



**INSTITUTO CAMPINAS DE ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE,
EDUCAÇÃO E SOCIAL – ICAASES
CNPJ: 54.671.557/0001-83**

**MUNICÍPIO DE AGUDOS/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

OBJETO:

PLANO DE TRABALHO VISANDO O GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO EMERGENCIAL DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO PROGRAMA: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA (24 HORAS), SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, MUNICÍPIO DE AGUDOS/SP.

**INSTITUTO CAMPINAS DE ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE,
EDUCAÇÃO E SOCIAL – ICAASES
CNPJ: 54.671.557/0001-83**

MUNICÍPIO DE AGUDOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJETO:

Plano de Trabalho visando Gerenciamento e Execução Emergencial de Serviços Complementares de Saúde no Programa: Unidade de Pronto Atendimento – UPA (24 Horas), Secretaria Municipal de Saúde, Município de Agudos-SP.

AGUDOS/SP

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	11
1.1 O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde – RAS	11
1.1.1 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS	17
1.1.2 Rede de Atenção Materna Infantil.....	30
1.1.3 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.....	37
1.1.4 Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas.....	40
1.1.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	43
1.1.6 Atenção Primária à Saúde	44
1.1.6.1 Estratégia Saúde da Família.....	45
1.2 Subsídios no Planejamento de Ações e na Definição de Prioridades	50
1.3 Município de Agudos no Estado de São Paulo	67
1.4 Informações sobre a Área de Atuação e Compromissos na Gestão.....	70
1.4.1 Informações sobre a Área de Atuação - UPA	70
1.4.2 Compromissos na Gestão	73
II. Apresentação do Modelo Gerencial	81
2.1 Modelo Gerencial: Qualidade e Integralidade	81
2.2 Estabelecimento de Contrarreferência com a Rede de Atenção à Saúde ..	89
III. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSSITENCIAIS	92
3.1 Contexto Conceitual.....	92
3.2 Processos Assistenciais e Gerenciais.....	95
3.3 Registro de Documentos de Usuários e Implantação de Prontuários Eletrônicos	101
3.4 Processos Estratégicos na Gestão da UPA.....	103
3.4.1 Organograma da UPA	109
3.4.1.1 Descritivo do Organograma	109
3.5 Apresentação das Metas de Produção Assistencial e dos Indicadores de Qualidade e Desempenho.....	110

IV. ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO	116
A - Serviços administrativos e financeiros.....	116
4.1 Logística de Suprimentos	116
4.1.1 Contextualização	116
4.1.2 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações.....	121
4.2 Instrução / Manual de Desenvolvimento Financeiro.....	125
4.2.1 Indicadores Monitorados.....	129
4.3 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio	130
4.3.1 Introdução.....	130
4.3.1.1 Rotinas do Almoxarifado	131
4.3.1.2 Controle Patrimonial.....	138
4.4 Proposta de Manual de Rotinas para o Faturamento de Procedimentos..	143
4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação	151
B - Gestão de Pessoas e Governança e Educação Permanente	162
4.3.1 Política de Recursos Humanos com enfoque na Humanização.....	162
4.3.1.1 Contextualização	162
4.3.1.1.1 Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos	165
4.3.1.1.2 Educação Permanente.....	177
4.3.1.1.2.1 A Construção de Projetos de Educação Permanente nos Serviços	178
4.3.1.1.2.2 Educação Permanente e Qualidade	183
4.3.1.1.2.3 Uma Proposta: Gestão Estratégica da Educação Permanente em Saúde	185
4.3.1.1.2.4 Educação Permanente e a Capacitação da Equipe Interdisciplinar das Unidades Assistenciais	186
4.3.1.1.2.5 Pesquisa de Clima Organizacional.....	190

4.3.2 Critérios para a Seleção de Pessoal; Contrato de Trabalho; Avaliação de Desempenho e Condutas para combater Absenteísmo e Estimular Produção	196
4.3.2.1 Integração do Trabalhador.....	198
4.3.2.2 Segurança do Trabalho	199
4.3.2.3 Avaliação de Desempenho	200
4.3.2.4 Proposta de Combate ao Absenteísmo	204
4.3.2.5 Registro e Controle de Pessoal	207
4.4 Serviços de Apoio.....	209
4.4.1 Contratação de Terceiros para Serviços de Limpeza e Higienização Hospitalar	209
4.4.2 Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde	244
V. CRONOGRAMA GERAL.....	257

I. INTRODUÇÃO

1.1 O Contexto Atual do Sistema Único de Saúde – SUS e as Redes de Atenção à Saúde – RAS

A **Constituição Federal de 1988** é uma conquista da sociedade brasileira, organizada no Movimento da Reforma Sanitária. Reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade, como os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

A **Constituição de 1988** incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, propostos pelo movimento de Reforma Sanitária, expressos nos artigos 196 a 200:

- O conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais;
- A saúde como direito social universal derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário;
- A caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública;
- A criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade);
- A integração da Saúde à Seguridade Social.

Apesar dos avanços propostos na nova legislação os interesses corporativos do setor privado e as divergências internas no Poder Executivo retardaram sua regulamentação. Apenas em setembro de 1990, a Lei n.º 8.080 — Lei Orgânica da Saúde - foi promulgada.

A **Lei n.º 8.080**, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, regulamentando o capítulo da Saúde na Constituição.

Reafirma princípios e diretrizes como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade da assistência, participação da comunidade, a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, entre outros.

Apesar da proposta aprovada pelo Congresso Nacional, o Presidente Collor efetuou um conjunto de vetos em dois eixos essenciais para a implantação do SUS: o da participação popular e controle social (Conselhos e Conferências de Saúde) e o do financiamento do SUS (transferência direta e automática de recursos a estados e municípios, eliminação de convênios e definição dos critérios de repasse).

Também não foram incluídos dispositivos de regulação do setor privado, inclusive da atenção médica supletiva e do setor de alta tecnologia.

Esses vetos geraram intensa reação do movimento de saúde, coordenado pela Plenária Nacional de Saúde, forçando um acordo entre as lideranças partidárias do Congresso e do Governo, o que resultou na **Lei n.º 8.142**, de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde, que deverão se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Os secretários estaduais de saúde, Conass e os secretários municipais de saúde, Conasems, tiveram representação garantida no Conselho Nacional de Saúde.

A Lei n.º 8.142 dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, criando os Fundos de Saúde em cada instância de governo e determinando que os repasses de recursos sejam feitos automaticamente, de fundo a fundo.

A Lei n.º 8080/90 foi regulamentada pelo Decreto N.º 7.508, de 28 de junho de 2011.

O preceito constitucional do direito à saúde é um projeto nacional, de desenvolvimento sustentável, integrador e distributivo com justiça social.

A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersetorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Esta deve ser a prática permanente em todas as esferas de governo: orientar todas as políticas públicas sob a lógica da cidadania. Para a construção da cidadania e a inclusão social, seja no plano individual ou coletivo, são necessárias ações de diversos setores, implementadas de forma integrada pelas três esferas de governo e o conjunto da sociedade. A intersetorialidade alcança a sua máxima potência nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público de todas as suas ações.

O SUS não pode ser analisado de forma isolada do conjunto da política social e econômica. A garantia do direito à saúde exige um volume crescente de recursos para realizar os investimentos, a manutenção da rede assistencial, o aporte de medicamentos e insumos estratégicos, as ações de vigilância, promoção, prevenção, a educação em saúde, entre tantas outras. Os princípios e as diretrizes de universalidade, equidade, qualidade e resolutividade dos serviços, integralidade e humanização da atenção só podem ser viabilizados com um modelo de financiamento forte, expresso em leis e atos normativos que garantam

o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis. Deve também ser flexível, para oferecer agilidade no uso dos recursos e com sistemas de informação orientados para a sua transparência, possibilitando o controle social sobre todas as etapas do processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

Ao mesmo tempo, é nítida a perspectiva do SUS em racionalizar estes recursos, ao propor uma hierarquização e regionalização no atendimento (níveis de atenção e sistemas de referência e contrarreferência), a divisão de responsabilidades entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e a mudança dos modelos de atenção (prioridade para a organização da atenção primária articulada aos demais níveis).

Apesar desses esforços, o ajuste estrutural representado pela necessidade de redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor saúde, contribui pesadamente para a exclusão imposta a segmentos expressivos da população.

O **Brasil** vive uma situação de saúde caracterizada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças em que convivem as doenças infecciosas, as causas externas e as doenças crônicas, mas com um forte domínio relativo das condições crônicas.

O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade resulta em uma transformação da pirâmide etária da população. O país que tinha, em 2005, aproximadamente, 5% de habitantes com mais de 65 anos, passará a 18% nesse segmento populacional em 2050, mais de 50 milhões de pessoas idosas. Destaca-se que em cinco anos, a população brasileira com 60 anos ou mais cresceu 18,8% entre 2012 e 2017. Esse aumento evidencia o envelhecimento gradativo e foi constatado na pesquisa Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores 2017, publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados indicam, ainda, que a população, ao manter a tendência de envelhecimento dos últimos anos, ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando os 30,2 milhões em 2017. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa crescente incremento relativo de doenças crônicas. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013) cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT). Levantamento, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, revelou que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) – são 34,4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33,4%) portadores de enfermidades crônicas.

A situação epidemiológica brasileira pode ser analisada por várias vertentes: a mortalidade, a morbidade, os fatores de risco e a carga de doenças.

A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, indica que, em 1930, as doenças infecciosas respondiam por 46% e que este valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2003; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam em 2003, por quase 30% de todos os óbitos.

A figura a seguir compara as principais causas de mortalidade em 1990 e 2015. As taxas por Doença isquêmica do coração mantiveram-se em primeiro lugar no ranking tanto em 1990, quanto em 2015, seguida da doença cerebrovascular, Alzheimer passou de 5º para 6º lugar. Em 2015, as infecções respiratórias de vias aéreas inferiores passaram de 3º lugar, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caiu de 3º para 4º lugar, diabetes passou de 7º para 5º lugar, a violência interpessoal cresceu de 9º para 7º lugar. Em 2015 os acidentes de trânsito ocuparam o 8º, as doenças renais crônicas o 9º, seguidas do câncer de pulmão em 10º. Destaca-se a importante queda das diarreias de 8º lugar em 1990 para 36º lugar em 2015, bem com a desnutrição caindo de 19º para 30º, as complicações neonatais do parto prematuro caindo de 10º para 27º lugar.

Figura 01:

1990	2015
1 - Doença isquêmica do coração	1 - Doença isquêmica do coração
2 - Doença cerebrovascular	2 - Doença cerebrovascular
3 - DPOC	3 - Infecções respiratórias inferiores
4 - Infecções respiratórias inferiores	4 - DPOC
5 - Alzheimer	5 - Diabetes
6 - Acidente de trânsito	6 - Alzheimer
7 - Diabetes	7 - Violência interpessoal
8 - Doenças diarreicas	8 - Acidente de trânsito
9 - Violência interpessoal	9 - Doença renal crônica
10 - Complicações neonatais de parto prematuro	10 - Câncer de pulmão
11 - Doença renal crônica	11 - Doença cardíaca hipertensiva
12 - Câncer de estômago	12 - Câncer de próstata
13 - Câncer de pulmão	13 - Câncer colorretal
14 - Doença cardíaca hipertensiva	14 - Câncer de estômago
15 - Cardiomiopatia	15 - Cardiomiopatia
16 - Outras doenças cardiovasculares	16 - Outras doenças cardiovasculares
17 - Câncer de próstata	17 - HIV/AIDS
18 - Cirrose hepatite C	18 - Cirrose hepatite C
19 - Desnutrição proteico-calórica	19 - Quedas
20 - Câncer colorretal	20 - Câncer de mama
21 - Quedas	27 - Complicações neonatais de parto prematuro
22 - Câncer de mama	30 - Desnutrição proteico-calórica
42 - HIV/AIDS	36 - Doenças diarreicas

Fonte: Estudo Carga Global de Doenças. [https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/Malta et al](https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/Malta%20et%20all) - Rev. bras. epidemiol. 2017

A mortalidade proporcional por doenças não transmissíveis, quando se redistribui as mortes mal definidas, é alta em todas as regiões do país, mesmo naquelas mais pobres.

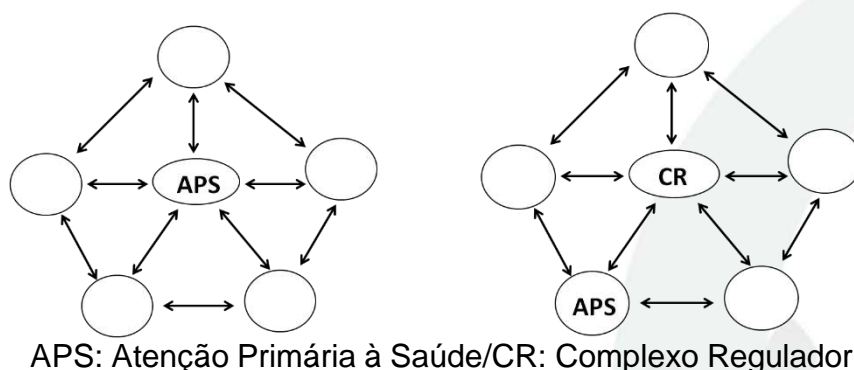
O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituem as **Redes de Atenção à Saúde – RAS**, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crônicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as Redes de Atenção à Saúde – RAS. As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

As diferenças entre as Redes de Atenção às condições crônicas e às condições agudas estão no papel da Atenção Primária à Saúde - APS e na forma de regulação, como mostra a **Figura a seguir**.

Nas Redes de Atenção às Condições Crônicas a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o Centro de Comunicação das RAS, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas Redes de Atenção às Urgências e Emergências, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema. (MENDES, EUGENIO VILAÇA, 2011).

Figura 02: As diferenças entre as redes de atenção às condições agudas e crônicas



O Ministério da Saúde inicia o processo das Redes de Atenção à Saúde com a publicação da PT n.º 4279/GM/2010 que estabelece as Diretrizes orientadoras para o processo de implantação das RAS.

A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A RAS é caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Sua organização exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde.

As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados.

A Portaria também define as atribuições da RAS:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Básica em saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
6. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
14. Gestão baseada em resultados.

Os princípios contemplados na estruturação dos pontos de atenção à saúde devem priorizar o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e a qualidade.

1.1.1 A Área de Urgência e Emergência no Contexto do SUS

A **área de Urgência e Emergência** constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, em consequência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede, são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto por causas naturais este dado encontra-se em queda.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não.

Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “**porta-de-entrada**” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desarticulados da atenção básica e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é a verificada “proliferação” de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”. As doenças do aparelho circulatório representam a principal **causa de óbito** no País (32%) e as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80% dos episódios de morte súbita.

Síntese do Panorama:

Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde:

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde.

Mas, para além destas ações sobre agravos inusitados, temos a observação cotidiana de velhos e repetidos agravos que nos mostram falhas na integralidade da atenção e, em especial, uma importante falta de ações articuladas de educação para a saúde, proteção contra riscos e agentes agressores conhecidos, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas. Assim, podemos observar uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos.

Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos:

Apesar da mudança na Constituição Federal, sendo a saúde considerada direito de todos e dever do Estado, ainda temos a predominância do modelo técnico-assistencial implementado, em especial, durante a ditadura militar. Assim, ainda hoje a estruturação das redes de atenção à saúde está fortemente influenciada por interesses de mercado, marcadamente pela oferta de serviços de alta densidade tecnológica, cujo consumo, foi introjetado pela própria população.

Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica:

Por outro lado, a atenção básica também permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção, trazendo como consequência uma baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo sistematicamente às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade:

Tendo a rede de atenção se estruturado basicamente sobre os dois modelos extremos já mencionados, com pressão de oferta de alta complexidade por um lado e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade por outro, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências.

Assim, observando-se o território nacional, vemos uma rede de unidades de “pronto atendimento” que, funcionando nas 24 horas, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica, funcionando sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade e à estruturação de uma “cadeia de manutenção da vida”.

Má utilização das portas de entrada da alta complexidade:

Por tudo isso, os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grandes serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos.

Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências:

Enquanto nos grandes hospitais os pacientes se amontoam em macas por falta de leitos hospitalares para sua internação ou, ainda pior, ocupam as salas de “emergência” onde permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva, nos hospitais de pequeno porte temos taxas de ocupação que, na média do território nacional, não atingem os 50%.

Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal:

As urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde evidenciando de maneira gritante as deficiências estruturais do SUS. Os prontos-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas absolutamente inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes.

Com relação aos recursos humanos, destacam-se a informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências.

Assim, nas portas de urgência se alojam ora profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho ora profissionais de idade já avançada que nelas encontram uma das poucas opções de complementação salarial ou, ainda, profissionais superespecializados que utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas.

Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores:

O despreparo profissional mencionado acima está diretamente ligado a insuficiências da formação oferecida pelos aparelhos formadores, que obedecem ainda, majoritariamente, a lógica do mercado, sendo a atenção às urgências, como já mencionado, uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público.

Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde:

Soma-se aos fatos já mencionados a não implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e o baixíssimo investimento em recursos humanos e em projetos de educação permanente, que geram descompromisso e desqualificação profissional progressivo.

Dificuldades na formação das figuras regionais e fragilidade da política nas pactuações:

A estruturação histórica de um sistema marcado pela iniquidade de acesso fez com que a oferta de serviços se amontoasse nos grandes centros urbanos, atraindo a população de outros municípios menos distantes e deixando desassistidas grandes parcelas da população brasileira.

Esse modelo estrutural tem gerado disputa entre os territórios e a formação de barreiras técnicas, operacionais e administrativas no sentido de coibir a migração dos pacientes em busca da atenção à sua saúde. Assim, faz-se necessário implementar ferramentas que estimulem e viabilizem a construção de sistemas regionais de atenção integral à saúde, com financiamento e demais responsabilidades compartilhadas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Incipiência nos mecanismos regionais:

Os sistemas regionais devem ter mecanismos efetivos de encaminhamento dos pacientes (referência) aos serviços não disponíveis em seu município/região, como também a garantia de que uma vez atendidas suas necessidades, o paciente seja reencaminhado à sua região de origem (contrarreferência), impedindo, assim, a saturação tão comumente observada nos serviços especializados.

Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas:

As propostas hoje implantadas como a PPI, o PDR e o PDI contemplam, pelo menos em parte, as novas necessidades estruturais, porém, os mecanismos de avaliação e controle da implementação destas normas é ainda incipiente, o que compromete em muito o seu sucesso.

Falta de regulação:

Apesar da fragilidade dos mecanismos de avaliação e controle, ações de repressão de demanda e de ajuste linear a limites financeiros historicamente estabelecidos são bastante frequentes. Neste cenário, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, embora sejam ainda muito timidamente desenvolvidas.

O Ministério da Saúde, ciente dos problemas existentes e em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, tem contribuído decididamente para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência da população.

Em 2003, implantou a Política Nacional de Atenção às Urgências avançando na construção do SUS, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS Nº 1600 de julho/2011, alterou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS, com previsão expressa do Componente Hospitalar.

Em outubro de 2011, instituiu a Portaria GM/MS Nº 2395/2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. A organização se dá por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

A organização das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo as seguintes Diretrizes, apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 01: Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;
- Regionalização da saúde e atuação territorial;
- Regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- Centralidade nas necessidades de saúde da população;
- Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- Articulação interfederativa;
- Participação e controle social;
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
- Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

A Rede de Atenção às Urgências, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes *pontos de atenção*, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

A Rede de Atenção à Saúde abrange os seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica em saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas, Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar. Esses componentes, ainda fazem interface com outros pontos.

Figura 03:



A realidade da Atenção das Urgências no estado de São Paulo e no município de Agudos/SP não difere da realidade conjuntural nacional. Nos dados que explicitam o Coeficiente de Mortalidade, para algumas causas selecionadas; a transição epidemiológica e a transição demográfica pode se constatar a similaridade com a realidade nacional.

Um dos maiores desafios encontrados hoje no Sistema de Saúde refere-se à dificuldade de a Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema. É preciso empreender esforços em todos os níveis do sistema, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

Diante das mudanças ocorridas no perfil epidemiológico, na normatização vigente e no modelo de atenção que preconiza a Linha do Cuidado, insere-se como ferramenta fundamental para a organização da Rede de Urgências e Emergências, o Plano de Enfrentamento às Doenças Crônicas com Ênfase na Implantação de uma Linha de Cuidado pactuada inclusive com a Gestão Estadual.

O processo de mudança demográfica denominada envelhecimento da população, como também, as transformações nas relações entre as pessoas e seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil da mortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas colocando as doenças crônicas degenerativas (com destaque para o câncer) como o centro das atenções dos problemas de doença e morte no país.

Neste sentido, mais do que alcançar metas quantitativas numéricas de atendimento, a execução da Qualificação da Atenção às Urgências deve ser desenvolvida visando: Ampliar a compreensão da saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial e dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada.

O Sistema de Saúde precisa garantir atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada e organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A organização do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias: cardiovascular, cerebrovascular, e traumatológica.

A organização das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo os seguintes critérios:

- I. Utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- II. Fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- III. Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;

- IV. Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- V. Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
- VI. Informatização dos processos.

Fonte: CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008.

Há evidências sobre o bom funcionamento do Sistema de Manchester na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

Figura 04: A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester



Diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- I. Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- II. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- III. Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- IV. Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- V. Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

No âmbito dos serviços de atenção à saúde, o transporte sanitário SAMU se caracteriza como o Componente Pré-Hospitalar Móvel do Sistema de Urgência, sendo igualmente responsável pela regulação dos atendimentos de Urgência Pré-Hospitalares e pela regulação e execução das transferências de pacientes graves inter-hospitalares na sua região de abrangência.

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

A capacitação contínua dos profissionais vinculados ao Sistema de Atenção às Urgências e dos profissionais que integram a equipe do SAMU pode ser considerada como um componente essencial para proporcionar a legitimação e a efetividade das ações. Nesse contexto, as diretrizes nacionais propõem a estruturação dos Núcleos de Educação em Urgências, que se constitui em uma estrutura formalizada para executar a capacitação, a habilitação e a educação continuada dos recursos humanos.

O Componente Hospitalar deve ser estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção às Urgências.

Deve ainda priorizar a necessária e premente integração com a Rede de Atenção à Saúde, no que se refere à atenção aos casos agudos e aqueles que necessitem de estabilização inicial de suas funções vitais, conformando assim uma rede de proteção à vida em conjunto com os serviços de urgências em seus componentes pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar e pós-hospitalar, utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde.

Quadro a seguir.

Quadro 02:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192	Município
	UBS/PSF	1º atendimento o vermelho, laranja e amarelo. Atendimento verde e azul	Município
	Hospital Local	1º atendimento vermelho, laranja e amarelo Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos Atendimento amarelo e verde Atendimento azul, fora do horário da UBS Acolher azul	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento amarelo e verde Atendimento azul fora do horário da UBS Acolher azul	Município >200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1º atendimento vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos Atendimento amarelo e verde Acolher azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento vermelho e laranja conforme Protocolos Atendimento referenciado segundo protocolo Acolher azul	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Orientar verde e azul	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja Orientar verde e azul	Macrorregião
	Pronto-Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul	Macrorregião

Reafirmando os princípios contemplados na estruturação dos pontos de atenção à saúde devem priorizar o tempo de acesso, a distribuição regional do recurso, a economia de escala e a qualidade.

Figura 05: Rede de Atenção às Urgências



Um dos maiores desafios encontrados hoje no Sistema de Saúde refere-se à dificuldade de a Atenção às Urgências fluir em todos os níveis do Sistema. É preciso empreender esforços em todos os níveis do sistema, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

O processo de mudança demográfica denominada envelhecimento da população, como também, as transformações nas relações entre as pessoas e seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil da mortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas colocando as doenças crônicas degenerativas (com destaque para o câncer) como o centro das atenções dos problemas de doença e morte no País.

Neste sentido, mais do que alcançar metas quantitativas numéricas de atendimento, a execução da **Qualificação da Atenção à Saúde na Unidade de Pronto Atendimento (UPA)** de **Agudos/SP** deve ser desenvolvida visando:

- I. Ampliar a compreensão da saúde no sentido da qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial e dar relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados;
- II. As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada;
- III. Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e aos casos Obstétricos;
- IV. Prestar atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o atendimento dos pacientes que necessitem;
- V. Acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA.

1.1.2 Rede de Atenção Materna Infantil

Como já referido em 2010 foi publicada a Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A RAS é caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Sua organização exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde.

As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados.

Os municípios desenvolvem um Modelo de Atenção voltado às condições agudas e a Atenção Básica é desenvolvida de forma fragilizada.

A mulher e a criança sem acesso a um modelo de atenção integral e com qualidade da atenção. Sem provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.

É neste contexto que a proposta da Rede Cegonha foi formulada, em janeiro de 2011, considerando a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade a atenção à saúde materna e infantil.

A Rede Cegonha ampliou e garantiu cuidado às mulheres durante a gestação e o parto após altos índices de mortalidade materna e neonatal.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010, apresentando, porém, diferenças regionais significativas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.

Chama a atenção que apesar da ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, continua elevada a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica se mantém como a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil, o que pode indicar problemas relacionados à qualidade dos cuidados pré-natais, bem como carência de planejamento reprodutivo.

É fundamental fortalecer a atenção básica em saúde, na perspectiva de uma rede de atenção integrada, em todos os seus princípios, de modo que tenha capacidade cada vez mais ampliada de cuidar da gestante de forma integral.

São de responsabilidade da atenção primária à saúde na rede cegonha (atenção realizada nas UBS):

- Confirmação da gravidez, disponibilizando às gestantes acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação;
- Realização de exames clínicos e laboratoriais de rotina;
- Classificação de risco gestacional (acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade).
- Encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de alto risco em um serviço especializado (neste caso a equipe de atenção básica deverá continuar acompanhando a gestante, mantendo o vínculo e prestando cuidado integral à gestante e sua família);
- Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- Alimentação do sistema de informação (Sisprenatal WEB).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (Ministério da Saúde, 2006), entre 1996 e 2006, o percentual de partos hospitalares passou de 96% para 98%, com variações regionais (92% na região Norte e 99,5% na região Sudeste). Do total de partos ocorridos no país, 76% foram realizados por meio do SUS, sendo a maioria dos partos assistida por profissionais formalmente qualificados - médico (89%) ou enfermeira (em 8,3% dos casos), além disso, 90% dos nascimentos ocorreram no primeiro serviço procurado o que demonstram que o acesso à atenção no momento do parto tem melhorado.

Porém, observa-se que não é prática corrente em todo país a definição prévia de local para atendimento hospitalar ao parto, ou seja, de encaminhamento e vinculação à maternidade onde a gestante receberá assistência no âmbito do SUS. Muitas mulheres ainda peregrinam para encontrar um serviço de saúde no momento do parto, o que demonstra que a rede de cuidados à mulher é fragmentada e com baixa capacidade de definição de responsabilidades sanitárias entre os distintos serviços de saúde, apesar da existência de Lei e de normas reguladoras da assistência ao pré-natal.

A Rede Cegonha, em seu componente parto e nascimento, priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde,

A melhoria da prestação dos serviços de saúde constitui um grande desafio, uma vez que ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção; na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços de saúde sensíveis às especificidades culturais, independentemente de onde a mulher vive ou de sua situação socioeconômica.

Apesar de nas últimas três décadas ter ocorrido um grande avanço na melhoria dos cuidados ao parto e ao nascimento, com redução da morbimortalidade materna e infantil, o resultado ainda não é satisfatório quando comparado com os níveis de outros países com semelhantes índices de desenvolvimento econômico.

Objetivando vencer esses desafios e melhorar cada vez mais o atendimento à gestante e à criança e priorizando a atenção continuada à saúde, é que as gestões do SUS vem desenvolvendo novas estratégias de ações em relação à saúde-materno infantil.

A efetividade, eficiência, eficácia e a sustentabilidade das ações da Rede Cegonha só poderão ter sucesso a partir da estruturação de um modelo organizacional que objetive melhorar as condições de acesso, atendimento e acompanhamento da saúde da população.

E, assim, poder garantir a assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, na qualidade certa, com custo certo e com a responsabilização pelos resultados sanitários referentes a essa população (BRASIL, 2011a).

Foi Publicada em 4 de abril de 2022 a Portaria GM/MS nº 715, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

São objetivos da Rami:

- I. Implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis;
- II. Garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- III. Reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

A Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) consiste em assegurar:

- I. À mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e
- II. Ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

Situação Atual

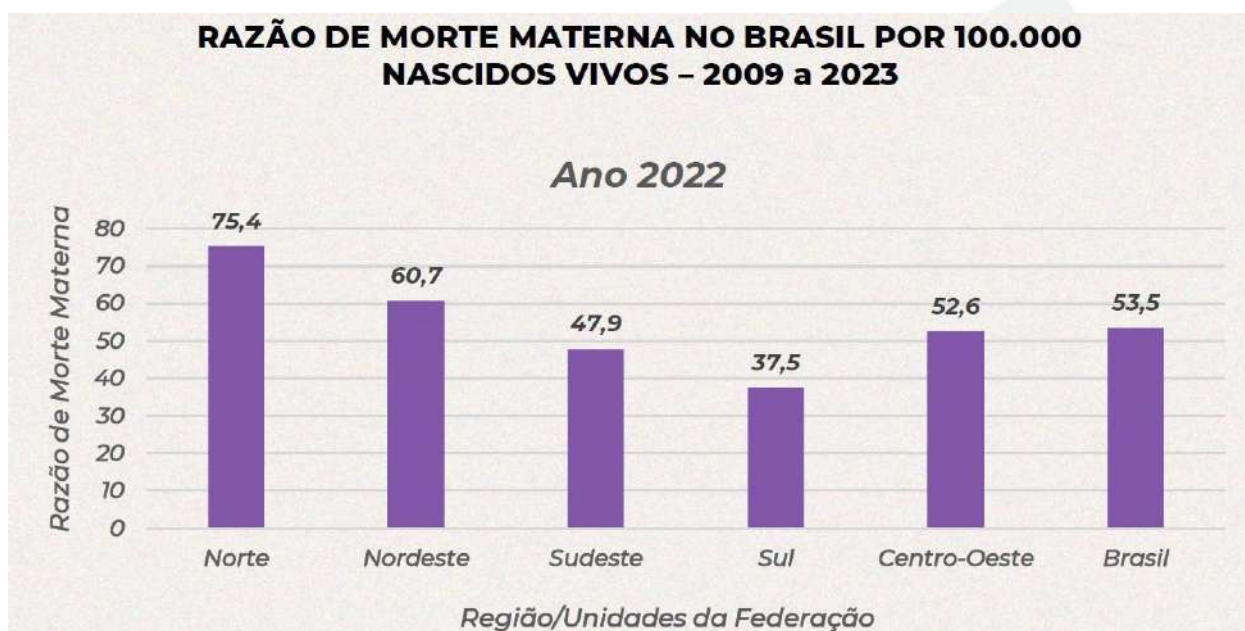
Altas taxas de mortalidade materna, maioria por causas evitáveis.

Do total, 66% poderiam ter sido evitadas.

Pandemia: 3.030 mortes em 2021, 74% maior que 2014

Aparente retorno para a curva de tendência antes da pandemia, mas com disparidade regional.

Gráfico 01:



Altas taxas de mortalidade neonatal, maioria por causas evitáveis.

Mortalidade Neonatal: Desigualdade regional em linha com os índices de mortalidade materna.

2022: Índice mais elevado no caso da região Norte e Nordeste (10,1) em relação a Sudeste (8), Sul (7,1) e Centro-Oeste (8,4).

Tabela 01:

Região	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	12,0	11,7	11,5	10,9	10,8	11,1	10,1
Nordeste	11,6	11,3	10,6	10,6	10,4	10,2	10,1
Sudeste	8,3	8,2	8,0	8,2	7,7	7,8	8,0
Sul	7,0	7,3	7,2	7,4	6,8	6,8	7,1
Centro-Oeste	10,0	9,3	9,2	9,1	8,6	8,7	8,4
Brasil	9,6	9,5	9,1	9,2	8,8	8,8	8,7

Fonte: MS/SVSA/DAENT/CGIAE -SIM/Sinac.

Iniquidade racial:

Mortalidade 2x maior entre gestantes pretas

Mortalidade materna para a população preta é 110 por 100 mil nascidos vivos, enquanto entre a população branca é 50.

Índice acima da média para a população indígena (78)

Desafios Persistentes

- Desigualdades sociais e raciais
- Enfrentar o racismo institucional
- Limitação do pré-natal após descaracterização do programa nos últimos anos
- Subfinanciamento da rede
- Dificuldade de acesso e qualidade na Atenção Básica para o cuidado integral
- Baixa vinculação entre os serviços
- Fragilidade no monitoramento

Caso Alyne Pimentel:

Mulher negra, de baixa renda, moradora de Belford Roxo, na Baixada Fluminense. Morreu grávida de seis meses aos 28 anos em 2002, deixou órfã a filha Alice de 05 anos.

O caso Alyne foi o reconhecimento de que a morte materna por causas evitáveis é uma violação dos direitos humanos das mulheres (CEDAW).

REDE ALYNE:

Reafirma o compromisso do Ministério da Saúde em enfrentar desafios históricos.

Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné.

Distribuição mais equitativa dos recursos para reduzir desigualdades regionais e raciais;

Incremento nos valores de exames de pré-natal e leitos de alto risco e intermediário, enfrentando gargalos históricos e garantindo cuidado progressivo com incentivo ao método Canguru;

Maior integração entre os serviços para o fim da peregrinação da gestante e qualificação da regulação pelo SAMU 192;

Infraestrutura: expansão dos serviços de saúde para assistência a gestante e ao bebê (Novo PAC Saúde)

Inovações para a Rede Alyné

Pré Natal:

Novo: Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco;

Mais 03 exames obrigatórios: Teste HTLV, Teste Rápido de Hepatite B, Hepatite C;

Acesso mais amplo e rápido a teste de gravidez.

Parto e Nascimento:

Ampliação de leitos de UTI com foco no cuidado materno;

Aumento na habilitação regional de leitos para Gestante de Alto Risco.

Saúde da Criança:

Ambulatório de Seguimento de egressos de UTI;

Aumento no valor da diária de leitos e valorização do método Canguru;

Casa da Gestante Bebê e Puérpera;

Recurso inédito para autossuficiência dos Bancos de Leite.

Transporte:

Recurso para Ambulâncias para atender emergência obstétrica e neonatal;

Equipe especializada: obstetra na regulação do SAMU 192.

Incentivo de Qualificação de Rede:

Financiamento por nascido vivo, por local de residência e município do Atendimento.

Objetivos:

- Suporte às áreas de vazio assistencial;
- Acompanhamento das consultas de pré-natal na Caderneta da Gestante no Meu SUS Digital;
- Orientações e auxílio no planejamento do pré-natal;
- Plano de Parto na palma da mão;
- Geração de alertas para as equipes;
- Acesso facilitado no caso de urgência e emergência;
- Canal de suporte para demandas de ouvidoria e apoio ao enfrentamento de violências.

Metas:

Garantir novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança

Reduzir em 25% a mortalidade materna até 2027

Reduzir em 50% a mortalidade para mulheres pretas até 2027

Atingir o ODS em 2030 (30 óbitos por 100.000 nascidos vivos)

Cuidado Integral na Palma da Mão: Integração da Rede de Assistência para Acompanhamento da Gestação

Figura 06: Modelo de Fluxo Referenciado para Linha de Cuidado Materno Infantil



1.1.3 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

A Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial. A finalidade da rede é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I. Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III. Combate a estigmas e preconceitos;
- IV. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V. Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI. Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII. Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII. Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI. Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII. Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial:

- Eixo 1: Ampliação do acesso à **rede de atenção** integral à saúde mental.
- Eixo 2: Qualificação da **rede de atenção** integral à saúde mental.
- Eixo 3: Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação.
- Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

- I. Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a. Unidade Básica de Saúde;
 - b. equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c. Centros de Convivência.
- II. Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a. Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
- III. Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a. SAMU 192;
 - b. Sala de Estabilização;
 - c. UPA 24 horas;
 - d. Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e. Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

- IV. Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a. Unidade de Recolhimento;
 - b. Serviços de Atenção em Regime Residencial.

- V. Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a. Enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b. Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

- VI. Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a. Serviços Residenciais Terapêuticos.

- VII. Reabilitação psicossocial.

O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. O Centro de Atenção Psicossocial é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

1.1.4 Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas

A Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).

O Ministério da Saúde, por meio de **Portaria GM/MS Nº 874/2013**, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Rede tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta doença, bem como diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer é organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, devidamente estruturados por sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde em consonância com a **Portaria GM/MS Nº 4.279/2010**, e implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios¹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o câncer é um problema de saúde pública especialmente entre os países em desenvolvimento², sendo esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025.

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo. Em 2008, 36 milhões dos óbitos (63%) ocorreram em consequência das DANT, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%). Esse impacto afeta principalmente os países de baixo e médio desenvolvimentos, especialmente por mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). As transições demográficas e epidemiológicas globais sinalizam um impacto cada vez maior da carga de câncer nas próximas décadas (FERLAY et al., 2013).

Informações sobre a ocorrência de câncer e seu desfecho são requisitos essenciais para programas nacionais e regionais para o controle do câncer, além de pautar a agenda de pesquisa sobre câncer (STEWART; WILD, 2014). Os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e as informações sobre mortalidade são a base sob a qual se apoiam.

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%).

¹ Portaria GM/MS Nº 874/2013, Artigos 2º e 3º.

² World cancer report 2014 da International Agency for Research on Cancer (Iarc).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências foram encontradas na mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (FERLAY et al., 2013).

A finalidade da Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas é realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Com essa rede instituída, é possível fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, qualificando a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e expandindo as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Vale ressaltar que as doenças crônicas são aquelas de início gradual, com duração longa ou incerta. Em geral, apresentam múltiplas causas, e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura.

As condições que geralmente se apresentam com curso curto (inferior a três meses de duração), autolimitadas, com formas de enfrentamento do tipo episódicas, reativas e com foco na queixa-conduta, com boa resposta a tratamentos específicos, devem ser consideradas condições agudas.

Diferentemente disso, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, com formas de enfrentamento contínuas, proativas, com foco nas pessoas por meio de cuidados permanentes e, nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (VON KORFF et al., 1997; SINGH, 2008; MENDES, 2012).

Conforme Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, considera-se doenças crônicas as que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014). As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, são multicausais incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas (MENDES, 2012).




As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas etc.), ao envolverem:

- Doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas etc.).
- Condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos).

- Condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura).
- Distúrbios mentais de longo prazo.
- Deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.).
- Doenças metabólicas.
- Doenças bucais.
- As condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos (MENDES, 2012).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: (BRASIL, 2014).

Figura 07:

<p>Atenção Básica</p> 	<p>É o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado.</p>
<p>Atenção Especializada</p> 	<p>É o conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas que realiza serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno, que se divide em: ambulatorial especializado; hospitalar; e urgência e emergência.</p>
<p>Sistemas de Apoio</p> 	<p>Constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica.</p>

Fonte: Oliveira, A.E.F.O.; Araújo, F.L.S.M. de; Pinho, J.R.O.; Pacheco, M.A.B. (Org.). Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do SUS - São Luís: EDUFMA, 2017.

Vimos que as condições de saúde podem se apresentar como agudas e crônicas, e que, diante da situação de saúde brasileira, caracterizada por uma acelerada transição demográfica, as condições crônicas têm se mostrado altamente prevalentes.

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, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado conforme as necessidades da população brasileira. Observa-se no cotidiano dos serviços a fragmentação das ações e sua organização incipiente para operarem na lógica das linhas de cuidado.

Nas práticas de atenção e gestão, predominam arranjos organizacionais que dificultam a participação tanto de trabalhadores como de usuários e uma assistência marcada por intensa medicalização e intervenções potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas.

A **OS Instituto Campinas de Atenção e Assistência à Saúde, Educação e Social – ICAASES** vai desenvolver um modelo: qualidade da prestação de serviços, principalmente no sentido da garantia da integralidade e da singularização do cuidado, conforme as necessidades da população, descrevendo a caracterização do modelo gerencial que será implantado e detalhando as estratégias que serão adotadas. Para o sucesso da implantação do modelo, as estratégias devem promover o impacto da mudança de paradigma do atual modelo existente na **UPA**; a mudança de clima e cultura organizacional; a gestão de pessoal e a melhoria na eficiência, eficácia e efetividade.

1.1.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

A Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Objetivos da rede:

Ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias;
Ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada;
Desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta.

Componentes da Rede de Reabilitação:

1. CER - Centro Especializado em Reabilitação.
2. Oficinas Ortopédicas: local e itinerante.
3. Centros-Dia.
4. Serviços de Atenção Odontológica para Pessoas com Deficiência.
5. Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
6. Atenção Hospitalar.

1.1.6 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF. Hoje, há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. Ela envolve outras iniciativas também, como: o Programa Saúde na Hora e o Médicos pelo Brasil. Esse trabalho é realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde. Entre o conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) para cuidar da população no ambiente em que vive estão o Programa Saúde na Hora, o Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil e a Estratégia Saúde da Família, entre outros programas, ações e estratégias.

No contexto atual publicada a **Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024** que *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

1.1.6.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde.

Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde:

Melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde. A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e, também, um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. No caso brasileiro, a opção pelo combate às iniquidades em saúde elevou a APS à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde. No Brasil, foi adotada a designação Atenção Básica.

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada.

Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. A ESF propõe que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos. Ao considerar a família como objeto de atenção, a ESF está contemplando dois atributos derivados da APS: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural.

Atenção no primeiro contato

A expressão primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos têm significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços, à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Acessibilidade pode ser conceituada então como a capacidade do usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente.

A acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos. O estudo da acessibilidade é primordial para permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como dos que facilitam a busca pelo atendimento à saúde. A acessibilidade geográfica reflete a distância entre a população e os recursos, podendo ser medida por distância, tempo de deslocamento, custo do transporte, entre outros condicionantes. A acessibilidade organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que obstaculizam ou facilitam a capacidade das pessoas na utilização dos mesmos. Inclui aspectos tais como: tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais, continuidade do tratamento. Os aspectos socioculturais e econômicos da acessibilidade incluem o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco de gravidade, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e seguridade social.

Oficialmente, a Atenção Primária configura-se como a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro. Espera-se que os serviços desse nível de atenção sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população. A adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório podem contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato.

Longitudinalidade

A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema. Na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante à palavra longitudinalidade, embora esses termos possuam especificidades conceituais. Ou seja: mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, isto não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida.

Uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde é denominada longitudinalidade temporal, porém sua avaliação é controversa, pois uma relação de longa duração pode se estabelecer mediante relacionamento interpessoal insatisfatório, enquanto um bom relacionamento pode ocorrer em curto período. Em decorrência disso, os estudos sobre longitudinalidade têm se voltado para investigar o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção (longitudinalidade pessoal) cujas características compreendem: o alcance do entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles.

A presença do atributo de longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade.

A formação de profissionais de saúde, quando desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com distintas características socioculturais, o que constitui um obstáculo ao alcance da longitudinalidade pessoal na ESF.

Para prover a sociedade brasileira de profissionais habilitados para responder às necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde deu início em 2004 ao Programa Nacional de Humanização (PNH), que, entre suas diretrizes e dispositivos, define uma estratégia de modificação do processo de trabalho em saúde. Uma das ferramentas propostas para esta modificação é o acolhimento. A proposta do acolhimento constitui um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado. O acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas uma atitude que permeia toda atividade assistencial. Consiste na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, o que resulta em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

A tecnologia do acolhimento pode ser considerada uma reforma nos processos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários e, portanto, uma estratégia para o alcance da longitudinalidade pessoal. Está fortemente relacionada à boa comunicação e tende a favorecer a continuidade e a efetividade do cuidado, contribuindo para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos. Para sua efetivação faz-se necessário o comprometimento dos trabalhadores, de modo que sejam desenvolvidas práticas que visem ao atendimento das necessidades de saúde da população, por meio de atos de fala, escuta, vínculo e negociação.

Integralidade

A integralidade é um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias. A primeira reafirma a existência de um movimento crítico e de recusa a um sistema de saúde que privilegia a especialização e a medicalização. A promoção de saúde pressupõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Esta concepção implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais, pois o processo saúde-doença é decorrência de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade. Implica paralelamente, por parte do Estado, a formulação de políticas sociais e econômicas que extrapolem o enfoque de risco e atuem na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida. A segunda dimensão toma a integralidade como garantia de acesso a diversos níveis de atenção, cuja característica básica é a diferença nas densidades tecnológicas da assistência à saúde. Pressupõe, portanto a existência de uma rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis deve satisfazer o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo.

A atenção integral depende de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil.

A terceira dimensão da integralidade é a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação. Estas práticas de saúde tradicionalmente têm sido desenvolvidas separadamente, como ações de saúde coletiva ou como ações de atenção clínica e individual, sendo necessária uma nova forma de organizar e agir em saúde com a constituição de saberes e de ações que se interpenetrem.

O último sentido ou dimensão da integralidade é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram.

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e às necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda hoje caracterizados pela descontinuidade assistencial.

Coordenação

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Os quatro atributos são fundamentais para que a APS assuma a coordenação das redes de atenção à saúde. Contudo, a coordenação tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida.

A atenção coordenada é justificada e necessária, porque é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades. Necessidades de saúde são bastante complexas e em geral não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva.

Oferecer aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos as orientações necessárias para encontrar seu caminho através do sistema de saúde só poderão ocorrer se existir coordenação do cuidado, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio de equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

1.2 Subsídios no Planejamento de Ações e na Definição de Prioridades

Produzir e divulgar análises sobre a situação de saúde no Brasil, são essenciais para subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação das políticas e das ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os gestores precisam refletir sobre o uso dos dados e pensar novas estratégias para o avanço na redução da mortalidade da população brasileira rumo à meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), até 2030, fornecendo evidências para subsidiar o aperfeiçoamento das ações executadas em todas as esferas de gestão do SUS.

As informações sobre mortalidade desempenham papel relevante para o planejamento e as alocações de recursos financeiros nas áreas de saúde pública, assistência social, entre outras, nas diferentes escalas geográficas do território nacional. São úteis, por outro lado, para a avaliação de resultados dos programas já realizados. Assim, dados sobre mortalidade contribuem na identificação da situação demográfica do País e permitem fazer inferências sobre o futuro. Pela perspectiva demográfica, os dados sobre mortalidade são medidas importantes das condições de saúde e socioeconômicas. Por seu intermédio, mostra-se o progresso em uma das áreas de maior preocupação do homem, qual seja, a do prolongamento da vida e prevenção da morte prematura. Além disso, os padrões de mortalidade relacionam-se com outros aspectos sociais, tais como a capacidade de trabalho e a fecundidade. A experiência tem mostrado que, apesar de não serem ainda totalmente precisas, as estatísticas de mortalidade têm sido de grande utilidade.

A prática sistemática de análises de dados secundários é um fator fundamental para o permanente aperfeiçoamento das fontes de informação e a construção de propostas de análise de situação de saúde. Além de produzir conhecimento é um processo interno valioso também para instigar reflexão e aprimoramento institucional, fortalecer a capacidade analítica dos profissionais integrados nas unidades, retroalimentar os sistemas de informação em saúde e nutrir um espaço de debate que aproxima o pensamento acadêmico às necessidades e ao modo de operar dos serviços de saúde.

Portanto, o Brasil tem muitos desafios para enfrentar graves problemas de saúde pública, o que demanda ações integradas, intersetoriais, multi e interdisciplinares com poder para intervir sobre seus determinantes sociais e principais fatores de risco que atingem a população brasileira,

Em 2019, o Ministério da Saúde, Saúde Brasil, realizou uma análise da situação de saúde, com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização.

Pontos de Destaque, da análise, que oferecem subsídios no planejamento de ações e na definição de prioridades no Projeto:

Mortalidade Infantil e Mortalidade Materna no Brasil

Em 2017, foram registrados 2.923.535 nascimentos no Brasil. O maior percentual de cesariana em mães com idade maior do que 15 anos foi na Região Centro-Oeste. No tocante à raça/cor, 62,3% das mães são de raça/cor negra (pretas e pardas).

As maiores proporções de mães com idade entre 10 e 14 anos estão nas regiões Norte e Nordeste, enquanto as mães com idade igual ou superior a 35 anos são mais frequentes nas regiões Sudeste e Sul. É na Região Nordeste que se encontra a maior proporção de mães sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Segundo a Classificação de Robson, 60,1% dos nascimentos no Brasil são considerados de baixo risco. A proporção de nascidos vivos com anomalias congênitas foi de 0,9%.

O Brasil vem apresentando altas taxas de cesáreas ao longo dos anos, com valores superiores ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera a taxa ideal entre 10% e 15%, destacando que a frequência de intervenções cirúrgicas é maior em mulheres de risco habitual como as adolescentes e acima de 35 anos.

A assistência prestada pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, o parto e o nascimento são de fundamental importância principalmente na decisão da mulher pela via de parto. Da mesma forma, os partos cesáreos foram mais de duas vezes superiores em todas as faixas etárias àquelas recomendadas pela OMS, não obstante a elevada proporção tenha ocorrido em todas as regiões estudadas. Observam-se diferenças nessas regiões, sendo que as mais desenvolvidas foram as que atingiram uma maior proporção. A redução da proporção de partos cesáreos depende da realização de políticas públicas que considerem os riscos para a saúde do binômio mãe-filho relacionados à realização desnecessária dessa intervenção cirúrgica.

Desde a implantação da Rede Cegonha, que tem como objetivo a melhoria da qualidade da assistência à gestação, ao parto e ao nascimento, considera-se que o início prévio da assistência pré-natal permite o acesso às indicações necessárias de diagnóstico, enquanto a realização do número adequado de consultas permite o acompanhamento e a realização de ações em tempo hábil, evitando possíveis complicações à saúde materna e fetal.

O sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, Sinasc, tem como objetivo realizar o cadastramento das declarações de Nascidos Vivos (DN) para subsidiar o conhecimento da situação de saúde em relação aos nascimentos ocorridos no país.

As políticas públicas devem se direcionar para redução da cesariana nas nulíparas, especialmente por meio da redução do número de cesáreas eletivas nestas mulheres.

As estimativas do IBGE e do Ministério da Saúde para a Taxa de Mortalidade Infantil foram muito semelhantes no período analisado, entretanto a estimativa do IBGE é de queda no período de 2010 a 2017, enquanto o Ministério da Saúde salienta aumento no ano de 2016. A maior parte dos óbitos infantis ocorreu nas regiões Sudeste (36,3%) e Nordeste (31,5%), e aconteceram principalmente nos hospitais (92,8%) e domicílios (3,7%). As causas evitáveis são responsáveis por 67,2% dos óbitos infantis no País, sendo 75,4% dos óbitos da componente neonatal precoce, 72% da neonatal tardio e 49,1% da pós-neonatal. Fatores de proteção para o óbito infantil também foram observados, como: idade da mãe de 20 a 39 anos, alta escolaridade, casada, realizar mais de sete consultas pré-natal e inicializar o pré-natal no primeiro trimestre.

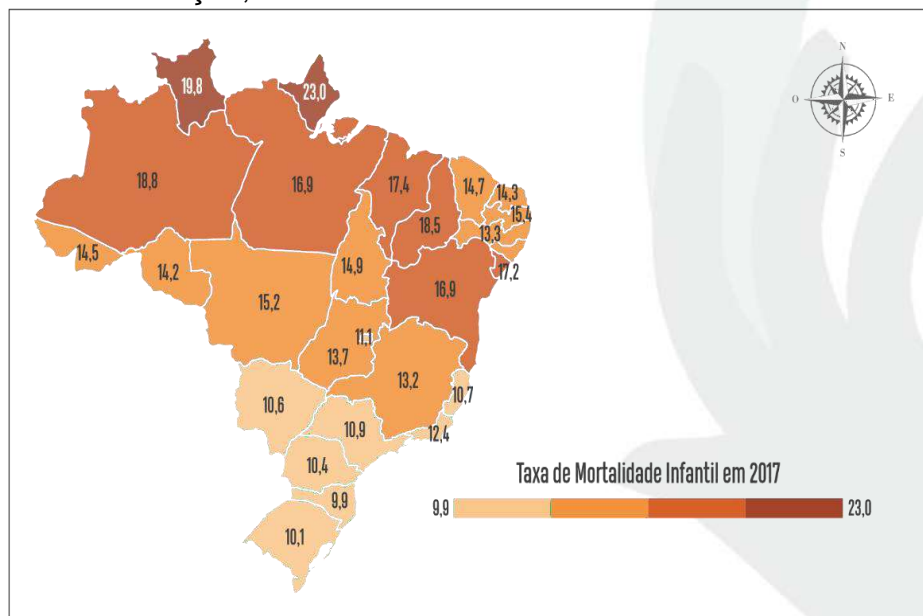
As Taxas de Mortalidade Infantil (TMIs) e em menores de 5 anos constituem retrato fidedigno do painel sociopolítico-cultural da sociedade. Deve ser assegurado à gestante e à criança o acesso em tempo oportuno e integral ao serviço com o nível adequado de complexidade.

Para a evitabilidade do óbito considerar as ações:

1. Ações de imunização;
2. Adequada atenção à mulher na gestação;
3. Adequada atenção à mulher no parto;
4. Adequada atenção ao recém-nascido;
5. Ações de diagnóstico e tratamento adequado;
6. Ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde.

Dessa forma, confirma a importância do acompanhamento das informações sobre gestação, parto e nascimento no Brasil e o Sinasc como ferramenta importante na qualidade da captação da ocorrência desse evento vital, com destaque para a atenção voltada às mulheres e às crianças no País, diante das políticas públicas instituídas pelo Ministério da Saúde, sugerindo aos profissionais e aos gestores subsídios para traçar ações e avaliar a atenção prestada e o impacto na saúde desses grupos populacionais.

Figura 08: Taxa de Mortalidade Infantil estimada pelo Ministério da Saúde – unidades da Federação, 2017



Fontes: 1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. **Sistema de informações de mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>. Acesso em: 9. out. 2019. 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>.

Tabela 02: Taxas de mortalidade em menores de 5 anos, infantil e componentes por mil nascidos vivos – Brasil, 2017

UF	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	Taxa de Mortalidade Infantil	Neonatal precoce	Neonatal tardia	Neonatal	Pós-neonatal
Norte	20,4	17,3	9,1	2,6	11,7	5,6
Rondônia	16,3	14,2	6,8	2,4	9,3	5,0
Acre	17,6	14,5	6,7	2,7	9,4	5,1
Amazonas	22,2	18,8	9,8	2,4	12,2	6,7
Roraima	23,3	19,8	8,4	2,6	11,0	8,7
Pará	19,9	16,9	9,4	2,7	12,1	4,7
Amapá	28,0	23,0	10,2	4,2	14,4	8,6
Tocantins	17,8	14,9	8,3	1,9	10,1	4,8
Nordeste	18,2	15,8	8,9	2,4	11,3	4,4
Maranhão	20,3	17,4	10,0	2,3	12,3	5,1
Piauí	21,1	18,5	9,7	2,6	12,3	6,2
Ceará	17,0	14,7	8,1	2,2	10,2	4,5
Rio Grande do Norte	16,8	14,3	7,6	2,3	9,8	4,4
Paraíba	17,6	15,4	8,6	2,5	11,0	4,3
Pernambuco	15,7	13,3	7,4	2,2	9,5	3,8
Alagoas	17,2	14,5	7,3	2,3	9,6	4,9
Sergipe	19,2	17,2	9,3	4,0	13,2	4,0
Bahia	19,2	16,9	10,5	2,4	12,9	4,1
Sudeste	13,5	11,7	6,0	2,2	8,2	3,5
Minas Gerais	15,4	13,2	7,1	2,3	9,4	3,8
Espírito Santo	12,6	10,7	5,8	1,9	7,7	3,0
Rio de Janeiro	14,4	12,4	6,2	2,4	8,6	3,8
São Paulo	12,5	10,9	5,5	2,2	7,7	3,2
Sul	11,7	10,1	5,4	1,9	7,3	2,9

Paraná	11,8	10,4	5,5	2,0	7,5	2,9
Santa Catarina	11,4	9,9	5,6	1,8	7,4	2,5
Rio Grande do Sul	11,9	10,1	5,0	1,9	7,0	3,1
Centro-Oeste	15,3	13,0	7,0	2,3	9,3	3,7
Mato Grosso do Sul	12,6	10,6	6,3	1,5	7,8	2,8
Mato Grosso	18,6	15,2	7,4	3,0	10,4	4,8
Goiás	15,8	13,7	7,3	2,5	9,8	3,9
Distrito Federal	12,8	11,1	6,4	1,8	8,2	2,9
Brasil	15,6	13,4	7,2	2,3	9,5	3,9

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde (MS).

