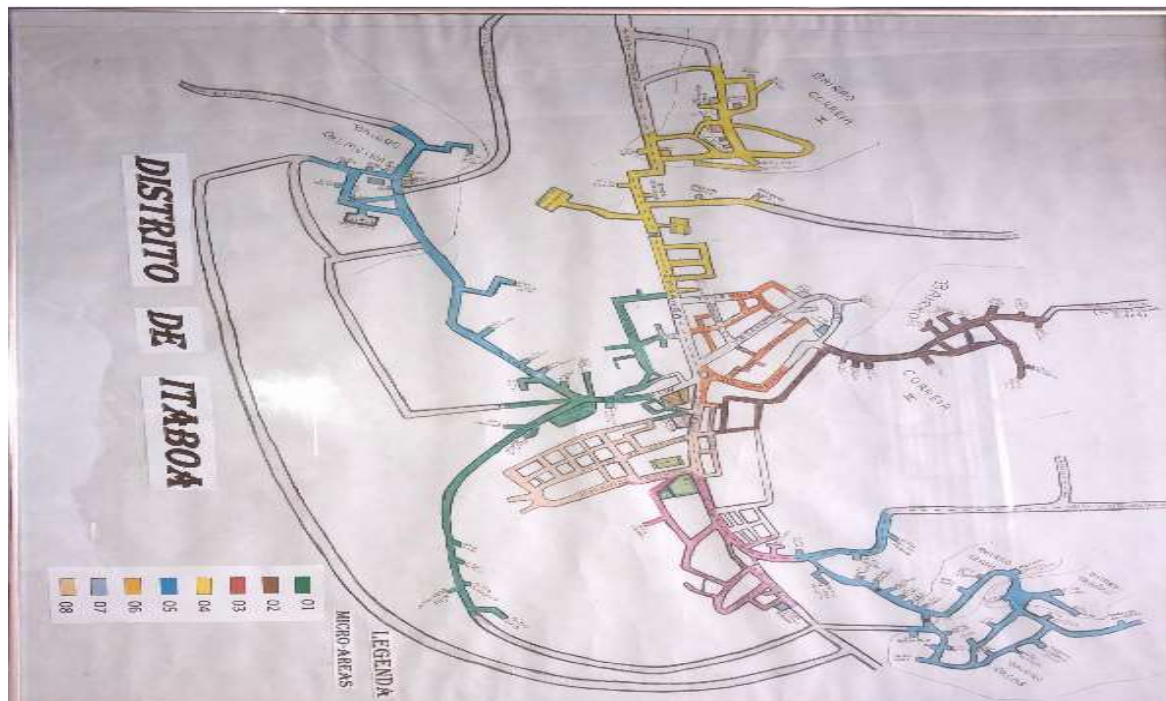
1- REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ITABOA

Este regimento deverá ser revisto nos próximos seis meses e terá uma revisão anual, devido a eventuais mudanças no quadro funcionários, alterações na dinâmica comunitária e o advento das Organizações Sociais (OS). Esta unidade conta com 01 equipe de saúde da família. O regimento interno será apresentado aos funcionários antes de sua conclusão, a fins de avaliação, sugestões e aprovação.

Capítulo I DESCRIÇÃO-POPULAÇÃO-TERRITÓRIO

Art. 1º A Unidade de Saúde de Itaboa está situada na Rua Bom Jesus e sua área geográfica de abrangência da Unidade de Saúde da Família é constituída por uma população de aproximadamente 4mil/4.500mil habitantes, cujas comunidades são: a) Bairro Correias I, b) Bairro Correias II, c) Pacas, d) Palmeiras, e) Rio Preto, f) Centro de Itaboa

Figura 1



Scanned with CamScanner

Art. 2º O território da área de abrangência da Unidade de Saúde Itaboa faz limites com as áreas de abrangências das Unidades ESF Campina de Fora e ESF Caçador.

Art.3º A equipe de Saúde da Unidade de saúde Itaboa é composta pelos seguintes profissionais:

Número	Função	Nome	Jornada semanal
01	ENFERMEIRA		40 h
01	MÉDICO		40 h
01	CD		40 h
01	FARMACÊUTICA		40 h
01	FISIOTERAPEUTA		30 h
02	TÉCNICAS DE ENFERMAGEM		40 h
01	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA		40 h

01	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS		40 h
01	RECEPCIONISTA		40 h
01	MOTORISTA		40 h
06	AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE		40 h

Capítulo II

PRINCIPIOS E DIRETRIZES

Art. 4º A Unidade de Saúde da Família de Itaboa desenvolverá um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1 Os serviços serão ofertados integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 2º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art.5º A unidade de saúde seguirá os Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

a) Regionalização e Hierarquização:

- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

§ 1º População adscrita significa a população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

§ 2º Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

§ 3º A Resolutividade reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

§ 4º A equipe deverá incentivar, estimular e apoiar no controle e na participação social através do Conselho Local de Saúde.

Art. 6º O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

Capítulo III DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º São **Atribuições Comuns** a todos os membros das Equipes que atuam na Unidade:

- a) Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- b) Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- c) Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- d) Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- e) Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- f) Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- g) Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- h) Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- i) Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- j) Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- k) Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- l) Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- m) Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- n) Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- o) Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- p) Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- q) Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- r) Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos,

entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

- s) Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- t) Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- u) Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- v) Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- w) Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- x) Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- y) Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- z) Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

- aa) Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e
- bb) Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

Art.8º São atribuições do Enfermeiro:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Art.9º São Atribuições do Técnico de Enfermagem:

- I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Art.10º São Atribuições dos Médicos:

I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Art.11 São Atribuições do Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Art.12 – São Atribuições do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

- XIX - Preparar modelos em gesso;
- XX - Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Art. 13 São Atribuições do Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,
- IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VII - Processar filme radiográfico;
- VIII - Selecionar moldeiras;
- IX - Preparar modelos em gesso;
- X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Art.14 São Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

- I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, man-tendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;
- IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

- VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Art 15 São Atribuições do Gerente da Unidade

- I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
- IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
- VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
- VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
- VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
- IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
- X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
- XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

- XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
- XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
- XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
- XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal de acordo com suas competências.

Art.16 São competências do Coordenador:

- a) Coordenar a atividade, garantindo o cumprimento do plano de ação, do regulamento interno e do Manual de Boas Práticas;
- b) Coordenar a substituição dos profissionais de sua categoria.
- c) Participar na elaboração do plano de ação e do Relatório de Atividades.
- d) Elaborar os horários dos profissionais de sua categoria e o plano de atividades, para posterior análise e discussão junto à gerência.
- e) Proceder à avaliação de desempenho dos profissionais de sua categoria e identificar necessidades de formação.
- f) Promover e apoiar a participação dos profissionais nas áreas da formação e investigação.
- g) Delegar competências a outro da mesma categoria no PSF.
- h) Organizar as reuniões clínicas.
- i) Incentivar e dinamizar a equipe na criação, manutenção e atualização de um centro de documentação / biblioteca.
- j) Coordenar do Sistema de Gestão da Qualidade
- k) Propor atividades/projetos de pesquisa.
- l) Dinamizar a equipe na operacionalização dessas atividades/projetos.
- m) Estimular e apoiar propostas internas e externas de projetos de pesquisa.
- n) Coordenar auditorias internas no âmbito da qualidade.

Art.17 São Atribuições do Assistente Administrativo:

- a) Identificar as necessidades de formação na área administrativa.
- b) Registrar e analisar a correspondência, circulares normativas, circulares informativas, convocações e orientações técnicas produzidas pela empresa, procedendo ao seu encaminhamento.
- c) Registrar toda a legislação para seu conhecimento e aplicação, procedendo ao seu encaminhamento.

- d) Manter atualizado o registro de ausências programadas de profissionais do psf.
- e) Proceder ao registro da assiduidade de todos os profissionais do psf, enviando o protocolo para o rh da cap.
- f) Gerir as bases de dados dos usuários e dos profissionais utilizadas no psf.
- g) Participar nas reuniões de coordenadores administrativos.
- h) São tarefas mensais: registrar a assiduidade de todos os profissionais, elaborar a escala mensal da assiduidade de todos os profissionais do psf e encaminhar para sua conferência no rh da empresa .
- i) Promover a distribuição de folhetos informativos para os usuários.
- j) Organizar os murais do psf
- k) Imprimir holerits
- l) Controlar quantidade de impressos utilizados pela equipe bem como material de escritório e limpeza

Art 18. São atribuições dos Auxiliares de Serviços Gerais- a construir

Art 19. São Atribuições da Recepcionista- a construir

Art 20. São Atribuições dos motoristas –a construir

CAPÍTULO 4 DAS FORMAS DE COMUNICAÇÃO

Art.21 A comunicação interna no PSF será feita por uma multiplicidade de meios, formais e informais, cada um deles com as funções e conteúdos abaixo descritos, e a sua gestão é assegurada pelo gerente do PSF.

- I- **Reunião semanal de equipe-** após a inclusão das reuniões de educação permanente. Em todas as reuniões o Gerente da Unidade é dedicado à prestação de informações a todos os profissionais com alertas para informação muito importante e que pode ser consultada nos locais dedicados à informação em suporte de papel e em suporte digital, neste caso, nos e-mails.
- II- **Relatórios-** referente á produção de cada profissional a serem discutidos antes de envio para instância superiores.
- III- **Circular Interna** - normativas de serviço para os membros da equipe elaborada e carimbada pelo gerente da unidade com aval do coordenador de área
- IV- **Livros Ata-**registrso de resoluções de reuniões
- V- **Livros de agendamento de usuários**
- VI- **Livros de ocorrências/intercorrências**
- VII- **Livros de protocolos** de entrada e saída de documentos

VIII- Registros Clínicos (Prontuários) Todos os atos clínicos têm de estar registrados nos prontuários de família.

IX- Registros administrativos

Capítulo 5

DO ACOLHIMENTO DE SAÚDE PERSONALIZADO

Art.22 Entende-se Acolhimento em Saúde o atendimento que conclui-se pela necessidade de uma intervenção específica. O acolhimento deverá ser realizado em tempo médio previsto de 5 a 20 minutos da chegada do usuário na unidade .O acolhimento desdobra-se em

I -CONSULTA ABERTA: quando é identificado que o problema tem critérios para ser encaminhado para consulta no próprio dia. O problema necessita ser avaliado no próprio dia, ou não pode esperar por uma consulta programada. Tempo médio previsto: 10 -20 minutos.

II -CONSULTA AGENDADA: Procedimentos programados: preventivos, aconselhamento e/ou tratamentos. Com garantia de tempo máximo de 03 semanas para situações não urgentes mas com necessidades de curto prazo. Tempo médio previsto: 20 minutos.

III - CONSULTA AGENDADA DOS PROGRAMAS DE SAÚDE (SAÚDE DA CRIANÇA, SAÚDE DA MULHER, DIABETES, HIPERTENSÃO): A Decisão de marcação é do profissional (após acolhimento presencial ou por telefone do). Modo de Marcação: Presencial ou por telefone. Execução: Enfermeiro e/ou médico. Prazo: Aberto Tempo médio previsto: 20-60 minutos.

IV - CONSULTA de SUBSTITUIÇÃO: quando se identifica que o problema tem critérios para ser encaminhado para consulta no próprio dia. Se o problema necessita de ser avaliado no próprio dia, ou não pode esperar por uma consulta programada. Modo de Marcação: Presencial ou por telefone. Execução: Médico ou, se necessário enfermeiro e médico. Prazo: Próprio dia. Tempo médio previsto: 10-20 minutos.

V- CONSULTA/VISITA DOMICILIAR: quando se identifica que a situação tem critérios para ser observado no domicílio. Decisão de marcação: profissional, presencial pelo cuidador ou por telefone. Execução: Enfermeiro e/ou médico. Prazo: Aberto, com garantia de tempo máximo de 72h para situações não urgentes mas com necessidades de curto prazo. Tempo médio previsto: 30-90 minutos (inclui deslocamento).

VI -CONSULTA PROGRAMADA pelo médico ou pelo usuário é a que se destina a vigilância de saúde, a controle de problemas e doenças crônicas, ou a *follow up* de episódio de doença

VII- CONSULTA NÃO PROGRAMADA é a que é solicitada, em geral pelo usuário, pela percepção de uma necessidade não enquadrada no âmbito definido para as consultas programadas; Será aberto um número adequado de vagas nas agendas de todos os médicos para garantir o prazo máximo de 15 dias úteis para obtenção de consulta não programada;

§ 1º Qualquer usuário que solicite atendimento no próprio dia e não possa ser atendido pelo seu médico de família, terá atendimento médico ou de

enfermagem – obtendo consulta médica nesse dia se se tratar de situação que o justifique ou ficando com consulta marcada num dos próximos dias para o seu médico de família.

§ 2º As vagas abertas para marcação serão utilizadas por qualquer dos profissionais da equipe do PSF mediante a classificação .

Capítulo 6

NECESSIDADES ESPECIAIS

Incapacidade para o Trabalho:

Art23 A emissão do Certificado de Incapacidade Temporária / Atestado requer a presença do doente. Só em situações muito específicas e expressamente autorizadas por escrito pelo médico, a renovação da baixa poderá ser solicitada através do Agente comunitário de saúde (ACS).

Pedido de Renovação de Receituário Crônico

Art 24. A requisição de receituário em situações de doença crônica, naqueles casos em que o usuário não considere necessário o contato direto com o seu médico será autorizada ou não pela coordenação da AB.

Art. 25. Os pedidos de atestado de aptidão física e psíquica para o desempenho profissional – requerem consulta presencial.

Capítulo 7

HORARIO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E QUESTÕES ASSOCIADAS

Art.26 A Unidade de Saúde Itaboa abrirá no horário das **8h às 17h** para atendimento do usuário, podendo ser liberado entrada de funcionário antes do horário em dia de coleta somente .

§1º No horário de almoço a unidade se manterá aberta e ficará um trabalhador escalado para acolhimento na recepção com revezamento de almoço com outro colega para atender urgências e para informações.

§2º Durante este horário de funcionamento do PSF haverá, sempre, pelo menos um elemento de nível superior, de preferência um de cada categoria profissional presente na Unidade de Saúde.

§3º Os regimes de trabalho dos vários grupos profissionais obedecerão a legislação em vigor e os horários serão estabelecidos de acordo com os regimes de trabalho de cada um dos profissionais.

§4º Considera-se troca de caráter pontual aquela em que um profissional se dispõe efetuar, por um dia, o horário e as tarefas pertencentes a outro profissional do mesmo grupo, comprometendo-se este último a substituir o primeiro. As trocas de caráter pontual podem ser combinadas entre elementos do mesmo grupo profissional, mediante comunicação ao gerente administrativo.

§5º As trocas para a consulta de substituição devem ser registradas por escrito na escala que se encontra na sala da administração.

Capítulo 8

DAS REUNIÕES

Art.27 As reuniões devem realizar-se semanalmente e devem estar programadas, em regra, para 90 minutos. Deve ser priorizado o planejamento e

discussão de casos dos usuários podendo ser também parte da pauta formação e informações.

§ único - As reuniões clínicas / formativas são dinamizadas por um elemento da equipe a indicar, em cada caso, pelo núcleo da formação. As reuniões de carácter clínico / formativo são abertas a todos os profissionais de saúde do PSF.

Capítulo 9

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Art.28 A avaliação de qualidade visará a análise de

1 -satisfação do cidadão - dar a melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos das comunidades abrangidas pelo PSF;

2 -desempenho profissional -motivar os profissionais do PSF para um exercício permanente de qualidade;

3 -qualidade organizacional -otimizar a qualidade organizacional do PSF.

Art.29 Como descrito no Manual da Qualidade, a avaliação da atuação do será efetuada através da monitorização de um conjunto de dados obtidos através de informações com as seguintes origens:

I- Satisfação do Cliente- Considerando-se como clientes os usuários, que colocarão suas demandas a partir de entrevistas aleatórias na porta de entrada e a partir de “caixa de sugestões” onde os mesmos poderão depositar suas demandas para posterior avaliação pela gerência da unidade.

II - Satisfação profissional dos trabalhadores do PSF

§ 1º A UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações por meio das caixas de sugestões ou canais eletrônicos.

§2º A UBS deverá assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutive, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Art.30 - Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

I.- Identificação e horário de atendimento;

II.- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;

III.- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;

IV.- Relação de serviços disponíveis e

V.- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

Capítulo 10 **PLANO DE AÇÃO**

Art. 31 O Plano de Ação dos trabalhos da Unidade será elaborado pela equipe. Terá uma vigência anual, após aprovação em reunião de equipe e do Conselho Local de Saúde .

Capítulo 11 **RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

Art.29 Os relatórios de atividades deverão ser elaborados diariamente em entregues até o quinto dia útil do próximo mês.

Art. 30 Também deverão ser realizados relatórios quadrimestrais para as audiências públicas

Art.31- A folhas de frequência deverão ser enviadas até o quinto dia útil do mês para o Rh.

CAPÍTULO VI **DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art.32. As dúvidas e omissões do presente regulamento serão resolvidas por maioria de 2/3 dos elementos da USF, incluindo o gerente técnico.

O presente Regulamento Interno produz efeito a partir do 7º dia após sua aprovação na reunião de equipe do PSF.

Ribeirão Branco ..de...2019

2- Projeto de reorganização e ampliação da Rede de Urgência e Emergência no Município de Ribeirão Branco -SP

(Projeto RUE-MRB-SP)

INTRODUÇÃO

Atenção Básica como porta de entrada das urgências/emergências

A atenção básica se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos essenciais: preferência para ser o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado dentro do sistema de saúde. E ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção tem um papel de organização, integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde (Starfield, 2002).

O acesso à atenção básica ameniza a sobrecarga das urgências e emergências desde que seja garantido o atendimento das urgências em tempo e modo oportuno. O que se nota com o levantamento dos estudos apresentados é que há necessidade de aumentar a resolutividade da AB no manejo dos casos de urgência, dado que a falta desse atendimento pode repercutir negativamente sobre os demais níveis e causar danos aos pacientes. Dentre as características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais de atenção básica aparece a responsabilidade pelo primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas e a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento. Além disso, traz destaque para a necessidade da equipe prestar assistência resolutiva à demanda espontânea.

A presença maior de conteúdos relacionados à urgência somente pôde ser notada nos documentos publicados a partir de 2011. Dentre eles a reformulação da política nacional de atenção básica, o PMAQ, o AMAQ e os dois volumes do Caderno de Atenção Básica “Acolhimento à Demanda Espontânea”. Nesses documentos há a definição da demanda espontânea como responsabilidade de cada membro da equipe multiprofissional; a exigência da sala de observação como parte da estrutura mínima das UBS e a flexibilização para o médico cumprir parte de sua carga horária em outros serviços da rede de urgência, além de ser possível encontrar a descrição dos insumos e medicamentos recomendados para o manejo adequado dos casos de urgência na AB.

Segundo as diretrizes do Decreto nº 7508 de 2011, a atenção básica é um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O decreto define como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS: a atenção básica; a atenção de urgências e emergências; a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto.

Para contribuir com a consolidação e funcionamento da lógica de redes, a normativa expressa que a AB deve ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (Brasil, 2011b).

O texto do regulamento aborda a necessidade de qualificação dos profissionais de UBS para o manejo de situações de urgência, que podem se apresentar na

unidade ou no território. Está descrito também quais materiais e insumos a UBS deve dispor para o atendimento dos casos de urgência/emergência. Além disso, sobre a estrutura física, destaca-se a necessidade das unidades contarem com ambiente preparado para o primeiro atendimento/estabilização de urgências, devendo disponibilizar sala para observação do paciente por até oito horas. No mais, ressalta-se a importância das UBS contarem com uma rede de referências estruturada para o encaminhamento dos casos atendidos, bem como a garantia de transporte para os casos mais graves.

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU)

A organização da rede de assistência atribui a cada serviço as responsabilidades por determinada parcela da demanda de urgência, conforme os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

No ano de 2009, foi aprovada a Portaria nº 1020 (Brasil, 2009), que criou os mecanismos para implantação do componente pré-hospitalar fixo (UPA e Salas de Estabilização) da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a PNAU (Brasil, 2003). Dentre as responsabilidades atribuídas às UPA, definiu-se que: deve articular-se com as unidades de atenção básica de forma a construir fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados através das centrais de regulação médica de urgências e complexos reguladores, ressaltando-se a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas.

As UPA 24h são serviços públicos de saúde que integram as redes de urgência e emergência como unidades pré-hospitalares. Constituem o componente pré-hospitalar fixo e estão implantadas em locais estratégicos. São estruturas de complexidade intermediária, situando-se entre as Unidades básicas de saúde e os serviços de emergência hospitalar.

Pretende-se com a proposta, a implantação de UPAs 24h Municipais sob responsabilidade da Prefeitura de Ribeirão Branco.

OBJETIVO GERAL: Ampliar e fortalecer a Rede de urgência e emergência no Município de Ribeirão Branco –SP

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 - Reorganizar a rede de atenção às urgências e emergências adequando: as estruturas físicas dos serviços, materiais, equipamentos e pessoal nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias.
- 2 - Qualificar o atendimento de urgência e emergência em toda rede de atenção do Município.
- 3- Adotar nova modalidade de assistência fixa - Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (Portaria Ministerial nº 2.648/2011).

4- Adotar a modalidade de atendimento hospitalar Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192; conforme Portaria n.º 1863/GM, de 29 setembro de 2003

5 - Assegurar o pronto atendimento médico de urgência e emergência, de forma sistematizada e organizada aos participantes de eventos temporários, públicos, privados ou mistos no MRB-SP.

METAS ESTRATÉGICAS:

- Apoiar e monitorar a implantação de uma UPA Municipal, seja por reforma e/ou ampliação de unidade a serem localizadas no Centro do Município de Ribeirão Branco
- Apoiar e implantar o SAMU Municipal
- Instituir painel de monitoramento das ações de implantação das UPA Municipais
- qualificação dos profissionais de UBS para o manejo de situações de urgência, que podem se apresentar na unidade ou no território.
- Reequipar UBS com materiais e insumos para o atendimento dos casos de urgência/emergência.
- Readequar estrutura física das unidades contarem com ambiente preparado para o primeiro atendimento/estabilização de urgências, devendo disponibilizar sala para observação do paciente por até oito horas.
- Estruturar rede de referências estruturada para o encaminhamento dos casos atendidos
- Garantir transporte para os casos mais graves.
- Elaborar e desenvolver Plano de Atenção Médica para situações de Urgência e Emergência em Eventos de Massa

DESAFIOS OU NÓS

- definição da responsabilidade da AB no atendimento à demanda espontânea e primeiro atendimento às urgências atrelada às atribuições específicas de médicos e enfermeiros;
- a indicação dos insumos e medicamentos adequados para o manejo dessa demanda e a necessidade de implantação de salas que permitam a observação de pacientes por até oito horas;
- absorção das demandas não programadas;
- urgências, quando chegam às unidades, transferidas para as Pronto-Atendimento ou hospital;

- acesso em tempo oportuno à AB como uma das principais formas de reduzir as tensões sobre os serviços de urgência;
- maior parte dos usuários, em caso de doença, não procuram suas unidades básicas;
- estruturação da AB para o atendimento da demanda espontânea não ocupar papel prioritário na gestão local;
- investimentos financeiros, qualificação dos profissionais e aprimoramento da relação de confiança da comunidade aos serviços prestados;
- transporte adequado para atendimento pré-hospitalar
- qualificação de pessoal

AÇÕES:

- Implantar o Serviço de Acolhimento, com Classificação de Risco, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização — PNH
- Estruturar processo de trabalho da assistência e de gerência, de acordo com as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização — PNH,
- Realizar atividades de Educação Permanente, objetivando a transformação e a qualificação da assistência;
- Atendimento de Urgência e Emergência de forma ampliada e qualificada, com acesso humanizado e integral em consonância com a portaria da Rede de atenção a Urgência e Emergência — RUE;
- Implantar o Programa de Gerenciamento de Risco;
- implementação do acolhimento à demanda espontânea a discussão de casos fictícios com as equipes, a elaboração de critérios para classificação de risco e vulnerabilidades;
- retaguarda médica para atendimento dos casos agudos, pactuação de fluxos e acordos com serviços de retaguarda como o Pronto-Socorro, UPA, SAMU ;
- prover as unidades com materiais, medicamentos, insumos e os componentes da estrutura física das unidades que a tornam adequada para o manejo das demandas de urgência
- estabelecer cronograma de educação permanente para capacitação de pessoal no atendimento às urgências e emergências em todos os níveis de atenção do Município.
- Implantação de fluxo de atendimento da RUE entre todos os serviços da RAS do Município.

INDICADORES DE RESULTADOS

- Estabelecimentos ampliados e ou reformados
- UPA implantado e funcionando
- SAMU implantado e em funcionamento
- Materiais, medicamentos e insumos adquiridos
- Quantidade de profissionais capacitados
- Transporte adequado para RUE implantado
- Fluxo com Regulação implementado
- Painel de monitoramento implantado

ANEXOS

INFORMAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS MUNICIPAIS

1. PRINCÍPIOS DO ATENDIMENTO

As UPA 24 horas são Unidades de saúde que prestam serviços 24 horas por dia, em todos os dias do ano, com obrigação de acolher a todos os usuários que buscarem assistência

Os serviços de saúde deverão ser prestados nestas Unidades nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS especialmente o disposto na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Portarias GM/MS nº 342 de 4 de março de 2013, modificada pela Portaria GM/MS nº 104 de 15 de janeiro de 2014 e pela Portaria GM/MS nº 2740 de 2014 e legislação aplicável, com observância dos seguintes princípios:

- a. Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- b. Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- c. Fornecimento gratuito de medicamentos aos usuários em atendimento, mediante prescrição do profissional médico responsável pelo atendimento em questão;
- d. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- e. Direito de informação sobre sua saúde às pessoas assistidas;
- f. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- g. Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2. LOCALIZAÇÃO E ABRANGÊNCIA DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

A UPA 24h Central será situada na Rua Cap. Elías Pereira, 1245 - Centro, Ribeirão Branco - SP, 18430-000.

3. ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

1. Acolhimento 01 guichê
2. Registro 01 guichê
3. Sala de Espera Adulto /Criança
4. Sala de Classificação de Risco Adulto e Pediátrico
5. Consultório Médico 02
6. Sala Amarela de Pediatria , com poltrona para acompanhante e um banheiro
7. Sala de Observação Individual Masculino (com 4 leitos e um banheiro)
8. Sala de observação Individual Feminino (com 4 leitos e um banheiro)
9. Sala Vermelha ou sala de emergência - 02 leitos
10. Sala de Procedimentos 01
11. Sala de Sutura 01
12. Área de Farmácia 01
13. Refeitório 01
14. Área Administrativa
15. 01 Sala de Repouso da Equipe
16. Vestiários para funcionários com Banheiros Masculino e Feminino
17. Banheiros para os usuários Masculino, Feminino e para portadores de necessidades especiais
18. Área de Almoxarifado 01
19. Área de Rouparia 01
20. Sala de Descontaminação 01
21. Sala de Raio X 01
22. Área da Central de Gases Medicinais 01
23. Área para gás de Cozinha
24. Depósito de Material de Limpeza 01
25. Depósito de Roupa Suja 01
26. Depósito de Resíduos (lixo infectante) 01
27. Depósito de Resíduos (lixo comum) 01

4 RECURSOS HUMANOS

A equipe de profissionais UPA 24h Municipal , por plantão de 24h, deverá ser dimensionada para respeitar as normativas legais, preceitos éticos e determinações vigentes, pertinentes a cada categoria profissional.

Plano básico:

Carteira de Serviços de Saúde

Produção Mínima de Atendimentos por UPA, conforme Portaria Ministerial Nº 1.020, de 13 de Maio de 2009:

1. 2 Pediatras
2. 4 Clínicos Gerais
3. 1 Odontólogo
4. 1 Assistente Social

Demais:

- Enfermeiros: 6 diurnos com escala 12x60 e 03 noturnos jornada de 12x60h
- Técnico de Enfermagem- 12 diurnos (jornada de 12x60 cada) 06 noturnos revezando 12x60
- Recepcionista -01
- ASG – 02
- Administrativo- 01
- TI -01
- Assistente Social
- Farmacêutica -01
- Odontólogo
- Auxiliar de Saúde Bucal

Número de Atendimentos - 200/dia

Leitos -13

Os Atendimentos Assistenciais a serem realizados nas UPAs aos quais se referem esse item

estão distribuídos entre:

- (a) consultas nas especialidades medicina de emergência, odontologia e pediatria;
- (b) procedimentos;
- (c) exames (radiológicos, eletrocardiogramas e laboratoriais) e
- (d) Hospital Dia.

Assistenciais por dia Número de leitos de observação Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 2 Enfermeiros, 3 diurnos jornada de 12hx60 noturno-3 noturnos os escala de 12h x 60

Os Atendimentos Assistenciais a serem realizados nas UPAs aos quais se referem esse item

estão distribuídos entre:

- consultas nas especialidades medicina de emergência,
- odontologia e pediatria;
- procedimentos;
- exames (radiológicos, eletrocardiogramas e laboratoriais) e
- Hospital Dia.

a) Entende-se por “**consultas nas especialidades medicina de emergência, odontologia e pediatria**” os atendimentos ambulatoriais prestados sem que

tenha necessitado de qualquer outro exame, procedimento ou internação temporária;

b) Entende-se por “**procedimentos**” aqueles que são realizados pós-consulta, tais como:

- administração de medicação (via oral, sublingual, intradérmica, subcutânea,
- intramuscular, venosa
- instilação nasal,
- aplicação ocular,
- aplicação otológica, retal e tópica
- atendimentos às necessidades de oxigenação através de instalação de oxigênio (por cateter nasal, máscara e aparelhos de fluxos),
- aspiração das vias aéreas superiores,
- aplicação de calor/frio seco/úmido,
- realização de teste de
- glicemia,
- lavagens gástricas e intestinais,
- sutura simples,
- inserção e remoção de
- sonda,
- inalação,
- imobilizações,
- curativos,
- retirada de pontos e outros correlatos;

c) Entende-se por “**exames**” os exames radiológicos, eletrocardiogramas e laboratoriais realizados em pacientes atendidos nas UPAs;

d) Entende-se por “Hospital Dia” o encaminhamento de paciente para leitos de observação por período não superior a 24 (vinte e quatro) horas.

5 PERFIL DA ASSISTÊNCIA E CONCEITUAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS

5.1 Acolhimento

Ação assistencial e técnica feita por enfermeiro e técnico de enfermagem que recebe o usuário em sua chegada à Unidade, ouvindo sua queixa clínica, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, dentro dos limites pertinentes, garantindo atenção resolutiva. Por ser um profissional de saúde, é capaz de reconhecer agravos à saúde que coloquem a vida do usuário em risco permitindo maior agilidade no atendimento médico. Durante o acolhimento, o profissional realiza também a pré-classificação de risco, identificando o risco potencial.

5.2 Registro

A partir do acolhimento, após registrar o nome do usuário no sistema informatizado, o usuário é encaminhado à área da recepção onde aguardará a chamada.

5.3 Classificação de risco

Alteração na lógica do atendimento tradicional, permitindo que o critério de priorização da atenção ao usuário seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada nem a idade cronológica. A classificação de risco é realizada por enfermeiro nos pacientes que chegam à UPA 24h, e se utiliza de protocolos técnicos validados que serão determinados pela SMS/RBSP buscando identificar pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, e providencia de forma ágil o atendimento adequado para cada caso.

Todos os pacientes que, inicialmente, foram classificados como risco verde e estejam aguardando atendimento na UPA-24h há mais de 01 (uma) hora, deverão ter seu risco reclassificado de acordo com o tempo de reclassificação do Procedimento Operacional de Acolhimento com Classificação de Risco da SMS/RBSP, a depender da situação clínica apresentada. A busca ativa de pacientes deve ser realizada nas áreas interna e externa da Unidade durante as 24 horas do dia.

5.4 Atendimento médico pediátrico

O atendimento médico deverá estar disponível durante 24 horas por dia em todos os dias do ano. Estarão compreendidos no atendimento médico, além da consulta e observação clínica, os exames de diagnose e terapia previstos Anexo II, realizados nos pacientes durante o período de assistência.

A produção média estimada por UPA 24h será de 3.600 pessoas na UPA central/mês.

A Unidade de Pronto Atendimento –Os membros da equipe médica deverão, no período de férias, licenças ou outras ausências, ser substituídos de maneira a sempre garantir o mesmo número de profissionais adequado ao atendimento.

Atendimento de Enfermagem

Prestado de forma ininterrupta durante 24 horas por dia em todos os dias do ano. Os membros da equipe deverão, no período de férias, licenças ou outras ausências, ser substituídos de maneira a sempre garantir o número de profissionais adequado ao atendimento.

5.5 Procedimentos médicos e cuidados de enfermagem realizados no interior da UPA 24h

Realizados em pacientes atendidos UPA 24h durante ou após o atendimento médico. Os procedimentos podem incluir:

- administração de medicação oral e/ou parenteral;
- administração de trombolítico segundo o protocolo de dor torácica da SES;
- oxigenoterapia por dispositivos que atendam as demandas do paciente
- controle das vias aéreas com dispositivos não invasivos (cânula orofaríngea, cânula nasofaríngea) e invasivos (cânula de cricostomia,

tubo orotraqueal e cânula de traqueostomia), incluindo dispositivos para via aérea difícil;

- ventilação não invasiva por CPAP e BiPAP;
- ventilação invasiva com ventilador microprocessado que possua recurso de ventilação a volume e a pressão; □ irrigação gástrica; □ sutura simples;
- inserção de sondas e cateteres;
- curativos de feridas agudas;
- punções venosas periférica e profunda;

Os pacientes deverão ser atendidos pela ordem da classificação de risco em todos os setores da UPA 24h.

5.6 Exames complementares

Serão realizados na UPA 24h exames radiológicos simples sem contraste, exames laboratoriais e eletrocardiogramas. Os exames dos pacientes são solicitados pelos médicos da UPA 24h. Em situações excepcionais, como em epidemias, exames complementares específicos poderão ser solicitados por enfermeiros, de acordo com plano de contingência e protocolos exarados pela SESA/SP.

5.8 Dispensação de medicamentos

Dispensação de medicamentos prescritos pelo médico para o usuário atendido na Unidade a fim de dar continuidade ao tratamento domiciliar por, no máximo, 05 (cinco) dias. Os medicamentos dispensados devem estar de acordo com a grade de medicamentos padronizada pela REMUNE

5.9 Fornecimento e administração de medicamentos

Administração de medicamentos prescritos pelo médico durante o atendimento aos usuários que necessitem utilizá-los quando de sua permanência nas dependências da UPA 24h.

FLUXOS

Fluxos operacionais compreendendo circulação de usuários:

Paciente chega a unidade, realiza a abertura da ficha de atendimento (prontuário) Todo paciente passa pela realização do acolhimento com classificação de risco, após atribuído o risco clínico, os pacientes são direcionados para sala de espera ou sala de atendimento a emergência a depender da gravidade.

Após avaliação médica o paciente pode ter alguns desfechos: Alta, Observação por até 24 horas, Medicação, Curativo

Fluxos operacionais para material médico e hospitalar.

A unidade vai dispor de um almoxarifado e este vai receber material de um almoxarifado central. A reposição se fará de acordo com o uso considerado após período de tempo de observação a demanda diária de atendimento e a necessidade de um quantitativo básico.

Em relação aos medicamentos, o usuário sai com prescrição de medicação para tratamento de seu quadro agudo e para apenas uma semana para quadros crônicos, sendo orientado a procurar unidade básica de saúde.

O controle de uso deverá ser realizado através do programa do governo horus. A reposição das medicações nos setores deve ser diária.

Fluxo para registro de documentos.

Prontuários devem ser arquivados diariamente (por um prazo de até 20 anos após a última passagem do paciente no serviço) o registro pode ser eletrônico e impresso ao final do dia.

Os documentos administrativos como folha ponto e planilha de horas deverão ser preenchidas diariamente, bem como relatórios de produção, livros de intercorrências e de passagem de plantão. As notificações serão obrigatoriamente preenchidas pelo profissional que realizou a suspeita ou diagnóstico do agravo.

Os ofícios podem ser numerados e o registro de saída através de um sistema eletrônico. Os ofícios recebidos deverão ser armazenados no próprio serviço por um prazo de 5 anos. Estes podem ser registrados em sistema eletrônico ou livro (tanto os enviados como os recebidos)

Os documentos referentes a funcionários deverão ser armazenados no próprio serviço, uma pasta arquivo para cada funcionário.

Todos os documentos elaborados (escala médica, de enfermagem, de trabalho) devem ser expostos no mês corrente e guardados por 5 anos.

Fluxo para material esterilizado

Segue o fluxo da Secretaria Municipal de saúde como um todo, será enviado para Central de Esterilização todo material contaminado reutilizável e os vencidos. A unidade enviará o material instrumental através de caixas próprias de material possível de esterilização para o serviço de apoio, sem necessidade de manipulação em sabão enzimático. O encaminhamento do material deverá ser realizado no período. E logo já deve haver a substituição por material esterilizado, ou seja, haver material suficiente para este fluxo. O material esterilizado será recebido todo final do dia em uma segunda caixa própria sem contaminação.

A lavanderia também deverá ser no serviço de apoio. As roupas devem ser encaminhadas diariamente no período da manhã e deve haver a troca da roupa suja pela limpa. A unidade deve estar sempre suprida com roupas limpas para uso (nesta incluem lençol, camisolas, cobertores, fronhas)

Fluxo de resíduo.

Será realizado por serviço terceirizado- prestadora que coleta os resíduos. Os resíduos comuns são coletados pela prefeitura mesmo em dias de coleta local e devem ser armazenados na parte externa da unidade em containers. Os resíduos dos grupos A, B, C e E devem ser armazenados em sala própria na unidade (dala de descarte de resíduos)até o dia da coleta que pode ser semanal.

Referencial teórico:

- Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I, 1ª edição, 1ª reimpressão, Brasília – DF
- Decreto nº 7508 de 2011, Planalto
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990,
- Portaria GM/MS nº 1020 (Brasil, 2009)
- Portaria nº 342/GM/2013
- Portarias GM/MS nº 342 de 4 de março de 2013, modificada pela portaria GM/MS nº 104 de 15 de janeiro de 2014 e pela portaria GM /MS nº 2740 de 2014
- Projeto Básico -Gestão e Administração de Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro julho 2010

3- PROJETO DE AÇÃO

GESTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Ribeirão Branco – SP
2019

Sumário

IDENTIFICAÇÃO	300
APRESENTAÇÃO	301
JUSTIFICATIVA.....	301
OBJETIVO GERAL	303
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	303
METAS	303
RECURSOS NECESSÁRIOS	309
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	310

IDENTIFICAÇÃO

O presente projeto tem seu desenvolvimento voltado para ações de promoção da gestão e melhoria da qualidade dos serviços prestados pela equipe de enfermagem. Sua elaboração correspondeu a um período de 1 (um) mês.

O planejamento e execução das ações propostas nesse projeto traz um direcionamento da qualidade da assistência da enfermagem, dado que engloba o contexto da melhor gestão.

O período de duração das atividades propostas é indefinido. Entretanto, é importante salientar que os resultados serão analisados em todo o seu andamento, visando melhorias constantes e a busca pela excelência na qualidade dos serviços prestados.

APRESENTAÇÃO

Hoje em dia, na sociedade que estamos imersos, há inúmeras instituições e organizações que oferecem diversos serviços e/ou atividades especializadas que necessitam de planejamento, coordenação e direção. Em todas elas, embora haja atualmente uma grande predominância de meios tecnológicos, há recursos humanos e pessoas envolvidas (CHIAVENATO, 2014).

A empresa, de um modo simples, é uma entidade composta de seres humanos que necessitam agir em conjunto para atingir um bem comum. São pessoas de diferentes características, religiões, personalidades, visão política, etc. A gestão adequada dessa equipe é o que permite a união e com ela, a proximidade de atingir os objetivos propostos (BENEVIDES, 2010).

A gestão é dada por meio do líder. A função desse profissional é gerenciar a sua equipe para que os objetivos propostos pela empresa sejam atingidos de forma mais rápida e da melhor maneira. Cabe ao líder a transmissão dos princípios, valores e a visão da organização para seus funcionários. A equipe reflete a atuação do gestor (ARAÚJO et al., 2013).

A empresa precisa de um grupo de pessoas que partilhe dos seus objetivos e valores, de funcionários comprometidos e que busquem o melhor resultado para a instituição. O objetivo de uma gestão é permitir que cada funcionário envolvido faça a diferença em sua função e que atinja o máximo de sua capacidade, gerando desse modo um retorno para a empresa. O que determina o sucesso disso é a gestão, tendo o líder essa responsabilidade (FERREIRA, 2006).

Desse modo, o objetivo desse projeto é estabelecer medidas comprovadamente eficazes na gestão da equipe de enfermagem, tendo como foco contribuir para o melhor desempenho dos funcionários e conseqüentemente para o cumprimento dos objetivos da instituição. Além disso, se objetiva também a oferta de uma assistência de qualidade, prestada de forma padronizada e com eficiência.

JUSTIFICATIVA

A gestão é o que determina o sucesso de uma instituição. Descrever sobre perfis de liderança, medidas voltadas para o comprometimento da equipe e o incentivo ao cumprimento das metas em um ambiente de trabalho saudável é de suma importância no contexto empresarial. A equipe de enfermagem faz parte desse quadro, portanto também necessita de comprometimento em relação aos objetivos da instituição.

Por muito tempo se acreditou que ser líder era uma característica nata da personalidade. Para ser líder e gerenciar com sucesso, se acreditava ter necessidade de possuir características como determinação, iniciativa, honestidade, inteligência, autoconfiança, entre outras. Porém, nem sempre as pessoas com essas características se tornam líderes de sucesso (BENEVIDES, 2010).

As teorias que colocavam as características da personalidade como componente de uma boa liderança predominavam em meados da década de 30. Entretanto, os estudos demonstraram posteriormente que a prioridade é a maneira de liderar, o que traz um estilo flexível e passível de adaptação para uma gestão eficaz (BASSAN, 2007).

Assim, direcionar e planejar a forma em que se executa a gestão aborda mais do que a personalidade do líder e sim todo o contexto de liderança. Com isso, é possível padronizar o meio e garantir que cada envolvido no processo atinja o seu potencial, com incentivo e reconhecimento da instituição.

OBJETIVO GERAL

Promover e incentivar meios de gestão da equipe de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desenvolver atividades de reconhecimento do valor de cada indivíduo, incentivar o desenvolvimento profissional individual e coletivo e estimular a prática de uma gestão que permita a eficiência dos serviços prestados.

Trazer oportunidades de aperfeiçoamento da equipe.

Oferecer a possibilidade de desenvolvimento pessoal dos líderes e também dos seus respectivos liderados.

METAS

- Melhorar a assistência prestada.
- Padronizar a qualidade dos serviços.
- Garantir a eficiência e cumprimento dos valores e princípios da instituição.
- Garantir um ambiente de trabalho favorável para o desenvolvimento dos funcionários.
- Alcançar resultados positivos em uma avaliação sobre a qualidade da gestão e também na execução do trabalho.
- Unir e conscientizar a equipe sobre sua importância.

PUBLICO ALVO

O público alvo desse projeto é a equipe de enfermagem da instituição e seus respectivos líderes. Entretanto, as atividades propostas podem ser tidas como base para a gestão de outras áreas.

As ações propostas necessitam do comprometimento da equipe de dos gestores. Entretanto, em um primeiro momento, as atividades propostas terão como foco os líderes, que por sua vez deverão transmitir as informações e treinamentos obtidos para a sua respectiva equipe.

METODOLOGIA

Pontuação

Pontos	Relevância
1	Pouca relevância
2	Média Relevância
3	Alta Relevância

Metodologia de Projeto

Ação	Descrição	Pontos	Meta Específica
Criação do projeto	Observação dos objetivos nas ações táticas e operacionais e definição de estratégias de implantação.	3	Autores

Eixo 1 – Melhoria da assistência prestada

Ações	Descrição	Pontos	Meta específica
Palestras/Oficinas sobre a assistência de enfermagem no contexto empresarial	Atividade que visa desenvolver técnica e estratégias para melhorar o cuidado da enfermagem, trazendo padrões cientificamente comprovados e auxiliando na relação enfermeiro/paciente	2	50% da equipe
Desenvolvimento e criação de questionário que avalie a liderança do setor	Ação que objetiva verificar a atuação do gestor, trazendo a visão de sua equipe sobre o seu meio de liderança.	2	100% da equipe deve responder o questionário.
Desenvolvimento e criação de questionário que aborde a visão de quem é atendido pela equipe de enfermagem.	Essa estratégia busca verificar a qualidade da assistência prestada, levantar possíveis falhas e desenvolver ações para a melhoria do processo.	3	Todos que forem atendidos pela equipe de enfermagem.
Criação do documento de guia de assistência com	Nessa ação, o objetivo é garantir a padronização da	3	Criação do documento e sua execução.

base nos princípios, visões e valores da instituição.	qualidade e que todos aqueles que necessitarem dos serviços sejam atendidos de uma maneira previamente estabelecida e comprovadamente eficiente.		

Eixo 2 – Cumprimento dos valores e princípios da Instituição

Ações	Descrição	Pontos	Meta específica
Treinamentos trimestrais sobre os princípios e valores propostos pela instituição;	Essa ação visa conscientizar a equipe sobre o que a instituição possui como prioridade, abordar metas e objetivos específicos e discutir melhores práticas para o cumprimento desses requisitos	3	100% dos funcionários
Auditoria trimestral	Verificar o conhecimento dos funcionários sobre o que a instituição traz como valores, objetivos e	3	20% dos funcionários (troca por auditoria realizada)

	princípios		

Eixo 3 – Garantia de um ambiente de trabalho saudável e favorável para o desenvolvimento dos funcionários

Ações	Descrição	Pontos	Metas específicas
Palestras sobre motivação no contexto empresarial	Trazer conhecimento técnico para os líderes visando estabelecer uma boa relação entre líder e funcionário	3	Gestores
Prêmios para cumprimento de meta	Sortear dias de folgas para os funcionários cuja equipe atingir as metas propostas	2	Todos funcionários
Reconhecimento do valor do funcionário	Homenagem para funcionários que completarem um ano a mais na instituição, expondo suas qualidades e importância para a equipe.	3	Todos os funcionários

Eixo 4 – Gestão de qualidade

Ações	Descrição	Pontos	Metas específicas
Cursos e treinamento para liderança em enfermagem	Ação que objetiva incentivar o conhecimento e as melhorias constantes no processo de liderança.	3	Líderes/Gestores
Avaliação dos resultados obtidos quanto as metas e constante melhoria dos mesmos	A estratégia visa dar um retorno sobre a qualidade da liderança e permitir que o processo seja sempre melhorado.	3	Líderes/Gestores
Auditorias voltadas para as boas práticas dentro da equipe	Garantia de que o processo está sendo executado conforme a orientação do líder, assim como demonstrar falhas no processo.	3	Líderes/Equipe
Agenda e documentação sobre os funcionários e suas respectivas funções	Acompanhar a evolução do funcionário, assim como sua atuação e comprometimento com a equipe em que está inserido	2	Líderes/Equipe
Reuniões para discussão de falhas levantadas	Dar a liberdade de expressão da opinião dos	2	Líderes/Equipe

pela equipe	envolvidos no processo, oferecendo voz aos funcionários e também informações para a liderança.		
Cursos online sobre gestão específica para enfermagem	Possibilitar o conhecimento para o gestor sobre a liderança específica na área de enfermagem	2	Líderes/Equipe
Encontro de líderes	Proporcionar ao líder conhecer o processo de outra equipe, discutir melhorias em comum e contribuir para a padronização da gestão	2	Líderes/Gestores

RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários são variáveis quanto a valores. Entretanto, para que esse projeto seja executado serão necessários investimentos nos seguintes parâmetros:

- Capacitação dos enfermeiros (cursos on-line e/ou palestras)
- Viagens para líderes visitarem outras unidades
- Cursos para liderança (on-line)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.R.M.; SILVA, L.C.O.; GOIS, C.C.; SOUSA, D.A.; MENDONÇA, P.F.; LIMA, T.C.; NETO, O.C.M. Preferência por tipos de liderança: Um estudo na empresa sergipana do setor hoteleiro. **Estudos de Psicologia**, v.18 n.1, abril/junho 2013.

BASSAN, J.S.L. Liderança e Comprometimento: Uma relação possível? **Universidade Federal de Santa Maria**, dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Administração, Rio Grande do Sul, 2007.

BENEVIDES, V.L.A. Os estilos de liderança e as principais táticas de influência utilizadas pelos líderes brasileiros. **Fundação Getúlio Vargas**, curso de mestrado executivo em gestão de pessoas. Rio de Janeiro, 2010.

CHIAVENATO, I. Teoria Geral da Administração. **Editora Manole**, 4ª edição, 2014.

FERREIRA, G.M.M.F. A liderança e suas relações com o comprometimento organizacional. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Administração de Empresas. Natal, 2006

4-ACOLHIMENTO SOCIAL EM SAÚDE

A. INTRODUÇÃO

O acolhimento tem sido estudado no âmbito da saúde por autores que o definem como sendo responsável pela reorganização dos serviços de saúde, pela garantia de acesso e pela criação de vínculos. É tratado em meio à discussão da integralidade da atenção e da humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários.

Sob o domínio da hegemonia médica, estas dimensões da produção da saúde eram pensadas a partir unicamente dos fatores biológicos, sendo a referência para organização e avaliação dos serviços e ações. Hoje tem-se outra perspectiva, sendo reconhecidas as desigualdades sociais e seu impacto na forma de produzir saúde, sendo levadas em conta nas decisões sobre atenção à saúde, quando há um respaldo democrático para as mesmas, na linha do controle social. Os determinantes sociais e culturais interferem diretamente na qualidade de vida e na saúde da população.

Mas a determinação social não é estática, mas extremamente sujeita às metamorfoses do campo da produção e das formas de reprodução social. Então, pensar a determinação social do processo saúde-doença hoje mostra um quadro distinto de dez, vinte anos passados. E alteram o encaminhamento das ações para evitar-se o risco de discurso descolado da realidade atual. Abordar a concepção ampliada de saúde e postular o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença constituíram-se num terreno extremamente fértil para ampliar a compreensão sobre o fazer profissional, além dos fundamentos éticos e políticos.

Assim, não é por acaso que os resultados das ações, dentre outros motivos são precários, com uma resolutividade baixa, sendo os dispositivos de avaliação mascarados pelo tipo frágil de institucionalidade que se tem em relação às políticas públicas no Brasil.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em que, dentre suas atribuições, estão previstas ações referentes ao social. Mas será que a formação deste profissional permite avaliar condições sociais, altamente complexas e, portanto, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes comunitários.

O acolhimento objetiva o acesso a direitos das mais diversas naturezas, bem como a criação de vínculo e a compreensão de elementos para fundamentar uma futura intervenção. É o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento, desde a utilização da entrevista até dos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como das normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade.

A1. IDEIAS E CONCEPÇÕES SOBRE ACOLHIMENTO NO CAMPO DA SAÚDE

A.1.1 O acolhimento é como um dos elementos facilitadores da reorganização dos serviços de saúde, cuja interpretação gerou três variações no estado da arte:

- a) **o acolhimento como facilitador do acesso ao usuário;**
- b) **como elemento para o aumento do coeficiente de autonomia dos sujeitos;**

c) compreendido sob o prisma da Bioética.

