



DIRETRIZES OPERACIONAIS

DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
AMBULATORIAL



REDE
HORACERTA
HOSPITAL DIA



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE



Diretrizes Operacionais Da Atenção Especializada Ambulatorial

REDE
HORACERTA
HOSPITAL DIA



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITO

Fernando Haddad

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Alexandre Rocha Santos Padilha

SECRETÁRIA ADJUNTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Celia Cristina Pereira Bortoletto

CHEFE DE GABINETE

Mariana Neubern de Souza Almeida

COORDENADORES REGIONAIS DE SAÚDE

Alberto Alves de Oliveira – Norte

Alexandre Nemes Filho –Oeste

Claudia Maria Afonso de Castro - Leste

Clovis Silveira Junior - Centro

Karina Barros Kalife Batista – Sudeste

Tânia Zogbi Sahyoun – Sul

COORDENADOR DA REDE DE ATEN-

ÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

(AEA/ Hospital Dia Rede Hora Certa)

Flavius Augusto Oliveti Albieri

EQUIPE TÉCNICA DE FORMULAÇÃO DAS DIRETRIZES OPERACIONAIS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL/HOSPITAL DIA DA REDE HORA CERTA / AMBULATÓRIOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (AE/AMA-E)

I. GRUPO DE TÉCNICO ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Ana Kelly Malaquias – SMS.G
Ana Lúcia Paioni – CRS Sudeste
Celina de Antônio Aquino – CRS Leste
Débora Rita Burjato Santana – CRS Norte
Denise Carreira – CRS Oeste
Evani Marzagão Beringhs – CRS Centro
Flavius Augusto Olivetti Albieri – SMS.G
Lais Borba Casella – CRS Sul
Larissa Desiderá Santo André – SMS.G
Lucia de Fatima Luna Mota – CRS Sudeste
Maria Aparecida Lucarelli – CRS Oeste
Roberto Aparecido Moreira – SMS.G

II. SUPERVISORES TÉCNICOS DE SAÚDE (STS)

STS Butantã
Regina Célia Porto Castanheira

STS Campo Limpo
Laina Ramos Lau Dell' Aquila Gonçalves

STS Capela do Socorro
Lúcia Marques Cleto Duarte Iusim

STS Casa Verde/ Cachoeirinha
Zeni Rose Tolo

STS Cidade Tiradentes
Marta Pozzani Calixto de Jesus

STS São Miguel Paulista
Eliete Magda Fávaro

STS Ermelino Matarazzo
Tânia Maria Bonfim da Cunha

STS Freguesia do Ó/ Brasilândia
Jurema Westin Carvalho

STS Guaianases
Sueli Mitie Saito

STS Ipiranga
Sandra Regina de Araújo Gonzaga Brandão Tavares

STS Itaim Paulista
Ana Cristina Kantzos

STS Itaquera
Raquel D'Elia da Silva

STS Lapa/ Pinheiros
Ajax Perez Salvador

STS M'Boi Mirim
Vera Maria da Silva Ribeira

STS Mooca/ Aricanduva/ Formosa/ Carrão
Valéria Verkin Barsoumian

STS Parelheiros
Ana Paula Lima Orlando

STS Penha
Celso Gualhardo Monteiro

STS Pirituba/ Perus
João Marcondes da Silva Filho

STS Santana/ Jaçanã
Silvia Masson Braga

STS Santo Amaro/ Cidade Ademar
Sandra Maria Sabino Fonseca

STS São Mateus
Roberto de Alcantara Madeira

STS Vila Maria/ Vila Guilherme
José Mauro Del Roio Correia

STS Vila Mariana/ Jabaquara
Douglas Augusto Schneider

STS Vila Prudente/ Sapopemba
Rosely Loguercio

III. GERENTES DE ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Hospital Dia da Rede Hora Certa:

Brasilândia
Rosemeire Fátima Biondo Pinto de Souza

Ipiranga – Flavio Giannotti
José Roberto Abdalla

Itaim Paulista - Carolina Fanaro Da Costa Damato

Lapa
Marcelo de Paschoal

M' Boi Mirim II

Alexandra Nogueira Pereira Marques

M'Boi Mirim I

Vilma Farias dos Santos

Penha

Aurea Bianchi Leonardo

São Miguel

Nilza Maria Piassi Bertelli

Cidade Ademar

Maria Zaira Benites Gonçalves

Butanã

Josiane Carmele Homs Manasia

Vila Prudente

Cintia Heger

São Mateus

Sandra Lazaro Pereira

Campo Limpo

Jean Cley Miranda dos Santos

Mooca

Patricia Meire Caravante Gaia

AE**Ceci "Dr. Alexandre Kalil Yasbec"**

Vania Lúcia Siervi Manso

Mooca "Dr. Ítalo Domingos Le Vocci"

Marcos Caldano

Freguesia do Ó

Rafael Tadeu de Andrade

Jose Bonifácio IV

Alexandra Dias Deodoroviv

Perus

Isabel Aparecida Nering Carlos

Pirituba

Vera Sales Bueno

São Carlos

Dalci Aparecida Figgi

Sapopemba

Jeane de Sant'Ana Ramalho

Tucuruvi

Braz de Castro Junior

V. Paranaguá

Marcia De Souza Dias

AMA - E**Burgo Paulista**

Antonia Aparecida Ferreira Santos Silva

Capão Redondo

Nadja Tavares de França

Dr. Milton Aldred Ambulatório de Especialidades

Dirce Ferreira dos Santos

Itaquera

Silvia Napoli Fichino

Izolina Mazzei

Tatiana Fujinami

Jardim Cliper Ambulatório de Especialidades

Marcelo A. Castro

Jardim Icarai Quintana

Lessiléia Gomes de Souza

Jardim São Luis

Sandro Norberto Fonseca Valle

Jd Guairacá

Elisangela Borges de Lima

Parque Peruche

Adalgisa Strumiello

Perus

Ana Aparecida O. Santos Liu

Santa Cecília

Lélia Teixeira da Silva

Vila Constância

Maria Célia Campello Montezuma

Vila das Mercês

Marcia Elisa da Silva Naddeo

Vila Zatt

Allan de Oliveira Andrade

COLABORAÇÕES TÉCNICAS

Adalberto Kiochi Aguemí;
Adilson Nunes Guardado;
Adriana Maria de Andrade Souza;
Alice Angela C. Almeida;
Antonio Carlos Barbosa Cintra de Souza;
Elaine Maria Giannotti;
Isabel Cristina Nomiyama;
José Arquibaldo de Lucca;
José Olímpio Moura de Albuquerque;
Katia Cristina Bassichetto;
Luis Roberto de Souza;
Márcia Regina de Mattos Chaves;
Michael Rodrigues de Paula;
Rejane Calixto Gonçalves;
Sandra Aparecida Jeremias;
Sandra Lucia Brum Mirandez;
Sergio Paschoal;
Tania Maria Bonfim da Cunha;
Tânia Oliveira Palácios;
Thiago Moraes Coelho Dale Caiuby.

PRODUÇÃO

COORDENAÇÃO ESPECIAL DE COMUNICAÇÃO - CESCO/SMS

Coordenador de Comunicação

Pedro Henrique Pereira de Oliveira Gomes e Silva

Coordenador de Criação

Paulo Roberto Marques

Diagramação

Camila Perez de Souza

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/Hospital Dia Da Rede Hora Certa. Vol. 01 – 1º edição
2016. PREFEITURA DE SÃO PAULO

Todos os direitos estão reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos.

Apresentação



Vivemos em uma cidade como poucas no mundo. São aproximadamente 12 milhões de pessoas morando em São Paulo, mas cerca de 19 milhões a usam rotineiramente e pouco mais de 24 milhões dependem diretamente das atividades aqui desenvolvidas. Todos os dias, milhões de pessoas, na proporção de países inteiros, saem das regiões onde moram para o seu local de trabalho. Só da Zona Leste, um Uruguai inteiro. Juntando as periferias da Zona Leste, Sul, Oeste e Norte, mais do que um Paraguai ou uma Bulgária. Por ano, uma Hong Kong inteira entra nas nossas unidades básicas de saúde para receber medicamentos.

Convivemos lado a lado, regiões das mais ricas do mundo, com regiões sem condições básicas da vida urbana.

Convivemos com riscos e doenças dos séculos 19 e 20, e com os novos desafios em saúde do século 21. Das seis cidades mais populosas do mundo, a nossa São Paulo, a sexta, é a única que busca cumprir o compromisso legal de garantir um sistema público, universal e gratuito para toda a sua população.

No que diz respeito ao setor público, a cidade produz o maior número de internações SUS do país, assim como o maior número de procedimentos ambulatoriais de baixa, média ou alta complexidade. Conta com 453 Unidades Básicas de Saúde e 54 hospitais gerais ou especializados que fazem parte de uma rede com 1.131 estabelecimentos de saúde (CNES Março 2016). A cidade ainda abriga um importante centro tecnológico de saúde, com um complexo médico-hospitalar de referência nacional e internacional, o que representa parcela importante da sua economia.

O programa da atual gestão na área da saúde aponta em sua linha de “estruturação e desenvolvimento dos serviços em Rede de Atenção à Saúde”, aumentando a capacidade e a resolutividade da atenção básica e a promovendo a prestação de serviços especializados em lugar e tempo adequados.

Na Atenção Básica, ofertamos cerca de 1 milhão a mais de consultas em 2015 em relação à 2012, o que reduz o tempo médio de espera. Em 2012, o paciente ficava na fila da consulta na atenção básica, em média, 33 dias e, em maio de 2016, esse número caiu para 17 dias. Também reduzimos o número de consultas especializadas resultantes de encaminhamentos feitos pelos profissionais da atenção básica, o que demonstra uma maior capacidade de resolução dos casos pelos profissionais deste nível de atenção.

Ainda assim, o MSP avança na implementação da Atenção Especializada Ambulatorial, outro nível de atenção fundamental ao cuidado integral da saúde da população da cidade. Esses avanços têm se dado, sobretudo, pela implantação dos Hospitais-Dia da Rede Hora Certa (HD RHC).

Através destas unidades busca-se atender às necessidades de saúde das regiões e agilizar o acesso do paciente, resultando na redução do tempo de espera e aumento da resolutividade para consultas e procedimentos especializados, sejam eles diagnósticos ou cirúrgicos eletivos.

O conjunto de unidades resultantes da reestruturação dos serviços especializados ambulatoriais existentes se fundamenta em processo de gestão com adequado sistema de regulação do acesso, redefinição dos fluxos de trabalho e protocolos de atendimento em toda RAEA.

Em junho de 2016, o município conta com: 24 hospitais dia da Rede Hora Certa, sendo 8 unidades fixas nas regiões das subprefeituras de Freguesia/Brasilândia, Itaim Paulista, Ipiranga, Lapa, M'Boi Mirim (I e II), Penha e São Miguel Paulista; 08 unidades de rápida construção: Lapa, Santo Amaro, Tucuruvi, Perus, Carrão, Itaquera, Cidade Tiradentes e Guaianases e 08 unidades hospitalares: Cidade Tiradentes, M'Boi Mirim, Vila Guilherme (Storopoli), Jabaquara (Vila Santa Catarina), Centro (Menino Jesus, ICAVC), Vila Nova Cachoeirinha e Penha (Santo Antonio).

Já temos 07 unidades fixas em fase de estruturação do serviço, para dar início ao funcionamento ainda este ano: Butantã, Campo Limpo, Cidade Ademar, Mooca, São Mateus, Vila Maria e Vila Prudente e também 06 unidades em processo de elaboração de projeto executivo: Carrão, Capela do Socorro, Ermelino Matarazzo, Parelheiros, Interlagos (modular) e Santo Amaro II (modular). Ao total, temos 37 unidades da Rede Hora Certa programadas para funcionamento em 2016.

A criação das unidades do Hospital Dia da Rede Hora Certa contribuiu para o aumento da oferta de exames na capital. Desde a implantação do programa, no final de 2013, quase 200 mil pessoas são atendidas mensalmente pelas unidades, diminuindo o tempo de espera para procedimentos.

Comparando os anos de 2012 e 2015, observa-se um aumento do número de consultas especializadas, que passou de 2,7 milhões, em 2012, para 2,8 milhões. Com relação aos serviços de apoio

diagnóstico e terapêutico, a oferta passou de 1,6 milhão de exames para 2,1 milhões por ano. Por exemplo, o número de ultrassonografias realizadas pela rede subiu, neste mesmo período, de 740 mil para 1,1 milhão, e o tempo médio de espera para sua realização caiu de 183 para 70 dias.

A Prefeitura está realizando mais exames especializados para o conjunto da população. Com os Hospitais Dia Hora Certa, é possível fazer com que esses exames cheguem cada vez mais perto da periferia.

O tempo de espera para realização de procedimentos cirúrgicos também diminuiu. Para a cirurgia de catarata, por exemplo, o município saiu de 1.000 para 2.000 cirurgias por mês. A espera para procedimentos cirúrgicos pediátricos também caiu, de 163 dias para 53 dias, reduzindo a fila de mais de 10 mil crianças para menos de 1.000 (redução de 90%).

Em relação às consultas especializadas, no período de 2010 a 2015 houve um aumento de 21,2% no total realizado pela Secretaria Municipal da Saúde e uma queda de 3,7% das consultas ofertadas pela Secretaria Estadual da Saúde. As regiões Norte e Sul foram as que apresentaram maior variação percentual de 35,5% e 21,6% respectivamente no mesmo período. Em 2015, as regiões Oeste e Sudeste apresentam valores superiores à média da cidade em 57,6% por serem regiões que concentram os serviços de atenção especializada.

Diante do tamanho do desafio e da diversidade dos modos de viver de São Paulo, se quisermos construir mais saúde do que doença na nossa cidade, só temos uma saída: fazer de tudo para levar a saúde mais próxima e adequada aos modos de vida das pessoas que vivem nas várias cidades que existem dentro da nossa São Paulo.

Para que esta reestruturação continue ocorrendo de maneira mais efetiva, foi elaborado um documento tem a finalidade de apresentar a nova Atenção Especializada Ambulatorial do Município de São Paulo (AEA - MSP) e oferecer DIRETRIZES OPERACIONAIS que norteiem o planejamento, execução, implementação e monitoramento destas unidades – Hospital Dia da Rede Hora Certa (HD-RHC) e Ambulatórios de Atenção Especializada (AE e AMA-E).

ALEXANDRE PADILHA
Secretário Municipal de Saúde

Histórico de Construção das Diretrizes da Atenção Especializada Ambulatorial no Município de São Paulo

O processo de elaboração das “diretrizes” se deu conforme previamente planejado: baseado em uma construção coletiva, participativa por meio de grupo técnico estruturado (GT) envolvendo a equipe de Coordenação da Rede de Atenção Especializada (CRAEA), os interlocutores técnicos de cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), os Supervisores Técnicos de Saúde (STS) e os gestores locais dos estabelecimentos da RAEA.

Para a construção do documento, foram realizadas visitas técnicas locais nas unidades da RAEA coordenadas pela CRAEA e com participação de membros da equipe da Coordenação de Regulação Municipal com objeto de traçar um diagnóstico situacional da rede, identificando as potenciais de cada serviço (experiências exitosas) e a lógica de trabalho local.

Para garantir a uniformidade do processo diagnóstico situacional, a CRAEA realizou uma adaptação do instrumento de avaliação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) com vistas às ações e processos de trabalho específicos da RAEA. As visitas subsidiaram a produção de um relatório qualitativo sobre o funcionamento das unidades no sistema garantindo um olhar mais próximo real fortalecendo a elaboração deste documento.

Diversas experiências exitosas foram identificadas nos quase 40 estabelecimentos de saúde visitados, entre elas destacamos revisão de processos de trabalho e fluxos que melhoram e humanizam o atendimento na RAEA, por exemplo: agendamentos de retornos que extinguiram filas em dias de agendamentos específicos, gestão de altas com estímulo a emissão de contra referências para a rede básica e monitoramento de altas por profissional médico, monitoramento de indicadores locais, entre outros.

Além das visitas locais, foram realizadas aproximadamente mais de 30 reuniões temáticas que contaram com a participação de outras interlocuções a depender do tema discutido (regulação central, regional, núcleo técnico de contratualização de serviços de saúde, áreas técnicas diversas, entre outros) para a estruturação

Com o diagnóstico situacional e com as diretrizes pré estruturada em mãos, a CRAEA promoveu uma sequência de oficinas regionais, estruturadas da seguinte forma:

- Divulgação do diagnóstico situacional – com o objetivo de apresentar o resultado e quanti e qualitativo de cada estabelecimento;
- Compartilhamento de experiências exitosas entre os gestores locais das unidades da RAEA de cada CRS – com o objetivo de aprofundar as discussões de modelos exitosos e estimulando a criatividade dos gestores para aplicação de novas ações revisitando os processos de trabalho com foco na melhoria do atendimento ao cidadão.
- Validação do pré documento “Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/Hospital Dia Da Rede Hora Certa” – com o objetivo de captar outras contribuições das Supervisões Técnicas de Saúde, dos gestores dos estabelecimentos da RAEA, dos interlocutores técnicos da CRS e também das instituições parceiras.

Desta forma, entendemos que este documento possui grande potência para a sua implantação na Rede de Atenção a Saúde de cidade de São Paulo pois a sua construção esteve baseada em gestões com experiências exitosas locais dos serviços da RAEA que, sob luz das diretrizes do SUS, visam o aperfeiçoamento da assistência ao cidadão.