A mortalidade materna no Brasil: diferenças regionais e desafios para o alcance da meta do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) em 2030

Em 2015, ao final do compromisso dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), os países-membros definiram nova agenda incluindo estratégias para melhoria na assistência à saúde da mulher até 2030, e consequente elaboração de diretrizes focadas em ações visando superar barreiras que contribuem para mortalidade materna.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define mortalidade materna como aquela ocorrida durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o parto, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é o indicador utilizado para estabelecer comparações, nacional e internacional, sobre a magnitude desse evento, valores elevados estão associados à insatisfatória atenção à saúde da mulher durante o período gravídico puerperal.

No período de 1990 a 2015, o Grupo Interinstitucional para a Estimação da Mortalidade Materna, integrado pela OMS, estimou redução de 44% na RMM global, partindo de 385 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 216 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos no ano de 2015, ainda assim, considerada muito elevada. Apesar do evidente avanço na assistência materna nas últimas décadas, os países-membros da OMS não conseguiram em tempo alcançar a meta estabelecida de redução deste indicador em ao menos 75%, como parte do compromisso do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM).

A redução anual média nessas duas décadas e meia foi de 2,3%, contudo, entre 2000 e 2015 esse valor sofreu uma queda mais acentuada, em torno de 5,5% ao ano, todavia os esforços não foram suficientes para redução significativa da mortalidade materna mundial.

Com o final do compromisso dos ODM, em 2015, os países-membros da OMS definem nova agenda, incluindo estratégias para a melhoria na assistência à saúde da mulher, e, entre estas, a elaboração de diretrizes focadas em ações que visam superar as barreiras que contribuíram na manutenção da mortalidade de gestantes nesses países e, por conseguinte, refletir uma redução na mortalidade global. Dessa forma, em setembro de 2015, foi aprovada a adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, pelos líderes dos Estados-membros da ONU, incluindo o Brasil, firmando o compromisso no desenvolvimento de ações no âmbito nacional focadas no alcance dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas. O acompanhamento dessa agenda e das metas com vistas a atender aos objetivos do ODS se inicia em 2016 e finaliza em 2030. Para o cumprimento da meta 3.1, componente do Objetivo 3 do ODS: até 2030 reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos são necessárias ações para melhoria da saúde das mulheres, incluindo a melhoria da atenção à saúde das gestantes.

De acordo com a OMS, 99% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. Entre as causas mais importantes estão àquelas consideradas evitáveis, levando-se em consideração que tanto o tratamento quanto o manejo das complicações são bem conhecidos. Entre essas causas destacam-se as hemorragias, as infecções puerperais e pré-eclâmpsia, porém há também de se considerar os fatores que impedem a mulher na busca por assistência durante a gestação, sobretudo aqueles relacionados à pobreza, à distância dos centros de assistência, à falta de informações, à existência de serviços inadequados e também aqueles relacionados às práticas culturais. A OMS aponta como parte da estratégia para o alcance da meta 3.1, considerando aquelas situações em que ocorrem mortes classificadas como evitáveis: priorizar a redução das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, materna e neonatal; fortalecer os sistemas de saúde para coletar dados de alta qualidade; e responder às necessidades e prioridades das mulheres no âmbito da saúde reprodutiva.

No contexto dos ODS, o Brasil definiu como meta nacional para a RMM a redução para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até o ano de 2030. Assim, para o alcance dessa meta, o País deverá orientar as ações e a política nacional no que se refere à melhoria da atenção a mulher no período gravídico e puerperal nos próximos 15 anos.

No Brasil, aproximadamente 92% das mortes maternas são consideradas evitáveis, e ocorrem, principalmente, por causas como hipertensão, hemorragia ou infecções puerperais, o que não difere daquelas causas ocorridas mundialmente. Mesmo com os avanços no aprimoramento para o cálculo das estimativas de óbito materno no País, o Ministério da Saúde (MS) apontou fatores limitantes envolvendo a identificação desses óbitos, tanto em decorrência do diagnóstico atribuído a outras causas quanto pela falta de captação oportuna de todos os eventos, quando o óbito propriamente não é notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Visando corrigir eventuais perdas devido ao sub-registro, o Brasil vem adotando técnicas de correção com uso de fatores a fim de estimar esse indicador nacionalmente.

Segundo dados do MS, a RMM brasileira foi estimada em 143,2 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos em 1990, e, apesar dos esforços e investimentos em melhorias na atenção e assistência à saúde das mulheres, o País não alcançou a meta pactuada prevista para o final do compromisso em 2015. Embora o valor da RMM nacional esperado ao final do ODM seria de no máximo 35,8 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, o Brasil registrou 62 de RMM. Enquanto a proporção da redução global deste indicador foi de aproximadamente 44%, o Brasil apresentou resultados superior à meta mundial reduzindo em 56,7% as mortes maternas em seu território. Mesmo com a evolução apresentada, o País ficou longe do alcance da meta acordada para o ODM, que reduziria em 75% as mortes em gestantes.

A partir de 2008, o MS intensificou esforços para ampliar, estruturar e fortalecer ações de vigilância de óbito materno, buscando aprimorar a captação e a qualificação das informações sobre a causa de morte, ação realizada em articulação entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Graças a incorporação dessa atividade localmente e ao avanço na implantação de ferramentas robustas de monitoramento da mortalidade materna para o País, regiões, estados e municípios, está sendo possível mensurar a evolução significativa de óbitos maternos identificados após investigação.

Com a melhoria da qualidade do dado, expertise envolvendo a investigação de morte de mulheres em idade fértil (MIF), identificação de óbitos sub-registrados e sub-numerados houve oportunidade de desenvolvimento de uma metodologia de cálculo da RMM, tendo como base os dados do SIM e da Vigilância do Óbito a partir de 2009. De acordo com os resultados, foi observado que a metodologia de correção da RMM para todas as unidades federadas, a RMM vigilância, utilizando fator de correção a partir desses dados, ofereceu maior consistência quando comparadas com método de cálculo indireto com modelagem de dados utilizado pelo Instituto de Métricas (IHME). Atualmente, a RMM no Brasil é calculada não somente para o País e oito UFs, com dado considerado de boa qualidade, mas também para as regiões Norte e Nordeste, Goiás e Mato Grosso, que até então não havia métodos de correção para expressar esse indicador para essas localidades, regiões e estados.

Com essa metodologia foi possível comparar o cenário das ocorrências da morte materna no País e entre todas as unidades da Federação nos últimos nove anos. Enquanto os estados com dados de boa qualidade apresentavam RMM média ou abaixo da média do Brasil a contar do início da série por volta dos anos 90, aquelas localidades menos desenvolvidas não apresentavam dados representativos da situação de saúde das grávidas.

No Brasil, em 2017, ocorreram 1.718 óbitos maternos e 36.223 infantis, e estes volumes se repetem anualmente, sobretudo pela lenta redução. Os registros de 2017 e as mortes maternas tiveram suas ocorrências em 548 municípios, enquanto as infantis ocorreram em 2.014 municípios.

No Brasil, anualmente são registradas, no SIM, mortes maternas relacionadas, principalmente, a três tipos de causas: hipertensão, hemorragias e infecção puerperal. A OMS, como já referido, considera que essas causas são evitáveis, seja por ações relacionadas ao acompanhamento no pré-natal, ao atendimento durante o parto ou por ações durante o puerpério.

Mortalidade por Causas Evitáveis

Nos últimos oito anos, a taxa de mortalidade por causas evitáveis apresentou tendência decrescente sustentada até 2015. Doenças não transmissíveis continuam sendo o principal agrupamento dentro das causas evitáveis e a pausa no declínio da sua taxa de mortalidade aponta grandes desafios para o alcance das metas globais no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Apesar das ações multissetoriais desenvolvidas, não houve queda importante da mortalidade por causas externas no período.

Muitas causas de morte são evitáveis ou tratáveis e, portanto, garantem a atenção dos esforços de prevenção em saúde pública. Ainda, os dados de mortalidade nos permitem identificar principais causas de morte prematura e fornecem uma referência valiosa para avaliar o progresso no aumento de anos de vida saudável. São úteis, por outro lado, para a avaliação de resultados em saúde dos programas já realizados.

As chamadas estatísticas de mortalidade também se constituem em indicadores muito sensíveis de diferenças existentes nas populações, possibilitando a identificação de grupos de maior risco para implementação de programas especiais de saúde e de desenvolvimento.

No Brasil, este conceito e a lista das causas de óbitos evitáveis foram elaborados em 2008, tendo como base as mortes potencialmente evitadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, este indicador contribui para a avaliação da efetividade dos diversos níveis de atenção e assistência, auxiliando no planejamento e visando à melhoria contínua de todo o sistema de saúde, além de servir para identificar eventos sentinela sensíveis à qualidade da atenção e assistência à saúde.

Estudos prévios mostraram redução da taxa de mortalidade por causas evitáveis no Brasil, além de queda em todos os grupos de causas de mortes evitáveis, entre 2000 e 2013, tanto na infância quanto na população de 5 a 69 anos de idade. Resultados semelhantes foram descritos para a Região Sudeste do Brasil.

Porém, é necessário atualizar a análise das tendências nas diferentes faixas etárias e demais regiões do Brasil.

De 2010 a 2017, a taxa padronizada de mortalidade por causas evitáveis no País apresentou tendência decrescente de aproximadamente 5% (de 302,3 para 287,4 mortes/100 mil hab., respectivamente). Houve queda de 7% na taxa de doenças não transmissíveis (de 185,7 para 172,4 mortes/100 mil hab.), enquanto nas doenças infecciosas e nas causas externas a queda foi de apenas 2% e 1%, respectivamente.

A tendência da mortalidade por causas evitáveis foi heterogênea entre as regiões do Brasil no período de 2010 a 2017. Até 2015, a Região Norte apresentou tendência crescente, a Nordeste manteve-se estável e as demais regiões tiveram tendência decrescente. Entre 2015 e 2017, houve aumento dessa taxa, com exceção do Centro-Oeste. O aumento mais acentuado foi da Região Norte. Entre 2010 e 2017, nas regiões Norte e Nordeste, a taxa aumentou em 3% e 2%, respectivamente, e nas demais diminuiu em torno de 8%. Por fim, as regiões Norte e Nordeste deixaram de ter as menores taxas em 2010 para ter as maiores em 2017.

Diabetes Mellitus

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o diabetes, são responsáveis por quase quatro de cada cinco mortes por ano nas Américas, e a previsão é de que esses números aumentem nas próximas décadas em consequência do crescimento da população, do envelhecimento, da urbanização e da exposição ao ambiente e aos fatores de risco.

A prevalência e as mortes relacionadas ao diabetes vêm crescendo na maioria dos países, influenciadas pelo aumento do excesso de peso, pelo envelhecimento da população e pela alimentação inadequada. Em decorrência desse cenário, o diabetes gera importante impacto econômico e social e se caracteriza como uma das doenças crônicas priorizadas em âmbito global. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, no ano de 2014, mais de 420 milhões de pessoas no mundo possuíam diabetes. Projeções apontam que, em 2045, cerca de 629 milhões de pessoas terão diabetes. No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional da Saúde, a prevalência de diabetes em 2013 era de 6,2%, o que representava mais de 9 milhões de adultos. Medidas de modificação do estilo de vida são imprescindíveis para o controle e melhor prognóstico do diabetes.

Manter alimentação adequada e praticar atividade física regularmente, além da adoção de outros comportamentos como a cessação do tabagismo e a redução do consumo de álcool, são exemplos de práticas benéficas ao estado de saúde dos indivíduos com diabetes. No entanto, a ocorrência do diabetes e a sua distribuição na população sofrem influência de arraigados processos de determinação socioeconômica, cultural e ambiental. Essas constatações são evidentes no Brasil, visto que, por suas dimensões continentais, apresenta regiões com diferentes contextos epidemiológicos, demográficos e sociais.

Diante desse cenário, entender a distribuição, magnitude e tendência do diabetes e de seus fatores associados é fundamental no subsídio do planejamento de ações e na definição de prioridades em saúde, com consequente fortalecimento da vigilância e do monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas, o diabetes.

Ainda, a atenção básica à saúde tem papel fundamental no manejo dessa doença, visto que é caracterizada como a porta de entrada da rede de atenção à saúde, promovendo a vinculação e o alcance da continuidade do tratamento e cuidado dos usuários em todas as esferas de atenção.

A população total estudada entre os anos de 2006-2018 foi composta por 677.866 adultos (≥ 18 anos), residentes nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal. A prevalência de diagnóstico médico autorreferido de diabetes no período estudado foi de 7%, que variou de 5,5% (2006) a 7,7% (2018). As maiores prevalências foram referidas em mulheres (7,6%), entre pessoas com 65 anos e mais de idade (22,5%), com até oito anos de estudo (11,9%) e residentes nas capitais da Região Sudeste (7,9%). As prevalências de diagnóstico médico de diabetes foram maiores entre os indivíduos com excesso de peso, que não praticam atividade física, não consomem refrigerantes, e menores entre os que fumam atualmente e consomem bebidas alcoólicas.

Houve aumento significativo da prevalência de diabetes no conjunto das capitais brasileiras e no Distrito Federal de 5,5% em 2006 para 7,7% em 2018 (com aumento médio anual de 3,16% no período completo estudado). Observou-se aumento de maior magnitude entre os homens (3,34%/ano), entre pessoas de 35 a 44 anos (3%/ano) e com até oito anos de estudo (5,12%/ano).

Maior prevalência de diabetes foi encontrada entre aqueles com excesso de peso.

Estudo brasileiro apontou que pessoas com obesidade apresentaram maior chance de ter diagnóstico de diabetes. Paralelamente, a prevalência de excesso de peso e obesidade vêm aumentando, tanto para homens como para mulheres, ao longo dos últimos anos. O excesso de peso é um dos determinantes para a manutenção da hiperglicemia, por meio de diversos mecanismos, que em última análise exacerbam a resistência à insulina. Destaca-se, aqui, a rápida transformação no padrão de alimentação, com a introdução de alimentos excessivos em gorduras e carboidratos simples. A alimentação saudável e a prática de atividade física impactam tanto no desenvolvimento da doença, com consequente redução de diagnóstico, como também no controle glicêmico daqueles que receberam diagnóstico, reduzindo complicações futuras.

Por outro lado, o fumo e o tabagismo são fatores que, associados à má alimentação e à inatividade física e ao próprio diabetes, podem contribuir para a carga da morbimortalidade das doenças cardiovasculares. Assim, é relevante que os profissionais implementem ações de promoção à saúde em suas práticas diárias.

As recomendações da Associação Americana de Diabetes demonstram a necessidade de um programa intensivo de mudança no estilo de vida, diminuição de peso corporal, melhoria da alimentação, aconselhamento para a cessação do tabagismo e outros produtos do tabaco relacionados no componente rotineiro do tratamento, bem como o aumento da prática de atividade física, como tratamento não farmacológico para o controle do diabetes mellitus.

Tanto para o sexo masculino quanto para o sexo feminino, observou-se aumento da prevalência de diagnóstico de diabetes na maioria das capitais. Acredita-se que as causas da tendência de aumento da prevalência de diabetes no País, aconteça ao menos em parte, às características da composição populacional de cada cidade e até mesmo de estratégias de cuidado que são diferentes em cada região do País.

Neste estudo, identificou-se uma relação de aumento da cobertura da atenção básica com o aumento da prevalência de diabetes em quatro capitais para homens e em sete capitais para mulheres. Esse dado sugere que a ampliação da cobertura da atenção primária contribuiu no acesso ao diagnóstico. Além de ampliação ao diagnóstico, a atenção básica possibilita o acompanhamento de pessoas portadoras de doenças crônicas, incluindo o acesso à medicação, com consequente redução de complicações relacionadas à doença. Estudo realizado em São Paulo mostrou que 69,9% dos idosos procuraram o serviço rotineiramente por causa do diabetes e 96,1% foram atendidos no serviço que procuraram. Estudos que tratam de condições sensíveis à atenção primária evidenciam redução da tendência desse conjunto de doença e relacionam este achado ao aumento da cobertura da atenção primária.

No Brasil, os serviços de atenção primária à saúde têm sido importantes espaços, nos quais grande parte dos aconselhamentos sobre promoção da saúde e estilos de vida saudáveis são realizados.

Protocolos, guias e documentos do Ministério da Saúde, reforçam as ações e as estratégias no âmbito da atenção básica e até mesmo em ações intersetoriais como o Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Nesse contexto, evidencia-se a necessidade da organização da linha de cuidado e promoção da saúde na atenção básica, bem como a estruturação das redes de assistência em saúde que subsidiem as ações de saúde pública para a promoção, a prevenção e o controle das doenças crônicas.

Nesse sentido, reflexões acerca da implementação de políticas e da proposição de um conjunto de ações intersetoriais, no intuito de ampliar o estímulo ao estilo de vida saudável e o acesso ao diagnóstico e tratamento, são indispensáveis para o controle da doença.

Violência contra jovens no Brasil segundo raça/cor: tendências dos homicídios e perfil dos atendimentos de urgência e emergência

A mortalidade por agressão constitui-se na principal causa de morte de jovens brasileiros de 15 a 29 anos, principalmente negros e do sexo masculino. A mortalidade de jovens negros apresentou-se superior à mortalidade de jovens brancos em todas as regiões do Brasil e com tendência crescente (2,76; 1,42 - 4,12). O perfil de atendimentos em serviços de urgência e emergência revelou predominância em jovens negros (80,3%) e do sexo masculino (73,9%), com maior ocorrência nas vias públicas (55,7%), por agressor desconhecido (46,9%), sendo o meio de agressão mais frequente a força corporal/espancamento (47,3%).

A violência contra negros pode ser compreendida a partir de vários aspectos que se inter-relacionam, tais como econômico, social, cultural, racial, gênero, entre outros.

A violência é a principal causa de morbimortalidade na população jovem no Brasil, sobretudo em jovens negros, do sexo masculino, moradores das periferias de áreas metropolitanas dos centros urbanos. Somente em 2017, no Brasil, ocorreram 36.266 homicídios de jovens entre 15 e 29 anos de idade, dos quais 79,4% eram negros.

A violência constitui-se como um dos principais problemas de saúde pública do Brasil, com grande impacto social, econômico, familiar, psicológico e no trabalho. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) apontam para um impacto das violências equivalente a aproximadamente 6% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, considerando custos diretos e indiretos. Na configuração da violência cruzam-se problemas da moral, do direito, da política, da economia, da psicologia, do gênero, da saúde, do meio ambiente e das condições de vida do plano individual, das relações humanas e institucionais. A violência é, portanto, um fenômeno complexo, multicausal, ao qual todas as pessoas estão suscetíveis, sendo mais frequente entre jovens negros.

A violência é considerada um indicador de baixa qualidade de vida em uma sociedade e tem nos homicídios sua maior expressão. As consequências dos homicídios atingem não só as vítimas, mas aqueles em seu convívio. Estima-se que, para cada homicídio, as vidas de aproximadamente sete a dez familiares sejam afetadas, com importantes consequências para a saúde mental e física. A compreensão do fenômeno da violência impõe uma análise abrangente a partir de fatores políticos, socioambientais, possuindo forte associação com as desigualdades sociais. Seu entendimento perpassa as relações de estruturas sociais e de poder, como questões culturais, comportamentais e relações de gênero, bem como questões raciais e geracionais. O entendimento da violência contra jovens permite, entre outras possibilidades, subsidiar a elaboração e o fortalecimento de políticas públicas, bem como o trabalho de gestores, profissionais da área da Saúde, da Segurança Pública, governantes, pesquisadores nacionais e de outros países para o enfrentamento da violência.

Assim, a análise da mortalidade por homicídios é importante para o monitoramento das mudanças nos indicadores de violência letal ao longo do tempo, além de permitir identificação do padrão demográfico das populações sob alto risco de violência e comparações entre países. A abordagem e o enfrentamento da violência no campo da saúde pública requerem uma visão ampliada dos fatores que a geram e alimentam, sendo fundamental levantar o maior número possível de conhecimentos e unir, sistematicamente, dados sobre extensão, características e consequências, em âmbito local, nacional e internacional.

A predominância de homicídios entre jovens negros e a tendência das taxas de homicídio nessa população constituem grave problema de saúde pública no Brasil. De um total de 34.311 óbitos por agressão de jovens entre 15 e 29 anos ocorridos em 2017, 79,5% envolviam negros. Entre os anos 2000 e 2015, as taxas de homicídios de negros foram superiores às verificadas entre brancos, havendo, no período, um incremento de 24% nas taxas de homicídio de negros, que passaram de 29,2 para 36,2/100 mil habitantes, ao passo que as taxas de homicídios de brancos apresentaram redução de 22%.

Evolução de Óbitos e Internações de Usuários mais Vulneráveis a Lesões de Trânsito

As lesões de trânsito representam importante causa de morbimortalidade no Brasil.

O estudo mostrou tendência estacionária da taxa de mortalidade por lesões de trânsito e tendência crescente da taxa de internação no Brasil, 2000 a 2017. Os pedestres apresentaram tendência decrescente, os motociclistas, crescente, e os ciclistas, tendência estacionária para ambas as taxas. Em relação aos grupos analisados, as UFs menos urbanizadas e com menor IDHM, em geral, apresentaram os piores cenários, com taxas de tendência crescente e com os maiores incrementos anuais. As taxas de motorização por motocicletas, de urbanização e o IDHM foram associados à taxa de mortalidade de motociclistas, enquanto a mortalidade entre ciclistas foi associada à motorização por motocicletas.

O cenário atual ainda é preocupante, o que torna necessário reforçar as estratégias para reduzir as mortes e as lesões graves no trânsito.

As lesões de trânsito causaram 1,35 milhões de mortes no mundo em 2016.

A taxa nas Américas foi de 15,6 por 100 mil habitantes, próxima a taxa global (18,2 por 100 mil habitantes). Diferenças importantes foram observadas: o risco de morte por lesões de trânsito chega a ser três vezes maior em países de baixa renda comparados aos países de alta renda. A Europa apresentou taxa de 9,3 por 100 mil habitantes, e na África de 26,6 por 100 mil habitantes em 2016.

Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), a taxa de mortalidade das lesões de trânsito no Brasil chegou a 20,4 por 100 mil habitantes em 2017.

O País apresentou as maiores taxas de mortes envolvendo motociclistas (6,7 por 100 mil habitantes) e ciclistas (0,9 por 100 mil habitantes) nas Américas. Bem como, está entre as maiores taxas de anos de vida vividos com incapacidade (YLD) para motociclistas (44,8 por 100 mil habitantes) e pedestres (23,9 por 100 mil habitantes) da região.

Um subconjunto da população compõe o grupo das vítimas mais vulneráveis a lesões de trânsito por participar de distintos fatores e circunstâncias determinantes de maior probabilidade de envolvimento em acidentes e exposição a lesões. Inclui condições físicas de maior fragilidade humana (crianças e idosos), tipo e finalidade de meio de transporte (motocicletas e bicicletas para uso profissional) e ainda mobilidade urbana de pedestres e ciclistas.

Lesões decorrentes desses acidentes, comumente múltiplas, resultam na longa ocupação de leitos cirúrgicos e de terapia intensiva e em danos causados por sequelas ou incapacidades permanentes, resultantes na perda de saúde e anos de vida não saudáveis, impostos aos países e populações. Traumas graves e na região da cabeça não são incomuns, o que resulta em vítimas com maior gravidade e letalidade.

Conhecer a epidemiologia da mortalidade e da internação das lesões de trânsito é importante para reduzir os aspectos fundamentais causadores de vulnerabilidades e para orientar a formulação de políticas de prevenção e de promoção da segurança no trânsito. O que constitui numa obrigação de ação moral diante das situações que fragilizam determinados grupos da sociedade.

No Brasil, em 2017, as lesões de trânsito foram responsáveis por 35.375 óbitos e 181.134 internações, sendo 5.449 óbitos e 13.432 internações, com condição de vítima inespecífica (CID-10 – V87 a V89). Assim foram 29.926 óbitos e 167.702 internações com condição da vítima especificada.

O grupo dos mais vulneráveis a lesões de trânsito (pedestres, ciclistas e motociclistas), corresponde a 66,7% (n=23.612) do total dos óbitos decorrentes de lesões de trânsito e 85,4% (n=154.786) das internações por estas causas em 2017.

A taxa de mortalidade por lesões de trânsito entre 2000 e 2017 apresentou tendência estacionária, diferentemente da taxa de internação que exibiu tendência de crescimento, com incremento anual de 1,8% (IC 95%: 0,1 – 3,6) no mesmo período.

Entre as vítimas mais vulneráveis, os pedestres apresentaram redução significativa das taxas de mortalidade, ao contrário destes, os motociclistas mostraram os maiores incrementos de 6,5% e 9,8% para as taxas de mortalidade e de internação, respectivamente.

Os ciclistas apresentaram ambas as taxas com tendência estacionária. Apesar da tendência estacionária das taxas de mortalidade total e da tendência crescente entre os motociclistas, nos últimos anos da série observou-se reduções, principalmente a partir de 2015, o que não se refletiu nas taxas de internações.

Reintrodução do Vírus do Sarampo no Brasil

O sarampo é uma doença febril, aguda, de transmissão respiratória, considerada, ainda, um problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de 1 ano. O Brasil enfrentou várias epidemias de sarampo, controladas por meio da vacinação de rotina, realização periódica de campanhas de seguimento e melhoria da sensibilidade da vigilância epidemiológica. Em 2016, o País, com a Região das Américas, foi certificado como área livre do sarampo, considerando a ausência de casos autóctones da doença desde o ano 2001. Entretanto, em 2018, o vírus foi reintroduzido no seu território e manteve-se com transmissão sustentada por mais de 12 meses consecutivos, ou seja, foi restabelecida a circulação endêmica. Neste cenário, o Brasil busca desenvolver estratégias para interrupção da cadeia de transmissão do vírus, enfrentando o problema com vistas a conter e eliminar a circulação deste agente infeccioso.

O cenário é preocupante em relação ao sarampo no País, não só pelo elevado registro de pessoas acometidas nos surtos identificados, mas principalmente pelas baixas coberturas vacinais que sugerem a existência de grande número de suscetíveis à doença.

A identificação precoce dos casos desta doença, a implementação oportuna das ações de prevenção e controle, a estruturação da rede de atenção em saúde para o atendimento adequado aos pacientes, a ocorrência em áreas com transmissão ativa do vírus ao lado da facilidade e rapidez de deslocamento de pessoas para tais regiões são desafios a serem superados para que o Brasil volte a alcançar e manter a eliminação do sarampo do seu território.

Programa Nacional de Imunizações

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 45 anos como política pública de saúde, contribuiu na mudança do perfil de morbimortalidade, especialmente na infância. Avançou desde a criação (1973) e publicação do primeiro calendário vacinal (1977), de 4 para 19 vacinas ofertadas da criança ao idoso. Ainda há um calendário diferenciado para a população indígena e vacinas disponibilizadas para grupos com condições clínicas especiais, sendo ofertadas nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie). O Programa distribui por ano em torno de 300 milhões de doses de imunobiológicos entre vacinas e soros. Utiliza estratégias de vacinação de rotina e campanhas.

As Coberturas Vacinais; CVs médias para criança apresentaram quatro cenários: <70% até 1988; crescentes alcançando índices ≥90%–95% na metade dos anos 1990; manteve índices adequados até 2015, e queda a partir de 2016. A homogeneidade de CV; HCV por municípios e por vacinas entre 2015 e 2018 manteve-se abaixo da meta (<70% e <100%). Em adolescentes e adultos, as CVs ficaram abaixo das metas por vacina e população-alvo.

O perfil de morbidade por doenças imunopreveníveis reflete avanços do PNI ao longo dos anos, elevando o número de vacinas e ampliando a população-alvo. A queda nas CVs coincide com o recrudescimento de doenças já eliminadas, impondo desafios para identificar e intervir sobre múltiplos fatores atribuídos a esse cenário. Fortalecer parcerias e aspectos relacionados aos serviços, fundamental para manter conquistas e credibilidade do PNI, sobretudo avançar no controle e na eliminação de doenças imunopreveníveis.

É inquestionável o controle de doenças por meio de vacinas com reflexo na mudança do perfil de morbidade e mortalidade na região das Américas, em especial da população infantil, alvo principal dos programas de imunizações, graças aos esforços desenvolvidos pelos Programas de Imunizações dos países-membros da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), integrante do Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), cresceu significativamente ao longo dos 45 anos de trajetória como política pública de saúde de amplo alcance da população aos imunobiológicos ofertados.

Hepatite B em Mulheres em Idade Fértil e Medidas para Redução da Transmissão Vertical

No Brasil, no período de 1999 a 2018, observa-se que mais da metade dos casos de hepatite B em mulheres acomete mulheres com potencial reprodutivo, na idade de 15 a 49 anos. Diante do exposto, é necessária a execução de estratégias combinadas que levem em consideração a imunização, o cuidado no pré-natal e no parto, bem como a assistência ao recém-nascido, com a finalidade de reduzir ou eliminar a transmissão vertical da hepatite B no País.

No Brasil, de 1999 a 2018, 82.088 casos de hepatite B ocorreram em mulheres entre 15 e 49 anos de idade, com o seguinte perfil: 46,7% brancas; 16,6% com esquema vacinal completo; 7,4% com HBeAg reagente; e 30,3% gestantes. As regiões Norte e Sul do País são as que apresentaram as maiores taxas. A comparação dos dados mostrou que o percentual de mulheres não brancas (pretas/pardas, amarelas e indígenas) tem aumentado no período considerado. No Brasil, há recomendações disponíveis para a prevenção da transmissão vertical da hepatite B, todavia persiste a via de transmissão vertical, elevando o impacto da hepatite B, no País, no perfil epidemiológico da população.

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável incluem o desafio da eliminação da infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) até 2030, dado tratar-se de um problema de saúde pública. Em 2015, foram identificadas cerca de 260 milhões de pessoas com infecção crônica pelo vírus da hepatite B (HBV), sendo esse vírus responsável por aproximadamente 780 mil óbitos por ano.

No Brasil, de 1999 a 2018, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foram notificados 233.027 casos de hepatite B, sendo 45% (n=105.885) dos casos em mulheres. Entre 2008 e 2018, a razão entre os sexos (M:F) era de 11 e 13 homens para cada 10 mulheres.

A recomendação de vacinação profilática para toda a população e a prevenção da transmissão vertical são pontos fundamentais da estratégia para eliminação desse agravo.

Porém, a transmissão vertical da hepatite B ainda ocorre, apesar da incorporação da vacina para hepatite B no Calendário Nacional de Vacinação da Criança, a partir de 1998, e dos esforços progressivos para prevenção, como a produção nacional autossuficiente de vacinas, a distribuição de imunoglobulina humana anti-hepatite B e a disponibilidade de quimioprofilaxia durante a gestação.

Como ferramentas para a prevenção da transmissão vertical da hepatite B, o Ministério da Saúde recomenda a vacinação específica para toda a população, incluindo as mulheres com potencial reprodutivo. Além disso, está recomendada a checagem do histórico vacinal para hepatite B durante o pré-natal, ainda na primeira consulta, seguido de testagem e vacinação, se for o caso. As mulheres com hepatite B podem ter indicação de tratamento durante a gestação ou de quimioprofilaxia para controle da carga viral e diminuição do risco de transmissão vertical no momento do parto.

Além disso, para o cuidado de recém-nascido de mãe com hepatite B, o Ministério da Saúde normatiza a administração de imunoprofilaxia passiva e ativa (imunoglobulina e vacinação para hepatite B) dos recém-nascidos ainda na maternidade, preferencialmente, nas primeiras horas de vida. A imunoprofilaxia combinada de imunoglobulina e vacinação previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos recém-nascidos.

O Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS) colocou como uma das suas prioridades a diminuição da transmissão vertical da hepatite B para o biênio 2019-2020. Para o alcance dessa meta, é necessária a execução de estratégias combinadas que levem em consideração a imunização de mulheres, o cuidado à gestante no pré-natal e no parto, bem como a assistência ao recém-nascido.

1.3 Município de Agudos no Estado de São Paulo

Agudos é um município brasileiro do Estado de São Paulo, localizado na DRS VI, Bauru/SES/SP.

Segundo o IBGE, a população de Agudos, em 2022, foi de 37.680 habitantes e a população estimada em 2024 de 38.879 habitantes.

Em divisão territorial datada de 1999, o município é constituído de 2 distritos: Agudos e Domélia, densidade demográfica de 38,98 hab/km², Índice de desenvolvimento humano municipal, IDHM de 0,745 (2010), PIB per capita de R\$ 70.209,74 (2021).

Em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 97,9%. Em relação ao IDEB, no ano de 2023, o IDEB para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 6,3 e para os anos finais, de 4,9.

Apresenta 95,3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 81% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 18,1% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade: 6,26 para 1.000 nascidos vivos.

As internações devido a diarreias: 23,9 para cada 1.000 habitantes.

Mortalidade Geral (2022): 349 óbitos, sendo do sexo masculino, 193 óbitos e do sexo feminino, 156 óbitos.

Tabela 03: Causas dos óbitos

Algumas doenças infecciosas e parasitárias	28	óbitos
Neoplasmas (Tumores)	51	óbitos
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	óbitos
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	18	óbitos
Transtornos mentais e comportamentais	4	óbitos
Doenças do sistema nervoso	11	óbitos
Doenças do olho e anexos	0	óbitos
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	óbitos
Doenças do aparelho circulatório	79	óbitos
Doenças do aparelho respiratório	30	óbitos

Doenças do aparelho digestivo	14	óbitos
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	óbitos
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	óbitos
Doenças do aparelho geniturinário	12	óbitos
Gravidez, parto e puerpério	1	óbitos
Algumas afecções originadas no período perinatal	2	óbitos
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0	óbitos
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	67	óbitos
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	0	óbitos
Causas externas de morbidade e mortalidade	25	óbitos

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006.

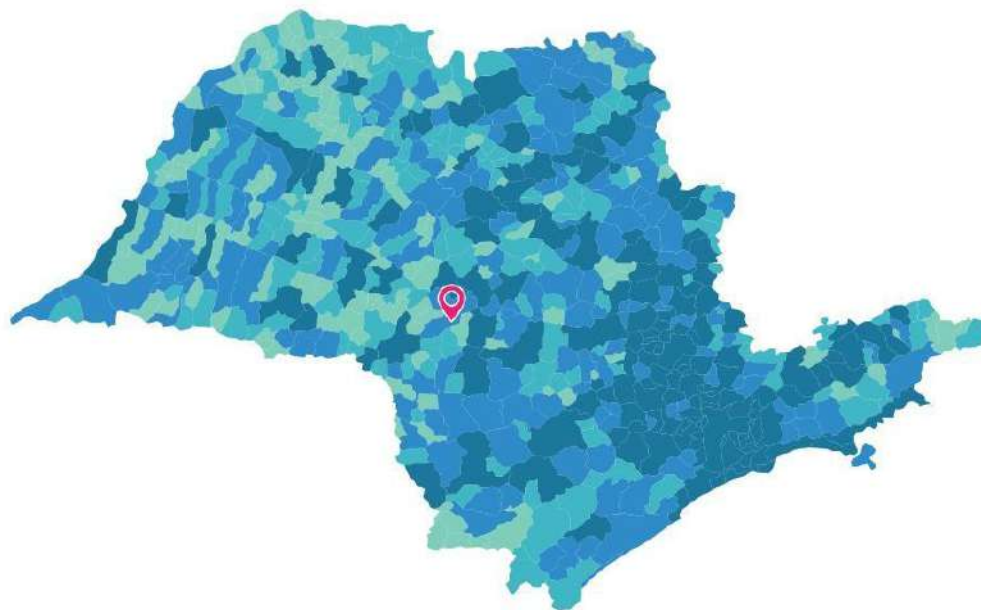
Por meio deste Decreto o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

Municípios integrantes da DRS VI:

Águas de Santa Bárbara, Agudos, Anhembí, Arandu, Arealva, Areiópolis, Avaí, Avaré, Balbinos, Barão de Antonina, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Bofete, Boracéia, Borebi, Botucatu, Brotas, Cabrália Paulista, Cafelândia, Cerqueira César, Conchas, Coronel Macedo, Dois Córregos, Duartina, Fartura, Getulina, Guaiçara, Iacanga, Iaras, Igaraçu do Tietê, Itaí, Itaju, Itaporanga, Itapuí, Itatinga, Jaú, Laranjal Paulista, Lençóis Paulista, Lins, Lucianópolis, Macatuba, Manduri, Mineiros do Tietê, Paranapanema, Pardinho, Paulistânia, Pederneiras, Pereiras, Piraju, Pirajuí, Piratininga, Pongaí, Porangaba, Pratânia, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, São Manuel, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuapá, Torre de Pedra, Torrinha e Uru.

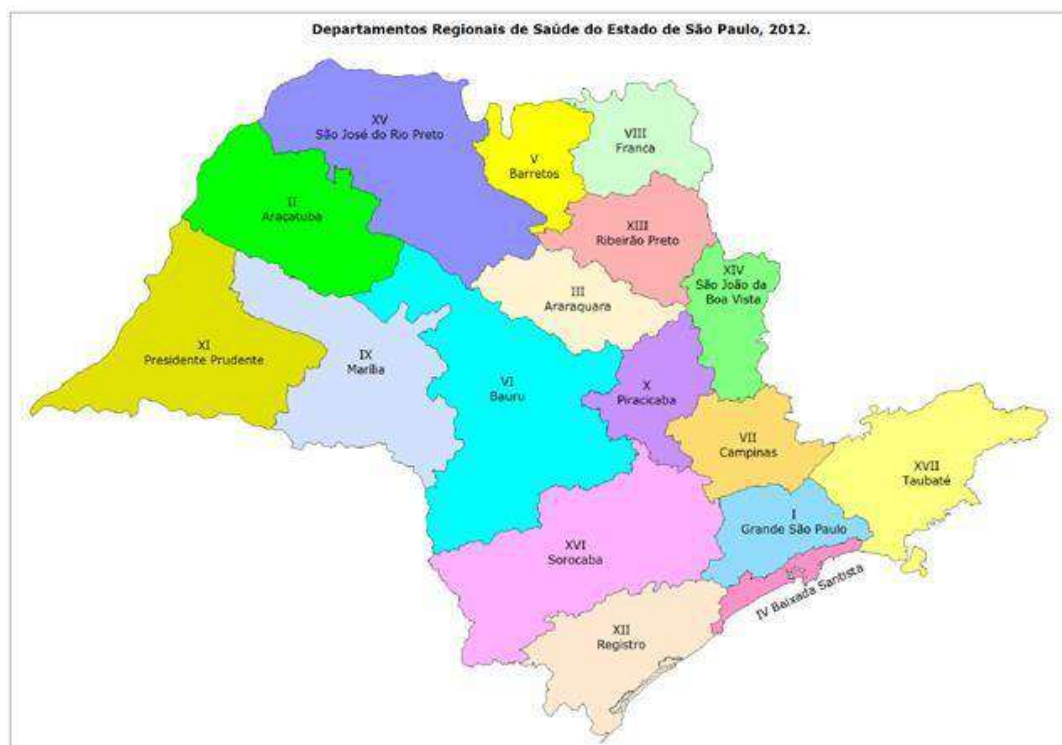
O mapa apresentado a seguir mostra a localização de Agudos no Estado de São Paulo.

Figura 09:



O mapa apresentado a seguir mostra a divisão do Estado nos Departamentos Regionais de Saúde.

Figura 10: Estado de São Paulo segundo Departamentos de Saúde



1.4 Informações sobre a Área de Atuação e Compromissos na Gestão

1.4.1 Informações sobre a Área de Atuação - UPA

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA – 24 horas), UPA Porte 1, está localizada na Rua Rubens Venturini n. 140, Bairro Vila Avato, Agudos/ SP, térreo, com área de 1.365,04m.

Se encontra em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e implementada com o objetivo de superar as limitações no acesso aos serviços de urgência e fortalecer a Rede de Atenção às Urgências, garantindo atendimento oportuno e qualificado.

A UPA funciona ininterruptamente 24 horas por dia, inclusive nos finais de semana e feriados, e executa atividades de assistência à saúde envolvendo atendimentos de urgência e emergência (adulto e pediátrico), inclusive acompanhamentos dos casos durante o período de atividade. Em relação aos casos de natureza clínica, cirúrgica e de trauma, pode prestar o primeiro atendimento, encaminhando a serviços hospitalares de referência de acordo com a complexidade do caso.

Funciona com os processos de Acolhimento com Classificação de Risco, identificando o paciente que necessita de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou gravidade do caso.

Nos leitos existentes para observação aos pacientes devem permanecer por no máximo 24 horas para estabilização ou elucidação diagnóstica. Após este período, o paciente que não receber alta, deverá ser encaminhado, após liberação do complexo regulador (Municipal e CROSS), até a Unidade Hospitalar Referenciada, de acordo com a complexidade clínica e traumática do usuário e fluxos de referência definidos pela Secretaria de Saúde.

A UPA deve prestar apoio diagnóstico por imagem e exames laboratoriais nas 24 horas do dia de acordo com suas necessidades clínicas para investigação diagnóstica, conforme tabela a seguir:

Tabela 04:

EXAMES

ELETROCARDIOGRAMA

RAIO – X

EXAMES LABORATORIAIS PARA DIAGNOSTICO

E CONDUTA DE EMERGÊNCIA

TOMOGRAFIA

A Unidade tem capacidade total para 22 leitos, sendo 05 infantis; 09 adultos (04 masculinos e 05 femininos), 06 emergências, 01 leitos de curta duração, 01 leito individual pediátrico.

ESTRUTURA FÍSICA:

ÁREA EXTERNA

Tabela 05:

ITEM	RELAÇÃO	N.
01	SALA DE ANTECÂMARA PARA GERADOR	01
02	GERADOR	01
03	SALA DE RESÍDUO I (LIXO HOSPITALAR)	01
04	SALA DE RESÍDUO II (LIXO RECICLÁVEL)	01
05	SALA DE RESÍDUOS III (LIXO ORGÂNICO)	01
06	SALA DO COMPRESSOR	01
07	COMPRESSOR	01
08	SALA DE GASES MEDICINAIS	02
09	SALA DE ALTA TENSÃO	01
10	PAVIMENTO ANEXO AO PRÉDIO PARA INSTALAÇÕES DO SAMU	01

TÉRREO

Tabela 06:

ITEM	RELAÇÃO	N.
01	RECEPÇÃO	01
02	SALA DE ARQUIVO	01
03	SALA DE ESPERA	01
04	SALA DE SERVIÇO SOCIAL	01
05	SALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	01
06	CONSULTÓRIOS MÉDICOS	04
07	SANITÁRIOS FEMININOS	02
08	SANITÁRIOS MASCULINOS	02
09	SANITÁRIO FEMININO ACESSÍVEL	01
10	SANITÁRIO MASCULINO ACESSÍVEL	01
11	SALA DE RAO X	01



12	SALA DE ANTECÂMARA DO RAIO X	01
13	SALA DE LAUDOS	01
14	SALA DE ARQUIVOS DE CHAPAS	01
15	SALA DE GESSO	01
16	SALA DE CURATIVO/SUTURA	01
17	SALA DE INALAÇÃO	01
18	SALA DE APLICAÇÃO E MINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E HIDRATAÇÃO	01
19	SALA DE ELETROCARDIOGRAMA E ULTRASSONOGRAFIA	01
20	SALA DE DML	01
21	OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA/FEMININA	01
22	OBSERVAÇÃO MASCULINA	01
23	QUARTO INDIVIDUAL DE CURTA DURAÇÃO	01
24	QUARTO INDIVIDUAL PEDIÁTRICO	01
25	SALA DE EMERGENCIA	01
26	SALA DE ESTERILIZAÇÃO	01
27	SALA DE HIGIENIZAÇÃO DE MATERIAIS	01
28	SALA ARMAZENAGEM ROUPA LIMPA	01
29	ALMOXARIFADO	01
30	POSTO DE ENFERMAGEM	01
31	SALA DE ESTAR DE FUNCIONÁRIOS	01
32	FARMÁCIA	01
33	SALA ADMINISTRATIVA	01
34	SALA DE REUNIÃO	01
35	COPA	01
36	SALA DE DISTRIBUIÇÃO DE ALIMENTOS	01
37	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS	01
38	SANITÁRIO MASCULINO PARA FUNCIONÁRIOS	01
39	SANITÁRIO FEMININO PARA FUNCIONÁRIOS	01
40	QUARTO DE PLANTÃO FUNCIONÁRIOS FEMININO	01
41	QUARTO DE PLANTÃO FUNCIONÁRIOS MASCULINO	01

1.4.2 Compromissos na Gestão

A **OS ICAASES** se compromete a implementar as Diretrizes Básicas para Implementação da UPA (24 Horas) – Unidade de Pronto Atendimento:

1. Realizar, consultas e exames médicos e procedimentos ambulatoriais na UPA;
2. Manter uma equipe multiprofissional para a estratégia e assistência à saúde na UPA;
3. Estabelecer mecanismos para melhoria da qualidade de atendimento aos usuários dentro de padrões éticos;
4. Utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões;
5. Acolher todos os pacientes que chegam à Unidade de Pronto Atendimento;
6. Reduzir riscos e agravos à saúde promovendo atendimento integral nas urgências e emergências;
7. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, especificamente nas doenças de notificação compulsória;
8. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
9. Participar em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, da promoção e integração das ações de saúde, visando perfil epidemiológico nos atendimentos;
10. Viabilizar a capacitação e a saúde permanente aos profissionais;
11. Utilizar instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação das ações realizadas;
12. Realizar pesquisas com o objetivo de avaliar a satisfação da coletividade e levantamento de informações para tomada de decisões;
13. Prestar atendimento médico com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde;
14. Humanizar o atendimento aos pacientes e seus familiares e oferecer alimentação (lanche) para os pacientes e acompanhantes, no mínimo, aos que permanecerem + de 12 horas;
15. Garantir em tempo integral o funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento.

A OS ICAASES se compromete em relação aos serviços a serem prestados:

1. Atendimento às Urgências e Emergências:

Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à Unidade, durante as 24 (vinte quatro) horas do dia do todos os dias do ano, observando o que segue:

- Atendimento de Urgência e Emergência adulto e pediátrico;
- Acolhimento e Classificação de Risco, Descrição dos Tempos de Atendimento conforme a Classificação de Risco de Manchester:

Classificação Vermelho: Atendimento imediato;

Classificação Laranja: Atendidos em tempo ≤ 10 minutos, medindo o atendimento da recepção ao acolhimento (triagem);

Classificação Amarelo: Atendidos em tempo ≤ 60 minutos, medindo o tempo do acolhimento (triagem) ao médico;

Classificação Verde: Atendidos em tempo ≤ 120 minutos, medindo o tempo do acolhimento (triagem) ao médico;

Classificação Azul: Atendidos em tempo ≤ 240 minutos, medindo o tempo do acolhimento (triagem) ao médico.

- Procedimentos médicos no atendimento de urgência de acordo com as características e perfil da UPA.

2. Observação Clínica

A observação compreende a prestação de assistência à saúde no período previsto de 24 horas, oferecendo atendimento assistencial integral necessário, dentro do escopo da UPA, para obter o diagnóstico e resolver as queixas do paciente com o emprego de terapêuticas necessárias. Após as 24 horas de observação com realização de exames e terapêutica, caso o diagnóstico não tenha sido elucidado ou a queixa resolvida, paciente será encaminhado para internação nos serviços hospitalares, por meio de Complexo Regulador (Municipal e CROSS).

No período de observação estarão incluídos;

- Tratamentos das possíveis complicações que possam ocorrer;
- Tratamento farmacoterapêutico necessário, de acordo com a padronização da Unidade, RENAME, REMUME, Federal e Municipal, respectivamente, conforme determinado pelo SUS – Sistema Único de Saúde;
- Cuidados e procedimentos assistenciais necessários ao cliente;
- Direito a acompanhante durante o período da observação, conforme regras estabelecidas devido às condições especiais do usuário.

3. Serviços de Apoio Diagnóstico – SADT:

O serviço de apoio diagnóstico e terapêutico consiste na realização de exames complementares necessários para o diagnóstico ou à coleta de materiais, e realização de procedimentos terapêuticos imediatos necessários no atendimento da emergência.

Estão incluídos:

- Eletrocardiograma;
- Tomografia;
- Coleta de material e realização de exames laboratoriais:

Amilase; Bilirrubinas Totais e Frações; Creatinina; Creatinosfos Foquinase - Fração Mb (Ckmb); Creatinosfos Fosfoquinase – (Cpk); Desidrogenase Láctica – Ldh / Dhl; Fosfatase Alcalina/ Ácida; Glicose; Hemograma Completo com Contagem de Plaquetas; Potássio; Sódio; Prova do Laço; Tempo de Protombina (Tap Com Inr); Tempo de Tromboplastina Kptt/Ttpa; Teste de Gravidez no Sangue Qualitativo; TGO Aspartato Aminotransferase; Ureia; Magnésio; TGP (Transaminase); Líquor Com Dosagem de Proteínas; PCR; Troponina. Gama GT; Proteína C Reativa; Colesterol Total e Frações; Hemoglobina Glicosilada; Ácido Úrico; Dosagem de Cálcio Total; Sorologia para Dengue (IGG/IGM/Ns1, Teste Rápido), Ferro Sérico; Latex; Dosagem de Proteínas; Albumina e Fosforo.

- Exames de radiologia em geral;
- Suturas e curativos;
- Imobilização de fraturas/gesso;
- Inalação;
- Aplicação de medicamentos;
- Reidratação;
- Pequenos procedimentos médicos.

4. Recursos Humanos:

Os recursos humanos disponibilizados pela **OS ICAASES** deverão ser qualificados, com habilitação técnica e legal (com registro no respectivo Conselho de Classe), com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Deverá ainda obedecer às normas legais, em especial da Secretaria Municipal de Saúde, do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

1 - Equipe Técnica:

Assistente Administrativo	UPA	40	1
Auxiliar administrativo	UPA	40	3
Auxiliar de Almoxarifado	UPA	36	2
Enfermeiro/RT	UPA	40	1
Enfermeiro Diurno*	UPA	36	7
Enfermeiro Noturno*	UPA	36	4
Enfermeiro Folguista*	UPA	36	2
Técnico de Enfermagem Diurno*	UPA	36	14
Técnico de Enfermagem Noturno*	UPA	36	14
Técnico de Enfermagem Folguista*	UPA	36	4
Técnico de R.X. Diurno*	UPA	24	4
Técnico de R.X. Diurno Folguista*	UPA	24	2
Técnico de R.X. Noturno*	UPA	24	2
Técnico de R.X. Noturno Folguista*	UPA	24	1
Assistente Social	UPA	30	3
Farmacêutico - RT	UPA	30	1
Farmacêutico Diurno	UPA	30	1
Farmacêutico Noturno	UPA	30	1
Biomédico - RT	UPA	30	1
Biomédico Diurno	UPA	36	2
Biomédico Noturno	UPA	36	2
Biomédico Folguista	UPA	36	2
Fisioterapeuta	UPA	30	1
Auxiliar de Farmácia - Diurno	UPA	36	2
Auxiliar de Farmácia - Noturno	UPA	36	2
Auxiliar de Farmácia - Folguista	UPA	36	2
Recepcionista Diurno	UPA	36	4
Recepcionista Noturno	UPA	36	4
Recepcionista Folguista	UPA	36	2

2 - Equipe Médica:

- Clínica Geral:

- 02 médicos das 07hs às 19hs
- 02 médicos das 19hs às 07hs
- 01 médico das 10hs às 22hs

- Pediatra

- Manter 01 (um) profissional, em assistência diurna e em sobrecarga noturna. Apoio e disponibilidade matricial.

- Médico Diretor Técnico.

5. Outros serviços e Atividades:

- **Serviço de higienização:** serviços de limpeza e higienização nas 24 horas, sábados, domingos e feriados.
- **Serviço de manutenção:** manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médicos, mobiliário, bem como, manutenção predial, limpeza e manutenção de jardim, hidráulica e elétrica.
- **Medicamentos e Insumos:** Aquisição de medicamentos e materiais, gases medicinais, insumos, equipos para bomba de infusão, necessários para o desenvolvimento da atividade na UPA.
- **Classificação de Risco** – Protocolo Manchester;
- **Serviços de exames laboratoriais:** A Unidade de Pronto Atendimento conta com laboratório de análises clínicas em suas dependências. Para seu devido funcionamento a Organização Social ficará responsável em manter todos os insumos e equipamentos para o devido funcionamento dos serviços de análises clínicas aos pacientes em atendimento, de acordo com prescrição médica, vinte quatro horas por dia, todos os dias, incluindo sábado, domingo e feriados.
- **Serviços de esterilização:** esterilização de materiais, os quais não sejam possíveis à realização na unidade – UPA.

- **Serviço de lavanderia e rouparia:** Será de responsabilidade da Organização Social, lavagem de toda o enxoval utilizado na Unidade de Pronto Atendimento/UPA 24 horas, bem como verificação de todas as normas técnicas de lavagem, junto a empresa contratada para o serviço.
- **Eletrocardiógrafo:** Exame de eletrocardiograma para os pacientes que necessitarem, conforme prescrição médica.
- **Raio X:** Serviço de exames de radiologia em geral, conforme prescrição médica. A Organização Social, ficará responsável pelo descarte dos químicos, revertendo em receita a ser depositada na conta específica aberta para o contrato de gestão, para ser utilizado no setor de radiologia;
- **Coleta de Lixo Contaminado:** A coleta e descarte final serão de responsabilidade da Organização Social contratada, a mesma se compromete a emitir em relatórios a Secretaria Municipal de Saúde quanto ao descarte dos mesmos.
- **Serviços de Imobilização ortopédica:** será de responsabilidade da Organização Social o serviço de imobilização ortopédica, quando solicitado pelo profissional médico. O serviço de imobilização poderá ser presencial ou em regime de plantão de sobreaviso, este terá a tolerância máxima de 30 minutos para atendimento ao paciente.
- **Serviço de Transporte Sanitário:** A Organização Social ficará responsável pela terceirização do Serviço de Transporte Sanitário, que poderá compreender 01 (um) veículo ambulância tipo UTI dentro das normas e 01 (um) veículo ambulância tipo SOCIAL, a depender da necessidade, para transferências inter hospitalares dos pacientes da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas, tanto para o Hospital de Referência do Município quanto para Hospitais terciários regulados as vagas pela CROSS (Central de Regulação Oferta de Serviços de Saúde). As transferências também serão realizadas para pacientes que estiverem hospitalizados na Associação do Hospital de Agudos. .
- **Serviço de nutrição e dietética:** serviço de nutrição e dietética, aos usuários que estiverem nos leitos de observação superior a duas horas, considerando prescrição médica.
- **Sistema Eletrônico de Gestão Hospitalar:** compatível com o sistema informatizado utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde e processamento cem por cento da produção de assistência contratada nos sistemas de SIA e SIH DATASUS;
- **Serviço de Controle de Acesso, Vigilância e Monitoramento por Câmeras;**
- **Serviços de Ouvidoria;**
- **Organização dos Fluxos.**

SERVIÇOS DE TERCEIROS

A Organização Social poderá valer-se dos serviços de terceiros (profissionais autônomos), contratados como Pessoa Jurídica, admitindo-se as seguintes atividades:

- Auditoria independente (interna e externa);
- Serviços Médicos;
- Diretor Técnico;
- Serviços de Apoio a Gestão: Gestão Técnica, Serviço Contábil, Administrativo, Assessoria Jurídica, Assistência em RH;
- Prestação de Serviços de Exames Admissionais e Médico do Trabalho;
- Serviços de Limpeza, Asseio e Conservação;
- Serviço de Controle de Acesso, Vigilância e Locação de Equipamentos de
- Serviços de Tecnologia da Informação, Monitoramento por câmeras e Sistemas;
- Serviços de Manutenção Predial;
- Serviços de Lavanderia;
- Serviços de Gesso;
- Serviço de transferência (Locação de veículos);
- Locação de equipamentos: Equipamentos para Laboratório, Raio-X, Tomografia, Bombas de Infusão, Computadores, Impressoras, Autoclave;
- Coleta de lixo hospitalar;

As contratações devem ser feitas em conformidade com o regimento de compras e contratações da Organização Social, bem como os documentos fiscais devem ser acompanhados de relatórios de atividades.