A.1.2 O acolhimento está inserido na Política de Humanização.

A.1.3 O acolhimento do âmbito do Serviço Social.

O acolhimento na estratégia de reorganização dos serviços Assim, de acordo com Franco, Bueno e Merhy (2003) o acolhimento é um elemento essencial para a reorganização dos serviços de saúde, ou seja, da forma como estes serviços são oferecidos.

Esta reorganização seria oriunda, primeiro, da modificação do foco de atendimento, usuário-centrado; segundo, porque, quando o usuário se torna o centro da intervenção, existe a possibilidade de criação de um novo fluxo e uma nova dinâmica de atendimento a partir do desenvolvimento de práticas como o trabalho multiprofissional, do reconhecimento da necessidade de garantia do acesso, da resolutividade e da humanização dos serviços.

O acolhimento, além de inverter a lógica da organização e funcionamento dos serviços de saúde, deve expressar os princípios de:

a) atendimento a todas as pessoas para a garantia do acesso universal.

b) reorganização do processo de trabalho com a formação de equipes multiprofissionais que realizem o acolhimento, assim, todos os profissionais de saúde participam da assistência direta ao usuário, o que potencializa o serviço da unidade.

c) qualificação da relação trabalhador-usuário, a qual deve ser baseada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Com o objetivo de solucionar o reordenamento do processo de trabalho, é necessária a constituição de vínculo, condição essencial para sair do ordenamento da “agenda-consulta” e seguir para a responsabilização de uma equipe multiprofissional. Isso quer dizer que a equipe teria que se responsabilizar pelas pessoas inscritas (clientela), desde que tenha autonomia para a resolução dos obstáculos e para a mobilização de recursos para fazer saúde.

A.2 O ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E A AMPLIAÇÃO DO COEFICIENTE DE AUTONOMIA

Campos (1997) defende a revisão do conceito de cura para que ocorra a ampliação do COEFICIENTE DE AUTONOMIA. O autor considera que “[...] os serviços de saúde deveriam trabalhar para aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com (as) dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos [...]” (ibid., p. 50).

O aumento da capacidade de autonomia do paciente exige da equipe de saúde um olhar e uma abordagem pautadas na integralidade. Isto requer o entendimento de que a cura e a promoção da saúde estão ligadas ao meio social e à história psíquica de cada sujeito.

Para se chegar a essa compreensão, é valorizada a necessidade da fala e da escuta dos usuários. Assim, o vínculo e o acolhimento fazem parte de uma proposta de reformulação da clínica a fim de que sejam estabelecidas novas relações com a clientela.

Para tanto, Campos (1997) assegura que as alterações da prática clínica podem vir a ocorrer com o reforço do vínculo entre profissionais ou equipes

de saúde e os usuários, que serve como instrumento potencializador destas alterações. O autor expressa que “A ideia do vínculo prende-se tanto à busca de maior eficácia (aumento do percentual de curas), como à noção que valoriza a constituição de espaços propícios à produção de sujeitos autônomos: profissionais e pacientes” (ibid., p. 53).

O vínculo objetivaria ainda a introdução de uma das formas de controle social mais efetivas já experimentada realizada pelos próprios interessados, no mesmo momento em que os cuidados estão sendo produzidos. Campos (1997) diz que nos sistemas públicos, a noção de acolhida deveria “dizer respeito tanto da abertura dos serviços públicos para a demanda, como da sua vocação para responsabilizar-se por todos os problemas de saúde de uma região (ibid., p. 63)”.

Portanto, este modelo de atenção, que leva em conta o vínculo e a acolhida, obterá sucesso quando houver um razoável equilíbrio dialético entre a autonomia e a responsabilidade dos trabalhadores de saúde, porque será um modelo que tende à descentralização, à produção de modos distintos de cuidado e à maior democratização.

A.3 O ACOLHIMENTO NA REDE DE CONVERSÇÕES E A MUDANÇA DO MODELO TECNOASSISTENCIAL

Teixeira (2005) focaliza o aspecto comunicacional e postula que a substância do trabalho em saúde é a conversa. Isto porque, segundo ele, o que se percebe com mais frequência, numa unidade de saúde, são conversas, mesmo aquelas que acompanham outros procedimentos, e que se efetuam antes, no decorrer e após o procedimento, podendo dar-se individualmente, em grupos, sem cessar.

O acolhimento-dialogado seria uma técnica especial de conversar, por se tratar de uma qualidade especial de conversa e uma possibilidade real a ser suscitada ou facilitada por uma “técnica geral de conversa”. O autor destaca a preocupação de que o acolhimento não pode ser confundido com um pronto atendimento para que não se alcance o limite de seu esvaziamento conceitual.

Assim, a rede tecnoassistencial pode ser entendida como uma rede de conversações, uma vez que cada momento da conversa pode envolver variadas atividades técnicas específicas e cada nó constante nesses momentos corresponde a um encontro entre profissional e usuário.

É devido à técnica da conversa que todos os espaços oferecidos podem ser interconectados, o que possibilita ao usuário as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede, ou seja, maior acesso, transformando-se, dessa forma, em espaços coletivos de conversação (intersectorialidade).

A.4 O ACOLHIMENTO EM SAÚDE E O ASSISTENTE SOCIAL

O acesso do usuário aos direitos sociais ocorre mediante a disponibilização de informações a respeito de serviços e de seus direitos no âmbito da saúde e da instituição. É de se destacar a referência dada aos direitos e aos serviços prestados pela instituição e os outros níveis do setor saúde. Além disso, são disponibilizadas informações das demais políticas setoriais tanto no nível público (por exemplo: Previdência, Assistência) quanto no privado. A ação

profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura, no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo. Portanto, deverá ser realizada por profissional habilitado que é o assistente social.

Abordar as necessidades sociais em saúde, a partir da perspectiva das ações profissionais, é relevante, na medida em que apontam as pistas para o reconhecimento das reais necessidades dos usuários, muitas vezes subsumidas por programas verticais, descontextualizados e definidos, tendo como critérios necessidades outras que não as de saúde.

Lembrando-se da ação profissional cotidiana, é evidente nossa inserção nas dimensões apresentadas, intermediando as necessidades particulares dos usuários dos sistemas, tanto em sua organização, como em sua operacionalidade, com vistas à produção de saúde.

A criação do vínculo de confiança que o acolhimento propicia objetiva o estabelecimento de uma relação entre usuários e profissionais e também com os serviços de saúde. Portanto espera-se que seja estabelecida uma confiança tal que o usuário possa retornar e acessar os serviços de saúde, para atendimento de suas demandas.

Os assistentes sociais não passam ilesos neste contexto. Sua prática pode estar sendo afetada, diariamente, por projetos sanitários diferentes e que podem reafirmar o projeto ético-político da profissão ou solapá-lo nas suas bases. Em face a isso, considera-se que há a necessidade de um adensamento teórico e conceitual com vistas à qualificação da prática profissional. Como citado anteriormente, no Serviço Social, o campo da prática tem se constituído num espaço contraditório e que requer atenção especial no processo de afirmação do assistente social como profissional da saúde.

Pôde-se verificar que a apreensão do princípio da integralidade está baseada na concepção de totalidade. Em outras palavras, a leitura da totalidade acontece quando da compreensão de que o indivíduo encontra-se submerso em uma rede de relações sociais e institucionais. Além disso, considera-se que os assistentes sociais agem calcados em práticas que levem em consideração o princípio da integralidade já que a leitura é pautada na visão ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais do processo saúde e doença.

Portanto, é um importante elemento no campo das ações profissionais uma vez que é a partir de seu desenvolvimento que ocorre a identificação das necessidades do usuário e após sua realização, é necessário o planejamento e a escolha das ações profissionais a serem desenvolvidas.

Além disso, é o momento de aproximação com o usuário, que demanda exigências quanto ao conhecimento do profissional, desde a utilização da entrevista até os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos da profissão, bem como as normativas do campo da saúde e da rede de proteção social, a fim de melhor atender as necessidades do usuário, de forma resolutiva e com vistas ao cumprimento do princípio da integralidade.

Como última contribuição, ensinou-se qualificar o acolhimento realizado pelos assistentes sociais no sentido de fazê-los reconhecerem-se como

profissionais capazes de realizá-lo. Se há a escuta da demanda do usuário, se há o reconhecimento deste como cidadão, os assistentes sociais participam do processo de acolhimento na instituição e este processo revela especificidades em seu desenvolvimento que, naturalmente, possuem relação com o propósito da profissão em sua contribuição social.

Aliás, relacionando os elementos trazidos pela revisão bibliográfica do acolhimento com o arcabouço teórico da profissão, verificou-se que existem pontos em comum, ou seja, um pensar e um fazer que coloca ambos discursos em consonância. Tanto isso é verdade que, embora se considere que o acolhimento não seja algo novo para o Serviço Social, sua operacionalização, condução técnica-operativa, bem como os instrumentos utilizados já fazem parte do hall de conhecimentos da profissão desde sua gênese.

OBJETIVO GERAL – Redução de riscos e vulnerabilidades sociais que interfiram no estado de saúde do usuário da saúde através da implantação de rede tecnoassistencial ou rede de conversações.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilização dos profissionais de saúde sobre os determinantes sociais e culturais e suas interferências diretas na qualidade de vida e na saúde da população.
- Acolhimento humanizado em saúde visando o cumprimento do princípio da integralidade
- Interação de redes assistenciais públicas e privadas para resolutividade de situações de forma multidisciplinar e intersetorial
- Desenvolvimento de ações que visem autonomia e autocuidado em saúde
- Fortalecimento do Conselho Local de Saúde para o apoio no reconhecimento das fragilidades da comunidade onde atua.
- Valoração da autonomia e democracia nas soluções de problemas através do respeito ao protagonismo dos sujeitos acolhidos

AÇÕES ESTRATÉGIAS

- Implantar o acolhimento social na RAS de forma sistematizada e programada
- Capacitação das equipes de saúde acerca dos riscos e vulnerabilidades sociais encontradas no acolhimento cotidiano em saúde
- Elaboração de fluxos de encaminhamentos de situações para assistente social da saúde
- Elaboração de fluxos de encaminhamento de situações para a rede de proteção social-secretaria de assistência social
- Oficinas para rodas de conversa com usuários em situação de vulnerabilidade social idênticas

- Capacitação dos Conselheiros de Saúde Local para compreensão dos fatores determinantes da saúde da população da área adstrita ao seu trabalho.
- Criação de espaços de discussão sobre acolhimento na comunidade.
- Criação de rede tecnoassistencial ou rede de conversações (Teixeira)

INDICADORES DE RESULTADO

- Número de profissionais capacitados
- Número de usuários encaminhados
- Número de pessoas acolhidas nos serviços de saúde e inscritos nos Serviços de Fortalecimento de Vínculos da Secretaria de Assistência Social
- Número de cestas básicas fornecidas para usuários da saúde encaminhados
- Número de casos de riscos /vulnerabilidades sociais encaminhados e acompanhados: violência sexual, desemprego, violência doméstica, maus tratos de mulheres, crianças e idosos e outros.
- Número de oficinas ou espaços de discussão realizados com usuários.
- Número de Conselheiros de Saúde Capacitados e atuantes no tema acolhimento.

RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Equipes das UBS e ESF
Equipe do serviço de Urgência
Equipes dos serviços especializados
01 Assistente Social da Saúde
Conselhos Locais de Saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, R. Atenção à Saúde da Família: acolhimento, ética do acolhimento. Revista Thot. Pleas Athena, p. 63-9, 2002.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, v., p. 113-126.

CHUPEL, C. P. O acolhimento em saúde para os profissionais do Serviço Social: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010 saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003, p.37-54.

MIOTO, R. C. T. O Assistente Social no espaço da Estratégia Saúde da Família. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, XI, 2004a, Porto Alegre. Anais do XI ENPESS. Seminário Nacional de Serviço Social na saúde evento realizado entre os dias 8 e 10 de junho de 2009, em Olinda, Pernambuco. File:///D:/SeminarioSaude2009-CFESS.pdf

Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2003, p. 89-112.

5 - PROJETO DE AÇÃO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ribeirão Branco – SP
2019

Sumário

IDENTIFICAÇÃO	300
APRESENTAÇÃO.....	301
JUSTIFICATIVA	301
OBJETIVO GERAL	303
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	303
METAS	303
RECURSOS NECESSÁRIOS	309
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	310

IDENTIFICAÇÃO

O presente projeto tem seu desenvolvimento voltado para ações de educação em saúde aplicado no contexto institucional. Sua elaboração correspondeu a um período de 1 (um) mês.

O planejamento e execução das ações propostas nesse projeto traz uma forma de direcionamento no contexto de educação em saúde, abrangendo aspectos institucionais e técnicos.

O período de duração das atividades descritas é indefinido. A saúde é uma área de constante descoberta, portanto, a educação da área deve ser permanente.

APRESENTAÇÃO

A educação em saúde é definida como um processo educativo de construção de conhecimento na área, que possui o objetivo de apropriação temática pela população. Com a educação em saúde, se contribui para o aumento da autonomia das pessoas no contexto do cuidado próprio e também traz contribuições para o debate entre profissionais e gestores visando uma atenção de saúde que supra as necessidades da demanda (FALKENBERG et al., 2014).

Esse processo de educação em saúde pode ser entendido como uma forma de modificação que engloba o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas em relação aos problemas de saúde e estimula a busca de possíveis soluções coletivas para resolvê-los (STEFANINI, 2004).

Essa área é um campo de saberes e de práticas sociais que vive em um processo constante de constituição e construção. Como parte do contexto da educação, é uma área necessariamente inter/transdisciplinar que possui relação com a ciência, técnica, tecnologias e práticas sociais que se apresentam de maneira específica (FEUERWERKER, 2007).

A construção do termo em si reflete o que representa: a junção do ensino com a saúde. Isto é, indica um paralelismo entre essas duas vertentes, ou seja, aborda práticas de métodos pedagógicos que são utilizadas para transformar o comportamento e a saúde dos envolvidos (FEUERKWERKER et al., 2014).

Com a compreensão do que educar em saúde representa, esse projeto foi desenvolvido com a intenção de tornar a educação em saúde uma rotina dentro de uma instituição.

JUSTIFICATIVA

A educação é de suma importância na construção dos conceitos e na prática na área da saúde. A educação em saúde foi criada diante da indignação de profissionais da área perante as práticas mercantilizadas e repetitivas dos serviços de saúde da época (FEUERKWERKER et al., 2014).

Quando se ensina, priorizar conteúdos não é suficiente. No processo ensino-aprendizagem deve se considerar o meio que se ensina e assim, alcançar o resultado final que se espera: a transformação da nossa realidade por consequência da modificação do comportamento por meio do conhecimento (MACHADO; WANDERLEY, 2009).

O educador pode ser o profissional que faz das palavras e gestos instrumentos de trabalho. No contexto da educação em saúde, todas as ações são voltadas para a promoção da saúde. Para educar nessa área, é preciso conhecer o âmbito técnico e também do pedagógico (OLIVEIRA; GOLÇALVES, 2014).

É preciso uma política que guie o profissional para a educação em saúde. Atuar com educação em saúde envolve mais do que a assistência curativa, traz a possibilidade de preparar o indivíduo para o cuidado próprio e também a busca da intervenção precoce (STEFANINI, 2004).

Desse modo, esse projeto tem seu desenvolvimento justificado pela importância da educação em saúde e também serve como um guia na gestão dessa área.

OBJETIVO GERAL

Promover e incentivar atividades de educação em saúde para a equipe de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desenvolver atividades de educação em saúde.

Trazer oportunidades de aperfeiçoamento da equipe.

Oferecer o conhecimento como meio de prevenção de doenças.

METAS

- Treinar a equipe de enfermagem para educação em saúde
- Tornar frequente meios que abordem a educação em saúde.
- Contribuir para a intervenção precoce por meio de ações educativas.
- Treinar toda a equipe sobre doenças contagiosas e seus meios de prevenção.
- Treinar os gestores para ações coletiva de prevenção de doenças e para a educação em saúde.

PUBLICO ALVO

O público alvo desse projeto é a equipe de enfermagem, os gestores e os demais funcionários da instituição. Como a saúde é algo que engloba todos os colaboradores da instituição em questão, todos os funcionários constituem o público alvo.

METODOLOGIA

Metodologia do projeto

Ações	Descrição	Meta específica
Desenvolvimento de manual para educação em saúde	Criar instruções	Autores

Eixo 1 – Treinamento profissional

Ações	Descrição	Meta específica
Palestras/Oficinas sobre práticas pedagógicas em educação em saúde	Atividade que busca contribuir para a preparação do profissional em relação a transmissão de conhecimento	Equipe de Enfermagem
Palestras e oficinas sobre saúde no contexto empresarial	Incentivar o conhecimento do processo e da necessidade da	Equipe de enfermagem e líderes

	instituição para educar de forma direcionada a realidade da instituição	
Criação de cartilhas de prevenção de doenças mais frequentes	Estratégia que busca conscientizar os funcionários para a prevenção de doenças.	Todos os colaboradores
Desenvolvimento de palestras educativas e minicursos direcionados para a saúde.	Ação que objetiva dar voz aos profissionais de saúde da instituição, visando a conscientização e saúde de todos os colaboradores da instituição	Equipe de Enfermagem
Palestras educativas em saúde abrangendo a prevenção e sintomas de doenças como a Diabete e o Câncer	Trazer o conhecimento sobre sintomatologia, fatores de risco e métodos preventivos de doenças que necessitam de um diagnóstico precoce	Todos os colaboradores

Eixo 2 – Meios de educação em saúde

Ações	Descrição	Meta específica
Realizar campanhas preventivas	Essa ação tem como objetivo desenvolver meios para que os colaboradores estejam conscientizados em	100% dos funcionários

	relação a doenças comuns.	
Utilização e criação da linguagem verbal para conscientização contra doenças.	Traz a oportunidade de desenvolver estratégias para proporcionar o conhecimento para os colaboradores	Equipe de enfermagem
Criar um canal de dúvidas para serem respondidas pelos enfermeiros em próximas reuniões	Tornar o profissional da saúde alguém de fácil acesso, facilitando todo o contexto de educação na área.	Equipe de Enfermagem/ Líderes

Eixo 3 – Gestão

Ações	Descrição	Metas específicas
Incentivar a prática da educação em saúde dentro da rotina de trabalho	Traz ao colaborador o acesso a informações e o conhecimento de forma cotidiana e frequente	Gestores
Campanhas de vacinação	Informar e oferecer aos colaboradores sobre a vacinação e sua importância	Equipe de Saúde e gestores

RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários são variáveis quanto a valores. Entretanto, para que esse projeto seja executado serão necessários investimentos nos seguintes parâmetros:

- Capacitação dos enfermeiros (cursos on-line e/ou palestras)
- Capacitação pedagógica para os profissionais da saúde
- Materiais para utilização de campanhas por meio de cartazes e cartilhas educativas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FEUERWERKER, LCM. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.1, p.3-4, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n1/01.pdf>> Acesso em 20/11/2018.

FALKENBERG, MB; MENDES, TPL; MORAES, EP; SOUZA, EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19 n.3 p.847-852, 2014. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/847-852/pt>> Acesso em 20/11/2018.

MACHADO, AGM; WANDERLEY, LCS. Educação em saúde. **UnaSUS**, 2009. Disponível em <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf> Acesso em 20/11/2018.

OLIVEIRA, HM; GONÇALVES, MKF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. Ver Bras. Enferm, v.57, n.6, p.761-3, 2004.

STEFANINI, MLR. Educação em Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº34, 2004. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_n34.pdf> Acesso em 20/11/2018.

6- PROJETOS ASSISTÊNCIAIS E SOCIAIS

É do conhecimento de todos os profissionais de saúde pública, que os determinantes sociais e culturais interferem diretamente na qualidade de vida e na saúde da população.

O texto constitucional de 88 no artigo referente à saúde reconhece o conceito e determina como: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

O artigo constitucional fecha o direito sanitário abarcado, com a responsabilidade na gestão da saúde para programar, executar e avaliar a sua promoção, dando proteção e possibilidade da recuperação. Exige-se a adoção de políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando ou, tentando impedir, o risco de o indivíduo adoecer.

Tendo por base, o texto constitucional, questionamos como andam nossos serviços de saúde neste sentido do reconhecimento destes determinantes. O serviço de acolhimento observa as necessidades sociais do usuário?

A determinação social não é estática, mas extremamente sujeita às metamorfoses do campo da produção e das formas de reprodução social. Então, pensar a determinação social do processo saúde-doença hoje mostra um quadro distinto de dez, vinte anos passados. E alteram o encaminhamento das ações para evitar-se o risco de discurso descolado da realidade atual. Abordar a concepção ampliada de saúde e postular o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde-doença constituíram-se num terreno extremamente fértil para ampliar a compreensão sobre o fazer profissional, além dos fundamentos éticos e políticos.

Assim, não é por acaso que os resultados das ações, dentre outros motivos são precários, com uma resolutividade baixa, sendo os dispositivos de avaliação mascarados pelo tipo frágil de institucionalidade que se tem em relação às políticas públicas no Brasil.

No tocante à ética, a principal característica está no compromisso ético dos profissionais com o reconhecimento do outro, acolhendo e reconhecendo suas diferenças, sociais, culturas, crenças, hábitos e percebendo que políticas sociais podem ser acionadas para dar suporte a esses grupos.

Os profissionais da atenção básica costumam ter uma explicação, por exemplo, para baixa adesão nas ações programáticas e trabalhos em grupo e ações programáticas. Será que o usuário que não frequenta o grupo, cujas reuniões são agendadas normalmente de segunda a sexta, no horário de trabalho dele, deverá ser considerado “resistente”, “faltoso”. Certamente, ele (homem ou mulher) é “resistente” a perder o emprego. Os horários de realização dos grupos são compatíveis com suas inserções no mercado de trabalho?

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em que, dentre suas atribuições, estão previstas ações referentes ao social. Mas será que a formação deste profissional permite avaliar condições sociais, altamente complexas e, portanto, incompatíveis com o nível de habilitação dos agentes comunitários.

A ação profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura, no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo.

Podemos dizer que a ação profissional em saúde se assenta em três pilares, ou melhor, tem como parâmetro três pilares:

- **o direito à saúde**
- **as necessidades sociais em saúde;**
- **a produção da saúde.**

1. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, reflete um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, sendo operacionalizado por meio dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social.

Quando pensado em relação às ações profissionais, já no campo da garantia das políticas de saúde, relaciona-se à forma de organização dos sistemas de saúde e que diz respeito ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos relativos à saúde da população.

Concretizam-se em organizações, regras e serviços, propondo alcançar resultados, de acordo com a concepção de saúde existente entre a população.

2. As necessidades sociais em saúde - historicamente construídas e determinadas pela posição das classes sociais e segmentos de classe. Abordar as necessidades sociais em saúde, a partir da perspectiva das ações profissionais, é relevante, na medida em que apontam as pistas para o reconhecimento das reais necessidades dos usuários, muitas vezes subsumidas por programas verticais, descontextualizados e definidos, tendo como critérios necessidades outras que não as de saúde. Cecílio (2004, p.28) aponta que os fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, classificando-os em quatro grandes conjuntos:

- o primeiro são as condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades;
- o segundo diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida;
- o terceiro bloco refere-se à criação de vínculos efetivos entre usuários e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa, fundada na dignidade humana e na igualdade intrínseca entre as pessoas;

por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação. Mesmo vislumbrando certo limite nesta abordagem, pode-se reconhecer sua relevância para o debate sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde

3. Produção de saúde – sendo a autonomia e a saúde os dois vetores para avaliar os direitos sociais e o patamar de igualdade alcançado pelas formações societárias, a forma de produzir saúde é um fator importante. Sendo a produção da saúde, junto

com outros determinantes, a finalidade precípua dos sistemas e serviços de saúde, esta pode ser entendida como um processo que se articula a partir das:

- transformações econômicas, sociais e políticas, resultando em padrões saudáveis de existência e dificultando o surgimento de enfermidades;
- ações de vigilância à saúde, voltadas para a promoção e prevenção de enfermidades e mortes;
- práticas de assistência à saúde – clínica e reabilitação, além dos cuidados individuais de saúde;
- atendimento de urgência e emergência, em que práticas de intervenção imediatas, em situações limites, evitam morte e sofrimento.

Sob o domínio da hegemonia médica, estas dimensões da produção da saúde eram pensadas a partir unicamente dos fatores biológicos, sendo a referência para organização e avaliação dos serviços e ações. Hoje tem-se outra perspectiva, sendo reconhecidas as desigualdades sociais e seu impacto na forma de produzir saúde, sendo levadas em conta nas decisões sobre atenção à saúde, quando há um respaldo democrático para as mesmas, na linha do controle social.

Lembrando-se da ação profissional cotidiana, é evidente nossa inserção nas dimensões apresentadas, intermediando as necessidades particulares dos usuários dos sistemas, tanto em sua organização, como em sua operacionalidade, com vistas à produção de saúde.

REFERENCIAS

CECILIO, L. C. O.. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, v., p. 113-126.

MIOTO, R. C. T. O Assistente Social no espaço da Estratégia Saúde da Família. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, XI, 2004a, Porto Alegre. Anais do XI ENPESS.

Seminário Nacional de Serviço Social na saúde evento realizado entre os dias 8 e 10 de junho de 2009, em Olinda, Pernambuco. <file:///D:/SeminarioSaude2009-CFESS.pdf>

7- TECNOLOGIA EM SAÚDE - SISTEMAS NACIONAIS E SOFTWARE DE GESTÃO INTEGRADA EM SAÚDE

PROBLEMA OU SUBTEMA

Tecnologia informações: O Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos.