Ao fim, apresentamos a seguir o Caderno Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/Hospital Dia Da Rede Hora Certa

FLAVIUS AUGUSTO OLIVETTI ALBIERI
Coordenador da Atenção Especializada Ambulatorial
Hospital Dia de Rede Hora Certa

Sumário

14 CAPÍTULO 1 – ESTABELECIMENTOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

- 14** O HOSPITAL DIA DA REDE HORA CERTA
- 16** O AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES (AE) E ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES (AMA-E)
- 17** DIRETRIZES DE GOVERNO PARA A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

18 CAPÍTULO 2 – O MODELO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

- 19** O MODELO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL DA SMS/SP
- 20** RELAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL NA RAS
- 21** REGULAÇÃO LOCAL DO ACESSO NA ATENÇÃO BÁSICA: ORDENADORA DO CUIDADO
- 22** LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO NA AB: COORDENADORA DO CUIDADO
- 23** RESOLUTIVIDADE DA AEA: O CUIDADO CRÔNICO-LONGITUDINAL, O CUIDADO IMEDIATO TRANSITÓRIO E A GESTÃO DE ALTAS
- 25** TRATAMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS NA AEA

28 CAPÍTULO 3 – DAS DIRETRIZES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL (AEA)

- 28** DIRETRIZES OPERACIONAIS GERAIS
- 29** DIRETRIZES OPERACIONAIS ESPECÍFICAS
- 30** A UTILIZAÇÃO DO SIGA-SAÚDE/SP COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO
- 32** REGULAÇÃO DO ACESSO A REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL (RAEA)
- 35** PARAMETRIZAÇÕES DE UM ESTABELECIMENTO DA RAEA
- 35** REGISTRO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL
- 36** REQUISITOS TÉCNICOS E FUNÇÕES DA EQUIPE GESTORA LOCAL
- 36** DIRETOR GERAL (RESPONSÁVEL LEGAL E TÉCNICO PELO SERVIÇO)
- 36** RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO
- 37** OUTROS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS
- 37** DIRETOR CLÍNICO
- 37** A EQUIPE ASSISTENCIAL E SUAS COMPETÊNCIAS
- 38** COMPETÊNCIAS GERAIS
- 39** MÉDICO
- 39** EQUIPE DE ENFERMAGEM – ENFERMEIRO
- 40** EQUIPE DE ENFERMAGEM - TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

- 40** ASSISTENTE SOCIAL
- 40** PSICÓLOGO
- 42** NUTRICIONISTA
- 42** FARMACÊUTICO
- 42** TÉCNICO/AUXILIAR DE FARMÁCIA
- 43** AUXILIARES E TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS
- 43** EQUIPE DE REGULAÇÃO
- 43** REGIMENTOS OBRIGATÓRIOS
 - 43** REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE
 - 43** NORMAS E ROTINAS ESPECÍFICAS DE CADA SETOR DE TRABALHO
 - 43** REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
 - 43** REGIMENTO INTERNO ADMINISTRATIVO
- 43** ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE
 - 44** DIRETORIA/ GERENCIA
 - 44** RECURSOS HUMANOS – GESTÃO DE PESSOAS
 - 44** ADMINISTRAÇÃO
 - 44** SERVIÇO DE ARQUIVOS MÉDICOS E ESTATÍSTICO (SAME) E FATURAMENTO
 - 45** RECEPÇÃO
 - 45** UNIDADE DE REGULAÇÃO LOCAL
 - 45** AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
 - 45** SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
 - 45** HOSPITAL DIA – CENTRO CIRÚRGICO
 - 45** CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO
 - 46** SALA DE COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES
 - 46** FARMÁCIA
 - 47** PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL
 - 47** OUVIDORIA DA SAÚDE

48 CAPÍTULO 4 – DIRETRIZES ESTRUTURAIS

- 49** ANEXO 1 CENTRO CIRÚRGICO DO HOSPITAL DIA DA REDE HORA CERTA – CIRURGIAS
- 50** ANEXO 2 COMISSÕES, COMITÊS E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS
- 50** COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
- 50** COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM
- 51** NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
- 52** COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
- 52** COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE
- 53** ANEXO 3 - MANUAL DE ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA INSTALAÇÃO DE UNIDADES HOSPITAL DIA DA REDE HORA CERTA
- 56** ANEXO 4 - INDICADORES DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

57 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CAPÍTULO 1

Estabelecimentos

da Atenção

Especializada

Ambulatorial

A Atenção Especializada Ambulatorial (RAEA) atual é composta pelos seguintes serviços:

- I. Hospital Dia da Rede Hora Certa
- II. Ambulatórios de Especialidades (AE)
- III. Atenção Médica Ambulatorial Especializada (AMA-E)

O HOSPITAL DIA DA REDE HORA CERTA

O estabelecimento reúne uma unidade do tipo policlínica (consultas e exames especializados) e cirurgias-dia eletivas (**HOSPITAL DIA**) na mesma unidade, buscando atender todas as necessidades do tratamento do paciente em um mesmo estabelecimento respondendo às suas necessidades. **O HOSPITAL DIA** é o local para a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial especializado, para realização de procedimentos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e cirúrgicos eletivos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de até 12 horas. O modelo de hospital dia não substitui o modelo hospitalar convencional que sempre será de fundamental importância para a sociedade.

Os hospitais gerais ficarão cada vez mais concentrados no atendimento de casos que exijam períodos de internação superiores a 12 horas, enquanto que os estabelecimentos de hospital dia serão direcionados para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade (p. ex.: hernioplastia, postectomia, amidalectomia, cirurgia de túnel do carpo, de cisto pilonidal, de catarata, entre outros) e de baixa complexidade (p. ex.: retirada de cistos, verrugas, nevus e biópsias de pele, entre outros).

São denominados “Hospital Dia da Rede Hora Certa”:

- **Serviço Próprio Municipal:**
 - Policlínica com Centro Cirúrgico Ambulatorial (Hospital-Dia)
 - Unidade fixa (*)
 - Unidade móvel/modular

(*) Alguns estabelecimentos com Hospital-Dia podem estar vinculados ao serviço hospitalar tradicional

A porta de entrada prioritária do cidadão aos **HOSPITAIS DIA DA REDE HORA CERTA** se dá a partir da Rede de Atenção Básica (AB) pelas UBS, ordenadora e coordenadora do cuidado.

O QUE É HD-RHC: estabelecimento de saúde do tipo policlínica especializada com hospital-dia.

O QUE FAZ HD-RHC: realiza consultas médicas especializadas, exames de apoio diagnóstico especializado e cirurgias-dia eletivas de baixa e média complexidade em um mesmo local. Cada estabelecimento oferta uma grade de especialidades específica e conforme as necessidades de saúde da região.

- **ESPECIALIDADES MÉDICAS:** Em média são ofertados 15 tipos diferentes, p. ex.: cardiologia, endocrinologia, neurologia, ortopedia, urologia, cirurgia vascular, geral, pediátrica, ginecológica, entre outros.
- **ESPECIALIDADES NÃO MÉDICAS:** a oferta de consultas com especialidades não médicas varia de estabelecimento para estabelecimento a depender da demanda regional e da própria unidade, os profissionais se dividem nas seguintes categorias profissionais: serviço social, farmácia, psicologia, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia.
- **EXAMES:** Em média são ofertados 10 tipos diferentes, p. ex.: endoscopia, colonoscopia, nasofibroscopia, mamografia, colposcopia, eletroneuromiografia, ecocardiograma, teste ergométrico, mapa, holter, ultrasonografia, eletroencefalograma, entre outros.

- **CIRURGIAS-DIA:** As cirurgias-dia são procedimentos eletivos e realizados no centro cirúrgico neste mesmo estabelecimento. O paciente tem alta no mesmo dia que realiza o procedimento. São exemplos de cirurgia-dia: cirurgia geral (hérnia inguinal e umbilical, cisto pilonidal), cirurgia vascular (varizes); ortopedia (dedo em gatilho, túnel do carpo, túnel do tarso, cisto sinovial); proctologia (hemorroida). Outros tratamentos cirúrgicos de baixa complexidade como biópsia de pele, cisto, unha encravada, quelóide também são realizados neste estabelecimento.

COMO ACESSAR HD-RHC: O agendamento para consultas médicas especializadas e exames diagnósticos nas unidades Hospital Dia da Rede Hora Certa é realizado pelas UBS (prioritariamente) mediante solicitação prévia. Todo agendamento deve ser realizado através do Sistema Integrado de Gestão da assistência à Saúde do MSP (SIGA-Saúde/SP).

HORÁRIO DE ATENDIMENTO HD-RHC: Funciona no mínimo 12 horas de segunda-feira a sexta-feira, podendo haver ampliação de horário de atendimento conforme necessidade regional.

O AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES (AE) E ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES (AMA-E)

São espaços do tipo policlínica especializada sem hospital-dia. Estas unidades são precursores do novo modelo assistencial denominada Hospital-dia da Rede Hora Certa e são, em resumo:

O QUE É AE e AMA-E: estabelecimento de saúde do tipo policlínica especializada (não possui hospital-dia)

O QUE FAZ AE e AMA-E: realiza consultas médicas especializadas e exames de apoio diagnóstico especializados em um mesmo local. Cada unidade detém uma grade de serviços específicos conforme as necessidades da região.

- **ESPECIALIDADES MÉDICAS:** Em média são ofertados 10 tipos diferentes, p. ex.: ortopedia, cardiologia, endocrinologia, neurologia, urologia, entre outros. Alguns estabelecimentos realizam procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade como biópsia de pele, cisto, entre outros. Estes procedimentos não são realizados em ambiente cirúrgico, mas sim em sala de procedimentos ou em consultórios especializados.

- **EXAMES:** Em média são ofertados 05 tipos diferentes - p. ex.: ultrassonografia, mapa, holter, teste ergométrico, eletrocardiograma, eletroencefalograma, entre outros.

COMO ACESSAR AE e AMA-E: O agendamento para consultas médicas especializadas e exames diagnósticos nas unidades AE e AMA-E é realizado pelas UBS (prioritariamente) mediante solicitação prévia. Todo agendamento deve ser realizado através do SIGA-Saúde/SP.

HORÁRIO DE ATENDIMENTO AE e AMA-E: O AE atende, em geral, de segunda a sexta-feira das 7h00 às 19h00 (salvo feriados). A AMA-E atende de segunda a sábado das 7h00 às 19h00 (salvo feriados).

DIRETRIZES DE GOVERNO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

São objetivos principais:

1. Implantar os estabelecimentos **HOSPITAIS DIA DA REDE HORA CERTA (HD RHC)**, policlínica/ambulatório especializado com hospital-dia, em cada subprefeitura;
2. Oferecer resolutividade ao cidadão a partir da realização de consultas médicas e procedimentos especializados como exames de apoio diagnóstico e tratamentos cirúrgicos ambulatoriais preferencialmente no mesmo estabelecimento.

São objetivos específicos:

1. Implantar as Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial/Hospital Dia Da Rede Hora Certa, Sejam HD RHC Ou AE/AMA-E com vistas à melhoria dos padrões de eficiência, eficácia, efetividade e qualidade da gestão pública e dos serviços prestados ao cidadão.
2. Buscar reduzir o tempo médio de espera para consultas, exames especializados e tratamentos cirúrgicos em regime de hospital dia.
3. Aprimorar a relação da AEA com a AB na Rede de Atenção a Saúde (RAS) onde o Hospital Dia da Rede Hora Certa/AE/AMA-E não seja utilizado exclusivamente para o atendimento presencial dos usuários, sendo também um ponto de apoio resolutivo para a AB, onde profissionais especializados prestem apoio matricial às equipes de AB, presencialmente ou à distância, por meio das ferramentas de telessaúde e também qualificando os processo de regulação na AB local.

A implantação das unidades dos **HOSPITAIS DIA DA REDE HORA CERTA** deve ser um processo disparador de um novo padrão de qualidade para toda a RAEA no MSP e para isto:

- A definição dos locais de implantação dos **HD-RHC** deve considerar os espaços físicos para reforma, ampliação e requalificação de unidades já existentes na rede própria atual objetivando a ampliação de serviços especializados

em saúde a partir da contratação de prestadores (seja pela administração direta ou parcerias);

- O incremento da grade de serviços especializados em saúde em cada um dos **HD-RHC** deve se dar sob criteriosa análise de necessidades em saúde, em cada Subprefeitura/Regional de Saúde, considerando tanto a quantidade como a qualidade da oferta já existente, assim como a demanda reprimida;
- É desejado que os **HD-RHC** devam considerar o atendimento agendado e realizado de forma resolutiva em um mesmo local ou rede de serviços locais, considerados procedimentos de consulta, exames diagnósticos e pré-operatórios, tratamento cirúrgico ambulatorial e cuidados imediatos de seguimento, com retaguarda hospitalar.
- Todo estabelecimento da RAEA, seja HD RHC ou AE/AMA-E deve se adequar aos novos padrões de qualidade detalhados nestas Diretrizes Operacionais.

CAPÍTULO 2

O modelo

Assistencial

da Atenção

Especializada

Ambulatorial na

Rede de Atenção à

Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e consequente qualificação a gestão do cuidado no contexto atual.

A implementação das RAS aponta para maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios, de tal forma que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS com consequente impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a AB como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; sendo mais eficazes, tanto em termos de organização interna (demanda por recursos, gestão da clínica, qualificação do acesso, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

Os estabelecimentos da AEA (HD-RHC, AE/AMA-E) devem ser entendidos como um dos pontos de atenção nesta RAS, mas que não sejam utilizados exclusivamente para o atendimento presencial dos usuários, sendo também pontos de apoio resolutivos para a AB, com a definição de uma carga horária específica para que os profissionais especializados prestem apoio matricial às equipes de AB, presencialmente ou à distância, por meio das ferramentas de teleassistência, teleducação e telessaúde.

A partir da AB deve ser garantido o seguimento multidisciplinar e longitudinal das pessoas inseridas nas diversas redes temáticas especialmente as que exigem contatos regulares e extensos durante o tratamento. Uma vez que o gerenciamento das condições de saúde requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, o papel e a participação da pessoa devem ser enfatizados.

O MODELO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL DA SMS/SP

“Modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda”. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

A atenção especializada ambulatorial da SMS/SP deve se adaptar de forma a responder a expectativa da sociedade/cidadão por processos assistenciais integrados e centrados no usuário, de modo a diminuir, além do tempo de espera, o vai e vem entre serviços e a falta de comunicação e desconfiança entre seus profissionais, fatores que provocam ansiedade e insatisfação geral. Além disso, os usuários/cidadãos devem assumir maior autonomia em seu processo de autocuidado, apoiados pelos profissionais de saúde com mobilização de diferentes tecnologias.

As filas/tempo de espera para procedimentos especializados, o processo de trabalho centrado no agendamento de consultas e a dificuldade de produzir comunicação entre a gestão e os médicos devem ser apontamentos mobilizantes para a gestão do cuidado integral na rede de atenção especializada ambulatorial.

O conceito de tempo de espera baseado em parâmetros clinicamente sustentados - que balizem limites suportáveis de espera minimizando o sofrimento dos usuários e reduzindo a morbimortalidade associada à demora a tratamento, “considerando as diferentes patologias, seus estágios de progressão, suas classificações e prognósticos, como elementos fundamentais para adoção de padrões seguros de tempos de espera” (CANONICI, 2012) - ainda se coloca nos planos de estudos no Brasil, mas já precisam ser considerados na discussão do modelo a ser implementado.

RELAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL NA RAS

O conjunto de diretrizes estabelecidas neste documento, com amplas discussões e muitas contribuições, visa fortalecer um processo gradativo de transformação da rede de atenção especializada ambulatorial, ampliando o acesso com qualidade, a integração do sistema, superando a desarticulação e a fragmentação existente e integrando esta AEA com os outros pontos de atenção.

O cuidado integral em saúde produzido pela Atenção Ambulatorial Especializada exige:

“Corresponsabilização entre especialistas, equipe de referência da AB e usuários, de modo a acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos em suas vidas, ajustar condutas quando necessário, evitar a perda de referências e diminuir os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida (BRASIL, 2011a).

A Atenção Básica é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.

A AB organiza-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, sendo capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, minorar danos e sofrimentos e responsabilizar-se pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Essa proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e resolução são fundamentais para a efetivação da ABS como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Ela ocupa uma posição nuclear na organização da rede de atenção no MSP pela proximidade com as necessidades de saúde da população, pela responsabilidade que deve assumir na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e pelos compromissos com os resultados sanitários e sociais. Estrutura-se, portanto, de forma a desenvolver um processo de trabalho que compreenda o cidadão como sujeito de direito e que promova

a articulação de saberes e práticas multiprofissionais, o vínculo e a responsabilização com porta aberta aos usuários e seus problemas de saúde.

As ações da AB requerem a retaguarda de serviços especializados para a continuidade e integralidade do cuidado. Neste sentido a Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) assume o papel de executante e eventualmente de solicitante nestas redes, apoiando a AB na elucidação diagnóstica, ou na solicitação de consultas e exames de apoio diagnóstico ou no acompanhamento prolongado desses pacientes.

Neste sentido a AB assume o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema sendo a porta de entrada prioritária da rede de atenção à saúde e a Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) assume um papel de suporte para a AB e coadjuvante no cuidado à saúde do paciente.

A Atenção Especializada oferece tecnologias que permitem apoio à AB na elucidação diagnóstica, definição de condutas e manutenção dos tratamentos. Para que não haja uso abusivo dessas tecnologias, ocasionando represamento de filas de espera na AB para acesso a atenção especializada, preconiza-se que a prática da AB seja feita baseada em evidências, respeitando os protocolos de regulação de acesso vigentes ou a serem elaborados pela SMS/SP. A regulação do acesso a AEA inicia-se na AB com a regulação local.

REGULAÇÃO LOCAL NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

Para garantir à AB o papel de ordenadora do cuidado se faz necessário dotar as UBS de uma equipe de regulação local. A equipe de trabalho mínima para o desenvolvimento das ações de regulação em nível local deverá ser composta por 01 (um) responsável técnico, profissional da área administrativa em número suficiente para essa atividade. A equipe poderá contar ainda com profissionais de outras categorias.

Esses profissionais devem ser tecnicamente capacitados para identificar, quantificar, analisar e produzir espaços de conversas locais sobre os encaminhamentos realizados pelos profissionais da equipe da unidade fazendo a gestão da referência e contrarreferência do usuário, buscando assim a garantia do acesso de uma forma integral, concatenada, no tempo clinicamente sustentado e equânime.