DISPOSIÇÕES GERAIS DO SERVIÇO:

1. Os exames de tomografia, eletrocardiograma, radiografia e exames de análises clínicas que a UPA necessita serão realizadas conforme demanda de solicitações médicas. Demais exames serão solicitados via CROSS, conforme conduta médica.
2. A **OS ICAASES** deverá disponibilizar os serviços de lavanderia, esterilização, oxigênio medicinal e refeições necessários ao atendimento da Unidade de Pronto Atendimento, podendo ser realizada por meios próprios, caso possua capacidade instalada ou através de contratação de prestador de serviços terceirizados.
3. A UPA de Agudos é qualificada pelo Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal recebe custeio diferenciado por esta conquista, sendo que a Entidade deve atentar para o prazo bienal de envio de documentação ao Ministério da Saúde, a fim de manter a qualificação alcançada.

4. Não serão admitidos que os médicos plantonistas realizem plantões com jornada superior a 24 horas consecutivas, uma vez que longos períodos de trabalho podem causar fadiga mental e física, ocasionando falhas no atendimento, salvo em casos excepcionais, devidamente justificados.
5. Os plantões destinados ao médico pediatra poderão ser substituídos por plantões realizados por médico clínico geral, desde que devidamente justificada a impossibilidade de escalação de médico pediatra, e, obviamente, será remunerado pelo valor vigente do plantão de clínico geral.
6. No caso de ausência de algum médico plantonista, o valor referente a esse plantão não prestado não poderá ser destinado aos médicos que eventualmente tenham efetivamente trabalhado na mesma escala de plantão.
7. Os profissionais médicos escalados para prestar o plantão no contrato de gestão não poderão estar, concomitantemente, escalados para outros plantões em outro estabelecimento de saúde, devendo o médico plantonista firmar declaração nesse sentido.
8. Novo serviço ou atividades ou ainda alterações contratuais, que poderão ocorrer, em caso por exemplo de surtos, epidemias, desastres, alteração no perfil assistencial, será necessário a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde para pactuação de reequilíbrio financeiro.
9. Objetivando manter a qualidade e a quantidade do serviço prestado, assim como manter a segurança assistencial do usuário da UPA, poderão ocorrer ajustes nas rubricas, que deverão ser apresentados a Secretaria Municipal de Saúde.

II. Apresentação do Modelo Gerencial

2.1 Modelo Gerencial: Qualidade e Integralidade

O Modelo Gerencial: A Qualidade e a Integralidade da atenção como balizadores da Gestão em Saúde

A **qualidade** tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição de saúde, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, de tal forma, que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, das áreas de docência e pesquisa. As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência à saúde somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

A **integralidade da atenção** como princípio articulador no SUS, visa à promoção da saúde e à assistência à saúde. Para que este princípio se torne uma realidade, se faz necessário uma reorganização do modelo de assistência vigente. De acordo com o texto constitucional, aperfeiçoado e complementado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. Aparentemente, para os constituintes, este todo seria formado por atividades segmentadas em preventivas e serviços assistenciais. Por outro lado, na perspectiva dos usuários, a atenção integral à saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento humanizado, respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento.

Para Viegas e Penna, a integralidade é uma rede de serviços com diversos níveis de complexidade e competências, em que se realiza a integração entre as ações nos diversos níveis e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo.

Destaca-se aqui a atuação decisiva dos gestores que organizam os serviços de saúde e estabelecem articulações favorecedoras de uma integralidade entre os diferentes níveis de complexidade e competências de uma rede de serviços de saúde. A organização e a articulação entre os serviços e a integralidade configuram-se de forma a se ter um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade. Integração é entendida como uma rede de serviços que funcione de modo a dar condições de acesso e que seja resolutive para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Inclui a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como todas as instituições. A integração dos serviços em rede é necessária para garantir a integralidade da atenção à saúde.

Da melhoria na atenção proposta pela **OS ICAASES** fazem parte o respeito e valorização ao paciente e ao trabalhador; a humanização do atendimento; a adoção de medidas que visem atender às crescentes exigências e necessidades da população e a integralidade, o cuidado como síntese de múltiplos cuidados.

As transformações nas organizações de saúde, principalmente as tecnológicas de custo elevado, nem sempre são acompanhadas de novas formas de gestão, capazes de promover a satisfação dos profissionais e de responder às demandas dos clientes.

É frequente a insatisfação dos clientes, que, além de não receberem o tratamento de que necessitam, não têm acesso às informações internas. A comunicação, entre as organizações de saúde e usuários, é ineficiente. O fato de os usuários não terem sequer conhecimento das normas de funcionamento das organizações, da carência frequente de pessoal e material e da demanda por serviços maior que a capacidade de atendimento, dentre outros fatores, frequentemente, resulta em sentimento de desconsideração para com os seus problemas.

Há, portanto, um grande descompasso entre o que prevê as novas formas de gestão contemporânea e as formas de gestão adotadas pelos serviços de saúde. Para os dirigentes da área de saúde mais comprometidos com a assistência à população, uma questão se coloca: como atender às necessidades dos usuários do serviço de saúde e dos trabalhadores, garantindo ao mesmo tempo, a sobrevivência da organização.

Algumas sinalizações, embora tímidas no campo prático, começam a aparecer, principalmente na área gerencial, e a rigidez dos modelos tradicionais vem sendo gradativamente substituída por novas formas, mais condizentes com o momento atual. Teorias da administração, principalmente nos componentes hospitalares estão sendo abarcadas: Administração Flexível, Integração Horizontal (Alianças Estratégicas ou Fusões) e Integração Vertical.

Verifica-se a necessidade de novos estilos e práticas de gestão, mais condizentes e compatíveis com a realidade atual e que possa atender adequadamente às necessidades dos usuários e trabalhadores de saúde.

O novo modelo gerencial proposto pela **OS ICAASES** é introduzido objetivando reverter práticas organizacionais baseadas na teoria clássica e visa uma gerência com maior descentralização das decisões, compartilhamento de autoridade, estrutura dinâmica com interdependência entre os serviços, podendo haver mudanças e adaptações contínuas conforme as necessidades ambientais. Na **Unidade de Pronto Atendimento**, o Modelo Gerencial é aportado em conformidade com as Linhas de Cuidado pactuadas com a gestão municipal. A assistência deve ser pautada no modelo de humanização da atenção, visando que a experiência de atendimento na unidade proporcione um ambiente seguro, no qual haja acolhimento e orientação de acordo com o nível educacional dos usuários e de sua família.

Para estabelecer este modelo gerencial proposto a prática do princípio da integralidade: o cuidado como síntese de múltiplos cuidados é fundamental.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, mas na **Unidade de Pronto Atendimento**, em particular, é, por sua natureza, necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais.

A organização dos serviços precisa considerar as necessidades de saúde dos usuários e ampliar seu escopo de atuação para as reais demandas, incluindo a integração de serviços de saúde nos níveis de atendimento.

Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é resultado dos somatórios de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira pactuada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida das unidades assistenciais.

Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores da **Unidade de Pronto Atendimento**. O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares (PINHEIRO, 1998), caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Para ilustrar, estabelecer os cuidados de um paciente com diabetes internado na observação da **Unidade de Pronto Atendimento**, com um quadro de descompensação:

- Cuidados iniciais do plantonista, que o recebe e interna para estabilizar na observação;
- Cuidados da enfermagem;
- Realizará exames, alguns deles bastante complexos, realizados em serviços diferentes e por profissionais distintos.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial de uma unidade assistencial contemporânea é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado (MERHY & CECILIO, 2002).

Esta dinâmica, cada vez mais presente na vida das unidades assistenciais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe “como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados” (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); a outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Nesta medida, o tema da integralidade do cuidado nas unidades assistenciais, passa necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe como uma estratégia para a gestão de saúde.

Características

- O trabalhador é visto como uma pessoa criativa, que participa das discussões de grupo, tendo um papel determinante na organização do trabalho e resultados;
- Há redução dos níveis hierárquicos e as chefias participam do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final;
- A proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas;
- Desenvolve atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais de acordo com a necessidade das equipes e coerentes com as **Linhas de Cuidado pactuadas** a gestão municipal, mantendo o registro das ações;
- Promove assistência qualificada, multiprofissional, com ênfase no Modelo de Cuidado Humanizado, respeitando a individualidade e as escolhas dos usuários;
- O controle da qualidade passa a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permite conhecer melhor as falhas e corrigi-las;
- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;
- Realiza alta qualificada fornecendo aos usuários o resumo de alta, orientações sobre referências e encaminhamento à Atenção Básica ou outra unidade assistencial;
- A comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia na **Unidade de Pronto Atendimento**;
- Há diversificação e capacidade de mudança, no curto prazo, visando adaptações às exigências conjunturais;
- A atenção é multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado;
- O modelo objetiva organização descentralizada, com unidades autônomas que refletem, a princípio, o todo organizacional;
- São projetados com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão;
- A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá através de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica;
- A organização na **Unidade de Pronto Atendimento** prioriza a participação da gestão estadual e municipal, dos funcionários e da comunidade;
- As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada;

- O modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde: Humanização da Atenção;
- O atendimento é priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.

Diretrizes Operacionais

Uma Política de Atenção à Saúde desintegrada das redes assistenciais e fragmentada compromete o conjunto do Sistema de Saúde.

A definição de uma política de atenção às urgências e emergências, tendo por base o princípio da integralidade, pressupõe a leitura das necessidades sociais locais, a fim de serem identificados déficits de atenção, desigualdades e iniquidades nos diferentes territórios sanitários, estabelecendo-se desse modo, sob o imperativo das necessidades humanas.

A disponibilidade dos serviços de saúde para toda a população, com a qualidade e a integralidade necessária para a atenção à saúde são dificuldades que prosseguem impedindo que o SUS seja um sistema de atenção eficiente no cumprimento da universalidade e da integralidade.

Na parceria estabelecida com a **OS ICAASES**, uma das principais metas pactuadas será de conseguir avançar com uma prática abrangente e qualificada, visando concretizar acessibilidade universal e resolutividade nas demandas assistenciais, incluindo o seguimento e acompanhamento com a SMS/Agudos/SP dos usuários após a alta.

Um dos maiores desafios encontrados no Sistema de Saúde: A Atenção à Saúde fluir em todos os níveis do Sistema; desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

A **OS ICAASES** quer avançar na pactuação e articulação com os outros pontos de atenção do Sistema Municipal de Saúde, com prioridade para a Atenção Primária à Saúde, Centro de Comunicação e ordenadora do Modelo de Atenção à Saúde.

Para que a parceria possa ser efetiva no que se refere à integração e à coordenação das ações, em vista da integralidade almejada, torna-se imperativo promover um relacionamento fundado na cooperação entre o Gestor Municipal e a **OS ICAASES**, assentado em bases jurídicas sólidas, que definam claramente os papéis e responsabilidades comuns e específicas de cada um, potencialize os recursos financeiros, e integrem as iniciativas de formulação de políticas, de planejamento, de coordenação e de avaliação do sistema, incluindo os mecanismos de interação e de articulação que possam lidar com os conflitos ainda presentes.

Deve estar orientado pelo Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Municipal.

O aprimoramento do processo de pactuação entre os parceiros e do relacionamento entre estes, os Gestores Municipais de Saúde e o Conselho de Saúde é fundamental para efetivar as ações propostas, visando adequar a oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e às prioridades da população. Em relação aos profissionais de saúde, propor e implementar planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS. O Apoio e a cooperação técnica com a Gestão Municipal para o desenvolvimento da educação permanente.

A intersetorialidade também é fundamental no processo. Como prática de ação, parte da compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes.

Na saúde torna-se mais fácil compreender esse conceito, pois a qualidade de vida é produto de um amplo conjunto de variáveis inter-relacionadas, associadas a diferentes setores da ação pública e social.

Apoiar o Plano de Qualificação da Atenção à Saúde no âmbito da **Unidade de Pronto Atendimento**, com algumas diretrizes estabelecidas:

- Articular com a Gestão Municipal para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos e do trabalho em equipe;
- Facilitar a participação e o acesso dos trabalhadores de saúde, incorporando-os como sujeitos de mudança, e, do controle social na resolução dos problemas de saúde;
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários;
- Desenvolver campanhas educativas necessárias ao bom desempenho das atividades;
- Estabelecer alianças com organizações governamentais, não governamentais e comunitárias para fortalecer a promoção da saúde e prover fomentos para o desenvolvimento dessas alianças;
- Reconhecer a educação permanente como ferramenta para qualificar os envolvidos na assistência;
- Garantir que as atividades realizadas reforcem a ação da Gestão Municipal e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual e orientadas pelo Princípio da Complementaridade;
- Promover um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseie-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo;
- Avaliar a efetividade e a pertinência utilizando o *feedback* recebido da população que participou das atividades realizadas;
- Desenvolver tecnologia, experiência e métodos para manejo e comunicação da informação a Gestão Municipal e ao Conselho Municipal de Saúde;
- Gerar informações qualificadas para a avaliação do desempenho dos serviços;

- Desenvolver instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados;
- Incorporar mecanismos de alocação de recursos para dispor de infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos necessários para o desenvolvimento do projeto;
- Promover suportes logísticos necessários para o desenvolvimento do projeto;
- O modelo proposto aborda, questões importantes como a transferência de conhecimentos, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, ampliando, dessa forma, a oferta e a qualidade dos serviços prestados;
- Gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção. A consequente eliminação de perdas, com o uso de rotinas organizacionais eficientes e eficazes, gera receita suficiente para que investimentos em humanização, hotelaria e infraestrutura passem a ser uma constante, criando, assim, uma perfeita identificação com a clientela;
- Nenhuma transformação é obtida sem adoção de estratégias de ação que respeitem a história particular de cada organização.

Nesta medida, reiteramos, que o papel das unidades no “sistema de saúde” não pode se restringir a fazer contrarreferência de pacientes encaminhados.

Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extraunidades, em particular com a Secretaria Municipal de Saúde; com o conselho que congrega os Secretários Municipais de Saúde, COSEMS-SP; com as Coordenações de Regiões de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, visto que a **Unidade de Pronto Atendimento** está localizada em **Agudos/SP, DRS VI/Bauru/SP**. Importante também a negociação com outros atores das políticas públicas no desenvolvimento da intersetorialidade.

Objetivando concretizar estas relações institucionais a Diretoria Colegiada da **Unidade de Pronto Atendimento** deve criar e implementar um **Conselho Gestor** com participação das instâncias e atores acima citados. O **Conselho Gestor** será um órgão consultivo e irá facilitar a integração com os atores e a integração com os pontos de atenção do Sistema Municipal de Saúde e prioritariamente a articulação com a Atenção Primária à Saúde. Será implementado nos primeiros dois meses da parceria. Na sua criação, a **OS ICAASES** e a Gestão Municipal, trabalharão na elaboração conjunta do Regimento Interno.

Neste modelo de gestão colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, seriam membros efetivos do colegiado gestor: os coordenadores, o diretor técnico, o diretor administrativo, assessores técnicos, gerentes ou representantes das unidades de produção, representante da Organização Social, da SMS e da DRS VI/Bauru/SP.

Ações Estratégicas

As ações devem ser convergentes e integradas com a gestão estadual e municipal, as instâncias representativas do controle social e as entidades da sociedade civil organizada e com os conceitos da Economicidade e Eficiência. O Sistema de Saúde precisa garantir atenção integral às urgências (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumáticas), por intermédio de grades de referência com garantia de retaguarda pactuada e organizar o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias.

A organização das Redes de Atenção às Urgências e Emergências faz-se segundo os seguintes critérios:

- I. Utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- II. Fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- III. Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- IV. Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- V. Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;
- VI. Informatização dos processos. (CORDEIRO JUNIOR e MAFRA, 2008).

Há evidências sobre o bom funcionamento do **Sistema de Manchester**, já apresentado na Proposta, na classificação de riscos em situações de urgência e emergência, tanto em avaliações mais globais, quanto em áreas específicas como as causas externas, as doenças cardiovasculares e a pediatria.

2.2 Estabelecimento de Contrarreferência com a Rede de Atenção à Saúde

No contexto atual o SUS avança na construção do modelo voltado as Redes de Atenção à Saúde – RAS.

Para se organizar o Sistema em Redes é necessário qualificar este sistema. É preciso ter **Diretrizes Clínicas** e **Linhas Guias** e trabalhar com **Linhas de Cuidado**. Onde cada um faz de um jeito não há comunicação deste sistema.

Nesta perspectiva a **Educação Permanente** é parte integrante e tem que estar baseada nas Diretrizes Clínicas e Linhas Guias. Elaborar as Diretrizes Clínicas e implantar as Diretrizes Clínicas validadas pelas incorporações e fóruns do estado. A Educação Permanente efetiva com base na Andragogia e não na Pedagogia. É realizada de forma permanente e em tempo protegido, e não nas folgas ou a noite; centrada no aprendiz; valorizando a aprendizagem nos problemas, no real e tem que gerar reflexão da prática agregando valores ao aprendiz e a organização que ele está inserido.

A Atenção Primária tem que ser a organizadora deste Sistema. A APS tem que ser o Centro de Comunicação deste sistema.

A **Gestão Municipal de Saúde** aderiu ao processo de implementação de Redes de Atenção à Saúde e a Qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Este processo de execução da Gestão Municipal pressupõe o estabelecimento objetivo, da sua política de apoio ao Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, previamente acordada com o COSEMS SP e definida claramente nos seus níveis internos de discussão e com objetivos e metas pactuados anteriormente.

As ações devem ter como razão a adequada atenção ao paciente.

O modelo Gerencial proposto: **Qualidade e Integralidade do Cuidado** é voltado na perspectiva destas novas práticas e direcionada na Gestão do Cuidado.

Qualificar o cuidado tendo como aspecto norteador a equidade em saúde, que possibilita a ampliação do olhar para as especificidades dos usuários, em especial àqueles que pertencem a grupos em contexto de vulnerabilidade.

Para estabelecer fluxos e contrafluxos objetivando integrar e referenciar com a Atenção Primária e os outros pontos de atenção: ambulatório de especialidades, hospitais, é imperativo trabalhar com Diretrizes Clínicas pactuadas e validadas.

A **OS ICAASES** vai trabalhar com a Gestão Municipal de Saúde, as linhas de cuidado prioritárias e implementá-las na **UPA**, orientada pelas diretrizes: Construção compartilhada, Educação Permanente e Conselho Gestor.

Com estes processos as unidades assistenciais se integrarão na rede de atenção e na rede de serviços, na Atenção Primária e nos outros pontos de atenção.

Todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência em saúde somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção melhor e mais humanizada.

A comunicação tem que ser estabelecida como uma via de mão dupla, de realimentação.

A **OS ICAASES** sentiu a necessidade ainda de explicitar que o Plano de Implantação, com prazos, na compreensão de que estabelecer as referências da **UPA** com as outras unidades de saúde, ou seja com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Estadual e Municipal.

Podemos estabelecer os relacionamentos, pois elaborar formulários cartoriais não vai agregar valores ao sistema. Para as referências é preciso o sistema fluir.

1. Realizar nos **primeiros trinta dias** o Planejamento Estratégico para o início da parceria e para apresentar o modelo gerencial,
2. Incluir no planejamento as propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde dos usuários e, propor a organização das ações e dos serviços de saúde nas unidades, instituindo diretrizes para o cuidado integral. Instituir instrumentos para subsidiar os profissionais de saúde, com diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, orientando o manejo clínico, diagnóstico e tratamento, bem como ferramentas de gestão e atenção, para a tomada de decisão.
3. Reorientar a estrutura diretiva com a criação da **Diretoria Colegiada**.
4. Criar com a Diretoria Colegiada e implementar em dois meses, o **Conselho Gestor** (CG) com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social.
5. Articular a participação da **OS ICAASES**, nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar os relatórios do desenvolvimento do projeto e para também estar recebendo o feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns, objetivando trabalhar Ações Corretivas a partir destes retornos. Estas participações serão pactuadas no CG.
6. Garantir a atenção à saúde nas **Linhas de Cuidado**, pactuadas com a Gestão Municipal, em articulação com os demais pontos de atenção e com a Gestão Estadual e Municipal. Estabelecer com a Gestão Municipal a construção de Diretrizes Clínicas e Linhas Guias, com o processo aportado na Educação Permanente. O processo deve iniciar após o Planejamento Estratégico e deve levar de 06 meses para poder ser validado.

Reafirmando: O princípio para a execução da Proposta de Trabalho está fundamentado na **Complementaridade** e o **Fortalecimento da Gestão Municipal**.

A **OS ICAASES** reafirma que o processo assistencial deverá se pautar pelas Políticas Públicas de Saúde adotadas pela SMS, a Gestão Estadual e o Ministério da Saúde (MS), e, portanto, embasada pela Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de julho de 2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS); Política Nacional de Humanização - HUMANIZA/SUS; e das Redes de Atenção à Saúde- RAS, em especial a Rede de Atenção Às Urgências e Emergências - RUE/MS.

Propostas Relativas à Qualificação das Práticas Clínicas

- Protocolos clínicos
- Linhas de cuidado
- Critérios de risco
- Processos de Educação Permanente e de Educação Continuada
- Processos de supervisão

Cronograma 01: Modelo Gerencial

Atividades	Cronograma de implementação do Modelo Gerencial											
	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realizar o Planejamento Estratégico												
Incluir no P.E. propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância em saúde												
Criar a Diretoria Colegiada												
Criar o Conselho Gestor												
Implementar e manter o Conselho Gestor												
Elaborar o Regimento Interno do Conselho Gestor												
Participação da OS ICAASES nos fóruns institucionais												
Trabalhar permanentemente ações corretivas												
Implementar Linhas de Cuidado pactuadas com a SMS												
Reorientar as práticas com Educação Permanente												
Construir diretrizes clínicas e linhas guias												
Validar o processo												

III. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES ASSSITENCIAIS

3.1 Contexto Conceitual

A Proposta elaborada para a Unidade: **Unidade de Pronto Atendimento**, visando a Qualificação da Atenção à Saúde através da implementação de um modelo gerencial, integrado com as políticas da Gestão Municipal, requer uma adesão responsável aos objetivos e metas e deve estar orientado pelo Princípio da Complementaridade e pela Diretriz do fortalecimento da Gestão Municipal e com foco no Componente de Ação:

A unidade será estruturada de forma articulada e integrada a todos os outros componentes da Rede de Atenção à Saúde.

A **Unidade de Pronto Atendimento**, é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RUE. Terá funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas, incluindo feriados e pontos facultativos, em todos os dias da semana, realizando atendimento da demanda espontânea e de urgência e emergência.

Deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento. Deve funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU, realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade, realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA24h, prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade e manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica e, encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

A assistência à saúde prestada nas áreas críticas deverá obedecer às normas e legislações vigentes e utilizar profissionais capacitados e as melhores técnicas possíveis, para a total ou parcial recuperação da saúde dos usuários, de acordo com os princípios do SUS e dos Códigos de Ética que norteiam as atividades profissionais dos médicos e das equipes multiprofissionais.

A assistência deverá ser prestada de acordo com as diretrizes do SUS para a Assistência Pré-Hospitalar, Hospitalar e Pós-Hospitalar, e com as definições da Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP e Política Nacional de Humanização - PNH, possuindo Acolhimento com Classificação de Risco, devendo ser orientado pelo Protocolo de Manchester e pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR, pelas Redes de Atenção à Saúde - RAS, e complementadas por diretrizes e normas específicas da Secretaria Municipal de Saúde/Agudos/SP.

Em consonância com a Proposta Gerencial, a **OS ICAASES** vai desenvolver junto a Unidade, ações de forma humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários e seus familiares, incorporando as diretrizes propostas pelo Programa Estadual e Municipal de Humanização da Atenção à Saúde, e em consonância com a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde. Um dos aspectos centrais visa à proposição e implementação de ações que ampliem a participação dos familiares no processo assistencial da unidade. Compromete-se também em elaborar e desenvolver, sempre que necessário, protocolos técnicos e de encaminhamento a serem utilizados em nível loco-regional.

O modelo de atenção voltado às condições agudas, assim como aos eventos agudos provenientes de agudizações das condições crônicas, tem como intuito identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados, decorrentes de um processo agudo, clínico ou cirúrgico, no qual há risco de evolução para complicações mais graves ou fatais, porém, não existe um risco iminente de vida. Os casos clínicos e cirúrgicos serão atendidos conforme as suas necessidades individuais.

Já o atendimento de emergência corresponde ao processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato com o objetivo de manutenção das funções vitais, evitando incapacidade ou complicações graves. No atendimento de cirurgia (geral e ortopedia) incluem-se os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência, também representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo cranioencefálico entre outros.

Após estabilizados os casos de urgência e emergência deverão ser encaminhados ao para seguimento necessário.

Compete a **UPA** a contrarreferência para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

Finalidades:

- I. Integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS como parte do sistema de referência e contrarreferência no plano de atenção secundária e terciária, oferecendo retaguarda ao atendimento primário;
- II. Colaborar com as autoridades sanitárias e epidemiológicas, contribuindo na atenção à saúde e na promoção da saúde;
- III. Servir de campo de ensino, treinamento, aperfeiçoamento e pesquisa para estudantes e profissionais atuantes nas áreas hospitalar e de saúde pública e em outras atividades ligadas à saúde.
- IV. Proporcionar meios para a reabilitação física e social dos seus usuários.

Escopo:

- Atender, integralmente, a legislação do SUS aplicada ao atendimento de Urgência e Emergência e, em especial, a Portaria GM-MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017 e posteriores atualizações;
- Desempenhar as atividades que correspondem ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, inclusive nos finais de semana e feriados, e executará atividades de assistência à saúde envolvendo atendimentos de urgência e emergência, inclusive acompanhamentos dos casos durante o período de atividade;
- Prestar o primeiro atendimento, estabilização e investigação diagnóstica inicial, em relação aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, definindo a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares, conforme regulação exercida pela Central de Regulação de Urgência e Emergência, garantindo a assistência universal e gratuita à população;
- Atender de acordo a natureza assistencial nas UPAs que é de urgência e emergência, com o objetivo de estabilizar o paciente. O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina não preveem a presença de qualquer especialista nas UPAs, nem mesmo o pediatra.

3.2 Processos Assistenciais e Gerenciais

Compromissos Assistenciais:

A **OS ICAASES** na gestão da unidade, se compromete a assegurar o alcance dos seguintes objetivos:

- a) Potencializar a execução dos serviços de saúde:
 - a.1) Implantação de processos de gestão da demanda por caso, a partir da combinação de: separação de fluxos a partir do risco, metas de tempos de decisão, mudanças no modelo de regulação interna.
 - a.2) Modelo de atenção que contemple um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.
 - a.3) A clínica ampliada e a gestão da clínica como base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita aberta com a presença do acompanhante e com a valorização de fatores subjetivos e sociais.
 - a.4) Equipes multiprofissionais de referência como estrutura nuclear dos serviços de saúde da unidade e formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. Na presente proposta: Médicos, Assistentes Sociais e Enfermeiros.
 - a.5) A horizontalização do cuidado como uma das estratégias para efetivação da equipe de referência, com fortalecimento de vínculo entre profissionais, usuários e familiares.
- b) Garantir qualidade e segurança do paciente na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- c) Implantar um modelo de gerência voltado para resultados;
- d) Apoiar as necessidades dos serviços de Atenção à Saúde, com oferta de consultas de especialidades médicas e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;
- e) Evitar o êxodo de usuário para outros centros urbanos em busca de serviços de assistência à saúde de melhor qualidade, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento dos pacientes;
- f) Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na formulação do novo modelo de gestão na saúde a ser adotado no Município de Agudos/SP obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada conforme pactuação com a Central de Regulação, preservando a missão da Secretaria da Saúde;
- g) Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada.

A OS ICAASES irá operacionalizar:

Quanto à Assistência:

- Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização e orientações da SMS/Agudos/SP, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento no Município aos pacientes, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;
- Implantar diretrizes de acolhimento e classificação de risco;
- Garantir a realização de atendimento multidisciplinar integral aos pacientes assistidos, com equipe multidisciplinar especializada, conforme estabelecida nas RDC, portarias e outras normas técnicas, de forma ininterrupta;
- Garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA 24h;
- Garantir, pactuando com a SMS, a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contrarreferência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização e solicitação de vagas para casos com complexidade superior a capacidade resolutiva da unidade ou para interconsulta com cirurgia geral ou ortopedia.

Fornecer:

Atendimento Médico; Assistência de Enfermagem; Assistência do Serviço Social; SADT, de acordo com o perfil da unidade.

A **OS ICAASES** na execução do objeto objetiva garantir à população um acolhimento e uma assistência eficiente e segura, agilizando o atendimento dos casos graves.

- Serão considerados atendimentos de urgência e emergência aqueles não programados que sejam disponibilizados a pessoas encaminhadas de forma espontânea ou referenciada. O serviço deverá ser mantido nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.
- O Atendimento de Urgência deverá estar em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização do SUS, utilizando o modelo de Acolhimento e Classificação de Risco.
- A **UPA** deverá integrar a Grade de Referência para Urgência e Emergência, atendendo todos os princípios e diretrizes que ordenam o atendimento às urgências e emergências.
- Garantir atendimento 24 horas por dia em Clínica Médica e Pediátrica, Atendimentos de Enfermagem e Serviço Social.
- Deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde - MS, do Ministério do Trabalho e Previdência Social, especialmente a

Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

- A Unidade deverá possuir um responsável técnico Médico e de Enfermagem, com registro nos respectivos Conselhos de Classe.
- O médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.
- A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços 24h ininterruptos, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 2149/2016, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no Contrato de Gestão.
- A Unidade deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais, escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico. As rotinas devem abordar todos os processos envolvidos na assistência, que contemplem desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.
- A Unidade deverá adotar, em até 60 dias, Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Os prontuários deverão estar devidamente armazenados atendendo os preceitos legais vigentes.
- A Unidade deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemple, no mínimo: controle de estoques, almoxarifado e farmácia (controle de estoque, Sistema de dispensação por dose unitária); sistema de custos; prontuário médico, observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1821/2007; serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam à SMS/AgudosU/SP acessar via Internet (WEB) e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá à **OS ICAASES** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios a SMS/Agudos/SP.
- A Unidade deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR-32/2005 do MTE.
- A gestão da Unidade deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida, para o Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde – PGRSS.

- A Unidade deverá fornecer área adequada e mobiliada para descanso de colaboradores (as) em regime de plantão.
- A Unidade deverá manter serviço de engenharia clínica hospitalar e predial, que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde.
- A UPA deverá participar das Comissões Técnicas, implantadas em até dois meses após o início das atividades;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão de Ética Médica e de Enfermagem; Comissão de Análise e Revisão de Prontuários; Comissão de Epidemiologia; Comissão de Revisão de Óbitos; Comissão de Segurança do Paciente; Comissão de Gerenciamento de Resíduos; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.
- A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH deverá atender a Lei nº 9431, de 6 de janeiro de 1997, a Portaria MS nº 2616, de 12 de maio de 1998, e a Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010.
- A Comissão de Gerenciamento de Resíduos deverá implementar ações do PGRSS: — Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde.
- A Unidade deverá manter Serviço de Engenharia e Segurança em Medicina do Trabalho- SESMT, de acordo com as legislações vigentes.
- A Unidade deverá constituir e manter colaboradores para relacionamento com os Usuários: Serviço de Ouvidoria e Comunicação Social e de Relacionamento.
- A Unidade deverá atender as legislações sanitárias federais, estaduais e municipais.

Ações a serem Implantadas e Implementadas:

- (a) Implementar a Comissão de Revisão de Óbitos, para análise das causas de morbimortalidade. Enviar formulários de conclusão dos óbitos, disponíveis no site do Ministério da Saúde, e relatório mensal contendo indicadores hospitalares monitorados e avaliados pela SMS/Agudos/SP.
- (b) Implantar, dentro do SADT, os serviços de RX, USG, ECG e análise clínica laboratorial.
- (c) Implantar a gestão da qualidade hospitalar fundamentada na filosofia da Organização Nacional de Acreditação ou outra metodologia de certificação hospitalar.
- (d) Implantar e/ou implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem — SAE, em atendimento à Resolução do COFEN nº 358/2009.

Produtos e Serviços a serem ofertados:

- (a) Atendimento Médico à adultos nas Urgências e Emergências;
- (b) Assistência de Enfermagem com Enfermeiros para atuar na Classificação de Risco;
- (c) Assistência Social;
- (d) Profissionais para atuar na Recepção;
- (e) Profissionais para atuar no Apoio Administrativo incluindo responsável pelo faturamento e Informática;
- (f) Serviço de Engenharia Clínica;
- (g) Material médico hospitalar e medicamentos conforme constantes na RENAME e REMUNE, com pactuação junto a Secretaria de Saúde. para atendimentos necessários na **UPA**;
- (h) Uniforme no padrão estabelecido;
- (i) Manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos médico hospitalares para funcionamento da **UPA**;
- (j) Manutenção e suprimentos para os equipamentos de informática;
- (k) Serviço de Nutrição - Refeição dos pacientes em observação conforme orientação médica, e dos acompanhantes quando aplicável, dentro de padrões adequados de qualidade;
- (l) Alimentação para os funcionários conforme legislação vigente;
- (m) Vigilância e segurança;
- (n) Serviço de Lavanderia e enxoval;
- (o) Limpeza Técnica em Saúde, Recursos Humanos - RH e Equipamento de Proteção Individual - EPI;
- (p) Material de Higiene Pessoal e Limpeza;
- (q) Material de Escritório;
- (r) Manutenção Preventiva e Corretiva do Gerador de Energia Elétrica;
- (s) Manutenção Predial Preventiva e Corretiva;
- (t) Exames de Imagem (Radiologia), incluindo Materiais, Equipamentos, Recursos Humanos - RH e Equipamento de Proteção Individual - EPI e Manutenção;
- (u) Outros Exames de Imagem, pactuados com a gestão municipal;
- (v) Exames de ECG, incluindo Materiais, Equipamentos, Recursos Humanos - RH e Equipamento de Proteção Individual - EPI e Manutenção;
- (w) Exames de Análises Clínicas;
- (x) Serviço de Desinsetização e Desratização;
- (y) Serviço de internet;
- (z) Manutenção e recarga de extintor de incêndio conforme legislação vigente;
- (aa) Serviços de maqueiro;
- (bb) Serviços de segurança e medicina do trabalho, de acordo com a legislação trabalhista vigente;
- (cc) Prontuário Eletrônico do Paciente.

Os Serviços de Apoio e outras Atividades:

- Núcleo de Vigilância Epidemiológica/Educação Permanente: A finalidade da criação do subsistema é o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica a partir da ampliação de sua rede de notificação e investigação de agravos, em especial, doenças transmissíveis e também propiciar o desenvolvimento pessoal e profissional dos funcionários da **UPA** através de novos conhecimentos, técnicas e processos de trabalho, capacitando-os para a execução adequada de tarefas e colaboração em equipe multiprofissional. Serão trabalhados os processos na Comissão de Educação Permanente.
- Central de Esterilização de Material: Estabelecer fluxo de envio e recebimento de instrumentais.
- Ouvidoria: É o setor responsável por receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS; tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social. Deve contar por profissional dedicado a essa função, estabelecer protocolo com tempo resposta ao usuário e fazer o efetivo monitoramento dos índices de satisfação dos usuários.
- Almoxarifado.
- Área de gases medicinais e gerador.
- Arquivo: Manter os documentos arquivados em local limpo e seco, e guardá-los de acordo com o tempo definido para cada tipo de documento: trabalhista, financeiro, arquivos médicos, entre outros. Definir protocolo para guarda do arquivo morto e periodicidade de análise de documentos.

3.3 Registro de Documentos de Usuários e Implantação de Prontuários Eletrônicos

O registro de documentos de usuários na **UPA** seguirá o fluxo de atendimento. Ao dar entrada no serviço, conforme fluxo de referência do complexo regulador ou demanda espontânea, o paciente será admitido e aberto prontuário único, onde serão inseridos todos os registros médicos e da equipe multiprofissional, conforme atendimento recebido. Após encerrado o atendimento, com a saída do paciente, o prontuário será impresso e arquivado no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

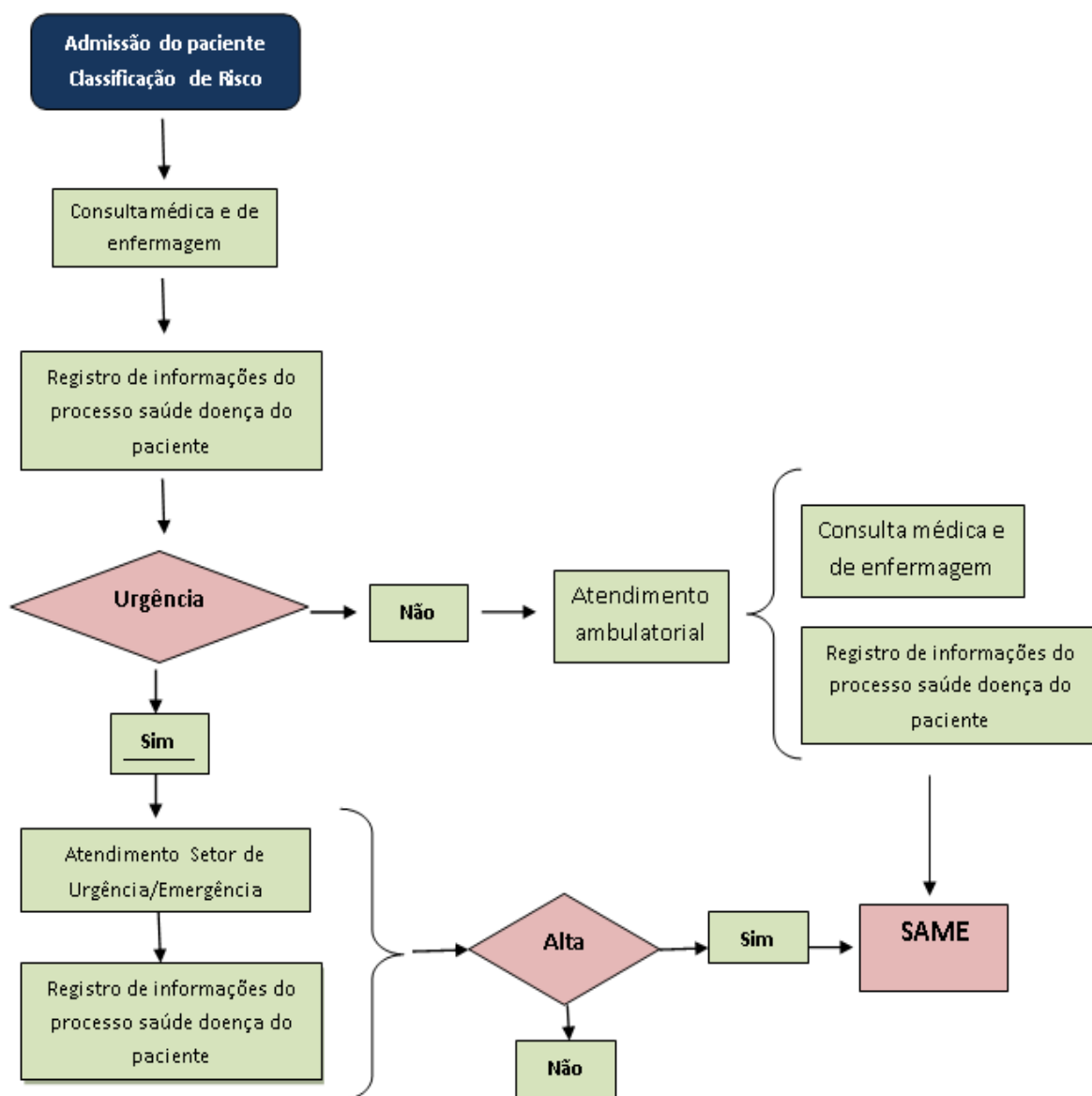
A **OS ICAASES** propõe na realização do Planejamento Estratégico definir prazos e pactos com a SMS/Agudos/SP para implementar o Prontuário Eletrônico, em até três meses, com inserção da prescrição eletrônica dos medicamentos e da nutrição e dietética.

Conforme proposta de Gestão da Informação será utilizado sistema de prontuário eletrônico, documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde de usuários e seus familiares oportunamente registrados e a assistência a ele prestada. De caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo. As informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, devem ser todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, de enfermagem, de fisioterapia, de nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

Cronograma 02: Implantação de Prontuário Eletrônico

Atividades	Implantação de Prontuário Eletrônico											
	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definir no Planejamento Estratégico os prazos e pactos para a implantação do Prontuário Eletrônico												
Iniciar o treinamento das equipes para a utilização do prontuário eletrônico												
Integrar com a Gestão da Informação o sistema de prontuário eletrônico												
Implantar o Prontuário Eletrônico com inserção da prescrição eletrônica dos medicamentos e da nutrição e dietética												
Avaliar com as equipes a implantação do Prontuário Eletrônico												
Treinamento e avaliação dos processos do Prontuário Eletrônico												

Fluxo 01: Fluxo para Registros de Documentos de Usuários



O registro de documentos administrativos seguirá o fluxo de recebimento, conferência, registro de informações administrativas, conferência dos registros e arquivo.

3.4 Processos Estratégicos na Gestão da UPA

Acolhimento com Classificação de Risco:

Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco de Manchester, identificando o paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso.

Adequação aos Fluxos Implantados:

Fluxos Operacionais Compreendendo Circulação em Áreas Restritivas, Externas e de Observações:

Serão organizadas atividades operacionais descritivas, voltadas à padronização, normatização e controle das circulações externa e interna da unidade de saúde, objetivando a organização dos vários fluxos operacionais da **UPA**.

Entende-se por fluxos operacionais, a circulação e a operacionalização dos trabalhos em áreas restritas, externas e internas da Unidade de Saúde.

Visando uma gestão eficiente dos recursos dispostos para a execução do contrato de gestão, a **OS ICAASES** será responsável pelo seguimento e adequação da implantação de Fluxos nos processos produtivos, estratégicos e de apoio, conforme apresentado a seguir.

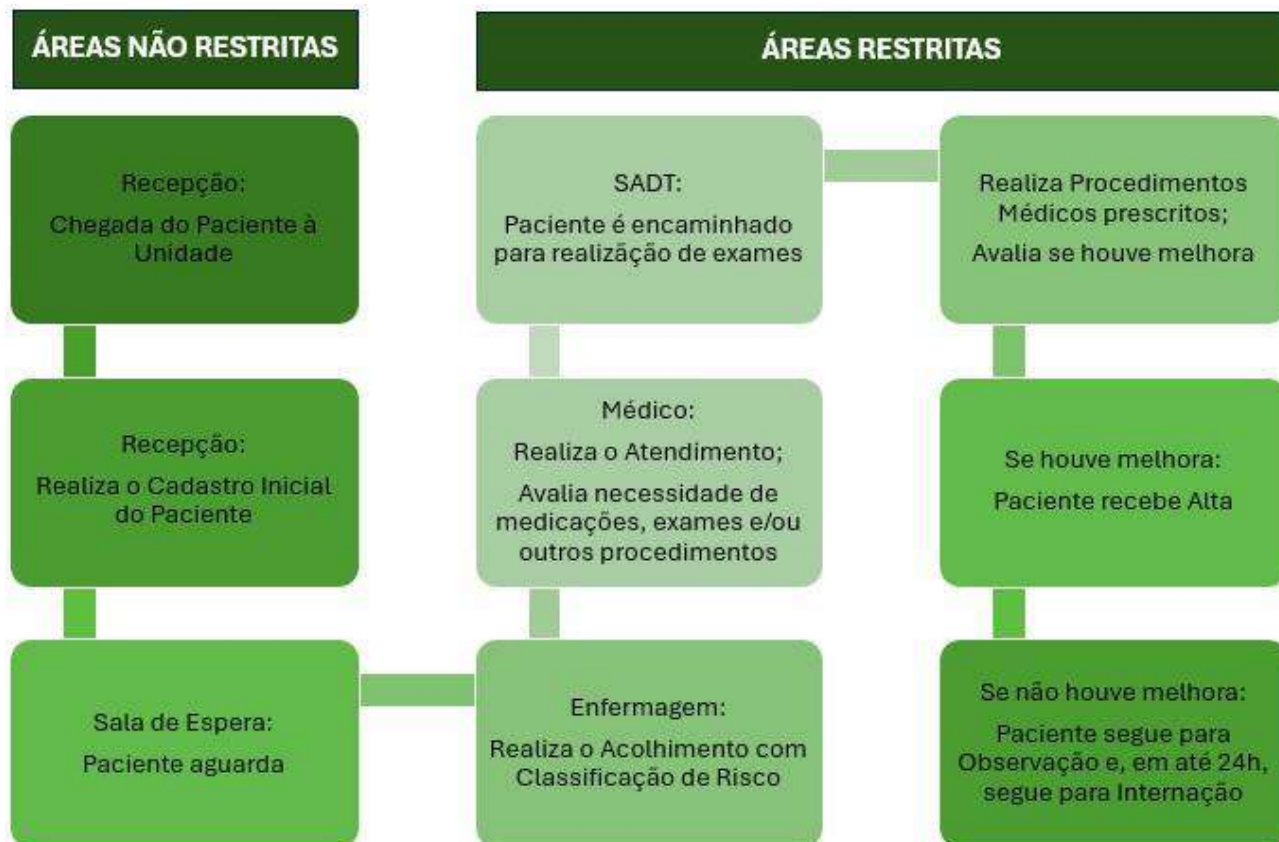
Em coerência com o novo Modelo Gerencial proposto, torna-se necessária a definição dos fluxos para o atendimento ao usuário, de modo que contemple aspectos peculiares dos processos de trabalho e acesso do usuário à unidade, com vistas à qualidade do atendimento.

Em relação ao controle de fluxo de entrada e saída de pacientes, uma das estratégias mais utilizadas é a organização do atendimento por meio da utilização de protocolos de classificação do risco para priorizar os casos mais graves.

No Fluxo de Admissão de Pacientes na **UPA**, para os pacientes oriundos de demanda espontânea ou referenciada deverá ser gerado ficha de atendimento no guichê e posterior encaminhamento do paciente à sala de classificação de risco. Caso a enfermeira avalie que a demanda do paciente se enquadre no perfil de atendimento da unidade, o mesmo é conduzido ao atendimento médico. Não se tratando de perfil da unidade, o paciente é contrarreferenciado para a unidade adequada, depois de devidamente acolhido.

Os pacientes transportados pelo SAMU e BOMBEIROS deverão entrar direto pela portaria da emergência. Enquanto o paciente é encaminhado a sala de emergência o funcionário do resgate vai ao guichê (pela parte interna) prestar informações sobre a identificação do paciente para que seja feito a ficha de atendimento.

Fluxo 02: Fluxo de Atendimento em Serviço de Urgência e Emergência



Macrofluxo de Atendimento:

O macrofluxo de atendimento é apoiado pelos seguintes fluxos, que serão discutidos com toda a equipe da **UPA** para sua efetiva implantação:

- Fluxo interno para realização de exames diagnósticos, por meio de solicitação informatizada com prioridade na realização e devolução, segundo a classificação do ACCR;
- Fluxo do usuário para atendimento médico: será definido o local de espera, onde o usuário aguardará pelo atendimento médico em local específico, de acordo com a classificação do seu agravo;
- Fluxo de consulta médica: o usuário será chamado de acordo com a Classificação do ACCR na seguinte ordem: Laranja, Amarelo, Verde e Azul (vermelho deverá ser encaminhados diretamente à sala de emergência);
- Fluxo do usuário para o atendimento de enfermagem: será discutida com a equipe de enfermagem a implantação da Consulta de Enfermagem e, desta forma, após abertura da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) o usuário será encaminhado à Consulta de Enfermagem;

- Fluxo da Sala de Observação, da Sala de Inalação e Medicação e Sala de Suturas, conforme exemplos abaixo, a serem readequados, em conjunto com as equipes de atendimento, após o início das atividades na unidade. Todos os locais de atendimento deverão ter seus fluxos redesenhados e pactuados internamente;
- Fluxo de informações aos familiares/ acompanhantes: adoção de Boletim Informativo com informações sobre o estado de saúde dos usuários, a ser disponibilizado ao Serviço Social a cada troca de plantão;
- Fluxo de visitas de familiares, com dois horários específicos para a visita de familiares e troca de acompanhantes (a permanência de acompanhantes nas salas de observação (adulto) e na sala de medicação será permitida apenas para pacientes menores de 15 anos e maiores de 60 anos de idade. Alguns casos podem ser considerados exceções e serão avaliados e tratados pela equipe assistencial presente).

- **Fluxos na Recepção: Acesso, Circulação e Registros**

O Serviço de Recepção estabelece o primeiro contato com o usuário que chega a **UPA**:

Orienta-se pelos princípios do acolhimento e da humanização, sendo o setor responsável pelo atendimento inicial dos usuários, visitantes, colaboradores e demais pessoas que procuram as unidades.

Por isso, os profissionais dessa área, além de possuírem conhecimentos em informática, devem ser orientados para o desenvolvimento de uma escuta qualificada e comunicação eficiente.

A Recepção deve proporcionar as informações de apoio necessárias para os seguimentos dos fluxos adequados, assim como, para o funcionamento ordenado no ambiente da **UPA**.

Atividades da Recepção:

- Acolhimento do usuário;
- Ordenamento do atendimento prioritário;
- Procedimento de registro dos dados e identificação dos usuários no cadastro de dados pessoais do prontuário;
- Fornecimento de informações acerca das normas e rotinas de funcionamento das unidades;
- Organização da circulação interna de pacientes, visitantes, acompanhantes, profissionais médicos, de enfermagem, multidisciplinares, de apoio e fornecedores pelas Áreas;
- Controle de Acesso (Entradas e Saídas);
- Recebimento e encaminhamento de correspondências, encomendas e demais documentos que cheguem as unidades.

Realização do Cadastro do Usuário:

- Solicita o documento de identificação do usuário. No caso de menores de idade ou de pessoas com incapacidade legal solicitar a documentação do responsável que esteja acompanhando;
- Verifica a existência de cadastro do usuário no sistema da unidade.
- Caso haja, confirma os dados do documento e atualiza, se houver necessidade;
- Caso não haja, realiza o cadastro, gera o número de cadastro e entrega o documento com o número de prontuário do usuário;
- Encerra o cadastro, e libera a ficha do usuário no sistema para que o usuário possa aguardar atendimento, conforme o fluxo estabelecido, por meio do acompanhamento no Painel Digital de Senhas.

Atendimentos de Urgência e Emergência:

A realização do cadastro do usuário no primeiro momento da chegada do usuário a **UPA** poderá ser dispensada inicialmente, em casos de atendimento de urgência e emergência (em função do quadro clínico do usuário).

Nessas situações, logo após a realização do primeiro atendimento, deve-se buscar, junto ao usuário, seus familiares ou acompanhantes, os dados necessários para realização do Cadastro.

Orientações para Acesso de Visitantes e Acompanhantes:

- O acesso de todas as pessoas que buscarem a unidade deve ser realizado pela Recepção;
- Proceder a Identificação de acompanhantes e visitantes, anotando os dados conforme as normas da unidade;
- Fornecer crachá/etiqueta de identificação e proceder a liberação da entrada.

Compete aos Visitantes e Acompanhantes:

- Ser devidamente identificado na Recepção das unidades;
- Utilizar o crachá/etiqueta de identificação adequadamente, em local visível;
- Respeitar os horários de visita e as normas e rotinas da unidade;
- Ser maior de 18 anos de idade (para ser acompanhante), e maior de 14 anos (para visita);
- Não acessar ou transitar em áreas não autorizadas;
- Em caso de dúvidas, procurar orientação junto aos colaboradores da Instituição devidamente identificados;
- Em caso de sugestões e/ou reclamações, procurar o Serviço de Ouvidoria.

Organização do Acolhimento e Triagem

As ações e atividades do acolhimento e triagem, com funcionamento nas 24 horas, ininterruptas, todos os dias da semana, serão desenvolvidas com ênfase na Humanização.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. 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.

Neste sentido todos os usuários serão acolhidos na **UPA**, mesmo que não sejam do perfil da mesma. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, acolhimento é a humanização dos serviços de saúde. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, tomando para si a responsabilidade de acolher outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

A **OS ICAASES** sentiu a necessidade de agregar o profissional Assistente Social, atuando no acolhimento mais diretamente, de modo de operar os processos de trabalho em saúde assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários.

O Acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. 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 pactuar 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 para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Neste foco a **OS ICAASES** vai trabalhar com os assistentes sociais orientando e norteando a equipe de recepção e o usuário na sala de espera.

O acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde.

Na Triagem, enfermeiros da unidade, segundo a Classificação de Risco, já apresentada, ouvem a queixa do paciente e selecionam com que prioridade será atendido.

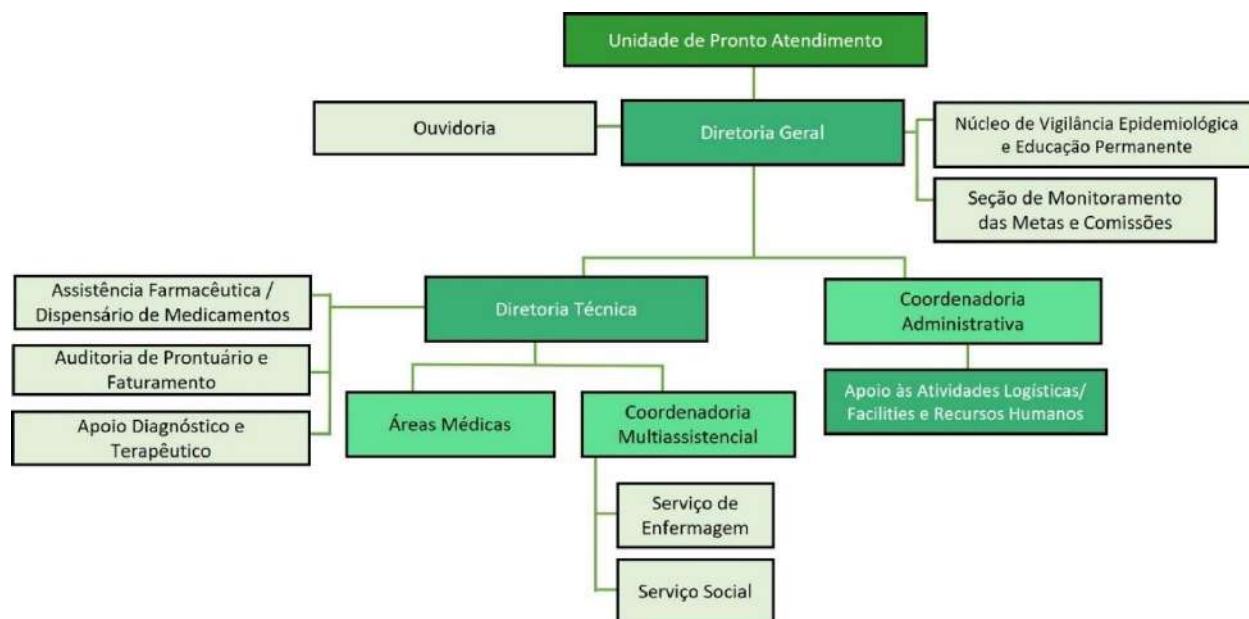
A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Estas duas tecnologias, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos diferentes, mas complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais díspares no processo de trabalho. Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu processo de trabalho.

Algumas diretrizes desse processo:

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.
- Superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloca a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários.
- Reconfigurar o trabalho médico no sentido de superar o papel central que ele vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe, garantindo o compartilhamento de saberes para um ganho na potência das diferentes categorias.
- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários.
- Potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria.
- Explicitar e discutir a proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas na construção de novos saberes em saúde.

3.4.1 Organograma da UPA



3.4.1.1 Descritivo do Organograma

O organograma está apresentado com o foco matricial sendo o apoio técnico e administrativo geral da Sede/**OS ICAASES**.

Na estrutura matricial, a unidade assistencial, **Unidade de Pronto Atendimento**, está subordinado à sua gestão (Diretoria Técnica), mas também subordinado ao líder do projeto.

Neste projeto o líder é o Diretor Geral que desenvolve suas ações em contato direto com a Sede/**OS ICAASES**.

Para o desenvolvimento das áreas de execução: Uma Diretoria Geral, que estabelece a comunicação direta com a **OS ICAASES** e a Gestão Municipal. Tem na sua composição toda a estrutura do organograma, porém na sua composição e subordinação direta, a Diretoria Técnica da **Unidade de Pronto Atendimento** e as áreas: Financeira e Centro de Custos, Monitoramento das Metas e Comissões, Ouvidoria e Sistema de Informação em Saúde.

A Diretoria Geral será a responsável pela implementação da Diretoria Colegiada e do Conselho Gestor.

A Diretoria Geral aprova todas as normatizações das unidades em conjunto com a Diretoria Técnica, as áreas da especificidade de normatização, a SMS e a **OS ICAASES**.