As diretrizes orientadoras desta reestruturação estão alinhadas com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹, a Política Nacional de Saúde Bucal², o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Saúde na Escola³ (PSE), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares⁴, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), o Plano Estratégico de e-Saúde no Brasil e a integração aos sistemas de informação que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A essa reestruturação deu-se o nome de Estratégia e-SUS AB, que conta com dois sistemas de software para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PECAB), que alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui o SIAB e atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da atenção básica.

OBJETIVO (AÇÕES):

No município de Ribeirão Branco - SP os sistemas utilizados são e-sus AB, SIPNI, Siscan, Cadweb, Cnes.

E-sus:

Objetivo das fichas: o cadastro da AB é uma extensão do Cadastro Nacional do SUS (CadSUS), complementando as suas informações com o objetivo de apoiar as equipes de Atenção Básica no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita ao território sob sua responsabilidade.

Profissionais que utilizam estas fichas: o cadastramento e sua atualização periódica são atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes da

Estratégia Saúde da Família (ESF). Para outras equipes de AB, este fluxo será definido em cada localidade.

Digitar os Prontuários tornando eletrônicos, receitas digitadas facilitando a interpretação, encaminhamentos, requisição de exames.

SIPNI

O SI-PNI é um sistema desenvolvido para possibilitar aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização, a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, período de tempo e área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

Siscan

Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Este sistema é a versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA) e tem como objetivo registrar a solicitação de exames citopatológico de colo do útero e mama, histopatológico de colo do útero e mama, mamografia, resultados de todos os exames solicitados, seguimento dos exames alterados e gerar dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação.

Cad web

Sistema de cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde 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.

Cnes

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS.

METAS

- ESF e EACS já utiliza o sistema E-sus mais so 80 % modo E-sus PEC os outros 20% modo E-sus CDS por falta de equipamentos
- 100% dos Profissionais utilizar o sistema em modo E-sus PEC.

PRAZO: 6 meses.

RESPONSÁVEL:

Por utilizar o sistema:

- Medico
- Enfermeira
- Dentista
- Técnico de enfermagem
- Auxiliar de Saúde Bucal
- Recepcionista
- ACS

RECURSOS:

Computador: Utilização para digitação de Prontuários , receitas, requisição de exames, encaminhamentos.

Impressora: Impressão das receitas, requisição de exames, encaminhamentos.

Rede Cabeada: tornando mais ágil o sistema.

MONITORAMENTO:

- E-sus: relatórios de produção dos ACS, médicos, enfermeiras, tec. Enfermagem, dentista.
- Controle de diabéticos, hipertensos atendidos e cadastrados, pessoas, domicílios, famílias cadastradas por área, micro área.
- Sipni: Controle de criança imunizadas e vacinas em estoque, cobertura de vacinação.

REFERENCIA BIBIOGRAFICAS:

<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cadsus/cadsusweb>

<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/si-pni>

<http://www.sgas.saude.ms.gov.br/atencao-basica/saude-da-mulher/passo-a-passo-siscan/>

8- PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MATERNO INFANTIL SAMI

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Apesar do avanço na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas dos governos e da sociedade nos últimos 30 anos, de modo geral no Brasil e do olhar dos gestores e serviços de vigilâncias regionais através de seus Comitês de Mortalidade, a mortalidade infantil continua sendo um desafio em muitos Municípios do país.

Os altos índices de mortalidade neonatal e as taxas crescentes de cirurgia cesariana dos últimos anos evidenciam a necessidade de colocar em discussão o modelo de atenção obstétrica e neonatal.

Esta proposta de trabalho baseia-se no estudo das taxas de mortalidade infantil e suas causas no Município de Ribeirão Branco, interior de São Paulo, entre os anos de 2016 a 2018. Apesar da reimplantação de serviços de atenção básica no último ano, a mortalidade infantil revela-se ainda com nível elevado no primeiro semestre de 2018 (28,30/1000 nascidos vivos):

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

Faixa etária	2016	2017	**2018
Menor de 7 dias (neonatal precoce)	3	2	3
7-27 dias (neonatal tardio)	0	3	0
28 dias-1 ano (pós-neonatal)	1	3	3
Total de óbitos infantis	4	8	6
Nascidos Vivos	261	261	212
*Coeficiente de Mortalidade Infantil	15,33	30,65	28,30

***Coeficiente de Mortalidade Infantil (Óbitos Infantis / Nascidos Vivos X 1000) ** O ano de 2018 é referente aos meses de janeiro a agosto.**

Fontes: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Em 2017 todas as gestantes que tiveram seus bebês em óbito moravam na zona urbana. Em 2018, constatado 01 óbito na zona rural. Os diagnósticos mais frequentes à internação foram relacionados ao trabalho de parto prematuro (TPPT), à hipertensão sendo um deles pela demora no atendimento ao parto, natimorto.

Importante destacar, que a zona urbana de Ribeirão Branco fica à 50 km de distância da maternidade.

Apresenta-se no quadro abaixo as causas mais detalhadas. Opta-se aqui na compilação dos dados em neonatal e pós neonatal. As cores semelhantes marcam as mesmas causas.

**CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE RIBEIRAO
BRANCO
2016 A 2018**

Faixa etária	2016	2017	**2018
Neonatal precoce e tardio (0-27 dias)	- Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual, - Septicemia bacteriana do recém-nascido - Outras infecções específicas do período perinatal,	Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte - Outras malformações congêntas não classificadas em outra parte - Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual, - Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido - Outros transtornos hematológicos perinatais	- Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte
Pós-neonatal 28 dias- 1 ano	Outras malformações congêntas do coração	- Síndrome de aspiração neonatal, - Inalação do conteúdo gástrico - Anestésicos por via parenteral	- Outros transtornos do encéfalo - Hipóxia intrauterina - Síndrome de aspiração neonatal

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

**RELAÇÃO DOS ÓBITOS COM IDADE MATERNA
Mortalidade Infantil x Idade da mãe**

Idade da mãe	2016	2017	2018

15-19	1	1	2
20-30	1	4	3
31-40	1	3	0
Não informado	1	0	1
TOTAL	4	8	6

* O ano de 2018 é referente ao meses de janeiro a agosto

Percebe-se aumento de óbito de mãe adolescente. Atualmente o número de gestante do Município, cadastradas por todas as equipes de estratégia de saúde da família e PACS está em torno de 165 gestantes sendo, 30 adolescentes, com índice em torno de 18,50 %.

Houve uma melhora geral no índice de gravidez na adolescência de novembro de 2017 a julho de 2018 com queda média de 10 %, entretanto, uma unidade urbana manteve o alto índice (19,44 %) e outra rural aumentou quase 14 % (de 21,05 para 35,71 %) conforme demonstram tabelas abaixo:

Gravidez na adolescência

NOVEMBRO/17

UNIDADE	TOTAL DE GESTANTES	GESTANTES ADOLESCENTES	Índice %
01- PACS	36	7	19,44
02- RAIA	36	10	27,77
03 - CAÇADOR	19	4	21,05
04 - PEREIRAS	16	6	37,50
05 - ITABOA	40	14	29,03
07 - CAMPINA DE FORA	31	9	29,03
TOTAL GERAL	178	50	28,8 %

JULHO/18

UNIDADE	TOTAL DE GESTANTES	GESTANTES ADOLESCENTES	Índice %
01- PACS	7/36	7	19,44
02- RAIA	5/35	5	14,28
03 - CAÇADOR	5/14	5	35,71
04 - PEREIRAS	3/19	3	15,78
05 - ITABOA	4/31	4	12,90
07 - CAMPINA DE FORA	6/26	6	23,07
TOTAL GERAL	30/ 161	30	18,63

Fonte: SSA2 e PMA2

Em relação à classificação de risco atual, levando-se em conta critérios do ambulatório de especialidades de referência e acrescentando por nossa conta todas as gestantes grávidas apresentamos o seguinte:

FATORES DE RISCO GERAL POR CAUSAS

RISCO /UNIDADE	PACS	RAIA	CAÇADOR	PEREIRAS	ITABOA	C.FORA	TOTAL
Idade >35 anos	2	1	3		1	3	10
HX de prematuridade						1	1
Idade <20 anos	7	9	5	3	4	6	34
Hepatite				1		1	2
Diabetes						1	1
Toxoplasmose	1					1	2
HX de aborto		1			1		2
ITU		1					1
Múltipara						1	1
Mioma		2					2
Cirurgia pélvica	1			1			2
Obesidade	3		1		1		5
Doença mental		1			1		2
Tabagismo			1		1		2
Tireoideopatia	2						2
HAS	1						1
UD		1					1
VS						1	1
Outros							
TOTAL	17	16	10	5	9	15	72

Fonte: Livros de programas

Observação: os riscos estão individualizados sendo possível a mesma gestante ter mais que dois fatores

FATORES DE RISCO POR UNIDADE

UNIDADE	TOTAL DE GESTANTES	RISCOS	Motivos
01- PACS	36	17	Idade >35 anos (2) Toxoplasmose(1) Cirurgia pélvica(1), adolescente (7) Obesidade(3) Tireoideopatia (2) HAS (1)
02- RAIA	35	16	Idade >35 anos (1) Idade <20 anos (9) HX de aborto(1) ITU(1) Mioma(2) Doença mental(1) UD(1)
03 - CAÇADOR	14	10	Idade >35 anos(3) Idade <20

			anos(5) Obesidade(1) Tabagismo(1)
04 - PEREIRAS	19	5	Idade <20 anos(3) Hepatite(1) Cirurgia pélvica(1)
05 - ITABOA	31	9	Idade >35 anos (10) Idade <20 anos(4), HX de aborto(1), Obesidade(1), Doença mental(1), Tabagismo(1)
07 - CAMPINA DE FORA	26	15	Idade >35 anos (3) Prematuridade (1) Idade abaixo de 20 anos (6) hepatite (1) Diabetes (1) toxoplasmose(1) Múltipara (1) VS (1)
TOTAL	161	72	

Observação os riscos não coincidem com números de gestantes de risco podendo uma gestante ter duas causas.

Percebemos na primeira tabela que após adolescência o fator de risco que mais prevalece é a idade acima de 35 anos sendo seguida e muitas vezes acompanhada de obesidade.

PROCESSO DE TRABALHO E ATENDIMENTO À GESTANTE

Embora o acesso e a disponibilidade de profissionais para a assistência tenham se ampliado, ainda se observam muitas lacunas na qualidade da prestação de serviços no Município de Ribeirão Branco, referente à:

- Informação em serviço (falta de linguagem clara e objetiva)
- Classificação eficaz do risco e das vulnerabilidades em especial das sociais
- Acolhimento da gestante fora do dia agendado
- Qualidade das oficinas temáticas para gestantes
- Dificuldade de transporte para visitas domiciliares
- Demora nas vagas em serviço de alto risco
- Fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado
- Comunicação do serviço de pronto atendimento e serviço de atenção básica e vice versa nas referências das gestantes
- Implicações relacionadas à organização do trabalho dos agentes comunitários de saúde também tem influenciado, de forma negativa, na assistência domiciliar à gestante e recém nascido.

Entretanto, alguns fatores sociais e culturais como índice de escolaridade, hábitos alimentares, condições de higiene e adesão à medicação, acesso aos serviços de urgência interferem para um adequado processo gestacional e trabalho de parto. A adequada compreensão do processo gestacional saudável bem como os cuidados com o corpo, cuidados com recém-nascido sofrem interferências culturais e de nível de escolaridade. O uso de álcool e drogas também afeta o correto discernimento no auto cuidados da gestante.

Nestas situações o profissional de saúde deve ter a sensibilidade de, aceitar as limitações de suas gestantes quanto à compressão do que é importante seguir, em especial nos aspectos educacionais e culturais.

. Nestes casos o cuidado e a intervenção deverá ser intensificada, e se preciso até institucionalizada como no caso de abuso de entorpecente A usuária de drogas não tem outro caminho. A mulher vítima de violência doméstica, idem. A gestante que vai e vem da zona rural (que recorre a maternidade com falso trabalho de parto também deverá ter sua situação de acessibilidade minimizada.

O Ministério de Saúde através das Casas de Gestante tem minimizado o sofrimento de muitas gestantes em situações de difícil acesso à maternidade através do serviço de internação provisória no pré e pós-parto em muitas regiões do país.

Pretende-se com esta proposta, além da implementação da capacitação das equipes para uma melhor **classificação de risco gestacional**, de melhoria das ações educativas com as gestantes, a implantação de um serviço de atendimento municipal ao das Casas de Gestantes, tendo por norte os protocolos utilizados pelo Programa * Rede Cegonha.

OBJETIVO GERAL

Reduzir ou contribuir para a redução da mortalidade infantil no Município de Ribeirão Branco/SP através da implantação de um serviço especializado de atendimento materno infantil

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar, promover e garantir o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos.
- Acolhimento da gestante usuária do SUS com garantia da informação recebida envolvendo desde a recepção, os espaços assistenciais e encaminhamento responsável para outros locais (rede de proteção).
- Capacitar profissionais para adequada avaliação de riscos e vulnerabilidades no período gestacional e puerperal.
- Capacitar técnica das equipes do SAMI e da Atenção Básica para propiciar condutas resolutivas para as necessidades das usuárias
- Criação de protocolo e fluxos para intervenções multiprofissionais e multisetoriais dentro da rede de proteção à infância e a maternidade.

- Melhorar a qualidade das práticas educativas para gestantes-promovendo curso preparatório para gestantes e abordando os temas: as fases da gestação, parto e puerpério, sinais de risco, hipertensão na gravidez, cuidados com recém-nascidos, prevenção de acidentes domésticos, primeiros socorros domiciliares, planejamento familiar.
- Garantir visitas domiciliares por pessoal especializado
- Integrar os serviços de saúde do município e externos como maternidade
- Estruturar o processo de trabalho- manutenção do dialogo e discussão dos casos, revisitando e estruturando a linha de cuidado.

PÚBLICO ALVO:

Para capacitação- médicos enfermeiros, técnicos de enfermagem contratados para o SAMI

Para classificação de risco-: 100 % das gestantes cadastradas no pré-natal das unidades de saúde (165 gestantes)

Para ações educativas: 100 % das gestantes cadastradas no pré-natal das unidades de saúde (165 gestantes)

Para acompanhamento intensivo: garantia de inclusão para 20 % do total das gestantes (risco clínico e social) – em torno de 50 gestantes após triagem de acordo com os critérios de risco

Para admissão na Casa da Gestante: garantia de vaga para 20 % das gestantes de risco em situações que exijam cuidados intensivos ou para gestantes com vulnerabilidade de acesso geográfico no momento do parto com pernoite e assistência 24 h durante o período indicado para cada caso (12 gestantes)

Para visitas domiciliares: garantia de ao menos 100 % das gestantes cadastradas no pré-natal das unidades de saúde (165 gestantes)

Nenhum trabalho eficiente poderá ser realizado sem uma correta classificação de risco e vulnerabilidades, para que em momento oportuno, seja diretamente pela equipe ou por outros profissionais de outros setores da rede municipal, ocorra intervenção adequada e de qualidade à gestante e seu bebê, sendo este o primeiro passo.

IMPLANTAÇÃO DO SAMI

Propõe a implantação de um modelo de atenção ao pré e pós-parto e com base no programa Rede Cegonha e outras práticas exitosas da região.

Trata-se de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade.

Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante o período

que antecede o parto e todo o período crítico pós-parto, mas que dispensa cuidados hospitalares.

Propõe a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, e pós-parto até a estabilização do aleitamento materno e da situação clínica apresentada.

Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente perinatal.

Diretrizes

- Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
- Garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

Estratégias

- A adequação do espaço físico e ambiência, compondo as reformas pertinentes
- Capacitação de profissionais a execução da Classificação de Risco em obstetrícia
- Apresentação de vídeos informativos para as gestantes aos cuidados da equipe SAMI
- Atualizar informação sobre a rede SUS loco-regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;
 - Realizar atendimento às vítimas de violência física e sexual conforme protocolo existente.
- Encaminhar gestante usuária para casa de acolhimento e tratamento ao uso de álcool e drogas em parceria com assistência social
- Serviço de transporte - Transportar a paciente de forma segura e cordial;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional das unidades básicas e maternidade;
- Identificar, através de queixas comuns da gestação, situações clínicas que demandam ação rápida.

Equipe SAMI

- Equipe multiprofissional
 - Coordenador técnico-administrativo (função que pode ser exercida pelo enfermeiro responsável) com carga horária de 6 h diárias.
 - Enfermeiro responsável disponível de segunda a sexta feira 8h diárias

- Técnico de enfermagem disponível de segunda a sexta 8h diárias
- Médico Obstetra em o mínimo 4 h diárias
- Motorista 8h diárias
- Assistente Social 6h diárias

A Rede Cegonha é uma iniciativa do Ministério da Saúde - MS lançada pelo Governo Federal em 2011 com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde, garantindo que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais da saúde, contando com a participação e corresponsabilização dos usuários e da direção, a Rede Cegonha adota estratégias para reorganização dos processos de trabalho no campo obstétrico neonatal. Suas principais diretrizes: o Acolhimento e Classificação de Risco nas portas de entrada dos serviços de urgência de obstetrícia (A&CR)

CGBP- Casa da Gestante Bebê e Puérpera

Será um dos equipamentos que irá compor o SAMI, podendo funcionar no mesmo local do módulo da equipe SAMI.

Porque?

- Ampliar o acesso à assistência obstétrica e neonatal
- Contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal;
- Garantir a integralidade da assistência às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco
- Contribuir para a racionalização na utilização de leitos de alto risco nas maternidades de referência
- Oferecer um ambiente mais acolhedor às gestantes, puérperas e recém-nascidos

O que deve garantir?

- Acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado

- Assistência à saúde pelo estabelecimento hospitalar e o do ambulatório de obstetrícia durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas das usuárias
- Cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas às puérperas e recém-nascidos.
- Incentivo ao aleitamento materno e prevenção de fissuras e mastites através do apoio à puérpera nas primeiras mamadas do recém-nascido pós- maternidade.

A CGBP deve estar vinculada a uma maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco. A unidade deve oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de cogestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada.

Critérios para Admissão

Para a gestante:

- a) Necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade
- b) Necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento.
- c) Gestantes de alto risco que necessitem de avaliação diária das condições materno-fetais e que estejam clinicamente estáveis:
 - **Gestantes em fase de latência do trabalho de parto e/ou com gestação menor do que 37 semanas com risco aumentado de parto rápido que residam distante do hospital;**
 - **Ruptura prematura de membranas em manejo conservador**
 - **Trabalho de parto prematuro**
 - **Pré-eclâmpsia em manejo conservador**
 - Diabetes insulino-dependente com descontrole metabólico
 - **Restrição de crescimento intrauterino com necessidade de avaliação mais rigorosa do bem estar fetal, sem critérios para interrupção imediata da gestação**
 - Oligodrâmnio e polidrâmnio
 - **Gestação múltipla**
 - Trabalho de parto prematuro inibido (condições cervicais)
 - Placenta prévia

- Outras condições dependendo do julgamento individual do obstetra diarista ou plantonista

Para o recém-nascido (cl clinicamente estável):

- a) Estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar.
- b) Necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos os quais serão realizados posteriormente, no domicílio

Para a puérpera:

- a) Necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar
- b) Quando o recém-nascido encontrar-se internado em UTIN (Uti neonatal) ou UCIN (unidade clínica neonatal) no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe

Equipe da CGBP

- Equipe multiprofissional
 - Coordenador técnico-administrativo (função que pode ser exercida pelo mesmo enfermeiro responsável pelo SAMI) com carga horária de 6 h diárias.
 - Recepcionista de segunda a sexta dia
 - Enfermeiro Obstetra responsável disponível de segunda a sexta feira
 - Enfermeiro supervisor do hospital de referência no final de semana e no período da noite (24h)
 - Técnico de enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana
 - Auxiliar de limpeza durante sete dias da semana (8h diárias)
 - Visita médica, de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem.
- Apoio do Hospital 24 horas

Estrutura da Casa

- Sala Multiuso (espaço de estar e acolhimento das usuárias)
- Cozinha/Copa

- Quartos para alojamento das gestantes, bebês e puérperas (totalizando 12 camas)
- Sala de atendimento multiprofissional
- Solário
- Área de serviço

Apoio diagnóstico

- Ultrassonografia
- Tocografia Fetal (cardiotocografo)
- Laboratório de análises clínicas
- Radiologia

Exames especiais (tomografia, ressonância)

Equipe de Apoio

- **Psicologia**
- **Nutricionista**
- Terapeuta ocupacional
- Educador físico
- Profissional de terapias integrativas
- Cuidadora domiciliar
- Fonoaudióloga
- Assistente social

Referências:

1. Caderno de Acolhimento 28
2. Cadernos de atenção básica para gestação de baixo risco
3. Departamento de Ações em Saúde / Secretaria Estadual de Saúde de Rio Grande do Sul Governo Estadual. Gerente do Programa “Viva Criança”
4. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira-Fundação Oswaldo Cruz
5. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. Psicologia: ciência e profissão. Psicologia ciência. prof. v.28 n.4 Brasília dez. 2008

6. MS- padronização 2015
7. Protocolo de Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia. Ministério da Saúde; 2014.
8. Protocolo de Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte; 2010.
9. Relatórios e-sus e PMA2 -SANAR
10. SSA2 de julho 2018
11. Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Branco SP
12. Kelly Cristina Almeida Borgonove. Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) Florianópolis, novembro de 2013 disponível em: <www.sofiafeldman.org.br> Acesso em 30/08/2018
13. Rede Cegonha Portaria nº 1459 24 de junho de 2011
14. Portaria nº 1020 de 29 de maio de 2013 “Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha”

ANEXO I
CRONOGRAMA

Data	Ação	Participantes
Mês 01	Reunião Sobre o tema Mortalidade Infantil em Ribeirão Branco e com objetivo de sensibilizar e envolver profissionais para revisão de protocolos específicos de classificação de risco em obstetrícia bem como apresentação do cronograma de trabalho.	Equipes da atenção, hospital e SAMI

Mês 01	- Reunião da equipe do SAMI com AME e Hospital sobre o tema Acolhimento com Classificação de Risco, com objetivo de socializar informações referentes as ações a serem desenvolvidas e disseminação do protocolo específico de classificação de risco em obstetrícia.	Equipes dos AME e Hospital / articuladora do projeto
Mês 02	Elaboração do projeto de ACCR e implantação de cores para classificação de risco	Equipe SAMI
Mês 02	Apresentação do protocolo ACCR pela equipe SAMI	Equipe SAMI e Atenção básica, hospital
Mês 02	Adequação de estrutura física para o trabalho do SAMI e CGBP	Gestão
Mês 03	Início de atendimento no SAMI e CGBP com captura das gestantes e bebês de risco segundo critérios do protocolo e encaminhadas pelas unidades de saúde, hospital e maternidade	Equipes e SAMI
Mês 03	Constituir grupo de trabalho de planejamento, monitoramento e avaliação para avaliação a cada 2 meses	SAMI, Comitê de Mortalidade Materno Infantil, Conselho Municipal de Saúde.
Mês 03 a mês 12	Desenvolvimento das ações	Equipes da Atenção Básica e SAMI

ANEXO II SERVIÇOS DE APOIO

Serviço de nutrição

Durante a gestação, a responsabilidade quanto à alimentação aumenta, uma vez que implica diretamente no perfeito desenvolvimento do feto.

A alimentação adequada ao longo do período gestacional exerce papel determinante sobre os desfechos relacionados à mãe e bebê.

Ressalta-se que a inadequação do ganho de peso durante a gestação tem sido apontada como fator de risco tanto para a mãe quanto para a criança, contribuindo para a elevação da prevalência de uma série de problemas.

A gestante deverá ter acompanhamento nutricional no pré-natal, para avaliação do estado nutricional, detecção de possíveis inadequações dietéticas, desmistificação de mitos e realização da educação alimentar e nutricional. As consultas devem ser iniciadas, preferencialmente, no primeiro trimestre da gestação.

Intercorrências e situações clínicas relacionadas à alimentação devem ser detectadas e receber intervenções o mais breve possível na gestação pelo profissional de nutrição como:

Relacionadas à segurança no consumo de seleção de alimentos- alimentos de procedência segura é sempre importante, mas durante a gestação é primordial. Para gestantes, as intoxicações alimentares são graves porque os vômitos frequentes e a diarreia podem resultar em desidratação, perda de nutrientes e desbalanço hídrico.

[Anemia Ferropriva na Gestação](#)- a necessidade de ferro aumenta no segundo trimestre e gestantes com pouca reserva de ferro ou baixa ingestão alimentar do mineral não conseguem produzir quantidade suficiente de hemoglobina, que transporta o oxigênio no sangue.

[Hipertensão Arterial na Gestação](#)

Diabetes

[Gestante Obesa](#)- A primeira gestação de mulheres obesas esta associada a um aumento no risco de bebês natimortos, risco esse 4 vezes maior do que em mulheres magras. (Estudo publicado em janeiro de 1998 no “New England Journal of Medicine”).

Mulheres com gêmeos- perdem bastante peso durante e após a gestação por causa dos filhos. Nesses casos, é recomendada a utilização de suplementos nutricionais.

[Gestação na Adolescência](#)-usualmente associados a esta condição. As dificuldades são ainda maiores nos casos de problemas psicológicos, educacionais e nutricionais. Gestantes adolescentes são consideradas um grupo de risco, pela maior incidência de complicações, como eclâmpsia, anemia, parto prematuro e bebês de baixo peso.

Serviço de Psicologia

A gestação é um período que envolve grandes mudanças biopsicossociais, ou seja, há transformações não só no organismo da mulher mas também no seu bem-estar, o que altera seu psiquismo e o seu papel sociofamiliar.