São ferramentas regulatórias: os protocolos de acesso, os protocolos clínicos, as “cotas” de consultas e exames (da SMS/SP E SES/SP), a fila de espera local, a Telessaúde, as discussões de caso via WEB conferências, as consultas compartilhadas multiprofissionais, o Complexo Regulador regional e municipal.

A regulação técnica local busca realizar a gestão da fila in loco envolvendo a equipe assistencial da unidade para a discussão da pertinência e priorização de casos e assim garantir a coordenação do cuidado a partir da regulação das vagas, que inclui também agendamento para o acesso de consultas e exames de apoio diagnósticos especializados de maneira qualificada e racional.

A regulação técnica local pode se apoiar no Telessaúde, que possui um papel importante na mudança do modelo, uma vez que a teleconsultoria pode se tornar uma ferramenta poderosa para permitir o contato e a troca de informações entre os profissionais de AE e AB, permitindo a priorização do encaminhamento e a aderência a protocolos baseados em evidências.

Estas conversas entre a equipe de regulação local e a equipe assistencial devem ser incorporadas na rotina da unidade (ao menos, uma vez ao mês) e programadas pelo gerente da unidade. Esta regulação técnica local busca pactuar com a equipe assistencial da UBS:

- A gestão da fila de espera do estabelecimento in loco;

- A gestão das agendas do estabelecimento – proporção caso novo, retorno, reserva técnica.
- Os critérios de uso das “cotas” internas de consultas e exames a partir dos protocolos instituídos;
- A disponibilização das cotas não usadas para o “bolsão” e o uso dessa oferta extra em conjunto com a regulação regional;
- A gestão dos “faltosos” e das demandas decorrentes das linhas de cuidado;
- A programação das consultas compartilhadas (p. ex.: especialistas e AB);
- A articulação da UBS com as centrais de regulação (regional e municipal);
- O monitoramento dos encaminhamentos de usuário para outros pontos de atenção, bem como da contrarreferência feita por estes pontos;
- A coordenação, elaboração e participação da equipe assistencial nas discussões de caso e no uso das teleconsultorias;
- A identificação das necessidades de capacitação e articulação com a educação permanente;
- O monitoramento e/ou acompanhamento de pacientes vinculados por um longo tempo a outros pontos de atenção (ex. CAPS, TRS, CRT, etc.).

Toda equipe assistencial da Unidade realiza ações regulatórias na medida em que utiliza sua competência técnica para discernir o grau presumido de prioridade de cada caso segundo os protocolos de regulação e fazendo as solicitações de encaminhamento para os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. No entanto a equipe de regulação tem algumas competências específicas.

O Perfil desejado do profissional de saúde para exercer o papel de regulador local:

- Utilizar sua competência técnica para discernir o grau presumido de prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis (baseado em critérios clínicos com ênfase nos protocolos de regulação) fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes;

- Analisar com crítica e discernimento cada caso, velando-se da ética e sigilo profissionais, assim como conduzir às decisões baseadas em evidências clínicas;
- Verificar as pertinências das solicitações locais baseadas em evidências clínicas e o cumprimento dos protocolos de regulação do acesso, por meio da análise dos encaminhamentos dos médicos locais, discutir com o corpo clínico local em espaços coletivos as solicitações em desacordo e deliberar em reunião local, a autorização ou não da solicitação do procedimento;
- Apontar necessidades de implantar, atualizar e pactuar a implementação de protocolos de regulação do acesso nas especialidades médicas e exames de apoio diagnóstico e terapêutica, instrumentos estes de ordenação dos fluxos de encaminhamento que visam qualificar o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente.
- Gerir a continuidade/longitudinalidade do cuidado a partir do nível local, enquanto habilidade típica da atenção básica.
- Estabelecer sintonia entre oportunidade e adequação técnica, ou entre necessidades de acesso/continuidade da atenção e os recursos disponíveis, da forma mais justa e efetiva possível.

LONGITUDINALIDADE NO CUIDADO NA AB: COORDENADORA DO CUIDADO

A longitudinalidade do cuidado, atributo fortemente ligado à AB, fundamenta o cuidado permanente na Atenção Especializada Ambulatorial em que o serviço vincula o usuário por longo tempo ou definitivamente. O modo de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS exemplificam essa adscrição de clientela e como a ética do cuidado em saúde é produzida quando se encontra centrada no sujeito.

Assim, como estratégia para promover o estreitamento das relações entre a RAEA e Atenção Básica (AB) e garantir a longitudinalidade do cuidado, as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) através da Supervisão Técnica de Saúde (STS) devem organizar espaços coletivos de diálogo (principalmente utilizando a estratégia de rodas de conversa) entre membros das equipes de cada nível de atenção (AB e AEA).

Os encontros devem ser permanentes e continuados em arranjos variados e moderados (preferencialmente pelas equipes regionais de regulação do acesso) independente do público alvo (se com médicos e/ou com equipes multidisciplinar) sendo imprescindível a presença de representantes dos níveis assistenciais (AB e AEA).

Os temas para discussão devem ser pactuados previamente entre as equipes e convidados de outras áreas podem compor o grupo sempre que se julgar necessário (exemplo: Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo, Áreas Temáticas, entre outros).

A participação dos profissionais de saúde da rede assistencial é imprescindível e deve ser pactuada em números e datas com as CRS, STS e estabelecimentos de saúde (estes encontros não devem envolver apenas membros das equipes de gerência e de gestão local ou regional). No mínimo, os encontros devem ocorrer bimestralmente ou conforme demandado pelas CRS/STS.

Os objetivos desses encontros são:

- **Promover diálogos entre profissionais:** ao transformar os encaminhamentos em espaços de diálogo e encontros entre profissionais de saúde, busca-se potencializar a produção de um cuidado com qualidade e integralidade na rede assistencial.
- **Implementar os fluxos entre serviços e processos de trabalho da regulação local/regional:** os processos de trabalho da regulação local e regional/municipal (macro regulação) são extremamente dinâmicos e por isto exigem diálogos entre os envolvidos e preferencialmente moderados pelas equipes de reguladores do acesso das regionais de saúde. O foco é produzir reflexões e aperfeiçoamento das etapas dos processos regulatórios locais (p. ex., a classificação de prioridades qualificada localmente) em consonância com os fluxos de encaminhamentos entre os serviços e compartilhar experiências que possam ser recorrentes e cujas soluções possam ser adaptadas.

- **Consolidar protocolos de regulação do acesso e clínicos:** a busca por novas práticas de cuidado integral sob a luz dos protocolos de regulação de acesso e clínicos já implantados (e aqueles a serem elaborados) pode produzir uma discussão sobre a implantação de linhas de cuidado mais eficazes.
- **Capacitar equipes:** as discussões de casos clínicos buscam ampliar a resolutividade de cuidado da AB e na AEA como uma estratégia para a incorporação de novas práticas e revisão das responsabilidades entre os profissionais na rede assistencial.
- Realização de avaliação clínica que informe o diagnóstico e o tratamento específico em consulta única;
- Realização de avaliação clínica, exames de apoio diagnóstico, interconsultas que forem necessárias com reavaliação pelo profissional inicial no mesmo dia, finalizando o cuidado em visita única;
- Agendamento da reavaliação posterior se a elucidação diagnóstica e definição de tratamento não forem possíveis na visita única.

RESOLUTIVIDADE DA AEA: O CUIDADO CRÔNICO-LONGITUDINAL, O CUIDADO IMEDIATO TRANSITÓRIO E A GESTÃO DE ALTAS

Pode-se dividir a organização do cuidado na AEA em dois grandes grupos: de cuidado crônico-longitudinal e de **cuidado imediato-transitório**. O primeiro refere-se à organização do cuidado das pessoas com necessidades crônicas e permanentes de cuidado, e que se caracterizam por dependência de acesso, diagnóstico, terapia e acompanhamento longitudinal, como o cuidado para as doenças cardiovasculares e para a doença renal crônica, entre outras. O segundo refere-se às necessidades transitórias, que se caracterizam por necessidade de acesso, diagnóstico e terapia de uma maneira mais resolutiva e imediata, como, por exemplo, em doenças relacionadas às especialidades de urologia, ortopedia e oftalmologia, entre outras, a exemplo da cirurgia de catarata ou de determinado exame de imagem para diagnóstico. Nesse formato, podemos dizer que a atenção ao paciente depende de um triângulo de cuidado, no qual a resolutividade e a satisfação dependem dos tempos entre a consulta com o especialista, o diagnóstico por exame a ser realizado e, muitas vezes, o procedimento terapêutico definitivo.

No que tange o **cuidado imediato-transitório**, preconiza-se que a RAEA tenha em vista as LINHAS DE CUIDADO DE ALTA RESOLUTIVIDADE, para o qual se propõe três possibilidades de atendimento nos estabelecimentos:

No **cuidado crônico longitudinal**, uma das medidas é a realização do monitoramento da resolutividade local deste tipo de cuidado. Para isto, a diretoria do serviço da RAEA em cogestão com as CRS e STS devem adotar procedimentos para a GESTÃO DE ALTAS AMBULATORIAIS, com o objetivo de ampliar a efetividade no cuidado integral. A gestão de altas inclui monitorar as práticas assistenciais dos profissionais do estabelecimento, sob a luz dos protocolos clínicos e de regulação do acesso baseado em evidências instituídas.

Por exemplo, em estando a UBS, através da equipe de regulação local, já monitorando/acompanhando este paciente crônico longitudinal que está no Ambulatório Especializado, a gestão de alta ambulatorial da AEA deve ser participada com esta mesma equipe de regulação local, negociando-se inclusive quando, em que condições e como a UBS receberá de volta este usuário.

Como indicador, deve-se monitorar e avaliar o percentual de altas prescritas por uma determinada especialidade em um período de tempo. Outros indicadores locais potentes que devem ser incluídos: percentual de caso novo em relação aos retornos de uma determinada especialidade; percentual de solicitações (exames de apoio diagnóstico ou interconsultas) emitidas pela própria equipe da unidade da AEA.

Para tal se estabelece como rotina de atendimento para os diferentes casos (EXEMPLOS):

Tabela 1: Perfil de atendimento de diferentes casos a serem acompanhados pela Rede de Atenção Especializada Ambulatorial

PERFIL DE ATENDIMENTOS NA REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL														
TIPO DE CONSULTA	DESCRIÇÃO	EXEMPLO												
			1º CONSULTA AEA	SADT AEA	1º RETORNO	INTERCONSULTA	2º RETORNO	3º RETORNO	PROCED. CIRURGICO/CIRURGIA-DIA	4º RETORNO	REFERENCIADO PARA MAIOR COMPLEXIDADE	RELATORIO DO CASO PARA AB (CONTRARREFERENCIA)	ALTA AEA	RETORNO PÓS-ALTA
CASOS CLÍNICOS Diagnóstico e orientação de conduta	Caso clínico de diagnóstico e tratamento exclusivos na AB	Micose, HAS leve e controlada sem lesão de órgão alvo	X									X	X	
	Caso clínico de diagnóstico e tratamento no AEA em consulta única	Refracção com prescrição para lentes corretivas	X									X	X	
	Caso clínico de diagnóstico e início do tratamento na AEA mas com coordenação do cuidado e continuidade do tratamento na AB	ICC grau I	X	X	X							X	X	
	Caso clínico de diagnóstico na AEA mas com tratamento em nível terciário.	Neoplasia com necessidade de tratamento oncológico	X	X	X						X	X	X	
	Caso clínico de diagnóstico e início do tratamento na AEA, mas com coordenação do cuidado e continuidade do tratamento na AB (co-gestão de caso); retornos na AEA em casos de descompensação.	Doença reumatológica controlada; sd. convulsiva controlada	X	X	X		X					X	X	X
	Caso clínico de diagnóstico, início e continuidade do tratamento na AEA (compensação lenta); co-gestão de caso com AB	DM tipo I ou II de difícil controle e com lesão de órgão alvo	X	X	X		X	X		X		X		
	Caso clínico de diagnóstico e início do tratamento na AEA, mas que necessite de interconsulta com outra especialidade para diagnóstico e de tratamento em co-gestão entre as especialidades no AEA	Patologias da mesma linha de cuidado (DM com retinopatia; asma persistente com DRGE)	X	X	X	X	X					X	X	
CASOS CLÍNICOS CIRURGICOS	Caso clínico-cirúrgico de diagnóstico e tratamento cirúrgico na AEA com realização de procedimento cirúrgico já em 1º consulta (ou no máximo em um retorno breve) em sala de procedimento e/ou consultório especializado.	Nevus, cisto	X							X		X	X	
	Caso cirúrgico ambulatorial sem comorbidade e eleito para tratamento cirúrgico em hospital dia.	Hérnia inguinal	X	X	X					X	X	X	X	
	Caso cirúrgico ambulatorial com comorbidade e eleito para tratamento cirúrgico em hospital dia.	Catarata em pacientes com DM insulino dependente descompensado	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
	Caso cirúrgico com comorbidade e não eleito para cirurgia em hospital dia (requer internação maior de 12h)	Amidalectomia em pacientes com obesidade mórbida; hiperplasia prostática benigna em paciente idoso	X	X	X							X	X	X

As rotinas acima descritas devem ser entendidas enquanto material da Atenção Especializada Ambulatorial (AEA), para discussão técnicas locais não devendo ser usadas como impedimento das suas realizações pelas UBS ou outros serviços de saúde da rede de atenção da SMS.

No caso de uma UBS, por exemplo, apresentar condições técnicas e materiais, deve ela ser estimulada à execução do procedimento, respeitando-se logicamente a economia de escala, a segurança e a qualidade da assistência.

TRATAMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS NA AEA

Os **tratamentos cirúrgicos ambulatoriais** na AEA são divididos em duas categorias:

- 1. Procedimento cirúrgico:** deve ser realizado em sala de procedimento e/ou consultório especializado devidamente equipado, sem necessidade de uso do centro cirúrgico/hospital dia. P. ex.: biópsia e pequeno procedimento, molusco, lipoma, verruga, nevus, cisto sebáceo, unha encravada, queiloide, CA de pele, calosidade, entre outros, a depender da dimensão da lesão e da intervenção anestésica.
- 2. Cirurgia-dia:** deve ser realizada em centro cirúrgico/hospital dia com uso posterior da RPA (recuperação pós anestésica). P. ex.: hernioplastia, postectomia, facoemulsificação com implante de lentes intraocular (catarata), hidrocele, timpanoplastia, vasectomia, fistula vesico-vaginal; varicocele, hemorroidectomia, laqueadura por vídeo, liberação de síndrome do túnel do carpo entre outros.

Outros exemplos de cirurgia dia ambulatoriais que poderão ser realizadas nos Hospitais Dia da Rede Hora Certa, estão no anexo 1 deste documento, entre outras realizáveis em regime de Hospital Dia:

Outras especialidades cirúrgicas também apresentam possibilidade de atuação em centros cirúrgicos com caráter de hospital dia, conforme necessidades apontadas pela região de saúde, são elas: cirurgia gastroenterologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia de tórax, entre outras.

Há ainda as classificações quanto ao porte, finalidade, tempo de duração e potencial de contaminação das cirurgias:

- Quanto à **finalidade** do tratamento cirúrgico:
 - Cirurgia Diagnóstica: Esclarecer o diagnóstico da doença. P. ex.: biópsia, histeroscopia;
 - Cirurgia Curativa: Extirpar ou corrigir a causa da doença (às vezes sendo necessário a retirada parcial ou total de um órgão). P. ex.: catarata, tratamento cirúrgico de varizes, hernioplastia;
 - Cirurgia Paliativa: Atenuar a doença. P. ex.: cistostomia, instalação endoscopia de cateter duplo J, ureteroscopia cutânea;
 - Cirurgia Reparadora: Reconstituir uma parte do corpo lesada por enfermidade ou traumatismo. P. ex.: otoplastias, blefaroplastia, curativos com debridamento;
 - Cirurgia Cosmética/Reconstrutora: Realizar com objetivo estético. P. ex.: rinoplastia sem repercussão clínica (não eleito para hospital dia).
- Quanto ao **porte cirúrgico** ou **risco cardiológico**:
 - Pequeno porte: pequena probabilidade de perda de fluido e sangue. P. ex.: cirurgia endoscópica;
 - Médio Porte: média probabilidade de perda de fluido e sangue. P. ex.: hernioplastia;
 - Grande porte: grande probabilidade de perda de fluido e sangue. P. ex.: cirurgia de emergência, cirurgia cardíaca, politraumatismo. (não eleito para hospital dia).
- Quanto ao **tempo de duração** da cirurgia:
 - Até 1 hora: P. ex.: catarata, vasectomia, postectomia, hernioplastia;
 - Até 2 horas. P. ex.: cirurgia endoscópica, ressecção exostose, colecistectomia;
 - (a grande maioria das cirurgias do HD-RHC se enquadra nestes dois tempos de duração);

- De 2 a 4 horas. P. ex.: gastrectomia (não eleito para hospital dia);
 - De 4 a 6 horas de duração. P. ex.: craniotomia. (não eleito para hospital dia);
 - Acima de 6 horas. P. ex.: transplante de fígado. (não eleito para hospital dia).
- Quanto ao **potencial de contaminação** da cirurgia:
 - Cirurgia limpa: eletiva, primariamente fechada, sem a presença de dreno, não traumática, realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local. Cirurgias em que não ocorreram penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário (a grande maioria das cirurgias do HD-RHC se enquadra neste potencial);
 - Cirurgia potencialmente contaminada: realizada em tecidos colonizados por microbiota pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório, e com falhas técnicas discretas no transoperatório, cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria, ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa. P. ex.: colecistectomia com colangiografia;
 - Cirurgia contaminada: Cirurgia realizada em tecidos abertos e recentemente traumatizados, colonizados por microbiota bacteriana abundante, de descontaminação difícil ou impossível, presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. P. ex.: colectomia. (não eleito para hospital dia).