A área assistencial está contemplada no organograma com a Diretoria Técnica de Saúde, que tem sob sua subordinação todos os serviços assistenciais, a área administrativa, a área de Enfermagem e a área Multiprofissional.

A Diretoria Técnica de Saúde organiza a unidades assistencial, porém, com subordinação direta com a Diretoria Geral que será implantada no município de Agudos/SP.

3.5 Apresentação das Metas de Produção Assistencial e dos Indicadores de Qualidade e Desempenho

Um fator de grande relevância para os processos de gestão decorre do aprimoramento do processo decisório. Na atualidade, o número de variáveis disponíveis para compor os raciocínios administrativos vem sendo potencializado exponencialmente. As mais diversas ferramentas tecnológicas podem, de maneira direta ou indireta, influenciar, positiva ou negativamente, o processo. Nesse contexto, há dados que são pertinentes para o alcance das obrigações contratuais e das metas estabelecidas e, as informações precisam ser objetivadas ou traduzidas com vistas a construir conteúdo de fácil interpretação para o gestor.

Dados e informações representam um dos principais ativos de uma organização. Conhecer as informações mostra-se fundamental para a tomada de decisões e para a geração de conhecimento. Da mesma forma, inovar tornou-se palavra de ordem para qualquer instituição de saúde. Inovação pressupõe mudanças, descobertas, criatividade e, sobretudo, utilização intensiva de tecnologia. Significa um termo descritivo das organizações que agregam valor ao negócio, desenvolvendo conhecimento novo ou transformando o já existente, de maneiras diferentes. As organizações também podem se destacar, por meio da inovação de técnicas de gestão, que trazem acréscimos e melhorias sobre o que já se encontra em prática, ajustando-se os processos existentes.

Com objetivo de atingir essas premissas, a administração estratégica da saúde aponta-se como essencial. A soma das escolhas, realizada com base em opções avaliadas, selecionadas, implementadas, medidas e ajustadas, determina a boa gerência de uma organização. Permite, também, que se pense de forma sistemática sobre a variedade de potenciais resultados sem influência dos interesses personalizados, com margem maior de acertos, podendo impulsionar e avançar a organização perante determinado cenário. Quando se pretende construir um futuro promissor e prospectivamente controlado, as decisões precisam ser fundamentadas.

Em um ambiente complexo como o de uma Unidade de Pronto Atendimento, os dados e as informações geralmente apresentam-se fragmentados. O ponto passa a ser: como organizar as informações e trabalhar estrategicamente.

Trabalhar com indicadores substitui o improvisado, reduz as variáveis do cenário e favorece o planejamento. Significa o alicerce para a profissionalização da gestão, na busca pela eficiência organizacional, porém, com foco na segurança e na qualidade da assistência em saúde.

Avaliar eficiência, eficácia, efetividade e qualidade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, às vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos usuários de um sistema de saúde, tornou-se ferramenta imprescindível na incorporação do planejamento para o aperfeiçoamento do modelo.

Todas as considerações apresentadas objetivam prioritariamente valorizar o tratamento e a compilação dos dados por meio de indicadores. O termo indicador remete às ideias de quantidade e de qualidade ao mensurar uma realidade e ao avaliar o desempenho e os resultados.

A **OS ICAASES**, através da sua área voltada ao Planejamento e Qualidade, estabelece estratégias para a obtenção, para o processamento, para a análise, para o armazenamento e para a utilização dos conjuntos de dados e de informações, de forma organizada e sistematizada, como elemento fundamental para o planejamento e para a implementação de ações que satisfaçam as necessidades dos gestores, dos profissionais, da sociedade e, principalmente do usuário da Unidade de Pronto Atendimento.

A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Municipal de Saúde.

São apresentadas as metas de produção e os indicadores de qualidade e desempenho. Os Resultados dos Indicadores de Produção estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários da Unidade.

Os Resultados dos Indicadores de Qualidade e Desempenho estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e desempenho dos processos da gestão da Unidade.

1. Produção Assistencial:

Descrição	Meta Mensal	Meta Anual
Acolhimento com Classificação de Risco	4.000	48.000
Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento	4650	55.800
Diagnóstico por Tomografia	70	840
Diagnóstico por Radiologia	100	1
Diagnóstico por Eletrocardiografia	200	2.400
Administração de Medicamentos	3.500	42.000
Outros Procedimentos Médicos e de Enfermagem	1.000	12.000
Coleta de Exames Clínicos	2.500	30.000
Total	16.020	192.240

2. Indicadores de Qualidade e Desempenho:

- **Total de atendimentos por classificação e em relação à conformidade do tempo:**

O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco define triagem ou classificação de risco como instrumento de manejo clínico de risco, utilizado nos serviços de emergência e urgência para direcionar os fluxos de atendimento dos pacientes de acordo com suas necessidades.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A conformidade no tempo de atendimento é um indicador que mede o tempo que um paciente leva para ser atendido em um hospital ou em uma unidade de saúde. Esse indicador é fundamental para avaliar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde prestados, uma vez que o tempo de espera pode influenciar o estado de saúde do paciente e a satisfação do mesmo com o atendimento recebido.

A conformidade no tempo de atendimento hospitalar é um indicador importante para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados, e pode contribuir para a melhoria da satisfação do paciente, redução do tempo de internação e prevenção de complicações relacionadas ao atraso no atendimento.

A **OS ICAASES**, no gerenciamento da **UPA** vai estabelecer estratégias, prezando pela excelência e qualidade, através da padronização do serviço, que garante que o atendimento tenha mais qualidade e melhora a previsibilidade do tempo de espera. Por outro lado, a gestão de recursos é otimizada, uma vez que reduz a necessidade de procedimentos de emergência, decorrentes da inobservância de fatores de risco antes do agravamento da condição clínica do paciente. O tempo de espera para o atendimento é um dos fatores que mais influencia o nível de satisfação dos pacientes. Em virtude disso, a adoção de estratégias de triagem se mostra crucial para garantir a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde.

Percentual de cumprimento da meta de conformidade do tempo de atendimento, de acordo com a Classificação de Risco, em função da meta de total de atendimentos.

Fonte de Informação: Relatório de visitas in loco de representantes da Secretaria de Saúde, relatório gerencial da unidade.

OBS. 80% das FAA's devem ter campo de horário de chegada do paciente na unidade, e campo de horário do atendimento médico que deverá obrigatoriamente ser preenchido pelo profissional no início da consulta.

- **Monitorar o tempo de permanência do usuário na Unidade**

Indicador Pactuado: Número de pacientes com observação superior a 24h

Fonte de Informação: Relatório de visitas in loco de representantes da Secretaria de Saúde. Sistema de Informação Ambulatorial – SIA.

- **Taxa de Satisfação do Usuário e NPS (Net Promotion Score)**

Objetivo: Mensurar a satisfação dos usuários por meio do Serviço de Atendimento ao Usuário (S.A.U.), para determinar o desempenho de todos os setores envolvidos na assistência ao cliente.

Fórmula:
$$\frac{\text{Nº de itens avaliado como (ruim, regular, bom ou ótimo)}}{\text{Nº total de pesquisas respondidas por quesito}} \times 100$$

Número de pesquisas de satisfação com índice de bom e ótimo no período avaliado x 100.

Número de pesquisa pactuadas, no mesmo período.

A partir das Pesquisas de Satisfação do Usuário obtém-se uma visão estratificada de cada serviço prestado através da fórmula apresentada, sendo possível avaliar os setores que necessitam de maior aprimoramento. Os itens avaliados estão descritos na Tabela apresentada a seguir.

Tabela 07: Itens Avaliados na Pesquisa de Satisfação

Serviço avaliado	% de satisfação			
	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Recepção	-	-	-	-
Portaria	-	-	-	-
Enfermagem	-	-	-	-
Médicos	-	-	-	-
Assistente Social e Outros	-	-	-	-
Laboratório/ Exames	-	-	-	-
Limpeza	-	-	-	-
Estrutura	-	-	-	-

Consideramos a seguinte classificação quanto as notas atribuídas:

- Ruim: uma pontuação entre 0 e 3
- Regular: a pontuação de 4 a 5
- Bom: a pontuação de 6 a 7
- Ótimo: a pontuação de 8 a 10

Juntamente com a Pesquisa de Satisfação do Usuário, a **UPA** vai realizar a Pesquisa NPS (*Net Promoter Score*), sendo essa uma das métricas mais utilizadas pelas empresas e que serve como apoio para ações ligadas à qualidade no atendimento ao cliente, que refletem em satisfação e fidelização de clientes.

O NPS que é uma metodologia que utiliza ferramentas de pesquisa e classificação para analisar o nível de satisfação dos clientes, sendo considerado um dos mais importantes indicadores de desempenho utilizados atualmente. No NPS, o cliente classifica de 1 a 10, o nível de satisfação com os serviços prestados na Unidade. As pesquisas de satisfação são respondidas através do *Microsoft Forms* no momento da saída do paciente aplicadas por um colaborador encarregado.

O NPS permite classificar o perfil dos clientes de acordo com as suas respectivas avaliações, podendo-os dividir em três grupos distintos, sendo esses:

Promotores: São clientes que dão a nota de 9 a 10 na pesquisa.

Neutros: São clientes que dão a nota de 7 a 8 na pesquisa.

Detratores: São clientes que dão a nota de 1 a 6 na pesquisa.

Além desta classificação, quanto aos clientes e suas respectivas avaliações, o método NPS também faz uma avaliação geral dos dados obtidos, gerando 4 classificações que nos permitem compreender e melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes, sendo essas:

Zona de excelência: Entre 75% e 100%, zona que resulta nos clientes que mais vezes promovem os requisitos abordados na pesquisa, mantendo um relacionamento real entre a organização/clientes.

Zona de qualidade: Entre 50% e 74%, apesar de não terem atingido ainda, a excelência, essas organizações têm uma quantidade superior de promotores em relação aos detratores, resultando em uma imagem positiva.

Zona de aperfeiçoamento: Entre 0% e 49%, é comum que nesse grupo ocorra quantidades parecidas entre promotores, neutros e detratores, o que representam uma grande oportunidade de melhoria no serviço e atendimento.

Zona de crítica: Entre - 100% e -1, apresenta um NPS negativo onde será necessário agir com urgência para reverter esse quadro.

Fórmula:
$$\frac{(\text{Promotores} - \text{Detratores})}{n^{\circ} \text{ total de pesquisas}} \times 100$$

A Gestão da **UPA** vai buscar constantemente melhorar a experiência assistencial e terapêutica dos usuários quanto ao atendimento ofertado durante o período de permanência do paciente na Unidade. Assim sendo, a ferramenta utilizada pelo Serviço de Atendimento ao Usuário, além de mensurar a satisfação dos usuários, possibilita rastrear os problemas que possam se apresentar durante a passagem na Unidade, servindo de base inicial para intervenções que tragam resolutividade para as dificuldades abordadas pelos usuários.

O desempenho das Equipes no desenvolvimento do cuidado assistencial de forma consistente, alinhado com treinamentos efetivos e boas práticas, se reflete no alcance da zona de excelência na satisfação dos usuários da Unidade. A Unidade vai realizar continuamente treinamentos para aperfeiçoamento das Equipes, primando pela elevação dos padrões de qualidade na prestação dos serviços, sempre com eficiência e segurança, pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na finalização da Pesquisa, o usuário é indagado se deseja fazer alguma sugestão, reclamação ou elogio aos serviços e à Unidade em geral.

- **Taxa de resposta as reclamações registradas na ouvidoria**

Número de ocorrências respondidas em até 5 dias x 100

Número total de ocorrências registradas

Fonte de Informação: Controle Interno (pactuado com a Secretaria de Saúde).

IV. ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO

A - Serviços administrativos e financeiros

4.1 Logística de Suprimentos

4.1.1 Contextualização

A Logística de Suprimentos: metodologia criada para alinhar todas as atividades de produção, armazenamento e transporte de forma sincronizada visando a obtenção na redução de custos, minimizar ciclos e maximizar o valor percebido pelo usuário final em busca de resultados superiores (BOND, 2002).

A logística é o processo de gerenciar estrategicamente a aquisição, movimentação e armazenagem de materiais, peças e produtos acabados (e fluxos de informações correlatas) através da organização e seus canais de marketing, de modo a poder maximizar as lucratividades presente e futura através do atendimento dos pedidos a custo baixo” (CHRISTOPHER, 2002).

Dessa maneira, a Logística de Suprimentos está ligada ao conceito de cadeia de valor. Segundo o conceito introduzido por Michael Porter, em 1985, a cadeia de valor está relacionada ao conjunto de atividades desempenhadas por uma organização, envolvendo desde as relações com os fornecedores e ciclos de produção e de venda, indo até a fase da distribuição final.

Por isso, estudar e compreender a cadeia de valor é uma das maneiras de criar vantagens competitivas.

Para Paterno (1990), a importância da logística dos materiais no hospital é importante, pois assegura ao mesmo o reabastecimento racional dos materiais necessários a manutenção dos fluxos de seu ciclo operacional e é importante quando leva o Administrador ao exercício de uma série de atitudes administrativas mais específicas, tais como: Prever quantidades e qualidades; Prever sistemas de reposição de materiais; Adquirir, minimizando custos; Armazenar, estocando técnica e funcionalmente; Conservar, protegendo contra a deterioração, avarias e obsolescência; Controlar entradas, saídas e saldos; Prover, com distribuição rápida e econômica e Atuar com dinamismo e segurança.

Paterno (1990), define que administração de materiais deve ser entendida como um ramo da Administração que trata, especificamente, dos materiais necessários ao funcionamento do hospital para a produção de bens e serviços. Por materiais, entende-se aqui todos os itens contabilizáveis do almoxarifado, da farmácia, de um hospital que participa “diretamente” na constituição de um bem ou serviço e os demais, cuja participação é apenas indireta, mas, que fazem parte da rotina diária do hospital como material de escritório, material de conservação e reparos, material de segurança, entre outros.

As atividades voltadas para administrar o fluxo de materiais e de informações, ao longo da cadeia de suprimento, constituem o que genericamente se denomina LOGÍSTICA. Uma cadeia de suprimentos é um conjunto de unidades produtivas unidas por um fluxo de materiais e informações com o objetivo de satisfazer as necessidades de usuários ou clientes específicos (BARBIERI e MACHLINE, 2006).

Processo de Aquisição e sua Importância

A área de compras tem por objetivo processar as aquisições de bens que a organização necessita. O termo compra será aqui entendido como uma das funções da gestão de materiais ou de suprimento que envolve as seguintes famílias de atividades: seleção de materiais, gestão de estoque, compras e armazenagem. Compra é um serviço que tem a finalidade de prever os materiais necessários ao hospital, planejar as quantidades corretas e satisfazê-las no momento certo, na melhor qualidade e ao menor custo. O termo compra deve ser entendido como uma das funções da gestão de materiais ou de suprimentos e que a administração de materiais envolve as seguintes famílias de atividades: seleção de materiais, gestão de estoques, compras e armazenagem.

A avaliação sistemática dos fornecedores e o acompanhamento por meio de indicadores financeiros são funções importantes do departamento de compras. Pode-se dizer que a administração adequada desse departamento sustenta a organização, gerando melhores margens ou a redução de despesas.

Processo de compra

O processo de compra varia de acordo com o tipo de compra a ser efetuada: compras de itens padronizados, compras de emergência e compras de itens não padronizados (BARBIERI e MACHLINE, 2006).

O processo de compra é marcado por dois momentos distintos: o tempo de processamento interno e o tempo de processamento externo do pedido.

O tempo de processamento interno do pedido pressupõe a escolha do fornecedor, negociação, a emissão e entrega do pedido ao fornecedor. O processamento externo do pedido pressupõe a preparação da mercadoria, emissão de notas fiscais e transporte dos materiais até o hospital.

Quadro 03: Segmentação de Compras

	Principais Características	Modelo de Planejamento
Itens de consumo recorrente	-Itens de consumo regular do hospital: dispensação de medicamentos, utilização de materiais-médicos, materiais de limpeza e esterilização, etc.	Reposição
Itens sazonais	-Itens cuja demanda é influenciada por fatores externos (epidemias, surtos de infecção, períodos de vacinação). Variações repentinas na demanda.	Planejamento Demanda
Itens de cirurgia	-Consumo está atrelado à realização de cirurgias. -Os componentes de uma cirurgia (kits) variam conforme tipo de cirurgia. -Parte das cirurgias são programadas e parte tem caráter emergencial.	Reposição + Compras conforme agenda de cirurgias
Itens de laboratório	-Consumo atrelado ao número de exames. -Cada exame possui uma relação própria de insumos, sendo que a falta de um dos insumos pode inviabilizar a realização do exame.	Planejamento Demanda
Importados/Compras de oportunidade	-Compras realizadas com antecedência, menor visibilidade. -Exige planejamento antecipado das necessidades de consumo.	Planejamento Demanda

Papel do comprador

Nas últimas décadas, o papel e as características do comprador passaram por transformações fundamentais, afetando a Logística de Suprimentos das organizações. De modo geral, considera-se que seu papel mudou de Transacional para Estratégico.

Quadro 04:

Características	Papel do Comprador	
	Transacional	Estratégico
	Compras eram tratadas igualmente	Compras são segmentadas
	Não havia diferença entre compras operacionais e estratégicas	Estabelecidos critérios: tático vs. Estratégico
	Maior parte do tempo transacional	Maior parte do tempo como estratégico
	Função Administrativa, impacto moderado no negócio	Estratégico, alto impacto no negócio
	Equipe limitada à parte comercial	Equipe capacitada
	Negociações Subjetivas	Negociações baseadas em fatos

Solicitação de compras

Solicitação de compras é um documento que dá autorização para o comprador executar uma compra, seja de materiais produtivos ou improdutivos, ela é solicitada para um programa de produção, para um projeto que se está desenvolvendo, ou ainda, para abastecimento geral da empresa. Deve informar o que se deve comprar em que quantidade, o prazo de entrega, o local de entrega e, em alguns casos, especiais os prováveis fornecedores.

Pedido de compras

Pedido de Compra é um documento formal que deve reproduzir as condições negociadas entre as partes, tendo força de contrato, quando aceito pelo fornecedor. Ele estabelece obrigações e direitos entre comprador e fornecedor, sendo a base para dirimir qualquer dúvida ou controvérsia. Cada pedido deve ter um número, data de emissão, especificação dos itens citados, quantidades, preço unitário, condições de pagamento e reajuste se for o caso, prazo de entrega, local de entrega, frequência das entregas, meio de transporte, impostos, e outras informações necessárias para caracterizar a transação.

Compras eletrônicas

A realização de compras por via eletrônica pela internet, verifica-se entre empresas (business to business – B2B), envolve uma série crescente de transações comerciais públicas e privadas, nos quais a empresa cria um sistema de compras online com base em fornecedores previamente cadastrados.

Nesse caso, a empresa deve criar seu próprio site de compras, o sistema emite solicitações de cotação, envia-os eletronicamente aos fornecedores cadastrados.

Cotação de preços

É o registro do preço obtido da oferta de diversos fornecedores em relação ao material, cuja compra foi solicitada. Não deve ter rasuras, deverá conter preço, quantidade e data do recebimento na seção de compras. Esse documento fornecerá informações ao comprador e a qualquer consulta e análise de auditoria (DIAS, 1993).

Administração de Compras

Está diretamente ligada à estratégia de suprimentos e exige o conhecimento acerca das necessidades atuais e futuras, assim como, do mercado atual e futuro.

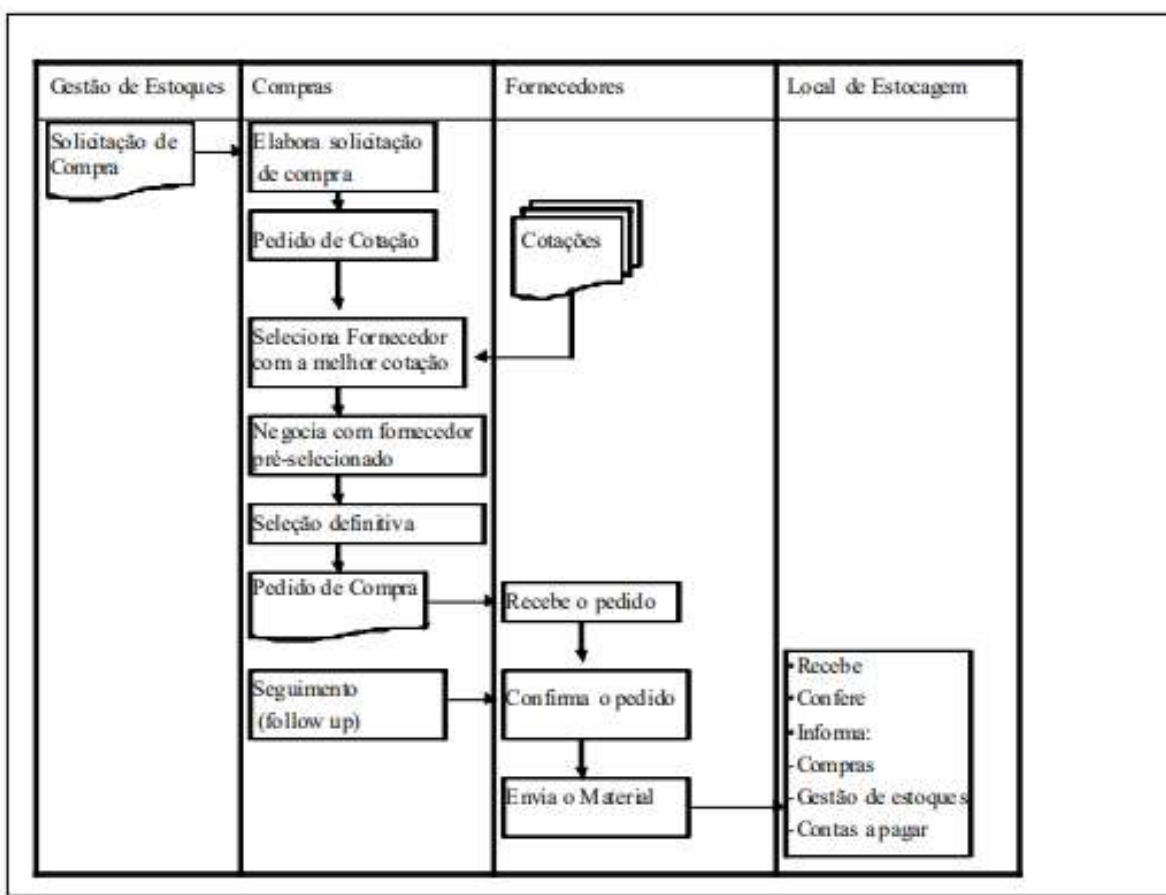
Uma estratégia importante é a organização centralizada das compras, a partir de um sistema centralizado que, em oposição ao sistema descentralizado, oferece as seguintes vantagens: negociação de maior volume de materiais, homogeneidade da qualidade dos materiais comprados e facilidade no controle de estoques.

Outra estratégia é a categorização das compras, que consiste na divisão dos itens comprados em grupos ou categorias de materiais similares, auxiliando na organização e no gerenciamento das compras.

4.1.2 Descrição do Modelo de Compras, Contratos e Terceirizações

A Gestão de Compras e Suprimentos tem posição estratégica em qualquer organização. É através do controle do fluxo de materiais e serviços dentro da empresa que se proporciona que eles cheguem ao local correto, no momento exato, na devida quantidade, vindos da fonte certa e com as melhores condições de qualidade e preço. Ela tem caráter intersetorial e afeta diretamente o resultado do atendimento ao paciente, influenciando, portanto, na qualidade assistencial. O processo de compras e contratação de serviços e obras, ocorre com o ordenamento legal e premissas do **Regulamento Institucional de Compras, Contratação de Obras e Serviços**.

Fluxo 03: Processo de Compras



Gerenciamento de Compras e Suprimentos:

Quanto maior for a capacidade de uma organização em gerir os materiais de forma adequada, maior será sua capacidade de oferecer a sua clientela bens e serviços de qualidade e com baixos custos operacionais. Isso vale tanto para as organizações manufatureiras como às que atuam nas áreas de serviço, como as organizações hospitalares. Para o atendimento hospitalar, é necessário evitar o excesso e a falta de materiais, duas situações que prejudicam o bom desempenho da organização, pois geram gastos desnecessários que não agregam valor aos serviços prestados por motivos diversos. A falta de materiais, no momento em que é necessário, obriga a organização a incorrer em gastos adicionais para realizar compras urgentes que, via de regra são mais dispendiosas que as planejadas. O excesso de materiais não é menos nocivo pois, estoques altos consomem recursos que poderiam ser aplicados em outras atividades, sem contar que podem estar remunerando capitais de terceiros, gerando despesas financeiras. Materiais em excesso exigem espaços maiores, elevam as despesas com manuseio e movimentação, aumentam as chances de perdas por perecibilidade e obsolescência.

Ações e Atividades: Gestão de Contratos

- Analisar as propostas de fornecimento de materiais e de prestação de serviços e proceder à verificação do cumprimento das exigências legais para celebração de contratos;
- Elaborar contratos relativos às compras de materiais ou à contratação de serviços;
- Apoiar os gestores de contratos terceirizados, acompanhando os prazos e as condições contratuais e efetuando as alterações necessárias;
- Controlar e acompanhar a prestação de contas;
- Elaborar relatórios e encaminhar para subsidiar a atuação da Diretoria.

O instrumento de contrato é obrigatório, salvo quando se tratar de bens para entrega imediata, caso em que poderá ser substituído por outro documento, como proposta com aceite, carta contrato, autorização de fornecimento ou documento equivalente, que deverá conter os requisitos mínimos do objeto e os direitos e obrigações básicas das partes.

Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão, necessariamente, o seu objeto, com a especificação da obra, serviço ou fornecimento, conforme o caso; o preço ajustado; o prazo de execução; as garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas no instrumento convocatório, sendo que estes terão prazo determinado não podendo ultrapassar, inclusive com suas eventuais alterações, o limite máximo de 60 (sessenta) meses.

Prestação de Serviços Técnico-profissionais Especializados

Consideram-se serviços técnico-profissionais especializados os trabalhos relativos a:

1. Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
2. Pareceres, perícias e avaliações em geral;
3. Assessorias ou consultorias técnicas, jurídicas e auditorias operacionais e de gestão (administrativa, financeira, contábil, de pessoal, de sistemas informatizados e outras afins);
4. Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
5. Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
6. Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
7. Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
8. Informática, inclusive quando envolver aquisição de programas;
9. Área de museologia, como a prestação de serviços de profissionais de restauro, conservação, pesquisa, ação educativa, palestrantes, couriers, expografia, entre outros.

Serviços Terceirizados

As normas aplicáveis para uma competente Gestão Assistencial envolvem uma vasta cadeia de fornecedores e uma complexa rede de Prestadores de Serviços Especializados.

Para as contratações de serviços sob a gestão da **OS** além das normas constantes dos regulamentos próprios para contratação serão adotados critérios rigorosos de seleção, monitoramento e execução de serviços.

Procedimentos do Procedimento de Compras

Etapas:

Solicitação de Compras com as devidas autorizações: solicitação de compra, assinada pelo responsável da área requisitante, precedida de verificação pelo requisitante de disponibilidade orçamentária e que deverá conter as seguintes informações:

- Descrição pormenorizada dos serviços e / ou material ou bem a ser adquirido;
- Especificações técnicas;
- Quantidade a ser adquirida;
- Regime de compra: rotina ou urgente.

Seleção prévia de Fornecedores, em conformidade com a solicitação: O Setor de Compras e Suprimentos deverá selecionar criteriosamente os fornecedores que participarão da cotação, considerando idoneidade, qualidade e menor custo, além da garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso.

Verificação da Melhor Oferta: Considera-se menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos: Custos de transportes e seguro até o local da entrega; Forma de pagamento; Prazo de entrega; Custos para operação do produto, qualidade, eficiência e compatibilidade; Durabilidade do produto; Credibilidade mercadológica da empresa proponente; Disponibilidade de produtos ou serviços em tempo hábil exigido; Eventual necessidade de treinamento de pessoal; Assistência técnica; Garantia dos produtos.

Relatório do Processo para subsidiar encaminhamento da Diretoria Administrativa/Financeira.

- Autorização da Diretoria Administrativa/Financeira;
- Emissão de Autorização de Compra e/ou Serviço.

Após aprovada a compra, a Diretoria Administrativa e Financeira autoriza o setor de Compras, a emitir a Autorização de Compras e/ou Serviços, em três vias, distribuindo-as da seguinte forma:

- Uma via para o fornecedor;
- Uma via para o Setor requisitante;
- Uma via para o arquivo do Setor de Compras.

Recebimento dos Serviços, bens e materiais: o setor requisitante ficará responsável, juntamente, com o encarregado do almoxarifado, em receber conforme às especificações contidas na Autorização de Compra e/ou Serviços e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal a Diretoria Administrativa-Financeira.

O Regulamento Institucional de Compras e Contratações de Obras e Serviços será apresentado no Anexo I: Regulamentos.

4.2 Instrução / Manual de Desenvolvimento Financeiro

Visa identificar as rotinas e procedimentos para monitoramento e avaliação do gerenciamento dos recursos e estabelecer uma filosofia padrão para nortear as atividades relacionadas à gestão financeira.

Objetiva-se a eficiência e a eficácia na realização dos procedimentos a fim de garantir confiabilidade, tempestividade e coesão nos dados e informações necessários para subsidiar a tomada de decisões na aplicação assertiva dos recursos.

Dentre as várias atribuições administrativas de cada unidade está a gestão financeira, responsável pelo recebimento e aplicação dos recursos financeiros por meio de mecanismos gerenciais eficientes, definição dos processos de trabalho, informatização das rotinas, dimensionamento e estabelecimento de metas e verificação dos resultados.

A descrição da rotina visa nortear e orientar as ações do controle financeiro assegurando às unidades a apresentação dos resultados planejados de modo que eventuais desvios possam indicar o redirecionamento das ações e por fim garantir o cumprimento das políticas da gestão pública com a eficiência da gestão privada.

Conceitos básicos

Departamento financeiro

O responsável financeiro executa a gestão dos recursos financeiros e orçamentários, através de ações e procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, análise e controle das atividades financeiras da unidade.

A este departamento compete as atividades de contas a receber, contas a pagar, movimentação e controle bancário, planejamento financeiro e orçamentário, tesouraria, fechamento contábil, arquivo, prestação de contas e obrigações assessórias e auditoria.

Contas a receber

Controle de todas as receitas oriundas de repasses previstos no contrato de gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários etc.).

Contas a pagar

Controle e execução de todos os pagamentos a serem realizados a fornecedores, prestadores de serviços, folha de pagamentos (verbas salariais, férias, décimo terceiro salário, encargos, benefícios etc.), impostos, taxas e tarifas bancárias, fundo fixo, dentre outros.

Movimentação e controle bancário

Controle de todas as contas bancárias utilizadas para movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos etc.).

Planejamento financeiro

Elaboração de orçamentos, fluxos de caixa, demonstrativos e outros relatórios que subsidiem a análise de alternativas para aplicação assertiva dos recursos, conforme percentuais descritos na dotação orçamentária prevista no Contrato de Gestão.

Descrição das atividades

Contas a receber

Registro e controle das receitas

Registra e controla (via sistema de gestão e planilhas de apoio) todas as receitas oriundas de repasses previstos no Contrato de Gestão inerentes ao custeio e investimentos (projetos, obras e aquisição de equipamentos, mobiliários etc.), rendimentos sobre aplicações financeiras, doações recebidas e receitas oriundas de serviços prestados a instituições privadas (particulares).

Custeio

Conferência dos valores descritos nas “OP’s” – ordens de pagamentos” e demonstrativos mensais de repasse de valores, confrontando com o valor expresso no contrato de gestão, a fim de garantir o cumprimento do valor total pactuado.

Rendimentos sobre aplicações

Conferência e controle dos valores oriundos de rendimentos sobre aplicações financeiras, cujo valor deverá ser incorporado ao saldo dos recursos repassados, sendo vedada a utilização para outros fins alheios ao objeto do contrato de gestão. Guarda e arquivo dos extratos das contas de aplicações.

Contas a pagar

Recepção de processos para pagamento

Recepção física e conferência da relação descrita no documento de protocolo de entrega de documentos entre setores.

Triagem

Conferência minuciosa nos processos, observando o disposto no regimento interno de compras, contratação e serviços e pessoal, verificando os seguintes itens:

Notas Fiscais/Faturas - se foram emitidas pelo fornecedor/prestador de serviços contratado e se os dados do contratante estão corretos;

Descrição da Nota Fiscal/Fatura – se está de acordo com o objeto contratado e/ou ordem de compra;

Nota Fiscal/Fatura – se está devidamente atestada/aprovada pela coordenação ou gerência do departamento solicitante/usuário;

Atesto legível, com identificação do funcionário responsável pelo setor;

Nota Fiscal/Fatura com data de emissão dentro da vigência contratual.

Devolução de processos para correção

Caso o processo não esteja correto ou falte algum item do checklist, deverá ser emitido um despacho indicações as divergências, cujo qual deverá ser assinado pelo gestor do setor e anexado ao processo, que deverá ser devolvido ao setor responsável para as devidas correções. Esse processo deverá seguir devidamente protocolado, e registrado no relatório de processos devolvidos.

O retorno dos processos devolvidos para correção deve ser acompanhado a fim de garantir o cumprimento dos prazos de vencimento/pagamento. Caso não obtenha retorno satisfatório o fato deve ser informado a gerência financeira para tomar as medidas necessárias.

Conferência de contas de custos

Uma vez que o processo esteja em conformidade com o regimento estabelecido, deverá ser feita a conferência das contas de custos informada no sistema, a fim de verificar a apropriação correta da despesa, com base no plano de contas. Em caso de divergência na classificação, solicitar a imediata correção e certificar-se da mesma.

Conferência e aprovação dos processos de pagamentos (pagos e a pagar) pelo Responsável Financeiro

Antes da liquidação do título o gestor deverá avaliar todo o processo, certificando-se de sua conformidade.com o devido atesto.

Baixa dos títulos pagos

Uma vez liquidado o título, deverá ser anexado o comprovante de pagamento no processo e efetivada a baixa dele no sistema/módulo de contas a pagar.

Movimentação e controle bancário / Conciliação

Conferência e controle via sistema de gestão e planilhas de apoio de todas as contas bancárias destinadas a gestão e movimentação de recursos (entradas e saídas de recursos financeiros, bem como aplicações financeiras, rendimentos sobre aplicações financeiras, cobrança de taxas e tarifas bancárias, convênios, estornos, saldos etc.).

Fluxo de Caixa

Elaboração e acompanhamento via sistema de gestão e planilhas de apoio do fluxo das receitas e despesas que permita a visualização das informações diária, semanal, quinzenal, mensal, semestral e anual.

Relatórios Gerenciais

Elaboração de relatórios e planilhas de apoio que facilitem as análises e demonstrações financeiras e contábeis.

Prestação de contas – interna

Consiste na elaboração e envio de relatórios e demonstrativos gerenciais aos Gestores Corporativos a fim de informar os números da unidade e subsidiar a tomada de decisões e definição de diretrizes.

Auditoria independente

Fornecimento de dados e informações e acompanhamento dos relatórios emitidos pela auditoria independente, contratada para emissão de parecer sobre demonstrações contábeis e financeiras, de acordo com a legislação contábil vigente.

Auditoria externa (fiscalizações)

Fornecimento de documentação, dados e informações, e acompanhamento do processo de fiscalização pelos órgãos competentes.

Planejamento financeiro / Orçamento

Elaboração e acompanhamento através de planilhas de apoio, das despesas com base na dotação orçamentária, garantindo a aplicação de recursos dentro dos percentuais previstos no Contrato de Gestão.

Gerenciar a execução orçamentária e financeira;

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;

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.

4.2.1 Indicadores Monitorados

Monitorar indicadores financeiros requer a utilização de ferramentas e sistemas adequados: No Sistema de Gestão a **OS ICAASES** vai oportunizar Softwares de gestão financeira que podem automatizar a coleta e análise de dados.

Relatórios financeiros periódicos são essenciais para acompanhar o desempenho e identificar tendências. Eles devem ser precisos e acessíveis aos gestores. Além disso, é importante definir metas claras e comparar os resultados reais com os objetivos estabelecidos. Isso permite ajustes rápidos nas estratégias e melhoria contínua.

Treinar a equipe financeira

Profissionais capacitados podem interpretar melhor os dados e fornecer insights valiosos.

A formação contínua garante que a equipe esteja atualizada com as melhores práticas e ferramentas do mercado. Adotar uma abordagem proativa na monitorização de indicadores ajuda a antecipar problemas e aproveitar oportunidades de forma mais eficaz. Assim, a empresa mantém-se competitiva e financeiramente saudável.

A monitoração eficaz de indicadores financeiros oferece vários benefícios.

Primeiramente, permite uma gestão mais precisa e informada, baseada em dados concretos.

Além disso, ajuda a identificar rapidamente problemas financeiros, facilitando a tomada de medidas corretivas antes que eles se tornem críticos. Isso pode evitar crises e garantir a estabilidade da empresa. Outro benefício é a capacidade de identificar oportunidades de crescimento e melhoria.

Com uma análise detalhada, as unidades assistenciais podem otimizar processos, reduzir custos e aumentar a rentabilidade. Também melhora a transparência e a comunicação interna.

Quando todos na organização entendem os indicadores-chave, a colaboração e o alinhamento estratégico são facilitados.

Por fim, a monitorização regular dos indicadores financeiros pode aumentar a confiança dos parceiros.

A **OS ICAASES** vai trabalhar os indicadores que vão de custo por procedimento e por setor, articulando com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) do Ministério da Saúde.

Entre outros objetivos, o PNGC visa: Calcular os custos dos serviços prestados, por meio de diferentes indicadores; Fornecer, a todos os setores da instituição, informação detalhada referente a seus custos; Possibilitar a troca de informações e de resultados entre instituições; Fortalecer o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos; Auxiliar os gestores na tomada de decisão, tendo como subsídio a informação de custo, para melhorar a gestão dos recursos disponíveis.

O Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) é um sistema de informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde para auxiliar no processo de apuração e gestão de custos em distintas Unidades de Saúde do SUS, de forma padronizada e estruturada, com acompanhamento por indicadores monitorados por procedimento e por setor.

4.3 Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio

4.3.1 Introdução

A Administração Pública é regida por princípios constitucionais, os quais são responsáveis pela organização e estruturação da administração, além de preceituar os requisitos básicos para uma administração de qualidade. A Emenda Constitucional nº 19/1998 propõe mudança de paradigma da administração pública e possibilidade de avanços para a gestão pública. Uma das principais inovações desta reforma é a incorporação expressa do princípio da eficiência: “Art 37- A administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

No contexto atual, a Administração Pública, regida por tais princípios, busca por meios de gerenciamento de ações e indicadores, atingir melhores resultados em prol da eficiência e eficácia da gestão, garantindo aos usuários uma maior segurança na prática administrativas.

Com este objetivo, faz-se necessária a elaboração de normas e procedimentos que orientem as práticas e rotinas no serviço público. Assim, a **OS ICAASES** elaborou o manual do setor de Almoxarifado e Patrimônio, considerando documentos e rotinas existentes praticadas pelo setor.

O presente manual tem por escopo estabelecer procedimentos padronizados e fortalecer os controles internos, os quais possibilitam alcançar a eficiência desejada no desenvolvimento dos serviços prestados pelo Almoxarifado e Patrimônio mediante orientação, informações e técnicas que possam enriquecer e atualizar a gestão com as desejáveis condições de operacionalidade. Todavia, por se tratar de um instrumento dinâmico, é necessária sua constante atualização, de forma a compatibilizá-lo às mudanças ocorridas na Administração Pública.

Os resultados proporcionados pelo sistema de controle de bens móveis e materiais de consumo / patrimônios da **OS ICAASES**: Redução de custos; Aumento da eficiência e otimização do desempenho nos relacionamentos com clientes e fornecedores; Fiel controle e gestão patrimonial; Melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo; Manutenção do menor estoque possível, sem, contudo, comprometer o atendimento da demanda, devidamente controlada.

4.3.1.1 Rotinas do Almoxarifado

Definições:

Almoxarifado: O Almoxarifado é o local destinado à guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, adequado à sua natureza, a fim de suprir as necessidades operacionais dos setores integrantes da estrutura organizacional das unidades.

Materiais:

Designação genérica de equipamentos, componentes, sobressalentes, acessórios, veículos em geral, matérias-primas e outros itens empregados ou passíveis de emprego nas atividades das organizações públicas federais, independentemente de qualquer fator, bem como, aquele oriundo de demolição ou desmontagem, aparas, acondicionamentos, embalagens e resíduos economicamente aproveitáveis.

Material de consumo:

Aquele que, em razão de seu uso corrente e da definição da Lei nº 4.320/1964, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a dois anos.

Material permanente:

Aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem uma durabilidade superior a dois anos.

Almoxarife:

Servidor lotado no setor de almoxarifado. O servidor deverá possuir uma visão sistêmica sobre a atividade do almoxarifado e sua importância dentro da atividade meio das unidades. É necessário que o servidor adote uma postura negociadora e flexível pela interface que desenvolve com fornecedores e todos os servidores, visão apurada de custos e capacidade de desenvolver processos de gestão que melhorem o desempenho da área, respeitando as normas aplicáveis ao setor, auxiliando na melhoria de desempenho e na redução dos custos. Os colaboradores que trabalham no Almoxarifado devem ser organizados, já que o almoxarifado exige mais do que o simples manuseio dos materiais.

Recebimento

Recebimento e aceitação:

As atividades de recebimento e aceitação abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento e aceitação de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade e compras, e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento e aceitação compreendem as seguintes fases: Entrada de materiais; Conferência quantitativa; Conferência qualitativa; Regularização.

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, geralmente o Almoxarifado. Independentemente do local físico que o material for recebido, todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

O recebimento compreende duas etapas: Entrada de materiais; Conferência quantitativa.

Entrada de Materiais: Consiste na recepção do entregador do material.

Para o bom funcionamento e organização do setor, é fundamental que seja estabelecido o horário e dia para o recebimento de material. Recomenda-se que o recebimento seja realizado entre os dias úteis, trinta minutos após o começo do horário administrativo e trinta minutos antes o término do horário administrativo das unidades, respeitando-se o horário de almoço do almoxarife. O horário de recebimento de materiais deve ser informado ao setor de compras, a todos os fornecedores e

aos responsáveis pela entrada de pessoas externas nas dependências das unidades. (agente de portaria, vigilante, etc.).

O setor de compras deverá informar sobre os empenhos e seus respectivos responsáveis todas as vezes que for efetivada uma nova compra de material na instituição.

São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos: Nota Fiscal, Fatura e Nota Fiscal/Fatura; Termo de Cessão, Doação; Declaração exarada no processo relativo à permuta; Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência; Guia de Produção.

Nesses documentos constarão obrigatoriamente: descrição do material, quantidade, unidade de medida e valor. O almoxarifado não se destina a receber bens de propriedade pessoal dos servidores e colaboradores, portanto fica expressamente proibido o recebimento de materiais que não se destinam ao uso das unidades.

Rotina para recebimento de materiais:

Início do Recebimento:

Conferir a nota de empenho com a nota fiscal enviada pelo fornecedor.

- Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da nota de empenho.
- Atentar-se com relação ao tipo de empenho: ordinário ou global. Quando ordinário, a entrega é feita na sua totalidade; se global, a entrega poderá ser parcial.
- Verificar a nota fiscal de acordo com os itens do checklist.
- Observação sobre o frete: como o frete não é “a pagar”, a via do recibo do frete não fica na unidade, sendo viável, no caso da transportadora, não deixar documento de transporte, tirar uma cópia do referido documento.
- No momento do recebimento, verificar a autenticidade da nota fiscal através do site Portal da Nota Fiscal Eletrônica.

Descarregamento do Material

- O recebedor deve acompanhar o descarregamento, indicar o local adequado para acondicionar o material, conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo do frete.
- No ato do recebimento, se o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso do recibo do frete: “Embalagem danificada. Sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização.”
- Verificar se os materiais estão dentro da validade.

Finalização do Recebimento do Material

- Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor deve carimbar no canhoto da nota fiscal: A aceitação do material depende de exame qualitativo.
 - O almoxarife deve ainda datar, anotar a hora de chegada e saída e assinar a nota fiscal “Recebido pelo Almoxarifado” sempre que possível na frente da nota, além de carimbar com o carimbo de identificação do responsável e assinar.
 - Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da nota fiscal.
- O controle e a gestão de bens móveis e materiais de consumo obedecerão ao disposto abaixo:

Todos os materiais de utilização nas unidades deverão ser catalogados e, quando possível, codificados, com base na nota fiscal, devendo ser catalogadas todas as informações à identificação do material e do processo de compra. Os pedidos de compra de materiais não catalogados deverão conter todos os elementos essenciais à sua caracterização, acompanhados, se necessário, de modelos gráficos, projetos, amostras e outros elementos que se fizerem necessários.

Aos processos administrativos de alienação de materiais no âmbito da **OS ICAASES** aplicam-se, no que couberem, as disposições da legislação pertinente em vigor, ficando ainda vedada a utilização de qualquer recurso material, humano ou financeiro na manutenção de bens particulares, exceto aquele que se incluam nas hipóteses de cessão ou comodato.

Renovação e Reposição de Estoque

O acompanhamento dos níveis de estoque e as decisões de quando e quanto comprar deverá ocorrer em função da aplicação das fórmulas:

1. Os fatores de requerimento são definidos:
 - 1.1. Consumo Médio Mensal (C). Média aritmética do consumo nos últimos 12 meses;
 - 1.2. Tempo de Aquisição (T). Período decorrido entre a emissão do pedido de compra e o recebimento do material no almoxarifado (sempre relativo à unidade mês);
 - 1.3. Intervalo de Aquisição (I). Período compreendido entre duas aquisições normais e sucessivas;

1.4. Estoque Mínimo ou de Segurança (Em). É a menor quantidade de material a ser mantida em estoque, capaz de atender a um consumo superior ao estimado para certo período ou para atender à demanda normal em caso de atraso da entrega da nova aquisição. É aplicável tão somente aos itens indisponíveis aos serviços da unidade administrativa da **OS ICAASES**. Obtém-se multiplicando o consumo médio mensal por uma fração do tempo (f) de aquisição que deve, em princípio, variar de 0,25 de T a 0,50 de T;

1.5. Estoque Máximo (EM). A maior quantidade de material admissível em estoque, suficiente para o consumo em certo período, devendo-se considerar a área de armazenagem, disponibilidade financeira, imobilização de recursos, intervalo e tempo de aquisição, perecimento, obsolescimento, etc.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição;

Ponto de Partida. (Pp). Nível de Estoque que, ao ser atingido, determina imediata emissão de um pedido de compra, visando a completar o Estoque Máximo.

Obtém-se somando ao Estoque Mínimo o produto do Consumo Médio Mensal pelo Tempo de Aquisição;

Quantidade a Ressuprir (Q). Número de unidades a adquirir para recompor o Estoque Máximo, obtém-se multiplicando o Consumo Médio Mensal pelo Intervalo de Aquisição.

As fórmulas aplicáveis ao Almoxarifado são:

1. Consumo Médio Mensal. $C = \text{Consumo Anual}/12$

2. Estoque Mínimo. $Em = C \times f$

3. Estoque Máximo. $EM = Em + C \times I$

4. Ponto de Partida. $Pp = Em + C \times T$

5. Quantidade a Ressuprir. $Q = C \times I$

Os parâmetros de revisão poderão ser redimensionados à vista dos resultados do controle e corrigidos as distorções porventura existentes nos estoques.

Sistema Eletrônico

Além do fluxo processual / físico detalhados acima e que culminam na entrega dos itens no almoxarifado, paralelamente também há o controle / registro eletrônico da entrada de todas as mercadorias e serviços no âmbito da **OS ICAASES**, e aplicável as unidades.

Tal controle se faz por meio de software específico e parte integrante de um sistema integrado de gestão e que permite todo o acompanhamento das ações em andamento e suas informações, como Fornecedor, número do processo / contratação, saldos e valores contratuais, dentre outros.

Normas de Segurança para Armazenagem de Material no Almoxarifado

1. Armazenamento:

- a) os materiais devem ficar agrupados por classe, de forma a viabilizar sua Rápida conferência, adotando-se um sistema de endereçamento físico, possibilitando sua localização;
- b) os materiais não devem ser armazenados em contato direto com o piso;
- c) as etiquetas na face da embalagem devem ficar voltadas para o lado avesso;
- d) os materiais de menor peso nas prateleiras de cima, os de maior nas prateleiras de baixo;
- e) os materiais mais solicitados à frente, os menos atrás;
- f) os materiais devem ser empilhados, se necessário, observando-se a segurança e as recomendações dos fabricantes;
- g) os materiais devem ser estocados em suas embalagens originais;
- h) os materiais mais solicitados próximos à área de expedição;
- i) a reposição do estoque deve ser feita atrás do material já existente.

2. Segurança:

- a) existência de extintores de incêndio, mangueira etc, nos tipos e quantidades necessárias, com fácil acesso e manutenção periódica;
- b) portas e janelas com instalações de segurança necessárias (grade, alarmes, trinco, cadeados, fechaduras etc.);
- c) proibição de entrada de pessoas estranhas ao local de guarda de materiais, a não ser em objeto de serviços;
- d) portas permanentemente trancadas e atendimento realizado por meio de balcão;
- e) existência de armários trancados para a guarda de materiais de pequeno volume e grande valor;
- f) instalações elétricas em perfeito estado de funcionamento;
- g) proibição de estoque de explosivos e inflamáveis (álcool, gasolina, gás, querosene etc.) no almoxarifado, junto a outros materiais, devendo ser observadas as normas de segurança expedidas pelos órgãos técnicos;
- h) arrumação do almoxarifado deve permitir a fácil circulação dentro de sua área, bem como acesso aos extintores e mangueiras de incêndio, por parte do pessoal especializado no combate a incêndios;
- i) colocação de placas indicativas de proibição de fumar no almoxarifado;
- j) proteção contra insetos e roedores;
- k) reciclagem periódica dos servidores do setor em treinamento na área de medicina e segurança do trabalho e brigada de combate a incêndio.

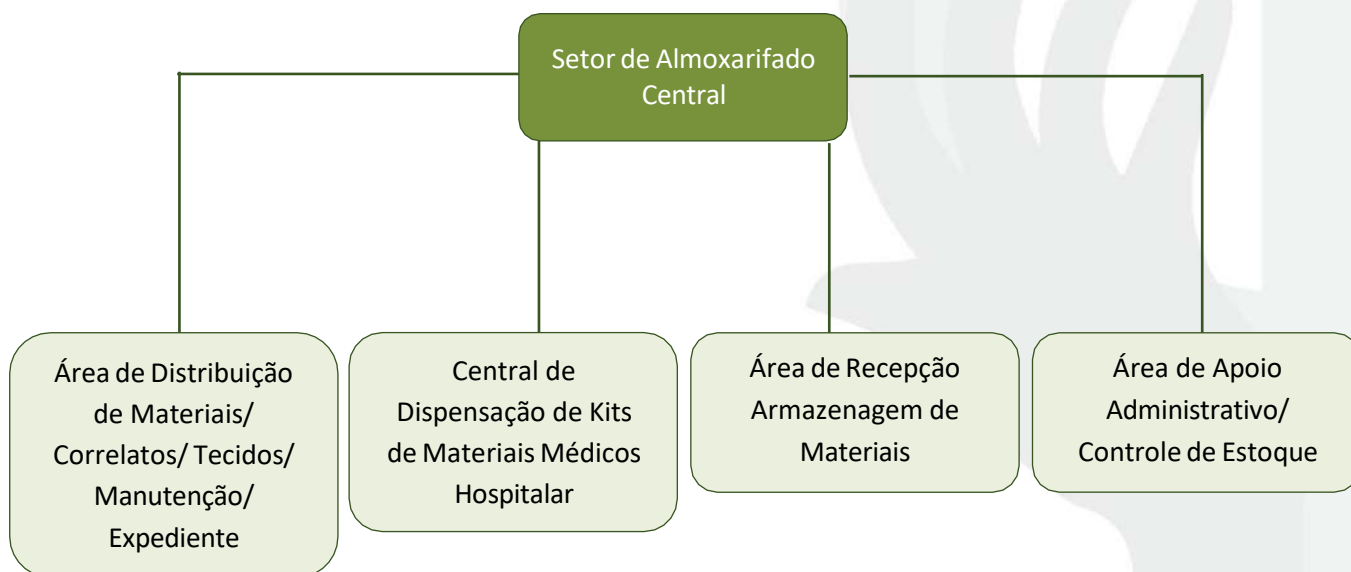
3. Movimentação:

a) existência de meios de locomoção seguros para os materiais.

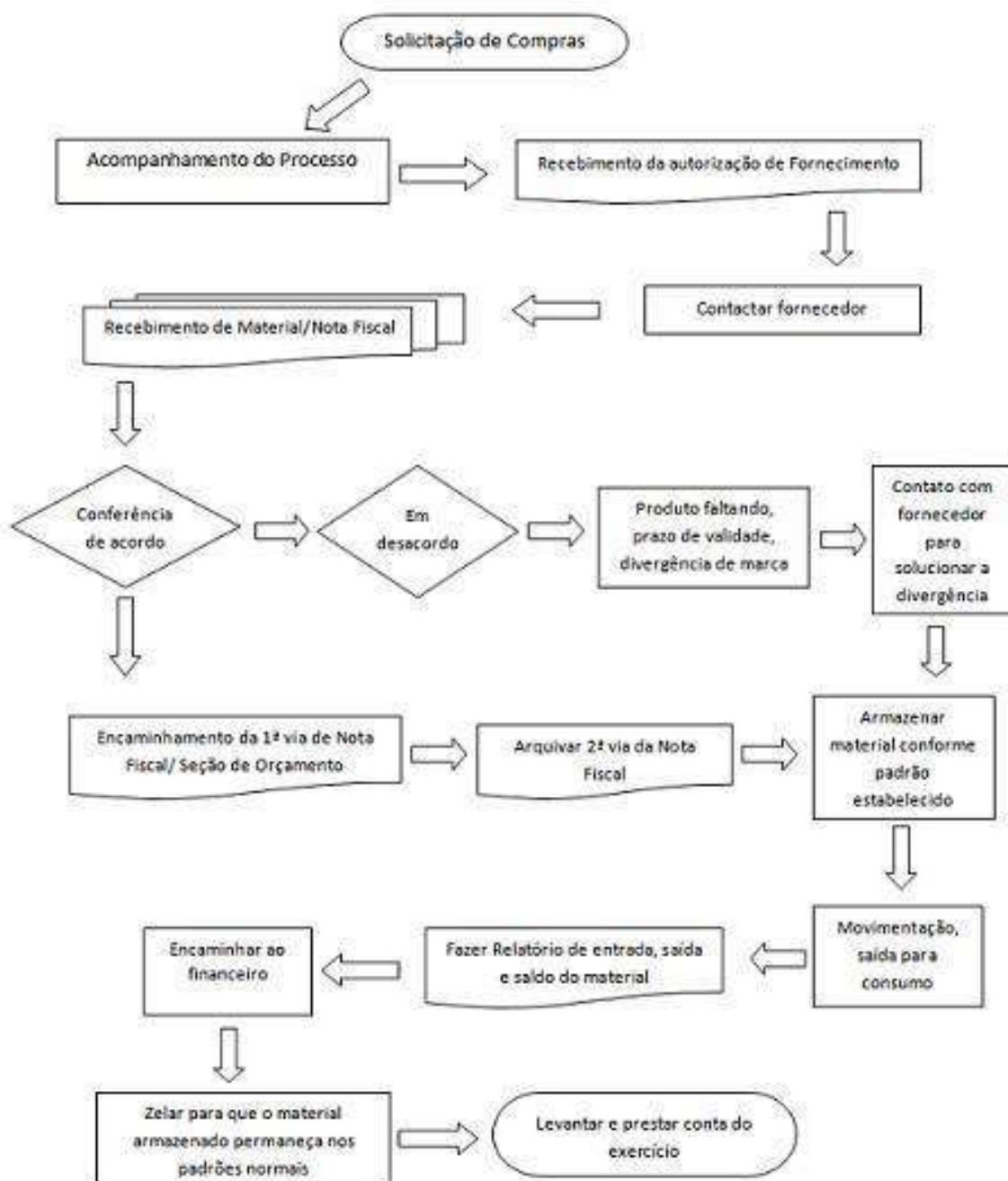
Competências do Serviço de Almoxarifado

Planejamento e controle do estoque de materiais padronizados: Médico Hospitalares, laboratoriais, expediente/informática, manutenção, tecidos, lavanderia, descartáveis em geral, gases medicinais e outros estocáveis; Receber os materiais adquiridos, certificando/conferindo a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, através da AF/empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica descrita na AF/empenho; Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Hospitalares junto à Central de Kits (extensão do Almoxarifado), para atendimento das Unidades Clínicas diariamente, via Prescrição Diária Médica e de Enfermagem por paciente; Realizar mensalmente, inventários/conferências dos materiais em estoque e balancetes físico contábil e encaminhar para as instâncias competentes; Acompanhar/Supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais adquiridos junto aos Fornecedores e montar/Instruir processo e encaminhar a **OS ICAASES**; Providenciar a confecção ou aquisição de formulários e impressos padronizados pela **OS ICAASES**, com acompanhamento do consumo.