A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. Como aponta Soifer (1992), deve-se levar em conta o fato de ser a gravidez um período que envolve não apenas a mulher mas também o seu companheiro e o seu meio social imediato.

Assim, um grupo de suporte a gestantes pode proporcionar discussões que envolvam vários componentes afetivos, possibilitando um clima de sensibilização para os aspectos relativos ao ciclo gravídico-puerperal e à subjetivação das informações bem como uma vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade.

O desenvolvimento dos temas deverá ser por meio de palestras interativas, deixando claro para as gestantes a possibilidade de se colocarem quando ou sempre que sentissem necessidade, acrescentando experiências, opiniões e esclarecendo dúvidas.

Temas propostos

- Aspectos psicológicos da gravidez,
- Alimentação na gestação,
- Amamentação e cuidados com o recém-nascido,
- Tipos de parto e anestesia,
- Comunicação intrauterina entre mãe e bebê,
- A gravidez e os mitos da maternidade,
- Aspectos psicológicos do pós-parto,
- Depressão pós-parto e sexualidade na gravidez.

Objetiva melhorar a autoestima e a autoconfiança desenvolver comportamentos mais saudáveis e reduzir a ansiedade bem como possibilitar a cada uma de expressar livremente suas ideias e seus sentimentos.

Pretende-se também com o serviço de psicologia identificar riscos sociais para o a intervenção do trabalho multiprofissional não somente para a garantia de gestação parto e puerpério sadios mas para cuidar de situações especiais de risco como violência sexual, gravidez indesejada e implicações sobre a maternagem, busca de apoio de rede para estrutura familiar e de moradia adequada para mamãe e bebe.

Consiste em uma prevenção primária, com o propósito de prepará-las para viver o momento do parto de maneira mais segura e tranquila para proporcionar uma passagem pelo trabalho de parto saudável. Constituir espaço para que as gestantes possam expressar dúvidas, ambivalências, angústias, receios, dificuldades e preocupações o que propicia alívio e encorajamento para o enfrentamento da realidade de ter um filho.

Objetivos do serviço

Atuação do psicólogo com gestantes, utilizando princípios e fundamentos práticos do grupo de suporte. Essa intervenção com o grupo de suporte a gestantes busca promover a saúde da mulher que passa pela fase da gestação e complementar a assistência pré-natal naquele promovendo a saúde das participantes e o fortalecimento da relação e da comunicação entre as gestantes e a equipe.

Serviço de Assistência Social

ANEXO III ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE SAMI

Profissionais da Recepção:

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos, para fins estatísticos;
- Encaminhar a paciente para a Classificação de Risco
- Dar baixa nas fichas das pacientes que não foram internadas;
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do hospital e maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem do A&CR:

- Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher;
- Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco;
- Aferir sinais vitais da mulher;
- Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco;
- Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;
- Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento;
- Encaminhar usuária para Serviço Social e Psicologia quando for o caso;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Enfermeiro

Enfermeiros Obstetras:

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada;
- Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante;
- Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário;
- Acolher o acompanhante de forma cordial e responsável;
- Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
- Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher;
- Registrar classificação no mapa do A&CR;
- Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada no consultório;
- Reclassificar as usuárias quando necessário;
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Registrar em livro próprio as ocorrências do setor
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do hospital/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

Médicos Obstetras:

- Atender as usuárias que a eles competem de forma acolhedora;
- Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente;
- Preencher as fichas das mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico; Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;

- Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Serviço Social e Psicologia:

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional
- Atualizar informação sobre a rede SUS loco regional, bem como a rede de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;
- Realizar atendimento às vítimas de violência física e sexual conforme protocolo existente.

Serviço de transporte

- Ajudar na recepção de mulheres impossibilitadas de deambular;
- Transportar a paciente de forma segura e cordial;
- Garantir a privacidade e respeitar o pudor da mulher;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico e da maternidade;
- Atender às solicitações de prioridade no setor de emergência obstétrica.

Coordenação:

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão centrada nas necessidades da paciente e família;
- Apoiar a equipe do A&CR sempre que necessário e quando for solicitado pela mesma;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço. Para toda a equipe:
- Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho do A&CR. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia 6. Ambiência e o A&CR Nas maternidades e em serviços de saúde que realizam partos, a adequação da ambiência refere-se a reformas em seus espaços físicos com o objetivo de qualificá-los para favorecerem e facilitarem os processos e relações de trabalho. Também se refere à aquisição de mobiliários e equipamentos adequados, de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção ao parto e nascimento. Orientações para adequação da ambiência nas Portas de Entrada dos Serviços que realizam partos.
- Prever espaços que favoreçam o acolhimento da gestante e sua rede social;
- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera quanto para o interior do hospital, facilitando o atendimento e a monitoração das usuárias;
- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para a mulher e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas à demanda para as usuárias e acompanhantes;
- Garantir bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras no atendimento da mulher/acompanhante no momento da sua recepção;
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs);

- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação;
- Prever sistema de telefonia pública de modo a atender às necessidades dos usuários;
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade.

ANEXO IV

CRITÉRIOS DE RISCO

Classificação de RISCO GESTACIONAL habitualmente utilizada

- Altura menor que 1,45 m;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Analfabetismo funcional;
- Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Transtorno mental;
- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Situação afetiva conflituosa;
- Suporte familiar ou social inadequado;
- Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Violência doméstica. 2. Antecedentes obstétricos

Classificação de transtornos mentais relacionados à gestação e parto:

Tristeza materna, blues puerperal ou baby blues: manifestação mais frequente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade. A equipe deve fornecer apoio à mulher e monitorar a evolução do quadro.

Depressão pós-parto: menos frequente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas. Os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê, humor deprimido, redução da autoconfiança e autoestima, pessimismo, ansiedade e choro fácil, necessitando de abordagem multiprofissional e Inter consulta com psiquiatra e/ou psicólogo;

Psicose puerperal: manifestação mais rara, ocorre entre 1,1 e 4 puérperas para cada 1.000 nascimentos. O início é abrupto e os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto, ou seja, quando a puérpera já se encontra fora da

maternidade. Os sintomas incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo; delírios que envolvem seus filhos; estado confusional e comportamento desorganizado. Há risco para a própria mulher e para o bebê, e é necessário que se proceda o encaminhamento para especialista em saúde mental

Classificação de RISCO INFANTIL

Os fatores de suscetibilidade para adoecer e/ou morrer antes de um ano de idade estão abaixo relacionados:

- Prematuridade (Idade gestacional < 37 semanas completas);
- Baixo Peso (Peso ao Nascer < 2500 g);
- Mãe adolescente (Idade inferior a 20 anos);
- Mãe com idade superior a 35 anos;
- Mãe com baixa escolaridade, instrução inferior a 4ª série do 1º grau;
- Mãe com mais de 3 filhos vivos;
- Mãe que já perdeu 1 filho ou mais;
- Ausência de pré-natal;
- Parto domiciliar;
- Malformação congênita ou doença grave diagnosticada ao nascimento.

Passos para Classificação de Risco:

1. Avaliar nível de consciência / estado mental
2. Verificar ventilação e circulação / dados vitais
3. Avaliar a dor
4. Avaliar sinais e sintomas
5. Considere os fatores de risco

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar.

Observação:

- a) Se não tiver dor, a classificação é zero;
- b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é 4 a 6;
- c) Se for intensa, seu nível de referência é 7 a 10.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO REDE CEGONHA

Protocolo de Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia

Ministério da Saúde; 2014.

Atendimento Imediato

- - Saturação $\leq$ 89% em ar ambiente
- - Convulsão em atividade
- - Desidratação intensa com sinais de choque
- - Hemorragia em qualquer intensidade
- - Estridor
- - Hipertonia uterina
- - Apneia ou parada e/ou padrão respiratório ineficaz
- - Hipotensão (PAS $\leq$ 80 mmHg)
- - Taquicardia ($\geq$ 120 rpm)
- - Bradicardia ($\leq$ 45 rpm)
- - Sinais de choque: pele fria, palidez acentuada / perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural
- - Insuficiência respiratória (Incapacidade de falar / fala entrecortada; Cianose; FR $\leq$ 10 rpm; FR $\geq$ 32 rpm; Respiração agônica / dispneia extrema / fadiga muscular; Uso de musculatura acessória.
- - Alteração do estado de consciência (Não-responsiva / Déficit cognitivo / Confusão mental; Letargia / agitação / paralisia; Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem)
- - Trabalho de parto em período expulsivo;
- - Gestante com dor aguda ($\geq$ 7 / 10)
- - Prolapso de cordão umbilical
- - Exteriorização de partes fetais pelos genitais
- - Pós parto imediato (mãe e criança): parto no trajeto ou domiciliar
- - Gestante escoltada

Atendimento até 30 minutos (Urgente)

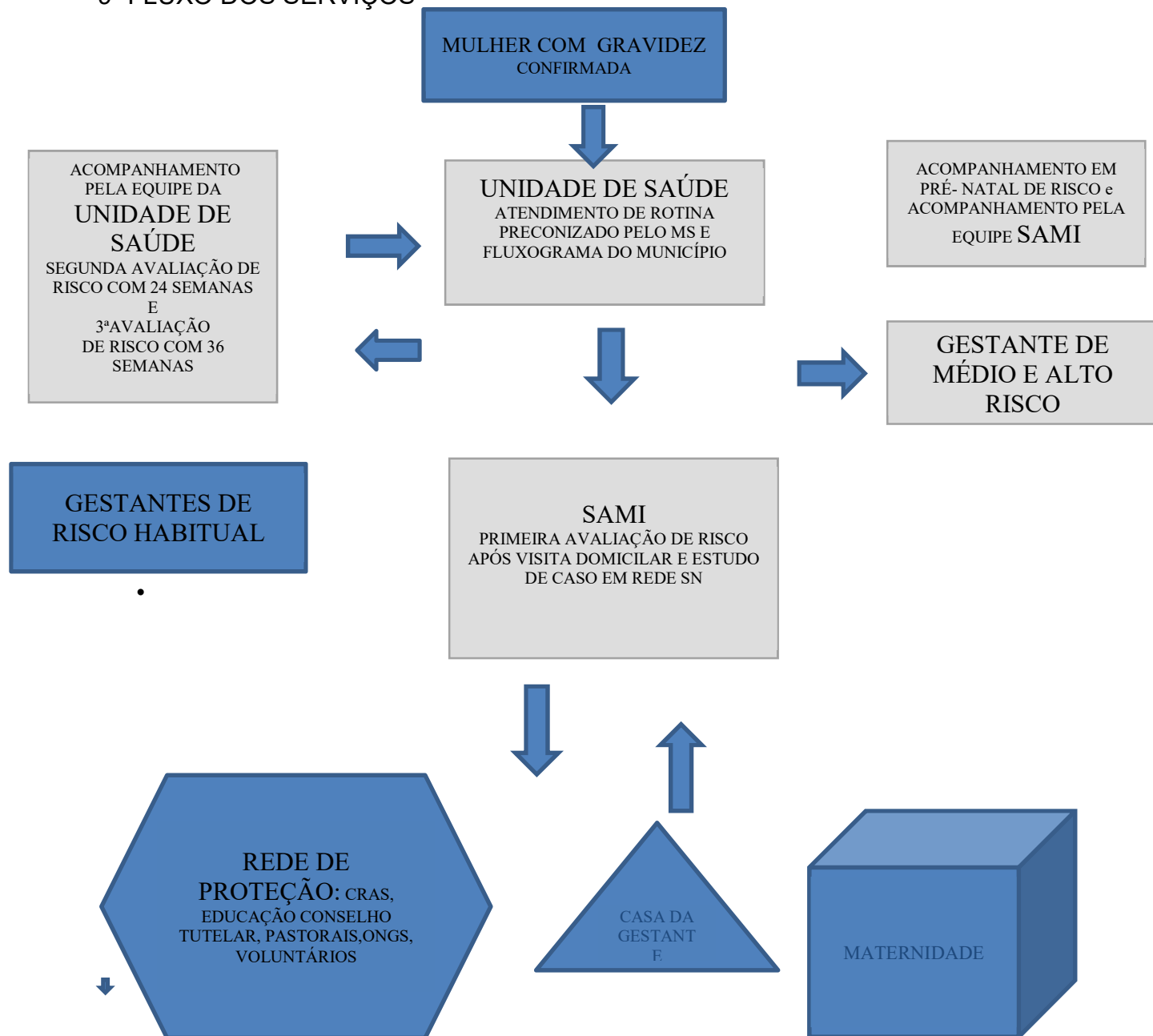
- - Gravidez $>$ 28 semanas (Trabalho de parto: contrações intensas a cada 2-3 minutos; Queixa de ausência de movimentos fetais nas últimas 24hs)
- - Gestante ou puérpera com: Hipertensão com PA $>$ ou = 140 x 90 mmHg com ou sem queixa de cefaleia, epigastralgia e/ou alterações visuais
- - Febre em gestante e/ou puérpera com temperatura $>$ ou = 38 °C com ou sem alteração mental importante
- - Doença psiquiátrica com rigidez de membros (Obs.: Encaminhar ao Hospital Regional - PAI)
- - Relato de convulsão em pós-parto
- - Dor abdominal intensa de início abrupto ou progressivo ($\geq$ 6 - 10 / 10) e dor lombar forte e/ou moderada (4-6 / 10)
- - Perda de líquido em grande quantidade ou média/pequena quantidade há mais de 12h
- - Êmese ou hiperemese de início agudo ou persistentes
- - Sinais de desidratação com ou sem repercussão hemodinâmica (letargia,

- mucosas secas, turgor pastoso), sem sinais de choque
- - Situações especiais (Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência)
 - - Relato de diabetes
 - - Dor persistente na perna que não melhora, acompanhada de edema e rigidez da musculatura da panturrilha
 - - Dor abdominal moderada em puérpera ou não
 - - Sinais de infecção, sítio cirúrgico associado a febre
 - - Queixa ligada a amamentação e/ou ingurgitamento mamário com sinais flogísticos associados a febre
 - - Sangramento moderado no puerpério
 - - Retenção urinária
 - - História de trauma na gestação

Atendimento até 120 minutos (2 horas) - Pouco Urgente

- - Sintomas gripais (sem dispneia): dor de garganta, tosse produtiva persistente, obstrução nasal com secreção amarelada
- - Febril: Tax < ou = 37,9 °C
- - Relato de Êmese ou hiperemese sem desidratação
- - Queixa atípica de perda de líquido moderado
- - Queixas urinárias: disúria (dor/dificuldade para urinar), poliúria...
- - Gestante do pré-natal de alto risco
- - Perdas de líquido em pequena quantidade recente
- - Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência
- - PAS < ou = 139 e PAD < ou = 89 mmHg
- - Idade gestacional acima de 41 semanas ou agendamento de cesariana a pedido > 39 semanas
- - Retirada de pontos
- - Avaliação de exames solicitados eletivamente

9- FLUXO DOS SERVIÇOS



10 - PLANO PROJETO HIPERTENSÃO ARTERIAL

HIPERTENSÃO ARTERIAL- A hipertensão arterial (HA) é importante fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), sendo causa da admissão de grande número de pacientes dos setores de urgência e emergência dos setores hospitalares, é uma condição clínica agravada por fatores de risco como a dislipidemia, a obesidade, o diabetes mellitus, o sedentarismo, o tabagismo e o excesso de bebida alcoólica. Dentre as consequências podemos mencionar o acidente vascular encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca (IC) e até mesmo a morte súbita.

A HA atinge 32,5% (36 milhões) de adultos e mais de 60% de idosos, e é responsável por 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).

As DCV, por sua vez, correspondem a cerca de 30% dos óbitos no Brasil.

No Brasil menos de 20% dos pacientes mantêm pressão controlada - <140x90 mmHg - e a maioria abandona os remédios ainda no primeiro ano de tratamento.

O município de Ribeirão Branco conta com 18.987 pessoas e 5.941 famílias cadastradas em sua área de abrangência, das quais 99% fazem uso do serviço de saúde pública. O número de Hipertensos é de 2.533 pessoas na faixa etária de 20 à 90 anos.

PORQUE TRATAR- A maior prevalência de HAS era entre homens e, a partir da sétima década em mulheres (24,2%), não diferindo muito entre os sexos ao serem contabilizadas todas as faixas etárias; pessoas afrodescendentes (24,2% a 49,3%); indivíduos com excesso de peso e obesidade, cuja prevalência na população brasileira encontra-se em 52,5% e 17,9%, respectivamente; populações com excessivo consumo de sal, ressaltando-se que os brasileiros excedem em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g de sódio/dia); consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas, sendo que seu risco se eleva com o consumo de 30-40 g de álcool/dia em mulheres e 31 g de álcool/dia em homens; sedentarismo, cujo percentual na população geral é 75,8%, e demonstrou ter associação significativa com HAS; adultos com menor nível de escolaridade.

JUSTIFICATIVA: Abordar esse tema na estratégia de saúde da família implicará em melhorar indicadores básicos de saúde como: redução no número de hipertensos de alto risco e doenças cardiovasculares, diminuição de risco para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), menor indicação no tratamento medicamentoso, visando atividade física e reeducação alimentar.

OBJETIVO (AÇÕES):

- Estratificar o risco cardiovascular global em todos os hipertensos, pois influência na decisão terapêutica e na avaliação do prognóstico;
- Realizar atividades de educação em saúde com o público alvo;
- Iniciar grupo de atividades física e nutricional, podendo, posteriormente, favorecer a redução das complicações e estabilizar os níveis da pressão arterial.

OPERAÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DOS NÓS CRÍTICOS:

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Hábitos e estilos de vida	SAÚDE EM AÇÃO Planejar reuniões e discutir sobre a alimentação e atividade física com equipe multidisciplinar.	Redução no número de hipertensos sedentários e com alimentação irregular.	Palestras educativas, caminhada da saúde.	Equipe de Saúde da família. Panfletos e cartilhas.
Estratificação de risco dos hipertensos	Realizar estratificação de risco dos hipertensos segundo o Manual do formulário de Classificação de Risco.	Atendimento realizado de acordo com o risco e necessidade do portador de hipertensão.	Diminuição no número de hipertensos de alto risco e internação hospitalar.	Equipe de Saúde da família, Manual do formulário de Classificação de Risco.

RECURSOS CRÍTICOS:

OPERAÇÃO	RECURSO CRÍTICO
Saúde em Ação	Cognitivo: mudança de hábitos de vida. Político: Organização das agendas da equipe. Auxílio da gestão local.
Estratificação de Risco	Acompanhamento de acordo com o risco, identificando os portadores de hipertensão de baixo, moderado e alto risco.

VIABILIDADE DO PLANO DE AÇÃO:

OPERAÇÕES/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA
Saúde em Ação Qualidade da alimentação Prática de atividade física	Cognitivo: Mudança de hábitos de vida.	Equipe de saúde Usuários Educação, cultura, lazer. Ação Social	Favorável Dos usuários: Parte é favorável, parte é indiferente.	Palestras na UBS em seguida roda de experiências. Propor grupos de caminhada.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	Acompanhamento de acordo com o risco, identificando os portadores de hipertensão de baixo, moderado e alto risco.	Equipe de Saúde.	Favorável	Prontuário dos usuários para classificação, de acordo com o Manual do formulário de Classificação de Risco.

PLANO OPERATIVO

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZOS
SAÚDE EM AÇÃO Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da HAS e doenças cardiovasculares.	População mais informada sobre os riscos da HAS e doenças cardiovasculares.	Avaliação dos níveis de informação da população sobre os riscos HAS e consequências da falta de acompanhamento e tratamento adequado.	Parceria com, Secretaria Municipal de Saúde, Associação de Bairros.	ACS; Enfermeira	4 meses
Realizar Estratificação de risco de acordo com o Manual do formulário de Classificação de Risco.	Hipertensos classificados de acordo com o grau de risco.	Programação de consultas médica e de enfermagem de acordo com a necessidade e realização de Exames laboratoriais.	Utilizar material de referência - Manual do formulário de Classificação de Risco.	Médico Enfermeira	6 Meses
Qualidade de vida: Realizar grupos com Nutricionista e iniciar Atividades Físicas com Hipertensos.	Redução do número de Hipertensos de alto risco, mudanças no hábito alimentar, orientações sobre cessação do tabagismo e	Avaliação dos níveis pressóricos de HA através do cartão do hipertenso e consulta na unidade de saúde. Redução do	Grupo de orientação nutricional e de atividades físicas ativo na unidade com os portadores de hipertensão.	Equipe Multidisciplinar	2 Meses

	bebida alcoólica.	número de internações.			

Referências:

dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php? conteudo=publicacoes/cab14

<https://socerj.org.br/sliderimages/manual-de-hipertensao-arterial/>

11- REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO BRANCO-SP

INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.

Indicadores

A equipe de saúde, junto com os conselhos locais de saúde, deve compreender estes indicadores e interpretá-los periodicamente, assim como os gestores locais e as diferentes esferas de governo. Conforme a necessidade dos municípios, estes devem discutir e pactuar junto à população e aos profissionais de saúde bucal outros indicadores com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde desta população.

O Ministério da Saúde, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu em 2006 pela Portaria nº 493/GM, para a área de saúde bucal **quatro indicadores** :

- a. **Cobertura de primeira consulta odontológica programática** - é o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), para atender as necessidades detectadas. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto
- b. **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada**: É o percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual

de cobertura correspondente a média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

- c. **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais:** Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população
- d. **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais:** Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais odontológicas realizadas no âmbito do SUS. Possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida de serviços odontológicos do SUS está respondendo às necessidades da população aos serviços odontológicos especializados, o grau de atenção e a integralidade do cuidado.

Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica.

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde.

Compreende-se como o universo de atenção à saúde bucal, toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes. Na organização da atenção em saúde bucal na Saúde da Família os principais desafios são:

As ações

Integradas das ações de saúde bucal com as ações de saúde da unidade básica
Capacitação de profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Garantir Acesso à Demanda Espontânea através de acolhimento visando respostas satisfatórias às necessidades da população. Significa que a porta de entrada da unidade de saúde deve ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem. Além de garantir o

acesso, é necessário reorganizar e qualificar a recepção nos serviços de saúde. Essa deve apenas orientar o fluxo do usuário no serviço, já que a decisão sobre o seu ingresso na assistência é da equipe. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente. Neste sentido é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. A urgência, inclusive, é um momento importante para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade. O Acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Desse modo é que o diferenciamos de triagem. Triagem refere-se a uma filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, baseada no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as necessidades dos usuários. Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele.

5.3 Desenvolver Ações Programadas de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e de Assistência, Voltadas ao Controle das Patologias Crônicas e/ou às Populações mais Vulneráveis do Território: (a) famílias prioritárias definidas a partir de critérios de risco social; (b) famílias prioritárias definidas a partir de levantamento de necessidades odontológicas; (c) famílias de gestantes; (d) famílias de pessoas com hipertensão; e outras. A atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área que compõem o grupo priorizado para a atenção na unidade de saúde e que necessitam de atendimento continuado. Inclui ações individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e de intervenções cirúrgico-restauradoras ofertadas de forma organizada.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

às equipes em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social, definir a estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal programada. As ações programadas de assistência devem levar em conta o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar. A avaliação de risco permite que o serviço de saúde estabeleça como critério para definição de prioridade no atendimento o agravamento à saúde e/ou grau de sofrimento – individual, familiar, social e não mais a ordem de chegada. Deve ser realizado por profissional da saúde que identifica os usuários que necessitam de atenção prioritária. Para definição das atividades educativo-preventivas e curativas é importante considerar também a atividade da doença. A adoção deste critério, embora priorize esta situação, não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção coletiva. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades. Cada município deve, em conjunto com os trabalhadores, definir os protocolos mais adequados sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de todos os profissionais. A construção da agenda deve estar pautada nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos das áreas de abrangência e/ou de influência das unidades de saúde de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal. A manutenção ou retorno programado

caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal e o controle das patologias identificadas. Os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos, ou que vêm se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado.

5.4 Organizar uma Atenção Domiciliar. A SF conta com alguns recursos como o cadastro das famílias, realizado pelo ACS por meio do preenchimento da “Ficha A” do SIAB. A visita domiciliar mensal realizada pelo ACS permite, além da constante atualização do cadastro familiar, a identificação e o acompanhamento de indivíduos e/ou grupos prioritários. A visita domiciliar realizada pelos profissionais, a partir de prioridade pré-definida, contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais. A definição do território de adscrição das unidades básicas permite que as equipes se organizem para realizar atenção domiciliar dentro das necessidades da comunidade. Atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário-família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. A Equipe Saúde da Família deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação da autonomia dos sujeitos.

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas: a assistência domiciliar e a internação domiciliar. A Assistência Domiciliar pode ser realizada por profissionais da Atenção Básica ou da Atenção Especializada. A Assistência Domiciliar na Atenção Básica¹ é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes deste nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária. A operacionalização deve ser executada pela equipe por meio de um planejamento construído em conjunto de forma pactuada com o usuário-família, e considerando as atribuições dos membros da equipe. Para que as atividades da assistência domiciliar atendam às necessidades do usuário-família é necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável à realidade do usuário. Recomenda-se que a família participe ativamente nesse processo. O planejamento deve contemplar a participação e a frequência de todos os profissionais na execução das ações, a partir das necessidades do usuário/família, buscando distribuir os profissionais de forma a otimizar o trabalho da equipe.

Visitas domiciliares, quando necessárias, devem ser agendadas e realizadas, sempre segundo critérios definidos pela equipe de saúde para o acompanhamento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade.

5.5 Reordenar a Atenção de Média Complexidade, como nos encaminhamentos aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e aos estabelecimentos de alta complexidade no nível hospitalar.