Deve ser considerada a classificação da cirurgia (finalidade, porte, tempo de duração e tipo de anestesia) para programação do mapa cirúrgico da unidade com Hospital Dia além de atender os critérios estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente local.

Ao lado exemplos para elaboração de mapas cirúrgicos de um Hospital Dia da Rede Hora Certa com 02 salas cirúrgicas (a partir da duração média de cirurgias-dia).

MÉDIA DE CIRURGIAS-DIA PROGRAMÁVEIS POR CENTRO CIRÚRGICO

7 cirurgias por dia **por sala cirúrgica**

42 cirurgias por semana **por sala cirúrgica**

168 cirurgias por mês **por sala cirúrgica**

Tabela 2: Exemplo de mapa cirúrgico.

EXEMPLO DE MAPA CIRÚRGICO PARA HOSPITAL DIA COM 2 SALAS CIRÚRGICAS													
HORÁRIO/SALA CIRÚRGICA	SEGUNDA		TERÇA		QUARTA		QUINTA		SEXTA		SÁBADO		
	SALA 1	SALA 2	SALA 1	SALA 2	SALA 1	SALA 2	SALA 1	SALA 2	SALA 1	SALA 2	SALA 1	SALA 2	
	7-8												
8-9	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 1h	
9-10			Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 1h		Cir. 1h		Cir. 1h	Cir. 1h	
10-11	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 1h			Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 1h	
11-12			Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h		Cir. 2h		Cir. 1h	Cir. 1h	
12-13	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h		Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 1h	
13-14	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 1h		Cir. 2h	Cir. 2h	
14-15	Cir. 1h	Cir. 1h					Cir. 1h		Cir. 1h	Cir. 1h			
15-16	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 2h	Cir. 2h	
16-17	Cir. 1h	Cir. 1h			Cir. 1h	Cir. 1h	Cir. 1h		Cir. 1h	Cir. 1h			
17-18													
18-19													
TOTAL/SALA	7	7	7	7	7	7	9	5	8	6	7	7	
TOTAL EM CENTRO CIRÚRGICO COM 2 SALAS	14 cirurgias dia		14 cirurgias dia		14 cirurgias dia		14 cirurgias dia		14 cirurgias dia		14 cirurgias dia		

Onde

- Cir.1h: cirurgias de pequeno porte com duração média de 1 hora de rápida recuperação pós anestésica.
- Cir.2h: cirurgias de médio porte com duração média de 2 horas de recuperação pós anestésica um pouco mais prolongada.

CAPÍTULO 3

Das Diretrizes

da Atenção

Especializada

Ambulatorial

(AEA)

DIRETRIZES OPERACIONAIS GERAIS

1. **A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL (RAEA)** integra organicamente a Rede de Atenção à Saúde do MSP, compondo harmonicamente o conjunto de pontos de atenção nela existentes, em todos os níveis de atenção, e em cada território definido em compatibilidade com o desenho das subprefeituras e região de saúde.
2. Dos horários de funcionamento das unidades da RAEA:
 - a. **HD-RHC e AMA-Especialidades** funcionarão de segundas-feiras a sábados das 07h00min às 19h00min, podendo ampliar o horário de funcionamento a depender das necessidades da região;
 - b. **Ambulatórios de Especialidades (AE)** funcionarão de segundas-feiras a sextas-feiras das 07h00min às 19h00min, podendo ampliar o horário de funcionamento a depender das necessidades da região.
3. Excepcionalmente poderão ser adotados outros horários em função da realidade de cada território e na dependência dos contratos de gestão, convênios ou contratualizações.
4. As unidades funcionarão sob a orientação de protocolos clínicos e de regulação do acesso aplicados desde a AB até a retaguarda hospitalar, no formato de Linhas de Cuidado das Redes Temáticas que garantam atenção integral e adstrita (preferencialmente) ao território de abrangência das unidades envolvidas.
5. As Centrais de Regulação do Acesso Regionais em conjunto com o Complexo Regulador Municipal devem assegurar que os casos selecionados para atendimento especializado ambulatorial na **RAEA** sejam atendidos, preferencialmente, dentro do mesmo território de saúde garantido a regionalização de oferta através do SIGA-Saúde/SP.
6. Os serviços da **AEA** terão seus processos de trabalho, resultados clínicos e epidemiológicos, como também a satisfação dos usuários e trabalhadores monitorados, controlados e avaliados externamente, através das supervisões e coordenadorias.
7. O ciclo completo de atendimento nos **HD-RHC** deve ser totalmente informatizado e, alinhando-se à política de modernização da informação e informatização da SMS/SP.

8. A implantação e operacionalização da RAEA deve considerar um programa de capacitação/educação permanente das suas equipes usando para tanto metodologias participativas/problematizadoras e a Telessaúde.
9. Todos os estabelecimentos devem atender às portarias e normas que definem e estabelecem:
 - a. Comissão de Ética Médica,
 - b. Comissão de Ética de Enfermagem,
 - c. Núcleo de Segurança do Paciente,
 - d. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar,
 - e. Comissão de Revisão de Prontuário do Paciente,
 - f. Diretoria Clínica (condicionado ao Regimento Interno da unidade),
 - g. Gerenciamento de resíduos de saúde.
10. Cada estabelecimento da **AEA** deve estar contemplado com instrumentos norteadores e customizados (regimento interno da unidade, regimento interno de enfermagem e regimento interno administrativo, outros) baseados nas macro diretrizes desta rede.
11. Toda informação referente à assistência prestada no estabelecimento da **AEA** deve ser compartilhada com o profissional responsável da AB mediante contrarreferência no momento da alta ou durante o tratamento quando este se mostrar prolongado, com o objetivo de integrar a assistência nos diferentes níveis de atenção.

DIRETRIZES OPERACIONAIS ESPECÍFICAS

A UTILIZAÇÃO DO SIGA-SAÚDE/SP COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

Os responsáveis pelos estabelecimentos de saúde devem garantir:

1. O uso obrigatório do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde de São Paulo (SIGA-Saúde/SP) que permite que as UBS e Centrais de Regulação locais, regionais e Complexo Regulador desenvolvam suas funções: reunir, processar, consolidar e disponibilizar os dados relacionados aos agendamentos e prestação de serviços na rede.
2. A qualificação das informações dos cadastros de usuários e atualização dos dados no CNS – Cartão Nacional de Saúde em toda oportunidade de contato com o cidadão.
3. O cadastro e a atualização de dados do estabelecimento e dos profissionais de saúde e no Cadastro Municipal de Estabelecimentos de Saúde/CMES subsidiando a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde/CNES.
4. O acesso (login e senha) para os funcionários que irão manusear os sistemas preconizados por SMS/SP assim como solicitar o cancelamento/bloqueio em casos de desligamentos de pessoal. Para tal faz se necessário:
 - a. Definir para cada profissional o perfil de acesso,
 - b. Solicitar acesso e/ou cancelamento por meio de e-mail acessosiga@prefeitura.sp.gov.br,
 - c. Informar dados do profissional (CNS, CPF, função) e perfis utilizados (módulos do sistema).
5. A capacitação da equipe para manuseio dos sistemas informatizados através de cursos solicitados para CRS/STS e SMS/SP ou por consultas no site

<http://siga.saude.prefeitura.sp.gov.br>

REGULAÇÃO DO ACESSO A ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL (AEA)

1. Não é permitido o uso de outros tipos de agendas nos estabelecimentos da **RAEA** que não aquelas informatizadas em sistemas oficiais da SMS/SP.
2. Cabe a diretoria da unidade pactuar previamente junto às STS, CRS, Regulações regionais e central a programação das agendas ofertadas nos serviços.
3. O passo a passo de utilização do sistema para manuseio das agendas reguladas, locais e fila de espera está disponível no endereço eletrônico: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/informatica/manuais-de-sistemas/siga>.
4. Devem ser usados os seguintes tipos de agendas disponíveis no SIGA-Saúde/SP:
 - a. **Regulada:** oferta de Caso Novo (1ª vez), para utilização de unidades solicitantes de toda a rede de atenção à saúde referenciada; Retorno e Reserva Técnica.
 - b. **Local:** a ser utilizada para elaboração do mapa cirúrgico e outros procedimentos e serviços ofertados apenas para a própria unidade como, p. ex. agendas de procedimentos dermatológicos.
5. As agendas reguladas/locais estarão sujeitas a análises, aprovação e cancelamento mediante necessidade da rede e do serviço e com anuência de STS e/ou CRS.
6. Devem ser respeitados os seguintes tipos de ofertas:
 - a. AGENDA REGULADA DE CASOS NOVOS DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS (1ª vez)
 - Vagas para uso das solicitações da rede de atenção;
 - A oferta de vagas de casos novos das agendas reguladas deve ser de no mínimo 60%. Esta proporção poderá ser alterada caso a região de saúde necessite devendo a CRS/STS, através da Regulação Regional/Central, conduzir e pactuar localmente as alterações necessárias;
 - b. AGENDA REGULADA DE RETORNOS DE CONSULTA ESPECIALIZADA
 - Preferencialmente devem ser agendados pela rede cidadãos que estejam em fila de espera já classificados sob critérios pactuados em protocolos de regulação do acesso (ordem cronológica da classificação).
 - c. AGENDA REGULADA DE **RESERVA TÉCNICA DE CONSULTA ESPECIALIZADA**
 - Vagas para uso interno do estabelecimento que garantem a continuidade da assistência enquanto o paciente estiver em tratamento;
 - Os agendamentos de retorno em consultas especializadas devem ser realizados, se possível, logo após o atendimento (pós consulta/check-out/regulação local) ou a posteriori sendo responsabilidade da unidade o agendamento e a comunicação com o paciente caso não haja disponibilidade de agenda no momento.
 - d. AGENDA REGULADA DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
 - Vagas para uso das solicitações da rede de atenção;
 - Deve ser configurada com vagas de casos novos (referência para a rede) e retornos (uso interno da própria unidade);
 - A oferta de vagas de casos novos das agendas reguladas de SADT deve

ser no **mínimo 60%**. Esta proporção pode ser alterada caso a região de saúde necessite devendo a CRS, através da Regulação Regional/Central, conduzir e pactuar localmente as alterações necessárias, mediante:

- Fila de espera,
 - Total de especialidades solicitantes desse exame dentro da unidade, ou seja, demanda interna da própria unidade.
- Preferencialmente devem ser agendados pela rede cidadãos que estejam em fila de espera já classificados sob critérios pactuados em protocolos de regulação do acesso (ordem cronológica da classificação).
 - Os agendamentos de uso interno devem atender aos critérios de prioridade estabelecidos pelo profissional responsável, garantindo a equidade da assistência prestada e, em segundo momento à fila de espera interna em ordem cronológica, se houver;
 - É responsabilidade do gestor da unidade dimensionar e monitorar a fila de espera local para serviços de apoio diagnóstico, no sentido de garantir os tempos de espera clinicamente sustentados entre a indicação e a realização.

e. AGENDA LOCAL DE CIRURGIAS-DIA E OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Vagas para uso interno da unidade, também conhecido como MAPA CIRÚRGICO;
- Deve ser utilizada para elaboração de agendas de centro cirúrgico ou salas de procedimentos;
- O número de vagas e o tempo de intervalo entre cada uma devem ser condizentes com o tipo de procedimento cirúrgico e sua duração;
- A elaboração desta agenda é responsabilidade da equipe de enfermagem

do centro cirúrgico ambulatorial e sua aprovação é responsabilidade do gestor local em parceria com diretoria clínica da unidade;

- É responsabilidade do gestor dimensionar e monitorar a fila de espera local para cirurgia no sentido de garantir os tempos de espera clinicamente sustentados entre a indicação e o ato cirúrgico.

f. INTERCONSULTAS

- É uma consulta especializada realizada na mesma unidade e distinta da solicitação original. Sua solicitação se dá pelo especialista da unidade quando houver necessidade de avaliação, conduta e/ou cogestão de outra especialidade **NA MESMA UNIDADE** e deve ser condizente com a linha de cuidado acompanhada (p. ex.: paciente com ICC acompanhado pelo cardiologista da unidade e apresenta necessidade de interconsulta com pneumologista da mesma unidade);
- As solicitações de interconsultas devem ser **reguladas internamente** por responsável técnico da unidade (médico ou de enfermagem em cogestão) com o objetivo de avaliar classificação de riscos, prioridades e pertinência da solicitação diante da linha de cuidado em questão;
- Solicitações para interconsultas que não condizem com a linha de cuidado da solicitação original, após avaliação da equipe de regulação interna em cogestão com o responsável técnico da unidade, devem ser discutidas com o profissional solicitante e contrarreferenciadas para avaliação na AB;
- O agendamento das interconsultas validadas prévia e localmente deve utilizar vagas a partir de “encaixe regulado” ou negociar vaga de reserva técnica disponível na regulação regional – no limite da produtividade do profissional.

7. Toda e qualquer oferta de serviços realizados nos estabelecimentos da RAEA devem ser disponibi-

lizados também a rede assistencial da Atenção Básica do município, sendo que as vagas para uso interno da unidade devem ser previamente pactuadas com a regulação regional.

8. Preconiza-se que as agendas reguladas sejam configuradas no SIGA-Saúde/SP com 90 dias de antecedência para consultas de casos novos e 180 dias para consultas de retorno.
9. A configuração das agendas deve ser compatível com a carga horária dos profissionais e com os parâmetros assistenciais determinados.
10. Os agendamentos dos serviços e exames especializados da AEA devem atender as diretrizes e critérios clínicos devidamente estabelecidos em protocolos garantindo-se assim a solicitação e uso adequado e racional das tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas.
11. Devem ser utilizados todos os mecanismos de acesso disponíveis para garantir a integralidade da assistência através do SIGA-Saúde/SP, onde:
 - a. Realizar agendamentos nas vagas disponíveis respeitando obrigatoriamente a ordem cronológica de Fila de Espera;
 - b. Inserir solicitações em fila de espera contendo **OBRIGATORIAMENTE**:
 - Atualização de cadastro, especialmente número de telefone,
 - Justificativa da solicitação pelo profissional solicitante,
 - Classificação Internacional de Doenças (CID),
 - Classificação de prioridade de acordo com o recomendado pelo profissional solicitante. A prioridade ambulatorial é classificada como alta, média ou baixa e constitui campo obrigatório para agendamento e inserção na fila de espera. Recomenda-se que o profissional solicitante sinalize a equipe de regulação local sobre os critérios de vulnerabilidade do paciente;
 - c. Devem ser encaminhados para avaliação do regulador os casos que necessitem de prioridade clínica, devidamente justificada pelo profissional solicitante e de acordo com o protocolo de regulação vigente.
12. É responsabilidade do profissional solicitante e equipe de regulação local, com a supervi-

são da gestão local, os dados fornecidos no momento do agendamento ou inserção em fila de espera (procedimento, CID, justificativa, entre outros).

13. É responsabilidade da gestão local manter a equipe orientada quanto aos fluxos corretos de solicitação de procedimentos especializados na rede.
14. Devem ser previstas metodologias de gestão das vagas locais em casos de absenteísmo relevante buscando atingir níveis de eficiência, eficácia e efetividade na unidade (exemplo: utilização do *overbooking*) em cogestão com as STS/CRS.
15. Encaminhamentos provenientes da atenção básica que não atendam aos protocolos que forem estabelecidos pela Regulação deverão ser contra referenciadas aos profissionais solicitantes especificando os motivos – uso obrigatório do instrumento CONTRA REFERENCIA.

PARAMETRIZAÇÕES DE UM ESTABELECIMENTO DA RAEA

Os parâmetros assistenciais de um estabelecimento da RAEA representam referências para orientar os gestores no planejamento e programação das ações de saúde a serem desenvolvidas.

Os parâmetros subsidiam a elaboração das contratualizações dos serviços de um estabelecimento e podem ser adequados regionalmente de acordo com diferentes realidades epidemiológicas.

A tabela abaixo mostra parâmetros potenciais para a programação de agendas e realização de procedimentos nos estabelecimentos da RAEA:

Tabela 3: Parâmetros mínimos potenciais de atendimento na Rede de Atenção Especializada Ambulatorial.

PARÂMETROS POTENCIAIS DA RAEA DA SMS/SP	
Consultas Especializadas	
Proporção de casos 60% casos novos/ 40% retornos novos/ retorno nas agendas	
Médicos	3 consultas/hora
Geriatría, homeopatia, acupuntura, infectologia	Parâmetros específicos para cada especialidade a depender de normativas do conselho.
Enfermeiros	3 consultas/hora
Assistente Social	3 consultas/hora
Psicólogo	3 consultas/hora
Nutricionista	3 consultas/hora
Farmacêutico	3 consultas/hora
Outros profissionais de nível superior não médico	3 consultas/hora
SADT Cardiorrespiratório	
Eletrocardiograma - ECG	Atender a livre demanda local
MAPA	1 paciente/dia/equipamento
Holter	1 paciente/dia/equipamento
Teste ergométrico/ Teste de esforço	2 paciente -laudo/hora/equipamento
Espirometria	3 paciente -laudo/ hora /equipamento
Prova de função pulmonar	3 paciente -laudo/ hora /equipamento
SADT - Métodos Gráficos	
Eletroneuromiografia ENMG	2 paciente -laudo/ hora /equipamento
Eletroencefalograma	2 paciente -laudo/ hora /equipamento
Eletroencefalograma com sedação	1 paciente -laudo/ hora /equipamento
SADT - Ultrassonografias	
Ultrassonografia Geral	3 a 6 paciente / hora /equipamento
USG doppler vascular	2 a 4 paciente / hora /equipamento
Ecocardiograma com doppler	2 a 4 paciente -laudo/ hora /equipamento

SADT - Escopias	
Endoscopia Digestiva	1 paciente -laudo/ hora /gastrosκόpio - Alta
Colonoscopia	1 paciente -laudo/ hora /colonoscópio
Nasofibrolaringoscopia (com ou sem vídeo)	2 paciente -laudo/ hora /nasoficroscópio
Broncoscopia	1 paciente -laudo/ hora /equipamento (cabo)
SADT - Radiográficos	
Mamografia	4 paciente -laudo/ hora /equipamento
Densitometria óssea	3 paciente -laudo/ hora /equipamento
Raios-X	Livre demanda
Radiografia com laudo	Os exames realizados e solicitados "com laudo" deverão ser entregues com até 5 dias úteis ou atender os parâmetros dos contratos de serviço de imagem em vigência
SADT - outros	
Fototerapia	4 paciente -laudo/ hora /equipamento
Fundoscopia (SADT externo)	3 paciente -laudo/ hora /equipamento
Mapeamento de retina (SADT externo)	3 paciente -laudo/ hora /equipamento
Tratamentos Cirúrgicos	
Procedimento Cirúrgico	

Procedimentos prioritariamente registrados em BPA.