Fluxo 04: Setor de Almoxarifado Central



Fluxo 05:



4.3.1.2 Controle Patrimonial

Controle Patrimonial

A **OS ICAASES** irá manter o registro do patrimônio, por meio de sistema próprio, com vistas ao controle e gestão de equipamentos e materiais permanentes de forma a:

- 1 – registrar as incorporações e baixas, informando os bens existentes;
- 2 – registrar e informar a localização dos bens;
- 3 – registrar os agentes responsáveis;
- 4 – emitir e atualizar os Termos de Responsabilidade;
- 5 – controlar a movimentação de material;
- 6 – identificar os bens extraviados ou danificados com baixa e o número do patrimônio;
- 7 – permitir a obtenção de informações gerenciais.

Todo bem permanente, após seu recebimento definitivo, deverá ser tombado pela diretoria de Material e Patrimônio, sendo vedada a sua saída sem o devido registro, etiquetamento e Termo de Responsabilidade. O tombamento consiste no arrolamento do bem permanente, por meio de numeração específica do sistema patrimonial da **OS ICAASES**, com a finalidade de identificá-lo e individualizá-lo.

Para fins de tombamento será realizado o registro patrimonial de todos os materiais permanentes, o qual deverá conter:

- 1 – número de tombamento;
- 2 – descrição do material;
- 3 – modelo, número de série de fabricação, se for o caso;
- 4 – valor de aquisição;
- 5 – data de aquisição e número de autos;
- 6 – número do documento fiscal;
- 7 – estado de conservação do material;
- 8 – outras observações consideradas indispensáveis.

Toda manutenção e reparo realizado nos materiais permanentes deverá ser comunicado formalmente à Gerência de Material e Patrimônio, para que providencie a anotação em ficha de controle, manual ou eletrônica, que será vinculada ao seu registro patrimonial.

O número de tombamento dos bens será fixado por meio de etiquetas/plaquetas, sendo que no caso de obras bibliográficas o número de tombamento deverá ser fixado por meio de carimbo ou etiqueta, que conterá também outras informações necessárias ao controle do acervo pela unidade gestora. Além do controle físico e dos Termos de Responsabilidade assinados, é possível fazer o acompanhamento de qualquer bem em tempo real e qualquer distância, através da utilização do Sistema Eletrônico.

Os bens que não transitarem na Gerência de Material e Patrimônio será tombado, no menor tempo possível, não podendo ultrapassar o prazo de 30(trinta) dias contados do seu recebimento definitivo.

Alienação, Cessão e Transferência de Bens Patrimoniais

A alienação de bens, subordinada à existência de interesse da **OS ICAASES** e das unidades, devidamente justificada e na forma da legislação vigente, consiste na operação que transfere o direito de propriedade e compreende as seguintes formas:

- 1 – venda;
- 2 – permuta;
- 3 – doação.

A alienação de material e bens móveis fica condicionada à avaliação, classificação, formação prévia de lotes, realizadas por comissão composta por pessoas habilitadas. A licitação está dispensada nos seguintes casos:

- 1 – permuta permitida exclusivamente entre unidades;
- 2 – doação, permitida exclusivamente para fins de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica, relativamente à escolha de outra forma de alienação e sempre mediante aprovação em Assembleia Geral e de conformidade com as disposições estatutárias;
- 3 – venda, de bens produzidos ou comercializados pelas unidades da **OS ICAASES**, em virtude de suas finalidades, na forma da legislação vigente.

A cessão compreende a movimentação de materiais do acervo da **OS ICAASES**, com transferência gratuita de posse e troca de responsabilidade, para órgãos ou entidades da administração pública, bem como para entidades afins. A cessão deverá ser efetivada mediante Termo de Cessão onde constará a transferência do material e seu custo histórico.

A alienação e a cessão de bem permanente e equipamentos gerarão os necessários registros no sistema de controle patrimonial.

Transferência é a modalidade de movimentação de material, com troca de responsabilidade, de uma unidade administrativa para outra.

Caracterização e Avaliação dos Bens Patrimoniais

Os materiais inservíveis no âmbito da **OS ICAASES**, classificam-se em:

- 1 – ocioso: quando não estiver sendo aproveitado, embora em perfeitas condições de uso;
- 2 – recuperável: quando sua recuperação for possível a um custo não superior a 50% de seu valor de mercado, e desde que atenda a conveniência da administração;
- 3 – antieconômico: quando, devido ao uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescência, a manutenção for onerosa;
- 4 – irrecuperável: quando tecnicamente não for possível a sua recuperação ou quando o custo da recuperação for superior a 50% de seu valor de mercado;
- 5 – nocivo: quando oferecer riscos de danos para a saúde das pessoas ou ao meio ambiente.

Serão instituídas Comissões Especiais de Avaliação, a qual caberá realizar a caracterização e avaliação dos bens patrimoniais, emitindo relatório, e será composta por no mínimo 03 (três) membros designados por meio de portaria das Coordenações da **OS ICAASES**.

Toda a inutilização e abandono de bens será documentada mediante a formalização de termos os quais integrarão o respectivo processo administrativo.

São motivos para inutilização de bens, dentre outros:

- 1 – a sua infestação por seres vivos nocivos, desde que apresentem algum risco;
- 2 – a sua natureza tóxica ou venenosa;
- 3 - a sua contaminação por radioatividade;
- 4 – o perigo irremovível de sua utilização fraudulenta por terceiros;

Por ocasião da realização do inventário deverão ser relacionados os bens disponíveis a serem alienados ou cedidos, de forma a evitar o desperdício de recursos, bem como o custo decorrente do armazenamento de material inservível.

Os recursos provenientes das alienações de material, obtidos através de processo licitatório, deverão ser recolhidos em conta própria segundo a origem dos recursos quando da aquisição dos mesmos.

A alienação de bens ou materiais, mediante dispensa prévia de licitação, somente poderá ser autorizada quando se revestir de justificado interesse público ou, em casos de doação, quando para atender ao interesse social.

Os símbolos nacionais, armas, munições, materiais pirotécnicos ou outros que possam ocasionar perigo ou transtorno serão inutilizados de acordo com a legislação e normas específicas.

Inventários

O inventário é o arrolamento de todos os bens e materiais de consumo existentes em estoque que terão por finalidade:

- 1 – Verificar a existência física dos bens e materiais;
- 2 – Informar o estado de conservação dos bens e materiais;
- 3 – Confirmar os agentes responsáveis pelos bens;
- 4 – Manter atualizados e conciliados os registros de material e de patrimônio;
- 5 – Apurar a ocorrência de dano, extravio ou qualquer irregularidade;
- 6– Subsidiar as tomadas de contas, indicando os saldos existentes em 31 de dezembro de cada ano.

O inventário físico, para verificação dos saldos de estoque nos almoxarifados, equipamentos e materiais permanentes em uso nas unidades administrativas, será:

I – ANUAL: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais e materiais de consumo existentes em estoque, do acervo de cada unidade gestora, em 31 de dezembro de cada exercício;

II – TRIMESTRAL;

III – EVENTUAL: realizado em qualquer época por iniciativa dos coordenadores executivos, administrativo-financeiro ou pela própria Gerência de Material e Patrimônio.

Com a finalidade de realizar os inventários de que trata o item anterior, bem como manter atualizados e conciliados os registros do sistema de administração patrimonial e os contábeis e subsidiar as tomadas de contas, poderá ser instituída uma Comissão Permanente de Inventário, a qual será composta por no mínimo 03 (três) membros.

O inventário analítico é a verificação dos saldos, estado de conservação e localização dos bens e materiais existentes nas diversas unidades administrativas, bem como dos agentes por eles responsáveis, realizado pela(s) Comissão(ões) Permanente(s) de Inventário, obedecendo aos mesmos prazos fixados para realização do inventário físico anual.

A Gerência de Material e Patrimônio, sem prejuízo de outras normas de controle dos sistemas competentes, poderá também utilizar como instrumento gerencial os seguintes inventários:

1 – ROTATIVO: que se consiste na conferência diária dos itens estocados, em parcelas, de modo que no período de um mês todo o estoque tenha sido conferido, com vista a manter efetivo controle dos estoques;

2– POR AMOSTRAGEM: que consiste no levantamento em bases mensais de amostras de itens de material de um determinado grupo ou classe, e inferir os resultados para os demais itens do mesmo grupo de classe;

3 – INICIAL, DE EXTINÇÃO OU TRANSFORMAÇÃO: quando da criação, extinção ou transformação de unidades administrativas para identificação e registro de bens.

As pendências decorrentes dos inventários deverão ser sanadas no prazo de 180 dias, a contar da verificação da ocorrência.

Diretrizes:

O prazo para conclusão processo do inventário físico anual, para fins de encerramento de exercício, será até o dia 15 de janeiro de cada ano, enquanto os demais seguirão os prazos fixados nos seus respectivos termos de autorização.

O inventário físico anual será encaminhado a Gerência Financeira, a qual, após aprovação, encaminhará cópia do mesmo a Diretoria Administrativa- Financeira e Executiva, que, por sua vez, o encaminharão aos Conselhos de Administração e Fiscal da **OS ICAASES**.

Competências do Serviço de Patrimônio

Compete a seção de patrimônio a coordenação, supervisão, fiscalização, recebimento e controle de todos os bens móveis;

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, leilões 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;

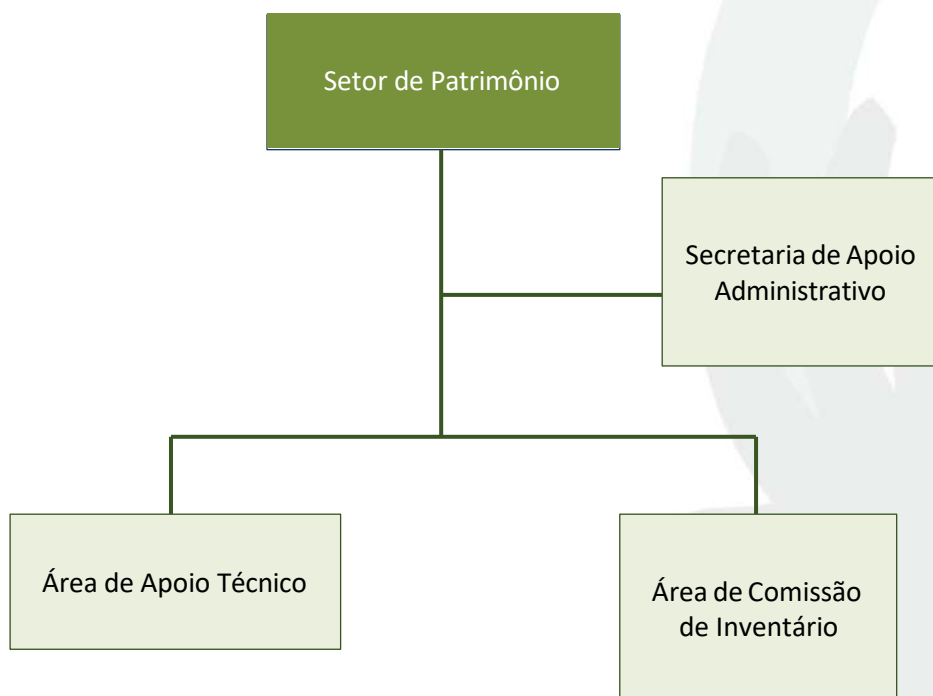
Encaminhar os materiais e equipamentos para conserto providenciando a documentação necessária, embalagem e meio de transporte adequados, liberação de documentos através de Exatoria para locomoção dos equipamentos;

Acompanhar rigorosamente o prazo limite para recebimento dos materiais adquiridos, especificadas nas Autorizações de Fornecimentos;

Efetuar e cobranças ao fornecedor inadimplentes, notificando os, para o cumprimento/efetivação da entrega dos produtos;

Acompanhar a elaboração dos contratos de comodatos, cessão de uso, doação de equipamentos.

Fluxo 06: Serviço de Patrimônio



4.4 Proposta de Manual de Rotinas para o Faturamento de Procedimentos

Introdução

Na saúde no Brasil, historicamente, as informações sobre as práticas, as estruturas, a assistência e os instrumentos de controle, avaliação e auditoria das ações estiveram, predominantemente, associados ao faturamento.

O setor de faturamento de uma unidade de assistência à saúde representa o ponto forte para o sucesso ou fracasso administrativo e financeiro da instituição. Esta afirmação não se aplica apenas a iniciativa privada.

Cenário SUS

Avaliação

- O sistema de avaliação de serviços de saúde não pode se limitar apenas ao controle das faturas dos serviços remunerados por produção, reduzindo o objeto da avaliação ao ato assistencial ou ao procedimento médico ou ao diagnóstico.
- Precisa ser superado em busca pela qualidade da assistência.
- Necessário desenvolver processos e métodos de avaliação dos resultados e controle das ações e serviços de saúde, fornecendo subsídios para a regulação do acesso e dos serviços.

Monitoramento

- É o acompanhamento através da observação regular das atividades de um plano ou programa.
- É um processo rotineiro de acúmulo de informações sobre o planejado em todos os seus aspectos visando estabelecer tendências.
- Observação sistemática, tempestiva, longitudinal.
- Pressupõe indicadores para dimensionar metas.

Controle

- Significa verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para averiguar se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro, próximo de um limite pré-fixado, se estão ou não ocorrendo extrapolações.
- O controle pode se dar de forma antecipada, concomitante ou subsequente ao processo de execução das atividades (BRASIL, 2002).
- O que vai ser controlado?

Controle e auditoria - proposta

- Transformar-se em ferramenta de gestão, fortalecendo o SUS, contribuindo para que a gestão seja feita pelo gestor e direcionada para as necessidades do cidadão. (“informação”);
- Ter como objetivo ajudar a garantir e a melhorar a qualidade da atenção, a integralidade da assistência, buscando o acesso igualitário a todos cidadãos (“direitos”), sem se afastar da necessária função de prevenir ou coibir a malversação dos recursos públicos destinados à Saúde com foco no pagamento de serviços (“faturamento”);
- Contribuir para a alocação e utilização adequada de recursos, incorporando a lógica de análise de resultados para além da avaliação de processos. (“eficiência”);
- Foco principal na qualidade de serviços e na garantia do direito do cidadão.

Uso da Informação

- Avaliação da atenção básica; Metas dos serviços de saúde; Indicadores de avaliação de gestão; Perfis nosológico e epidemiológico da população; Base para o processo de programação e organização da assistência; Desencadeamento de ações de controle; Controle social; Série histórica de produção; Base para cálculos de repasses federais; Repasse financeiro direto (faturamento).

Internação

- Independentemente da forma de financiamento do prestador e de sua relação com o gestor, a única forma de apresentar a produção hospitalar no SUS é através do Sistema de informação Hospitalar/SIH – com os registros na Autorização de Internação Hospitalar = AIH.

AIH

- Conta hospitalar apresentada em meio magnético (1992);
- Transcrição dos dados da internação para processamento utilizando regras específicas definidas no Manual SIH/SUS, portarias e nas tabelas.
- **Normatização:** controle parcial através de regras do sistema que trazem quantidade e compatibilidades.
- SIGTAP, traduz protocolos.

PORTARIA Nº 1.324, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2014

- Estabelece conceitos de diagnóstico principal e secundário utilizados no Programa de Apoio à Entrada de Dados das Autorizações de Internação Hospitalar (SISAIH01).
- Art. 4º Ficam excluídas as críticas relativas as compatibilidades entre procedimentos realizados e diagnósticos registrados nas AIH.
- Aumenta a responsabilidade da codificação.

CID

- Principal: motivo ou condição que ocasionou a internação e o tratamento.
- Secundário: Todas as condições que coexistem no momento da internação ou que se desenvolveram durante a internação, que afetem a assistência prestada, prolonguem o tempo de permanência.

Documentos SIH:

Laudo para a emissão de AIH (Autorização de internação Hospitalar);

Laudo para procedimentos especiais.

Laudos

Os laudos de autorização utilizados no âmbito do SUS no SIH e no SIA podem ser utilizados nas seguintes formas:

- I. Em suporte físico, na forma de formulários impressos e armazenados
 - em papel; ou
- II. Em suporte digital, por meio de sistemas de informação que realizem a
 - emissão e armazenamento das respectivas autorizações, bem como a
 - transação das informações digitais entre os gestores e estabelecimentos
 - de saúde.

Deve ser utilizada Certificação Digital, nos padrões da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP- Brasil), visando à validade legal destes documentos eletrônicos.

Portaria SAS 1011, DE 3 DE OUTUBRO DE 2014

- Art. 2º Os laudos de solicitação/autorização ambulatorial e hospitalar em suporte físico devem ser legíveis, sem abreviaturas e com a assinatura do profissional solicitante e autorizador com respectivo carimbo.

§ 1º Os laudos mencionados no caput deverão ser impresso em via única, que deve ser anexada ao prontuário do paciente, não sendo mais necessário a manutenção de uma via destes nos órgãos autorizadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Modelo

- Fica a cargo dos gestores estaduais e municipais a criação de formulários para os respectivos laudos, respeitando os dados mínimos obrigatórios, podendo também acrescentar opcionalmente outras informações de relevância para a gestão local.
- Única via
- Certificação digital
- Inclui laudos de APAC

- Inexiste norma ou regulação do SUS que impeça o médico assistente a prescrever a seu doente o tratamento clínico, cirúrgico, quimioterápico que acreditar indicado.
- É necessário esclarecer que o Autorizador não autoriza o tratamento, mas apenas o seu registro nos sistemas de produção do SUS para futuro ressarcimento ao prestador.
- A competência para indicar uma modalidade de tratamento a um paciente é tão somente de seu médico assistente, assim como a responsabilidade ética e legal sobre este tratamento.

O papel da auditoria no processamento da AIH

Bloqueios

- Sobrepostas e duplicidades: 2 ou mais AIH do mesmo paciente.
- Mesmo CNS para pacientes diferentes
- Agravos (não há bloqueio de todos os agravos)
- Solicitação de liberação de crítica:
 - Faixa etária: idade maior ou menor
 - Permanência menor que a mínima
 - Excede quantidade máxima permitida
 - Sexo incompatível
 - Mais de uma crítica na mesma AIH
 - Paciente sem CNS ou telefone
 - CBO X

NOVA REGRA DE CBO PARA PROCEDIMENTO DE MEDIA COMPLEXIDADE: SISTEMA PERMITE QUE OS MÉDICOS E CIRURGIÕES DENTISTAS REALIZEM QUALQUER PROCEDIMENTO DE MÉDIA COMPLEXIDADE, EVITANDO O BLOQUEIO DA AIH.

Desenvolvimento

O **Setor de Faturamento** tem como principal objetivo faturar as contas hospitalares.

É responsável pela apuração dos valores a serem cobrados, traduzindo em moeda corrente todas as operações de prestação de serviços, materiais e medicamentos produzindo assim a Conta Hospitalar. Todo o volume de informações que vão desde a admissão do paciente, até a sua alta é a área de trabalho do Faturamento. São ainda atribuições do setor, atendimento aos profissionais médicos, cobrança e repasse de prestadores de serviço.

A finalidade do setor de faturamento, sempre será apurar os gastos provenientes de determinados pacientes, sejam eles atendidos internamente ou externamente pelas unidades assistenciais. Tendo assim como sua principal função a organização e execução destas faturas para posterior recebimento.

Parte da produção efetivamente feita pela unidade não é faturada e informada, acarretando perda de dados estatísticos e financeiros.

A proposta de trabalho para a unidade de faturamento hospitalar, para a melhoria da qualidade das informações a serem geradas no faturamento é a informatização do sistema.

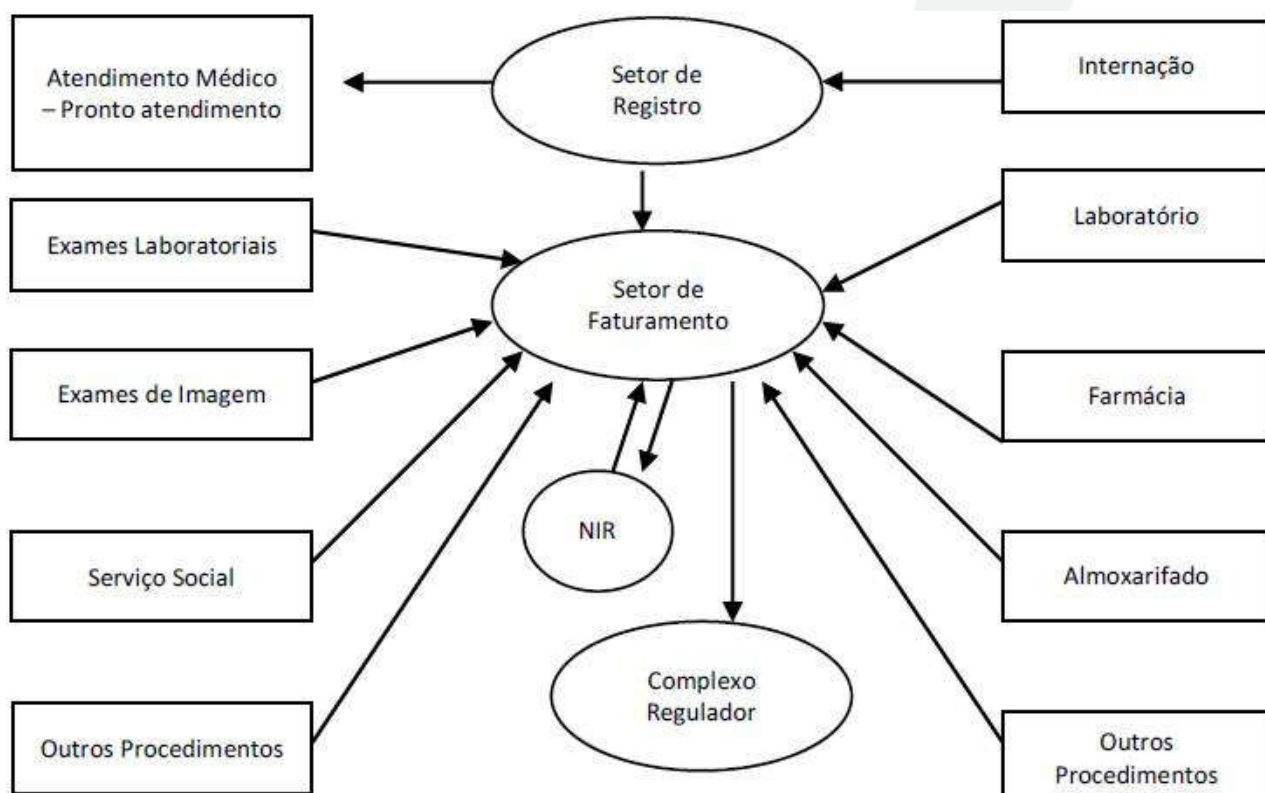
No Setor Público o faturamento deve ser orientado pelas normatizações do Ministério da Saúde.

Dentre os instrumentos necessários à gerência eficaz das organizações, a informação é insumo de fundamental na medida em que é adequada para fortalecer o processo de tomada de decisões.

A **OS ICAASES** vai colocar seu apoio institucional em especial na operacionalização do **Prontuário Eletrônico** objetivando dar conformidade ao SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e SIH: Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Com as informações com conformidade em relação aos vários sistemas o faturamento também apresentará melhorias na sua capacidade e nos resultados apresentados.

Fluxo 07: Fluxo de Faturamento



FLUXO FATURAMENTO

I - RESUMO DO FLUXO DE ADMISSÃO DE PACIENTES

a) Demanda espontânea e referenciada – Classificação de Risco

Para os pacientes oriundos de demanda espontânea ou referenciada deverá ser gerado a ficha de atendimento no guichê e encaminhar o paciente à sala de classificação de risco.

Caso a enfermeira avalie que a demanda do paciente se enquadre no perfil de atendimento, o mesmo é conduzido a sala de emergência para o atendimento médico. Não se tratando de perfil, o paciente é contra referenciado para a unidade adequada, depois de devidamente acolhido.

b) Emergência

Os pacientes transportados pelo SAMU e BOMBEIROS entram direto pela portaria da emergência. Enquanto o paciente é encaminhado a sala de emergência o funcionário do resgate vai ao guichê (pela parte interna) prestar informações sobre a identificação do paciente para que seja feito a ficha de atendimento.

II – NATUREZA DO REGISTRO DE ADMISSÃO INICIAL E PROCESSO DE INTERNAÇÃO

a) Todos os pacientes que adentram nas unidades, são a princípio registrados na **modalidade ambulatorial**, ao ser avaliado pelo médico e o mesmo verificar que é necessário internar o profissional procede ao preenchimento da AIH – Autorização de internação hospitalar.

b) A AIH preenchida é encaminhada ao **NIR -Núcleo Interno de Regulação** para a tomada das seguintes providências:

b.1) Finalizar no sistema de informação o atendimento ambulatorial inicialmente aberto inserindo o motivo de saída: internação e proceder imediatamente ao registro do paciente na **modalidade internação hospitalar**.

A Portaria 312 de 12 de maio de 2002 define as nomenclaturas e conceitos padrões a serem utilizados no Sistema Único de Saúde, denominando internação hospitalar como sendo a admissão de pacientes para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas.

E nos casos de óbito institucional deve ser preenchido AIH também mesmo que o período de permanência tenha sido menor que 24 horas.

b.2) Com a AIH que o médico preencheu solicita-se também o registro da internação hospitalar no Sistema de Regulação.

III – REVISÃO DE PRONTUÁRIOS – NIR

A AIH já devidamente regulada e autorizada é guardada em pastas conforme ordem alfabética, quando o paciente recebe alta hospitalar ou o ciclo da internação é encerrado o prontuário é entregue no setor de revisão de prontuários do NIR.

A AIH que estava guardada na pasta é agregada ao prontuário e um funcionário devidamente treinado e com conhecimento de Tabela SUS e do perfil da unidade verifica a conformidade entre o código do procedimento preenchido na AIH e os registros clínicos ou cirúrgicos do prontuário, em existindo divergência preenche-se o formulário de mudança de procedimento indicando o procedimento adequado, tal mudança passa pelo crivo do chefe de plantão que assina o formulário e pelo médico regulador, estando tudo em conformidade a mudança é lançada no Sistema de Regulação.

Todo este processo de conferência é feito tendo-se contato diariamente com a Seção de Faturamento para troca de informações/orientações quanto a adequação dos procedimentos com melhor preço, habilitações, serviço de classificação e demais pendências. O NIR trabalha em parceria com o faturamento diariamente, inclusive informando pendências de registro no Sistema de Regulação.

a) Após tais conferências o prontuário é encaminhado à Seção de Faturamento.

IV - FICHAS DOS ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS E PRIMEIRO ATENDIMENTO COM PERMANÊNCIA MENOR QUE 24 HORAS

a) O atendimento dos pacientes que adentram a unidade pela emergência ou classificação de risco que são liberados pelo médico com menos de 24 horas são faturados na modalidade ambulatorial, gerando-se apenas a ficha de atendimento e demais documentos que registram a assistência prestada.

Vale ressaltar que, em sendo realizado procedimento cirúrgico, mesmo que o médico libere o paciente no mesmo dia deve ser preenchido a AIH e nos casos de óbito institucional também preenchemos AIH.

b) As fichas dos atendimentos mencionados, bem como as fichas dos atendimentos de acompanhamento ambulatorial (ambulatório de retorno hospitalar para acompanhamento pós-internação com as especialidades e equipe multidisciplinar) são entregues ao NIR que posteriormente as encaminha para a Seção de Faturamento.

V - PROCESSOS DE FATURAMENTO

1 - Prontuários

a) Os prontuários recebidos do NIR são novamente revisados por um funcionário da Seção de Faturamento para verificação de data de entrada e saída, se o prontuário está completo, valor do procedimento e demais averiguações. Todos são relacionados em planilhas numeradas em sequência contendo o nome do paciente, data de entrada e saída e procedimento, tal fluxo possibilita a localização e organização dos prontuários no espaço físico.

b) Depois de relacionados, as AIH's são retiradas dos prontuários e encaminhadas com uma via da planilha à sede do Complexo Regulador Municipal conforme fluxo previamente determinado por eles para que possam liberar o sequencial de faturamento (sequencial numérico de 13 dígitos liberado pelo MS e que permite a apresentação da AIH na base do SUS).

c) Cada faturista pega um pacote de prontuários e procede ao faturamento lançando os dados no FATAIH (programa de faturamento). Se a AIH ainda não retornou da Regulação, faturamos a princípio usando o número do prontuário, quando as AIH's retornam procedemos a troca do prontuário pelo sequencial de faturamento liberado pela regulação.

2 – Faturamento das Fichas de atendimento com permanência menor que 24 horas e fichas ambulatoriais.

a) As fichas recebidas do NIR são separadas por data para melhor organização interna, apura-se na ficha a conduta registrada pelo médico e procede-se ao lançamento no sistema BPA. Após os lançamentos as fichas são encaminhadas para arquivamento. No fim do mês transferimos o arquivo gerado no sistema para o BPMAG do Ministério da Saúde, com a consistência e ajustes, gera o arquivo final e entrega no Complexo Regulador.

Cronograma 03: Implantação de Prontuário Eletrônico

Atividades	Cronograma de implantação de Prontuário Eletrônico											
	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definir no Planejamento Estratégico os prazos e pactos para a implantação do Prontuário Eletrônico												
Iniciar o treinamento das equipes para a utilização do prontuário eletrônico												
Integrar com a Gestão da Informação o sistema de prontuário eletrônico,												
Implantar o Prontuário Eletrônico com inserção da prescrição eletrônica dos medicamentos e da nutrição e dietética												
Avaliar com as equipes a implantação do Prontuário Eletrônico												
Treinamento e avaliação dos processos do Prontuário Eletrônico												

4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação

O Projeto de Tecnologia da Informação tem o objetivo do controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário.

A **OS ICAASES** implementará um conjunto de procedimentos no Sistema de Tecnologia da Informação e executará a gestão das informações geradas em todos os setores das unidades de forma integrada e que atendam aos seguintes princípios:

Sistema de Gestão da Qualidade; Sistema de Gestão Hospitalar; Sistema de Prontuários Eletrônicos;

Portal público na Internet - Gestão Transparente e Integrada do ponto de vista administrativo-financeiro da Instituição junto a comunidade e entes públicos.

Gestão Integrada dos protocolos das áreas técnicas (equipe médica e multidisciplinar).

Essa proposta será discutida e validada com a SMS, visando a melhor política de tecnologia dentro de um cronograma, com prazos factíveis. A **OS ICAASES** deve aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela SMS para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial adotado pela **OS ICAASES** por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela SMS.

Gestão da Informação

A **OS ICAASES** desenvolveu uma Proposta de Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão voltado para gestão de unidades de saúde. A **OS ICAASES** vai apresentar sua Proposta de Gestão da Informação que deverá ser adequada, durante o planejamento estratégico, para o Perfil e realidade da **UPA**. Serão apresentados também rotinas gerenciais aportadas em conformidade com a SMS/Agudos e órgãos de controle interno e externo.

A **OS ICAASES** através da Política de Gestão da Informação protege e preserva o valor que a informação possui para a organização, seus processos, tecnologias e indivíduos em conformidade com a Lei Geral da Proteção de Dados (LGPD). A informação é um bem de alto valor, pois está integrada com os processos, pessoas e tecnologias. A Política de Gestão da Informação (PGI), abrange todos os setores, colaboradores e unidades geridas e administradas pela **OS ICAASES**. A política fará a gestão do tratamento de todos e quaisquer dados ao qual a **OS ICAASES** tiver acesso no exercício de suas atividades. As informações tratadas se aplicam aos dados pessoais, físicos ou digitais, os quais poderão ser manipulados por pessoa física ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, de forma segura, visando proteger e assegurar os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade do indivíduo (Lei 13.709 de 2018).

Objetivo

A Política de Gestão da Informação (PGI) tem como objetivo criar e padronizar normas, procedimentos e processos de Tecnologia da Informação através da Gerência de Tecnologia da Informação com o intuito de gerar confiabilidade, integridade e disponibilidade das informações para tomadas de decisões e resolução de problemas, melhorando a qualidade da gestão de suas unidades e do atendimento e tratamento dos pacientes de suas unidades. Através da PGI, a **OS ICAASES** firma seu compromisso com a proteção das informações de sua propriedade e/ou sob sua guarda, fazendo com que se cumpra direitos e responsabilidades por todos os seus colaboradores no uso dos recursos computacionais e das informações armazenadas na **OS ICAASES**.

Política

A Gerência de Tecnologia da Informação é responsável pela Gestão da Informação da **OS ICAASES** e exerce o papel de:

- Criar, manter, atualizar e aprimorar metodologias para Gestão da Informação em conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados);
- Disponibilizar todas as informações de forma documentada sobre a gestão de segurança da informação solicitadas pelo CGPSI;
- Realizar divulgação e orientações da Política de Segurança da Informação-PSI para todos os colaboradores da **OS ICAASES**;
- Tomar iniciativas relacionados ao aperfeiçoamento da segurança da informação para a **OS ICAASES**, mantendo-a atualizada em relação a LGPD;
- Realizar a gestão dos sistemas e controles de acesso, incluindo os processos de concessão, manutenção, revisão e suspensão de acessos aos usuários;
- Apresentar periodicamente os riscos relacionados à segurança da informação da **OS ICAASES** ao Controle de Informação/**ICAASES**, bem como as propostas de aperfeiçoamento de controle da segurança;
- Realizar análise afim de detectar vulnerabilidades dos sistemas, com o intuito de aferir o nível de segurança da informação das informações da **OS ICAASES**;
- Registrar vulnerabilidades e ataques reportados por fontes confiáveis, além de medidas de controle e correção.

A **OS ICAASES** criou a proposta um **Centro de Informação Hospitalar** que deverá se adequar a realidade da complexidade da Unidade.

O Centro de Informática Hospitalar/**ICAASES** tem por objetivo principal prover toda a estrutura de recursos humanos, materiais e de serviços para a automação dos recursos de informação do hospital, incluindo-se a análise, desenvolvimento e implantação de novos sistemas, bem como o apoio e treinamento dos usuários. Devido ao fato de articular praticamente todas as atividades do hospital, o CIH deve ser constituído como uma divisão administrativa, vinculada, portanto, diretamente ao Diretoria Administrativa do hospital e com estrutura diretiva contando com o Conselho Deliberativo e o Conselho de Usuários.

O Conselho Deliberativo é o responsável pela elaboração de políticas gerais do CIH, bem como pelo acompanhamento e fiscalização das ações implementadas, e dos assuntos orçamentários e patrimoniais. Suas ações têm caráter deliberativo e são executadas pela Diretoria Geral. Conta com representantes dos grandes setores do hospital (Diretoria Geral, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Conselho Hospitalar, Faculdades eventualmente ligadas ao hospital, etc.), bem como do Conselho de Usuários e da Diretoria do CIH).

O Conselho de Usuários tem caráter apenas consultivo, e é composto por um representante de cada serviço administrativo e clínico do hospital, e que são também responsáveis, individualmente, pelo contato e representação de seus setores junto ao CIH. Este Conselho é muito importante para a missão do CIH e sua continuidade, uma vez que são seus representantes que vão definir as necessidades dos usuários dos sistemas, e direcionar suas prioridades.

Níveis de Localização:

- **O processamento distribuído**, através de equipamentos descentralizados, de menor porte, colocados junto aos usuários finais (divisões, serviços, setores e seções). A seleção, instalação, análise, desenvolvimento, implantação, treinamento e suporte técnico aos sistemas distribuídos serão realizados por uma estrutura própria do CIH denominada Centro de Informações (CI);
- **O processamento centralizado**, através de um Centro de Processamento de Dados (CPD), com equipamento(s) de grande porte, colocado em uma estrutura central, e que se responsabiliza pela análise, desenvolvimento, implantação e suporte de sistemas globais do Hospital, bem como pela integração com os equipamentos e redes distribuídos.

Os sistemas distribuídos e centralizados podem ser integrados e interconectados de forma variável, progressiva, e em diversos níveis (microcomputadores, redes locais, aparelhos celulares, notebook, etc.). Normalmente, o CIH é o responsável técnico pela execução e acompanhamento desta integração, e toma todas as medidas necessárias para a normatização de hardware e software.

Os Níveis de Aplicação

O Centro de Informação Hospitalar/**ICAASES** implementa as suas ações em quatro níveis de aplicação:

- **Apoio à administração**, no que se refere a todos os sistemas puramente administrativos e financeiros das unidades, tais como controle de materiais, controle de pessoal, contabilidade e controles financeiros, faturamento, etc.;
- **Apoio à assistência**, no que se referem a todos os sistemas clínicos, envolvidos nas atividades assistenciais, tais como: arquivo médico, controle de infecções hospitalares, anatomia patológica, laboratório clínico, UTI, centro cirúrgico, exames especializados, radiologia, banco de sangue, banco de órgãos, anestesia, setores de medicina especializada, etc. Através dessas aplicações, a Informática se faz presente nos ambulatórios, enfermarias, setores de procedimentos especializados, etc.;
- **Apoio à pesquisa**, no que se refere aos sistemas de aquisição e processamento de dados para fins de pesquisa pelos integrantes do corpo docente e clínico lotados no hospital, em estreita integração com os sistemas de apoio à assistência e ensino;
- **Apoio ao ensino**, no que se refere aos sistemas especializados de exploração dos recursos de informação disponíveis no CIH para suporte às atividades de ensino e treinamento realizado pelo corpo docente lotado no hospital, residência médica, treinamento de pessoal, etc.

Da mesma forma que nos níveis de localização, os níveis de aplicação podem ser integrados e interconectados de forma variável e progressiva, sob a orientação e responsabilidade do CIH.

Níveis de Desenvolvimento

O CIH atua basicamente em seis frentes de atividades de desenvolvimento tecnológico no contexto hospitalar:

- **Planejamento:** o CIH deve contar com um corpo de profissionais responsáveis pelo planejamento a médio e longo prazo das atividades e estruturas de automação do hospital, incluindo: planejamento estratégico, planejamento financeiro, análise de organização e métodos (O&M), metodologia de seleção de hardware e software e integração corporativa. Assim, atua em estreita colaboração e em consonância com as decisões da diretoria geral, conselho deliberativo e conselho de usuários, e é responsável pela elaboração detalhada e revisão periódica do chamado Plano Diretor de Informática (PDI) do hospital. O tamanho desse grupo depende, evidentemente, do tamanho e complexidade do hospital, podendo, em alguns casos, ser contratado como prestação de serviços por firmas especializadas, pelo menos na primeira elaboração do PDI;
- **Administração de dados:** os conceitos mais modernos de gerência de recursos de informação em uma empresa recomendam a criação de uma gerência de administração de dados, que é a responsável pela definição e manutenção de integridade dos bancos de dados, implementação e manutenção de dicionários de dados, integração e transportabilidade de informações;

- **Análise e desenvolvimento**: é a estrutura responsável pela análise de necessidades dos usuários, bem como pela especificação, análise, desenvolvimento, teste, implementação, operação e manutenção de sistemas próprios de processamento, tanto a nível distribuído quanto centralizado;
- **Suporte técnico**: é o grupo responsável em manter funcionando de forma correta e adequada o hardware (equipamentos e sua interconexão) e o software (programas adquiridos ou desenvolvidos); bem como a manutenção da documentação e a prestação de serviços de atendimento ao usuário;
- **Operação**: o grupo responsável pelas atividades de operação de rotina dos diversos aspectos que compõe a atuação do CIH, tais como: operação de equipamentos centralizados, fitoteca, discoteca e biblioteca, monitorização da operação de redes locais e externas, digitação centralizada;
- **Treinamento dos usuários**: atividade responsável pela aculturação da comunidade de usuários dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos pelo CIH, e treinamento quanto à operação do hardware, do software, regras de padronização e de controle da qualidade de informação.
O CPD atua com os seguintes serviços:
- **Administração de dados**. Conta com dois setores: Gerência de Bancos de Dados (divididos em sistemas administrativos e clínicos), e Organização e Métodos (O&M);
- **Análise e desenvolvimento**. Pode ser eventualmente dividida em seções responsáveis por sistemas distintos (administrativos, clínicos, etc.);
- **Suporte Técnico**. Tem setores distintos de: Suporte de Hardware, Suporte de Software (eventualmente dividido em Software Básico e Software Aplicativo), e Assistência ao Usuário de sistemas centralizados;
- **Operação**. Tem setores distintos de Operação Centralizada, Digitação, Gerência de Recursos (fitas, discos, biblioteca de manuais) e Teleprocessamento.

Projeto: Implementação de Sistemas de Gestão

Entende-se como principais fatores de importância e relevância para a implantação deste projeto:

- Utilizar um Sistema de Gestão como ferramenta de apoio a tomadas de decisões e qualidade na gestão de políticas públicas;
- Agilidade e eficiência nos serviços prestados a clientes internos e externos, devido ao fato de se ter a informação centralizada, integrada e sistematizada;
- Utilização de recursos tecnológicos (equipamentos) que auxiliem nos processos, agilizando e influenciando na qualidade do atendimento direto à população.
- Trazer economia de recursos financeiros significativos para a Gestão, além de melhor prover o gestor de um sistema para planejamento, aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos necessários ao bom atendimento do cidadão.
- Melhor atender os usuários de sistema SUS, com o foco em resolutividade, economicidade e gestão.
- Automatizar as tarefas rotineiras vinculadas ao uso do Prontuário do Paciente;

- Oferecer ao gestor dos hospitais um sistema de informações integrado de apoio à gestão.
- Iniciar a construção de uma base de dados clínicos dos cidadãos-usuários do SUS, com todas as informações de saúde da população atendida, possibilitando a construção de relatórios, indicadores e outros conjuntos de informações.
- Agilizar e otimizar o processamento do faturamento.
- Controlar de forma mais eficiente a assistência farmacêutica e colaborar com o uso racional dos medicamentos.
- Ampliar as bases de dados clínicos para a utilização de ferramentas de cruzamento e de análise de dados, podendo gerar relatórios e indicadores estáticos e dinâmicos.
- Possibilitar a melhoria das informações para a tomada de decisão por parte dos gestores.

Módulos do Projeto da Gestão da Informação/ICAASES:

- **Cadastros Gerais**

O módulo de CADASTROS GERAIS concentra os itens de cadastramento de todos os módulos: - Editor de textos para desenhar os documentos expedidos na recepção; - Elaboração de etiquetas de código de barras para pacientes; - Permissão de acesso customizado por usuário e perfil.

- **Agendamento**

O módulo de AGENDAMENTO permite o gerenciamento de todos os tipos de agendas. Além disto, permite o trabalho independente, por setor, ou a utilização numa central de agendamento.

- Agendamento de consultas, exames e pequenas cirurgias.
- Determinação de cotas de agendamento por municípios e especialidades.
- Visualização da agenda do médico completa com possibilidade de bloqueio, remarcação e encaixe.

- **Atendimento**

Destina-se ao atendimento dos pacientes, desde a reserva de leitos, controle de visitas, até todo o fluxo de internações e atendimentos realizados.

- Atendimento a pacientes internados, ambulatoriais e pacientes externos.
- Cadastro único de pacientes acessível a outras unidades da rede de saúde.
- Ferramentas para impossibilitar duplicidades de pacientes.
- Configurações de entrada de dados diferentes para o SUS.
- Configuração de campos obrigatórios.

- **Consultório**

- Atendimento de pacientes agendados.
- Impressão de fichas nos consultórios.
- Receituário.

- **SAME**

No módulo de controle do SAME é permitido fazer todo o acompanhamento do prontuário do paciente, registrando-se os empréstimos e saídas de prontuários do setor de arquivo, e também processar todos os relatórios estatísticos e indicadores do hospital.

- Controle estatístico dos movimentos de atendimento hospitalar.

- **CCIH**

O módulo de CCIH foi desenvolvido para auxiliar na gestão de aplicações das rotinas de controle de infecção hospitalar. Tem como maior diferencial a forte integração com os outros módulos do sistema hospitalar, reduzindo digitação e erros e, portanto, antecipando a tomada de decisões da comissão de infecção. Integram-se ao módulo de Internações Hospitalares, de onde busca, além dos dados do paciente e da internação, todos os indicadores hospitalares mensais como pacientes-dia, média de permanência e transferências internas de setor e serviços:

- Integra-se aos módulos de Prescrição Eletrônica e Farmácia, de onde importa os consumos de antimicrobianos dessas internações;
- Integra-se ao módulo de Centro Cirúrgico/Obstétrico, de onde importa todos os detalhes sobre as cirurgias realizadas nessas internações;
- Integra-se ao módulo de Laboratório de Análises Clínicas, de onde importa os resultados dos antibiogramas e culturas;
- Permite que o próprio usuário do módulo CCIH, registre essas informações sem importar dos outros módulos ou então corrija e/ou complemente aquilo que foi importado;
- Disponibilizam, em vários relatórios e gráficos, as taxas de infecção e outros indicadores apurados.

- **Prescrição Eletrônica (PEP)**

A Prescrição Eletrônica é uma das funcionalidades do prontuário eletrônico do paciente (PEP).

- Prescrição eletrônica de Curta e Longa permanência.
- Prescrição de exames, dietas, SADT, Procedimentos e Materiais e Medicamentos.
- Requisições Eletrônicas de consumo interno.
- Fichas de Anamnese e evoluções.

- **SADT**

O gerenciamento dos exames ocorre desde o agendamento até a emissão dos resultados e seu faturamento.

- Laboratório.
- Ressonância.
- Mamografia.
- Endoscopia.
- Diagnóstico por Imagem (Raio X).

- **Centro Cirúrgico**

Agenda e reserva de salas cirúrgicas de acordo com o tipo de cirurgia.

- **Banco de Sangue**

Permite o controle de doadores e beneficiários que utilizarão o serviço de transfusão de sangue.

- Controle de bolsas.
- Triagem de doadores.
- Requisições de bolsas por centro de custo.
- Doadores aptos e inaptos de acordo os critérios de seleção.

- **Estoque**

A gestão de materiais é facilitada por meio das ferramentas de controle e administração de estoques disponíveis no sistema, especialmente o processo de ressuprimento automático que controla os níveis de estoque.

- Controle de estoque dos centros de estocagem e dos centros de custo;
- Ferramentas p/ gerenciar as necessidades de compra e emissão automática de pedidos.
- Livro de medicamentos controlados.
- Fracionamento e dose unitária.
- Controle de validade por lote.
- Códigos de barras.
- Interligação com os catálogos de preços eletrônicos.
- Interligação total com os módulos de Faturamento, Prescrição Eletrônica, Financeiro e Compras.

O processo de compras é beneficiado tanto com a utilização do ressuprimento automático quanto com as regras de aprovação eletrônica que agilizam e garantem segurança ao trabalho, além de permitir ao hospital disponibilizar aos fornecedores a realização das cotações via Internet.

- Solicitações de Compras.
- Cotações com importação de preços via e-mail do fornecedor.
- Exportação de planilhas, cotações e pedidos por e-mail.
- Cálculo automático do menor preço com geração automática de pedidos.
- Integração com sistemas de pregão eletrônico.

- **Patrimônio**

Integrado com o módulo de estoque. Todas as notas de entrada de bens de patrimônio podem ser incorporadas no sistema patrimonial sem que haja redigitação do item. Nesse módulo podemos visualizar todo o controle dos bens imobilizados do hospital, catalogando-os com etiquetas geradas pelo próprio sistema, definindo sua localização e identificando-os com foto.

- Controle de entrada de bens imobilizados.
- Registros de ocorrências.
- Cálculo de depreciação de acordo com critérios do cliente.

- **Manutenção**

Integrado com o módulo de patrimônio. Todos os cadastros estarão visíveis à Manutenção. Neste módulo é possível realizar todo o acompanhamento de Ordem de Serviços, Contratos com Terceiros, Equipes de Manutenção, Ferramentas, Programação de Manutenções Preventivas, Ficha técnica dos Equipamentos.

- **Faturas**

Controla todos os produtos e serviços oferecidos pela unidade hospitalar, bem como as regras de faturamento/cobertura, de acordo com o praticado pelo Sistema de Saúde

- Faturas por período e etc.
- Layout de espelhos de conta configurados pelo paciente.

- **Gestão de Custo Paciente/ Custo Hospitalar**

- Calcula, a partir de tabelas de custos definidos pelo usuário, o custo da conta do paciente, buscando automaticamente os gastos de outros sistemas que estejam interligados.

- Custo unitário, custo por centro de custo, custo das diárias etc.

- Apuração dos custos pelo Sistema de custeio por absorção, apresentando o relatório final dos custos diretos e indiretos por centros de custos e relatórios comparativos.

- **Gestão Financeira**

Nesse módulo as informações são disponibilizadas automaticamente e em tempo real, de acordo com o fluxo de trabalho definido pela Organização. As operações e os processos são definidos pelos usuários e então parametrizados. Todos os processos da empresa são automatizados, gerando maior ganho de produtividade, redução de custos e absoluto controle sobre todas as operações.

- Controle das movimentações bancárias e movimentações do caixa do hospital e seus respectivos saldos.

- Controle de todas as contas a pagar e receber por fornecedor, por período e por grupo financeiro.

- Controle das aplicações financeiras e seus resgates. Tudo integrado ao ESTOQUE (contas a pagar) e ao FATURAMENTO (contas a receber).

- Controle orçamentário por centro de custo e tipos de despesas/receitas.

- Controle de pagamentos feitos com cartão de crédito/débito.

- Controle completo dos cheques emitidos/recebidos.

- Cálculo automático dos impostos devidos.

- Emissão de borderô, ordem de pagamentos/recebimentos.

- Controle financeiro por filiais (Multiempresa).

- **Glosas e Repasses**

Esse módulo é responsável pela análise e gerenciamento dos pagamentos SUS, permitindo a identificação das glosas e o acompanhamento das negociações destas.

- Controle de glosas por fatura, procedimento e conta.
- Integração das glosas apresentadas com os relatórios.
- Recurso de glosas com justificativas.
- Integração com o sistema Financeiro para efetuar o pagamento.

- **SIA/AIH/SUS**

Todos os módulos referentes ao SUS atendem às exigências da Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, para o faturamento de pacientes internados, recebem os procedimentos lançados em seus setores de origem e geram integração com o sistema do DATASUS, e permitem o gerenciamento do retorno dos processos e o repasse dos valores faturados.

- Faturamento de AIH integrado com as recepções e SADT em interface amigável e multiusuário.
- Geração de arquivo eletrônico para o sistema do governo.
- Processa e concentra todos os procedimentos lançados em conta de acordo com as permissões avaliadas periodicamente baseado no diário oficial garantindo confiabilidade e segurança na geração de arquivo eletrônico para o governo.
- Gerenciamento de permanência.
- Controle de teto financeiro e SADT.
- Faturamento Ambulatorial do SUS.
- Transferência automática para o sistema do governo.
- Faturamento de procedimentos de alta complexidade.

- **Prontuário Eletrônico**

Reúne, em apenas um módulo, o máximo de informações sobre a movimentação dos pacientes pelos diversos setores do hospital. Com este programa é possível verificar todas as internações vinculadas ao prontuário de cada paciente e, deste modo, todas as evoluções: exames de raios-x, laboratório, endoscopia, ultrassonografia e anátomo, agendamento de cirurgias, materiais e medicamentos lançados para a internação ou procedimentos ambulatoriais dos pacientes. Trata-se de um histórico clínico eletrônico do paciente com todos os seus atendimentos, exames, prescrições, internações, consumos e imagens.

- **Relatórios**

Fornecendo uma base de relatórios, o módulo ainda permite aos clientes a customização e criação de relatórios específicos de acordo com as necessidades da organização.

- Gerar relatórios integrado com todos os módulos.
- Permite acesso ao banco de dados completo.
- Gera indicadores relacionados com outros módulos com possibilidades de formatação, quebras, ordenação e etc.

No Planejamento Estratégico devem ser previstas as seguintes etapas para implantação completa do **CIH**:

- **Planejamento:** inicialmente o CIH tem um setor grande de planejamento que é o responsável por uma análise completa e detalhada do funcionamento do hospital, em todos os níveis, e pela elaboração técnica de um PDI (Plano Diretor de Informática), necessário para um horizonte de 2 anos de automação dos recursos de informação;
- **Implantação do CI e do CPD:** com a especificação de máquinas a serem adquiridas para colocação distribuída, uma estrutura mínima de CI pode ser imediatamente implantada, e iniciar as atividades de aculturação e de suporte a sistemas simplificados baseados em micros. Da mesma forma, uma estrutura mínima de CPD, baseada nos equipamentos centrais da entidade mantenedora, se esta existir (por exemplo, a universidade, a fundação, a secretaria de governo, etc.) pode ser implantada, utilizando linhas remotas, e dando seguimento ao desenvolvimento dos sistemas globais de maior urgência.

Primeiras ações a serem realizadas:

Verificação da adequação de fluxos de atendimento, tratamento, divulgação, acesso e arquivamento das informações no âmbito do setor de TI.

Realizar um levantamento visual de toda a infraestrutura de TI visando identificar as dependências para que a equipe de TI possa dar início as ativações de pontos de rede bem como ativação dos escritórios de trabalho.

A Governança de Tecnologia da Informação deve ser empregada para preservação da integridade, confidencialidade, credibilidade, disponibilidade, autenticidade e legalidade dos ativos de informação, visando a combater atos acidentais ou intencionais de destruição, modificação, apropriação ou divulgação indevida de informações.

Considerações Gerais

É importante notar que a estrutura proposta é apenas um alvo a ser atingido em médio prazo, não havendo a necessidade, inicialmente, de se implementar todos os níveis previstos. Isto é feito gradativamente, à medida que o CIH for aumentando suas atribuições. Além disso, o tamanho de cada serviço ou setor do CIH sofre necessariamente uma variação, de acordo com a etapa em que se encontrar a implementação do CIH.

No que tange ao Sistema de Gestão Hospitalar a TI deverá responsabilizar-se, junto ao fornecedor do sistema, pela parametrização inicial; propor e apresentar o cronograma de implantação dos módulos do referido Sistema e elaborar e executar a agenda de treinamento da equipe de colaboradores que serão agentes multiplicadores durante os trabalhos de implantação.

B - Gestão de Pessoas e Governança e Educação Permanente

4.3.1 Política de Recursos Humanos com enfoque na Humanização

4.3.1.1 Contextualização

Segundo CHIAVENATO (2005, p 9), gestão de pessoas “é o conjunto de decisões integradas sobre as relações de emprego que influenciam a eficácia dos funcionários e das organizações. Assim, todos os gerentes são, em certo sentido, gerentes de pessoas, porque todos eles estão envolvidos em atividades como recrutamento, entrevistas, seleção e treinamento”.

A política de gestão de pessoas da **OS**, articulada à Política de Humanização, busca a valorização pessoal e profissional, que refletirá na valorização institucional. Desta forma, responde a missão da instituição de “prestar atendimento à saúde com qualidade, resolutividade e agilidade, buscando restaurar a saúde física, mental e social do usuário”.

A construção de uma proposta de desenvolvimento humano para as unidades assistenciais surge como uma das estratégias do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Tem como objetivo estabelecer uma política de valorização do bem maior da instituição, que são as pessoas que a compõem, consubstanciada nos princípios do SUS, buscando uma gestão de qualidade, com a valorização do trabalho como um instrumento importante para a atenção à saúde e a criação de vínculos dos trabalhadores com a população e com a própria instituição.

Fundamenta-se na diretriz de que os trabalhadores são sujeitos ativos e participativos e que “constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. E reforça que a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção” (BRASIL, 2005, p. 20).

O Processos de desenvolver pessoas (Desenvolvimento) – deve responder à questão: Como desenvolver as pessoas? São os processos utilizados para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal. Incluem seu treinamento e desenvolvimento, gestão do conhecimento e gestão de competências, programas de mudanças e de desenvolvimento de carreiras e programas de comunicações e consonância (treinamento, desenvolvimento pessoal e institucional).

Entende-se que o processo de desenvolver pessoas deva estar articulado com as políticas institucionais e nacionais, neste sentido, está articulado ao próprio Ministério da Saúde (MS), por meio da adesão à Política de Educação Permanente dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004).