Objetivo geral: Implantar novas Diretrizes para os Serviços de Saúde Bucal no Município de Ribeirão Branco -SP

Objetivo Específico

Reorganizar a Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) para dotá-la de capacidade técnica e política para reorganizar os serviços existentes e estruturar novos serviços

Ampliar a capacidade de produção de próteses nos serviços já existentes desenvolvendo ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso.

Desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras. sistencial no campo da saúde bucal.

elaboração de parâmetros e o correto uso dos sistemas de informação para facilitar o monitoramento e avaliação das equipes de saúde.

Meta Estratégica

Ações Intersetoriais Significam intervenções para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente e que possam conduzir a ambientes saudáveis. Envolvem estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde.

Unificar a Porta de Entrada com a Área de Médico-Enfermagem, seja numa perspectiva de organizar ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de apropriação do território-família-comunidade, seja na oferta dos serviços clínico-assistenciais (restaurações, aplicação de selante etc). Nesse sentido, o planejamento conjunto de ações e a organização das atividades programadas é uma importante via para a integração do trabalho e para o fortalecimento da equipe. O planejamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comum para várias doenças. A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal, mas os profissionais auxiliares podem ser as pessoas ideais para conduzir o trabalho nos grupos. O ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a equipe de saúde bucal orientar o seu trabalho. A presença do CD é importante em momentos pontuais e no planejamento das ações.

1 No momento, o registro no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB da assistência domiciliar é

Aprimorar a atuação dos serviços de saúde bucal

Ampliar a disponibilização de próteses para 500/ano, por meio da otimização de 27 CEO com Especialidade em prótese já existentes

Produzir e divulgar novo Documento de Diretrizes de Saúde Bucal na SMS

Estruturar Programa de Educação Permanente para CD/ASB/TSB, com formulação e desenvolvimento de agenda integrada de capacitações

Envolver a AHM na linha de cuidado em saúde bucal (pessoas atendidas em serviços de urgência e emergência em saúde bucal da AHM)

Articular a Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) com as Coordenações da SMS e com as CRS-STS

Promover a participação da ATSB em fóruns da CORAS, CAB, CGP, CEInfo e outros

Reestruturar o Sistema de Informações em Saúde Bucal, com novos indicadores de monitoramento e avaliação dos serviços

Aprimorar a atuação da Área Técnica de Saúde Bucal, à luz da lógica da produção do cuidado integral

Reestruturar o trabalho da ATSB, ampliando a equipe do nível central para 3 (cinco) profissionais com formação técnica e compromisso para apoiar o processo de reorganização da Área na SMS e CRS-STS 2014-15

Implantar Painel de Monitoramento e Avaliação da Atuação da Saúde Bucal na SMS, atualizando os indicadores do atual Sistema de Informações em Saúde Bucal

Ações

Implantar a linha de cuidado em saúde bucal envolvendo a AHM

Ampliação de 03 consultórios sendo um por ano

Realizar educação continuada para profissionais que atuam x x x x

Realizar matriciamento dos médicos da atenção básica pelo psiquiatra para atendimento de x

x x x Ampliar o matriciamento de saúde mental

Realizar uma oficina ao

Ampliar em 02 novas ESB priorizando os bairros....

Fortalecer o programa de saúde bucal nas instituições de ensino.

Ações desenvolvidas durante o ano Garantir aparelho radiográfico odontológico para todas as UBS

Implementar uma forma de agendamento de consultas odontológicas de acordo com o perfil do território, sendo pactuado com a comunidade e/ou conselho local de saúde. Descritivo

Promover a aplicação do protocolo de acolhimento das urgências odontológicas estabelecido para o Pronto Atendimento nas UBS.

Vincular o atendimento odontológico à ampliação dos horários das UBS. Número de unidades com atendimento ampliado Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Número de equipes implantadas

Realizar cronograma anual de ações de saúde bucal nas instituições de ensino.

Garantia de aparelho radiográfico odontológico para todas as UBS. Descritivo

Fomentar junto as equipes de ESF e atenção básica reuniões com a comunidade área estabelecer agendamento odontológico Protocolo Instituído

Instituir protocolo de atendimento de urgências odontológicas nas unidades de saúde Número de unidades com atendimento ampliado

Garantir que as unidades de saúde com horário ampliado disponham do serviço Secretaria Municipal de Saúde Diretoria de Atenção à Saúde Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria 221

Realizar concurso público para ampliação de equipes de ESB, sendo duas equipes x x x x

Realizar cronograma anual de ações de saúde bucal nas x aparelho radiográfico odontológico para todas x x

Fomentar junto as equipes de ESF e atenção básica reuniões comunidade área x
Instituir protocolo de atendimento de oncológicas nas unidades de saúde x

Garantir que as unidades de saúde com horário ampliado disponham do serviço x
x x x Equipar e garantir a manutenção periódica e reposição de equipamentos e
instrumentais para o atendimento odontológico nas UBS.

garantir reuniões periódicas da equipe de saúde bucal, bem como, a atualização
dos profissionais de saúde bucal com foco nas necessidades do serviço e da
gestão. 15.

Fortalecer e implementar as políticas públicas garantindo o acesso à saúde
(médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, entre outros profissionais) aos usuários
infratores em situação de reclusão (penitenciárias e CASEP). Polític Diretoria de
Regulação, Controle, Avaliação e de odontologia Descritivo

Realizar um diagnóstico situacional da saúde bucal com levantamento das
necessidades e através do recurso do PMAC

garantir manutenção periódica e reposição de equipamentos e instrumentais para
o

Instituir cronograma de reuniões anual para os profissionais da saúde bucal Política
implementada Implementar política pública garantindo o acesso à saúde (médicos,
enfermeiros, cirurgiões-dentistas, entre outros profissionais) aos usuários infratores
em situação de reclusão (penitenciárias e Secretaria Municipal de Saúde Diretoria
de Atenção a Saúde Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria 222

Realizar um diagnóstico situacional da saúde bucal com levantamento das
necessidades e através do recurso do arantir manutenção periódica e reposição de
equipamentos e instrumentais para o odontológico nas UBS. x x x

x Instituir cronograma de reuniões anual para os s da saúde x x x x Implementar
política pública garantindo o acesso à saúde (médicos, enfermeiros, entre outros
profissionais) aos usuários infratores em situação de reclusão (penitenciárias e x x
x x

Garantir atendimento odontológico hospitalar para pacientes com necessidades
especiais e pacientes de trauma encaminhados do CEO municipal no município de
Itajaí. Atendimento garantido

Ampliar o número de equipes de saúde bucal proporcional ao número de equipes
ESF. Número de equipes implantadas Ampliar e adequar o número de profissionais
odontólogos na ESB. Número de profissionais odontólogos x número de esb

Indicador

Percentual de próteses disponibilizadas entre as previstas no período
de resultado

Área reestruturada e processo de trabalho

Percentual de CD/ASB/TSB capacitados entre o total de CD/ASB/TSB da rede

Linha de cuidado em saúde bucal implantada e em funcionamento

Balanco qualitativo da atuação dos respectivos fóruns com participação da AT
divulgado e discutido anualmente

Painel de Monitoramento e Avaliação da Saúde Bucal implantado e em uso

Número de consultórios reformados/ construídos

Número de equipes implantadas

. Número de unidades de saúde x número de raio

Protocolo Instituído

. Ações desenvolvidas durante o ano

Número de unidades de saúde x número de raio-x odontológicos.

atendimento odontológico nas UBS.

Núm tratando de abordagem para educação para adultos e jovens, que necessariamente difere da educação para crianças. São aspectos importantes a serem observados na educação em saúde bucal: • Respeito à individualidade. • Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança. • Respeito à cultura local. • Respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática. • Ética. • Autopercepção de saúde bucal. • Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde. • Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

As ações educativas no nível coletivo podem ser feitas com os seguintes eixos de reuniões realizadas

Em consonância com o Pacto em Defesa da Vida, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas. Estabelece, ainda, como diretrizes: • Reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. • Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde. • Fortalecer a participação social, entendendo-a como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário. • Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais. • Incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas. • Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

A participação da população através de Conselhos de Saúde deve ser prevista em todas as etapas do planejamento, apontando necessidades, definindo prioridades, auxiliando na operacionalização dos programas, incentivando a avaliação e apoiando a reorientação dos serviços

12- PROJETO VOVÓS AMIGAS DO PEITO

INTRODUÇÃO

A ação profissional exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura, no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos, de segmentos populacionais e até mesmo populações como um todo.

As necessidades sociais em saúde - fatores determinantes da saúde se traduzem em necessidades de saúde, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. As necessidades de saúde estão ligadas também aos graus de crescente autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

Entre as necessidades de saúde, temos a primeira de todas - a amamentação como fonte de alimento e vida.

O aleitamento materno (AM) é a única forma natural de nutrição dos recém-nascidos (RNs) e de fundamental importância para o desenvolvimento do mesmo. O Ministério da Saúde preconiza que o aleitamento seja exclusivo até o sexto mês de vida do bebê. Frente a isso, o aleitamento materno exclusivo (AME) ocorre quando é ofertado ao lactente somente leite materno (de sua mãe ou ordenhado) e não recebe qualquer outro líquido ou alimento sólido, à exceção de vitaminas e outros medicamentos.

O AME é um fator importante de proteção do recém nascido (RN). Contribui para a redução da mortalidade infantil, diminuição de doenças alérgicas e problemas gastrointestinais. Além disso, o leite materno possui nutrientes e substâncias de defesa que são passados para o bebê no momento da amamentação. Assim, é o leite adequado, equilibrado e de fácil digestão para o bebê.

Outro fator importante da amamentação desde o primeiro momento de vida é o favorecimento da interação mãe-bebê. Durante a mamada é criado um vínculo que aumenta a duração do AME. Crianças que recebem alimento natural (leite materno) têm melhores índices de acuidade visual, desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento cognitivo e elevado quociente de inteligência.

No entanto, mesmo conhecendo-se os benefícios do AME, ainda é alto o índice de desmame precoce. A Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno revelou que apenas 21% das crianças são amamentadas exclusivamente até o sexto mês. Dentre os fatores apontados como determinantes do abandono do AME antes dos seis meses estão as intercorrências com as mamas, tais como: fissura mamilar (34%), ingurgitamento mamário (8,1%), mamilo plano e/ou invertido (4,1%) e mastite (2,7%).

JUSTIFICATIVA- A fase mais difícil para a mamãe, em todo seu período de amamentação, é a fase do pós-parto imediato que vai do nascimento do bebê até próximo de duas semanas após. Nesta fase aparecem as cólicas da contração uterina, as fissuras, o ingurgitamento e a mastite, especialmente quando não

aconteceu o devido preparo pré-natal das mães. A mãe nutriz precisa de apoio. Em alguns contextos neste momento surge a figura da vizinha, da amiga, da benzedeira, da irmã de fé, da vovó. Com o aumento da expectativa de vida, as idosas estão cada vez mais presentes nas famílias e são as principais apoiadoras das mulheres no período de puerpério e ao longo do período de amamentação. Entretanto estas idosas por terem visão diferente das recomendações da área da saúde, com mitos e tabus relacionados ao tema, representam os principais elementos dificultadores da amamentação exclusiva até os seis meses. Constatase então a existência de dois pólos a serem trabalhados pelas equipes de saúde: o da mãe e o da cuidadora idosa- pólos que de antagônicos podem tornar-se aliados.

OBJETIVO GERAL-Incentivo ao aleitamento materno através de práticas de apoio familiar à mulher no período de amamentação desenvolvidas por idosas da comunidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implantar metodologia de acolhimento social da equipe de saúde no sentido de valorizar os determinantes sociais e culturais referente à saúde da criança recém-nascida.
- Redução de morbimortalidade dos recém nascidos por problemas referentes à nutrição nas primeiras fases de vida
- Ampliar o numero de crianças em aleitamento materno exclusivo no Município.
- Criar interação entre programa de saúde da mulher com programa de saúde do idoso.

AÇÕES ESTRATÉGICAS

- Identificação das idosas pela equipe de saúde durante a fase de pré-natal, através de levantamento de dados da família da gestante bem como das idosas que residem ao seu entorno.
- Capacitação para as mulheres idosas para serem parceiras da comunidade e dos profissionais da Atenção Básica presentes no território.
- Apoio da equipe de saúde no pós-parto fornecendo subsídios para o trabalho da idosa com a nutriz
- Acompanhamento dos profissionais de saúde em visitas domiciliares para apoiar nas orientações à gestantes puérperas e lactantes

INDICADORES DE RESULTADO:

- Número de idosas capacitadas número de parturientes no mês
- Número de intercorrências atendidas
- Número de aleitamento materno exclusivo (AME) do período pré-projeto – número de aleitamento materno 1 ano após implantação das visitas pelas amigas do peito.

RECURSOS MATERIAIS

- Apostila
- Sala para treinamento
- Modelo didático de mama de crochê
- Data show
- Notebook

TEMAS PARA O CURSO:

- Anatomia e fisiologia das mamas
- Vantagens do aleitamento materno exclusivo
- Técnicas para amamentar
- Cuidados com as mamas
- Medidas preventivas, prejuízos causados pelo uso de bicos e chupetas
- Direitos da mulher lactante e seu bebê

METODOLOGIA DO CURSO:

Aulas palestras, dramatizações com uso de bonecas e mamas de crochê.

Referencia Bibliográfica:

1. Ministério da Saúde, Revista brasileira de Saúde da Família, ano 15, número 37, edição Janeiro/ Abril de 2014,

2. Urbanetto PDG; Gomes GC; Costa AR; et al. Facilidades e dificuldades encontradas pelas puérperas para amamentar. Rev Fund Care Online. 2018 abr / jun; 10(2):399-405. DOI: [http://dx.doi.org/10.9789/2175- 5361.2018.v10i2.399-405](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.399-405)
3. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, v., p. 113-126.
4. MIOTO, R. C. T. O Assistente Social no espaço da Estratégia Saúde da Família. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, XI, 2004a, Porto Alegre.

13 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

São responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos **Municípios**: assegurar a oferta de ações e de serviços de vigilância em saúde; estabelecer e garantir a articulação entre os setores responsáveis pelas políticas públicas; desenvolver estratégias para identificar situações que resultem em risco de agravos à saúde, adotando medidas de controle quando necessário; entre outras.

O modelo baseado na Vigilância em Saúde, busca respostas mais efetivas para as demandas e os problemas de saúde e propõe a trabalhar a lógica de um conjunto articulado integrado de ações que assumem configurações específicas de acordo com a saúde da população em cada território transcendendo os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde. Busca uma interlocução maior entre controle de danos por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais (Arreaza; Moraes, 2010; Texeira 2002). Esse enfoque pressupõe uma abordagem mais articulada em uma tentativa de desvincular a atuação por agravos e por programas, de modo a enfrentar a superposição de ações direcionadas para o controle do hospedeiro, do agente etiológico, do meio ambiente ou da produção de fármacos e alimentos.

As ações de vigilância sanitária caracterizam cadastramento, inspeção, investigação, autuações em níveis de: intimação, imposição de penalidade, controle e monitoramento, os quais demandam ações, como: atendimento ao público, deslocamentos, coleta de análises fiscais, apreensão e inutilização de produtos, interdição de estabelecimentos e produtos, instauração de processos, elaboração de relatórios e ofícios, registro e divulgação de dados etc. Programas realizados: Vigilância da qualidade de água para consumo humano Realizar coleta de amostras de água segundo um plano de amostragem. Realizar a interpretação dos resultados. Conferir todos os registros de análises dos responsáveis pela distribuição. Vigilância da qualidade de produtos e diversos setores Controle do hospedeiro, do agente etiológico, do meio ambiente ou da produção e comercialização

OBJETIVO GERAL- Proteger a saúde da população e das gerações futuras do município de Ribeirão Branco controlando ou eliminando riscos e prevenindo doenças, por meio de ações de vigilância em saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Controlar riscos oriundos da produção e consumo de bens e serviços, meio ambiente, inclusive os ambientes de trabalho, buscando a melhoria da qualidade de vida da população.

- Reduzir as taxas de morbimortalidade por doenças e fatores de risco relacionados ao meio ambiente, diminuindo danos à saúde individual e coletiva

ESTRATÉGIAS

- Legitimar o Serviço de Vigilância à Saúde do Município como órgão de referência pelo compromisso com o interesse público e pela excelência e eliminações de riscos à saúde, na prevenção de doenças e nas demais práticas de vigilância.
- Adequar a estrutura física dos serviços de vigilância em saúde do MRB-SP
- Nortear as ações de vigilância em saúde pelas Políticas Públicas instituídas pelo Ministério da Saúde e estão em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde
- Dar suporte às atividades específicas da Vigilância em Saúde por meio da implementação e manutenção de sistemas de informação

AÇÕES

- Implementar a rede de frio da Divisão de Controle de Zoonoses
- Adquirir e instalar novos compressores para a câmara frigorífica do CCZ
- Ampliar o nº de adoções dos animais domésticos (cão e gato), admitidos no CCZ, propiciando o aumento da capacidade de atendimento das demandas de vigilância em zoonoses e agravos causados por animais à saúde humana.
- Construir e implantar um (01) Centro de Adoção de Cães e Gatos
- Implementar o monitoramento da cobertura vacinal, por meio do registro identificado das doses de vacina aplicadas
- Integrar o E-sus módulo vacina com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SIPNI e desenvolver ferramenta que permita o monitoramento da cobertura vacinal por local de residência
- Integração efetuada entre o e-sus e o SIPNI e ferramenta de cálculo de cobertura por local de residência desenvolvida e em uso
- Desenvolver sistema de informação complementar ao SINAN que permita a notificação e monitoramento dos agravos e doenças de interesse da saúde pública
- Desenvolver e implantar Sistema de informação complementar ao SINAN para notificação e/ou monitoramento dos seguintes agravos: sífilis na

gestante, HIV e vírus da Hepatite (VHB e VHC) e acompanhamento pós-alta dos pacientes com hanseníase

- Evitar a ocorrência de casos de raiva autóctones em humanos implementando a vacinação antirrábica, por meio da implantação da vacinação pré-exposição e pós-exposição nas unidades de saúde e evitar a circulação do vírus da raiva em animais domésticos
- Evitar a ocorrência de doenças e agravos transmitidos por cães e gatos, por meio do controle populacional desses animais
- Promover a esterilização cirúrgica de cães e gatos e identificação do responsável, por meio de serviços tercerizados e equipes próprias, especialmente nas regiões com maior índice de exclusão social
- Esterilizar e cadastrar no Registro Geral do Animal (RGA) 5.000.000 cães e gatos no quadriênio 2014-17
- Definir e implantar regras de integração das bases de dados dos acidentes de trânsito 2014-17
- Implementar a assistência e vigilância aos portadores de doenças crônicas transmissíveis
- Estruturar a atenção à saúde as pessoas com hanseníase, tuberculose e hepatites virais B e C
- Implementar a logística de distribuição e armazenamento dos insumos e equipamentos destinados ao controle de zoonoses
- Implementar a prevenção de intoxicações exógenas e a assistência aos casos nos serviços de saúde
- Suprir os serviços próprios de urgência e emergência com os antídotos necessários para o tratamento adequado das intoxicações exógenas
- Prover 100% dos serviços próprios de urgência e emergência com antídotos necessários para o tratamento adequado das intoxicações exógenas
- Implementar a vigilância de doenças ocasionadas pelo meio ambiente e da exposição à substâncias químicas nocivas à saúde.
- Capacitar 100% da equipe de VISA para a realização das ações de vigilância dos ambientes com população exposta a riscos ambientais
- Monitorar a qualidade da água para consumo humano e estabelecer novas tecnologias de abordagem em conjunto com as CRS e território, levando em consideração critérios epidemiológicos de risco e vulnerabilidade
- Estabelecer novo plano amostral para o monitoramento da qualidade da água para consumo humano e coletar e analisar 100% das amostras preconizadas
- Implementar a vigilância e controle das doenças e agravos relacionadas ao trabalho

- Ampliar a notificação sentinela de doenças relacionadas ao trabalho, por meio da capacitação das unidades para realizar a notificação
- Desenvolver novos sistemas e aplicativos e implementar os existentes para o gerenciamento das informações de vigilância em saúde
- Proteger a saúde do trabalhador por meio da eliminação ou minimização do risco ocupacional com base em critérios epidemiológicos de risco e na magnitude da população exposta ao risco
- Desenvolver e implantar projetos de intervenção no risco ocupacional, com base em critérios epidemiológicos de risco e na magnitude da população exposta ao risco
- Implementar a vigilância e controle das principais zoonoses e agravos produzidos por animais e demais vetores urbanos, inclusive a Dengue.
- Implementar o controle de vetores e reservatórios responsáveis pela transmissão das zoonoses de importância em saúde pública por meio da reestruturação do processo de trabalho da equipe de vigilância em saúde ambiental de forma a desenvolver ações de base territorial que considerem os critérios de risco, vulnerabilidades, potencialidades e ações locais articuladas
- Reestruturar o Programa de Controle de Vetores e reservatórios
- Implementar o controle de roedores, por meio do manejo integrado de roedores e o tratamento por pulso, conforme o Programa de Vigilância e Controle de Leptospirose e Roedores
- Implantar o tratamento por pulso e avaliar a infestação pós-tratamento em 100% das áreas programadas para controle de roedores
- Implementar a vigilância, prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)
- Intervir nos fatores determinantes e condicionantes das DCNT, de acordo com o perfil de vulnerabilidade e com base em critérios epidemiológicos
- Desenvolver e implantar 5 (cinco) projetos de intervenção para as DCNT, com base em critérios epidemiológicos e na magnitude da população vulnerável
- Implementar as ações de vigilância nos serviços de saúde, visando aumentar a sensibilidade do sistema de notificação de doenças e agravos e melhorar a qualidade da investigação dos casos notificados
- Aprimorar o sistema de vigilância de doenças e agravos, de interesse da saúde pública
- Incluir funcionalidade no prontuário eletrônico para notificação de doenças e agravos, monitoramento de casos e acompanhamento de populações

expostas a contaminantes ambientais e desenvolver ferramenta de detecção de surtos

- Detecção dos agravos à saúde do trabalhador, orientação e assistência de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e CEREST.
- Implementar as medidas de prevenção e controle de acidentes de trabalho
- Implementar medidas de prevenção e controle de acidentes de trabalho, de forma articulada com a vigilância dos acidentes de trabalho e a inspeção dos estabelecimentos onde houve a ocorrência de acidentes
- Constituir equipes e assumir as ações de vigilância em saúde do trabalhador
- Manter ou obter o status de eliminação para as diferentes doenças imunopreveníveis de pactuação internacional (sarampo, rubéola, poliomielite) e diminuir a incidência das demais doenças imunopreveníveis
- Assegurar a cobertura vacinal adequada para as vacinas e grupos etários contemplados pelo calendário básico de vacinação da criança, adolescente e adulto
- Alcançar a cobertura vacinal preconizada em 80% das vacinas do Calendário Básico de vacinação da criança do Programa Nacional de Imunização PNI
- Adequar a estrutura organizacional do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS)
- Revisar e instituir, por meio de lei, a estrutura do SMVS do MRB-SP
- Controlar as doenças transmissíveis (DNC – Doenças de Notificação Compulsória)
- Monitorar os agravos de relevância epidemiológica (Sífilis, HIV/AIDS, investigação de óbitos infantis e maternos)
- Alimentar e manter atualizados os sistemas de informação da vigilância epidemiológica (SIM, SINASC, SINAN, API, TBWEB)
- Aprovar projeto de lei referente à estrutura organizacional, definindo cargos e competências do SMVS, compreendendo as seguintes divisões:

A) Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde;

- Vigilância de Alimentos
- Vigilância de Medicamentos
- Vigilância de Produtos de Interesse da Saúde
- Vigilância de Serviços de Interesse da Saúde
- Laboratório de Controle de Qualidade em Saúde

B) Divisão de Vigilância Epidemiológica;

- Programa de Imunizações
- Doenças e Agravos Não Transmissíveis
- Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Programa de Controle da Hanseníase
- Programa de Controle das Hepatites Virais B e C
- Programa de Prevenção e Controle das Intoxicações Exógenas
- Doenças Agudas Transmissíveis
- Vigilância das Doenças Transmitidas por Vetores e outras Zoonoses
- Programa de Controle da Tuberculose

C) Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental;

Núcleo de Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Relacionados ao Meio Ambiente

D) Divisão de Vigilância de Zoonoses

- Vigilância e Controle de Animais Domésticos de Interesse da Saúde
- Vistoria Zoossanitária
- Vigilância, Prevenção e Controle da Fauna Sinantrópica
- Laboratório de Identificação e Pesquisa de Fauna Sinantrópica
- Gestão de Pessoas e Educação
- Laboratório de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores
- Administração e Serviços
- Atenção e Controle Reprodutivo de Cães e Gatos
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica de Zoonoses

E) Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador;

Núcleo de Vigilância dos Riscos à Saúde do Trabalhador

F) Divisão de Informação em Vigilância em Saúde

- Ampliar a capacidade de gestão das ações de controle sanitário de estabelecimentos de interesse da saúde
- Normatizar atividades reguladas pela vigilância no âmbito municipal

- Elaborar e publicar 6 (seis) normas técnicas para regulamentar as atividades dos seguintes segmentos: salão de beleza, academia de ginástica, transportadora de produtos de interesse da saúde
- Realizar a vigilância sanitária das seguintes atividades do setor regulado: clínicas médicas com procedimentos cirúrgicos tipo I e II ou com exames complementares; clínicas de estética não médicas; clínicas odontológicas e de prótese dentária; serviços de vacinação e imunização humana; atividades de *piercing* e tatuagem; centros de assistências diversas; lavanderias de roupa hospitalares; farmácias de manipulação sem manipulação de estéreis; comércio varejista de cosméticos, perfumes e produtos de higiene; comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos; comércio atacadista de alimentos; distribuidoras de medicamentos sem fracionamento (exceto importadoras); distribuidoras de produtos relacionados à saúde (exceto importadoras); transportadoras e depósitos de medicamentos e produtos de interesse da saúde
- Ampliar a capacidade de gestão das ações de controle sanitário relativas a riscos à saúde e problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, inclusive o do trabalho, e de produtos e serviços de interesse da saúde
- Aprimorar o sistema de informação de vigilância em saúde para registrar as irregularidades sanitárias e a avaliação do risco sanitário no nível local, regional e municipal, subsidiando as ações e programas de controle destes riscos
- Implementar o SIVISA WEB: módulo de cadastro, módulo de inspeção, módulo de processo administrativo
- Capacitar gestores dos SMVS, por meio do Curso de Aprimoramento em Vigilância em Saúde
- Desenvolver, implementar e manter os sistemas de informação e aplicativos existentes para dar suporte as atividades específicas da Vigilância em Saúde
- Implementar o Sistema de Controle de Zoonoses -SISCOZ - Módulo Sinantrópicos para os outros animais sinantrópicos e Módulo Animais Domésticos
- Implementar o Sistema de Identificação e Controle de Animais Domésticos – SICAD 3.
- Implementar o Sistema de Informação para a SIVVA 4 - Desenvolver duas aplicações móveis (para uso em tablet) para captação de dados em campo do Sistema de SISCOZ e para o módulo de inspeção do SIVISA WEB
- Desenvolver um Sistema para informatização dos laboratórios
- Prover manutenção dos Sistemas de Informação
- Implementar a vigilância e controle das principais zoonoses de importância em saúde pública no MRB_SP

- Qualificar as ações de campo desenvolvidas pelos agentes de controle de zoonoses
- Promover a articulação Inter secretarial e a mobilização social para a prevenção e controle da dengue
- Manter o Comitê Inter secretarial de Controle da Dengue com reuniões periódicas a cada 2 meses.