Deve ser realizado em sala de procedimento e/ou consultório especializado devidamente equipado, sem necessidade de uso do centro cirúrgico/hospital dia. Sem necessidade de anestesista.

São exemplos destes procedimentos: biópsia, retirada de molusco, lipoma, verruga, nevus, cisto sebáceo, unha encravada, queiloide, carcinoma baso celular, calosidade, entre outros.

Parâmetros:

2 a 3 paciente / hora /sala de procedimento

No mínimo 25% da CH da profissional

Cirurgia-dia

Procedimentos prioritariamente registrados em APAC e AIH.

Deve ser realizada em centro cirúrgico/hospital dia com uso posterior da RPA (recuperação pós anestésica). Com necessidade de anestesista na maioria dos casos.

São exemplos de cirurgias dia: hernioplastia, postectomia, tratamento cirúrgico de hidrocele, de fistula vesico-vaginal, de varicocele, timpanoplastia, vasectomia, hemorroidectomia, laqueadura por vídeo, liberação de síndrome do túnel do carpo entre outros. (vide anexo)

Parâmetros:

Tempos de duração:

- Mínimo: 1 cirurgia-dia a cada 1 hora /sala de cirurgia.
- Máximo :1 cirurgia-dia a cada 2 horas /sala de cirurgia.

Um estabelecimento com funcionamento de 12h (segunda a sábado) , poderá realizar em cada sala de cirurgia, entre 05 a 09 cirurgias-dia/sala/dia, ou seja, entre 120 a 216 cirurgias/sala/mês.

REGISTRO DA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL

1. É obrigatório o registro de informações nos sistemas oficiais do município (atualmente SIGA-Saúde/SP):
 - a. Confirmação de presença do usuário na recepção;
 - b. Confirmação de atendimento do profissional;
 - Nos casos de não atendimento especificar o motivo
 - c. Inclusão de procedimentos realizados durante o atendimento (registro reduzido);
 - d. Inclusão de atendimentos que não tenham sido agendados previamente (encaixes do dia ou interconsultas) no módulo “encaixe regulado” do SIGA.
2. Os atendimentos realizados pela equipe médica e multiprofissional obrigatoriamente devem ser registrados em prontuário, seja ele manual ou eletrônico, acompanhados de data e horário de registros e identificação de profissional (nome e número de conselho de classe).
3. Todo o registro de atendimento deve gerar relatório da produção assistencial realizada.
4. É responsabilidade do gestor local a emissão de relatórios estatísticos e analíticos quanto à produção da unidade e qualidade do serviço prestado, deve ser realizado mensalmente, anualmente (em condensado), e mediante solicitações de STS, CRS e/ou SMS/SP, além da criação das séries históricas.
5. Habilidade como articulador entre hierarquias superiores (STS e CRS) e a equipe da unidade.
6. Habilidade de viabilizar o crescimento pessoal e profissional da equipe, tendo suas ações norteadas pelo conhecimento técnico e científico; desenvolvimento profissional, liderança compartilhada; visão pró ativa; comportamento não arbitrário, facilidade em motivar, fornecer e obter cooperação de todas as pessoas envolvidas no processo de trabalho.
7. Conhecimento dos sistemas de qualidade e controle de orçamentos e custos.
8. Responder legalmente pelo serviço de saúde.
9. Ser membro participativo de fóruns de discussão de rede assistencial no âmbito da STS, CRS e SMS/SP.
10. Articular programações e demandas provenientes de níveis hierárquicos superiores (STS, CRS, SMS/SP, OSS parceira e outros) com a equipe de profissionais sob sua responsabilidade.
11. Auxiliar e/ou participar de processos seletivos para composição de sua equipe primando pelos requisitos de competência, capacitação e ética dos futuros funcionários.
12. Promover espaços de reuniões entre equipes sempre que necessário.
13. Promover espaços de discussão com Conselho Gestor Local.

REQUISITOS TÉCNICOS E FUNÇÕES DA EQUIPE GESTORA LOCAL

DIRETOR GERAL (RESPONSÁVEL LEGAL E TÉCNICO PELO SERVIÇO)

1. Profissional de nível superior devidamente registrado em conselho de classe.
2. Especialização e experiência em gestão de serviços de saúde preferencialmente.
3. Experiência profissional mínima de cinco anos preferencialmente.
4. Capacidade organizacional com visão sistêmica e relacionamento inter setorial positivo.
5. Elaborar de agendas de SADT e de demais profissionais de nível superior não médico;
6. Estruturar Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).
7. Controlar materiais e medicamentos (estoques e consumo) do serviço de saúde.
8. Supervisionar a elaboração de escalas de trabalho de equipes de enfermagem e demais equipes de saúde não médico do serviço.
9. Supervisionar equipes de recepção (check in) e de regulação (check out).
10. Regular solicitações de interconsultas e encaminhamentos externos da equipe médica local (análise de pertinência, compatibilidade de protocolos e classificação de prioridades).

Outras responsabilidades da Direção Geral:

Gestão Assistencial

7. Elaborar mapas cirúrgicos.

Gestão Administrativa

1. Gestão das seguintes áreas:

a. Recursos Humanos;

b. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e Faturamento de produção,

c. Patrimônio e zeladoria – p. ex.: manter atualizada a relação de bens patrimoniais do serviço, gerenciar fluxo de inservíveis, zelar pela manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico hospitalares, informática, mobiliário e predial;

d. Abastecimento e Almoxarifado - p. ex.: atualização de GSS e CMM do serviço, garantindo abastecimento adequado;

e. Serviços terceirizados como limpeza, segurança, rouparia e alimentação - p. ex.: acompanhamento de cumprimento de escalas.

RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO

1. Graduação na área com devidos registros em conselhos de classe.
2. Possuir experiência profissional mínima de cinco anos preferencialmente.
3. Possuir capacidade organizacional com visão sistêmica e relacionamento inter setorial positivo.
4. Ter habilidade como articulador entre a diretoria e a equipe de trabalho.
5. Garantir o acesso e comunicação com equipe quanto a questões relacionadas a conselhos de classe.
6. Fazer cumprir as normas e diretrizes técnicas estabelecidas para adequada atuação na área em que atua.
7. Manter-se atualizado quanto às normativas e diretrizes estabelecidas pelo seu conselho.
8. Auxiliar na elaboração de agendas de equipe médica e mapas cirúrgicos (em parceria com gerência assistencial).
9. Garantir atualização da equipe médica quanto aos protocolos de regulação de acesso e clínicos, normativas de registros de atendimento e produção conforme preconizado pela SMS/SP.
10. Auxiliar nas eleições de diretoria clínica e comissões que se relacionam com equipe médica na unidade.

OUTROS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

1. Graduação na área com registro em conselho de classe.
2. Possuir capacidade organizacional com visão sistêmica e relacionamento inter setorial positivo.
3. Ter habilidade como articulador entre a diretoria e a equipe de trabalho.
4. Garantir acesso e comunicação com equipe quanto a processos relacionados a conselhos de classe.
5. Manter-se atualizado quanto às normativas e diretrizes estabelecidas pelo seu conselho.
6. Fazer cumprir normas e diretrizes técnicas estabelecidas para adequada atuação na área em que atua.

DIRETOR CLÍNICO

1. Todas as unidades da RAEA devem atender às Resoluções do CFM nº 1342/91, 1481/97 e CREMESP 134/06 e 184/08, bem como outras publicações complementares que dispõem respectivamente responsabilidade sobre prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas do Responsável Técnico Médico e do Diretor Clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil; estabelece as diretrizes gerais para a elaboração de Regimentos Internos dos estabelecimentos de assistência médica e regulamenta o processo de escolha do médico para o cargo de Diretor Clínico.
2. O Diretor Clínico é obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico, sendo-lhe assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições. A eleição se dá de forma direta e secreta, com mandato de duração definida.
3. São atribuições do Diretor Clínico:
 - a. Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do corpo clínico da instituição;
 - b. Fazer cumprir as resoluções e demais legislações de conselhos médicos;
 - c. Informar ao CRM:
 - Documentação relativa a eleições e Regimento interno do corpo clínico,

- Afastamentos e substituições de Diretoria Clínica.
4. É responsabilidade do diretor da unidade iniciar o processo eleitoral para definição de diretoria clínica na unidade.
 5. Fica estabelecido o prazo de 60 (sessenta) dias após a inauguração das novas unidades da RAEA para a observância da presente Resolução.

A EQUIPE ASSISTENCIAL E SUAS COMPETÊNCIAS

COMPETÊNCIAS GERAIS

1. Prestar atendimento de qualidade respeitando a legislação do conselho responsável pela sua atuação profissional.
2. Agir de forma ética e respeitosa nas relações com colegas de trabalho, pacientes e familiares.
3. Responsabilizar-se pelo registro de sua produção e encaminhá-la ao setor competente para tabulação de dados conforme fluxos determinados no serviço.
4. Registrar toda e qualquer ação voltada à assistência à saúde do paciente em prontuário em papel e/ou eletrônico, obedecendo todos os requisitos abaixo:
 - a. Letra legível,
 - b. Registro de data e horário de atendimento,
 - c. Registro de atendimento e condutas,
 - d. Carimbo com nome completo e número de registro em respectivo conselho,
 - e. Assinatura.
5. Realizar notificações de doenças compulsórias, surtos e óbitos atendendo as diretrizes da SMS/SP.
6. Atender aos protocolos municipais relacionados à sua categoria profissional.
7. Promover treinamentos e educação permanente em serviço.
8. Participar de Congressos, treinamentos e capacitações, palestras e cursos de especialização/reciclagem, visando o conhecimento e desenvolvimento de novas técnicas a serem aplicadas no cotidiano de trabalho.

MÉDICO

O médico assistente deve estar disponível para atuar frente às demandas seja caso novo, retorno, interconsultas, “encaixes”, norteados pelo Código de Ética Médica, e assim:

1. Realizar consulta e atendimento médico, anamnese, exame físico, propedêutica instrumental;
2. Interpretar dados de exame clínico e exames complementares e diagnosticar estado de saúde;
3. Discutir diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção com usuários, responsáveis e familiares;
4. Planejar e prescrever tratamento e praticar intervenções clínicas e cirúrgicas quando couber;
5. Prescrever medicamentos, hemoderivados e cuidados especiais;
6. Implementar ações para promoção da saúde, elaborar e avaliar prontuários, emitir receitas;
7. Participar de equipes interdisciplinares e multiprofissionais, realizando atividades em conjunto, tais como: discussão de casos, reuniões administrativas, matriciamento, etc.
8. Participar, conforme a política interna da SMS, de projetos, cursos, eventos, comissões, convênios e programas de ensino, pesquisa e extensão.
9. Elaborar relatórios e laudos técnicos em sua área de especialidade.
10. Participar de programa de treinamento, quando convocado.
11. Trabalhar segundo normas técnicas de segurança, qualidade, produtividade, higiene e preservação ambiental.
12. Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática.
13. Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função
14. As condutas devem estar em consonância com as diretrizes de práticas médicas baseadas em evidências publicadas.
15. Cabe ao profissional da equipe médica:
 - a. Preencher adequadamente e de forma legível todos os formulários padronizados pelo serviço manualmente ou de forma digital;

- b. Registrar CID e justificativas nos SADT e guias de referência;
- c. Sinalizar prioridade de encaminhamento nas solicitações (alta, média ou baixa);
- d. Contra referenciar o paciente à Unidade Básica de Saúde de sua referência após a alta ambulatorial ou durante o acompanhamento dos casos crônicos que permanecerem por mais tempo em acompanhamento no serviço conforme Código de Ética Médica, capítulo 07-artigo 53.

EQUIPE DE ENFERMAGEM – ENFERMEIRO

Atividades que competem ao profissional Enfermeiro:

1. Participar de processos seletivos de equipe.
2. Promover reuniões de equipe.
3. Gerir a equipe de enfermagem.
 - a. Elaborar escalas de trabalho;
 - b. Distribuir atividades;
 - c. Coordenar e supervisionar as atividades realizadas pela equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem em todos os setores que realizem atendimento ao paciente (consultórios, laboratório, coleta, centro cirúrgico, central de materiais esterilizados, salas de exames e procedimentos);
 - d. Elaborar, supervisionar e aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em vigor na unidade;
 - e. Supervisionar os registros de atendimento relativos à equipe de enfermagem a serem inseridos e validados nos sistemas de informação oficiais (SIGA-Saúde/SP – atendimento, feridas, vacinas, rede cegonha, mãe paulistana, BPA, e outros).
4. Prever e prover materiais e medicamentos aos setores de sua responsabilidade.
5. Supervisionar fluxos e processos de trabalho internos da unidade e auxiliar o gestor local na revisão, implantação e implementação de processos de trabalho que favoreçam melhor qualidade do atendimento prestado.
6. Participar das análises dos dados consolidados dos sistemas de informação oficiais em conjunto com a equipe técnica e diretoria.
7. Gerir agendas de centro cirúrgico.
8. Realizar consultas de Enfermagem:
 - a. Atendimento ao paciente portador de feridas crônicas;
 - b. Controle de anticoagulantes, hipoglicemiantes e demais tratamentos que exijam controle laboratorial para adequação de dosagens;
 - c. Acompanhamento de casos pré e pós-operatórios;
 - d. Controle de Infecção Hospitalar pós-operatória tardia:
 - Consulta de enfermagem,
 - Tabulação de dados e emissão de relatórios,
 - Busca ativa e controle do paciente;
 - e. Outras ações assistenciais pertinentes às linhas de cuidado implantadas na unidade.
9. Auxiliar a equipe médica em procedimentos e exames.
10. Realizar procedimentos de enfermagem de acordo com o Caderno: Hospital Dia da Rede Hora Certa – Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem e/ou outros protocolos técnicos em vigor na SMS/SP.
11. Realizar grupos educativos em temas relacionados à Atenção Especializada Ambulatorial (doenças crônicas, obesidade, entre outros).
12. Todos os estabelecimentos HD- RHC devem atender ao Decreto Municipal nº 50.079/08, o qual estabelece que participem do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde todos os serviços de saúde do Município que executam ações de vigilância, de forma direta ou indireta, nesses incluídos os serviços da rede de atenção especializada ambulatorial e a Portaria Federal nº 1.378/13, as ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Assim, deverá estabelecer um profissional enfermeiro responsável pelas ações de vigilância em saúde.
13. As ações de vigilância em saúde demandam tempo e recursos específicos, bem como profissionais de saúde capacitados e com disponibilidade de tempo para sua execução. Nesse sentido, preconiza-se a organização de uma equipe para o desenvolvimento das atividades da Vigilância em Saúde descritas abaixo:

a. Organizar as ações de notificação, investigação e execução das medidas de controle das doenças e agravos de notificação compulsória, assim como garantir a qualidade das informações registradas nos sistemas vigentes (oportunidade, completude e consistência);

b. Acompanhar a investigação laboratorial dos casos atendidos e identificar entre os exames laboratoriais recebidos aqueles positivos para as DNC;

c. Notificar à Supervisão de Vigilância em Saúde - SUVIS ou Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - nos finais de semana e feriados, as doenças e agravos de notificação;

d. Investigar, orientar e deflagrar as medidas pertinentes ao controle das doenças e agravos no âmbito de atuação da unidade de saúde de forma articulada com a SUVIS de referência;

e. Colaborar com os comitês regionais de investigações de casos ou óbitos de agravos de interesse definidos pelos diferentes níveis do sistema de acordo com os protocolos estabelecidos (mortalidade materna, mortalidade infantil, transmissão vertical, óbitos por tuberculose, sífilis, entre outros);

f. Monitorar a execução de protocolos de atendimento das doenças sob vigilância, com o objetivo de identificar precocemente as faltas, coletas de exame em tempo oportuno, exame de contatos, encaminhamentos e retornos;

g. Apoiar o(s) responsável (eis) técnico (s) do serviço na avaliação das condições sanitárias da unidade, buscando identificar e intervir nas condições de risco à saúde dos usuários e trabalhadores, comunicando os problemas sanitários identificados ao gestor da unidade, com vistas à adoção de medidas para o controle do risco (p. ex. procedimentos inadequados de desinfecção de materiais e superfícies, alteração na apresentação de medicamentos e produtos);

h. Apoiar o(s) responsável (eis) técnico (s) da Unidade na implantação e execução do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade;

i. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações e normas divulgadas pelas autoridades sanitárias, implantando os protocolos e ações preconizadas no âmbito de atuação do serviço.

EQUIPE DE ENFERMAGEM - TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Atividades que competem aos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem:

1. A equipe de Enfermagem atuará em consonância com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em vigor na unidade;
2. As técnicas de realização de procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais devem atender ao Caderno: Hospital Dia da Rede Hora Certa – Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem e/ou outros protocolos técnicos em vigor na SMS/SP;
3. Manter boas práticas de atendimento ao paciente primando pela atenção, cordialidade bem como práticas de assepsia que favoreçam a redução de infecção hospitalar;
4. Zelar pela limpeza e ordem do material, equipamentos médicos e das dependências do ambulatório, garantindo a organização e o controle de infecção.