Para o MS, “a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere a transformação das práticas profissionais estando baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p. 9).

E, de acordo com o Decreto nº 5.825, de 29/06/2006, desenvolvimento é um processo continuado que visa ampliar os conhecimentos, as capacidades e habilidades dos servidores, a fim de aprimorar seu desempenho funcional no cumprimento dos objetivos institucionais.

E, ainda, neste mesmo Decreto, temos que a capacitação é um processo permanente e deliberado de aprendizagem, que utiliza ações de aperfeiçoamento e qualificação, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento das competências institucionais, por meio de competências individuais.

Desta forma, as unidades assistenciais buscam desenvolver as competências de seus servidores (conhecimentos, habilidades e atitudes) através dos mais variados eventos de capacitação, visando a sua ascensão na carreira funcional e, também, o desenvolvimento da Instituição.

São princípios e ações do processo de desenvolver pessoas:

PRINCÍPIOS:

- Institucionalizar e aprimorar anualmente, na política de gestão de pessoas das unidades assistenciais, a criação de programas específicos voltados a garantir a devida cobertura da vida funcional do trabalhador, desde seu ingresso, visando estimular a sua integração no sistema de saúde
- A proposta de educação permanente dos servidores das unidades assistenciais, deverá ter garantida a sua devida ampliação e estruturação, adequando-a à necessidade institucional;
- A proposta anual de educação permanente deverá contemplar, além dos aspectos técnico e comportamental, programas com estratégias voltadas a promover momentos de reflexão sobre o trabalho do dia a dia numa instituição de saúde, voltados a ampliar a visão do trabalhador, pautada nos valores estabelecidos para as unidades assistenciais;
- As ações de educação permanente deverão ser estruturadas no sentido de permitir ao servidor o aperfeiçoamento nas suas atividades diárias com uma melhor aplicação de seus conhecimentos e habilidades;
- A área de Desenvolvimento de Recursos Humanos deverá implantar um Programa de Capacitação Gerencial visando a capacitação técnica do gerente para o exercício do cargo, além de promover uma reflexão do perfil gerencial desejável inserido no sistema de saúde.

AÇÕES:

- A área de Desenvolvimento de Recursos Humanos deverá realizar levantamentos periódicos das necessidades para a atualização do plano de educação permanente visando estimular também o crescimento e o desenvolvimento do trabalhador enquanto cidadão;
- A área de Desenvolvimento de Recursos Humanos, a partir das necessidades identificadas, deverá operacionalizar diferentes cursos inserindo-os no programa de capacitação institucional (voltados ao crescimento e a educação permanente dos trabalhadores);
- A área de Desenvolvimento de Recursos Humanos deverá operacionalizar cursos voltados à capacitação gerencial, a serem oportunizados a todas as chefias;
- Proporcionar, além de cursos de caráter geral, cursos que abordem conteúdos que estejam relacionados diretamente com as atribuições dos cargos presentes no quadro de pessoal;
- Realizar um Programa de Capacitação Gerencial, com a organização do Serviço de Capacitação técnica, prevendo a devida reciclagem anual, a ser instituído como pré-requisito para a participação efetiva de todas as chefias, buscando promover uma reflexão do perfil gerencial desejável inserido no sistema da unidade, com limites de autoridade e responsabilidades;
- Planejar, conforme as necessidades das unidades assistenciais, os afastamentos para formação em pós-graduação;
- Desenvolver critérios de afastamentos para formação visando o melhor aproveitamento do retorno as unidades assistenciais;
- Criar mecanismos que permitam socializar os conhecimentos/pesquisas realizadas pelos servidores afastados para formação;
- Criar espaços voltados a uma reflexão e avaliação dos processos de trabalho, dos diferentes setores das unidades assistenciais a fim de propor ações que dinamizem e/ou aperfeiçoem as atividades desenvolvidas e a visão institucional;
- Criar em conjunto com o Grupo de trabalho sobre Humanização espaços de promoção, incluindo a criação de um banco de talentos;
- Incentivar e continuar viabilizando a participação dos servidores em cursos e eventos de curta duração de interesse da sua área de atuação; criar critérios para a participação deste benefício no âmbito das unidades assistenciais.

4.3.1.1.1 Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos

I. INTRODUÇÃO

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos tem por objetivo estabelecer um projeto de trabalho educacional com ênfase no cotidiano do trabalho construindo, assim, um espaço coletivo para a reflexão e avaliação dos atos produzidos no processo laboral, a fim de definir diretrizes capazes de alcançar a qualidade da atenção à saúde de forma sistêmica, bem como da satisfação profissional.

Santana (1986) define desenvolvimento de recursos humanos como:

[...] capacitação ou preparação técnica e científica, aqueles referentes à dinâmica da força de trabalho, à sua inserção institucional e administração. (pág.1)

Malik (1992) considera:

Desenvolvimento de Recursos Humanos como algo diferente de treinamento, no sentido de que busca desenvolver os indivíduos não apenas para seu melhor desempenho nas tarefas que lhe são atribuídas pela organização, mas também para suas condições de crescimento pessoal. (pág. 34)

Neste sentido, será trabalhado, neste setor, a questão da educação permanente, inovando as técnicas e as ações de educação em saúde até então utilizadas. Deverá ser um processo descentralizado, ascendente, transdisciplinar e, principalmente, Inter setorial, com o objetivo de incentivar a capacidade de aprendizagem, o enfrentamento criativo das demandas e necessidades de saúde, colocando em pauta os modos de pensar e sentir dos servidores e dos gestores. Com isso, pode-se criar a habilidade de sair de si mesmo para entender o outro e assim reformular a teoria do sujeito, respeitando a sua particularidade. E no que se refere à instituição, será possível entender o espaço coletivo de decisões, objetivando assim um trabalho efetivo.

Com a finalidade de corroborar com o exposto acima, o Ministério da Saúde (2004) conceitua Educação Permanente como:

a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, quando o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das pessoas e das organizações de saúde. Essa estratégia, além de possibilitar a atualização técnica dos profissionais da saúde, permite a reflexão e a análise crítica dos processos de trabalho e dos processos de formação, facilitando a identificação de problemas e a elaboração de estratégias para a superação dos mesmos. (p. 2)

A Educação permanente parte do pressuposto da necessidade de envolver a realidade do serviço e das necessidades existentes, para e n t ã o pensar e formular estratégias que proporcionem soluções a estes problemas. Com essa visão, o Ministério da Saúde considera que a educação permanente em saúde envolve o processo de aprender e ensinar incorporado ao cotidiano das organizações e ao trabalho, tendo como finalidade a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo utilizado a problematização como ferramenta de atualização técnico-científica, bem como da formação integral e contínua do ser humano. Deverá ser entendida ainda como uma atualização cotidiana dos eventos do trabalho, assim contribuindo para a construção de relações e processos que surgem no interior das equipes e deverá incluir práticas interinstitucionais e ou Inter setoriais (MASSAROLI, 2008).

O objetivo desse tipo de educação em saúde é atuar sobre as práticas profissionais, com a meta de formar para transformar, entendendo o cenário da gestão, do ensino, da atenção em saúde. Desta forma, poderá buscar soluções a partir dos eventos adversos enfrentados no cotidiano do trabalho, sempre considerando as experiências e as vivências de cada colaborador dentro do seu processo de trabalho e dos métodos de ensino.

Entende que esse tipo de visão reduz a desintegração entre a instituição e o colaborador, bem como colaborador com colaborador, pois utiliza nova abordagem gerencial, no qual se dá resposta aos problemas do cotidiano de trabalho, enfatizando assim ideias comuns, valores e formas de trabalho, que buscam coletivamente alternativas que harmonizam e motivam o processo de trabalho.

Esse pensamento é afirmado por Malik (1992), em que se deve considerar:

[...] as condições em que o trabalho é exercido. Trata-se aí de condições técnicas, sem dúvida, mas também das relações entre a organização e seu corpo vivo, o que significa algum grau de preocupação com as condições de vida no trabalho, ou seja, carreira, salário, aceitação do trabalhador, antes de tudo, como ser humano. (p. 35).

Com a evolução das teorias de desenvolvimento de recursos humanos, bem como de processos gerenciais, deverá o setor responsável por essa atribuição desenvolver um processo de trabalho visando incorporar os novos métodos de ensino, ou melhor, entender que para se ter aprendizagem tem que ter motivação, satisfação com o trabalho que se é executado, não podendo esquecer que nada vale ensinar se esse conhecimento não vai ser utilizado na pratica de trabalho. Somente assim poderá ser estabelecido normatizações e padronizações das práticas assistenciais, bem como comportamentais, que atendem as exigências da gestão, como das legislações vigentes.

É importante lembrar que a instituição tem uma cultura e, a partir do seu entendimento e reconhecimento, poderão ser evidenciadas as diferentes maneiras que os componentes da instituição se relacionam com os clientes internos e externos, traçando um plano de trabalho de desenvolvimento de recursos humanos que engloba a educação permanente, os treinamentos, acolhimento e as atividades culturais.

Faz-se necessário, também, envolver os colaboradores e principalmente os gestores, transmitindo-lhes as estratégias a serem seguidas para que internalizem estes princípios e adequem suas ações, de forma a satisfazer aos fins da unidade.

Com planejamento, organização, direção, treinamento, execução e controle adequados, será possível garantir que o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Unidade de Saúde seja implantado, garantindo assim tomadas de decisões mais corretas e atualizadas.

II. OBJETIVOS

- Elaborar o plano de desenvolvimento de recursos humanos;
- Estabelecer um projeto de trabalho educacional com ênfase no cotidiano do trabalho;
- Organizar estratégias de capacitação com foco em novas abordagens metodológicas;
- Motivar o colaborador para uma atividade profissional eficaz e eficiente;
- Conscientizar o colaborador da importância das capacitações e da prática assistencial segura;
- Montar o grupo de acolhimento dos colaboradores recém-contratados;
- Avaliar e adequar o ambiente de treinamento;
- Montar a equipe multidisciplinar de educação permanente;
- Elaborar o cronograma de treinamento;
- Desenvolver o regimento interno de treinamento;
- Padronizar as práticas assistenciais e comportamentais;
- Mobilizar os gestores para a importância do plano de desenvolvimento de recursos humanos;
- Instituir um método de avaliação de desempenho do colaborador;
- Estabelecer um plano de qualidade das práticas assistenciais;
- Conhecer as normas e rotinas existentes na instituição, com a finalidade de montar o planejamento dos temas a serem abordados nos treinamentos;
- Pactuar com as gerências o cronograma de treinamento, pois os mesmos devem ser no dia do plantão do colaborador;
- Criar pactuações com unidades de ensino superior, promovendo convênios para pós-graduações, mestrados e doutorados;
- Criar momentos culturais, nas datas festivas e nos dias comemorativos das profissões aqui existentes, com objetivo de valorização profissional.

III. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A. Dados Gerais

B. Informações sobre desenvolvimento de recursos humanos da Unidade de Saúde:

C. Equipe de trabalho

1. Coordenação do Setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
2. Equipe de Acolhimento;
3. Equipe de Treinamento;
4. Equipe de Avaliação de Desempenho.

IV. PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Esse plano será desenvolvido por meio de linhas de trabalho, interligadas e pactuadas com toda a rede institucional. Inicialmente serão trabalhados os pontos chaves e crônicos que forem diagnosticados na instituição, dentro de cada linha de trabalho, subdivididas em 4 categorias: acolhimento, treinamento, avaliação de desempenho e atividades lúdicas, que serão detalhadas a seguir.

Linhas de trabalho

Acolhimento

É a metodologia utilizada para facilitar a integração e a adaptação plena dos novos colaboradores, a fim de potencializar uma performance de qualidade que contribua, no menor e s p a ço de tempo possível, para um melhor desempenho organizacional (CARDOSO, 2001). Deverá, nesta fase, ser pensado em três questões principais: que informação se pretende dar; quem será o responsável por transmitir a informação e quando se deverá informar.

Neste sentido, o objetivo do acolhimento proposto neste plano é dar a conhecimento aspectos como a cultura (filosofia) da instituição, os padrões de comportamento considerados aceitáveis, os colegas de trabalho, as chefias, as normas e rotinas padronizadas, a planta física da Unidade de Saúde, e o plano de desenvolvimento de recursos humanos.

Etapas do Acolhimento:

1. O grupo de acolhimento será informado pelo setor de pessoal com relação aos nomes e categoria profissional dos novos integrantes da equipe da Unidade de Saúde;
2. Será elaborado um plano de formação individual para esse colaborador;
3. O colaborador será informado pelo grupo de acolhimento da data do início do processo de ingresso na Unidade de Saúde;
4. O colaborador passará pela socialização institucional. Inicialmente será reservado um dia para o seu recebimento em espaço apropriado para esse momento;

5. O grupo de acolhimento fará os informes necessários (direitos e deveres; normas e rotinas; integração visual dos setores da Unidade de Saúde, apresentação e visita à Unidade de Saúde; etc.);
6. No segundo momento será entregue o plano de formação individual, o qual contemplará os treinamentos de práticas assistenciais, bem como os de aspecto humanitário;
7. Para finalizar essa etapa será entregue a cartilha da Unidade de Saúde (Manual de Acolhimento), o regimento interno da Unidade e o plano do desenvolvimento de recursos humanos.

Treinamentos

Treinamento é o meio de desenvolver a força de trabalho das instituições para um adequado desempenho no cargo, com a possibilidade de nivelamento intelectual através da educação.

Pode ainda ser o processo de desenvolver qualidade nos recursos humanos com a finalidade de habilitar os colaboradores a serem mais produtivos e a contribuir melhor para o alcance dos propósitos institucionais, influenciando assim nos seus comportamentos.

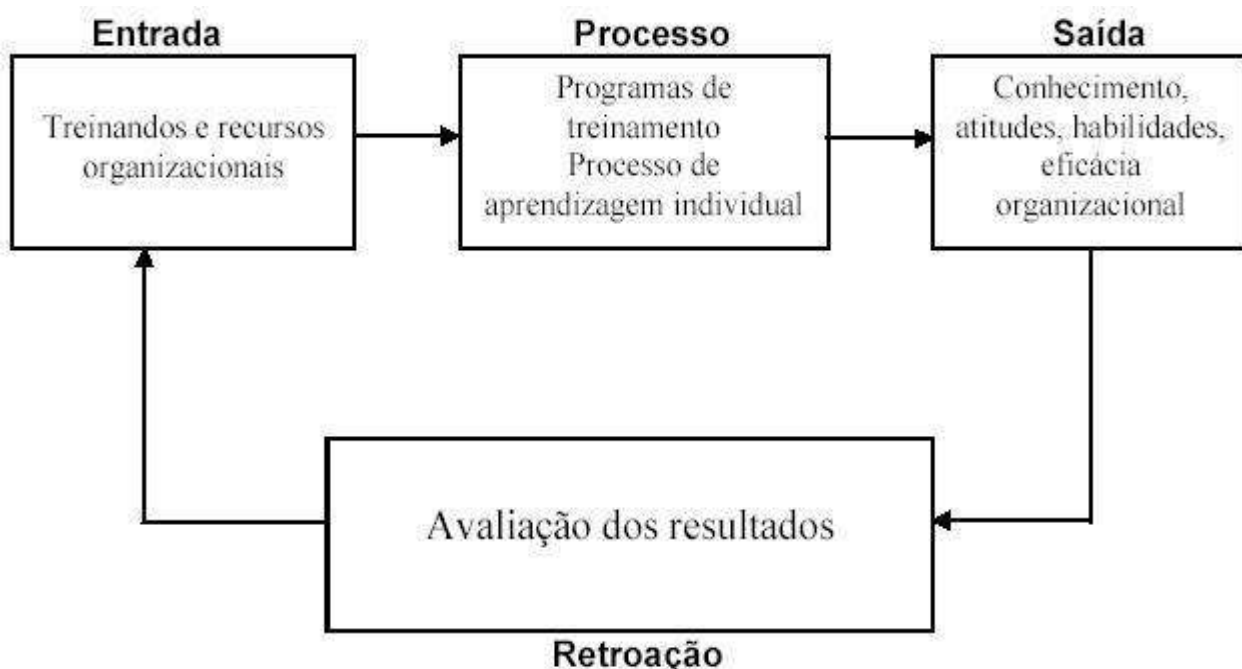
De acordo com Torres (2004), o conteúdo do *treinamento* pode envolver quatro tipos de mudança de comportamento, a saber:

- Transmissão de informações: o elemento essencial em muitos programas de treinamento é o conteúdo: repartir informações entre os treinandos como um corpo de conhecimentos. Normalmente as informações são genéricas, de preferência sobre o trabalho, como informações sobre a empresa, seus produtos e serviços, sua organização e políticas, regras e regulamentos etc.
- Desenvolvimento de habilidades: principalmente as habilidades, destrezas e conhecimentos diretamente relacionados com o desempenho do cargo atual ou de possíveis ocupações futuras. Trata-se de um treinamento orientado diretamente para as tarefas e operações a serem executadas.
- Desenvolvimento ou modificação de atitudes: geralmente mudança de atitudes negativas para atitudes mais favoráveis entre os trabalhadores, aumento de motivação, desenvolvimento da sensibilidade do pessoal de gerência e de supervisão quanto aos sentimentos e reações das pessoas.
- Desenvolvimento de conceitos: o treinamento pode ser conduzido no sentido de elevar o nível de abstração e conceptualização de ideias e filosofias, seja para facilitar a aplicação de conceitos na prática administrativa, seja para elevar o nível de generalização desenvolvendo gerentes que possam pensar em termos globais e amplos.

Quando se pensa em treinamento, faz-se necessário entender o mesmo com um processo cíclico, com etapas a serem cumpridas.

Esse processo é composto por quatro etapas distintas: diagnóstico, desenho, implementação e avaliação. A primeira consiste no levantamento das necessidades de treinamento que a instituição avalia ser essenciais. O segundo é a elaboração a elaboração do plano de treinamento para atender às necessidades diagnosticadas na etapa anterior. A terceira etapa é a aplicação e condução do plano pré-estabelecido. A última é a verificação dos resultados obtidos com o treinamento e a reformulação do mesmo, caso haja eventos adversos no processo executado.

Figura 11: Treinamento com um processo aberto e cíclico



Após entendimento, o plano de desenvolvimento de recursos humanos da UPA deverá ocorrer com as seguintes características:

1. Inicialmente, deverá a equipe de treinamento construir uma cultura de conhecimento na instituição, passando para os colaboradores e gestores o valor do conhecimento, com o intuito de desenvolver internamente a necessidade da busca constante do mesmo em todos os envolvidos neste processo;
2. A equipe de treinamento agendará, com as unidades assistenciais, reuniões para diagnosticar as necessidades de cada área no que se refere aos temas a serem trabalhados;
3. Nesta etapa de determinação de tema, as chefias e os colaboradores deverão ter em mente as seguintes questões: O QUE deve ser ensinado? QUEM deve aprender? QUANDO deve ser ensinado? ONDE deve ser ensinado? COMO se deve ensinar? QUEM deve ensinar?

4. Com tais premissas em mente, será desenvolvido um plano de treinamento para cada setor, porém os questionamentos: quando, onde, como e quem, serão pensados e decididos pela equipe de treinamento em pactuação com as chefias dos setores;
5. A partir de então, será criada uma infraestrutura administrativa do conhecimento, que envolverá a construção de redes, banco de dados, estações de trabalho, escalas, entre outros;
6. A partir da definição da infraestrutura, será encaminhada ao setor a planilha de treinamento com os temas preestabelecidos e as escalas prontas com datas e horários. Vale ressaltar que os treinamentos serão feitos no horário de trabalho do colaborador. Desta forma, cada chefia deverá se organizar para a adequação dos recursos humanos de sua área, com o intuito de minimizar o absenteísmo no processo de aprendizagem estabelecido (Regras no Regimento Interno de Desenvolvimento de Recursos Humanos);
7. O grupo de treinamento estará interligado com o de acolhimento, pois na etapa de ingresso dos novos colaboradores na instituição, os mesmos passarão pelo processo de formação, ou seja, treinamentos para melhor desenvolvimento das habilidades que cada cargo exige;
8. O método de ensino utilizado, primeiramente, neste plano de treinamento será por metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Figura 12: Ciclo de Treinamento



9. Essa etapa será desenvolvida de forma cíclica e continua, uma vez que não tem um ponto de conclusão do processo, devido ao movimento dos acontecimentos na instituição, o que faz com que novas temáticas surjam e, portanto, devam ser trabalhadas. Assim, todos os colaboradores deverão ser capacitados, pois esta etapa será desenvolvida e monitorada no próprio setor.

10. A etapa relatada no item anterior será desenvolvida da seguinte maneira: o gestor de cada unidade deverá desenvolver métodos de ensino-aprendizagem voltados para o cotidiano de trabalho do seu colaborador, ou seja, deverão ser desenvolvidos trabalhos científicos (artigos) bimestralmente pelos colaboradores, referentes aos casos interessantes e inovadores da sua unidade, ou relativos a eventos adversos recorrentes, e, a partir daí, traçar metas e reformulação do plano de cuidado. Após a conclusão deste trabalho, o gestor o encaminhará para o setor de desenvolvimento de recursos humanos para ver a possibilidade de publicação dos mesmos.
11. Anualmente será feita a semana de educação permanente, onde serão expostos os trabalhos desenvolvidos pelos colaboradores, assim como ocorrerão palestras com profissionais reconhecidos nacionalmente nas temáticas trabalhadas, ou mesmo até com os próprios colaboradores (aspecto e formato de um Minicongresso).
11. Finalizando cada temática desenvolvida, deverá grupo de treinamento fazer a administração dos resultados, o que contempla a avaliação das atividades desenvolvidas, com detalhamento dos acertos, dificuldades e erros ocorridos no processo, a partir de quando se estabelecerá a reformulação das etapas, porventura, insatisfatórias com apresentação das soluções.
12. Cada unidade terá, semanalmente, momentos de treinamento *online*, em queo colaborador dispenderá 10 (dez) minutos de seu horário de trabalho para ler um tema que será proposto pelo setor de desenvolvimento de recursos humanos juntamente com cada gestor.
13. Por fim, desenvolver-se-á pactuação com unidades de ensino superior para incorporação de programas de pós-graduação, mestrado e doutorado para os colaboradores da instituição.

3. Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho é um método que tem a finalidade de estabelecer um contrato com os colaboradores referente aos resultados desejados pela organização organização, acompanhar os desafios propostos corrigindo os rumos, quando necessário, e avaliar os resultados conseguidos (CHIAVENATO, 1997). Ou seja, é uma análise sistemática do desempenho de cada colaborador no cargo e seu potencial de evolução futura.

Pode ainda ser entendida como uma série de técnicas com o objetivo de obter informações referentes ao comportamento profissional do colaborador durante o seu processo de trabalho. Deve então ser planejada no que refere a sua aplicabilidade e sua avaliação, tendo em vista que o avaliador é um ser humano, que tem que ser capacitado para o desempenho eficaz de suas atribuições, pois todos os seus atos estão envolvidos no processo de avaliação. Este, por sua vez, deverá ser neutro, metódico, e estritamente profissional, com a finalidade de evitar avaliações pessoais, as quais não devem ser consideradas neste processo.

Com essa visão, deverá o avaliador medir o nível de realização das exigências do trabalho por meio de um processo definido de avaliação. O processo de julgamento pode apresentar distorções conscientes ou inconscientes do avaliar, uma vez que o mesmo pode contaminar um resultado, seja por interesses em jogo ou até mesmo buscando colaborar ou prejudicar o avaliado.

A avaliação de desempenho como processo utilizado para desenvolver os colaboradores de uma instituição, deverá criar e estruturar um planejamento bem detalhado de sua aplicação para que essas distorções e eventuais alterações no resultado não prejudiquem toda a avaliação e os processos que a sucedem (DESSLER, 2003).

Desta forma, por envolver todos os colaboradores dentro da instituição, o sucesso da implantação dependerá da compreensão, confiança e aceitação geral. Para tanto, faz-se necessário um colaborador capacitado para executar tal atribuição.

Metodologia de avaliação:

1. Deverá ser elaborada uma ficha avaliativa, baseada nos métodos “por metas” e “escala gráfica”. A integração dos dois métodos dará o parâmetro tanto quantitativo como qualitativo da avaliação (Atenção: a ficha avaliativa será criada pela equipe de desenvolvimento de recursos humanos – acolhimento, treinamento e avaliadores);
2. Deverá acrescentar ao processo avaliativo, a avaliação escrita, participativa e as pesquisas científicas dos colaboradores, no que refere ao conhecimento teórico da sua prática assistencial. Essa avaliação será trabalhada ao final de cada temática. Ao término do trimestre será feito um gráfico individual de cada servidor e, posteriormente, um gráfico comparativo dos setores, em que será premiado (de forma a definir) o colaborador que for mais bem avaliado, e o setor que teve sua prática mais bem desenvolvida;
3. Ao término da avaliação de desenvolvimento, o colaborador será trabalhado individualmente nas suas dificuldades, o que possibilitará a adequação do colaborador às suas atividades e competências exigidas para o cargo que ocupa;
4. Criar-se-á também um banco de dados para os processos avaliativos;
5. Caso o colaborador não atinja a satisfação em três avaliações consecutivas, ainda que com a adequação da sua função para as competências existentes e treinamentos, o mesmo deverá ser colocado à disposição da Divisão de Pessoal para finalização do contrato.

4. Atividades Lúdicas

As manifestações artísticas são formas de linguagem que permitem ao colaborador expressar uma gama de sentimentos de maneira diferente. Contribuem para seu enriquecimento cultural e pessoal, tornando-o uma pessoa mais segura e confiante.

Com o intuito de tornar o profissional mais seguro e confiante é que se propicie esse tipo de atividade na instituição, pois dar-lhes-á condições de progredir na sua atividade laboral, evitando a insatisfação com o ambiente profissional ou até mesmo a solicitação de remoção da instituição.

O desenvolvimento dos profissionais é um marcador indispensável para o progresso e consequentemente a sobrevivência de uma instituição dentro do competitivo mercado de trabalho. Diante de tal fato, as instituições necessitam constantemente estimular os profissionais a trabalharem novas competências tanto no âmbito técnico como comportamental.

Atualmente é comum encontrarmos espaços reservados para os treinamentos convencionais nas instituições, onde os facilitadores repassam as informações para os profissionais com metodologia convencional, onde o professor fala e os alunos escutam. Porém, o entendimento de aprendizagem de adultos não pode ser visto como o olhar de ensino convencional, pois os mesmos trazem consigo uma bagagem de crenças, valores, conhecimentos pré-existentes e paradigmas, que na maioria das vezes interferem na capacidade de assimilar novos conhecimentos e novas mudanças.

Diante dessa premissa, torna-se necessária a criação de metodologias inovadoras que utilizam o cotidiano, as vivências e, principalmente, as atividades lúdicas como forma de desenvolver as capacidades dos colaboradores, fazendo com que os mesmos vivenciem determinados fatos e os façam refletir sobre o assunto apresentado.

Com essa visão deverá ser utilizada a prática focada na *andragogia* (ensino para adultos), isto é, a arte de ensinar adultos por meio da aprendizagem com base na experiência, em que se entende que o conhecimento vem da realidade. Essa metodologia é articulada em dois eixos principais que são a motivação e a experiência dos aprendizes adultos.

Figura 13: Ilustração de Andragogia



A partir das atividades lúdicas há que se trabalhar a valorização do colaborador, uma vez que se pretende organizar comemorações nas datas festivas, bem como nas datas das profissões.

Será trabalhado com a equipe de artistas um processo de humanização dos clientes internos e dos clientes externos em que se desenvolverão temas referentes a valorização do colaborador por meio de peças teatrais e oficinas de convivência.

Assim, o colaborador entenderá que é o diferencial competitivo que mantém e promove a instituição, que são tratados como seres humanos dotados de personalidade própria, com história de vida, como possuidores de conhecimentos, habilidades e competências indispensáveis a nova gestão, ou seja, s e r ã o tratados como pessoas e não como meros recursos da instituição.

Essa equipe terá como objetivo, no que refere ao desenvolvimento dos recursos humanos, a incorporação da ideia de que o colaborador é o combustível para conduzir a instituição a excelência e ao sucesso, que os mesmos são parceiros, em que seu esforço, dedicação, responsabilidade e comprometimento são peças fundamentais neste processo e, somente assim poderão colher os retornos desse novo comportamento.

Neste sentido, a instituição terá que preparar seus gestores para a mudança de paradigma, no que refere ao tratamento e ao comportamento enquanto peça fundamental no processo de valorização do colaborador por meio de atividades lúdica ou motivacionais.

Isto porque, ao contrário do que muitos imaginam, as ações motivacionais não são restritas apenas aos programas de premiações, salários atraentes ou cestas recheadas de benefícios diferenciados. É claro que incentivos externos pesam na satisfação dos colaboradores, mas nem sempre são suficientes para reter talentos.

A instituição também precisará ficar atenta à valorização do ser humano, considerando não apenas o lado material, mas também as relações interpessoais e como o profissional se sente diante do papel que exerce dentro da instituição.

“É necessário, em alguns casos, observar e deixar de lado a arrogância e o orgulho que podem contaminar profissionais que assumem determinadas funções de destaque, uma vez que o comportamento dos gestores influencia e compromete diretamente o clima organizacional” (BISPO, 2012).

Para que a parte de atividades lúdicas proposta neste plano tenha sucesso, deverá a equipe de artistas trabalhar inicialmente com os gestores, mostrando a importância da valorização do capital humano (colaborador) e, posteriormente, trabalhar com os colaboradores.

Segue o roteiro das atividades lúdicas propostas:

1. Atividade teatral com os gestores – trabalhar a valorização do capital humano;
2. Atividade teatral com os colaboradores – trabalhar o valor da sua força de trabalho e ele como peça fundamental para o sucesso da instituição – valorização profissional;
3. Atividade de valorização do dia de cada profissional, com atividades musicais, culturais e científicas, por exemplo, semana da enfermagem, da fisioterapia, da nutrição, da administração, entre outros;

4. Atividades comemorativas das datas festivas do nosso país como, por exemplo, Dia das Mães, Dia dos Pais, Natal, Ano Novo, entre outros;
5. Atividade de integração das equipes, como atividades esportivas;
6. Atividades intelectuais, de conhecimentos gerais, entre outras.

ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

A. Elaboração do Plano

Para a elaboração do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos será realizado uma reunião para entendimento da proposta do Grupo Gestor da OS. Realizar-se-ão reuniões, de acordo com a demanda do Plano, para que sua redação final seja definida e o mesmo possa ser executado.

B. Levantamento de Literatura

Primeiramente, foi realizado um levantamento de literatura no que refere a gestão de pessoas, desenvolvimento de recursos humanos, linhas de cuidado, educação permanente, educação continuada, capacitação, treinamento, valorização profissional, atividades culturais e lúdicas, avaliação de desempenho e outras que foram pertinentes à elaboração do presente plano.

Depois, foi feita a separação dos artigos que seriam utilizados no plano, sendo descartadas as literaturas que não atendiam ao assunto tratado.

C. Elaboração do Plano

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos foi elaborado pela equipe gestora a partir das literaturas levantadas. Foi redigida a primeira versão para ser apresentada na reunião com o grupo gestor, onde será discutido, avaliado e validado. À medida que as correções forem feitas, a redação final do plano será desenvolvida e o mesmo colocado em prática.

D. Etapas de Implementação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos

- Organização do Setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- Levantamento de Literatura pertinente;
- Elaboração do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos;
- Aprovação do Plano pelo Grupo Gestor das unidades assistenciais;
- Etapas de Execução: para a implementação do Plano será necessária a realização de adequações dos recursos humanos do setor de desenvolvimento com a estruturação da equipe de acolhimento, treinamento e avaliação; reestruturação da área física com local adequado para acolhimento e treinamento; elaboração do regimento interno do desenvolvimento de recursos humanos, do manual de acolhimento e do método avaliativo; criação da infraestrutura administrativa do conhecimento (treinamento) com a elaboração de escala, banco de dados, levantamento do diagnóstico dos setores, determinação das prioridades; e criação da agenda de atividades lúdicas do instituição.

4.3.1.1.2 Educação Permanente

A Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS.

Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção é construída na prática das equipes. As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem:

- A democratização institucional;
- O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem;
- O desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde;
- O trabalho em equipes matriciais;
- A melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde;
- A constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. Essas são questões de natureza tecnopolítica e implicam na articulação de ações de saúde intra e interinstitucionalmente.

Portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são: espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; locus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

Os Polos deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva: Rodas para a Educação Permanente em Saúde.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde devem trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais.

4.3.1.1.2.1 A Construção de Projetos de Educação Permanente nos Serviços

Desenvolver em nível local um projeto de educação permanente.

Sintetizar os elementos conceituais, estratégicos, de gestão e de operação de um projeto de educação permanente baseado na qualidade do trabalho. Nele se mostram, simplificando, muitas considerações conceituais prévias sobre a “lógica” (do “porquê” e de onde”) e sobre a dinâmica institucional (essa conjunção de estratégias de gestão pessoal centrada no trabalho, e de estratégias educativas baseadas na pedagogia da problematização), para melhorar o serviço reorganizando-o.

O princípio se refere à natureza social do trabalho em saúde e do processo de produção de serviços de saúde, e na aposta sustenta-se que é possível transformar o trabalho atual (fragmentado, desumano, conflituoso, alienante) por meio de estratégias de educação permanente orientadas para a melhoria da qualidade.

O projeto de educação permanente para o melhoramento da qualidade do trabalho é um projeto institucional, o que supõe mudanças na cultura institucional e no estilo de gestão, mas também é, em todos os casos, um projeto grupal, das equipes de saúde. É um trabalho de grupo a análise estratégica da situação institucional, a problematização da missão (revisão ou reencontro), a construção da imagem objetiva de qualidade e o momento essencial do processo: a definição dos problemas de qualidade sobre os quais se vai intervir.

Do mesmo modo, tanto o componente programático educacional como as diversas estratégias de gestão pessoal se caracterizam por sua orientação aos grupos e por sua definição conjunta, coletiva, participativa. O objetivo estratégico de todo o processo é o reencontro com o trabalho solidário, com a reconstrução das equipes, com a satisfação do pessoal como condição básica de um serviço de saúde com equidade, humanização e qualidade.

Trabalhar na operação de programas e de projetos de educação permanente, centralizados no trabalho e orientados para a busca da qualidade e do êxito da missão dos serviços públicos.

Nesse sentido se propõem, três áreas problemáticas para reflexão, estudo e intervenção prática. São estas:

1. O atual nível de conhecimento que se possui sobre os processos de trabalho ou saúde em suas diversas dimensões (reguladoras, sociais e técnicas) é insuficiente. Necessita-se aprofundá-lo e ampliá-lo. Essa tarefa deverá incluir também a metodologia de análise dos processos laborais nos diversos tipos de serviço e de avaliação do desempenho de pessoal desde uma visão de equipe e não somente desde o posto de trabalho individual. Este conhecimento é indispensável para fortalecer aqueles esforços de promover o trabalho de equipe e o resgate da missão institucional;
2. É marcante a insuficiência no manejo e a falta de adequação às especificidades do campo de saúde dos atuais modelos, estilos e instrumentos de gestão de trabalho nos serviços de saúde. A exigência de uma nova gestão de pessoal poderá ter resposta se houver avanço na gestão do trabalho, como elemento-chave de um novo enfoque dos recursos humanos em saúde;
3. As estratégias, métodos e técnicas de gestão da Educação Permanente são premissas de uma fase do processo mais centrado na operação de programas e projetos, utilizando, validando e alimentando com novos elementos da realidade os avanços teóricos e metodológicos produzidos.

A Educação Permanente no espaço dos serviços de saúde é uma modalidade de intervenção de enorme potencial que alcançou diversos graus de visibilidade e prioridade em função das concepções e enfoques administrativos e organizacionais vigentes.

Um considerável avanço foi gerado sobre suas dimensões conceituais e metodológicas, incluindo extensas experiências de validação. Sem dúvida, na medida em que as experiências avançam, parece necessário identificar e delimitar um espaço que poderíamos denominar de “gestão” da Educação Permanente, que nos permita, mediante um aprofundamento das relações entre Educação Permanente, Dispositivos da Humanização, Estilos Administrativos e Cultura Organizacional, identificar mecanismos que incrementem a eficácia e o impacto destas intervenções.

O mundo do trabalho em saúde pode ser abordado desde distintas perspectivas: a administração geral, a sociologia do trabalho, os desenvolvimentos das diversas profissões e especialidades, o desenvolvimento tecnológico, análises econômicas e os processos de aprendizagem, entre outras.

Sem dúvida, são escassas as análises que intentam articular estas perspectivas de abordagem, possibilitando não só uma maior compreensão do objeto como também a identificação de estratégias combinadas mais eficazes para sua transformação.

Na necessidade de delimitar a característica do espaço e a natureza das intervenções da Educação Permanente em Saúde foi estabelecido o seguinte esquema de trabalho, apresentado a seguir.

Figura 14:



Neste esquema conceituamos a Educação Permanente operando sobre o processo de trabalho em saúde orientada a incidir diretamente sobre a qualidade dos serviços de saúde e mais teleologicamente sobre a situação de saúde da população, dentro das determinantes das características do modelo organizacional e das formas de relacionamento dos serviços com a sociedade. Identificado este espaço possível de reflexão e intervenção, começaremos a trabalhar com a seguinte hipótese: “as diferentes concepções que tiveram êxito em estruturar a cultura dos serviços de saúde trazem implícitas concepções do trabalho, do trabalhador, das relações de poder, da participação, da natureza dos contratos de trabalho formais e informais, que predeterminam os espaços permitidos, os estilos educacionais, os conteúdos e as características das demandas que especificamente pode-se fazer para a Educação Permanente em Saúde (EPS)”.

O esforço resulta convergente, já que nos últimos anos deu-se ênfase em se definir a Educação Permanente como uma proposta educativa realizada nos âmbitos laborais, destinada a refletir e intervir sobre o processo de trabalho direcionado a melhorar a qualidade dos serviços e as próprias condições laborais (“educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”).

Isto indica que não necessariamente as múltiplas atividades de formação e capacitação que se realizam no e para o setor saúde correspondem ao que caracterizamos como Educação Permanente.

Os processos no campo de saúde podem ser considerados como intervenções capazes de mobilizar, circular, produzir e transferir conhecimento, tecnologia, valores e sentimentos, já que estas intervenções por definição se instalam em instituições, operam sobre estruturas de poder formal e informal estabelecidas, sobre grupos com sua própria dinâmica de liderança, legitimidade e influência, e em definitivo sobre uma trama de relações de poder estruturada e reforçada por uma determinada cultura.

Por ser a EPS é uma atividade de natureza cultural, ao intervir pode operar como um fator pró-cultural (reforçando a cultura dominante ou oficial), subcultural (abrindo um espaço virtual dentro da cultura dominante) ou contracultural (enfrentando a cultura dominante). Em todos os casos trata-se de uma intervenção que acumula conhecimentos em um outro grupo da organização, desprezando alguns saberes e reforçando outros.

A estreita relação e reforço recíproco entre saber e poder faz com que esta circulação, estas intervenções que legitimam uns saberes e não legitimam outros, nos façam interpretar a EPS como uma atividade técnica, mas simultaneamente política (recordando o conceito de Mario Testa: “Política é toda proposta de redistribuição de poder”).

Referenciais teóricos

Se a EPS trabalha sob determinantes e condicionantes internos e externos, podemos analisar suas propostas de intervenção fazendo algumas releituras que rompem com a aparência de neutralidade e que revelam a natureza (micro) política do seu acionar:

- Sob qual modelo organizacional se desenvolve uma proposta de EPS?
- Para qual forma de relacionamento dos serviços com a sociedade resulta funcional?
- Quem define o tipo de intervenção que se desenvolverá?
- Qual grupo profissional se beneficiará? Em detrimento de qual?
- Quem define se a organização será feita por grupo profissional ou por equipe de trabalho e por quê?
- Qual conhecimento é legitimado pela EPS como “oficial” e qual, não é? (É interessante refletir sobre o uso da normatização no setor saúde, que, resulta em um excelente exemplo de articulação entre saber e poder).
- Quais práticas profissionais se legitimam e quais não?

Considerando-se que é frequente que as intervenções educativas se contam entre as mais idealizadas, será muito útil desvendar estas dimensões “cratológicas” (de cratos: poder) da Educação Permanente, já que explicam não só o porquê de não haver possibilidade de neutralidade nelas, mas também porque, em algumas ocasiões, enfrentam grandes resistências, e porque, em outras, têm um êxito muito superior ao esperado.

Em outras palavras, será de grande utilidade realizar uma releitura desde uma perspectiva estratégica da Educação Permanente, a fim de aportar elementos para uma melhor compreensão dos elementos e das forças que mobiliza, para a geração de uma base de sustentação e para uma melhor adequação de suas atividades e conteúdo.

A revisão do campo da EPS remete, em consequência, a uma série de autores que podem ajudar a entender de que maneira circula ou não circula o conhecimento nos serviços de saúde, e entre estes e a população.

Em uma espécie de síntese operativa temos definido a Educação Permanente em Saúde como “a educação no trabalho, pelo trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população”.

Esta definição marca um espaço próprio para centrar a EPS que, embora amplo, o diferencia de outras propostas e intervenções educativas. É interessante advertir como as diferentes concepções de trabalho em saúde têm seu correlato na forma como se concebe a Educação no e para esse trabalho.

A tendência crescente ao deslocamento do trabalho em saúde, desde o exercício liberal autônomo, individual e independente para formas de equipes, organizações ou redes, não tem permeado os imaginários profissionais, que continuam instalados na chamada prática liberal da profissão, e com frequência a educação pós-graduação é vista como uma ferramenta para tornar realidade esses imaginários.

Em contraposição, centraremos o eixo em grupos, equipes e redes que formam unidades de atenção, buscando não só o reconhecimento e a legitimação destas formas de organização preexistentes, mas também propiciando através da EPS o reforço e a estruturação de formas cooperativas de trabalho.

Será interessante refletir sobre a relação existente entre a contradição prática liberal/prática assalariada das profissões e a contradição Educação Contínua/Educação Permanente. Nos primeiros termos da equação percebe-se os interesses da história pessoal e nos segundos os da instituição e das equipes de trabalho.

4.3.1.1.2.2 Educação Permanente e Qualidade

A problemática de Recursos Humanos se torna habitualmente invisível para a população em geral, inclusive para os usuários dos serviços de saúde. Sem dúvida, o usuário percebe (ou sofre) claramente o que poderíamos chamar de qualidade da atenção, que quando não é satisfatória se transforma em um importante problema social.

Donabedian distingue dentro desse intangível conceito de qualidade três dimensões: a técnica, a interpessoal e a de “amenidades”, ou conforto; fica evidente que em diferentes proporções todas elas se vinculam com o nível de desenvolvimento e motivação do pessoal de saúde.

Por isto, para nós fica evidente que sendo os serviços de saúde “serviços de pessoas para pessoas”, o principal fator de qualidade da atenção está constituído pela disponibilidade, a atitude, o conhecimento e o desempenho dos trabalhadores de saúde. Neste sentido, a Educação Permanente, tanto como ferramenta para a investigação e (auto)análise do trabalho quanto instrumento de problematização, tanto como mecanismo para elaborar conflitos quanto como proposta de busca e incorporação crítica de novas tecnologias e de novos procedimentos, ou seja, de novas formas de fazer as coisas, pode constituir-se em uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Quer se trate de serviços pessoais hospitalares ou desconcentrados, simples ou complexos, preventivos ou recuperativos, quer se trate de programas ou projetos de saúde pessoais ou ambientais, a qualidade destes serviços não será maior que a qualidade das pessoas que trabalham neles. Sim, pode ser inferior, já que problemas organizacionais e tecnológicos podem reduzir o nível de desempenho abaixo da capacidade potencial dessas pessoas.

A recente “explosão” do conceito de qualidade total, vinculada diretamente ao êxito da indústria japonesa e aos desenvolvimentos de Demming, chegou até o campo dos serviços de saúde com alcance que merece ser explorado.

Dados seus antecedentes como estatístico e o conhecimento de primeira mão de Demming sobre as experiências desenvolvidas por E. Mayo nos espaços fabris de Wawthor, é possível pensar em sua proposta como uma pragmática combinação entre a aplicação de padrões de qualidade, por técnicas de amostragem, e os desenvolvimentos da escola psicossocial.

Os campos de ação que a vinculam com a Educação Permanente são justamente aqueles que formam o coração de sua proposta. Referimo-nos ao desenvolvimento dos chamados círculos de qualidade, que estabelecem formas concretas de participação dos trabalhadores na avaliação, análise e redesenho do processo de trabalho com base em sua experiência e em uma reflexão sistemática sobre esse processo.

Os questionamentos sobre os prêmios e estímulos à produtividade individual, sobre as avaliações periódicas de pessoal, sobre a rígida divisão e especialização do trabalho, a ênfase no desenvolvimento de liderança, a importância colocada no treinamento como inversão não sacrificável, sua insistência em desterrar o temor como base de um clima organizacional supostamente produtivo, o levantamento sistemático da suspeita sobre o trabalhador como principal gerador de defeitos no sistema produtivo e seu convite para envolver a todo o pessoal nas propostas de mudança mostram claramente que mais da metade da proposta de qualidade se baseia no desenvolvimento de Recursos Humanos, mas sobretudo na dignidade e no protagonismo do trabalhador.

Os círculos de qualidade se constituem com um grupo pequeno de trabalhadores (5 a 10), que se reúnem para analisar um problema e desenhar novas formas de organização de trabalho. Os grupos são flexíveis e podem se dissolver e voltar a se constituir de outra forma, em função do problema que se enfrenta.

Em uma lógica similar a dos grupos operativos ou centrados na tarefa, a função dos círculos é enfrentar um problema que é a constituinte do grupo, explorar suas causas, desenhar em consenso novos procedimentos e experimentar em forma negociada com a gerência sua colocação.

Desta forma pode-se alcançar uma participação ativa nos processos de mudança, uma multiplicação da criatividade e da inovação em um clima organizacional estimulante e distendido.

Os problemas podem ser de diferentes naturezas e são gerados em um sistemático questionamento do processo do trabalho, tendo como ponto de partida a qualidade do produto, concebida fundamentalmente desde a perspectiva das necessidades do usuário. De certa maneira a agenda se forma com problemas que se geram ou se constroem desde uma cultura organizacional centrada na qualidade.

Fica evidente a aplicabilidade dos desenvolvimentos da Educação Permanente e da Investigação Educativa à atividade dos círculos de qualidade, aos que oferecem um instrumental teórico-metodológico amplamente validado.

O enfoque de qualidade total se torna funcional para o êxito econômico e para o desenvolvimento dos mercados, mas representa ao mesmo tempo uma concepção valorativa ao reivindicar o respeito pelo usuário. Esta noção é ainda muito mais importante se a considerarmos nos serviços de saúde, naqueles em que o usuário joga sua vida ou sua integridade física e/ou mental a uma qualidade que em muitos casos intui, mas que está longe de poder avaliar.

4.3.1.1.2.3 Uma Proposta: Gestão Estratégica da Educação Permanente em Saúde

Concebemos a Educação Permanente como uma ação técnico/política de alta eficiência, mas cujo êxito depende da existência de uma política institucional mais ampla que a inclua. Em outras palavras, se concebemos a Educação Permanente como uma ferramenta, esta deve estar inserida em uma proposta de mudança que uma força social concreta leva adiante, com um adequado cálculo de suas possibilidades e do campo de forças na qual está intervenção se insere.

A dimensão educativa adquire assim um valor tático, já que é evidente que a melhor estratégia ficará invalidada se não existir capacidade tática para levá-la a cabo, sendo inclusive necessário pensar isto simultaneamente, já que as propostas educacionais não têm validade universal, e é necessária uma adequada consistência entre projeto institucional e proposta educativa que inclua as dimensões ideológicas, técnicas e metodológicas.

Um dos erros observados é o daquelas grandes instituições de saúde que incorporam pedagogos, psicopedagogos ou licenciados em Ciências da Educação, solicitando-lhes quase sem informação o desenho de “um programa de Educação Permanente”, sem considerar que são as mesmas unidades técnico-/políticas que devem realizar tal tarefa. É cooperando com estas unidades que o apoio e o assessoramento dos profissionais em educação se otimizam.

O desenvolvimento de um processo de Educação Permanente requer clara consciência de que não se trata de uma atividade marginal, nem de um adorno; trata-se, bem utilizada, de uma das ferramentas mais eficazes de mudança estrutural, capaz de inscrever-se nada menos do que na cultural institucional.

Neste sentido, a tarefa costuma requerer uma ampla análise das necessidades de mudança institucional a partir de suas principais inadequações (a problemática).

É necessário identificar em um plano mais estrutural as forças sociais que concorrem ou intervêm sobre a situação analisada, seus recursos, seu poder relativo, sua posição tanto na situação como frente à nossa proposta de mudança, seu sistema de valores, sua possibilidade de aliança com outras forças, em função do nível de ameaça que a proposta suponha.

Ao definir o programa direcional e os projetos através dos quais se alcançará a visão,

devem ser incluídas as intervenções educativas necessárias. Mas é importante assinalar aqui que só excepcionalmente se alcançará o êxito de um processo de Educação Permanente se este não estiver acompanhado de outras intervenções que reforcem o que aquele possa alcançar.

Como exemplos:

- Um modelo de estudo/trabalho pode requerer mudança nos regulamentos de pessoal ou nas condições de trabalho;
- Uma capacitação pode requerer simultaneamente uma mudança no sistema de alocação de recursos.
- Uma capacitação gerencial para a descentralização tem que ser razoavelmente contemporânea com as medidas legais e técnicas que efetivem essa mudança na estrutura do poder.

Se estas ações não se realizam simultaneamente não só invalidam o que foi obtido através da ação educativa como também criam um clima de descrédito que se estenderá a iniciativas posteriores.

4.3.1.1.2.4 Educação Permanente e a Capacitação da Equipe Interdisciplinar das Unidades Assistenciais

A **OS** vai propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O Plano Anual de Capacitação deve ser validado e aprovado pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, SMS Agudos/SP.

Na proposta Técnica apresentado: Política de Recursos Humanos: Desenvolvimento e Gestão, com enfoque na Humanização; Educação Permanente; Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

A **OS ICAASES** vai desenvolver um estudo preliminar objetivando propor estratégias educacionais que fortaleçam a interdisciplinaridade na cultura institucional. O estudo deve ser validado e aprovado pela SMS Agudos/SP.

Termo de Referência para Desenvolvimento de Projeto de Educação Permanente com vistas à Capacitação da Equipe Interdisciplinar.

Objetivos:

Analisar ações de Educação Permanente em Saúde (EPS); identificar temas de interesse interdisciplinar a partir de questões cotidianas vividas pelos diferentes profissionais; propor estratégias educacionais que fortaleçam a interdisciplinaridade na cultura institucional.

Método:

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, cuja população de estudo se constituirá por profissionais dos diversos setores das unidades. Os dados serão coletados nos primeiros três meses após assinatura do Contrato de Gestão da **OS ICAASES** com a SMS, a partir de grupos focais e observação participante. Os conteúdos serão avaliados. Espera-se mobilizar profissionais para a expansão e fortalecimento do processo da EPS nas unidades assistenciais.

Situação Problema e sua Significância

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que toma os problemas da prática como objeto de reflexão das equipes de saúde, considerando o trabalho como eixo educativo e adotando a problematização como base de estruturação de suas práticas pedagógicas. A construção de saberes oriundos da prática favorece a manutenção de equipes atualizadas e com foco na qualidade da assistência, por isso se faz necessário que a educação dos profissionais se dê em caráter permanente a fim de auxiliar os mesmos na tomada de decisões, na melhoria do cuidado e no aperfeiçoamento da assistência prestada ao usuário. Para assistência a pacientes de um centro especializado, enquanto usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e em face de sua complexidade, impõem-se intervenções interdisciplinares, mediante propostas de qualificação profissional, inseridas na política de educação permanente do Ministério da Saúde onde se vincula a instituição objeto deste trabalho.

Parte-se do pressuposto de que há temas de aspecto interdisciplinar que são iminentes à educação permanente e que precisam ser mais bem trabalhados para facilitar o alcance do nível de qualidade assistencial desejado e proposto pela missão institucional.

Os espaços de interseção entre ensino e serviço são de grande relevância para a formação em saúde e para potencializar os valores e o papel universal do SUS. Nesse sentido, o conhecimento construído, a partir da reflexão sobre o vivido, pode se difundir por intermédio dos sujeitos que por ali passam. Neste espaço é que se explicitam conflitos, dificuldades e ações com vistas à produção do saber. Os processos de educação permanente impõem aos serviços e setores de treinamento/ capacitação e de educação permanente das instituições de saúde a adoção de concepção pedagógica problematizadora, com o propósito de estimular a reflexão da prática e a construção do conhecimento a ser trabalhada para e com o outro. Uma educação para o compromisso, para mudança, mediante eterna busca pela melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Questões Norteadoras

Quais são os temas a serem trabalhados nas ações da educação permanente, que aproximam os integrantes da equipe interdisciplinar fácil tendo a cooperação entre eles? Que estratégias educacionais podem enriquecer o desenvolvimento da educação permanente que pretende contribuir com o vínculo interdisciplinar?

Pressuposto

Este estudo parte do pressuposto de que a EPS é uma estratégia facilitadora da atuação interdisciplinar, promovendo e apoiando a sistematização e qualificação permanente da assistência.

Quanto aos aspectos éticos, ressalta-se que o projeto deve ser aprovado pelo Grupo das unidades e pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Para o desenvolvimento do Plano de Recursos Humanos das unidades propõe-se:

- O estabelecimento de uma articulação com a SMS Agudos/SP, em nível central e regional, para realização de um diagnóstico dos pontos fortes e frágeis da educação permanente em âmbito local;
- De posse desse diagnóstico articular-se com as instituições de ensino presentes na região e com os conselhos das entidades da área da saúde (CRM, CREFITO, COREN, CRN, CRF) para o desenvolvimento das capacitações identificadas como necessárias para as unidades, que devem englobar as especificidades de cada área.

Atividades de Educação Permanente:

Capacitação da Área Médica; Área de Enfermagem; Outros Profissionais de Saúde de Nível Superior e Multi/transdisciplinar e Área Técnica/Nível Médio das unidades, em:

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Humanização da Atenção;
- Gestão de Leitos de Observação;
- Segurança do paciente;
- Processo de Trabalho.

Atividades de Formação em Serviço:

Trabalhar parcerias com Instituições Formadoras objetivando otimizar e implementar cursos de pós-graduação, Lato Sensu, abrangendo a Especialização, 360 horas/aula, com a monografia trabalhada no serviço, para a Área Médica; Área de Enfermagem; Outros Profissionais de Saúde de Nível Superior das unidades, em:

- Gestão em Saúde;
- Redes de Urgência e Emergência;
- Regulação Assistencial.

Trabalhar parcerias com Instituições Formadoras objetivando otimizar e implementar Cursos de Especialização Técnica, destinados a graduados de cursos técnicos do segundo grau ou nível médio das unidades, tendo por objetivo preparar especialistas em setores restritos das atividades profissionais. Estes cursos terão uma carga de 360 horas-aula, em:

- Urgência e Emergência.
- Humanização da Atenção.

Ações:

- Elaborar o Plano de Educação Permanente das unidades com ênfase no cotidiano do trabalho, englobando a área médica, de enfermagem, outros profissionais de saúde de nível superior e a área técnica, com abordagem transdisciplinar;
- Organizar estratégias de capacitação com foco em novas abordagens metodológicas;
- Motivar o trabalhador para uma atividade profissional eficaz e eficiente;
- Conscientizar o trabalhador da importância das capacitações e da prática assistencial segura;
- Montar o grupo de acolhimento dos recém-contratados, residentes e estagiários;
- Avaliar e adequar o ambiente de ensino/aprendizagem;
- Montar a equipe multidisciplinar de educação permanente;
- Elaborar o cronograma de atividades;
- Desenvolver o regimento interno das atividades de educação permanente;
- Padronizar as práticas assistenciais e comportamentais;
- Mobilizar os gerentes das unidades para a importância do plano de desenvolvimento de recursos humanos;
- Instituir um método de avaliação de desempenho do trabalhador;
- Estabelecer um plano de qualidade das práticas assistenciais;
- Conhecer e discutir as normas e rotinas existentes na instituição, com a finalidade de avaliar sua pertinência, validá-las ou propor alterações para subsidiar o planejamento dos temas a serem abordados nos treinamentos;
- Pactuar com as gerências o cronograma de treinamento;
- Pactuar ações com unidades de ensino superior e outros parceiros, promovendo convênios para pós-graduações, mestrados e doutorados;
- Criar momentos culturais, nas datas festivas e nos dias comemorativos das profissões aqui existentes, com objetivo de valorização profissional.