INDICADORES de RESULTADO

- Área reformada
- Rede de Frio do CCZ implementada
- Centro de Adoção implantado e em funcionamento
- Sistema de informação complementar ao SINAN desenvolvido e implantado
- Nº de unidades com vacinação pré-exposição para controle da raiva humana implantada entre as previstas
- Nº de unidades de referência para vacinação pós-exposição para controle da raiva implantadas entre as previstas
- Ampliar a vacinação antirrábica da população canina e felina, por meio da implementação das estratégias de vacinação desenvolvidas com recursos próprios e incluir na computação as doses aplicadas pelos serviços veterinários privados
- Proporção de incremento das doses de vacina antirrábica aplicadas em relação ao ano anterior (variação no período)
- Percentual de cães e gatos esterilizados entre os previstos
- Base de dados integrada de informação sobre acidentes de trânsito atualizada e disponível para consulta
- Proporção de serviços de urgência e emergência com suprimento adequado de antídotos necessários para o tratamento das intoxicações exógenas
- Proporção de amostras de água coletadas e analisadas em relação ao preconizado
- Número de notificações de agravos à saúde do trabalhador
- Nº de projetos implantados entre os previstos
- Proporção de áreas programa com tratamento por pulso e avaliação da infestação realizada
- nº de projetos de intervenção desenvolvidos e implantados
- Proporção de vacinas com cobertura vacinal preconizada alcançada
- Projeto de lei de reorganização da estrutura organizacional, definindo cargos e competências do SMVS aprovado
- Nº de normas técnicas publicadas entre as previstas
- Módulo SIVISA WEB desenvolvido e implantado

- Proporção dos gestores do SMVS capacitados no Curso de Aprimoramento em Vigilância em Saúde entre os previstos
- Comitê Inter secretarial de Controle da Dengue instituído e atuando

14- PROPOSTA PARA TRABALHO COM DST/HIV/SÍFILIS

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países em desenvolvimento, a transmissão vertical da sífilis e do HIV acabam por determinar maiores incidências de perdas gestacionais e de ocorrências de doenças congênitas (Aids e Sífilis), quando não há abordagem correta.

A identificação dos indivíduos infectados pelas DST, como a sífilis e do HIV é importante porque permite o tratamento, o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e a melhora na qualidade de vida; A definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para sua proteção, controle da infecção e da disseminação do vírus;

Existe, segundo a recomendação da Portaria nº 29, de 17 de dezembro 2013, a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Existem vários fluxogramas estabelecidos de acordo com o avanço científico e com a experiência mundial consolidada, que permitem o diagnóstico correto da infecção pelo HIV, por meio da combinação dos diferentes testes disponíveis no mercado; Para o diagnóstico da infecção pelo HIV faz-se necessária a avaliação conjunta da história clínica e do risco de exposição do indivíduo à infecção concomitantemente ao resultado laboratorial, que irá orientar as decisões e a conclusão diagnóstica. E ainda, que a ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior particularmente em gestantes e/ou portadores de algumas enfermidades autoimunes.

A sífilis é uma doença milenar, que apresenta métodos de diagnósticos simples e tratamento eficaz; A pesquisa sorológica da sífilis deve ser realizada em indivíduos com idade acima de 18 meses, com ressalva para a investigação de sífilis congênita.

A meta de eliminação da sífilis congênita até 2015 era de (<0,5/1.000 nascidos vivos) de acordo com os objetivos do milênio. A assistência pré-natal é um momento importante para diminuir a incidência da sífilis congênita e da transmissão do HIV da mãe para o bebê, com diagnóstico precoce e tratamento adequado. Nesse período da gestação, muitas mulheres que estão à margem do sistema público de saúde procuram os serviços, a fim de terem uma gravidez sem complicações.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou o Plano para Redução da Transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Brasil, que propõe, basicamente, a melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e do seu filho, durante a gestação e o puerpério.

A definição do diagnóstico da sífilis, assim como o seu tratamento oportuno, é fundamental na redução da transmissão vertical e da morbimortalidade.

OBJETIVO GERAL: redução da morbi-mortalidade por DST/HIV/Sífilis no Município de Ribeirão Branco-SP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Ampliar o acesso da população geral e das mais vulneráveis às informações sobre os meios de prevenção das DST/HIV/Sífilis

Ampliar o acesso da população vulnerável à testagem sorológica para HIV e Sífilis nos serviços de saúde, objetivando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno do HIV e outras DST

Tratar casos de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita em 100 % da população de gestantes/ano

Diminuir a incidência/prevalência das DST e a vulnerabilidade da população a esses agravos

Eliminar a transmissão vertical (TV) da sífilis e do HIV

AÇÕES

Ampliar a distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante em complementação à oferta do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais

Assegurar a oferta de testes rápidos HIV e Sífilis para todas as UBS (requisito da Rede Cegonha e Maternidades) e para pessoas diagnosticadas com Tuberculose Pulmonar e para populações mais vulneráveis (usuários de drogas, população em situação de rua, HSH, Profissionais do sexo), dentro e fora do setor Saúde Ampliar acesso à testagem sorológica para HIV e Sífilis

Realizar e apoiar campanhas e eventos relacionados às DST/AIDS do calendário nacional

Assegurar o acesso da população alvo ao diagnóstico oportuno e tratamento resolutivo das DST

Assegurar que 100% das pessoas diagnosticadas com DST que demandam os serviços de saúde municipais tenham acesso ao tratamento oportuno das DST

Capacitar profissionais para as ações de vigilância epidemiológica e disponibilizar os insumos para a redução da transmissão vertical da Sífilis e do HIV

ESTRATÉGIAS

1. Ampliar a distribuição de preservativos masculinos (20%), preservativos femininos (30%) e gel lubrificante (20%) em relação ao incremento de 2018 destinados a população em geral e em especial para as mais vulneráveis, HSH, Profissionais do Sexo, Pessoas em uso abusivo de drogas e em situação de rua e população privada de liberdade), expandindo inclusive, o número de locais para localização de dispensers em relação à 2018;
2. Ofertar testes rápidos de HIV e Sífilis para 100% das pessoas pertencentes às populações mais vulneráveis (usuários de drogas, população em situação de rua, HSH, Profissionais do sexo, população privada de liberdade) nos seus espaços de sociabilidade e também nas unidades de saúde, bem como

teste rápido de HIV para 100% das pessoas diagnosticadas com Tuberculose Pulmonar

3. Ofertar no mínimo 2 (dois) testes rápidos para HIV e Sífilis para 100% das gestantes em todas as UBS e nas Maternidades por ocasião do parto, visando reduzir a transmissão vertical (TV) da sífilis para 4,5/1000 nascidos vivos e do HIV para 2,3% das crianças expostas;
4. Realizar 3 (três) campanhas e eventos do calendário nacional (março mulher, outubro rosa, novembro azul), apoiar os eventos regionais relacionados às DST/AIDS e produzir materiais educativos/informativos com acessibilidade à população geral e às mais vulneráveis
5. Realizar trabalhos educativos com 100 % da população jovem das escolas estaduais para importância da prevenção às DST/AIDS através da estratégia dos pares
6. Ampliar em 60% o número de UBS com profissionais capacitados para o tratamento das DST, por meio da Abordagem Sindrômica
7. Capacitar 100 % dos profissionais para as ações de vigilância epidemiológica
8. Disponibilizar os insumos para a redução da transmissão vertical da Sífilis e do HIV
9. Realizar uma capacitação para as equipes multiprofissionais, objetivando a implantação de Profilaxia Pós Exposição Sexual, em todas os serviços de saúde
10. Em conjunto com o programa de hepatites, inserir um campo de informação nas fichas de notificação de casos de HIV e Aids, para identificação daqueles que apresentam coinfeção com hepatites B e C.

RESPONSÁVEIS

Atenção Básica, Organizações da Sociedade Civil (OSC), Saúde Mental, UPA, Serviços Especializados.

INDICADOR DE RESULTADOS

- nº de preservativos masculinos distribuídos para populações vulneráveis em 2019
- nº destes preservativos distribuídos para populações vulneráveis em 2018

- Nº de gestantes testadas com TRD de HIV em 2019 /nº gestantes que iniciaram PN no mesmo ano x 100
- Nº de gestantes testadas com TR de Sífilis em 2019 /nº gestantes que iniciaram PN no mesmo ano x 100
- Nº de TR de HIV realizados em populações mais vulneráveis atendidas nas UBS em 2019
- Nº de TR de Sífilis realizados em populações mais vulneráveis atendidas nas UBS em 2019
- nº de TR de Sífilis realizados em populações mais vulneráveis atendidas nas UBS em 2013 /
- Nº de TR de HIV realizados em pessoas diagnosticadas com Tuberculose Pulmonar nas UBS em 2019
- nº de TR de HIV realizados em pessoas diagnosticadas com Tuberculose Pulmonar nas UBS em 2019
- Nº de campanhas e eventos realizados/ programados
- Nº de UBS com profissionais capacitados em abordagem síndrômica em 2019 / nº de UBS em 2017x100
- Nº de pessoas diagnosticadas com DST recebendo tratamento em 2019 / nº de pessoas diagnosticadas com DST no mesmo ano x 100
- Nº de capacitações sobre Profilaxia Pós Exposição Sexual realizadas entre as previstas

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde. PLANO OPERACIONAL REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS- Brasil , 2007
2. Ministério da Saúde -Portaria nº- 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o FLUXOGRAMA LABORATORIAL DA SÍFILIS E A UTILIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA TRIAGEM DA SÍFILIS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS e apresenta outras recomendações.
3. Ministérios da saúde. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV, Portaria nº29, de 17 de dezembro de 2013.
4. Ministério da Saúde – CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS. Brasília 2015

ANEXO I

CRITÉRIOS E PARÂMETROS DO MS 2015 REFERENTE Á HIV/SÍFILIS/

A.1) POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS

Ação prevenção –Testagem para detecção de **0,5 %** da população de **15 anos a 49 anos** (48 pessoas) com diagnóstico de infecção pelo HIV. (população- 9608 pessoas Censo IBGE)

Ação: Acompanhamento

Pacientes estáveis consulta médica/caso de 6/6 meses, se não, diminuir o intervalo das consultas.

Exames: 01 exame Hemograma/caso/ano ,01 exame Contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral do HIV/caso/ano, 01 exame Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)/caso/ano, 01 exame parasitológico de fezes/caso/ano, 01 exame para o diagnóstico de sífilis. (Obs: O diagnóstico de sífilis deve seguir o preconizado na Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011, ou outro documento que venha a substituí-la) 01 exame para detectar anticorpos do tipo IgG para toxoplasma/caso/ano, 01 exame sorológico para HTLV I e II e para doença de Chagas/caso/ano, 01 exame para Dosagem de lipídios/caso/ano,01 exame de Glicemia de jejum/caso/ano,01 exame de Prova tuberculínica (PT)/caso/ano 01 exame radiográfico de tórax./caso/ano

Realizar 1 exame anti-HCV, anti-HAV,HBsAg, antiHBcT, anti-HBs, IgG, toxoplasma que fazem parte da abordagem inicial

Ação-Prevenção-Imunização Administrar vacinas conforme calendário e doses preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações. Todas as vacinas - observar recomendações do Protocolo Clínico

Considerando contagem de LT-CD4 :

- Tríplice viral - 2 doses/caso Com CD4 > 200
- Varicela - 2 doses/caso - Com CD4 > 200
- Vacinação do HPV- mulheres jovens de 9 a 26 anos de idade nas doses tradicionais
- Febre Amarela - 1 dose/caso
- Dupla adulto - 3 doses/caso; com reforço a cada 10 anos
- Haemophilus influenzae tipo b (Hib) - 2 doses/caso. Nos < 19 anos não vacinados
- Hepatite A - 2 doses (0 e 6 meses)/caso
- Hepatite B - Dose dobrada administrada em 4 doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 doses)/caso
- Streptococcus Pneumoniae (23valente) - Nos casos com CD4 > 200 e 1 reforço apenas em 5 anos dose/caso
- Influenza - 1 dose/caso/ano

Ação de acompanhamento - Atendimento multiprofissional

- Consultas com profissionais de nível superior (exceto médicos) na AB:

- Farmacêutico - 4 consultas/caso/ano
- Enfermagem - 4 consultas/caso/ano
- Assistente social - 4 consultas/caso/ano
- Psicólogo - 12 consultas/caso/ano
- Nutricionista - 3 consultas/caso/ano
- Odontologia - 2 consultas/caso/ano
- Fisioterapia - 2 consultas/caso/ano

Acompanhamento - Atendimento odontológico

Consulta odontológica - Métodos de higiene bucal 04 consultas odontológicas/caso/ano

A.2) GESTANTES EM GERAL(Nascidos vivos do ano anterior + 5%)

Exames 02 testes rápidos de sífilis/gestante/ano, na 1ª consulta ou 1º trimestre e 3º trimestre de gestação

(Obs. O diagnóstico de sífilis deve seguir o preconizado na Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011, ou outro documento que venha a substituí-la)

02 testes rápidos de HIV/gestante/ano, na 1ª consulta ou 1º trimestre e 3º trimestre de gestação, e ainda no momento do parto para aquelas que não tenham sido testadas para HIV no pré-natal ou que não disponham do resultado do mesmo para admissão para o parto.

Obs. O diagnóstico do HIV deve seguir o preconizado no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, aprovado pela Portaria nº29, de 17 de dezembro de 2013, ou por outro documento que venha a substituí-lo.

A3 GESTANTES COM HIV

Prevalência nacional de HIV entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,38%

Consulta

06 consultas médicas /caso/ano (pré-natal) 06 consultas enfermagem/caso/ano (pré-natal) no SAE

Dispensação de medicamentos- Oferecer a 100 % das gestantes - terapia ARV tripla.

Exames laboratoriais CD4+: 03 exames /caso/ano; Carga viral: 03 exames /caso/ano

A.4 GESTANTES COM SÍFILIS: Prevalência nacional de sífilis entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,85%

Realizar controle com testes sorológicos não treponêmicos/paciente diagnosticado com sífilis após tratamento mensal durante o período gestacional.

Continuar o controle de 3/3 meses após o parto durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento a cada 6 meses até estabilização.

Teste não treponêmico quantitativo: 02 exames/parceiro sexual/ano;

Dispensação de medicamentos Penicilina: administrar em 100% das gestantes e em 100% dos parceiros sexuais;

Consulta 06 consultas médicas /caso/ano (pré-natal) 06 consultas enfermagem/caso/ano (pré-natal)

A.4 CRIANÇAS DE ATÉ 18 MESES EXPOSTAS AO HIV:

Gestantes infectadas pelo HIV – taxa de detecção 0.25% dos nascidos vivos

Exames

05 hemogramas/caso/ano;

03 provas de função hepática (AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas)/caso/ano;

03 sorologias HIV/caso/ano Sempre que houver dúvidas em relação ao estado de infecção da mãe

02 Cargas Virais/caso/ano;

01 sorologia para toxoplasmose/caso/ano;

01 sorologia para rubéola/caso/ano,

01 sorologia para citomegalovírus/caso/ano;

01 sorologia para herpes simples/caso/ano;

02 exames de CD4/CD8/caso/ano;

01 HTLV 1/2/caso/ano;

04 glicemias/caso/ano

Tratamento

Consultas 09 consultas/caso/ano

Dispensação de medicamentos- Oferecer a 100% das crianças expostas a profilaxia com antirretroviral, conforme protocolo vigente

A.3 CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE COM SÍFILIS CONGÊNITA:

Taxa de incidência 0,47% dos nascidos vivos

Consultas

09 consultas/caso/ano ano

01 avaliação audiológica

01 avaliação oftalmológica

01 avaliação neurológica

Exames

01 Hemograma/caso/ano;

01 Radiografia dos ossos longos/caso/ano;

01 Punção lombar/caso/ano (realizar mais 02 punções lombar, se líquido alterado

05 testes não treponêmicos quantitativos/caso/ano + realizar 01 teste treponêmico após 18 meses;

Administração de medicamentos

Penicilina cristalina intravenosa: a 100% das crianças, 10 dias/criança/ano

A detecção de anticorpos para sífilis, em crianças com idade inferior a 18 meses, não caracteriza infecção, em virtude da transferência dos anticorpos maternos ao feto, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

15 - HEPATITES VIRAIS

PROPOSTA PARA TRABALHO COM TEMA

INTRODUÇÃO

As Hepatites Virais são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Comportam-se como doenças silenciosas e assintomáticas, em fase inicial, apresentando complicações tardias das formas agudas e crônicas das hepatites B e C, que podem levar à cirrose, carcinoma hepatocelular e até mesmo a morte.

O Brasil registrou 40,1 mil casos novos de hepatites virais em 2017. A hepatite A é comumente transmitida por água e alimentos contaminados. O Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde informa que os casos da doença mais que dobraram em homens de 20 a 39 anos. No estado de São Paulo o número saltou de 155 casos, em 2016, para 1.108 em 2017. Surtos recentes têm sido relatados pelas práticas sexuais, com transmissão oral-anal, no estado. O município de São Paulo em 2017 notificou 786 casos dos quais 302 foram atribuídos a transmissão sexual.

A vacina para hepatite A está disponível no SUS, sendo oferecida no Calendário Nacional de Vacinação para crianças a partir de 15 meses a 5 anos de idade incompletos. Entretanto, no estado de São Paulo, a vacinação está disponível também para homens que fazem sexo com homens.

Em relação à hepatite B, os últimos 10 anos apresentaram pouca variação. Foram 14,7 mil casos em 2016 e 13,4 mil em 2017. A transmissão se dá por sangue contaminado, sexo desprotegido, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes e por transmissão vertical.

A vacina para hepatite B está disponível no SUS para todas as pessoas. Na criança, é dada em quatro doses, sendo preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Nos adultos, que não se vacinaram na infância, são três doses. Em 2017, foram distribuídas 18 milhões de vacinas para todo o país e atualmente, 31,1 mil pacientes estão em tratamento para a doença.

A hepatite C acomete, principalmente, os adultos acima de 40 anos. Foram notificados, desde o final da década de 90, 331,8 mil pessoas com a doença. Foram 24,4 mil casos registrados em 2017. O tratamento com os antivirais de ação direta, disponível no SUS desde 2015, apresentam taxas de curas superiores a 90%. A doença é transmitida por sangue contaminado, sexo desprotegido, compartilhamento de objetos perfuro-cortantes.

Um plano pactuado entre o Ministério da Saúde, estados e municípios, pretende eliminar a hepatite C no Brasil até 2030. A ideia é simplificar o diagnóstico, ampliar a testagem e fortalecer o atendimento às hepatites virais. Atualmente, a hepatite C tem o maior número de notificações dentre todas as hepatites. Em 2017, a taxa de incidência foi de 11,9 casos por cada 100 mil habitantes. São mais de um milhão de pessoas que tiveram contato com o vírus do tipo C, o que representa 0,71% da população brasileira. Lançado nesta quarta-feira (04), o plano irá definir as populações prioritárias para tratamento, além de avaliar a incorporação de novas tecnologias.

A diretora do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, Adele Benzaken, explica que o maior desafio do Plano é

realizar a busca das pessoas que, ainda que diagnosticadas não estão em tratamento e daquelas que ainda não foram diagnosticadas. "A hepatite C é uma doença silenciosa. Muitas pessoas estão com o vírus da hepatite C e não apresentam nenhum sintoma, então diagnosticar e tratar essas pessoas da forma mais rápida possível é essencial para a qualidade de vida dessas pessoas e também para a saúde pública", enfatizou a diretora.

A prevenção é uma forma de proteção a população e avanços tecnológicos como a imunização.

O Ministério da saúde acaba de publicar neste ano, 2ª edição do Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Nesta versão, o manual **destaca a utilização dos testes rápidos** como estratégia para a ampliação do diagnóstico das hepatites virais. Os testes rápidos agora podem ser utilizados para investigação inicial nos fluxogramas de diagnóstico das hepatites B e C e a complementação diagnóstica, após um resultado reagente para detecção do HBsAg ou para anti-HCV, pode ser feita utilizando teste molecular.

O manual destaca o uso da testagem rápida como estratégia para ampliação do acesso ao diagnóstico das hepatites B e C. As mudanças também consideram protocolos de diagnóstico internacionais, que preconizam o diagnóstico rápido das hepatites virais e o encaminhamento oportuno das pessoas infectadas para o tratamento.

Destaca-se que o diagnóstico preciso e precoce permite um tratamento adequado das hepatites e impacta diretamente a qualidade de vida do indivíduo, sendo ainda um poderoso instrumento de prevenção de complicações mais frequentes, como cirrose avançada e câncer hepático.

O uso dos TR constitui uma ferramenta importante no cenário epidemiológico brasileiro, pois a maior parte dos indivíduos é diagnosticada na fase crônica da doença. A seguir, estão descritas as principais situações nas quais o Ministério da Saúde indica o uso de TR:

a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;

b) Programas do Ministério da Saúde, tais como Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, Quero Fazer, dentre outros;

c) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Unidade de Testagem Móvel (UTM);

d) Segmentos populacionais flutuantes;

e) Populações vulneráveis:

Hepatite B : homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que fazem uso de drogas, pessoas privadas de liberdade, indivíduos em situação de rua, indígenas, quilombolas, indivíduos nascidos em áreas endêmicas;

Hepatite C: indivíduos com 45 anos de idade ou mais, indivíduos que realizaram transfusão, transplante, compartilhamento de material de injeção, indivíduos em uso de hemodiálise.

f) Comunicantes de pessoas vivendo com hepatites virais;

g) Acidentes biológicos ocupacionais;

- h) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;**
- i) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal, ou quando não se conhece o resultado do teste no momento do parto;**
- j) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;**
- k) Laboratórios que realizam pequenas rotinas (rotinas com até cinco amostras diárias para diagnóstico da infecção pela hepatite B ou C);**
- l) Pessoas em situação de violência sexual;**
- m) Indivíduos portadores de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST);**
- n) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) para ações de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids.**

A proposta deste Projeto é contribuir para a redução das hepatites virais mediante ações de prevenção, de estímulo à detecção e acompanhamento dos infectados. Orientar a Sociedade sobre a prevenção e detecção das hepatites virais e onde tratá-las; Acolhimento, apoio e acompanhamento aos portadores de hepatites virais.

OBJETIVO GERAL- redução da morbi-mortalidade Hepatites Virais no Município de Ribeirão Branco-SP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar o acesso da população geral e das mais vulneráveis às informações sobre as formas de transmissão das Hepatites Virais
- Garantir o acesso da população vulnerável à vacina contra hepatite B e A
- Ampliar o acesso da população vulnerável à testagem sorológica para hepatite B e C
- Tratar casos de Hepatites em 100 % da população diagnosticada

AÇÕES

- Ampliar a distribuição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante em complementação à oferta do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais
- Assegurar a oferta de testes rápidos para hepatite B e C para todas as UBS e para populações mais vulneráveis (usuários de drogas, população em situação de rua, HSH, Profissionais do sexo), dentro e fora do setor Saúde
- Ampliar acesso à testagem sorológica para HIV e Sífilis para portadores de hepatites virais
- Realizar e apoiar campanhas e eventos relacionados às hepatites do calendário nacional

- Assegurar o acesso da população alvo ao diagnóstico oportuno e tratamento resolutivo das Hepatites Virais
- Assegurar que 100% das pessoas diagnosticadas com hepatites Virais que demandam os serviços de saúde municipais tenham acesso ao tratamento oportuno das hepatites

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

A) NA POPULAÇÃO EM GERAL

A.1 Vacinação contra hepatite B

- 100% da população até 49 anos,
- 100% dos que apresentam HBsAg e/ou anti-HBc negativos
- 100% dos portadores de outras hepatopatias
- 100% dos contatantes domiciliares e parceiros sexuais de portadores de hepatite B.
- 100% da população acima de 49 anos que buscar a vacina independente da comprovação da indicação.