ASSISTENTE SOCIAL

Atividades que competem ao assistente social:

1. Atendimento ao cidadão
 - a. Sensibilizar e promover a conscientização dos usuários sobre importância da manifestação verbal e/ou escrita, colocando o setor como mediador e priorizador da qualidade no atendimento,
 - b. Acolher as demandas dos usuários por meio de escuta qualificada,
 - c. Orientar fluxos, processos de trabalho e serviços ofertados na unidade,
 - d. Orientar e encaminhar às redes de apoio, recursos existentes no território e seguridade social (Defensoria Pública, Conselhos Tutelares, Ministério Público), bem como sobre benefícios e direitos (Lei Orgânica da Assistência social - LOAS, isenções previdenciárias, licenças, seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres - DPVAT, transportes e isenção tarifária para os usuários que apresentem esta demanda e outros benefícios relacionadas a secretaria de transporte - SPTRANS,).

e. Estimular análise e respostas às demandas recebidas pela ouvidoria por meio de reuniões com gestor local, equipes e conselhos gestores promovendo mudanças positivas no cenário de trabalho,

f. Apoiar a gestão local no que se refere às informações provenientes do recurso “ouvidoria”.

2. Avaliar e discutir casos com a equipe multiprofissional, visando o conhecimento amplo do diagnóstico e tratamento propondo medidas interventivas e necessárias.
3. Promover atividades educativas aos cidadãos acompanhados pela equipe do ambulatório.
4. Comunicar a UBS de referência do paciente sobre questões relacionadas aos tópicos acima mencionados, garantindo eficácia no acolhimento do cidadão na UBS diante de suas necessidades.
5. Colaborar na construção da rede social, contatando e integrando políticas e equipamentos sociais.

PSICÓLOGO

Atividades que competem ao psicólogo:

1. Acompanhar casos junto com outros profissionais da equipe de saúde:
 - a. Consultas compartilhadas com equipe multiprofissional para acompanhamentos de casos inseridos em linhas de cuidado ofertadas pela unidade;
 - b. Grupos temáticos especializados;
 - c. Intervir clinicamente em casos de baixa adesão terapêutica e/ou problemas crônicos.
2. Realizar psicoterapia breve em casos de maior complexidade e/ou diante das necessidades específicas de cada paciente.
3. Manter canal de comunicação direto com equipes NASF/CAPS e de demais psicólogos da rede de atenção, compartilhando casos clínicos, contrarreferenciando informações para continuidade de tratamentos e discussão de casos.

NUTRICIONISTA

Atividades que competem ao nutricionista:

1. Acompanhar casos junto com outros profissionais da equipe de saúde:
 - a. Consultas compartilhadas com equipe multiprofissional para acompanhamentos de casos inseridos em linhas de cuidado ofertadas pela unidade;
 - b. Grupos temáticos especializados;
 - c. Intervir clinicamente em casos de baixa adesão terapêutica e/ou problemas crônicos.
2. Realizar consultas individuais de assistência e acompanhamento nutricionais referenciadas pela rede de AB ou pelos profissionais da equipe de atenção médica especializada.
3. Manter canal de comunicação direto com AB, contrarreferenciando os casos clínicos para profissionais da rede.

FARMACÊUTICO

Atividades que competem ao farmacêutico:

1. Cumprir e fazer cumprir as diretrizes definidas no “Manual de Assistência Farmacêutica. SMS/SP”.
2. Orientar e supervisionar as atividades desenvolvidas pela equipe de profissionais sob sua responsabilidade.
3. Treinar e capacitar a equipe de farmácia.
4. Orientar e supervisionar o cumprimento de Procedimentos Operacionais Padrão para o processo de trabalho da farmácia.
5. Participar, em todos os níveis, do processo de organização, estruturação, reestruturação e funcionamento da farmácia.
6. Conhecer, divulgar e atender a Portaria SMS. G nº 338/2014, ou outra que venha a substituí-la, que normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao SUS sob gestão municipal.
7. Divulgar e orientar os fluxos e acompanhar as solicitações, pelos prescritores, de medicamentos extra-Remume (medicamentos não constantes da Relação Municipal de Medicamentos).
8. Divulgar e orientar a equipe multiprofissional e os usuários sobre os fluxos de acesso aos

medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, do Componente Estratégico, dos medicamentos sob protocolo clínico na SMS/SP e dos demais programas de acesso a medicamentos no SUS.

9. Avaliar a prescrição em seus aspectos legais e técnicos.
10. Atender e supervisionar o cumprimento das normas vigentes para o descarte de medicamentos com prazo de validade expirado ou impróprios para utilização e elaborar plano de gerenciamento de resíduos (medicamentos) inclusive os devolvidos pela população.
11. Atender e supervisionar o cumprimento das Boas Práticas de Recebimento e Armazenamento de Medicamentos de modo a manter sua qualidade.
12. Realizar e supervisionar o controle de temperatura de armazenamento dos medicamentos, em especial, dos termo lábeis.
13. Garantir as condições adequadas das caixas de emergência.
14. Utilizar o sistema informatizado municipal - o GSS (Gestão de Sistemas de Saúde) ou outro que venha a substituí-lo, para dispensação e controle logístico dos medicamentos.
15. Acompanhar, supervisionar e avaliar sistematicamente a estimativa do Consumo Médio Mensal (CMM), parâmetro para a adequada reposição de medicamentos pelo GSS.
16. Adotar procedimentos para possibilitar o remanejamento de medicamentos, mediante solicitação da STS ou buscando evitar a expiração do prazo de vencimento respeitando as normas de controle de estoque.
17. Adotar os procedimentos adequados quando da interdição de medicamentos pelas autoridades sanitárias e atentar para os alertas dos Problemas Relacionados a Medicamentos pertinentes a rede e encaminhar as informações para STS e CRS.
18. Atender e supervisionar o cumprimento das Boas Práticas de Dispensação de medicamentos, em conformidade com a legislação vigente.
19. Assistência direta ao usuário e/ou familiares:
 - a. Realizar a dispensa qualificada de medicamentos;
 - b. Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de indivíduos mais vulneráveis para

a utilização inadequada de medicamentos (pacientes com limitação cognitiva, idosos, doentes crônicos e que recebem vários tipos de medicamentos);

- c. Orientar quanto à importância do tratamento farmacológico e possíveis efeitos adversos; uso e guarda corretos, vencimentos e descarte de medicamentos;
 - d. Realizar acompanhamento farmacoterapêutico (adesão, queixas com relação a efeitos adversos e outros problemas relacionados aos medicamentos) e orientações complementares como, por exemplo, atividade física, alimentação.
 - e. Participar de reuniões técnicas de equipe (discussão de casos clínicos) e planejamento pertinente às linhas de cuidado implantadas na unidade;
 - f. Desenvolver atividades de promoção do uso racional de medicamentos junto aos prescritores, à equipe de saúde e a comunidade (visitas nos domicílios e atividades educativas na comunidade).
20. Participar da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente e interagir com a equipe de Vigilância em Saúde visando maior controle das doenças de Notificação Compulsória.
 21. Produzir informação por meio da aplicação de indicadores e de outros instrumentos para a adequada gestão do serviço de farmácia.

TÉCNICO/AUXILIAR DE FARMÁCIA

1. Conhecer a legislação farmacêutica vigente, bem como as normas e legislações próprias da SMS/SP para a Assistência Farmacêutica.
2. Cumprir e fazer cumprir as diretrizes definidas no “Manual de Assistência Farmacêutica. SMS/SP”.
3. Reportar-se ao farmacêutico para orientação sobre as questões técnicas da área farmacêutica.

AUXILIARES E TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS

São atividades que competem aos auxiliares e técnicos administrativos:

1. Receber os pacientes e seus acompanhantes de forma cortês e educada.
2. Atualizar cadastros e emitir Cartão Nacional de Saúde (CNS) e comprovantes de agendamentos sempre que necessário.
3. Agendar consultas e procedimentos no SIGA-Saúde/SP mediante solicitação da equipe assistencial.
4. Registrar presença e confirmação de atendimentos no SIGA-Saúde/SP.
5. Incluir atendimentos e consultas de encaixe nas agendas.
6. Registrar produção dos profissionais assistenciais nos sistemas de informação vigentes SUS e SMS/SP.
7. Conhecer e orientar os fluxos de atendimento do serviço de saúde e da rede assistencial.
8. Realizar ações de call center para agendamentos e confirmações de consultas sempre que necessário.
9. Auxiliar equipe na elaboração de documentos, relatórios, planilhas conforme solicitado.
10. Orientar e oferecer canal de registros de reclamações, sugestões e elogios.
11. Atentar para o bom funcionamento dos setores e promover organização do fluxo de pessoas na unidade (controle de filas, salas de espera, etc.).
12. Manter o local de trabalho e os documentos a ele relacionados organizados de acordo com o proposto no setor.

EQUIPE DE REGULAÇÃO

A composição desta equipe de regulação local deve seguir as orientações do Manual de Diretrizes Operacionais de Regulação do Acesso do Município de São Paulo São atribuições da equipe de regulação:

1. Realizar interlocução entre regulação regional e estabelecimentos de saúde;
2. Divulgar protocolos de regulação de acesso e orientar oportunamente os profissionais solicitantes com vistas a discussão da pertinência e priorização de casos e assim garantir a coordenação do cuidado a partir da regulação das vagas;
3. Treinar e capacitar de equipes de agendamento;
4. Agendar consultas e exames via sistemas CROSS e SIGA Saúde ou inserção de dados dos pacientes em fila de espera eletrônica na ausência de vagas
5. Monitorar vagas e agendamento via bolsão CROSS;
6. Notificar agendamento aos pacientes e confirmação de agendamento automático do sistema SIGA Saúde;
7. Auxiliar na gestão das agendas do estabelecimento – proporção caso novo, retorno, reserva técnica e aplicação de critérios de uso das “cotas” internas de consultas e exames a partir dos protocolos instituídos e de acordo com o preconizado pela regulação regional.
8. Regular as solicitações de interconsultas e encaminhamentos externos da equipe médica local (análise de pertinência, compatibilidade de protocolos e classificação de prioridades).

REGIMENTOS OBRIGATÓRIOS

É responsabilidade da diretoria local, equipe de responsáveis técnicos e diretoria clínica a construção coletiva de instrumentos norteadores customizados para sua unidade.

REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

- Organograma interno da unidade.
- Tabela de lotação de profissionais (que deve ser atualizada mediante necessidade constatada por CRS e STS).

NORMAS E ROTINAS ESPECÍFICAS DE CADA SETOR DE TRABALHO

- Distribuição da equipe administrativa e horários, por setor de trabalho.
- Fluxos operacionais e administrativos específicos de cada área.

REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- Requisitos mínimos para subsidiar contratação de equipe.
- Competências e responsabilidades de cada membro da equipe de acordo com o setor de lotação.
- Direitos e deveres do corpo de enfermagem.

REGIMENTO INTERNO ADMINISTRATIVO

- Descrição de fluxos internos assistenciais e administrativos da unidade com respectivos responsáveis (não nominal) e atores do processo.

ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE

DIRETORIA/ GERENCIA

1. Manter documentação e informações do serviço de saúde atualizadas junto a SMS/SP, COVISA, CNES, CMES e outros.
2. Promover sistemas de controle de qualidade, orçamentos e custos do serviço.
3. Encaminhar periodicamente relatórios analíticos com indicadores assistenciais de seu serviço aos níveis superiores de hierarquia.
4. Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos e processos de trabalho do serviço.
5. Capacitar de forma permanente às equipes que atuarão nas unidades de saúde.
6. Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; supervisionando o processamento das informações de produção e demais indicadores assistenciais.
7. Subsidiar a programação pactuada e integrada.
8. Garantir bom funcionamento do serviço de saúde no que tange ao abastecimento de insumos, distribuição de equipe, compra e manutenção de equipamentos médico hospitalares.
9. Supervisionar trabalho de prestadores de serviços contratados e/ou terceirizados.

RECURSOS HUMANOS – GESTÃO DE PESSOAS

1. Oferecer apoio e orientações quanto a aspectos legais e jurídicos em gestão de pessoas e recursos humanos – independente do vínculo contratual dos servidores.
2. Articular entre contratante e contratado documentações relativas à contratação, férias, licenças diversas, afastamentos, exonerações.
3. Oferecer apoio à diretoria geral quanto à organização de escalas de férias, escalas de trabalho e demais processos e fluxos de trabalho relacionados a gestão de pessoas.
4. Manter documentação e prontuários de funcionários organizados.

ADMINISTRAÇÃO

1. Oferecer suporte administrativo à diretoria local.
2. Realizar controle minucioso do patrimônio da unidade sob a supervisão da diretoria geral.
3. Organizar fluxos de manutenção predial e de equipamentos médicos bem como seus respectivos controles.
4. Assessorar reuniões.
5. Auxiliar na elaboração de escalas de funcionários.
6. Auxiliar na elaboração de planilhas e relatórios sempre que necessário.
7. Atuar nos setores de recepção, salas de espera, regulação suporte administrativos para setores fechados, call center e demais áreas estabelecidas pelo diretor do serviço sempre que necessário.

SERVIÇO DE ARQUIVOS MÉDICOS E ESTATÍSTICO (SAME) E FATURAMENTO

1. Organizar e guardar sistematicamente a documentação relativa aos atendimentos assistenciais realizados no serviço (prontuários e fichas de atendimentos).
2. Analisar, segregar, guardar e recuperar arquivos inativos.
3. Levantar arquivos necessários para os atendimentos diários bem como distribuição e recuperação dos mesmos junto aos profissionais.
4. Renovar envelopes e material de escritório deteriorado.
5. Garantir registro adequado de produção da unidade nos sistemas preconizados pela SMS/SP (APAC, BPA e demais registros).
6. Auxiliar na elaboração, coleta e consolidação de mapas de produção quando houver.
7. Incluir “encaixes regulados” para todos os atendimentos realizados extra agenda.
8. Monitorar e corrigir inconsistências do BPA da unidade.
9. Oferecer suporte à diretoria local na tabulação de informações.

RECEPÇÃO

1. Recepcionar pacientes e acompanhantes.
2. Orientar fluxos da unidade e horários adequados de chegada para futuros agendamentos.
3. Alimentar sistemas informatizados preconizados pela SMS/SP (confirmação de presença, atendimento, fila de espera e outros).
4. Abrir e organizar prontuários.
5. Auxiliar equipes de atendimento (médica, de enfermagem, odontológica, nutrição e de reabilitação) no que for necessário para garantir atendimento ágil e de qualidade.
6. Manter a recepção limpa e organizada para receber o usuário.
7. Organizar fluxo de pessoas (salas de espera, filas, etc.).

UNIDADE DE REGULAÇÃO LOCAL

1. Recepcionar pacientes e acompanhantes.
2. Orientar equipes de profissionais quanto a protocolos de acessos e agendamentos.
3. Agendar consultas, exames e serviços terapêuticos.
4. Incluir solicitações e encaminhamentos em fila de espera quando não houver vagas disponíveis para agendamento.
5. Acompanhar diariamente agendamento automático.
6. Realizar confirmação de interesse e possibilidade de comparecimento com o pacientes antes de confirmar os agendamentos automáticos.
7. Priorizar agendamentos de pacientes que aguardam em fila de espera.
8. Informar pacientes sobre agendamentos realizados com antecedência.
9. Auxiliar o diretor local na configuração de agendas considerando os preceitos determinados pela SMS/SP.

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

1. Oferecer serviços ambulatoriais de especialidades médicas agendados via SIGA-Saúde/SP proveniente da rede assistencial do MSP ou em seguimento na própria unidade.
2. Orientar o fluxo para outros setores de agendamento quando estes forem necessários.
3. Favorecer a continuidade do tratamento através de agendamento de retornos médicos, exames especializados, encaminhamentos para outras especialidades e/ou procedimentos cirúrgicos.
4. Realizar coleta de material para exames específicos (colposcopias), exames oftalmológicos e eletrocardiogramas, viabilizando elucidação diagnóstica de clientes que já estão em acompanhamento com especialistas médicos.
5. Viabilizar o agendamento e preparo para procedimentos cirúrgicos quando necessário.
6. Contrarreferenciar os pacientes às unidades de saúde solicitantes, assegurando a integridade e continuidade da assistência prestada durante o acompanhamento quando necessário e obrigatoriamente no momento da alta.

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

1. Viabilizar elucidação diagnóstica através de exames laboratoriais, gráficos e de imagem agendados via SIGA-Saúde/SP.
2. Caso haja empresas conveniadas prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, a elas cabe:
 - a. Planejamento e organização dos serviços junto a diretoria local;
 - b. Previsão e provisão de insumos necessários para a realização dos serviços quando previsto em contrato;
 - c. Previsão e provisão de recursos humanos necessários para a realização dos serviços;
 - d. Demais cláusulas contratuais específicas.
3. Arquivar e entregar laudos.

HOSPITAL DIA – CENTRO CIRÚRGICO

1. Seguir as normativas preconizadas na Portaria Nº 44/ GM de 10 de janeiro de 2001.
2. Realizar cirurgias eletivas ambulatoriais.
3. Garantir acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico ou pós procedimento.
4. Que requeiram preparo e/ou observação médica em período inferior a 12 horas.
5. Garantir registro pré, inter e pós-cirúrgico em prontuário.
6. Garantir técnicas de cirurgias seguras.
7. Garantir acesso a serviços de emergência e/ou alta complexidade para casos de intercorrências.

CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

1. Favorecer uma assistência segura ao cliente e ao profissional.
2. Realizar limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentais cirúrgicos, utensílios de enfermagem e campos operatórios.
3. Garantir a qualidade da desinfecção e esterilização realizada no setor, através de testes e manutenção de equipamentos.
4. Fazer registro de resultados de testes biológicos e integradores químicos.
5. Garantir controle de entradas e saídas de instrumentais e utensílios, bem como avaliação de integridade e funcionamento dos mesmos.
6. Abastecer os setores assistenciais com utensílios já higienizados.
7. Garantir a disponibilidade de materiais em condições adequadas para uso.
8. Atender a RDC nº15/2012 que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências e suas complementações.