4.3.1.1.2.5 Pesquisa de Clima Organizacional

A **OS ICAASES** pretende desenvolver periodicamente nas unidades assistenciais a Pesquisa de Clima Organizacional, uma ferramenta para coleta de dados, fornecendo informações importantes sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho dos mesmos. Além da identificação destes problemas, a pesquisa, enquanto meio de comunicação, possibilitará a utilização do conhecimento tácito dos colaboradores para a resolução dos problemas com os quais os mesmos lidam diariamente. A pesquisa, portanto, possibilita que a organização avalie seu momento atual e planeje ações, em um processo de melhoria contínua.

Alguns objetivos da pesquisa de clima e uso das informações:

- Avaliar o grau de satisfação dos colaboradores em relação à organização;
- Criar canal de comunicação direta entre os colaboradores e a direção da organização, onde possam manifestar suas opiniões com garantia do anonimato;
- Permitir melhoria do clima organizacional onde for constatado o maior grau de insatisfação no ambiente de trabalho.

Resultados esperados:

- Melhoria contínua da qualidade no ambiente de trabalho, proporcionando desenvolvimento pessoal e profissional aos colaboradores e ganhos para a organização;
- Oferecer condições de segurança adequadas para o trabalho;
- Melhorar a comunicação na organização;
- Proporcionar um bom relacionamento entre os diferentes níveis hierárquicos;
- Criar um ambiente saudável de trabalho através da manutenção do bom relacionamento interpessoal;
- Aprimoramento das políticas de Responsabilidade Social adotadas pela organização, gerando resultados satisfatórios aos seus grupos de interesses (Clientes Internos e Externos, Colaboradores, Fornecedores, e a Sociedade);
- Possibilitar uma adequada gestão do conhecimento;
- Melhorar o comprometimento e conhecimento dos colaboradores em relação aos objetivos da organização;
- Desenvolver e capacitar as lideranças;
- Possibilitar o desenvolvimento profissional dos colaboradores;
- Identificar os pontos fortes e fracos da organização na visão dos colaboradores, permitindo assim a melhoria do nível de satisfação destes;
- Melhoria das condições de infraestrutura para o trabalho;
- Oferecer condições para o desenvolvimento e a inovação;
- Oferecer condições satisfatórias de trabalho, de acordo com os interesses dos colaboradores.

A **OS ICAASES** apresenta modelo de Pesquisa de Clima Organizacional a ser utilizado na elaboração daquele que será implementado na instituição, com os objetivos supramencionados.

Os resultados da referida pesquisa subsidiarão a avaliação do momento institucional e o planejamento de ações, em um processo de melhoria contínua.

MODELOS DE PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

LISTA SUGESTIVA DE PERGUNTAS

Modelo de Kolb

Utiliza uma escala de 7 fatores/indicadores:

- **Responsabilidade**

Sentimento de autonomia para tomada de decisões relacionadas ao trabalho e a não dependência quando desempenha suas funções.

- **Recompensa**

Sentimento de ser recompensado por um trabalho bem-feito; ênfase em incentivos positivos e não em punições; sentimento sobre a justiça da política de promoção e remuneração.

- **Padrões**

É o grau em que a organização enfatiza normas e processos.

- **Conformismo**

Sentimento que os membros sentem que há inúmeras regras, procedimentos, políticas e práticas às quais devem-se amoldar ao invés de serem capazes de fazer seu trabalho como gostariam de fazê-lo.

- **Clareza Organizacional**

Sentimento de que as coisas são bem-organizadas e os objetivos claramente definidos, ao invés de serem desordenados, confusos ou caóticos.

- **Calor e Apoio**

Sentimento de que a amizade é uma forma valorizada na organização, onde os membros confiam uns nos outros e oferecem apoio mútuo. O sentimento de que boas relações prevalecem no ambiente de trabalho.

- **Liderança**

Disposição dos colaboradores em aceitar a liderança e a direção de outros qualificados; quando surgem necessidades de liderança, os membros sentem-se livres para assumi-la e são recompensados por uma liderança bem-sucedida; a organização não é dominada por uma ou duas pessoas ou depende delas.

Modelo de perguntas: Pesquisa de Clima organizacional

LIDERANÇA E GESTÃO DE PESSOAS

1. Seu superior hierárquico estimula o trabalho em equipe?
2. As orientações que você recebe sobre o seu trabalho são claras e objetivas?
3. Seu superior imediato é receptivo às sugestões de mudança?
4. Você tem uma ideia clara sobre o resultado que o seu superior imediato espera do seu trabalho?
5. Você recebe do seu superior imediato as informações necessárias para a realização do seu trabalho?
6. Você é informado pelo seu superior imediato sobre o que ele acha do seu trabalho?
7. Você confia nas decisões tomadas pelo seu superior imediato?
8. Os gestores da empresa têm interesse no bem-estar dos funcionários?
9. Você considera que seu trabalho é avaliado de forma justa pelos seus superiores?
10. Você se considera respeitado pelo seu superior imediato?
11. Seu superior transmite a você e aos seus colegas as informações que vocês precisam conhecer?
12. Você considera o seu superior hierárquico um bom líder?
13. Você considera o seu superior hierárquico bom profissionalmente?
14. Você se sente à vontade para falar abertamente a respeito de trabalho com o seu superior imediato?
15. O seu superior imediato reconhece os bons resultados alcançados por você no seu trabalho?
16. Você sabe quais são os resultados que o seu superior imediato espera do seu trabalho?
17. Você acha que os superiores são receptivos às críticas dos seus subordinados?
18. As decisões tornadas pelo seu chefe no dia a dia são corretas?
19. Seu chefe está sempre disponível quando você precisa dele?
20. Seu superior imediato apoia sua participação em programas de treinamento?
21. No seu setor de trabalho há algum funcionário “protegido” pelo seu chefe?
22. Seu chefe informa sobre os fatos importantes que estão acontecendo na empresa?

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

1. O treinamento que você recebe o capacita a fazer bem o seu trabalho?
2. Os treinamentos que a empresa costuma oferecer atendem às necessidades prioritárias do seu setor?
3. A empresa oferece oportunidades para o seu desenvolvimento e crescimento profissional?
4. Você considera suficiente o treinamento dado pela empresa?
5. empresa dá condições de treinamento/desenvolvimento para que você tenha um aprendizado contínuo?
6. A frequência de treinamento oferecido pela empresa está adequada?
7. A qualidade dos treinamentos oferecidos pela empresa é boa?

COMUNICAÇÃO

1. A empresa explica adequadamente aos funcionários o motivo das decisões que ela toma?
2. Os funcionários se sentem adequadamente informados sobre as decisões que afetam o trabalho deles?
3. Você se sente informado a respeito dos reajustes/aumentos salariais praticados pela empresa?
4. Você se sente bem-informado sobre os planos futuros da empresa?
5. Onde você encontra as informações que deseja saber sobre a empresa?
Assinale a principal alternativa?
() Conversas nos corredores () Quadros de aviso () Colegas de trabalho
() Jornal interno () Superior imediato () Circulares internas () Na imprensa
() Através de Recursos Humanos
6. Você se sente bem-informado sobre os benefícios da empresa?
7. Você se considera bem-informado sobre o que se passa na empresa?
8. Você se sente bem-informado sobre os planos futuros da empresa?
9. Os meios de comunicação interna na empresa (memorandos, quadro de aviso, e-mails). são claros e úteis e mantém-me informado?
10. A comunicação entre colaboradores de diferentes setores flui adequadamente?
11. As informações que recebo da empresa são confiáveis, a comunicação é transparente?

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

1. Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos departamentos da empresa?
2. O trabalho em equipe é presente na empresa?
3. O clima de trabalho da minha equipe é bom?
4. Existe um relacionamento de cooperação entre os diversos departamentos da empresa?
5. Como você considera o relacionamento entre os funcionários do seu setor?

6. No meu setor existe elevado grau de abertura e confiança mútua entre o superior imediato e demais membros da equipe?
7. Existe respeito, cooperação e ajuda mútua entre os colegas do meu setor, somos um grupo integrado?
8. O relacionamento entre as pessoas da minha equipe é autêntico?
9. Acredito que há um relacionamento profissional adequado entre pessoas de diferentes setores.

ÉTICA E CIDADANIA

1. A atuação da empresa é guiada por valores éticos?
2. Você acha que a empresa age eticamente nas suas decisões?
3. Você considera a empresa socialmente responsável?
4. Até que ponto a empresa cumpre as promessas oficialmente feitas aos funcionários?
5. A empresa normalmente cumpre as promessas feitas aos seus funcionários?
6. A empresa pratica ações éticas com os trabalhadores?
7. A empresa tem ações éticas voltadas a comunidade?
8. A empresa valoriza ações éticas entre os colaboradores?

SISTEMAS DE REMUNERAÇÃO

1. Sua remuneração é adequada ao trabalho que você faz?
2. Você considera seu salário adequado em comparação com o salário recebido por outros funcionários do mesmo nível da sua empresa?
3. Como você compara o seu salário ao de outras pessoas que executam tarefas semelhantes às suas em outras empresas?
4. O seu salário satisfaz às suas necessidades básicas de vida?
5. Você se sente satisfeito em relação ao seu salário?

CONDIÇÕES DE TRABALHO

1. As condições físicas de trabalho na empresa são satisfatórias (ruído, temperatura, higiene, mobiliário etc.)?
2. Você se sente satisfeito em relação ao volume de trabalho que realiza?
3. As condições ambientais do seu local de trabalho são satisfatórias?
Temperatura () Sim () Não
Espaço () Sim () Não
Mobiliário () Sim () Não
Higiene () Sim () Não
Instalações sanitárias () Sim () Não
4. Você se sente satisfeito em relação ao volume de trabalho que realiza?

QUALIDADE E PRODUTIVIDADE

1. O compromisso da empresa com a qualidade dos seus produtos, serviços e processos está visível no trabalho diário?
2. A qualidade do trabalho é considerada mais importante do que a sua quantidade?
3. A empresa costuma melhorar os produtos e serviços prestados aos seus clientes?
4. Seus colegas de setor de trabalho procuram formas de melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho?
5. Conheço bem a Política de Qualidade da empresa e compreendo bem seus conceitos e objetivos?
6. Considero que os produtos/serviços gerados pelo meu setor apresentam a qualidade esperada pelos nossos clientes?

IMAGEM E ADEÇÃO

1. Você indicaria um amigo para trabalhar na sua empresa?
2. A empresa desfruta de boa imagem entre os funcionários?
3. Considera a empresa um bom lugar para trabalhar?
4. O seu trabalho lhe dá um sentimento de realização profissional?
5. Você considera justas as decisões tomadas pela diretoria em relação aos funcionários da empresa?
6. Você está satisfeito por trabalhar na empresa?
7. Você gosta do trabalho que faz?
8. Você acha que os funcionários se orgulham do desempenho da empresa?
9. Você se sente satisfeito trabalhando na empresa levando em consideração tudo o que ela lhe oferece?

PERGUNTAS ABERTAS

Indique os dois principais fatores que geram mais satisfação no seu trabalho?

Que sugestões você daria para tornar a empresa um lugar melhor para se trabalhar?

4.3.2 Critérios para a Seleção de Pessoal; Contrato de Trabalho; Avaliação de Desempenho e Condutas para combater Absenteísmo e Estimular Produção

Atualmente as empresas estão investindo em métodos e processos diferenciados quando trata-se de recrutamento e seleção. Usar novas tecnologias e inovar são mais do que permitidos, são incentivados. Avaliações e entrevistas saem dos ambientes formais e apostam em maneiras para deixar candidatos e recrutadores mais à vontade. Segundo especialistas, estas ações podem ajudar no processo de mapeamento das competências dos profissionais e diminuir as chances de erro no momento de traçar perfis para uma determinada vaga.

Principais Ferramentas de Seleção

- avaliações de competências interpessoais;
- dinâmicas relacionadas ao trabalho;
- aplicativos de mensagens instantâneas;
- entrevistas via vídeo chamada;
- reuniões em ambientes informais;
- avaliações usando realidade virtual.

"Buscar o maior compromisso de todos os colaboradores que fazem parte da empresa: fortalecer, continuamente, o relacionamento com seus parceiros", sejam candidatos ou clientes.

Principais Fatores que Levam à Demissão

- Falta de liderança;
- Oportunidades de carreira;
- Comprometimento com o negócio;
- Não possuir o perfil da empresa;
- Reestruturação da companhia.

As tendências exibidas terão mais impacto na forma de contratar nos próximos anos:

- A diversidade é a tendência que trará mais mudanças, e já está sendo utilizada por mais da metade das empresas;
- As novas técnicas de entrevista (p.ex., avaliações de competências interpessoais e testes na prática) estão ganhando espaço como formas de melhorar as entrevistas tradicionais, mas a adoção ainda está no início.

diversidade, termo popular dos anos 80, tornou-se diversidade e inclusão, à medida que o movimento amadureceu, e diversidade, inclusão e pertencimento, mais recentemente. E por quê? Diversidade é ser convidado para a festa, inclusão é ser chamado para dançar e pertencimento é dançar como se ninguém estivesse olhando.

Pertencimento é a sensação de segurança psicológica que permite que os funcionários sejam suas melhores versões no trabalho. Até mesmo nas empresas com mais diversidade, os funcionários se sentem desengajados e se demitem quando não se sentem incluídos e aceitos. A boa notícia é que as empresas estão se concentrando em todos os três elementos, sinalizando um entendimento de que a inclusão e o pertencimento solidificam a diversidade. Olhando mais à frente, veremos as empresas separando os conceitos e medindo especialmente o pertencimento.

Dentre as principais formas de abraçar a diversidade estão o respeito a opiniões diferentes e o incentivo para que as pessoas sejam autênticas. O envolvimento e a atitude da direção também são importantes. Se antes era de responsabilidade apenas do RH, a diversidade hoje é abraçada também pela direção, que a integra na missão da empresa e nos próprios cargos executivos.

Planejamento de seleções o que considerar

Informações Quantitativas Etapas e Planejamento.

Quantos profissionais?

Quais os cargos?

Qual o perfil (técnico + competências)?

Quanto tempo tenho para contratar?

Quais as minhas estratégias de captação?

Onde estão os profissionais, o que devo fazer para atraí-los?

Incluo as características e visão do meu ALVO “candidato”?

Como será o recrutamento? O processo de seleção? O que devo avaliar e como avaliar? Quem envolver?

Visão do candidato: Ele tem tempo, qual o perfil deste público atualmente?

Gerações distintas de trabalhadores com valores e expectativas diferentes sobre o trabalho. Como me relaciono com os candidatos? Como as pessoas se relacionam?

O acesso à informação é ágil, comportamento do consumidor mudou, a forma de aprender mudou. Os candidatos também!

Recrutamento

O Recrutamento é conjunto de técnicas e procedimentos que tem objetivo de atrair candidatos potencialmente qualificados. É necessário diagnosticar e localizar as fontes supridoras de recursos humanos no mercado que interessem especificamente, para nelas concentrar os esforços de recrutamento.

Tipos:

Recrutamentos externo e/ou interno; Banco de dados de candidatos; Anúncios em jornais e revistas especializadas; Divulgação no site da empresa e em sites especializados; Cartazes/folders, palestras em universidades.

Como ampliar as fontes de recrutamento? O que a Instituição precisa em termos de pessoas (perfil dos profissionais)? O que o mercado pode oferecer de acordo com o perfil procurado? Quais as fontes e técnicas de recrutamento devem ser aplicadas? Como chegar até os profissionais e atraí-los?

Estratégias e Processos de Seleção.

A Seleção de recursos humanos é um sistema de comparação e de escolha (tomada de decisão), o qual deve necessariamente apoiar-se em algum padrão ou critério para alcançar certa validade. O padrão ou critério deve ser extraído das características da função, requisitos do cargo, competências e o máximo de informações possíveis para análise e comparação dos candidatos.

Utilizar:

Técnicas de Seleção; Triagem de currículos; Provas de conhecimento; Entrevistas individuais; Entrevistas coletivas; Testes de Personalidade; Cases; Simulações; Dinâmicas de Grupo.

Pontos de partida para a realização de uma boa entrevista:

Examinar opiniões pessoais de entrevistados e “dar-lhes o devido desconto”;
Evitar perguntas do tipo “armadilha”;
Ouvir atentamente e demonstrar interesse pelos entrevistados;
Fazer perguntas que proporcionem respostas narrativas;
Evitar emitir opiniões pessoais;
Encorajar o entrevistado a fazer perguntas sobre a organização e a atividade;
Evitar a tendência de classificar globalmente o candidato (superficial ou generalização), como apenas bom, regular ou péssimo;
Evitar tomar muitas anotações e registros durante a entrevista para dedicar-se mais atentamente ao candidato, e não às anotações.

O Regulamento de Contratação de Pessoal será apresentado no Anexo I: Regulamentos.

4.3.2.1 Integração do Trabalhador

Objetivo:

Garantir ao novo trabalhador conhecer as unidades assistenciais, seus valores e suas diretrizes; os seus direitos e deveres dentro do contexto assistencial.

Procedimentos:

- Providenciar a recepção e a capacitação inicial dos trabalhadores, quando de seu ingresso nas unidades assistenciais;
- O Setor Administração de Pessoal fará o acolhimento inicial dos novos trabalhadores;
- Apresentação de um breve histórico que inclui a missão, visão e valores institucionais focados no Planejamento Estratégico;
- Informados os direitos e deveres, normas de proteção e segurança no trabalho, e realização da ambientação do novo trabalhador nas áreas específicas;
- A Chefia Imediata realizará a ambientação no local de trabalho, descrição das funções e o acompanhamento do novo trabalhador;

- Avaliação Inicial;
- Na vigência do período de experiência, será feita uma avaliação com o novo trabalhador incluindo a ambientação e o desenvolvimento das funções;
- A Chefia Imediata fará o acompanhamento do novo trabalhador por um período inicial, registrando em formulário próprio;
- O acompanhamento do trabalhador até a sua efetivação será realizado mediante as etapas de avaliação do estágio probatório, realizado por comissão designada para tal fim;
- Nos casos de rescisão contratual caberá ao setor de Administração de Pessoal informar a decisão ao trabalhador a ser desligado;
- Durante todo o processo de integração, o setor de Administração de Pessoal dará suporte às chefias imediatas.

4.3.2.2 Segurança do Trabalho

A área Especializada de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho em articulação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, em relação aos trabalhadores das unidades assistenciais **devem**:

Procedimentos:

1. Prestar assistência médica, psicológica, social e de enfermagem, em regime ambulatorial;
2. Propor medidas de redução ou eliminação dos riscos existentes à saúde, inclusive a utilização de equipamentos de proteção;
3. Promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação, referentes às questões de saúde e segurança do trabalho;
4. Realizar exames médicos ocupacionais, admissionais e demissionais, quando for o caso, observando os prazos previstos na legislação pertinente;
5. Emitir laudos para concessão de licença para tratamento de saúde, obedecendo aos limites legais;
6. Efetuar acompanhamento médico de acidente do trabalho;
7. Implementar medidas de promoção da saúde e de proteção da integridade, de acordo com a legislação vigente.

4.3.2.3 Avaliação de Desempenho

A primeira atitude que uma empresa precisa tomar para conseguir administrar bem seus melhores funcionários é definir nos profissionais quais são seus talentos. Em nossa visão essa concepção passa por três palavras. Comprometimento, competência, e contribuição dos colaboradores para sua organização.

Trabalhar por competências consiste em verificar se uma determinada pessoa é certa para a vaga que ocupa, trata de questionar se ela tem as capacidades (tanto técnicas quanto emocionais), necessárias para o cargo. E caso não tenha, criar condições para que esse desenvolvimento ocorra. Esses são alguns aspectos dessa ferramenta conhecida como Avaliação de desempenho.

Quando bem usada, a avaliação de desempenho é uma importante ferramenta para a gestão de pessoas. É o momento em que gestores, pares e áreas, avaliam a performance dos profissionais e das equipes. Trata-se de um processo de identificação, análise do comportamento de um colaborador durante um intervalo de tempo, analisando sua postura profissional, seu conhecimento técnico e sua relação com os parceiros de trabalho.

Avaliar em sentido amplo é uma prática inerente à natureza humana, assim como tomar decisões está presente em toda escolha. Cada vez mais as empresas e organizações selecionam pessoas que compartilhem com seus valores e crenças, e essas organizações utilizam sistemas de reconhecimento para estimular e tentar garantir os desempenhos considerados adequados e desejáveis às suas realidades.

A avaliação de desempenho se dá por meio de um instrumento utilizado para medir o resultado das atividades e das ações que os colaboradores da organização realizaram durante determinado período.

A avaliação de desempenho tem como objetivos mensurar, identificar e analisar o desempenho individual e grupal dos funcionários, promovendo o desenvolvimento, bem como melhorando o desempenho das pessoas e da equipe.

Esse instrumento subsidia a área de Gestão de Pessoas com informações para tomadas de decisões acerca de remuneração, promoções, treinamento e planejamento de carreira, proporcionando o crescimento e o desenvolvimento da pessoa avaliada.

Através da avaliação de desempenho, será mais fácil fornecer informações sólidas e tangíveis sobre o desempenho dos colaboradores da organização, e auxiliá-los no caminho para o autodesenvolvimento.

Outro benefício é a possibilidade de descoberta de talentos resultante da identificação das qualidades de cada avaliado na empresa/organização.

Finalidades

Dentre as finalidades do processo de avaliação de desempenho, podemos citar: Facilitar o processo de planejamento organizacional e o alcance de metas institucionais;

Comprometer os colaboradores no alcance dos objetivos da instituição; subsidiar com informações que visem à melhoria de desempenho;

Reconhecer o potencial dos funcionários e buscar melhores resultados para a organização;

Estimular o fluxo de informação entre os diversos níveis hierárquicos para a melhoria das relações interpessoais e a qualidade dos serviços prestados;

Subsidiar o redimensionamento da força de trabalho em função das competências individuais e institucionais;

Identificar a necessidade de treinamento, capacitação e qualificação para melhoria de desempenho individual e coletivo;

Fornecer informações que possibilitem ao avaliado conhecer o que a organização espera do seu desempenho;

Possibilitar a concessão da promoção e da progressão funcional.

Entende-se que não é objetivo da Avaliação de Desempenho a aplicação de medidas disciplinares. É um instrumento que, quando aplicado, determina se o desempenho de cada um satisfaz as necessidades pré-estabelecidas pela instituição e se atinge os objetivos e resultados esperados.

A função do gestor/avaliador é também a de identificar, conjuntamente com a equipe, situações de trabalho passíveis de correção, transformação e ajustamento, localizando causas e estabelecendo perspectivas de melhorias.

A avaliação de desempenho, muitas vezes, pode servir de base às políticas de promoção das organizações. O processo é efetuado periodicamente, normalmente com caráter anual, e consiste na análise objetiva do avaliado no seu trabalho, e posteriormente na comunicação dos resultados.

Tradicionalmente compete aos superiores avaliarem os seus subordinados, estando a avaliação sujeita a correções posteriores para que os resultados finais sejam compatíveis com a política de promoções.

Motivação dos funcionários:

O desenvolvimento profissional não significa coagir os funcionários a adotarem as metas da organização, nem sequer manipular seu comportamento. Muito pelo contrário, o desenvolvimento exige um relacionamento no qual cada um possa assumir a responsabilidade pelo desenvolvimento de seu próprio potencial, de forma planejada, e colocar esse potencial em ação.

Assim, pode-se pensar na avaliação de desempenho como um importante meio para identificar os potenciais dos funcionários, melhorar o desempenho da equipe e a qualidade das relações entre os funcionários e seus superiores e servir de estímulo nos esforços para alcançar resultados positivos e satisfatórios para o indivíduo e para a organização.

Cabe à área de Recursos Humanos motivar a carreira dos profissionais da instituição, desde o mais simples funcionário ao principal cargo. Todos precisam ser incentivados, envolvidos e compromissados com a instituição/organização onde atuam.

Muitos são os modelos e métodos de avaliação de desempenho (métodos tradicionais, subjetivos, avaliação 360º, avaliação por competências, avaliação por resultados etc.). Entretanto, o mais importante é que o processo seja transparente para os avaliados e que os efeitos da avaliação sirvam de feedback para aperfeiçoamento do trabalho, tragam resultados para a organização, além de motivação e crescimento para servidores e funcionários.

As pessoas sempre reagem positivamente a recompensas e a reconhecimento, e é dever da organização proporcionar essa motivação aos seus colaboradores. A **OS**, seguindo a tendência contemporânea, propõe a realização de Avaliação de Desempenho por Competências. Nesse sentido, defende a reformulação do papel dos funcionários no sistema de avaliação. Eles devem fazer uma autoavaliação, identificando não apenas seus pontos fracos, mas seus pontos fortes e seus potenciais. Deixam de ser objetos passivos e passam a ser agentes ativos da avaliação de seu desempenho.

A avaliação por competências

A premissa básica é a de que o funcionário sabe ou pode aprender – a identificar suas próprias competências, necessidades, pontos fortes, pontos fracos e metas. Assim, ele é a pessoa mais capaz de determinar o que é melhor para si. O papel dos superiores e da área de RH, passa a ser o de ajudar o funcionário a relacionar seu desempenho às necessidades e à realidade da organização.

“Competências são repertórios de comportamentos que algumas pessoas e/ou organizações dominam, o que as faz destacar de outras em contextos específicos” (LEBOYER, 1997). É importante ressaltar que o conceito destaca a excelência, o que torna necessário estabelecer um processo sistematizado, com metodologias específicas, passível de mensuração e comparação de performances entre os vários colaboradores de uma instituição, quando se deseja identificar pessoas dentro do perfil desejado.

A gestão por competências é sistema gerencial que busca impulsionar os funcionários na competência profissional, acrescentando capacidades e aumentando as já existentes. Competências são aqui entendidas como as capacidades, os conhecimentos e as características pessoais que distinguem os profissionais de alto desempenho daqueles de desempenho regular em determinada função.

O gerenciamento baseado em competências ou Gestão por Competências é uma ferramenta que identifica as competências essenciais, as habilidades e conhecimentos determinantes da eficácia profissional e também as lacunas de qualificação do funcionário para tarefas específicas e fornece recursos para aperfeiçoar suas capacidades. O resultado é um quadro de funcionários mais talentosos e mais produtivos.

O gerenciamento baseado nas competências representa uma mudança cultural em direção a um maior senso de responsabilidade e autogestão dos funcionários. É também uma maneira simples de melhorar o desempenho.

O primeiro passo é definir as competências técnicas, conceituais e as interpessoais, dentro de cada função. É importante salientar que definir competência não é definir tudo aquilo que o funcionário faz, mas determinar quais capacitações devem ser fomentadas, protegidas ou diminuídas.

A **OS** acredita que no modelo de Gestão por Competências, a avaliação é apenas uma ferramenta que auxilia o funcionário a clarear para si mesmo e para a organização, quais as competências que possui e quais deverão buscar desenvolver ou incrementar. Esse processo deverá sempre estar alinhado às competências essenciais da própria organização.

A avaliação se iniciará pelo mapeamento, que irá permitir colher dados relativos às competências necessárias para o bom desempenho das atividades e perfil do funcionário quanto a estas competências, categorizando-as em três blocos, que são: Competências Conceituais (conhecimento e domínio de conceitos e teorias que embasam as técnicas); Competências técnicas (domínio de métodos e ferramentas específicas para determinada área de trabalho) e Competências interpessoais (permitir que as pessoas se comuniquem e interajam de forma eficaz. Atitudes e valores pessoais).

Alinhamento de Metas

Para que a empresa tenha claro para onde está indo, faz-se necessário que alinhe suas metas, estruture bem seus processos, demonstre para seus colaboradores o que esperam deles, para que estes compreendam claramente o que a empresa espera deles, corresponsabilize-os pela atividade que desenvolvem. Delimite um caminho claro para seguir, metas para alcançar, e as recompensas que receberão. A avaliação de empenho deve ser realizada em todos os níveis hierárquicos da instituição. É necessário também dispositivos para o desenvolvimento de estratégias de melhoria do clima e a cultura organizacional, fortalecer a mérito dos colaboradores.

A ferramenta de avaliação de desempenho promove melhorias consideráveis as relações intersubjetivas entre os trabalhadores pois o modelo de gestão passa a ser pautado no diálogo. Assim traçar uma comunicação direta, transparente com os colaboradores, oferecer respostas para suas questões, “feedbacks”, reconhecer suas melhorias. Desenvolver modelos de remuneração.

As pesquisas, as entrevistas com especialistas e os movimentos do setor deixam tudo muito claro.

4.3.2.4 Proposta de Combate ao Absenteísmo

A **OS ICAASES** trabalha com o princípio de que o absenteísmo é um problema para a empresa, seja ele causado por motivos de saúde ocupacional (acidentes típicos de trabalho, de trajeto, doenças do trabalho ou doenças ocupacionais) ou assistencial (doenças comuns, tratamentos médicos ou odontológicos, cirurgias) ou ainda por motivos que não por saúde (doação de sangue, gala, luto ou por motivos de ordem legal).

O médico do trabalho, o gestor de pessoas (RH), a diretoria da empresa, as chefias e encarregados devem tomar todas as medidas a seu alcance para inibir a falta ao trabalho, seja justificada ou não.

Cabe à chefia ou encarregado na suspeita de doença ou queixa em relação à limitação funcional ao trabalho desenvolvido pelo funcionário encaminhar este funcionário para avaliação médica ou odontológica com a finalidade de dirimir dúvidas.

Tipos de absenteísmo

São três os tipos de absenteísmo, a saber:

1) Absenteísmo por motivo de saúde:

a) Ocupacional: acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e do trabalho, por exemplo;

b) Assistencial: doenças comuns, sazonais, doenças cirúrgicas não ocupacionais, parto, acidentes domésticos e de trânsito, por exemplo.

2) Absenteísmo por motivos que não de saúde.

Causas do absenteísmo

Abaixo estão listadas as situações potenciais para faltas ou perda de tempo de trabalho, principalmente por motivos de não saúde:

- a. Por cúmplices pessoais internos: chefes e encarregados que não monitoram a presença ou ausência de seus subordinados no local onde deveriam estar, “pulso fraco” ou “laisse a faire”, agenda do ambulatório da empresa não dá prioridade a quem está em serviço e aguardando consulta;
- b. Por cúmplices pessoais externos: chefias que justificam a ausência ou falta do funcionário ao setor por tempo maior que o necessário; médicos ou odontólogos que emitem atestados para outros fins que não sejam saúde; doação de sangue durante expediente de trabalho;
- c. por cúmplices ambientais internos: presença de cantina, cafezinhos, serviços médicos assistenciais cúmplices, refeições demoradas;

- d. por cúmplices ambientais externos: festas típicas, cultos religiosos, catástrofes, por exemplo;
- e. por problemas socioeconômicos: baixos salários, ausência de plano de carreira;
- f. por problemas pessoais no trabalho: desavenças com chefes e encarregados, desentendimentos com colegas, ambiente psicopatológico de trabalho.

Nos casos de falta por motivos de saúde ocupacional ou assistencial tanto o médico coordenador do PCMSO como o setor responsável pela gestão de pessoas (RH) tem a função de tomar medidas de ordem legal de acordo com os limites previstos na CLT, código de ética profissional, dissídio coletivo ou acordo entre empresa e sindicato, por exemplo, para inibir as ausências ao trabalho, justificadas ou não.

Assim, a orientação aos funcionários através de comunicações escritas acerca de regras de conduta frente às ausências ao serviço deve ser feita regulamente, seja para esclarecimento ou para lembrança.

No combate aos motivos que se agregam como “não saúde” é importante a ação do encarregado ao fiscalizar as atividades de seus subordinados quanto à produtividade no trabalho.

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) deve informar periodicamente a diretoria da empresa, através da Gestão de Pessoas, os níveis e causas do absenteísmo para que medidas administrativas possam ser tomadas.

Programas auxiliares

São programas que visam diminuir a incidência de acidentes ou doenças do trabalho:

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Programa de Trabalho Restrito.

O PCMSO é de caráter obrigatório. Ele tem o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Tem caráter preventivo, de rastreamento e diagnóstico dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além de constatar e atuar nos casos ocorrência de doenças profissionais.

O Programa de Trabalho Restrito corresponde a um conjunto de normas e instruções para que o funcionário exerça atividade laborativa, de modo parcial ou suave, quando sua dispensa teria como destino sua residência.

A proposta é que permaneça no local de trabalho, ou outro, executando atividade de seu conhecimento e experiência sem estar submetido a risco de agravamento do problema específico de saúde que apresenta e sem estar submetido à situação de constrangimento perante os colegas de trabalho devido à limitação de saúde apresentado.

O agravo ou problema de saúde também não deve ensejar risco adicional de acidente ou agravamento do estado de saúde presente ou que sua atividade restrita não coloque em risco a segurança dos demais colegas de trabalho.

Em todos os casos haverá necessidade de avaliação médica prévia com indicação das restrições e limites de atuação deste funcionário na atividade laborativa, com pronunciamento da chefia sobre a existência dessa atividade em conformidade com as limitações apontadas pelo médico.

Critérios para aceitabilidade de atestados

O atestado que contém o tempo de dispensa, diagnóstico codificado da doença (CID-10), assinatura do médico ou odontólogo sobre o carimbo, do qual conste o nome completo, número de registro profissional, a priori, deve ser aceito pela empresa.

Atestados médicos ou odontológicos fornecidos pelo SUS para abonar faltas são aceitos por decisão jurisprudencial trabalhista.

Atestados são aceitos quando houver decisão favorável da gerência ou diretoria. As declarações de comparecimento aos serviços médicos ou de saúde oficiais ou privados não podem ser confundidos com atestados médicos por quem quer que seja. Eles apenas dizem que o paciente ou seu responsável, em geral no caso de crianças, compareceu à consulta naquela data.

O mesmo se aplica as receitas médicas ou odontológicas, que não são justificativas de falta ao trabalho.

Os critérios para invalidar atestados são:

1. Atestados emitidos sem assinatura ou sem carimbo ou por profissionais não médicos ou não dentistas (falta prova legal e resolução CFM 1548/99);
2. Atestados pré-datados e pós-datados;
3. Atestado com tempo de dispensa incompatível com a evolução normal da doença em questão, seja para mais ou para menos;
4. Atestado médico emitido por odontólogo ou vice-versa (resolução CFM 1548/99);
5. Atestados falsos ou falsificados ou duvidosos. Os atestados duvidosos devem ser avaliados pelo médico e pelo RH antes do seu abono para efeitos de justificativa de ausência ao trabalho.

Os requisitos para abono de atestado pelo médico do trabalho (médico coordenador do PCMSO ou médico executor) ou pela empresa (gestão de pessoas) para faltas consideradas de não saúde, são:

1. Aviso de intenção de falta ao setor competente ou chefia imediata, antes do início do turno de trabalho para situações de saúde consideradas de urgência ou emergência;
2. Comunicação com antecedência de um dia, pelo menos, da falta para consultas médicas agendadas ou cirurgias ou para tratamento de saúde em ambiente hospitalar ou ambulatorial programado;
3. Comunicação com antecedência ao setor competente para dispensa para doação de sangue, cuja data de afastamento deve ser mutuamente acertada, exceto em casos de necessidade de doação por falta de estoques suficientes no banco de sangue;
4. Aviso ao setor de gestão de pessoas quando uma ausência se fizer necessária por motivos de gala, luto, judicial, militar ou outra motivação.

Obrigações

a. Gerência da Empresa de RH.

Afixar em local da empresa um placar de indicação do absenteísmo dos funcionários para que os absentes costumazes tornem-se públicos para a empresa e as medidas previstas na CLT possam ser aplicadas.

No caso do absenteísmo por doenças, devem ser tomadas todas as providências para corrigir o problema de saúde do funcionário para que volte a produzir normalmente. Se o absenteísmo for por doença ocupacional, doença do trabalho ou acidente do trabalho deve-se recomendar reunião extraordinária à CIPA para estudos e providências para eliminação dos fatores causais.

4.3.2.5 Registro e Controle de Pessoal

A **OS ICAASES**, propõe o registro e controle de pessoal para as unidades assistenciais, baseado nos preceitos previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas, Art. 74 § 2º, o qual relata que o estabelecimento com mais de 10 empregados, tem a obrigatoriedade do controle de horário de trabalho.

Manterá banco de dados atualizado, zelando pela manutenção dos dados cadastrais dos todos colaboradores, registrando as entradas e saídas na unidade.

Somente os controles de horário refletem a exata dimensão da duração do trabalho diário, quer quanto à determinação do início, quer quanto ao encerramento. Portanto, a apuração da jornada de trabalho, será feita, obrigatoriamente, através dos registros de entrada ao trabalho, saída para refeição, retorno da refeição e saída do trabalho, sendo obrigatório o registro das quatro marcações diárias.

De acordo com Art. 71 da CLT - Em qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda de 6 (seis) horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, o qual será, no mínimo, de 1 (uma) hora e, salvo acordo escrito ou contrato coletivo em contrário, não poderá exceder de 2 (duas) horas:

- § 1º - Não excedendo de 6 (seis) horas o trabalho, será, entretanto, obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos quando a duração ultrapassar 4 (quatro) horas.
- § 2º - Os intervalos de descanso não serão computados na duração do trabalho.
- § 3º O limite mínimo de uma hora para repouso ou refeição poderá ser reduzido por ato do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, quando ouvido o Serviço de Alimentação de Previdência Social, se verificar que o estabelecimento atende integralmente às exigências concernentes à organização dos refeitórios, e quando os respectivos empregados não estiverem sob regime de trabalho prorrogado a horas suplementares.
- § 4º - Quando o intervalo para repouso e alimentação, previsto neste artigo, não for concedido pelo empregador, este ficará obrigado a remunerar o período correspondente com um acréscimo de no mínimo 50% (cinquenta por cento) sobre o valor da remuneração da hora normal de trabalho. (Incluído pela Lei nº 8.923, de 27.7.1994).
- § 5º - Os intervalos expressos no caput e no § 1º poderão ser fracionados quando compreendidos entre o término da primeira hora trabalhada e o início da última hora trabalhada, desde que previsto em convenção ou acordo coletivo de trabalho, ante a natureza do serviço e em virtude das condições especiais do trabalho a que são submetidos estritamente os motoristas, cobradores, fiscalização de campo e afins nos serviços de operação de veículos rodoviários, empregados no setor de transporte coletivo de passageiros, mantida a mesma remuneração e concedidos intervalos para descanso menores e fracionados ao final de cada viagem, não descontados da jornada.

A legislação determina ainda, que o empregador deve adotar registros manuais, mecânicos ou eletrônicos. A **OS** sugere adotar o Sistema de Registro de Ponto Eletrônico, através de sistemas informatizados destinados à anotação por meio eletrônico da entrada e saída dos colaboradores, previsto no art. 74 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, em conformidade com a Portaria MTE nº 1.510/09.

A jornada de trabalho será determinada de acordo com o contrato de trabalho firmado entre a **OS** e o colaborador, respeitando, contudo, os conselhos de classes, bem como a jornada máxima fixada pela CF/1988, não podendo exceder a 44 horas semanais.

Vale ressaltar que será considerado que em algumas categorias profissionais, por força de lei ou acordo coletivo, considera-se jornadas especiais.

4.4 Serviços de Apoio

A **OS ICAASES** vai elaborar Termo de Referência para contratar Serviços Terceirizados de Apoio, tais como: serviço de nutrição (oral, enteral e parenteral); serviço de limpeza e desinfecção de superfícies (higienização); rouparia e lavanderia; sistemática de programas de manutenção predial e de equipamentos preventivo e corretivo; jardinagem; reposição e controle de materiais permanentes; serviço de gases medicinais; serviço de gerador; serviço de segurança patrimonial; hemoterapia; resíduos sólidos de serviços de saúde. Exemplo do Termo de Referência para o contratar os Serviços de Limpeza e Higienização.

4.4.1 Contratação de Terceiros para Serviços de Limpeza e Higienização Hospitalar

A contratação de terceiros para o serviço de higienização hospitalar reger-se-á por Processo Seletivo e respectivo Termo de Referência, através de Chamamento Público específico, para higienização hospitalar, com o fornecimento de mão-de-obra especializada, materiais e equipamentos necessários para o desempenho dos serviços contratados, a serem realizados na unidade hospitalar. O referido Processo Seletivo terá prazo estabelecido pela **OS ICAASES** e o Chamamento deverá conter minimamente os seguintes itens:

1. DA PARTICIPAÇÃO

- 1.1. Poderão participar do Processo Seletivo os interessados que atenderem a todas as condições e exigências do Edital e Termo de Referência.
- 1.2. Não será admitida no processo a participação de empresas, na qualidade de proponentes, que:
 - 1.2.1 Estejam reunidas em consórcio e seja controladora, coligada ou subsidiária entre si, qualquer que seja sua forma de constituição;
 - 1.2.2 Concordatárias ou em processo de falência, sob concurso de credores, em dissolução ou em liquidação;
 - 1.2.3 Que estejam com o direito de licitar e contratar com a Administração Pública suspensa, ou que por esta tenham sido declaradas inidôneas;
 - 1.2.4 Estrangeiras que não funcionem no País.

2. DA PROPOSTA

- 2.1. A interessada deverá enviar a Proposta nos termos exigidos no Edital e Termo de Referência, redigida com clareza, em língua portuguesa, devendo ainda necessariamente:
 - 2.1.1 Ser apresentada, impressa, em envelope, lacrado;
 - 2.1.2 Conter todos os itens técnicos de acordo com o Termo de Referência, com seus respectivos preços, inclusive todas as despesas, de qualquer natureza, incidentes sobre o objeto do referido Processo Seletivo;

- 2.1.3 Conter as especificações técnicas dos equipamentos e serviços de forma clara, descrevendo detalhadamente as características técnicas da oferta;
- 2.1.4 O prazo de validade da proposta, não inferior a 60 (sessenta) dias, a contar da data de apresentação da proposta;
- 2.1.5 Relatório de vistoria presencial da unidade, que servirá para elaboração da proposta, devidamente protocolado por preposto da **OS ICAASES** no Hospital.
- 2.2. A Proposta deverá conter ainda:
 - 2.2.1 Declaração de total conhecimento e concordância com os termos do Edital e seus anexos;
 - 2.2.2 Identificação da proponente, com a indicação do nome empresarial, com endereço completo (incluindo CEP), telefone, fax, CNPJ, endereço eletrônico para contato;
 - 2.2.3 Quaisquer outras informações afins que julgar imprescindíveis para a correta análise da proposta.
- 2.3. A avaliação das propostas será feita com a observância no conjunto de melhor técnica e preço relativos aos serviços e estrutura ofertados.
- 2.4. Serão desclassificadas as propostas elaboradas em desacordo com o Edital e seus anexos.

3. DA HABILITAÇÃO

- 3.1. Quanto à Habilitação Jurídica, será exigida a seguinte documentação:
 - 3.1.1 Cédula de identidade dos representantes legais da empresa;
 - 3.1.2 Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, acompanhado dos documentos comprobatórios de eleição de seus administradores;
 - 3.1.3 Cartão de CNPJ (Comprovante de inscrição e situação cadastral).
- 3.2. Quanto à Habilitação Técnica, será exigida:
 - 3.2.1 Comprovação de aptidão (Atestado de Capacidade Técnica) no desempenho de atividade pertinente compatível em características “serviços de higienização Hospitalar”, com descrição da quantidade mínima de funcionários” e prazo “com contrato contínuo de vigilância igual ou superior a 12 (doze) meses” e devidamente registrado no Conselho Regional de Administração/ CRA, conforme as Leis nº 4.765/1965 e 6.389/1980;
 - 3.2.2 Termo de Vistoria;
 - 3.2.3 Registro ou inscrição da empresa e de seu (s) responsável (is) técnico (s) em plena validade, acompanhada dos comprovantes de quitação, de acordo com o disposto no inciso I do artigo 30, da Lei 8666/1993, com jurisdição sobre o domicílio da sede da licitante, no Conselho Regional de Administração – CRA;
 - 3.2.4 Declaração do representante legal da empresa proponente com Indicação das instalações, dos equipamentos e do pessoal técnico, disponíveis e adequados para a realização dos serviços;

3.2.5 Comprovação de possuir em seu quadro permanente, até a data limite da entrega das propostas, responsáveis técnicos, que deverá ser realizada através de cópia da carteira de trabalho do empregado, contrato de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregado, ou no caso de o profissional ser sócio, diretor ou proprietário, cópia do ato constitutivo ou contrato social em vigor;

3.3. Quanto à regularidade fiscal, será exigida a seguinte documentação:

3.3.1 Prova de inscrição no cadastro de pessoas físicas (CPF) ou no cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ);

3.3.2 Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual ou municipal, relativo ao domicílio ou sede da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade;

3.3.3 Prova de Regularidade relativa ao FGTS, por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF), expedida pela Caixa Econômica Federal (www.caixa.gov.br) ou do documento denominado "Situação de Regularidade do Empregador", com prazo de validade em vigor na data marcada para abertura dos envelopes e processamento do Pregão;

3.3.4 Prova Regularidade relativa à Seguridade Social (INSS), através de Certidão Negativa de Débito (CND) expedida pelo INSS - Instituto Nacional do Seguro Social (www.mpas.gov.br);

3.3.5 'Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativa a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Procuradoria da Fazenda Nacional e Receita Federal, através dos sites (www.pgfn.fazenda.gov.br) ou (www.receita.fazenda.gov.br);

3.3.6 Prova de Regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débito em relação a tributos estaduais (ICMS), expedida pela Secretaria da Fazenda Estadual, do Estado sede da licitante;

3.3.7 Prova de Regularidade para com a Fazenda Municipal por meio de Certidão de Tributos Mobiliários do domicílio ou sede do proponente, ou outra equivalente na forma da Lei, com prazo de validade em vigor;

3.3.8 Prova de regularidade para com a Fazenda Pública do Estado de origem da matriz, ou filial que prestará o serviço, por meio de Certidão de Débito Inscrito em Dívida Ativa – Negativa, expedida pela Secretaria da Fazenda;

3.3.9 Caso a participação se dê através da matriz, com possibilidade de que o fornecimento do bem ofertado se dê por filial, ou vice-versa, a prova de regularidade fiscal deverá ser de ambas, CNDT emitida pelo Tribunal Superior do Trabalho;

3.3.10 As Certidões Negativas de Débito aqui solicitadas para a Habilitação Jurídica e Fiscal poderão ser apresentadas na forma de Certidões Positivas com Efeitos de Negativa.

3.4. Quanto à Qualificação Econômico-Financeira, será exigida a seguinte documentação:

3.4.1 Balanço Patrimonial e demonstração contábil do último exercício social, já exigíveis na forma da lei, que comprove a boa situação financeira da proponente, vedada a sua substituição por balancetes ou balanços provisórios. O referido balanço deverá ser devidamente certificado por profissional registrado no Conselho de Contabilidade, mencionando obrigatoriamente, o número do livro diário e folha em que o mesmo se acha transcrito, bem como cópia do Termo de abertura e encerramento, com a numeração do registro na JUNTA COMERCIAL, exceto para empresas criadas neste exercício, que deverão apresentar balanço de abertura para suprir a exigência deste item;

3.4.2 Comprovação da boa situação financeira da empresa através dos seguintes índices contábeis, os quais deverão ser maiores ou iguais a 1 (um). A licitante que apresentar resultado menor que 1 (um) em qualquer um dos índices ILG, ILC e ISG, nos termos da fórmula acima estará automaticamente inabilitada para o certame.

$$ILG = (AC+RLP) / (PC+PNC) \geq 1 \quad ILC = (AC) / (PC) \geq 1 \quad ISG = AT / (PC+PNC) \geq 1$$

Onde:

ILG = Índice de Liquidez Geral;

ILC = Índice de Liquidez Corrente;

ISG = Índice de Solvência Geral;

AT = Ativo Total;

AC = Ativo Circulante;

RLP = Realizável a Longo Prazo;

PC = Passivo Circulante;

PNC = Passivo Não-Circulante;

PL = Patrimônio Líquido.

3.4.3 Certidão Negativa de Falência, Concordata e/ou Recuperação Judicial expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica, ou de execução patrimonial expedida no domicílio da pessoa física, onde conste o prazo de validade e não havendo somente será aceita com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias;

3.4.4 Por tratar-se de serviço de natureza continuada qual deverá a contratada dispor de grande investimento financeiro, no qual o particular ainda deverá dispor de recursos mínimos para investir e produzir a execução do serviço, a licitante deverá comprovar que possui patrimônio líquido, de no mínimo 10% (dez por cento) do valor global estimado para a contratação.

3.5. Quanto à Qualificação Técnica, será exigida a seguinte documentação:

3.5.1 Registro ou inscrição da empresa e de seu (s) responsável (is) técnico (s) em plena validade, acompanhada dos comprovantes de quitação, com jurisdição sobre o domicílio da sede da proponente, no Conselho Regional de Administração – CRA;

3.5.2 Comprovação de aptidão para desempenho de serviços compatíveis o objeto desta licitação. A comprovação será feita mediante apresentação de:

3.5.2.1 Atestado (s) fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, em nome do proponente, devidamente visado (s) ou certificado (s) pelos Conselho Regional de Administração – CRA, que comprove (m), ter a proponente executado serviços similares às do objeto deste edital;

3.5.3 Na eventualidade do proponente estar no direito de não manter registro, visar ou certificar o (s) atestado (s) junto ao Conselho Regional de Administração – CRA, deverá, sob pena de inabilitação, juntar à documentação, ato legal que o desobriga desta exigência;

3.5.4 Indicação das instalações, dos equipamentos e do pessoal técnico, disponíveis e adequados para a realização dos serviços;

3.5.5 Comprovação de possuir em seu quadro permanente, na data do chamamento, responsáveis técnicos constantes do registro citado no item 3.5.1 que deverá ser realizada através de cópia da carteira de trabalho do empregado, contrato de trabalho ou cópia da ficha de registro de empregado, ou no caso de o profissional ser sócio, diretor ou proprietário, cópia do ato constitutivo ou contrato social em vigor.

3.5.6 Os atestados apresentados poderão ser diligenciados pela CONTRATANTE;

3.5.7 A proponente deverá apresentar, juntamente com as demais documentações, DECLARAÇÃO, assinada por Diretor, sócio ou representante da empresa proponente, com poderes para tal investidura devidamente comprovada, contendo informações e declaração de que a mesma atende plenamente ao que dispõe o Inciso XXXIII do Artigo 7º da Constituição Federal, atestando que não possui em seu quadro, funcionários menores de 18 anos que exerçam trabalho noturno, perigoso ou insalubre, bem como não possui nenhum funcionário menor de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos;

3.5.8 Alvará, devidamente registrado junto à Vigilância Sanitária;

3.5.9 Comprovação que possui em seu quadro de colaboradores pelo menos 01 (Um) profissional na área de saúde com formação de nível superior e com especialização na área de Higienização Hospitalar e/ou Controle de Infecção Hospitalar. Deverá ser apresentada cópia autenticada da CTPS, Diploma e Certificado de Especialização do Profissional;

3.6. Os documentos deverão ser apresentados em original ou por qualquer processo em cópia autenticada e as certidões deverão ser da sede do proponente.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE LIMPEZA

INTRODUÇÃO

A prestação de serviços de Limpeza Hospitalar nas unidades de assistência à saúde (Hospital, Ambulatório, etc.) deve estar caracterizada por limpeza, conservação e desinfecção de superfícies fixas.

Conceitua-se como Limpeza Hospitalar “a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à saúde” (Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2012).

A limpeza consiste na remoção da sujeira e do mau odor por meios físicos, químicos e/ou mecânicos, de forma a reduzir a população microbiana no ambiente hospitalar e promover o bem-estar dos pacientes, funcionários e demais pessoas que transitam nesses ambientes. Como exemplo, citamos: a limpeza de paredes/divisórias, corredores, pisos, tetos, janelas, portas e visores deve ser feita com água e detergente, a menos que haja respingo ou deposição de matéria orgânica.

Havendo presença de matéria orgânica (descarga de excreta, secreção ou exsudação de material orgânico), deverá ser realizada, primeiramente, a desinfecção da superfície afetada e, em seguida, a limpeza.

Não constituem objeto de limpeza hospitalar os serviços de controle integrado de pragas (desinsetização, desratização e descupinização), jardinagem, plantio e poda/corte de grama, coleta externa de resíduos e limpeza de caixas d’água, pois são prestados por empresas especializadas com licenças e alvarás de funcionamento específicos. Recomenda-se, portanto, a formalização de contratos distintos para esses serviços.

Em unidades de assistência à saúde, as áreas administrativas são destinadas ao atendimento de atividades burocráticas e de apoio, enquanto as áreas hospitalares, destinadas à prestação de serviços de saúde, são classificadas com base no risco potencial de contaminação de artigos e transmissão de infecções, conforme preconizado por Spaulding, em 1968. Segundo a ANVISA (2012), embora essa classificação não deva ser considerada consenso absoluto, pode ser adotada como referencial para planejamento das rotinas de limpeza, com dimensionamentos de equipes e materiais necessários: Áreas Críticas; Áreas Semicríticas; e Áreas Não Críticas.

Os tipos de Limpeza Hospitalar, de acordo com as suas características, são conceituados em: Limpeza concorrente; e Limpeza terminal.

Os métodos de limpeza mais utilizados na execução dos serviços de limpeza hospitalar são:

Limpeza úmida;
Limpeza com jato d'água;
Limpeza molhada; e
Limpeza seca.

As áreas a serem consideradas para cada tipo de serviço correspondem às quantidades obtidas da projeção horizontal de cada ambiente, isto é, a áreas de planta baixa. Para reforçar esse conceito, a área a ser quantificada é a de piso, sem considerar as áreas verticais de paredes/divisórias, divisórias com vidros, portas, visores e afins, cujos serviços estão contemplados nos itens correspondentes à limpeza dos pisos. Ou seja, para uma área cuja planta baixa seja de 30m², deve ser utilizado 30m² para a contratação dos serviços de limpeza para esta área.

Os vidros externos são compostos de face interna e externa. Porém, quando da quantificação da área dos vidros, deverá ser considerada a metragem somente de uma das faces.

Vidros externos – face externa com exposição à situação de risco são aqueles existentes em áreas que necessitam, para a execução dos serviços de limpeza, da utilização de balancins manuais ou mecânicos, ou, ainda, de andaimes.

Os sanitários caracterizam-se por suas atividades de limpeza e higienização de forma permanente e efetiva, em instalações sanitárias de uso público ou coletivo de grande circulação em locais de âmbito interno.

Deverão estar claramente definidas as áreas quanto à localização, denominação, classificação, frequência e horários de limpeza.

O horário de execução dos serviços deverá ser definido de forma a atender às necessidades e especificidades da unidade contratante, lembrando que não deve, necessariamente, coincidir com o horário de funcionamento.

A unidade de medida a ser adotada para contratação desses serviços deve ser o metro quadrado por mês (m²/mês), tendo em vista a facilidade de administração e gerenciamento do contrato e a consequente padronização.

Para os serviços de coleta de detritos em pátios e áreas verdes, a unidade de medida adotada é o hectare por mês (ha/mês). Para conversão de áreas em m² para ha é suficiente a divisão por 10.000, ou seja: 1 ha = 10.000 m².

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

OBJETO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestação de serviços de Limpeza Hospitalar, visando à obtenção de adequada condição de salubridade e higiene em dependências médico-hospitalares, com a disponibilização de mão de obra qualificada, de produtos saneantes domissanitários, de materiais e equipamentos nos locais determinados na relação de endereços.

Escopo dos Serviços

A Limpeza Hospitalar consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; a remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; o controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas hospitalares.

Os serviços serão executados em superfícies tais como: pisos, paredes/divisórias, tetos, portas, visores, janelas, equipamentos, instalações sanitárias, grades de ar-condicionado e/ou exaustor, mobiliários, inclusive camas e demais instalações.

Princípios Básicos de Limpeza

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:

Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;

Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;

Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;

Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;

Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área do hospital antes dos procedimentos de limpeza;

Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;

Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;

Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
Usar técnica de 2 (dois) baldes, sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue;
Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela unidade Contratante, diariamente ou sempre que utilizados em locais contaminados;
Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); e
Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e laudos específicos.

Tipos de Limpeza Preconizados

Limpeza concorrente ou diária: é o processo de limpeza realizado diariamente com a finalidade de remover a sujeira e repor o material de higiene;

Limpeza terminal: é o processo de limpeza e/ou desinfecção de toda a área hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujeira e diminuir a contaminação ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene, e a ser realizado sempre que necessário.