A.2 Imunoglobulina Anti-Hepatite B (HBIG)

Ofertar a imunoglobulina a 100% das pessoas nas seguintes situações especiais:

- Prevenção da infecção perinatal pelo HBV;
- Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B;
- Vítimas de violência sexual;
- Imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.

A.3 Vacinação contra hepatite A

- Vacinar 100% da população com indicação clínica:

B) GESTANTES (Nascidos vivos do ano anterior + 5%)

- Vacinar 100% das gestantes que apresentam HBsAg e/ou anti-HBc e/ou anti-HBs negativos, a partir do primeiro trimestre da gestação.
- Recém-nascidos: (Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados = SINASC × Fator de correção do sub-registro 1,05)
- Vistoriar as cadernetas de vacina de 100% dos RN para averiguar a realização da primeira dose da vacina hepatite B (monovalente) na maternidade (primeiras 12 horas de vida) e completar o esquema vacinal com mais 3 doses (pentavalente) até o sexto mês de vida.

C) POPULAÇÃO DE 12 MESES ATÉ 24 MESES: (Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados - proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (nascidos vivos SINASC $\times$ fator correção subregistro $\times$ 0,98)

- Testar 100% das crianças de 12 e 18 meses para o HBsAg de mães HBsAg positivas.
- Testar 100% das crianças de 12 e 18 meses para o anti-HBs de mães HBsAg positivas
- Administrar uma dose de HBIG a 100% dos RN de mães HBsAg positivas (nas primeiras 12 horas de vida)
- Vacinar 100% da população de 12 meses até 24 meses.

D) INDIVÍDUO PORTADOR DE HEPATITES

Portadores de HBSAG reagente, pacientes portadores de Hepatite B Crônica sem Cirrose até 35 anos de idade, Hepatite B Crônica com Cirrose até 35 anos de idade, portadores de Hepatite C (Indivíduo portador de teste anti-HCV reagente), portadores de Hepatite C Crônica com Cirrose

- Seguir tratamento e acompanhamento estabelecido pelo Ministério da saúde – Critérios e Parâmetros para o Planejamento e programação de ações e serviços de saúde no Âmbito do SUS Brasília 2015

RESPONSÁVEIS

Atenção Básica, Organizações da Sociedade Civil (OSC), Saúde Mental, UPA, Serviços Especializados.

Indicador de resultados:

- Número de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante distribuídos
- Numero de testes rápidos para hepatite B e C realizados
- Campanhas e eventos relacionados às hepatites do calendário nacional realizados
- Número de pessoas tratadas / numero de pessoas diagnosticadas com hepatites Virais

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ministério da Saúde – CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS. Brasília 2015.
2. Ministério da Saúde. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DAS HEPATITES VIRAIS, Brasília, 2018.
3. www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais

16 -PROPOSTA SOCIAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS HEPATITES VIRAIS

INTRODUÇÃO

As Hepatites Virais são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Comportam-se como doenças silenciosas e assintomáticas, em fase inicial, apresentando complicações tardias das formas agudas e crônicas das hepatites B e C, que podem levar à cirrose, carcinoma hepatocelular e até mesmo a morte. Os agentes etiológicos das hepatites virais são os chamados vírus hepatotrópicos, sendo os mais importantes designados por letras do alfabeto (vírus A, vírus C, vírus D e vírus E). do alfabeto (vírus A, vírus C, vírus D e vírus E). Dados do Ministério da Saúde, registram 514.678 de casos confirmados, registrando-se 161.605 (31,4%) Hepatite A; 196.701 (382%) Hepatite B; 152.712 (29,7%) Hepatite C; 3.660 (0,7%) Hepatite D.

A alta incidência das hepatites virais, a ausência de sintomatologia inicial, e as complicações severas como cirrose, hidropisia, que podem se tornar mais complicada a exemplo de encefalopatia hepática, ou mesmo um transplante, exigem tratamentos de alto custo tanto para as instituições de Saúde, como para o paciente além dos incômodos severos da doença e do tratamento para o paciente. A prevenção é uma forma de proteção a população e avanços tecnológicos como a imunização pela vacina da Hepatite B.

Estudos mostram que a vacina contra o a Hepatite B tem sido eficaz, assim como, o aconselhamento e divulgação de informações contribuem para a prevenção da Hepatite C. O Ministério da saúde afirma que a “Educação e divulgação do problema são fundamentais para prevenir a hepatite B e C, inclusive entre jovens; também tem sido referenciado que os jovens e adolescentes de baixo nível socioeconômico constituem grupos de risco, por apresentarem alta prevalência da hepatite B em quatro capitais brasileiras.

PROPOSTA

A proposta deste Projeto é contribuir para a redução das hepatites virais mediante ações de prevenção, de estímulo à detecção e acompanhamento dos infectados; Orientar a Sociedade sobre a prevenção e detecção das hepatites virais e onde tratá-las; Acolhimento, apoio e acompanhamento social aos portadores de hepatites virais.

Pretende-se realizar ações voltadas para Jovens matriculados na rede Estadual de ensino, Líderes comunitários e Agentes de Saúde do Município de Ribeirão Branco-SP.

Em concordância com a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, viabilizar e efetivar alguns dos princípios do SUS como a: Integralidade, por meio da “promoção, proteção e recuperação” em Hepatites Virais “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e Participação da comunidade, por meio de ações que desperte na população o interesse no processo de formulação, avaliação e efetivação das políticas de saúde em Hepatites Virais e a Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do projeto são estudantes jovens e adolescentes matriculados na rede Estadual de Ensino do Município de Ribeirão Branco (980), Líderes Comunitários (6) e Agentes de Saúde (40) que serão informados e sensibilizados para atuarem como multiplicadores da prevenção.

OBJETIVO GERAL

Informar e estimular a prevenção das hepatites virais em alunos matriculados na Rede Estadual de Ensino extensivo aos líderes comunitários e agentes de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ☐ Estimular a Vacinação da Hepatite B, em jovens matriculados na Rede Estadual de Ensino (980, fonte IBGE);
- ☐ Estimular a realização de testagem rápida para detecção das Hepatites B e C em jovens matriculados na Rede Estadual de Ensino (980 jovens pelo IBGE);
- ☐ Realizar o Acompanhamento Social dos portadores de HV visando a emancipação e efetivação de direitos sociais dos Portadores de Hepatites Virais;
- ☐ Capacitar e estimular líderes comunitários e Agentes de Saúde para atuarem como agentes multiplicadores da Prevenção e Diagnostico em Hepatites Virais;
- ☐ Fomentar a importância da participação da comunidade para a efetivação e garantia das políticas públicas de saúde e defesa dos direitos, relacionadas ao enfrentamento das Hepatites Virais.

RESULTADOS ESPERADOS

- ☐ Estimular o indivíduo a reconhecer-se como sujeito na prevenção e manutenção da sua saúde;
- ☐ Desenvolver no público alvo o interesse na construção e efetivação de políticas relacionadas à promoção e à defesa dos direitos humanos em saúde, especialmente aqueles relacionados ao enfrentamento das hepatites virais;
- ☐ Aumento na vacinação contra a Hepatite B na UBS do bairro onde o projeto será executado;
- ☐ Aumento na realização de testagens rápidas das Hepatites B e C na UBS onde o projeto será executado;
- ☐ Empoderamento de Líderes comunitários e Agentes de Saúde, garantindo que estejam cientes de sua importância na efetivação de políticas, Prevenção e Diagnostico em Hepatites Virais

METODOLOGIA

A metodologia utilizada será a Pesquisa Ação que é “realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (GIL, 2008).

O projeto será classificada em 3 fases.

1-Organização da Equipe Técnica.

2- Execução – ações em 5 escolas da Rede Estadual de Ensino do Município de Ribeirão Branco - Apresentação do Projeto, através de palestra e distribuição de folhetos para os jovens e adolescentes;

- Roda de bate entre os Jovens e adolescentes sobre Hepatites Virais - causas e consequências;

- Roda de bate papo sobre o papel do Estado e da sociedade na efetivação de políticas, Prevenção e Diagnostico em Hepatites Virais

- Realização de uma gincana entre nas 5 escolas Estaduais de ensino do município de Ribeirão Branco. A gincana terá como objetivo estimular de forma lúdica os jovens e adolescentes a tomar a vacina e fazer a testagens nos postos de saúde e através de atividades recreativas estimular a efetivação da cidadania e mobilização da comunidade vizinha.

- Roda de conversa e Capacitação de Líderes comunitários e Agentes de Saúde, visando a sua participação na efetivação de políticas, Prevenção e Diagnostico em Hepatites Virais

Obs.: Durante a execução das ações será realizado o monitoramento do Projeto que consiste em observar, coletar dados e analisar resultados durante a execução do projeto

3- Avaliação do Projeto: baseando-se nos dados coletados no monitoramento, com o objetivo de analisar a eficiência do Projeto e seus impactos no público alvo (1026 pessoas).

PESSOAS ATINGIDAS DIRETAMENTE PELAS AÇÕES DO PROJETO

Estima-se 1026 pessoas diretamente, que representa 100% do publico alvo.

PESSOAS QUE PODERÃO SER ATINGIDAS INDIRETAMENTE PELAS AÇÕES DO PROJETO

700 pessoas indiretamente, que representa demais pessoas de 15 a 19 anos moradores em torno das escolas.

SUSTENTABILIDADE DAS AÇÕES APÓS O TÉRMINO DO PROJETO

A continuidade e o acompanhamento das ações do Projeto, nos bairros trabalhados, serão realizados, via monitoramento de relatórios das UBS relativos às vacinações contra hepatite B e testagens rápidas das Hepatites B e C e o encaminhamento dos casos positivos para registro e orientação dos serviços sociais, relacionados aos infectados. Estimular os estudantes, líderes comunitários e Agentes de Saúde, sensibilizados pelo projeto, para a formação de um núcleo de apoio atuando como voluntários a distância junto a comunidade e como um núcleo de apoio à campanha **anual Julho Amarelo**

Período de execução

06/07/2019 a 31/07/2019

73 ANEXO II : COMISSÕES TÉCNICAS E INSTITUCIONAIS DE GESTÃO DE SAÚDE

ANEXO - COMISSÕES DA GESTÃO DE SAÚDE

1 ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

Anexo I - Roteiro de avaliação

Anexo II - Declaração conflito de interesse

Anexo III - Solicitação de alteração inclusão exclusão pela equipe médica

Anexo IV - Solicitação de alteração inclusão

Anexo V - Solicitação de alteração exclusão

comissão Assistência farmacêutica

PLANO DE AÇÃO COM ASSIST FARMAC

Reg Int Assist Farmac

2 CONTROLE INFECÇÃO

PROPOSTA CONSTITUIÇÃO CCIH

REGIMENTO INTERNO CCIH

3 ETICA

PLANO DE AÇÃO COM ETICA

regimento CEEenf

regimento CEM

4 ÓBITOS

comissão revisão óbitos

PLANO DE AÇÃO COM REV OBITO

reg int rev obito

5 PADRONIZAÇÃO

PROPOSTA COMISSÃO padronização

regimento PADRONIZAÇÃO

6 PRONTUÁRIOS

comissão revisão prontuários

PLANO DE AÇÃO COM REV PRONT

regimento CRP

7 RESÍDUOS

PROPOSTA COMISSÃO GER RESIDUOS

regimento Residuos

**ANEXO III-
PROTOCOLOS OPERACIONAIS DE SAÚDE
Disponibilizado em mídia conforme edital chamamento público 04/2018**

**ANEXO IV:
MANUAIS DIRETRIZES E NORMAS TÉCNICAS DE SAÚDE
Disponibilizado em mídia conforme edital chamamento público 04/2018**

ANEXO - NORMATIVAS- DIRETRIZES - PROTOCOLOS DE SAÚDE

- 1 ACOLHIMENTO CADERNO GERAL(EDITADO)
- 2 acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia
- 3 acolhimento_praticas produção
- 4 acs e medicam guia facilit
- 5 acs trabalho_agentes_saude_promocao_medicamentos
- 6 anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed
- 7 assist farmacêutica
- 8 Assistência Farmacêutica(EDITADADO)
- 9 atenção domiciliar_1
- 10 atenção domiciliar_2
- 11 atenção domiciliar_3
- 12 atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed
- 13 cadernos_humanizasus_atencao_basica
- 14 cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar
- 15 cadernos_humanizaSUS_ formação
- 16 cartilha_acolhimento
- 17 Cartilha_Assistencia_Farmaceutica_no_servico_publico(Editado)
- 18 cartilhas_documento_base_humanização
- 19 clinica_ampliada_compartilhada
- 20 controle_doencas_sexualmente_transmissiveis
- 21 desenvolvimento_da_crianca_2017
- 22 diretriz demanda espontânea I
- 23 diretriz demanda espontânea II
- 24 diretriz diabetes
- 25 diretriz doença crônica_obesidade
- 26 diretriz doença crônica_tabagismo

- 27 diretriz doenças crônicas
- 28 diretriz HIV_hepatites_DSTs
- 29 diretriz praticas integrativas
- 30 diretriz pré_natal baixo risco
- 31 diretriz rastreamento
- 32 diretriz saude bucal
- 33 diretriz saúde da criança _ desenvolvimento
- 34 diretriz saúde mental
- 35 diretriz_cancer mama e colo útero
- 36 Diretriz_doenças_respiratórias
- 37 Diretriz_Prénatal_Febrasgo
- 38 diretriz_procedimentos
- 39 diretriz_saude_crianca_aleitamento_materno
- 40 diretriz_saude_crianca_aleitamento_materno
- 41 Diretrizes oxigenoterapia domiciliar(EDITADO)
- 42 diretrizes_cuidado_doenças_crônicas
- 43 diretrizes_doencas_cronicas
- 44 diretrizes_nacionais_implantacao_estrategia_esus
- 45 educação popular em saúde
- 46 equipamentos_gerenciamento1
- 47 guia_acs
- 48 Humanização_saude_mental_volume_5
- 49 instrutivo_metodologia_trabalho_nutricao_ab
- 50 linhas_cuidado_hipertensao_diabetes
- 51 manual_de_recomendacoes_Tuberculose
- 52 Manual_Diabetes_SES
- 53 Manual_do_Adolescente
- 54 manual_gerenciamento_residuos
- 55 manual_manejo_dst
- 56 manual_primeiros_socorros
- 57 manual_psf_original_2001
- 58 manual_tecnico_gestacao_alto_risco
- 59 manual_tecnicoii
- 60 ManualTecnico(EDITADO)

- 61 orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos
 - 62 parto_nascimento_domiciliar_parteiras_impresso
 - 63 pnab
 - 64 prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed
 - 65 protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis
 - 66 protocolo_saude_mulher2016
 - 67 protocolos_AB_vol1_Endocrinologia_Nefrologia
 - 68 Protocolos_AB_Vol2_Cardiologia
 - 69 Protocolos_AB_vol3_reumatologia_ortopedia
 - 70 Protocolos_AB_vol4_ginecologia
 - 71 Protocolos_AB_vol5_cirurgia_toracica_pneumologia
 - 72 Protocolos_AB_vol6_urologia
 - 73 Protocolos_AB_vol7_proctologia
 - 74 Protocolos_AB_vol8_hematologia
 - 75 regulação
 - 76 saude_escola_guia_sugestao_atividades
 - 77 saude_populacao_negra
 - 78 sistema_monitoramento_avaliação
 - 79 TUBERCULOSE_Orient_coleta_escarro
 - 80 2 - Proj. Protocolo de Enfermagem (PI Trabalho 13 jun 2019)
-

**ANEXO V : DOCUMENTOS ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

8 - DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de comprovação junto à Prefeitura Municipal de Ribeirão Branco, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem quaisquer débitos ou situações de inadimplência com o Município de Ribeirão Branco ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento do Município para aplicação na forma prevista e determinada por este Plano de Trabalho. A Administração Pública fica também autorizada a utilizar e veicular, da melhor forma que lhe convier, todas as imagens, dados e resultados aferidos no presente Plano de Trabalho.

Pede deferimento.

Local e Data

Proponente

9 - APROVAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

_____ **APROVADO**

_____ **APROVADO COM RESSALVAS**, com possibilidade de celebração da parceria, devendo o administrador público cumprir o que houver sido ressaltado ou, mediante ato formal, justificar as razões pelas quais deixou de fazê-lo.

_____ **REPROVADO**

Local e Data

Responsável pelo órgão técnico

SUMÁRIO	PÁGINAS
1 - DADOS CADASTRAIS	1
2 - INTRODUÇÃO 3-CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO 4- HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO 5- EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE 6- MODELO DE GESTÃO 7- Monitoramento e avaliação 8- Nossa experiência e área de atuação 9- Estrutura diretiva da OSS - ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS 10 - Estrutura Diretiva Macro Institucional 11- Recursos humanos primários da OSS-SALUS & SALUTIS	
12 - PROJETO - PLANO DE TRABALHO	14
13- Prazo de Execução 14 PÚBLICO ALVO 15 OBJETO DA PARCERIA	
16 OBJETIVO GERAL	15
17 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
18 METODOLOGIA DE TRABALHO	18
19 DIAGNÓSTICO - Situação Social, Saúde e Indicadores do Município de Ribeirão Branco	20
20 - Despesas, Receitas Orçamentárias e PIB Produto Interno Bruto (Valor Adicionado) Produto Interno Bruto dos Municípios - 2013 Produto Interno Bruto <i>per capita</i> 2010 - 2013 Pessoas Ocupadas por Setor 2007 - 2013 Docentes por nível Números de escolas por nível Matrículas por nível Número de matrículas, por série escolar 2008 – 2015 Frota municipal de veículos Evolução Populacional Pirâmide Etária Destino final do lixo Rendimento domiciliar percapita População Residente por situação do domicílio e sexo - 2010 Numero de eleitores, por grupos de idade - 2010	

Índice de Desenvolvimento Humano - 2010	
Esabelecimentos de Saúde	
Morbidade	
Mortalidade Infantil 2008 - 2014	
20 - ÁREA DE ATIVIDADE	36
21 Organização da Atividade	36
22 - Implantação de Fluxos de Serviços de Saúde	39
23 Fluxo de Curativo/Sutura	42
24 FLUXO PADRÃO DO ATENDIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DE RIBEIRÃO BRANCO	42
25 FLUXO DO PACIENTE DE ATENDIMENTO IMEDIATO	43
26 Fluxo operacional para material médico hospitalar e medicamentos	43
27 Fluxos para registros e documentos.	45
28 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados.	47
29 Fluxo unidirecional para roupas.	47
30 Fluxo das roupas sujas	49
31 Fluxo das roupas limpas	50
32 - Fluxo unidirecional para resíduos de saúde.	51
33 - Classificação dos Resíduos e Descarte Adequado	52
34 Implantação da Gestão Implantação da Logística de Saúde	55
35 NORMAS E PROCEDIMENTOS DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL	59
36 A NORMA REGULAMENTADORA - NR 32 E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	71
37 Proposta para Regimento Interno da unidade	72
38 CÓDIGO DE CONDUTA E ÉTICA DAS UNIDADES DE SAÚDE	74
39 CÓDIGO DE POSTURA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	80
41 Proposta para Regimento do Corpo Clínico	88
42 Do Serviço de Nutrição e Dietética	93
43 Implantação de Processos	94
44 Instrução / manual de Desenvolvimento Financeiro	97
45 Manual de Gerencia do Almoxarifado	99
46 Proposta de Educação em Saúde/Capacitação	102
47 Proposta da ORGANIZAÇÃO SOCIAL SALUS & SALUTIS para Educação Permanente em Saúde e Capacitação	106

48 - Pactuação Integrada de Saúde - Produção Estimada Mensal de Atendimentos em saúde - Procedimentos e Referências em Saúde	112
49 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - SÃO PAULO - POR LOCAL DE ATENDIMENTO - município Rib Branco	124
50 Produção Estimada Mensal SADT	132
51 - Ações voltadas à Qualidade Objetiva – Quadro de Comissões	135
Comissão de Revisão de Prontuários Comissão de Análise de Óbitos Comissão de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde / CCIH Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente	
52 Ações Voltadas à Qualidade Subjetiva	166
53 Acolhimento	167
54 Proposta para Implantação do Acolhimento dos usuários na unidade com classificação de risco.	167
55- PLANO DE IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS	168
56 Atendimento	
Proposta de Pesquisa Periódica / Contínua de Satisfação do Paciente/Acompanhante, com definição de uso das informações	175
57 Organização Específica do Serviço de Assistência Farmacêutica.	180
58 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE UNITÁRIA	183
59 Descrição do funcionamento da Unidade de Estatística	190
60 Outras Iniciativas	194
Atendimento Humanizado e com Qualidade.	
51 Serviços de Auditoria e Gestão da Qualidade - Regulação Assistencial E Gestão Da Clínica	195
52 Regimento e Manual de Normas e Rotinas	197
53 - Plano de auditoria e gestão de qualidade	202
54 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA.	203
55 Organização dos Recursos Humanos	204

56 Dimensionamento dos Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde cedidos pelo Município conforme edital de chamamento público 04/2018.	205
57 - Dimensionamento dos Recursos Humanos E PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE da ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE .	206
58 Projeto para definição da Política Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes. Criação de Comissão Específica	210
59 REGIMENTO PARA A COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	211
60 Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção, Contrato de trabalho, Avaliação de Produção e Condutas para Combater o Absenteísmo	220
61 Prazos para implantação e pleno funcionamento dos serviços	231
62 Contrareferência com atenção primária, serviços especializados e com os hospitais.	233
63 - Descrição de funcionamento da Manutenção Predial, descrição de funcionamento da manutenção de equipamentos e orçamentos dedicados aos mesmos.	235
64 Da proposta de trabalho e as diretrizes da Secretaria de Saúde de RIBEIRÃO BRANCO	239
65 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE METAS	247
66 PREÇO, - PROPOSTA ECONÔMICA - DESPESAS DE CUSTEIO - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO MEDIANTE ASPECTOS DE GESTÃO E EXECUÇÃO APRESENTADOS	253
67 PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (R\$ 1,00)	257
68 CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)	258
69 ESTIMATIVA DE VALORES A SEREM RECOLHIDOS PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS E TRABALHISTAS	259

70 MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS – MENSAL E FINAL	260
71 RECEITAS OPERACIONAIS - CRONOGRAMA MENSAL DE APLICAÇÃO	261
72 - ANEXOS INTEGRANTES AO PLANO DE TRABALHO EM TELA	267
ANEXO I : PROPOSTA PROJETOS E FLUXOS DE TRABALHO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	267-268
11- - Proj. Regimento Interno da USF (PI Trabalho 13 Jun 2019) 22 - Proj. Plano Urgência e Emergência (PI Trabalho 13 Jun 2019) 32 - Proj. Gestão em Enfermagem (PI Trabalho 13 Jun 2019) 42 - Proj. Acolhimento Social em Saúde (PI Trabalho 13 Jun 2019) 52 - Proj. Educação em Saúde (PI Trabalho 13 Jun 2019) 62 - Proj. Assistências e Sociais Gerais (PI Trabalho 13 Jun 2019) 72 - Proj. Plano Técnico informações (PI Trabalho 13 Jun 2019) 82 - Proj. Fluxograma SAMI (PI Trabalho 13 Jun 2019) 92 - Proj. Plano Hipertensão Arterial (PI Trabalho 13 Jun 2019) 102 - Proj. Plano Saúde Bucal (PI Trabalho 13 Jun 2019) 112 - Proj. Amigas do Peito (PI Trabalho 13 Jun 2019) 122 - Proj. Prevenção das DST - HIV (PI Trabalho Jun 2019) 132 - Proj. Plano Vigilância em Saúde (PI Trabalho 13 Jun 2019) 142 - Proj. Proposta do SAMI (PI Trabalho 13 Jun 2019) 152 - Proj. Proposta para Hepatites Virais (PI Trabalho 13 Jun 2019) 162 - Proj. Proposta Social - Hepatite Escolares (PI Trabalho 13 Jun 2019)	
73 - ANEXO II : COMISSÕES TÉCNICAS E INSTITUCIONAIS DE GESTÃO DE SAÚDE	398
ANEXO - COMISSÕES DA GESTÃO DE SAÚDE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA Anexo I - Roteiro de avaliação Anexo II - Declaração conflito de interesse Anexo III - Solicitação de alteração inclusão exclusão pela equipe médica Anexo IV - Solicitação de alteração inclusão Anexo V - Solicitação de alteração exclusão comissão Assistência farmacêutica PLANO DE AÇÃO COM ASSIST FARMAC Reg Int Assist Farmac	
CONTROLE INFECÇÃO	
PROPOSTA CONSTITUIÇÃO CCIH REGIMENTO INTERNO CCIH	

ETICA	
PLANO DE AÇÃO COM ETICA regimento CEEnf regimento CEM	
ÓBITOS	
comissão revisão óbitos PLANO DE AÇÃO COM REV OBITO reg int rev obito	
PADRONIZAÇÃO	
PROPOSTA COMISSÃO padronização regimento PADRONIZAÇÃO	
PRONTUÁRIOS	
comissão revisão prontuários PLANO DE AÇÃO COM REV PRONT regimento CRP	
RESÍDUOS	
PROPOSTA COMISSÃO GER RESIDUOS regimento Residuos	
74 ANEXO III-	399
PROTOCOLOS OPERACIONAIS DE SAÚDE Disponibilizado em mídia conforme edital chamamento público 04/2018	
ANEXO IV:	399
MANUAIS DIRETRIZES E NORMAS TÉCNICAS DE SAÚDE Disponibilizado em mídia conforme edital chamamento público 04/2018	
ANEXO V : DOCUMENTOS ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA	401
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	