SALA DE COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

1. Oferecer serviço de coleta de materiais para posterior análise laboratorial.
2. Prever e prover o abastecimento do setor.
3. Garantir armazenagem adequada de acordo com o material coletado.
4. Garantir segurança do paciente e identificação minuciosa de materiais coletados.
5. Garantir segurança no transporte e manipulação do material coletado.
6. Receber e organizar laudos recebidos.
7. Garantir emissão e entrega de laudos. Naqueles cujo laudo não seja entregue imediatamente após a realização do exame, sugere-se que a impressão dos laudos seja feita apenas no momento da solicitação do paciente, evitando consumo excessivo de papéis, bem como o acúmulo de documentos no serviço de saúde.
8. Caso o paciente não compareça para retirada do laudo orienta-se:
 - a. Contatar o paciente por telefone, reforçando orientação para retirada;
 - b. Remeter o laudo do exame para a unidade de saúde solicitante, especialmente em casos de alteração clínica identificada.

FARMÁCIA

1. Organizar e atualizar estoque.
2. Fornecer medicamentos ao público.
3. Orientar modo de usar, armazenagem e descarte do medicamento.
4. Dispensar os medicamentos segundo a Relação Municipal de Medicamentos essenciais para a Rede Básica (REMUME) mediante apresentação de receituário médico e CNS conforme preconizado na Portaria Nº 338/2014 – SMS.G. que normatiza a prescrição e a dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao SUS sob gestão municipal.
5. Garantir a disponibilidade dos formulários de solicitação de medicamentos extra-Remume; do formulário de inclusão/exclusão/substituição de medicamentos da Remume; de formulários de medicamentos sob protocolo na SMS/SP; de talonários de medicamentos sob controle

sanitário especial e dos demais necessários.

6. Manter ambiente da farmácia limpo, organizado e com climatização adequada atendendo as diretrizes de VISA.
7. Oferecer suporte a equipe multiprofissional quanto a padronização de medicamentos do município.
8. A relação de medicamentos e material médico hospitalar encontra-se no aplicativo Gestão de Serviços em Saúde (GSS).

Das diretrizes municipais que devem ser obedecidas no setor farmácia:

- As relações de insumos utilizados nos procedimentos cirúrgicos devem atender às padronizações de SMS;
- A relação de medicamentos e materiais médicos hospitalares disponíveis para abastecimento nas unidades encontra-se no aplicativo Gestão de Serviços em Saúde (GSS). A partir deste sistema é possível realizar a previsão de consumo médio mensal (CMM) e garantir o abastecimento da unidade; Toda e qualquer necessidade de adequação de consumo para atender a demanda de medicamentos ou material médico hospitalar, deverá ser pactuada entre a Supervisão Técnica de Saúde / Coordenadoria Regional de Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Instituições Parceiras (esta última quando couber).
- Os especialistas devem ter conhecimento das normas e padronização da SMS quanto aos medicamentos da REMUME e esta capacitação/ orientação cabe ao diretor clínico e gestor local da unidade;
- O horário de funcionamento e dispensação de medicamentos deve abranger todo o período de funcionamento da unidade.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL

A participação da comunidade e o controle social nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes, estão previstos como um dos princípios do SUS, no artigo 198, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

Na Atenção Especializada Ambulatorial os usuários participam por meio de Conselhos Gestores de Unidade - espaço privilegiado para o exercício do controle social tem o papel de formular, acompanhar e avaliar a política de saúde.

Todos os equipamentos de saúde devem constituir o Conselho Gestor, conforme determina a legislação específica (Lei federal 8.142/90, Lei municipal 13.325/02 e Decreto 42.005/02). O processo de eleição, composição do conselho, divulgação dos resultados, organização, frequência e registro das reuniões estão definidos na legislação acima citada e nos regimentos e estatutos dos Conselhos Gestores.

Outros canais de comunicação estabelecidos com a população são:

- Totem Eletrônico que disponibiliza senha de acesso aos serviços prestados pela unidade, permite o registro de satisfação em relação ao atendimento bem como aos gerentes das unidades avaliarem e fazer as alterações necessárias para qualificar e aperfeiçoar os serviços oferecidos;
- O gerente ou seu substituto, bem como o assistente social, deverão estar disponíveis para o primeiro contato com o usuário no caso de sugestões, solicitações e/ou reclamações. Os acontecimentos que extrapolem suas competências, o usuário deverá ser orientado a registrar sua ouvidoria pelo telefone 156 ou comparecendo pessoalmente nas Supervisões Técnicas de Saúde (STS) presentes em cada território.

Estes dois canais se configuram como instrumentos importantes para melhor avaliar o desempenho das atividades das Unidades.

OUIDORIA DA SAÚDE

A Ouvidoria da Saúde é um serviço que prioriza a qualidade no atendimento prestado nas Unidades de Saúde. Os princípios, a estrutura, as atribuições, o quadro de pessoal, os prazos, os procedimentos e os relatórios da rede de ouvidorias são regulamentados pela Portaria SMS-G nº982 de 10/06/2015 e seus anexos.

Tem como objetivos:

- Intermediar as relações entre os cidadãos e os gestores do SUS promovendo a qualidade da comunicação entre eles, a formação laços de confiança e colaboração mútua com o fortalecimento da cidadania;
- Conhecer o grau de satisfação e a opinião do usuário em relação aos serviços prestados pelo estabelecimento de saúde;
- Possibilitar a participação dos usuários na gestão da Instituição e aprimorar os serviços e a melhoria das relações interpessoais com seus públicos interno e externo transformando sugestões em oportunidades de melhorias internas;
- Receber, registrar, conduzir e responder as demandas (Reclamações, denúncias, elogios, sugestões e informações) dos cidadãos que fazem parte da comunidade interna ou externa do serviço, através do sistema Ouvidor SUS (Portaria SMS-G nº757/2015);
- Desenvolver ações de caráter preventivo.
- Cada estabelecimento deve oferecer **pelo menos dois canais de comunicação**, podendo ser pessoalmente ou através de serviço telefônico (número 156).

CAPÍTULO 4

Diretrizes Estruturais

Para os serviços de saúde que serão transformadas em HD-RHC:

As unidades Hospitais Dia da Rede Hora Certa devem seguir o padrão estrutural regido pelas normativas a seguir:

1. Todos os projetos devem estar em consonância com a Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 – ANVISA.
2. A planta física da unidade de saúde HD-RHC deve atender ao preconizado nas Portarias SAS/ MS nº 2.414, de 23 de março de 1998 e GM nº 44, de 10 de janeiro de 2001 que regulamentam a estrutura e serviços prestados em unidades de Regime Hospital Dia.
3. O processo de implantação de novas unidades deve favorecer ao uso pleno da capacidade já instalada e ampliar a resolutividade dos ambulatórios de especialidades, completando o quadro dos profissionais e incorporando tecnologias e equipamentos para procedimentos terapêuticos, diagnósticos e cirúrgicos.
4. É responsabilidade da CRS e STS elaborar a JUSTIFICATIVA e o PLANO DE TRABALHO para contratualização da futura unidade HD-RHC, com participação e orientação da CRAEA e gestor local do estabelecimento se houver
5. Após a elaboração do Plano de trabalho este deve ser encaminhado a CRAEA para apreciação e encaminhamentos necessários.

Tabela 4: Exemplos de cirurgias dia que poderão ser realizadas nos Centro Cirúrgicos do HD – RHC

EXEMPLOS DE CIRURGIAS DIA
CIRURGIA GERAL: hernioplastia inguinal e umbilical, hemorroidectomia, tratamento de fissura anal, fistulectomia anal, eletrocoagulação de lesão anal, exérese de cisto sacro coccígeo, outras.
CIRURGIA GINECOLÓGICA: histeroscopia diagnóstica e terapêutica (biópsia dirigida do endométrio, polipectomia, ablação do miométrio, exérese de mioma submucoso), aspiração manual intrauterina (A.M.I.U: para abortamento incompleto do 1º trimestre e biópsia do endométrio), videolaparoscopia diagnóstica e cirúrgica, cirurgia de alta frequência do colo uterino (neoplasia intraepitelial cervical grau 2 e 3), correção de incontinência urinária de esforço (sling), tratamento de endometriose, plástica vaginal, lise de sinéquias, laqueadura tubária por vídeo, outras.
CIRURGIA PEDIÁTRICA: postectomia, hernioplastia umbilical, inguinal, orquidopexia, cicatriz hipertrófica, frenuloplastia, hemangioma, pólipos retal, plicoma anal, sinequia dos pequenos lábios, polidactilia sem articulação, restos branquiais (fístulas), granuloma umbilical, anquiloglossia, hiperplasia de pequenos lábios, cistos, outras.
CIRURGIA PLÁSTICA: otoplastia, cantoplastia, cicatriz hipertrófica, blefaroplastia, blefarocalasio, retirada de queleide, e outras.
CIRURGIA VASCULAR: tratamento de varizes uni ou bilateral, de amputação dedos mão e pé, varicocele, debridamento cirúrgico, fístula arteriovenosa, enxerto de pele, outras.
OFTALMOLOGIA: pterígio, xantelasma, catarata, ptose, glaucoma congênito, triquíase, blefarocalase, oclusão de ponto lacrimal, tubo de drenagem para glaucoma, implante de prótese antiglaucomatosa, trabeculectomia, iridectomia, vitrectomia anterior, correção cirúrgica de estrabismo, outras.
MASTOLOGIA: retirada de cisto, exérese de nódulo benigno, exérese seletiva do ducto (fluxo papilar), exérese de nódulo <2cm, ginecomastia, outras.
ORTOPEDIA: liberação de túnel do carpo ou tarso, ressecção de cisto sinovial, alongamento e encurtamento miotendinoso, liberação de dedo em gatilho, tenorrafia, tenotomia, ressecção exostose, polidactilia, exérese de pequenos tumores benignos ósseos, outras.
OTORRINOLARINGOLOGIA: exérese de tumor benigno de conduto auditivo externo, cauterização linear de cornetos inferiores, polipectomia nasal, adenoidectomia, amigdalectomia, polipectomia de cordas vocais, retirada de corpo estranho, excisão de rânula, frenectomia, ressecção de coloboma/cisto pre auricular, timpanotomia para tubo de ventilação, otoplastia, sinequias nasais, redução de fraturas, turbinectomia, septoplastia, biópsia de faringe, nariz ou pavilhão auricular, outras.
PROCTOLOGIA: hemorroidectomia, fistulectomia anal, eletrocoagulação e ressecção de lesão anorretal, correção de prolapso anal, drenagem de abscesso, excisão de cisto pilonidal, outras.
UROLOGIA: postectomia, varicocele, vasectomia, hidrocele, frenoplastia, meatoplastia, dilatação hidráulica de bexiga, urotomia interna, orquiectomia, epididimectomia, colocação de cateter J, nefrostomia de punção, biópsia de próstata, testículos ou pélvis, eletrocoagulação de lesão cutânea, outras.

ANEXO 2

COMISSÕES, COMITÊS E NÚCLEOS OBRIGATÓRIOS

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

1. Todas as unidades da **AEA** devem atender a Resolução CFM nº 1.657/2002, que define os critérios e dá diretriz quanto à constituição de Comissões de Ética Médica.
2. As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.
3. As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.
4. As eleições para a constituição da CEM devem ocorrer no prazo de até 12 meses após o início das atividades no serviço.
5. As Comissões de Ética serão compostas por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes e serão instaladas nos termos da Resolução supra citada obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:
 - a. Nas instituições com até 15 médicos não haverá a obrigatoriedade de constituição de Comissão de Ética;
 - b. Na instituição que possuir de 16 a 99 médicos, a Comissão de Ética Médica deve ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes;
 - c. É permitida a constituição de Comissão de Ética Médica representativa do conjunto de unidades da mesma entidade mantenedora, localizadas no mesmo município, onde cada uma possua menos de 10 (dez) médicos, obedecendo-se as disposições quanto à proporcionalidade relacionadas na Resolução;
 - d. Demais proporcionalidades estão disponíveis para consulta na resolução CFM nº 1.657/2002.
6. Não poderão integrar as Comissões de Ética Médica os médicos que exercerem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam quites com o Conselho Regional de Medicina.

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

1. Todas as unidades da **AEA** devem atender a Resolução COFEN nº 172/1994, que normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) nas instituições de saúde e a DECISÃO COREN-SP/DIR/01/2011 que normatiza a criação, a organização, o funcionamento e a eleição das CEE no Estado de São Paulo.
2. As Comissões de Ética de Enfermagem são órgãos representativos dos Conselhos Regionais junto a instituições de saúde, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem.
3. As eleições para a constituição da CEE devem ocorrer no prazo de até 12 meses após o início das atividades no serviço.
4. A Comissão de Ética de Enfermagem tem como finalidade:
 - a. Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição;
 - b. Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
 - c. Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões e as infrações éticas.
5. As Comissões de Ética de Enfermagem são vinculadas ao Coren-SP, mantendo a sua autonomia em assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de enfermagem.
6. A Comissão de Ética de Enfermagem deve ser composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício na instituição e registro no Conselho Regional, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade:
 - a. Instituições com 3 (três) a 15 (quinze) Enfermeiros: a CEE deve ser composta por 3 (três) membros efetivos, sendo 2 (dois) Enfermeiros e 1 (um) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e respectivos suplentes;
 - b. Instituições com 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) Enfermeiros: a CEE deve ser composta por 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 Enfermeiros e 2 (dois) Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

c. Em regiões onde as entidades têm a mesma mantenedora (parceira), e cada uma delas possua menos de 5 (cinco) Enfermeiros, será permitida a constituição de Comissão de Ética de Enfermagem representativa do conjunto das referidas unidades de saúde, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade;

d. Demais proporcionalidades estão disponíveis para consulta na DECISÃO COREN-SP/DIR/01/2011.

7. O Enfermeiro que exerça cargos de direção técnica, administrativa ou de responsabilidade técnica de enfermagem, não poderá participar da CEE.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Todas as unidades Hospital Dia da Rede Hora Certa devem atender a RESOLUÇÃO ANVISA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

2. A diretoria do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

3. A diretoria do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

4. O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

a. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

b. A disseminação sistemática da cultura de segurança;

c. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

d. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

5. Compete ao NSP:

a. Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

b. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

c. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

d. Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde;

e. Acompanhar as ações vinculadas ao PSP em Serviços de Saúde;

f. Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

g. Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

h. Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

i. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

j. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

k. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde, atendendo às normas estabelecidas por COVISA;

l. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

m. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

6. O NSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas na unidade (PSP) especialmente em setores críticos como centro cirúrgico – hospital dia, salas de emergência e observação, serviços de apoio diagnóstico que incluam nos procedimentos drogas vasoativas e/ou esforço físico.

7. Os Hospitais Dia da Rede Hora Certa possuem o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação desta Resolução.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

1. Todas as unidades Hospital Dia da Rede Hora Certa devem atender a Portaria MS/ GM Nº 2.616 de 12 de maio de 1998, que resolve sobre as diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares e delibera sobre as ações mínimas necessárias a serem desenvolvidas sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares e compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH).
2. Caberá a diretoria do serviço de saúde constituir formalmente a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), nomear os seus componentes, propiciar infraestrutura necessária para sua operacionalização, aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH local, e dar outras providências contidas na portaria nº 2.616 de 12/05/1998.
3. A CCIH deve ser composta por profissionais da área da saúde de nível superior, sendo o presidente designado pela diretoria local.
4. Considerando se tratarem de regime de Hospital Dia as instalações dos HD-RHC, os membros consultores da CCIH das unidades devem ser representantes dos serviços médico e de enfermagem.
5. Os membros executores serão no mínimo 2 profissionais de nível superior da área da saúde que disponibilizem carga horária diária mínima de 2 (duas) horas para enfermeiro ou 1 (uma) hora para os demais profissionais.
6. A CCIH deve cumprir inteiramente o preconizado nos anexos da portaria nº 2.616 de 12/05/1998, estabelecendo e implantando regimento e protocolos locais de acordo com as necessidades do serviço, fiscalizar sua aplicação e notificar as intercorrências observadas aos órgãos competentes.
7. A CCIH deve estar instituída nas unidades HD-RHC após 12 meses de sua inauguração.

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE

1. Todas as unidades da **AEA** devem atender às Resoluções do CFM nº 1.638/2002; nº 1.639/2002 e nº 1.821/2007 que respectivamente define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) nas instituições de saúde; aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.
2. A CRP será criada por designação da diretoria da unidade de saúde, por eleição do Corpo clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.
3. A CRP deve ser composta por um presidente (obrigatoriamente médico), um vice-presidente, um secretário e quantos membros a mais se julgar necessário desde que sejam profissionais da saúde de nível superior.
4. Os cargos de vice-presidente e secretário serão definidos pelos membros da CRP.
5. O mandato de cada CRP será de dois anos podendo ser prorrogáveis.
6. A carga horária de cada membro destinada a CRP será definida pela diretoria da unidade.
7. Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:
 - a. Observar os itens que devem constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

- Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio digital;

b. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias as assinaturas e o respectivo número de registro em conselhos de classe;

c. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a coleta de história clínica do paciente, deve constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade;

d. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia Clínica e à Direção Técnica da unidade.

8. A CRP deve manter estreita relação com a CEM e CEE da unidade, com a qual devem ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.
9. A CRP deve estar instituída nas unidades HD-RHC após 12 meses de sua inauguração.

ANEXO 3

MANUAL DE ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA INSTALAÇÃO DE UNIDADES HOSPITAL DIA DA REDE HORA CERTA

OBJETIVO

O presente manual tem por objetivo auxiliar as equipes envolvidas na elaboração de propostas de instalação de unidades Hospital Dia da Rede Hora Certa.