Métodos e Equipamentos de Limpeza de Superfícies

Limpeza Úmida: consiste na utilização de água como elemento principal da remoção da sujeira, podendo ser por processo manual ou mecânico;

Limpeza com Jatos de Vapor de Água: trata de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamento com jatos de vapor d'água saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a Limpeza Terminal. Sua utilização será precedida de avaliação, pelo Contratante, das vantagens e desvantagens;

Limpeza Molhada: consiste na utilização de água abundante como elemento principal da remoção da sujeira, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal;

Limpeza Seca: consiste na retirada de sujeira, pó ou poeira sem a utilização de água.

Obs.: A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas.

Técnicas de Desinfecção

A desinfecção é o processo aplicado a superfícies inertes, que elimina microrganismos na forma vegetativa, não garantido a eliminação total dos esporos bacterianos. Pode ser realizada por meio de processos químicos ou físicos.

A desinfecção consiste em:

Retirar o excesso de carga contaminante com papel absorvente, utilizando luvas apropriadas;

Expurgar o papel em sacos plástico de lixo;

Proceder à limpeza da superfície com água e sabão;

Opcionalmente, a critério da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), poderá ser aplicado sobre a área afetada desinfetante adequado, retirando-o com pano molhado após o tempo recomendado.

Produtos Utilizados

Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microrganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e antissépticos.

Obs.: Na seleção dos germicidas há necessidade de se considerar a necessidade de seu uso e a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez; incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, susceptibilidade a inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual e custos).

Desinfetantes: são agentes químicos capazes de destruir microrganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto, médio ou baixo.

Detergentes de baixo nível (sanificantes): são aqueles destituídos de ação tuberculicida, esporicida e virucida, devendo ter baixa toxicidade.

Detergentes: são substâncias tensoativas, solúveis em água, e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos.

Hipoclorito de Sódio: atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminados com material biológico, utiliza-se soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não é recomendado em metais e mármore, devido à sua ação corrosiva.

Cloro orgânico: o dicloroisocianurato de sódio age da mesma forma que o hipoclorito de sódio. Apresentado em pó, pode ser associado a tensoativos. Para a desinfecção de superfícies fixas é utilizado numa concentração de 3%.

Álcoois: o mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies, recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos é contraindicado, pois podem ser danificados.

Considerações a respeito de produtos de limpeza de superfícies fixas:

A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção deve atender às determinações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), às recomendações dos órgãos públicos de saúde, e às especificidades apresentadas pelos fabricantes.

Na seleção de produtos de limpeza de superfícies deverão ser considerados:

Quanto às superfícies, equipamentos e ambientes:

- Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
- Tipo e grau de sujidade;
- Tipo de contaminação;
- Qualidade da água;
- Método de limpeza;
- Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza.

Quanto ao tipo de germicida:

- Tipo de agente químico e concentração;
- Tempo de contato para ação;
- Influência da luz, temperatura e pH;
- Interação com íons;
- Toxicidade;
- Inativação ou não em presença de matéria orgânica;
- Estabilidade;
- Prazo de validade para uso;
- Condições para uso seguro;
- Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

Equipamentos de Proteção a serem utilizados

Equipamento de Proteção Individual (EPI): tem por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, e outros.

Equipamento de Proteção Coletiva (EPC): tem por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por placas sinalizadoras, cones, fitas zebradas e outros.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

A Contratada, além da disponibilização de mão de obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão de obra alocada para a prestação de serviços:

Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando aqueles com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;

Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, o qual deve abordar todas as técnicas de forma teórica e prática, tais como: noções de fundamentos de higiene hospitalar, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros, em conformidade com os dispostos no Manual “Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies”, da Anvisa (2012);

A capacitação técnica e preventiva deve ser inicial e continuada, sendo obrigatória a comprovação dos treinamentos realizados, devendo constar em documento comprobatório: data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação ou capacitação do instrutor, nome e assinatura dos trabalhadores capacitados;

Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPIs e produtos químicos;

Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando as orientações necessárias aos executantes dos serviços. Esses encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/fiscal do Contratante e tomar as providências pertinentes;

Manter sediado junto ao Contratante, durante os turnos de trabalho, indivíduos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;

Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual (EPIs);

Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005 – NR 32;

Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza no hospital, conforme disposições contidas na NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante;

Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados;

Manter a disciplina entre os seus funcionários;

Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do Contratante;

Atender de imediato às solicitações do Contratante quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;

Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, dos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;

Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;

Fornecer obrigatoriamente cesta básica e vale-refeição aos seus empregados envolvidos na prestação dos serviços;

Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos;

Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.

Da Execução dos Serviços:

Implantar, de forma adequada, e em conjunto com o gestor de contratos e a CCIH, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:

Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;

Os sacos devem ficar contidos em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, e ser resistente ao tombamento;

Recipientes para coleta de perfurocortantes;

Todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.

Dar ciência imediata e por escrito ao Contratante no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;

Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do Contratante;

Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao Contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;

Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do Contratante, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

Dos Produtos Utilizados:

No início de cada mês fornecer à Contratante todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período, em quantidade e qualidade adequadas, para a aprovação pela fiscalização do contrato;

Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC nº 15/MS/SNVS, de 16/08/10 – Fenólicos, quaternários de amônio, compostos orgânicos e inorgânicos liberadores de cloro ativo, iodo e derivados, álcoois e glicóis, biguanidas.

Cabe à Contratada completar ou substituir o material considerado inadequado pela Contratante no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados da Contratada ou com terceiros;

Utilizar produtos somente após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e autorização do gestor/fiscal do Contratante;

Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados;
- Adquirir somente produtos com notificação e registro deferidos no Ministério da Saúde;
- Realizar a diluição em local adequado e por pessoal treinado;
- Observar as condições de armazenamento (local e embalagem);
- Orientar para que não sejam realizadas misturas de produtos.

Dos Equipamentos e Utensílios Utilizados:

Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do Contratante;

Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;

Utilizar rótulos (símbolos e expressões) para identificar os recipientes de acondicionamento, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500 que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos;

Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Dos resíduos:

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme a legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade Contratante e demais exigências legais:

Embarcar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 – devem constar em saco individual a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo).

O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal no 6.360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;

Utilizar obrigatoriamente paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

Os contêineres com mais de 400l de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego;

Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND – Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia e transporte de pacientes;

Armazenar o resíduo devidamente embalado no depósito de resíduos indicado pelo Contratante;

Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e

Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Obrigações e Responsabilidades Específicas – Boas Práticas Ambientais

Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;

Receber, do Contratante, informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente;

Responsabilizar-se pelo preenchimento do "Formulário de Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, que será fornecido pelo Contratante;

Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao Contratante o "Formulário de Ocorrências para Manutenção" devidamente preenchido e assinado;

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;

Saboneteiras e toalheiros quebrados;

Lâmpadas queimadas ou piscando;

Tomadas e espelhos soltos;

Fios desencapados;

Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;

Carpete solto, entre outras.

USO RACIONAL DA ÁGUA

A Contratada deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água, colaborando com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da Contratada, esperadas com essas medidas; Sempre que adequado e necessário, a Contratada deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão. Trata-se de alternativa de inovação tecnológica, cuja utilização será precedida de avaliação, pelo Contratante, das vantagens e desvantagens. Em caso de utilização de lavadoras, sempre adotar as de pressão com vazão máxima de 360 litros/hora;

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

USO RACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo; Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar ao Contratante sobre equipamentos com mau funcionamento ou danificados, como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Sugerir, ao Contratante locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias, etc.;

Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar-condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, o sistema de proteção elétrica, e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.;

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras. Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas;

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo Contratante.

REDUÇÃO DE PRODUÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA nº 401, de 5/11/2008;

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral;

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA nº 416, de 30 de setembro de 2009 e à Instrução Normativa do IBAMA nº01, de 18 de março de 2010.

Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forma efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo Contratante;

No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:

MATERIAIS NÃO RECICLÁVEIS

Materiais denominados REJEITOS, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento; dentre eles: lixo de banheiro; papel higiênico; lenço de papel e outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas ao fabricante).

MATERIAIS RECICLÁVEIS

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável);

Quando implantadas pelo Contratante operações de compostagem/fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operações, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário;

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como à redução da destinação de resíduos sólidos; Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade, esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos.

SANEANTES DOMISSANITÁRIOS

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC no 35, de 16 de agosto de 2010;

Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxicidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio;

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas;

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congêneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44 da Lei Federal nº 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67 do Decreto Federal no 8.077, de 14 de agosto de 2013, as prescrições da Resolução ANVISA nº 1, de 5 de junho de 2008, cujos itens de controle e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante são os Anexos da referida Resolução: ANEXO I – Tipos/Categorias de produtos de limpeza e afins; ANEXO II – 3.42 – Rotulagem para produtos de limpeza e afins;

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal no 8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal no 6.360, de 23 de setembro de 1976;

Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC nº 34, de 16 de agosto de 2010, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08 de agosto de 1997, assim como o Artigo 4 da Lei Federal 12.236, de 29 de dezembro de 2015;

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis conforme disposições da Resolução RDC nº 180, de 3 de outubro de 2006, que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos Saneantes Domissanitários;

Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microrganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 90%. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o n-dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado; O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais;

Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados por laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada;

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC nº 46, de 20 de fevereiro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro;

Ficam terminantemente proibidos na prestação de serviços de limpeza e higienização predial o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:

Corantes – relacionados no Anexo I da Portaria nº 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;

Saneantes Domissanitários de Risco I – listados pelo art. 5º da Resolução no 336, de 30 de julho de 1999 e em conformidade com a Resolução ANVISA RE nº 913, de 25 de junho de 2001;

Saneantes Domissanitários fortemente alcalinos – apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol) ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme Resolução RDC no 32, de 27 de junho de 2013;

Benzeno – conforme Resolução RDC nº 252, de 16 de setembro de 2003, e recomendações dispostas na Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, pelo Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013 e pela Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, uma vez que de acordo com estudos IARC (International Agency Research on Cancer), agência de pesquisa referenciada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos;

Inseticidas e raticidas – nos termos da Resolução Normativa CNS nº 01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação de risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC nº 59, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de Consulta ao Banco de Dados, no sítio da ANVISA: <http://www.anvisa.gov.br/saneantes/banco.htm>;

Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com empregados da Contratada ou com terceiros.

POLUIÇÃO SONORA

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel – Db(A), conforme Resolução CONAMA nº 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição. A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATANTE

Além das obrigações contratualmente assumidas, o Contratante obriga-se a:

Exercer a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados, emitindo, mensalmente, relatório sobre a qualidade dos serviços prestados;
Indicar e disponibilizar as instalações necessárias à execução dos serviços;
Relacionar as dependências das instalações físicas bem como os bens de sua propriedade que serão disponibilizados para a execução dos serviços, quando for o caso, com a indicação do estado de conservação;
Efetuar o controle de qualidade dos serviços prestados mediante formulários de avaliação destinados para esse fim;
Fornecer à Contratada o "Formulário de Ocorrências para Manutenção";
Receber da Contratada as comunicações registradas no "Formulário de Ocorrências para Manutenção", devidamente preenchido e assinado, encaminhando-a aos setores competentes para as providências cabíveis;
Facilitar, por todos seus meios, o exercício das funções da Contratada, dando-lhe acesso às suas instalações;
Cumprir suas obrigações estabelecidas no contrato;
Fornecer todas as informações sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, necessárias à execução do serviço; e
Prestar informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados pela Contratada e que digam respeito à natureza dos serviços que tenham de executar.

FISCALIZAÇÃO/CONTROLE DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Não obstante a Contratada ser a única e exclusiva responsável pela execução de todos os serviços, ao Contratante é reservado o direito de, sem de qualquer forma restringir a plenitude dessa responsabilidade, exercer a mais ampla e completa fiscalização dos serviços, diretamente ou por prepostos designados, podendo para isso:

Ordenar a imediata retirada do local, bem como a substituição, de funcionário da Contratada que estiver sem uniforme ou crachá, que embaraçar ou dificultar a sua fiscalização ou cuja permanência na área, a seu exclusivo critério, julgar inconveniente;

Solicitar aos supervisores/encarregados da Contratada o reparo e correção de eventual imperfeição na execução dos serviços;

Examinar as Carteiras profissionais dos prestadores de serviços, para comprovar o registro de função profissional;

Solicitar à Contratada a substituição de qualquer produto, material, utensílio, equipamentos ou instalações cujo uso considere prejudicial à boa conservação de seus pertences ou que não atendam às necessidades;

Executar mensalmente a medição dos serviços efetivamente prestados, descontando-se o equivalente aos não realizados, desde que por motivos imputáveis à Contratada, sem prejuízo das demais sanções disciplinadas em contrato;

Efetuar a avaliação da qualidade dos serviços; e

Elaborar e encaminhar à Contratada o Relatório Mensal de Qualidade dos Serviços de Limpeza, para conhecimento da avaliação e do fator de desconto a ser efetuado no valor a ser faturado pelos serviços prestados.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Fica proibida a utilização de cordas para a execução de serviços de limpeza externa de vidros.

Todos os produtos, materiais e equipamentos devem ser submetidos à prévia apreciação e aprovação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade Contratante.

A Contratada deve apresentar relação dos equipamentos e materiais de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs) utilizados por seus funcionários, tais como: bota de borracha, capa de chuva, balancim, cinto de segurança, luvas, avental, máscara, gorro e outros.

As técnicas de limpeza e soluções a serem utilizadas nas atividades descritas observarão o disposto na Portaria nº 2.616, de 12/05/98, do Ministério da Saúde, no Manual de Procedimento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (1994) e no Manual de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde (1985).

As técnicas e procedimentos para a coleta de resíduos de serviço de saúde deverão observar as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 12.810, NBR 12.807 e NBR 12.809.

Todos os materiais, equipamentos e produtos químicos a serem utilizados na prestação dos serviços deverão ser fornecidos e distribuídos em quantidades necessárias e suficientes para a execução dos serviços, exceto os itens de higiene pessoal.

A Limpeza Hospitalar deve seguir normas técnicas recomendadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), principalmente no que diz respeito a treinamento, reciclagem e supervisão sistemática do pessoal, relatório de ocorrências e demais determinações.

Quadro 05:

AMBIENTE/SUPERFÍCIE		FREQUÊNCIA	
		LIMPEZA CONCORRENTE	LIMPEZA TERMINAL
Armários	Face externa		
	Faces interna e externa		
Balcão e bancadas			
Macas e cadeiras de rodas			
Mobiliários sem pacientes			
Mobiliários com pacientes			
Luminária e similares			
Janelas	Face interna		
	Face externa		
Paredes/divisórias, teto e portas/visores			
Pisos em geral			
Banheiros (pisos, área de banho, vasos, pias, torneiras e acessórios)			
Banheiro completo			
Saboneteiras e dispensadores	Face externa		
	Face interna		
Toalheiro			

OBS.: adaptar de acordo com a unidade/setor

AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

A avaliação da Contratada na Prestação de Serviços de Limpeza consiste na análise dos seguintes módulos:

Equipamentos, produtos e técnica de limpeza;
Pessoal;
Frequência; e
Inspeção dos serviços nas áreas.

Caberá ao Contratante designar um responsável pelo acompanhamento das atividades a serem executadas, emitindo certificados mensais de prestação e avaliação dos serviços, observando, entre outros, os seguintes critérios:

Avaliação de limpeza de todas as superfícies fixas horizontais e verticais (levar em consideração áreas em manutenção predial);
Avaliação do cumprimento do Plano de Atividades Diárias e do Cronograma de Limpezas Terminais;
Avaliação da execução da limpeza hospitalar;
Reabastecimento dos descartáveis, como papel toalha, higiênico, sabonete líquido, e sacos para o acondicionamento dos resíduos;
Avaliação das condições de limpeza dos dispensadores de sabonete;
Verificação da composição do carro funcional nos padrões especificados, com todos os materiais e frascos com produtos químicos identificados corretamente;
Avaliação dos produtos utilizados, com a correta diluição em quantidade adequada para a execução das tarefas;
Verificação dos cestos e sacos de lixo adequados em cada recipiente, atentando-se para a quantidade de lixo, que não deve ultrapassar 2/3 da capacidade;
Avaliação das condições de manutenção da ordem e limpeza no que tange à higienização. O piso deve estar seco, limpo e encerado;
Nas áreas com maiores riscos para ocorrência de infecção hospitalar, não deverá haver quebra das barreiras anti-infecciosas durante o processo de higienização do local.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

OBJETIVOS

Definir e padronizar a avaliação de desempenho e qualidade da Contratada na execução dos contratos de prestação de serviços de limpeza hospitalar.

CRITÉRIOS

Na avaliação devem ser atribuídos ao formulário de Avaliação de Qualidade dos Serviços os conceitos Muito Bom, Bom, Regular e Péssimo, equivalentes, respectivamente, aos valores 3 (três), 2 (dois), 1 (um) e 0 (zero) para cada item avaliado:

Conceitos da Pontuação a ser Utilizada em Todos os Itens:

MUITO BOM	BOM	REGULAR	PÉSSIMO
03 (três) pontos	02 (dois) pontos	01(um) ponto	0 (zero) ponto

MUITO BOM – Refere-se à conformidade total dos critérios:

Inexistência de poeira;

Inexistência de sujeira;

Vidros limpos;

Superfície sem sangue e/ou fluidos corpóreos;

Todos os dispensadores limpos e abastecidos corretamente;

Recipientes para o acondicionamento dos resíduos limpos, com embalagens adequadas e volume até 2/3;

Funcionário fixo e treinado no setor, uniformizado e com EPI;

Materiais e produtos padronizados em quantidade suficiente;

Carrinho de limpeza limpo, cabeleiras de mops e panos de limpeza livres de resíduos.

BOM – Refere-se à conformidade parcial dos critérios:

Ocorrência de poeira em local isolado que não seja próximo à execução de procedimentos invasivos;

Ocorrência isolada de lixeira fora do padrão;

Ocorrência isolada no reabastecimento.

REGULAR – Refere-se à desconformidade parcial dos critérios:

Ocorrência de poeira em vários locais que não sejam próximos à execução de procedimentos invasivos;

Ocorrência de várias lixeiras fora do padrão;

Ocorrências por falta de reabastecimento;

Quebra de técnica de limpeza;

Saídas de ar-condicionado sujas e móveis sujos ou com poeira;

Piso sujo e molhado.

PÉSSIMO – Refere-se à desconformidade total dos critérios:

Poeira e sujidades em salas cirúrgicas, locais de procedimentos e mobiliários;

Presença de sangue e fluidos corpóreos nas superfícies;

Ocorrência de poeira em superfícies fixas próximas ao paciente, local de preparo de medicamentos, salas de procedimentos;

Quebra de técnica de limpeza;

Carro de limpeza incompleto;

Saídas de ar-condicionado sujas e móveis sujos com poeira;

Não reabastecimento de descartáveis, uso incorreto dos sacos de lixo nos recipientes;

Lixeiras sujas e transbordando;

Piso molhado ou sujo, oferecendo risco de acidentes;

Não cumprimento do plano de atividades e do cronograma de limpeza sem motivo ou sem comunicação com o contato do Contratante;

Funcionário com uniforme e EPI incompleto, bem como o não uso de EPC;

Execução de limpeza sem técnica adequada;

Materiais, produtos ou equipamentos incompletos ou em quantidade insuficiente;

Sanitários e vestiários sujos.

Módulos e Itens de Avaliação

MÓDULOS		ITENS AVALIADOS
A	EQUIPAMENTO, PRODUTO E TÉCNICA	A.1 – Carro de limpeza
		A.2 – Produtos de limpeza
		A.3 – Técnicas de limpeza
B	QUALIDADE DOS PROFISSIONAIS	B.1 – Uniformidade da equipe
		B.2 – Apresentação – Uniformização
		B.3 – Equipamento de Proteção Individual
C	FREQUÊNCIA	C.1 – Cumprimento do cronograma e das atividades
D	INSPEÇÃO DOS SERVIÇOS	D.1 – Avaliação direta nas áreas em 17 itens
RESULTADO DA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE LIMPEZA		

CrITÉrios e Pontuações para os Itens Avaliados

Módulo A – Equipamentos, Produtos e Técnica

DESCRIÇÃO E CRITÉRIO DOS ITENS AVALIADOS	PONTOS
A.1 – CARRO DE LIMPEZA	
O carro de limpeza está limpo, organizado, sem falta de itens padronizados e todos os componentes estão identificados.	3
O carro de limpeza está limpo e organizado, com falta de até 02 itens padronizados.	2
O carro de limpeza está limpo e organizado, com falta acima de 02 itens padronizados.	1
O carro de limpeza está desorganizado, sujo e itens faltando.	0
A.2 – PRODUTOS DE LIMPEZA	
Todos os produtos estão sendo utilizados segundo as determinações da CCIH e a especificação técnica do edital. A diluição está correta e as soluções estão em recipientes adequados e identificados.	3
Os produtos e a diluição estão corretos, porém não segue a indicação de uso no local.	2
Os produtos estão corretos, mas a diluição é incorreta. Os produtos estão em recipientes inadequados.	1
Os produtos não são indicados para o uso no local e a diluição é incorreta. Os produtos estão em recipientes inadequados e sem identificação.	0
A.3 – TÉCNICAS DE LIMPEZA	
A técnica de limpeza está correta, segundo as recomendações estabelecidas.	3
Os equipamentos e materiais estão corretos, mas há erro na ordem da realização da técnica.	2
A técnica está parcialmente correta, porém a solução dos baldes apresenta-se turva.	1
A técnica está incorreta e a solução está muito suja.	0

Módulo B – Qualidade dos Profissionais

DESCRIÇÃO E CRITÉRIO DOS ITENS AVALIADOS	PONTOS
B.1 – UNIFORMIDADE DA EQUIPE	
Os serviços são executados por funcionários operacionais capacitados e em quantidades adequadas para a área. Mantêm-se fixas as escalas dos funcionários.	3
Os serviços são executados por funcionários operacionais capacitados e em quantidades adequadas para a área. Não mantêm-se fixas as escalas dos funcionários.	2
Os serviços são executados por funcionários operacionais com capacitação precária e/ou em quantidades inadequadas para a área. Não mantêm-se fixas as escalas dos funcionários.	1
Os serviços são executados por funcionários operacionais com capacitação precária e/ou em quantidades inadequadas para a área. Ocorrem atrasos e/ou absenteísmo, prejudicando o fluxo e a qualidade das atividades a serem desenvolvidas; têm posturas inadequadas, desrespeitam as chefias e demais profissionais de saúde da área, são agressivos no relacionamento com os colegas, falam alto etc..	0
B.2 – APRESENTAÇÃO – UNIFORMIZAÇÃO	
Uniformizados completamente como no descritivo. Uniformes limpos, passados, íntegros e portando identificação funcional. Os cabelos estão presos e utilizam gorros.	3
Uniformes incompletos, passados e limpos, com identificação funcional.	2
Uniforme completos, rasgados, sujos, amarrotados. Usam gorros, unhas compridas e adereços.	1
Uniformes incompletos. Usam peças de uso pessoal, apresentam sujidades no uniforme; cabelos soltos; usam adereços e barba por fazer.	0
B.3 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	
EPIs adequados e disponíveis para o uso e são adequados (uniformes, luvas, máscaras, gorros, calçados de segurança/botas).	3
Disponibilidade parcial de EPIs. Falta um ou mais itens.	2
EPIs utilizados incorretamente. Utilizam luvas cirúrgicas ao invés das de borracha. Não utilizam EPIs para isolamentos e UTIS.	1
Não utilizam EPIs nas seguintes situações (avental e luvas de acordo com o tipo de isolamento). Luvas para manipulação de materiais contaminados e solução química.	0

Módulo C – Frequência

DESCRIÇÃO E CRITÉRIO DOS ITENS AVALIADOS	PONTOS
C.1 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA E DAS ATIVIDADES	
A frequência de limpeza terminal tem ocorrido com a rotina preconizada diária, semanal, mensal. Apresenta cronograma e o impresso de execução da limpeza terminal está assinado pelo responsável da empresa e da área.	3
A frequência de limpeza terminal tem ocorrido com a rotina preconizada diária, semanal, mensal. Não apresenta o cronograma, e o impresso de execução da limpeza terminal está assinado pelo responsável da empresa e da área.	2
A frequência de limpeza terminal tem ocorrido parcialmente de acordo com o estabelecido pela área diária, semanal, mensal. O cronograma está feito porém o impresso de execução da limpeza terminal está em desacordo com a programação.	1
A frequência de limpeza terminal não tem ocorrido. O cronograma não está feito e não apresenta o impresso de execução da limpeza terminal assinado pelo responsável da empresa e da área.	0

Módulo D – Inspeção dos Serviços – Avaliação das Áreas

Relação dos itens a serem vistoriados e respectivas pontuações para as situações encontradas durante as vistorias e computadas no módulo D:

ITENS VISTORIADOS E AVALIADOS NAS ÁREAS	PONTOS
D.1 – ACESSÓRIOS SANITÁRIOS (Espelhos, Toalheiro e Saboneteira)	
Acessórios completos e isentos de sujeidade.	3
Pequena quantidade de sujeidade.	2
Presença de sujeidade nos cantos dos acessórios. Falta de material (papel higiênico, toalha e sabonete líquido).	1
Presença de sujeidade em sua extensão e interior. Falta de material.	0
D.2 – APARELHOS TELEFÔNICOS	
Aparelho limpo e sem gordura.	3
Aparelho com pouca sujeidade no fone ou disco/teclas.	2
Presença de sujeidade na fiação, teclas e disco.	1
Presença de sujeidade manchas e pó em fiação e no aparelho.	0

D.3 – BEBEDOURO	
Isento de sujidade. Bandeja de bebedouro limpa.	3
Presença de sujidade na parede (carcaça). Bandeja do bebedouro limpa.	2
Presença de manchas antigas de sujidade. Bandeja do bebedouro isenta de sujidade orgânica.	1
Presença de sujidade orgânica e lodo.	0
D.4 – BOX DE BANHO	
Limpo e isento de manchas.	3
Presença de manchas antigas incrustadas (gordura do sabão e água)	2
Presença de sujidade nos trilhos e sujidade nos ralos (cabelos, vassoura).	1
Presença de lodo e sujidade orgânica.	0
D.5 – EXTINTORES DE INCÊNDIO E QUADROS EM GERAL	
Ausência de pó.	3
Presença de pouca quantidade de pó em sua superfície.	2
Presença de grande quantidade de pó na parte superior e lateral.	1
Presença de objetos de limpeza acondicionados inadequadamente e com sujidades.	0
D.6 – LAVATÓRIOS	
Cubas sanitárias/louças limpas e sem manchas de sujeira.	3
Cubas sanitárias com manchas secas de água e/ou sabonete sem sujidade.	2
Comando de registros e válvulas hidra com sujidade e pouco brilho. Isento de sujidade orgânica. Presença de cabelos. Presença de crostas na superfície do ralo da pia.	1
Presença de sujidade orgânica e lodo. Crostas na borda interna superior do vaso e no ralo da pia.	0

D.7 – MÓVEIS	
Móveis limpos.	3
Móveis com pouca sujeidade nos cantos de sua superfície.	2
Presença de sujidades nos cantos e pés.	1
Presença de pó e manchas em sua superfície.	0
D.8 – PAREDE	
Parede isenta de sujeidade.	3
Parede isenta de sujeidade orgânica; presença de sujeidade em pontos localizados; presença de resquícios de material ou produto de limpeza.	2
Parede isenta de sujeidade orgânica; presença de manchas de fita adesiva envelhecida, pó em sua extensão.	1
Parede apresentando manchas de secreção, restos de alimentos e respingos principalmente nas áreas mais baixas da parede.	0
D.9 – PERSIANAS	
Persianas limpas.	3
Persianas com algumas manchas.	2
Persianas com sujeidade em pontos isolados e pó.	1
Persianas com pó e sujas.	0
D.10 – PIAS – CUBAS	
Pias isentas de sujeidade.	3
Presença de manchas secas de água e produto de limpeza.	2
Presença de sujeidade (resto de água suja), comando da torneira com sujidades.	1
Pias com presença de sujidades orgânica e lodo.	0

D.11 – PISO	
Piso sem sujidades, com enceramento e com brilho.	3
Piso com sujidades nos cantos (pó) em pequena quantidade de material sólido recente.	2
Presença de sujidades sólidas em sua extensão (papel, ciscos); piso com alguma sujidade orgânica.	1
Piso com sujidade orgânica (sangue, secreção, restos de alimentos, pó acumulado)	0
D.12 – PORTA – BATENTES – MAÇANETAS	
Portas e maçanetas limpas e sem manchas.	3
Presença de sujidade removível na área próxima à maçaneta; Presença de pequena quantidade de sujidade (pó).	2
Presença de sujidade removível: mão, fita adesiva, pó, respingo; Presença de sujidade entre a porta e a parede.	1
Presença de sujidade orgânica e pó.	0
D.13 – RECIPIENTE PARA RESÍDUOS (Lixeiras)	
Cesto de lixo limpo, seco, sem resquícios de matéria orgânica. Embalagem na cor correta de acordo com o resíduo gerado na área. Sacos trocados com 2/3 da capacidade de acondicionamento.	3
Cesto de lixo limpo, seco, com alguns resquícios de matéria orgânica. Presença de saco de lixo cheio além do limite 2/3.	2
Cesto de lixo sujo no seu interior. Molhado na parte interna, com embalagem adequada, com os resíduos transbordando.	1
Cesto de lixo sujo. Resíduos transbordando, respingos de matéria orgânica, embalagem errada para o tipo de resíduo gerado. Não há troca dos sacos de lixo.	0

ITENS VISTORIADOS E AVALIADOS NAS ÁREAS	PONTOS
D.14 – SAÍDAS DE AR-CONDICIONADO – EXAUSTORES	
Saídas de ar-condicionado e/ou exaustores isentos de poeira ou outras sujidades.	3
Saídas de ar-condicionado e/ou exaustores com presença de poeira em pontos localizados.	2
Saídas de ar-condicionado e/ou exaustores com presença de poeira, manchas e cabelos na maioria dos itens vistoriados;	1
Todas as saídas de ar-condicionado e/ou exaustores apresentam poeira, manchas, cabelos, sujidades.	0
D.15 – TAPETES	
Tapete limpo.	3
Tapete limpo com algumas sujidades sólidas.	2
Tapete com sujidades nos cantos, adesivos (chicletes).	1
Tapete apresentando sujidade sólida além de papéis e pó.	0
D.16 – TETO	
Teto limpo, sem sujidades.	3
Teto limpo com sujidade em pontos isolados	2
Teto com presença de sujidades nos cantos próximo à parede	1
Teto com sujidades como cabelo, matéria orgânica etc.	0
D.17 – VIDROS	
Vidros limpos. O cronograma é cumprido.	3
Presença de discreta sujidade. O cronograma é cumprido parcialmente.	2
Vidro limpo com sujidades nos cantos. Pó em sua extensão. O cronograma de limpeza não está sendo cumprido de acordo com a frequência estabelecida.	1
Presença de sujidades sólidas e manchas de líquidos em sua extensão. A limpeza é deficiente. O cronograma não está sendo cumprido.	0

MÉDIA GERAL OBTIDA APÓS 8 (OITO) AVALIAÇÕES DAS ÁREAS

Pontuação a ser obtida após a realização de cada avaliação, conforme tabela e critérios estabelecidos.

de 0 a 51

CÁLCULOS PARA OBTENÇÃO DOS VALORES A SEREM FATURADOS:

Resultados das Avaliações da Qualidade

A cada total da pontuação por módulo, aplica-se um peso percentual diferenciado, obtido mediante a divisão deste total pelo respectivo peso (%), compondo, assim, o resultado da avaliação de qualidade dos serviços de limpeza. Vide quadro ilustrativo abaixo:

TOTAL DE PONTOS DOS MÓDULOS		PESO (%) NA AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA A SER OBTIDA
A	(9)	0,15	60
B	(9)	0,15	60
C	(3)	0,20	15
D	(51)	0,50	102
RESULTADO DA AVALIAÇÃO			237

Ao final de cada período mensal será obtida a média aritmética dos resultados das 8 (oito) avaliações de qualidade dos serviços de limpeza.

O resultado de cada avaliação terá como teto máximo 237 pontos.

Contingente de Operacionais Atuando no Período

Será apurada mensalmente a média diária dos funcionários operacionais, atuando diretamente em cada Unidade, que deverá ser dividida pelo contingente estipulado e proposto pela Contratada e multiplicado por 100, gerando, assim, valor numérico para efeitos de fatura.

O resultado da apuração do contingente terá como teto máximo 100 pontos.

Resultado dos Valores para Emissão das Faturas Mensais

Para obtenção do Valor Mensal da Fatura, os resultados das Avaliações de Qualidade e do Contingente de Operacionais serão divididos por 0,50 e posteriormente somados, conforme verificado abaixo:

ITEM	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DIVISOR	RESULTADO FINAL
Resultado das Avaliações	237	0,50	474
Contingente de Operacionais	100	0,50	200
VALOR FINAL PARA FATURA =			674

7.4. Intervalos de Pontos para Liberação da Fatura

LIBERAÇÃO DE	100 %	DA FATURA	DE:	500	A	674	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	95 %	DA FATURA	DE:	400	A	499	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	90 %	DA FATURA	DE:	350	A	399	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	80 %	DA FATURA	DE:	300	A	349	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	75 %	DA FATURA	ABAIXO DE:			299	PONTOS

AVISO IMPORTANTE

OS NÚMEROS APURADOS EM TODAS AS AVALIAÇÕES OU OPERAÇÕES MATEMÁTICAS REALIZADAS PARA OBTENÇÃO DOS VALORES PARA FATURA OBRIGATORIAMENTE SERÃO NÚMEROS NATURAIS,

NÃO DEVENDO SER UTILIZADOS CASAS DECIMAIS E/OU ARREDONDAMENTOS.

4.4.2 Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde

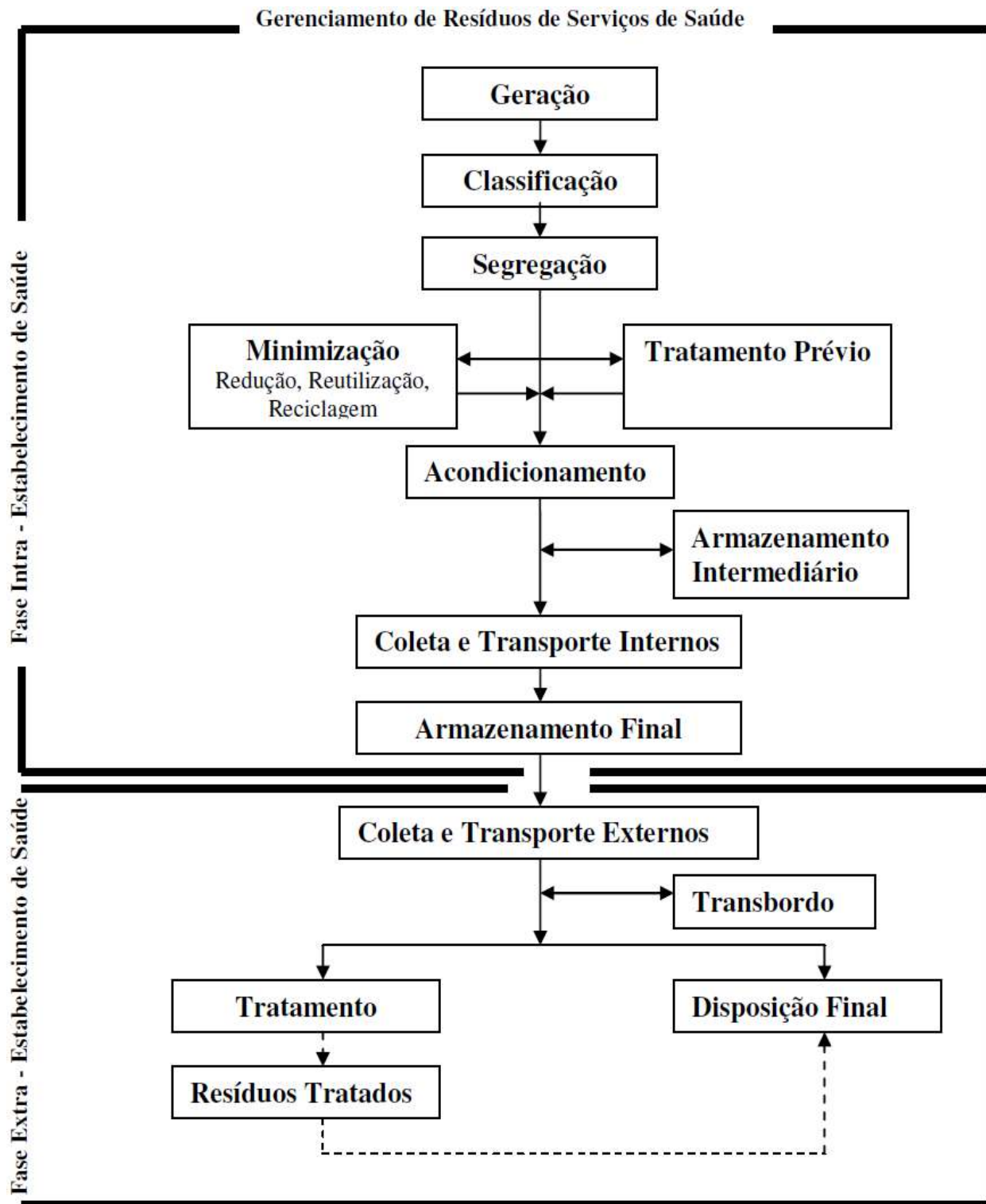
Conforme Plano de Gerenciamento de Resíduos da **Unidade de Saúde** será realizada a identificação por Diagrama/Legenda de toda a Unidade:

Figura 15:

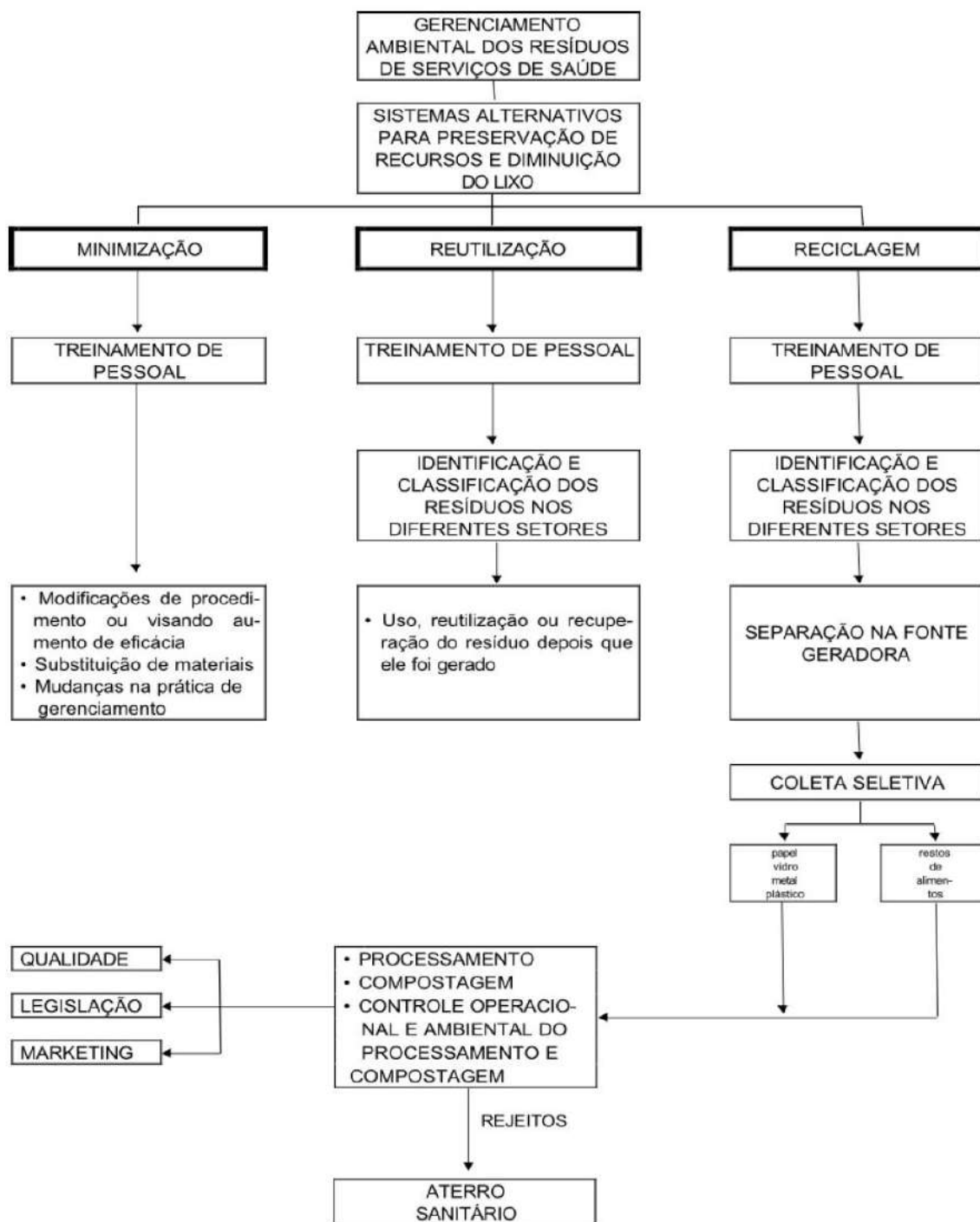


Observação: Item que faz referência a carcaças, no ambiente em questão, será considerado como luvas.

Fluxograma 08:



Fluxograma 09: Diagrama/Fluxo – Gerenciamento Ambiental Proposto para os resíduos de serviços de saúde nas Unidades de Saúde



Fluxo de Resíduos

Coleta e Transporte Internos

- Os resíduos são coletados nas unidades geradoras pelos funcionários do serviço de higienização e limpeza, encaminhados ao abrigo temporário de resíduos utilizando carro para transporte interno, com as seguintes especificações: fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos, possuem rodas e os recipientes com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno de fundo;
- O transporte interno deixa a unidade geradora respeitando frequência e horários estipulados, evitando cruzamento com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas;
- Os carros de transporte deixam as unidades geradoras, passando pelos corredores até chegar ao abrigo externo.

Coleta e Transporte Externos

- A coleta e o transporte externos de RSS são realizados com definição de itinerários, frequência e horário de coleta, jornada de trabalho, equipe de coleta, tipo de veículo e contenedores necessários conforme rotina de cada empresa;
- A balança para pesar os RSS está disposta no depósito de resíduo (armazenamento externo), sendo utilizada para pesagem dos RSS;
- A coleta é realizada diariamente por tipo de resíduo, em horários diferentes;
- Os veículos e contenedores utilizados pelas empresas devem estar conforme especificações dos órgãos reguladores e da ABNT NBR 12810, observando as instruções e especificações para o veículo:
- Ter compartimento de carga resistente, estanque, com superfícies internas de material liso, lavável, de cantos arredondados para facilitar a descarga e a higienização;
- Ser dotado de descarga mecânica quando o veículo tiver capacidade de uma tonelada e manual quando o veículo tiver capacidade inferior;
- Ser provido de ventilação adequada quando o sistema de carga e descarga for manual;
- Ter altura de carga inferior a 1,20 metros sempre que a forma de carregamento for manual;
- Ser dotado de dispositivo hidráulico para basculamento de contenedores quando os mesmos forem exigidos;

- Operar de forma a não permitir vazamentos de líquidos ou rompimento dos recipientes quando possuir sistema de carga e descarga automática;
- Ser de cor branca;
- Possuir balança para conferir o peso por gerador;
- Possuir luzes de alerta no alto do veículo;
- Ter identificação em local visível com o tipo de veículo e de coleta especial conforme NBR 10004 com nome, número e telefone;
- Estar o veículo cadastrado na Secretaria de Meio Ambiente e na Vigilância Sanitária;
- Adotar coleta exclusiva por grupo de RSS coletando-o diretamente no abrigo externo de armazenamento final;
- Manter para os veículos e contenedores serviço de higienização por lavação com jato d'água preferencialmente quente sob pressão e de desinfecção simultânea diária, ao final de cada jornada de trabalho, direcionando o efluente líquido para a rede coletora e tratamento público de esgotos observados os padrões de lançamento estabelecidos;
- Manter serviço de lavação e desinfecção de uniformes e de equipamentos de proteção individual EPI;
- Capacitar a equipe de coleta inclusive quanto à segurança, à higiene e aos riscos ocupacionais;
- Submeter a equipe de coleta a exame médico Pré-admissional, exame médico periódico pelo menos duas vezes ao ano e vacinação adequada incluindo-se as vacinas contra tétano e difteria, hepatite B e tuberculose.

Transbordo dos Resíduos

- Realizar o transbordo somente em instalações apropriadas exclusivas, licenciadas pelos órgãos de saúde em conformidade com a legislação vigente;
- Executar a transferência dos RSS mantendo-se a integridade do acondicionamento que deve ser feita em embalagens rígidas resistentes à punção e a vazamentos, impermeável à unidade e resistente o suficiente para evitar rompimento durante o transbordo e transporte;
- Não permitir acumulação de RSS nas instalações que devem funcionar apenas para a transferência imediata de um sistema de transporte para outro.

Tratamento dos Resíduos

- Os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final;
- Os resíduos sólidos infectantes serão encaminhados para autoclavação e posterior disposição final, sendo que os resíduos infectantes do grupo A3, membros humanos e fetos, serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Permitir a disposição de resíduo infectante na vala séptica somente quando este for submetido a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum;
- Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioacumulação;
- Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final;
- Manter monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.

Disposição Final

- Os RSS infectantes serão dispostos em vala séptica e quando necessário serão encaminhados para tratamento prévio em autoclave ou incinerador;
- Os resíduos químicos após tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação segundo exigências da Vigilância Sanitária serão dispostos em vala séptica;
- Os resíduos comuns serão dispostos na vala séptica, segundo processo sanitariamente correto previsto para resíduos domiciliares ou similares, desde que garantidas as condições previstas na legislação em vigor;
- Manter programa de controle, acompanhamento e monitoramento do sistema de geração, controle, tratamento e disposição final de RSS.

Tipos de Lixo:

Grupo A: Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

Quadro 06:

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo A: Resíduos Potencialmente Infectantes		
A1	Culturas e estoques de micro-organismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética; Resíduos resultantes de atividades de vacinação com micro-organismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas; Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4 (Apêndice II), micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido; Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre, equipo de soro, frascos de soro.	Laboratório; Centro de Materiais Esterilizados - CME; Sala de Vacinas e Banco de Sangue; Enfermarias; Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica.
A2	Não gerados na instituição	
A3	Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.	Centro Cirúrgico; Seção de Urgência e Emergência; Ambulatórios e Clínicas

A4	<p>Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou micro-organismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de micro-organismos, bem como suas forrações; cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência; Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.</p>	Box de Hemodiálise, Laboratório, UTI's, Centro Cirúrgico, CME e Banco de Sangue
A5	<p>Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.</p>	Não identificado

Grupo B: Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente.

Quadro 07:

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo B: Resíduos Químicos		
B1	Não gerados na instituição	
B2	Medicamentos vencidos, amostras grátis de medicamentos e produtos vencidos, kit's de ensaio, frascos e sobras de reagentes em geral.	Farmácia e Consultórios Médicos.
B3	Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.	Laboratório, Banco de Sangue, Unidades de internação, UTI, Centro Cirúrgico
B4	Glutaraldeído, hipoclorito, álcool, sabão enzimático (Endozime), sabão neutro, água oxigenada, vaselina, azul de metileno, formalina, Desincrustante (Proxitano).	Serviço de Higienização e Limpeza, CME, CC.
B5	Reveladores, Fixadores, Filmes.	Setor de Radiologia

Grupo C: Não há geração de resíduos radioativos.

Grupo D: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente. Suas características são similares às dos resíduos domiciliares.

Quadro 08:

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo D: Resíduos Comuns		
D1	Papel toalha, guardanapos, talheres e pratos plásticos, frascos de nutrição enteral; Lixo de banheiro de pacientes e funcionários, lixos de enfermarias; Sobra de alimentos de pacientes e funcionários; Gesso, luvas, algodão, gazes, compressas, sondas, bolsas coletoras, frascos de urina e fezes, material de curativos e similares; Resíduos de áreas administrativas; Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;	Setor de Nutrição, Enfermarias, Ambulatórios, Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica, Banco de Sangue, Laboratórios, Hemodiálise, Centro Cirúrgico, UTI's, Centro de Diagnose, Centro Médico, Pronto Atendimento, Áreas Administrativas em geral.
D2	Galões de Solução; Álcool, PVPI; Caixas de papelão; Copos descartáveis, garrafas de água e refrigerantes; Papéis de áreas administrativas.	Setor de Nutrição, Enfermarias, Ambulatórios, Consultórios, Sala de Gesso, Emergência Trauma, Emergência Clínica, Banco de Sangue, Laboratórios, Hemodiálise, Centro Cirúrgico, UTI's, Centro de Diagnose, Centro Médico, Pronto Atendimento, Áreas Administrativas em geral.

Grupo E: Materiais perfurocortantes ou escarificantes: objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar.

Quadro 09:

GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO	SETORES GERADORES
Grupo E: Resíduos Perfurocortantes		
E	Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, bisturis, brocas, limas endodônticas, lâminas e lamínulas, espátulas, pipetas, tubos de coleta sanguínea, placas de petri, lancetas, vidraria quebrada em geral.	Banco de Sangue, Postos de Internação, Laboratório, CC, UTI's, Hemodiálise, Farmácia, Salas de Procedimentos, Pronto Atendimento.



Dimensionamento de Pessoal Diretoria (PJ)

Cargo/Categoria	Qtd.	Carga horária/	Salário Base (R\$)	Total (R\$)			
Diretoria Médica/Técnica (RT)	1	-	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00			
Diretor Administrativo/Gestor Técnico	1	-	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00			
TOTAL			R\$ 24.000,00	R\$ 24.000,00			

Pessoal Médico (PJ)

Dimensionamento de Pessoal Médico (PJ)

Cargo/Categoria	Quant. de Plantões	Carga horária/ Plantão	Valor (Plantão ou Salário) (R\$)	Remuneração Bruta (R\$)	Total (R\$)	ÁREA DE TRABALHO
Médico Clínico Geral (07 às 19h)	62	12h	R\$ 1.600,00	R\$ 99.200,00	R\$ 99.200,00	Porta de Entrada / Atendimento Médico
Médico Clínico Geral (19h às 7h)	62	12h	R\$ 1.600,00	R\$ 99.200,00	R\$ 99.200,00	
Médico Clínico Geral (10h às 22h)	31	12h	R\$ 1.600,00	R\$ 49.600,00	R\$ 49.600,00	
Pediatra Plantonista	31	-	R\$ 2.691,67	R\$ 83.441,77	R\$ 83.441,77	
TOTAL				R\$ 331.441,77		

- Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento de pessoa física ou jurídica que vier a ser necessário. Em caso em que os recursos humanos se encontrarem em efetivo exercício nas atividades inerentes à execução deste CONTRATO, será realizado na forma de Sub-rogação Trabalhista e as demissões realizadas durante o período contratual, incluindo os encargos demissionais anteriores serão reembolsados pela Secretaria Municipal de Saúde à Organização Social, no próximo repasse.

*Manter 01 (um) profissional Pediatra em assistência diurna e em sobrecarga noturna. Apoio e disponibilidade matricial. A natureza do atendimento nas UPAs é de urgência e emergência, que o objetivo é estabilizar o paciente. O Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina não preveem a presença de qualquer especialista nas UPAs, nem mesmo o Pediatra.

V. CRONOGRAMA GERAL

Cronograma 05:

Sequência	Atividades	Fase de Operacionalização											
		Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
IMPLANTAÇÃO DE PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO GERENCIAL													
01	Elaboração de Planejamento Estratégico Institucional												
02	Apresentação e qualificação da Estrutura Organizacional												
03	Apresentação e Implantação do Modelo Gerencial												
04	Implantação do Conselho Gestor												
05	Criação e Implementação da Diretoria Colegiada												
06	Definição das linhas de cuidado prioritárias em parceria com a Gestão Municipal												
07	Realização de Diagnóstico e Elaboração de projetos voltados a Melhorar a Qualidade da Atenção, sob a												

[illegible]

	patrimonial, guarda almoxarifado, alienação, cessão e transferência de bens patrimoniais, inventários, manutenção predial e de equipamentos)												
17	Implantação de proposta para Estruturação e Implementação de Sistemas de Gestão e rotinas gerenciais												
18	Criação de setor responsável pelo Faturamento												
19	Validação e Implantação para modelo de compras, contratos e terceirizações												
20	Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)												
21	Promover atualização sistemática e periódica, mensal, do CNES												
22	Atualizar as licenças da VISA, Corpo de Bombeiros e outros instrumentos obrigatórios para funcionamento de serviço público de saúde												

IMPLANTAÇÃO OU READEQUAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS

23	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários												
24	Comissão de Verificação de Óbitos												
25	Comissão de Ética Médica												
26	Comissão de Ética de Enfermagem												
27	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e SESMT												
28	Comissão de Farmácia e Terapêutica												
29	Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde												
30	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente												
31	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar												
32	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar												
33	Núcleo Interno de Regulação (NIR)												
34	Grupo de Trabalho em Humanização												
35	Comissão de Educação Permanente												

IMPLANTAÇÃO DE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

36	Realização de padronização e incrementos voltados ao novo Modelo Gerencial											
37	Execução de Estratégias objetivando: Gestão de Acesso; Utilização da capacidade total operacional e assistencial; Gestão de Vagas; Gestão da Clínica; Tempo Médio de Atendimento; Retornos; Gestão de Filas											
38	Estabelecimento de Contrarreferência com a Rede de Atenção à Saúde											
39	Pactuação de linhas de cuidado a serem trabalhadas; Construção de diretrizes clínicas e linhas-guias e Validação do Processo											
40	Articulação com outras Unidades de Saúde, incluindo Atenção Primária, RAPS e Rede Intersetorial											
41	Implantação de estratégias para inserção do serviço na Rede de Atenção à Saúde											
42	Implantação de Sistema de Apoio e Assistência Farmacêutica											
43	Validação da Padronização de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares											

44	Implantação do sistema logístico – prontuário eletrônico e prescrição eletrônica, SAME, CME, hotelaria e lavanderia, transporte sanitário											
45	Discussão, Validação e Implantação: Protocolos Clínicos, bem como, POPs e normas assistenciais e gerenciais											
46	Implantação de mecanismos de informação e comunicação aos usuários – Serviço de Atendimento ao Usuário, Ouvidoria, Termo de Consentimento Informado, Manual de Informação ao Usuário, Acompanhantes e Visitantes e Manual de Informação de Colaboradores											
47	Implantação da Proposta para Humanização da Atenção, contemplando a implantação do Grupo de Trabalho Humanizado e Acolhimento											
48	Implantação de Proposta para Monitoramento do Contrato de Gestão											
49	Monitoramento e Avaliação Contínua do Contrato de Gestão e Metas Operacionais											
50	Avaliar, acompanhar e qualificar os indicadores e estatísticas											
51	Execução de Projetos Assistenciais de Saúde e Sociais											

52	Implantação de Rotinas gerenciais e Regulamentos (Regulamento de Contratação de Pessoal, Regulamento Institucional de Compras, Contratações de Obras e Serviços, Rotinas e Procedimentos de compras e materiais e medicamentos)												
53	Adequação de Fluxos assistenciais e administrativos, trânsito de pessoas e identificação												
54	Implantação de Normas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar												
55	Articular com os serviços de proteção social, educação, esporte e cultura a fim de ampliar o alcance do cuidado e melhoria da qualidade do serviço prestado												
56	Elaboração e Implantação do Plano de Gerenciamento das Tecnologias em Saúde, conforme as normativas vigentes												
57	Avaliação e melhorias das Práticas Assistenciais e Fluxos, Monitoramento, Avaliação dos Indicadores de Produtividade e de Qualidade e Aplicação de Ações Corretivas												

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

58	Implantação de Projeto de Desenvolvimento Humano, com base no Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos												
59	Capacitação da Equipe Técnica e Administrativa												
60	Implantação da Política de Gestão de Pessoas												
61	Implementação de Proposta para Pesquisa de Clima Organizacional												
62	Implantação de Sistema para Avaliação de Desempenho												
63	Implantação de Proposta de Combate de Absenteísmo												
64	Implantação e Execução Contínua de Proposta de Educação Permanente e em Serviço												
65	Desenvolvimento da equipe gerencial e colaboradores, com ênfase nas lideranças institucionais e setores												

PROGRAMA DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA, CUSTEIO E INVESTIMENTO

66	Implantação de Metodologia financeira, custeio e investimento												
67	Implantação e Execução Contínua da Metodologia de Custos												