EQUIPES ENVOLVIDAS

- SMS – G: Coordenação da Atenção Especializada Ambulatorial (CAEA)
- Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS)
 - Coordenadores
 - Interlocutores da Atenção Especializada Ambulatorial
- Supervisão Técnica de Saúde (STS)
 - Supervisores
 - Interlocuções relacionadas a atenção especializada ambulatorial e unidade a ser inaugurada
- Gerente local
- SMS-GDRF: Grupo de Desenvolvimento da Rede Física
- SMS-G: Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos
- Parceiros:
 - Interlocuções regionais ou da unidade a ser inaugurada
 - Equipes de obras
 - Equipes de compras

JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

Documento sucinto que deve oferecer dados para embasamento de decisões como: escolha de unidade, definição de serviços que serão oferecidos, planejamento macro orçamentário (a depender de necessidade de obras, ampliações, contratos, etc.).

Deve contemplar os seguintes itens:

- Identificação da unidade
 - CRS e STS a qual pertence a unidade
 - Nome fantasia atual da unidade
 - Nome fantasia a ser adquirido após inauguração do Hospital Dia da Rede Hora Certa
 - Endereço completo com CEP
 - CNES
 - Telefones de contato
 - E-mail institucional da unidade, STS responsável, CRS responsável
 - Dados sociodemográficos epidemiológicos da região em que está localizada a unidade
 - Nome da subprefeitura e distrito administrativo
 - Número de habitantes
 - Densidade demográfica
 - Fila de espera de especialidades médicas clínicas na região
 - Fila de espera de especialidades médicas cirúrgicas na região
 - Fila de espera de exames de apoio diagnóstico e terapêutico na região (SADT)
 - Além disso, visando a estimular o uso da informação pelos profissionais, de modo a orientar o planejamento e o conhecimento do seu território, estão disponíveis tabuladores como:
 - TABNET (<http://www.prefeitura.sp.gov.br/tabnet>) e o TabWin, desenvolvidos pelo DATASUS para tabulação das bases de dados SUS.
 - Painel de Monitoramento da Situação de Saúde e da Atuação dos Serviços da SMS/SP (ferramenta de gestão que permite o acompanhamento contínuo e oportuno da atuação da SMS/SP sobre as prioridades da política de saúde municipal), disponibilizado no portal da SMS.
 - Perfil Dinâmico da Saúde no MSP (aplicativo em rede PRODAM e interface WEB, com atualização periódica de bases de dados e indicadores), disponibilizado no portal da SMS/SP.
 - Indicadores para o nível local do SUS no MSP, disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/Projeto-IndicadoresNivelLocalSUS.pdf>
 - Serviços ofertados na região
 - Descrever quantidade e tipo (exemplo: 10 UBS, 03 AMA, 01 AMA – E, etc.)
 - Descrição de onde será instalada a nova unidade Hospital Dia da Rede Hora Certa; em prédio já existente e o que há neste prédio atualmente ou nova instalação predial, neste último informar se será reforma de instalações atuais ou construção de nova unidade.
 - Objetivo e Justificativa
 - Descrever os objetivos aos quais a nova unidade de saúde se propõe. Exemplo: atendimento ambulatorial, acesso a exames e cirurgias dia no mesmo local.
 - Descrever os benefícios que a instalação da nova unidade trará para população usuária do serviço. Exemplos: ampliação de oferta de consultas, exames, cirurgias dia, melhor acesso a serviços que hoje são ofertados em áreas distantes, etc.
 - Área física ATUAL (em caso de instalação em unidade já existente)
 - Exemplo: 150m² onde se distribui 01 recepção, 10 consultórios médicos, 02 salas administrativas, 01 sala de eletrocardiograma, 02 banheiros de pacientes, etc.
 - Proposta de área física a ser instalada
 - Exemplo: com ampliação para 230m² a unidade passará a ter 03 recepções satélites, 15 consultórios médicos, 05 salas administrativas, centro cirúrgico com 02 salas de cirurgias e 5 leitos de recuperação, etc...
- Observação: caso a equipe não possua dados oficiais de metragem de área física atual de expansão, exemplificar os itens acima com os espaços físicos que possui e que irão possuir após implantação, e se irá necessitar apenas de reforma ou de ampliação e construção de novas áreas.
- Serviços que serão ofertados após a implantação da unidade Rede Hora Certa:

- Especialidades médicas
- Especialidades não médicas
- Exames
- Cirurgias

Equipe responsável pelo envio da justificativa: CRS

PLANO DE TRABALHO

Documento que oferecerá embasamento técnico para tomadas de decisões e diretrizes de implantação na unidade. Deverá detalhar ao máximo as condições da unidade atual e as alterações que ocorrerão, bem como ampliação de serviços, recursos humanos e potencial de atendimento.

O plano de trabalho vem acompanhado do orçamento de **obras, equipamentos e custeio**. Sua definição deverá ser conjunta com CRAEA, NTCSS e área de convênios da AB a depender de recursos financeiros disponíveis para o projeto.

O Plano de trabalho das futuras unidades Hospital dia da Rede Hora Certa deve repetir as mesmas informações fornecidas na justificativa (com alterações cabíveis que possam ocorrer durante o processo) acrescidas de:

OBRAS:

- Propostas de Intervenções em áreas físicas: detalhamento de área a ser construída e/ou ampliada e/ou reformada pela STS, CRS e AEA
 - M² aproximada baseada no Protocolo de Áreas Físicas da AEA/HD da Rede Hora Certa
 - Quantidade de consultórios, salas de atendimento, salas de exames, central de materiais, etc.
- A descrição e detalhamento de materiais e mão de obras deve ser encaminhada para SMS G – GDRF, sendo este último responsável pela análise dos custos.
 - Áreas a serem demolidas, construídas e/ou reformadas.
 - Material usado por metro quadrado ou por área
 - Custos de materiais, entrega e terceiros
 - Custos com equipe de obras
 - Demais informações que GDRF julgar necessárias.

EQUIPAMENTOS

- Relação e descrição de equipamentos médico hospitalares, de tecnologia da informação. Instrumentais, mobiliários, outros com seus respectivos orçamentos.
- Deve ser fundamentado nos serviços que serão oferecidos, nas áreas físicas da unidade pós reforma/ ampliação/ construção e nos itens que já possuam e estejam em boas condições de uso.
- A relação de itens deve ser criteriosa de modo a favorecer o uso racional de tecnologias baseado nos princípios de eficiência, eficácia e efetividade. Deve se considerar os itens que a unidade já possua e que possam ser reaproveitados.
- A lista de necessidade de aquisição de equipamentos devem ser avaliadas em conjunto pelas três instâncias - Coordenadoria Regional de Saúde, SMS/AEA e Instituição Parceira (quando couber).

CUSTEIO

- Tabela de lotação de pessoal atual
- Tabela de lotação de pessoal prevista
 - Número de profissionais por categoria
 - Carga horária profissional (semanal e mensal) por categoria
 - No caso de profissionais médicos detalhar a distribuição da carga horária em clínica, cirúrgica e SADT
 - As cargas horárias apresentadas deverão estar condizentes com os espaços físicos disponíveis. Para tal deverá ser calculada o total de horas de consultórios e salas de cirurgias e exames disponíveis e posteriormente comparados com a carga horária por categorias proposta.
- Previsão de capacidade instalada mensal de consultas médicas especializadas, exames de apoio diagnóstico e terapêutico e procedimentos cirúrgicos
- Proposta de monitoramento da produção local
- Outras características e ações que a equipe propõe implantar na unidade

Equipe responsável pelo envio do Plano de Trabalho: CRS.

ANEXO 4

INDICADORES DE MONITORAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Com o objetivo de monitorar a situação e desempenho dos serviços de média e alta complexidade ambulatoriais do município de São Paulo e qualificar as ações voltadas a sua gestão foram selecionados dez indicadores de monitoramento.

Estes indicadores deverão ser calculados e analisados pela gestão local mensalmente e encaminhados a STS, CRS e SMS/SP sempre que requisitados e acompanhados de série histórica para melhor análise.

Os indicadores serão calculados nas seguintes abrangências: MSP, CRS, STS e Ambulatórios de Especialidades (AE, AMA-E e Hospitais Dia da Rede Hora Certa).

A matriz de indicadores selecionados para o monitoramento da Atenção Especializada encontra-se na tabela abaixo bem como as fórmulas e fontes obrigatórias de cálculo:

Tabela 5: Matriz de indicadores de monitoramento da AEA

Nº	DIMENSÃO/ SUB DIMENSÃO	ASPECTO
1	Efetividade/ acesso	Cobertura consulta médica especializada
2	Efetividade/ acesso	Cobertura procedimentos finalidade diagnóstica
3	Otimização/ produtividade	Produtividade média
4	Eficiência/ adequação	Cirurgias Day case
5	Otimização/ dissipação	Absenteísmo
6	Otimização/ acesso	Perda Primária
7	Efetividade/ qualidade e acesso	Resolutividade
8	Efetividade/ continuidade	Novo acesso à atenção de média e alta complexidade
9	Efetividade/ continuidade	Tempo de espera AE
10	Efetividade/ continuidade	Tempo de espera AB

MATRIZ DE INDICADORES

INDICADOR	DESCRIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE e OBSERVAÇÕES
Razão de consultas médicas especializadas SUS, realizadas em relação ao total estimado para os residentes do MSP.	Número de consultas médicas especializadas realizadas por tipo selecionado, em relação ao número de consultas necessárias segundo a portaria nº 1.101 MS em determinado espaço geográfico.	Número total de consultas médicas especializadas apresentadas ao SUS / Total de consultas necessárias estimadas a partir da Portaria nº 1.101/02 MS.	SIASUS (arquivo PASP) Serão monitoradas as especialidades com parâmetro de necessidade descritas na Portaria nº 1.102/-02-MS) considerando 2 cons/ano/hab. Para a estimativa da necessidade serão considerados os dados de população total (SEADE) e a população sem plano de saúde (IVP)
Razão de procedimentos com finalidade diagnóstica realizada em relação ao total estimado para os residentes do MSP.	Número de procedimentos com finalidade diagnósticos realizados por tipo selecionado, em relação ao número de procedimentos necessários segundo a portaria nº 1.101 MS em determinado espaço geográfico.	Número total de procedimentos com finalidade diagnóstica apresentadas ao SUS / Total de procedimentos necessários estimado a partir da Portaria nº 1.101/02 MS.	SIASUS (arquivo PASP) Serão monitorados os procedimentos (exames de apoio) com parâmetro de necessidade descritos na Portaria nº 1.101/02 - MS) Para a estimativa da necessidade serão considerados os dados de população Total (SEADE) e a População sem plano de saúde (IVP)
Razão de consultas médicas especializadas SUS realizadas em relação ao potencial instalado.	Número de consultas médicas especializadas realizadas por tipo selecionado, em relação ao total das horas ambulatoriais mensais dos profissionais em determinado espaço geográfico.	Número total de consultas médicas especializadas apresentadas ao SUS/total de horas ambulatoriais mensais considerando 3 ou 4 cons/hora/profissional.	SIASUS (arquivo PASP) CNES Serão definidas as 10 especialidades mais demandadas a serem monitoradas e o parâmetro esperado do número de consultas/hora.
Percentual de procedimentos realizados em regime ambulatorial ou hospitalar com menos de 1 dia de permanência em relação ao total efetuado.	Percentual de procedimentos selecionados realizados em regime ambulatorial ou hospitalar com menos de 1 dia de permanência em relação o número total destes procedimentos efetuados.	Número de amidelectomias e adenoidectomias, hemorroidectomias, cirurgia de hérnia inguinal, catarata e vasectomias realizadas em regime ambulatorial ou hospitalar com menos de 1 dia de permanência. x100 Denominador: Número total dos mesmos procedimentos efetuados.	SIASUS (arquivo PASP) SIHSUS Procedimentos selecionados: (SIH e SIA/2008-2010): 0404010016; 0404010024; 0404010032; 0407020284; 0407020314; 0407020497; 0407040099; 0407040102; 0405050097; 0405050100 e 0409040240.
Percentual de absenteísmo de vagas ocupadas.	O comparecimento do usuário na unidade executante da consulta ou procedimento é registrado no SIGA-Saúde/SP por meio da confirmação da presença e/ou da confirmação de atendimento ou registro de não atendimento, isto é, mudança da situação (status) do usuário no sistema. (O aplicativo não permite registrar a falta do usuário).	Número de vagas reguladas agendadas (consultas, exames ou procedimentos) que permanecem na situação (status) "agendado" (não houve confirmação de presença, de atendimento ou do não atendimento, e o denominador o número total de vagas de ocupadas.	SIGA-Saúde/SP Módulo Agenda Regulada Serão definidos os 10 exames mais demandadas a serem monitorados e o parâmetro esperado do número de exames/hora.
Percentual de vagas disponíveis não utilizadas.	Percentual de vagas para consultas ou exames disponibilizadas no sistema que não foram utilizadas pelas unidades solicitantes.	Número de vagas não utilizadas em relação ao total de vagas ofertadas.	SIGA-Saúde/SP Módulo Agenda Regulada Serão definidas as 10 especialidades e exames mais demandados a serem monitorados.
Razão de utilização de consulta médica especializada pela AB.	Percentual de encaminhamento da AB para a atenção especializada considerando a produção de consultas médicas básicas.	Número de registros na Fila de Espera e o número de agendamento realizado na AB em relação ao total de consultas médicas básicas realizadas pelos profissionais médicos ESF, clínico, pediatra e GO.	SIGA-Saúde/SP Módulo Agenda Regulada.
Percentual de novas consultas ofertadas.	Percentual de novas consultas do total de consultas disponibilizadas no sistema (novas e retornos).	Número de consultas novas ofertadas em relação ao total de consultas (novas e retornos).	SIGA-Saúde/SP Módulo Agenda Regulada Serão definidas as 10 especialidades mais demandadas a serem monitoradas.
Tempo médio de espera para agendamento solicitado pelo AE.	Tempo médio em dias da data de solicitação à data de agendamento em relação ao total de agendamentos solicitados pelos Ambulatórios de especialidades.	Total de dias entre a data de solicitação e a data de agendamento dividido pelo número de agendamentos solicitados pelos AE.	SIGA-Saúde/SP Módulo Agenda Regulada - geral - por tipo de exame - por especialidade
Tempo médio de espera para agendamento solicitado pela AB.	Tempo médio em dias da data de solicitação à data de agendamento em relação ao total de agendamentos solicitados pelas UBS - AB.	Total de dias entre a data de solicitação e a data de agendamento dividido pelo número de agendamentos solicitados pela AB.	SIGA-Saúde/SP - Módulo Agenda Regulada - geral - por tipo de exame - por especialidade





Bibliografia Consultada

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de março de 2002.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 44, de 10 de janeiro de 2001: aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 12 de janeiro de 2001.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SAS/ MS nº 2.414, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 23 de março de 1998.
4. BRASIL. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 - RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
5. BRASIL. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.[acesso 04 dez 2014] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
6. BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, em substituição a Portaria MS nº 930 / 92. [acesso 04 dez 2014] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html
7. BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no D.O.U. Nº 251 – 31/12/10 – Seção 1 - p.88.
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN 172/1994 de 15 de junho de 1994. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde. 15 jun 1994. [acesso 04 dez 2014]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao/resolucoes>
9. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5.
10. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002. Aprova as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico”, dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências. Publicada no D.O.U. de 26 de agosto de 2002, Seção I, p.205.
11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.657/2002, de 11 de dezembro de 2002. Publicada no D.O.U. de 20 de dezembro de 2002, Seção I, p. 421-422
12. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.821 e 11 de julho de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252
13. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. DECISÃO COREN-SP/DIR/01/2011 de 23 de agosto de 2012. Normatiza a criação, a organização, o funcionamento e a eleição das Comissões de Ética de Enfermagem no Estado de São Paulo. Publicada no D.O.U Executivo Seção I -23/10/2012 - p. 184

14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. São Paulo: SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>. Acesso em janeiro/2015
15. Inteligência de Negócios Sistema Integrado de Gestão Ambulatorial da Saúde. São Paulo: BI. Disponível em <http://bi.saude.prefeitura.sp.gov.br:9704/analytics/saw.dll?Dashboard>. Acesso em jan/2015.
16. Passos, J. E. F.; Rocha; L. M.; Vasconcelos L. L. C.; ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL: QUALIFICAÇÃO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO Revista Divulgação em Saúde para Debata, NÚMERO 51 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, OUTUBRO 2014
17. RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009 Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre o código de Ética Médica. Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173.
18. RESOLUÇÃO CFN Nº 380/2005 Conselho Federal de Nutricionista. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências.
19. SÃO PAULO (Município) Secretaria de Saúde. Documento de apoio ao processo de planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo. Setembro/2013
20. SÃO PAULO (Município) Secretaria de Saúde. Manual da assistência farmacêutica. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/Manual_Assistencia-Farmacutica.pdf. Acesso em: jan/2015.
21. SÃO PAULO (Município) Secretaria de Saúde. Sistema Integrado de Gestão Ambulatorial da Saúde – Manuais. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/biblioteca/informatica/manuais-de-sistemas/siga/>. Acesso em jan/2015.
22. SÃO PAULO (Município) Secretaria de Saúde. PORTARIA Nº 757/2015-SMS.G que determina que a todas as Unidades Municipais de Saúde sob Gestão Municipal, administradas de forma direta, indireta ou por meio de parcerias, o uso obrigatório do sistema informatizado OuvidorSUS para registro, acompanhamento, categorização e gerenciamento dos dados gerados devem se dar pelo mesmo sistema publicada no DOU de 28 de abril de 2015.
23. SÃO PAULO (Município) Secretaria de Saúde. Portaria OCS-CESCOM nº 982, de 2015 DOM de 10/06/15 p.18 nº 102 - Retificação - Dispõe sobre a Rede de Ouvidorias do Município de São Paulo, integrante da Coordenação Especial de Comunicação - SMS/ CESCOM.
24. Sistema de Informação da Atenção Básica. São Paulo: SIAB. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: janeiro 2015.



REDE
HORACERTA
HOSPITAL DIA



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE



www.prefeitura.sp.gov.br/saude

   [saudeprefsp](#)